

Reumatología Clínica

Volumen 19, Suplemento 2

Mayo 2023

XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Sevilla, 9-12 de mayo de 2023



CORTAFUEGOS

En el Lupus hay fuegos que arden sin llama,
sé el cortafuegos que **protege** a tus pacientes

GSK

Reumatología Clínica SUPLEMENTOS

Sociedad Española de Reumatología

Editor

Francisco J. Blanco García
INIBIC - Hospital Universitario
A Coruña. A Coruña, España

Editores asociados

Benjamín Fernández-Gutiérrez
Hospital Clínico San Carlos
Madrid, España

M^a José López-Armada
INIBIC - Hospital Universitario A Coruña
A Coruña, España

Editores asesores

Miguel Ángel González Gay
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander, España



Redacción y Administración:
Elsevier España, S.L.U.
Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º.
08029 Barcelona.

ELSEVIER

Paseo de la Castellana, 163
28046 Madrid.

Tel.: 932 000 711. Fax: 932 091 136

© 2023 Sociedad Española de Reumatología. Todos los derechos reservados

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ELSEVIER ESPAÑA, S.L.U., a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de REUMATOLOGÍA CLÍNICA SUPLEMENTOS con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Ni Elsevier ni la Sociedad Española de Reumatología tendrán responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Aunque el material publicitario se ajusta a los estándares éticos (médicos), su inclusión en esta publicación no constituye garantía ni refrendo alguno de la calidad o valor de dicho producto, ni de las afirmaciones realizadas por su fabricante.

Protección de datos:

Elsevier España, S.L.U. declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

REUMATOLOGÍA CLÍNICA SUPLEMENTOS se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina.

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional. Sección Ciencias de la Salud.

Impreso en España.

Depósito legal: B-3.291-2006 ISSN: 1886-3604

Papel ecológico libre de cloro.

Esta publicación se imprime en papel no ácido.

This publication is printed in acid-free paper.

XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

9 al 12 de mayo de 2023

Junta Directiva de la SER

Presidenta

Dra. Sagrario Bustabad Reyes

Presidente Electo

Dr. Marcos Paulino Huertas

Vicepresidentes

Dra. Susana Romero Yuste

Dr. Raimon Sanmartí Sala

Secretaria General

Dra. Paloma García de la Peña Lefebvre

Vicesecretarios

Dr. Félix Francisco Hernández

Dra. Blanca Varas de Dios

Tesorera

Dra. Cristina Macía Villa

Contador

Dr. José Andrés Román Ivorra

Vocales

Dr. Juan D. Cañete Crespillo

Dr. Miguel Ángel Caracuel Ruiz

Dr. Iván Castellví Barranco

Dra. M^a Concepción Castillo Gallego

Dra. Olaia Fernández de Berrizbeitia

Dra. Sara Manrique Arija

Dr. Manuel José Moreno Ramos

Dr. Alejandro Muñoz Jiménez

Dr. José M^a Pego Reigosa

Dra. Chamaida Plasencia Rodríguez

Dra. Delia Reina Sanz

Dr. Jesús Sanz Sanz

Comité Científico del Congreso

Sagrario Bustabad Reyes

Juan D. Cañete Crespillo

Iván Castellví Barranco

Francisco Castro Domínguez

Héctor Corominas Macías

María José Cuadrado Lozano

Federico Díaz González

Manuel José Moreno Ramos

Marcos Paulino Huertas

José Javier Pérez Venegas

Pilar Peris Bernal

Susana Romero Yuste

Jesús Sanz Sanz

Comité Organizador Local del Congreso

Presidente

José Javier Pérez Venegas

Vocales

Rafael Ariza Ariza

Paula Cejas Cáceres

Daniela Decan Bardaz

Blanca Hernández Cruz

José Luis Marengo de la Fuente

Dolores Mendoza Mendoza

Rodrigo Ramos Morell

Javier Toyos Sáenz de Miera

Carmen Vargas Lebrón

María Luisa Velloso Feijoo

A efectos de transparencia, le informamos que GSK ha patrocinado este suplemento. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK. GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

Sumario

Comunicaciones orales (1-44)

1

Trabajos aceptados solo para publicación (1-66)

42

Pósteres (1-416)

93

Índice de autores

460

Contents

Oral communications (1-44)

1

Works accepted only for publication (1-66)

42

Posters session (1-416)

93

Index of authors

460



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



COMUNICACIONES ORALES

XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Sevilla, 9-12 de mayo de 2023

MESA VASCULITIS

CO01. LA VASCULITIS IGA Y LA NEFROPATÍA IGA: UNA MISMA PATOLOGÍA RESPECTO A LOS GENES CD40, BLK Y BANK1

Verónica Pulito-Cueto^{1,2}, Fernanda Genre^{1,2}, Sara Remuzgo-Martínez^{1,2}, Belén Sevilla-Pérez³, Norberto Ortego-Centeno⁴, María Teresa Leonardo^{1,5}, Ana Peñalba^{1,5}, Javier Narvaez⁶, Luis Martín-Penagos⁷, Lara Belmar-Vega⁷, Cristina Gómez-Fernández^{1,8}, María Sebastián Mora-Gil^{1,2}, Luis Caminal-Montero⁹, Paz Collado¹⁰, Antonio Fernández Nebro¹¹, Gisela Díaz-Cordovés¹¹, Secundino Cigarrán¹², Jesús Calviño¹³, Carmen Cobelo¹³, Esther F. Vicente-Rabaneda¹⁴, Miren Uriarte-Ecenarro¹⁴, Patricia Quiroga Colino¹⁴, Esteban Rubio¹⁵, Manuel León Luque¹⁵, Juan María Blanco-Madriral¹⁶, Eva Galíndez-Agirregoikoa¹⁶, Javier Martín¹⁷, Santos Castañeda¹⁴, Miguel A. González-Gay^{18,19}, Ricardo Blanco^{1,2} y Raquel López-Mejías^{1,2}

¹Grupo "Investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis de las enfermedades sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor". IDIVAL. Santander. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada. ⁵Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁷Departamento de Nefrología.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL-REDINREN. Santander. ⁸Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁹Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ¹¹Departamento de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital da Costa Burela. Lugo. ¹³Departamento de Nefrología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ¹⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-IP. Madrid. ¹⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹⁷Instituto de Parasitología y Biomedicina 'López-Neyra'. CSIC. PTS Granada. Granada. ¹⁸IDIVAL. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Santander. ¹⁹Departamento de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La vasculitis mediada por la IgA (IgAV) y la nefropatía IgA (IgAN) son enfermedades inflamatorias^{1,2}, en las cuales los linfocitos B juegan un papel esencial. Diversos autores han descrito que ambas patologías comparten mecanismos patogénicos y moleculares¹. En este sentido, se ha sugerido que la IgAV y la IgAN pueden representar diferentes extremos de una misma enfermedad¹. CD40, BLK y BANK1 son genes implicados en el desarrollo y la señalización de las células B y se han identificado como loci de susceptibilidad para numerosas enfermedades inmunomediadas³⁻⁶.

Tabla 1: Frecuencias genotípicas y alélicas de CD40, BLK y BANK1 en pacientes con IgAV, pacientes con IgAN y controles sanos.

Polimorfismo	Cambio	Set de datos	Genotipos, % (n)			Alelos, % (n)	
			1/1	1/2	2/2	1	2
CD40 rs1883832	C/T	IgAV	54,0 (204)	37,0 (140)	9,0 (34)	72,5 (548)	27,5 (208)
		IgAN	56,5 (48)	36,5 (31)	7,0 (6)	74,7 (127)	25,3 (43)
		Controles	52,9 (532)	40,4 (409)	6,7 (68)	73,1 (1.479)	26,9 (545)
CD40 rs1535045	C/T	IgAV	53,6 (200)	39,4 (147)	7,0 (26)	73,3 (547)	26,7 (199)
		IgAN	51,8 (44)	41,2 (35)	7,1 (6)	72,4 (123)	27,6 (47)
		Controles	56,7 (574)	36,2 (366)	7,1 (72)	74,8 (1.514)	25,2 (510)
CD40 rs4813003	C/T	IgAV	78,0 (291)	20,1 (75)	1,9 (7)	88,1 (657)	11,9 (89)
		IgAN	76,6 (59)	20,8 (16)	2,6 (2)	87,0 (134)	13,0 (20)
		Controles	74,9 (758)	22,7 (230)	2,4 (24)	86,3 (1.746)	13,7 (278)
BLK rs2254546	G/A	IgAV	74,5 (278)	22,3 (83)	3,2 (12)	85,7 (639)	14,3 (107)
		IgAN	64,7 (55)	31,8 (27)	3,5 (3)	80,6 (137)	19,4 (33)
		Controles	71,3 (722)	26,8 (271)	1,9 (19)	84,7 (1.715)	15,3 (309)
BLK rs2736340	C/T	IgAV	62,8 (236)	31,9 (120)	5,3 (20)	78,7 (592)	21,3 (160)
		IgAN	67,5 (52)	31,2 (24)	1,3 (1)	83,1 (128)	16,9 (26)
		Controles	59,9 (606)	35,8 (362)	4,3 (44)	77,8 (1.574)	22,2 (450)
BLK rs2618476	T/C	IgAV	60,2 (227)	34,2 (129)	5,6 (21)	77,3 (583)	22,7 (171)
		IgAN	68,2 (58)	24,7 (21)	7,1 (6)	80,6 (137)	19,4 (33)
		Controles	57,9 (586)	37,3 (377)	4,8 (49)	76,5 (1.549)	23,5 (475)
BANK1 rs10516487	G/A	IgAV	52,8 (200)	39,8 (151)	7,4 (28)	72,7 (551)	27,3 (207)
		IgAN	50,6 (42)	38,6 (32)	10,8 (9)	69,9 (116)	30,1 (50)
		Controles	50,8 (514)	41,8 (423)	7,4 (75)	71,7 (1.451)	28,3 (573)
BANK1 rs3733197	G/A	IgAV	50,0 (187)	39,0 (146)	11,0 (41)	69,5 (520)	30,5 (228)
		IgAN	47,1 (40)	37,6 (32)	15,3 (13)	65,9 (112)	34,1 (58)
		Controles	49,5 (501)	41,6 (421)	8,9 (90)	70,3 (1.423)	29,7 (601)

CO01 Figura. Frecuencias genotípicas y alélicas de CD40, BLK y BANK1 en pacientes con IgAV, pacientes con IgAN y controles sanos.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue evaluar si la IgAV y la IgAN presentan un patrón genético similar en relación a los genes *CD40*, *BLK* y *BANK1*.

Métodos: Se reclutaron 380 pacientes caucásicos diagnosticados con IgAV que constituyen la cohorte más amplia evaluada en estudios genéticos hasta la fecha. Asimismo, se incluyeron 90 pacientes caucásicos diagnosticados con IgAN y 1,012 controles sanos (pareados por sexo y etnia con los pacientes reclutados). Tanto en los pacientes con IgAV e IgAN como en los controles sanos se genotiparon 3 polimorfismos genéticos localizados en el gen *CD40* (rs1883832, rs1535045, rs4813003), así como 3 variantes genéticas localizadas en el gen *BLK* (rs2254546, rs2736340, rs2618476) y 2 polimorfismos genéticos localizados en el gen *BANK1* (rs10516487, rs3733197). Las 8 variantes genéticas seleccionadas habían sido previamente descritas como *loci* de susceptibilidad a numerosas enfermedades inflamatorias³⁻⁶.

Resultados: Los pacientes con IgAV y los pacientes con IgAN mostraron frecuencias genotípicas y alélicas de *CD40*, *BLK* y *BANK1* similares cuando cada uno de los polimorfismos analizados se evaluó de forma independiente (tabla). Asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los pacientes con IgAV, así como con IgAN, con los controles sanos, cuando cada variante genética de *CD40*, *BLK* y *BANK1* se evaluó de forma independiente (tabla). Finalmente, las frecuencias haplotípicas de *CD40*, *BLK* y *BANK1* fueron similares entre los diferentes grupos comparativos mencionados anteriormente.

Conclusiones: Nuestros resultados revelan una distribución genética de *CD40*, *BLK* y *BANK1* similar en la IgAV y la IgAN, lo que apoya la hipótesis de que ambas patologías pueden representar diferentes extremos de una única enfermedad.

Este estudio está financiado mediante ayudas del Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI18/00042 y PI21/00042) del 'Instituto de Salud Carlos III' (ISCIII) cofinanciado con fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional); VP-C está financiada mediante fondos PI18/00042 del ISCIII, cofinanciada por FEDER; MSM-G está financiada mediante fondos TRANSVAL22/01 del IDIVAL; RL-M es beneficiaria de un contrato postdoctoral "Miguel Servet II" del ISCIII co-financiado por el Fondo Social Europeo "Invierte en tu futuro" (CPII21/00004).

BIBLIOGRAFÍA

1. N Engl J Med. 2013;368:2402-14.
2. Am J Kidney Dis. 1988;12:373-7.
3. Nat Genet. 2009;41:824-8.
4. Ann Rheum Dis. 2012;71:136-42.
5. Nat Genet. 2012;44:517-21.
6. Nat Genet. 2012;44:522-5.

CO02. EPIDEMIOLOGY AND PREDICTORS OF RELAPSE IN GIANT CELL ARTERITIS: RESULTS OF THE ARTESER REGISTER

Francisco Javier Narváez García¹, Jesús T Sanchez-Costa², Iñigo Hernández Rodríguez³, Rafael Melero³, Eugenio de Miguel⁴, Irene Monjo⁴, María Teresa Silva⁵, Lucía Silva⁵, Joaquín Belzunegui⁶, Jesús Alejandro Valero⁶, Clara Moriano⁷, Ismael González⁷, Julio Sánchez Martín⁸, Tomás Almorza⁸, Judit Lluch¹, Eva Galindez⁹, Itziar Calvo⁹, Vicente Aldasoro¹⁰, Javier Mendizábal¹¹, Lydia Abasolo¹², Pia Mercedes Lois¹², Javier Loricera¹³, Noemí Garrido¹⁴, Alberto Ruiz Román¹⁴, Santos Castañeda¹⁵, Cristina Valero¹⁵, Patricia Moya¹⁶, Héctor Corominas¹⁶, María Jesús García Villanueva¹⁷, Carmen Larena¹⁷, Paula Estrada¹⁸, Vanessa Navarro¹⁸, Carlos Galisteo¹⁹, Anne Riveros²⁰, Francisco Ortiz²¹, Selene Labrada²², María Alcalde²³, Clara Molina²⁴, Carlos García Porrua²⁵, María García González²⁶, Margarida Vasques²⁷, Antonio Juan Mas²⁸, Miguel Ángel González Gay¹³, Daniel Seoane² and Ricardo Blanco¹³ on behalf of Grupo ARTESER

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. ³Hospital do Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁴Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña. ⁶Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁷Hospital Universitario de León. ⁸Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Hospital Universitario de Basurto. Vizcaya. ¹⁰Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ¹²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁵Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ¹⁶Hospital Universitario Sant Pau. Barcelona. ¹⁷Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁸Hospital de Moisés Broggi. Sant Joan Despí. ¹⁹Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ²⁰Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ²¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²²Hospital del Mar. Barcelona. ²³Hospital Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital General de Valencia. ²⁵Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²⁶Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²⁷Hospital Universitario de Araba. ²⁸Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Objectives: The relapse rate of treated patients with giant cell arteritis (GCA) varied widely in observational series and randomized controlled trials. This study aimed to estimate the frequency and timing of relapse, the prevalence of multiple relapses, the characteristics of flares, and the predictors of relapse in a large cohort of Spanish patients with GCA.

Methods: All patients in the ARTESER (Registry of Giant Cell Arteritis Patients of the Spanish Society of Rheumatology) were reviewed. ARTESER is a multicentre observational retrospective longitudinal study conducted in 26 hospitals that included all consecutive patients diagnosed with GCA between 1 June 2013 and 29 March 2019. All cases were aged 50 years or older and had a confirmed diagnosis of GCA, that is, they met at least one of the following criteria: objective confirmation of the presence of vasculitis in a diagnostic test, at least three 1990 ACR criteria for GCA satisfied, and/or a diagnosis made based on the clinical judgment of the investigator. We diagnosed disease relapses if all the following criteria were satisfied: 1) reappearance of signs/symptoms of GCA and/or polymyalgia rheumatica (PMR); 2) resolution of signs/symptoms after increasing glucocorticoids; 3) presence of raised acute-phase reactants ESR and/or CRP, and 4) exclusion of other causes. The data were obtained by review of medical records.

Results: In total, 1,675 patients were included. They were predominantly female (70.3%), with a mean (± SD) age at diagnosis of 76.9 ± 8.1 years. Of them, 1,284 patients were followed up for one or more years. During follow-up, 495 relapses were observed in 334 (26%) patients. One-year, 2-year, 3-year, and 4-year cumulative relapse rates were 18%, 28.9%, 37.6%, and 44.8%, respectively. Most relapses (81.2%) occurred within the first two years after diagnosis (55.3% in the first year and 26% during the second). The mean dose of prednisone at the first relapse was 13.95 mg/day (IQR 25%-75%: 5-20 mg). Fifteen percent (34/232) of patients experienced > 1 flare within the first year of treatment and 10.5% (12/114) during the second year. The majority of flares corresponded to a minor relapse according to the EULAR consensus definitions for disease activity states in GCA. In the multivariate analysis, we did not identify any clinical factor at diagnosis that was a predictor of relapse during the first three years of evolution: nor the age, sex, presence of cranial manifestations, severe ischemic complications, large vessel involvement, or a strong initial systemic inflammatory response. By contrast, the administration of intravenous (IV) methylprednisolone (MP) boluses was negatively associated with the occurrence of relapses (OR: 0.356, 95%CI 0.182 to 0.696; p < 0.01).

Conclusions: Relapses among patients with GCA are common, mainly during the first two years after diagnosis. Between 10 and 15% of patients had multiple relapses. Despite the relevance of this

problem, we do not yet have any predictive factors to identify patients with a higher risk of flare. Induction treatment with high-dose IV MP boluses appears to decrease the risk of relapses.

MESA TRES FORMAS DIFERENTES DE TRATAR LA ARTROSIS

CO03. NIVELES CIRCULANTES DE MIR-140 COMO BIOMARCADOR DE LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE INCIDENCIA DE ARTROSIS DE RODILLA: DATOS DE LA COHORTE OSTEOARTHRITIS INITIATIVE

María del Carmen de Andrés González, Margarita Blanco-Blanco, Ignacio Rego-Pérez, Vanesa Balboa-Barreiro, Carmen Núñez-Carro y Francisco J. Blanco

Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña.

Introducción: Los microARN (miARN) han surgido como una nueva clase de reguladores de la expresión génica; representan biomarcadores prometedores para la identificación de enfermedades de forma mínimamente invasiva, asequible y fiable. Entre ellos, el miR-140 es un regulador de la homeostasis del cartilago. Actualmente no hay medidas disponibles para el diagnóstico temprano de la OA, antes de que se detecten cambios destructivos de forma radiográfica. En este estudio, examinamos prospectivamente la asociación entre los niveles específicos de expresión de diferentes miARN y el riesgo de incidencia de OA de rodilla utilizando datos disponibles públicamente de la cohorte *Osteoarthritis Initiative (OAI)*.

Métodos: Los miARN se extrajeron a partir de muestras de sangre de la subcohorte de incidencia de la OAI. Se definieron el grupo de incidencia (n = 27) y el grupo sin incidencia (n = 139), ambos sin OA de rodilla radiográfica clínicamente relevante al inicio (grado KL = 0-1) en al menos una rodilla. La OA de rodilla radiográfica incidente se definió por la adquisición de un grado KL ≥ 2 en algún

momento entre los 12 y los 96 meses de seguimiento. Las muestras se analizaron para determinar la expresión de miARN relacionados con la OA: miR-140, miR-146a, miR146b, miR-320d, miR-34a, miR-145 y miR-130b mediante ensayos de miARN TaqMan®. Los niveles de expresión se categorizaron en tres grupos según la distribución en terciles: bajo, medio y alto. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software SPSS v25, la significación estadística se consideró en p < 0,05. Se utilizaron la prueba de chi-cuadrado, la regresión logística de Cox y la correspondiente curva ROC, además de un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para evaluar la asociación entre los niveles de expresión de miARN y el riesgo de OA de rodilla incidente.

Resultados: El análisis descriptivo inicial no mostró diferencias significativas entre mujeres y hombres en los niveles de expresión de ninguno de estos miARN. Por otro lado, todos los miRNA, excepto miR-320d, se correlacionaron significativamente con el índice de masa corporal (IMC). Después de categorizar todos los niveles de expresión de miARN en terciles, solo el miR-140 mostró una asociación significativa mediante la chi-cuadrado con el riesgo de desarrollar OA de rodilla incidente (p = 0,046). El modelo de regresión logística posterior, que incluyó la edad, el sexo y el IMC, mostró que los participantes incluidos en el tercil más bajo tenían el mayor riesgo de desarrollar OA de rodilla incidente. El modelo clínico solo arrojó un área bajo la curva (AUC) (IC95%) de 0,663; la adición de los niveles de expresión de miR-140 a este modelo mejoró significativamente la capacidad de predecir el desarrollo de OA de rodilla radiográfica, alcanzando un AUC de 0,747. Finalmente, se utilizó el análisis de Kaplan-Meier para estimar y representar la probabilidad de supervivencia, explicada como la probabilidad de no desarrollar OA de rodilla durante 96 meses. De forma llamativa, se observó una asociación inversa significativa entre una mayor expresión de miR-140 y un riesgo reducido de desarrollar artrosis de rodilla a 96 meses [HR = 0,441 (IC95%: 0,21; 0,95), p = 0,036] (fig.).

Conclusiones: Nuestros hallazgos revelaron que el miR-140 es un biomarcador soluble prometedor para predecir el riesgo de incidencia de esta enfermedad tan prevalente.

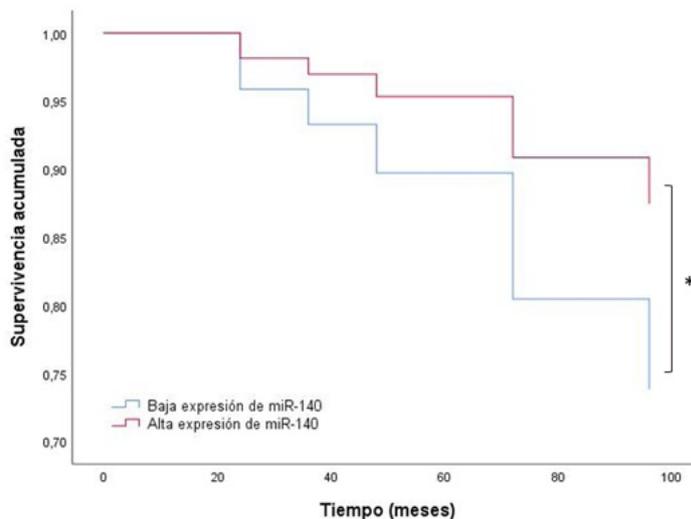


Fig. 1. Valor pronóstico del miRNA-140 para la incidencia de OA de rodilla. Estimaciones de supervivencia de Kaplan-Meier durante el período de seguimiento de 96 meses. La línea azul representa el grupo de pacientes con niveles bajos de expresión de miR-140 y la línea roja el grupo de pacientes con niveles altos de expresión de miR-140. *Nivel de significancia por debajo de 0.05 por la prueba Log-Rank.

CO03 Figura. Valor pronóstico del miRNA-140 para la incidencia de OA de rodilla.

CO04. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS PRONÓSTICOS BASADOS EN NUEVOS BIOMARCADORES PROTEICOS PARA LA PREDICCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ARTROSIS RADIOGRÁFICA DE RODILLA

Rocio Paz González¹, Vanesa Balboa-Barreiro¹, Lucía Lourido¹, Valentina Calamia¹, Patricia Fernández-Puente², Patricia Quaranta¹, Florencia Picchi¹, Maria Teresa Silva-Díaz¹, Natividad Oreiro-Villar¹, Cristina Ruiz-Romero^{1,3} y Francisco J. Blanco^{1,2}

¹Grupo de Investigación de Reumatología (GIR). INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. SERGAS. A Coruña. ²Grupo de Reumatología y Salud. Departamento de Fisioterapia y Medicina. Centro de investigaciones Avanzadas (CICA). Universidad de A Coruña. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería. Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN).

Introducción: La artrosis de rodilla (OAR) es la enfermedad reumática más prevalente en la población adulta y se encuentra entre las principales causas de discapacidad crónica. El diagnóstico de la OAR se establece mediante la evaluación de radiografías, con un grado ≥ 2 según los criterios de Kellgren y Lawrence (KL). Su diagnóstico en estadios prerradiográficos permitiría iniciar el manejo clínico del paciente antes de que aparezcan daños estructurales en la articulación, para así prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad. Por ello, uno de los retos de investigación en reumatología se centra en el desarrollo de marcadores pronósticos útiles para la identificación de individuos con alto riesgo de desarrollar OAR.

Objetivos: Desarrollar y validar modelos pronósticos útiles para la predicción de la incidencia de la artrosis radiográfica de rodilla (OARR).

Métodos: En la realización de este estudio se han empleado datos y muestras de suero de sujetos de la cohorte *Osteoarthritis Initiative* (OAI) y de la Cohorte Prospectiva de A Coruña (PROCOAC) sin OARR al inicio del seguimiento. Los niveles séricos de las proteínas con potencial biomarcador APOA1, APOA4, ZA2G y A2AP fueron cuantificados mediante un *microarray* de proteínas. A continuación, se evaluó la asociación prospectiva de los niveles de las proteínas con la incidencia de OARR durante los siguientes 8 años de seguimiento. Posteriormente, se desarrollaron modelos pronósticos para predecir la incidencia de OARR entre los participantes en la OAI que incluyeron los niveles de los biomarcadores, información sociodemográfica, mediciones antropométricas y variables clínicas no radiográficas de los pacientes. La capacidad predictiva de los modelos se evaluó utilizando el área bajo la curva (AUC). Finalmente, estos modelos fueron validados externamente en la cohorte PROCOAC.

Resultados: Para la fase de desarrollo del modelo se incluyeron 602 individuos de la cohorte OAI con un grado KL ≤ 1 (OAR temprana) en ambas rodillas al inicio del seguimiento. De ellos, 390 no presentaron ningún signo radiográfico de OAR (KL = 0) en ambas rodillas. El modelo clínico construido exclusivamente con datos demográficos, antropométricos y clínicos (edad, sexo, IMC y la puntuación de dolor del Índice de Osteoartritis de las universidades de Western Ontario y McMaster (WOMAC)) de pacientes con KL ≤ 1 mostró un AUC = 0,719 para predecir la incidencia de OARR durante el seguimiento. La inclusión de ZA2G, A2AP y APOA1 mejoró significativamente su capacidad predictiva, logrando un AUC = 0,793. Por su parte, incluyendo en el modelo únicamente los sujetos con KL = 0 en ambas rodillas, el modelo clínico predijo la incidencia de OARR con un AUC = 0,724, alcanzando un AUC = 0,798 tras la adición de los 4 biomar-

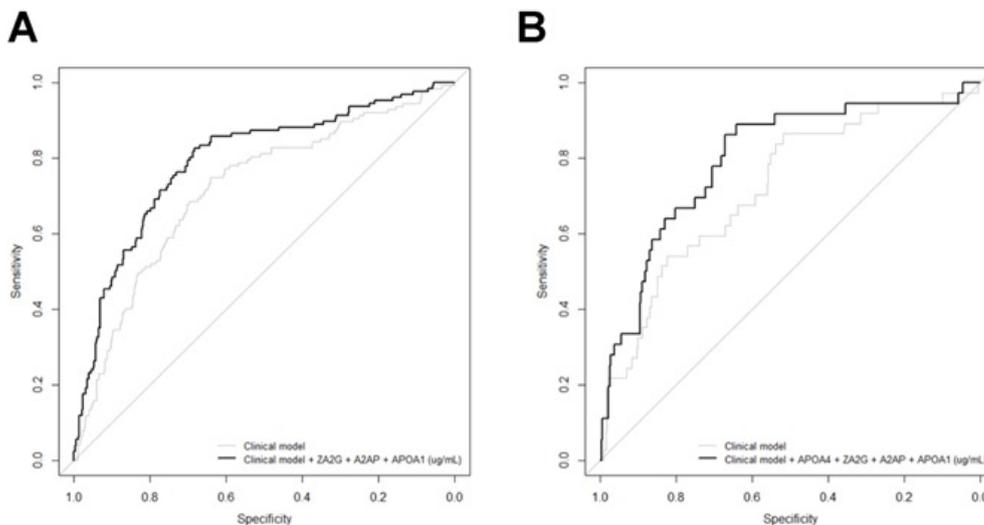


Figura 1. Superposición de las curvas ROC de los modelos clínicos (línea gris) y de los modelos clínicos con los biomarcadores (línea negra) para predecir la incidencia de OARR durante el seguimiento en la cohorte de desarrollo (OAI). A) Modelo clínico (AUC= 0,719) y modelo clínico con 3 biomarcadores (AUC=0,793) en pacientes con KL ≤ 1 al inicio; B) Modelo clínico (AUC= 0,724) y modelo clínico con los 4 biomarcadores (AUC=0,798) en pacientes con KL=0 al inicio.

Tabla 1. Comparación de los resultados de los modelos propuestos en las cohortes de desarrollo (OAI) y validación (PROCOAC).

Modelo clínico + biomarcadores	AUC (95%CI) Cohorte de desarrollo	AUC (95%CI) Cohorte de validación	p*
KL ≤ 1	0,793 (0,746-0,839)	0,677 (0,564-0,791)	0,224
KL=0	0,798 (0,718-0,879)	0,761 (0,626-0,896)	0,640

AUC: área bajo la curva; CI: intervalo de confianza; KL: escala de Kellgren y Lawrence. *p-valor obtenido al comparar las dos AUCs (desarrollo y validación).

cadres (fig.). Ambos modelos se validaron en una cohorte externa de 155 individuos (tabla).

Conclusiones: En el presente estudio se han desarrollado y validado dos modelos pronósticos para la predicción de la incidencia de OARR basados en la combinación de datos sociodemográficos, antropométricos y variables clínicas no radiográficas, así como los niveles de cuatro nuevos biomarcadores proteicos descritos por primera vez en el ámbito de la OA. Los biomarcadores propuestos aportan valor adicional a los factores de riesgo convencionales para la OAR, mostrando la mejor capacidad predictiva obtenida hasta la fecha para predecir la incidencia de OARR.

MESA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CO05. EL SISTEMA DEL COMPLEMENTO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ANÁLISIS DE LAS TRES VÍAS EN UNA AMPLIA COHORTE DE PACIENTES

María García González¹, Fuensanta Gómez Bernal¹, Juan Carlos Quevedo Abeledo², Yolanda Fernández Cladera¹, Agustín F. González Rivero¹, Antonia de Vera González¹, Íñigo de la Rúa Figueroa², Federico Díaz González¹, Miguel Á. González Gay³ e Iván Ferraz Amaro¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ²Hospital Universitario Doctor Negrín. Gran Canaria. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La activación por inmunocomplejos de la vía clásica (CL) del sistema del complemento (C) es un fenómeno clave en la fisiopatología del lupus eritematoso sistémico (LES). Cada vez más evidencias apuntan a un papel también relevante de las vías alternativa (AL) y de las lectinas (LE). Sin embargo, el estudio simultáneo de las 3 vías y su relación con la expresión del LES no han sido suficientemente evaluados. En nuestro trabajo nos proponemos analizar dichos aspectos.

Métodos: Estudio transversal de 284 casos de LES. Se realizaron test funcionales de nueva generación (SVAR Wieslab®) de las 3 vías del C y determinación de los niveles séricos de moléculas inactivas (C1q, C2, C4, C3, factor D), activadas (C3a) y reguladoras (C1-inhibidor, factor H). Se recogieron datos relativos al LES y se calcularon los niveles de actividad (SLEDAI-2K) y daño (SDI). La relación entre el C y los diferentes parámetros del LES se analizó mediante regresión lineal.

Resultados: Las características de los pacientes y los resultados de las determinaciones del C se muestran en la tabla 1. Los test funcionales y las moléculas del C correlacionaban positiva y ampliamente entre ellos, salvo los factores D y H. La relación del C con la actividad y el daño se ilustra en la tabla 2. El SLEDAI-2K se relacionó con valores más bajos en los test funcionales de las 3 vías y de todas las moléculas inactivadas salvo del factor D. El SLEDAI-2K clínico (que no incluye al C en su cálculo) se relacionó con valores más altos de C1q y de C3a. El SDI se relacionó con mayores valores en los test funcionales de las 3 vías así como de C1-inhibidor, C1q, C2 y C3a. Los factores D y H no se relacionaron con ninguno de los índices. En cuanto a la actividad del LES (fig. 1), el patrón de relación de los anticuerpos anti-ADN con los parámetros del C corresponde a activación de las 3 vías (relación negativa con las moléculas inactivadas y los test funcionales, y positiva con C3a). Las relaciones más fuertes se dieron con parámetros de la vía CL. Los resultados en el resto de los dominios no permiten inferir un patrón de activación concreto. Los ítems de los dominios cutáneo, articular y renal mostraron relaciones positivas con la mayoría de los parámetros del C. En contraposición, las relaciones con el dominio hematológico fueron fundamentalmente negativas. En cuanto al daño (fig. 2), las relaciones más fuertes ocurrieron entre la vía CL y los dominios ocular y neuropsiquiátrico, seguidos del renal y del pulmonar. La relación más fuerte en la vía AL ocurrió en el dominio gastrointestinal. Los parámetros más relacionados con la diabetes y el dominio cardiovascular fueron el C1-inhibidor y el factor D respectivamente. El perfil de anticuerpos también se relacionó con diferentes patrones de activación del C (fig. 3). Los ENA más relacionados fueron los antirribosoma y los antinucleosoma,

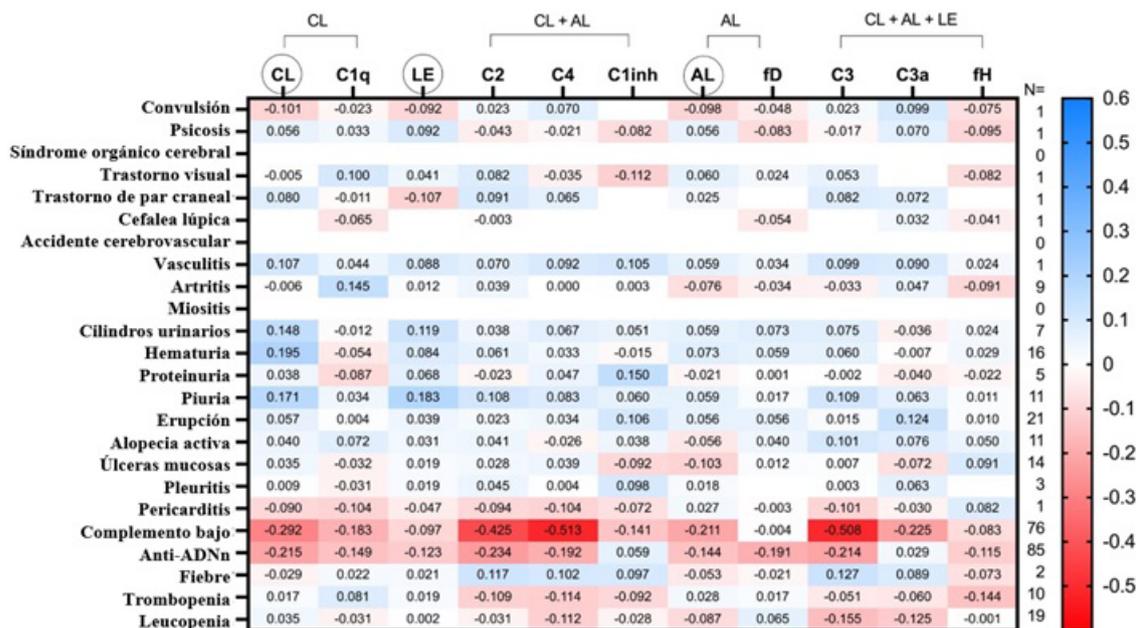


Figura 1. Mapa de calor de la relación entre los ítems del SLEDAI-2K y los parámetros del C. Los valores de las celdas representan el coeficiente rho de Spearman. Se muestran las correlaciones positivas en azul y las negativas en rojo. El número de pacientes que cumplía cada ítem del SLEDAI-2K se muestra en el margen derecho. Los tests funcionales svar Wieslab® de cada vía se representan con el nombre de la vía dentro de un círculo. CL: vía clásica, AL: vía alternativa, LE: vía de las lectinas, fD: factor D, fH: factor H.

CO05A Figura

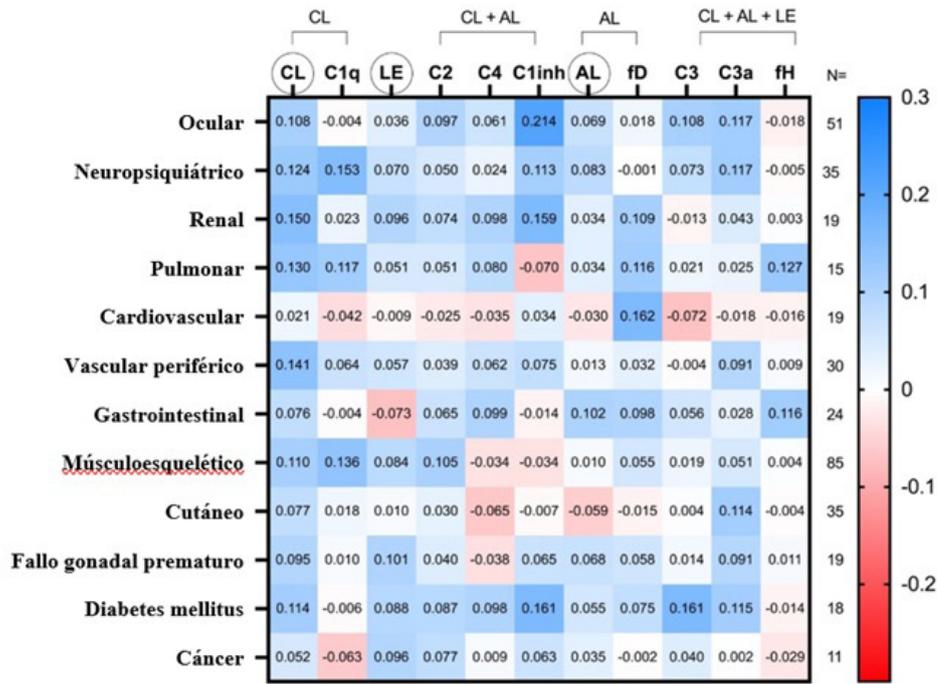


Figura 2. Mapa de calor de la relación entre los dominios del SDI y los parámetros del C. Los valores de las celdas representan el coeficiente rho de Spearman. Se muestran las correlaciones positivas en azul y las negativas en rojo. El número de pacientes que cumplía cada dominio del SDI se muestra en el margen derecho. Los tests funcionales SVAR Wieslab® de cada vía se representan con el nombre de la vía dentro de un círculo. CL: vía clásica, AL: vía alternativa, LE: vía de las lectinas, fD: factor D, fH: factor H.

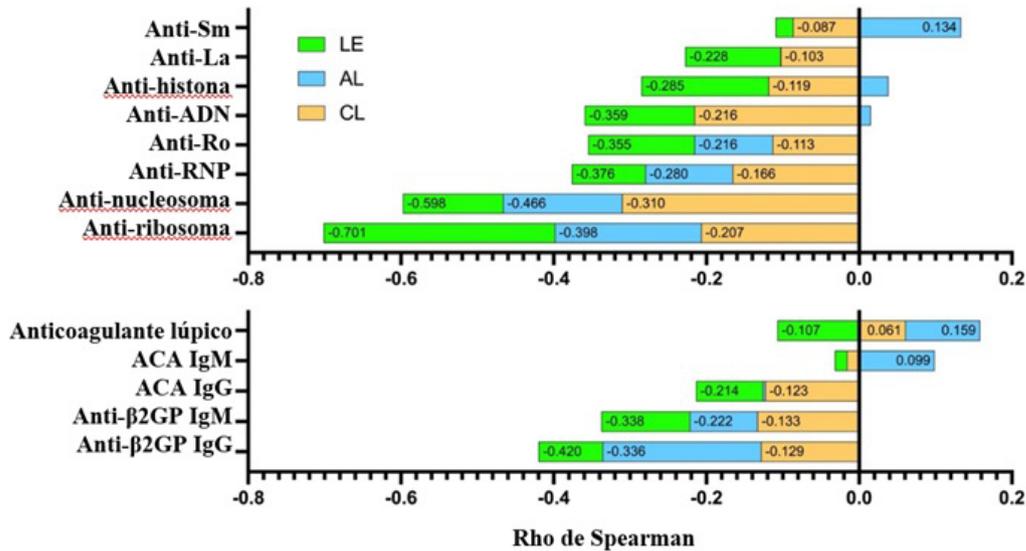


Figura 3. Relación de los diferentes autoanticuerpos con los tests funcionales SVAR Wieslab® de las 3 vías del complemento. Los valores de las celdas corresponden a la suma de los índices de correlación rho de Spearman. CL: vía clásica (naranja), AL: vía alternativa (azul), LE: vía de las lectinas (verde).

con un patrón de activación mayoritaria de las vías de las LE y CL respectivamente. Los menos relacionados con la vía AL fueron los anti-La, seguidos de los anti-ADN y antihistona. En cuanto a los antifosfolípidos, los más relacionados fueron los anti-β2GP de isotipo IgG, a expensas fundamentalmente activación de la vía AL.

Conclusiones: Nuestro estudio ilustra la complejidad del sistema del C en el LES. No solo la vía CL, sino también la AL y la de las LE se relacionan con la expresión de la enfermedad a diferentes niveles, tanto en su perfil serológico como en sus patrones de actividad y daño.

Tabla 1. Características de la cohorte

LES (N = 284)	
Edad, años	50 ± 12
Mujeres	261 (92)
Datos relativos al LES	
Edad al diagnóstico, años	34 ± 13
Duración de la enfermedad, años	16 ± 10
Criterios de clasificación ACR o SLICC	150 (88)
Síndrome antifosfolípido	43 (16)
Autoanticuerpos	
Anti-ADN	151 (67)
ENA	164 (69)
Anti-Sm	24 (10)
Antirribosoma	13 (9)
Antinucleosoma	32 (22)
Antihistona	22 (15)
Anti-RNP	64 (28)
Anti-Ro	55 (35)
Anti-La	36 (21)
Anticuerpos antifosfolípidos	61 (32)
ACA IgM	22 (11)
ACA IgG	39 (20)
Anti-β2GP IgM	19 (10)
Anti-β2GP IgG	28 (15)
Índices	
Puntuación SLEDAI-2K	2 (0-4)
Puntuación SDI	1 (0-2)
Datos relativos al C	
Test funcionales SVAR Wieslab®	
Vía clásica	91 ± 38
Vía alternativa	41 (12-79)
Vía de las lectinas	10 (1-41)
Moléculas séricas	
C1q, mg/dl	34 ± 11
C2, mg/dl	2,5 ± 1,2
C4, mg/dl	21 ± 12
C3, mg/dl	130 ± 40
Factor D, ng/ml	2593 ± 1835
C3a, mg/dl	39 ± 10
C1-inhibidor, mg/dl	32 ± 9
Factor H, ng/ml × 10 ⁻³	388 (281-564)

Los datos se presentan como medias ± DE, medianas (RIC) o frecuencias n (%)

Tabla C005

Tabla 2. Relación del C con los índices de actividad y daño

	n	Vía clásica		Vía de las lectinas		Moléculas comunes de las vías clásica y de las lectinas			Vía alternativa		Moléculas comunes a las 3 vías		
		Test funcional %	C1q mg/dl	Test funcional %	C2 mg/dl	C4 mg/dl	C1-inh mg/dl	Test funcional %	Factor D ng/ml	C3 mg/dl	C3a mg/dl	Factor H ng/ml × 10 ⁻³	
		coeficiente β (IC95%)											
Puntuación SLEDAI-2K		-0,6 (-2 - 0,5)	-0,3 (-0,6 - -0,003)*	0,1 (-1 - 1)	-0,05 (-0,08 - -0,02)*	-0,3 (-0,7 - 0,1)	0,2 (-0,08 - 0,5)	-2 (-3 - -0,6)*	-60 (-123 - 2)	-2 (-3 - -0,5)*	0,04 (-0,3 - 0,3)	-22 (-44 - 1)	
Inactivo	109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Actividad leve	107	-15 (-25 - -5)*	-3 (-6 - -0,1)*	-13 (-25 - -2)*	-0,7 (-1,0 - -0,4)*	-4 (-8 - -1)*	-0,9 (-4 - 2)	-13 (-23 - -3)*	-374 (-931 - 184)	-18 (-29 - -7)*	-4 (-6 - -0,9)*	-23 (-228 - 181)	
Actividad moderada a muy alta	55	-13 (-26 - -0,6)*	-3 (-7 - 0,2)	-0,8 (-1,5 - -1,3)	-0,7 (-1,1 - -0,4)*	-7 (-11 - -3)*	1 (-2 - 5)	-20 (-33 - -8)*	-552 (-1260 - 156)	-27 (-40 - -14)*	-1 (-4 - 2)	-236 (-496 - 23)	
Puntuación SLEDAI 2K clínico		0,8 (-2 - 3)	0,5 (-0,2 - 1)	2 (-1 - 5)	0,07 (-0,009 - 0,1)	0,4 (-0,5 - 1)	0,09 (-0,7 - 0,9)	-0,6 (-3 - 2)	-67 (-228 - 93)	2 (-1 - 4)	0,09 (0,2 - 2)*	-7 (-66 - 52)	
Inactivo	220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Actividad leve	40	-5 (-18 - 8)	1 (-2 - 5)	4 (-11 - 19)	0,3 (-0,1 - 0,7)	2 (-3 - 6)	1 (-2 - 5)	-10 (-23 - 3)	53 (-720 - 826)	8 (-5 - 22)	0,3 (-3 - 4)	237 (-457 - 519)	
Actividad moderada a muy alta	11	10 (-14 - 35)	7 (0,7 - 13)*	24 (-3 - 51)	0,5 (-0,3 - 1,2)	4 (-4 - 11)	1 (-6 - 8)	1 (-23 - 25)	-644 (-2063 - 776)	6 (-19 - 32)	11 (4 - 17)*	-242 (-761 - 276)	
Puntuación SDI		5 (3 - 8)*	0,88 (0,03 - 1)*	5 (2 - 8)*	0,09 (0,02 - 0,2)*	0,4 (-0,5 - 1)	0,8 (0,1 - 1)*	2 (-0,1 - 5)	108 (-27 - 242)	1 (-2 - 4)	1 (0,4 - 2)*	5 (-59 - 72)	
SDI ≥ 1 punto	187	12 (2 - 22)*	3 (0,2 - 5)*	6 (-5 - 17)	0,4 (0,1 - 0,7)*	2 (-1 - 5)	3 (0,7 - 5)*	11 (1 - 20)*	301 (-204 - 805)	9 (-1 - 19)	4 (1 - 6)*	-93 (-337 - 151)	

*Resultados estadísticamente significativos (p < 0,05). Las categorías del SLEDAI-2K se definen como: inactivo: 0 puntos; actividad leve: 1-5 puntos; actividad moderada a muy alta: ≥ 6 puntos.

CO06. PROPUESTAS DE DEFINICIÓN DE PACIENTE MODERADO Y PACIENTE GRAVE EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. IMPACTO SOBRE LOS BROTES Y OTROS DESENLACES

Sara García Pérez^{1,2}, Í. Rúa-Figueroa³, Y.L. Mamani Velarde¹, I. Altabás González^{1,2}, C. Mouriño Rodríguez^{1,2}, N. Jiménez Otero², B. Serrano⁴, M. Galindo-Izquierdo⁵, J. Calvo Alén⁶, E. Uriarte Isacelaya⁷, E. Tomero Muriel⁸, M. Freire González⁹, Ricardo Blanco Alonso¹⁰, E. Salgado-Pérez¹¹, P.Vera¹², A. Fernández-Nebro¹³, A. Olivé-Marqués¹⁴, P. Rubio¹⁴, C. Sangüesa¹⁴, J. Narváez¹⁵, R. Menor Almagro¹⁶, J. Rosas¹⁷, C. Erasquin³, J.A. Hernández Beriaín¹⁸, J. Manero Ruiz¹⁹, E. Aurrecochea Aguinaga²⁰, O. Ibaranguoitia²¹, C. Montilla Morales²², G. Bonilla Hernán²³, V. Torrente-Segarra²⁴, A.P. Cacheda²⁵, M.J. García-Villanueva²⁶, Elvira Díez²⁷, M.C. Fito Manteca²⁸, N. Lozano Rivas²⁹, C.Bohórquez³⁰ y J.M. Pego-Reigosa^{1,2}

¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²IRIDIS (Investigation in Rheumatology and Immune-Mediated Diseases) Group. Galicia Sur Health Research Institute. ³Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid. ⁶Hospital Universitario de Araba-Txagorritxu. Vitoria. ⁷Hospital Universitario de Donosti. San Sebastián. ⁸Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁰Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ¹²Hospital General Universitario de Alicante. ¹³Hospital Universitario de Málaga. ¹⁴Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁵Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁶Hospital de Jerez de la Frontera. ¹⁷Hospital de Villajoyosa. ¹⁸Hospital Insular de Gran Canaria. ¹⁹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²⁰Hospital Sierrallana. Torrelavega. ²¹Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²²Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ²³Hospital Clínico Universitario La Paz. Madrid. ²⁴Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí. ²⁵Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²⁷Hospital Universitario de León. ²⁸Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³⁰Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: En el lupus eritematoso sistémico (LES), no existe una definición de paciente con LES moderado y paciente con LES grave. Esta definición se basa en las distintas manifestaciones acumuladas del LES hasta un momento en el tiempo y que creemos que pueden marcar el comportamiento de la enfermedad en cualquier etapa de su evolución posterior. Se desconoce cómo esta clasificación puede influir en los diferentes desenlaces de la enfermedad.

Objetivos: Realizar una propuesta de definición de paciente con LES moderado y paciente con LES grave y, utilizando la mayor cohorte nacional de pacientes con LES: describir la prevalencia de ambas categorías y analizar el impacto de esta clasificación en: los brotes, el acúmulo de daño, conseguir un estado de baja actividad del LES (LLDAS), los ingresos, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y en la mortalidad.

Métodos: En la tabla 1 se presentan las definiciones propuestas de paciente con LES moderado y LES grave. Para analizar el impacto de esta clasificación, se han utilizado los datos disponibles del registro de pacientes con LES de la Sociedad Española de Reumatología (RELESSER), que consta de una fase retrospectiva (TRANS) y una fase prospectiva (PROS), con 5 visitas anuales (V1-V5) durante

4 años. Se estableció en V1 la gravedad del paciente según las definiciones propuestas (considerando también el histórico previo en TRANS) y se hizo seguimiento durante los 4 años de PROS. Se midieron: número de brotes y su gravedad (según SELENA Flare Index), daño acumulado (a través del SLICC/ACR Damage Index [SDI]), número de visitas en LLDAS, número de ingresos, CVRS (según Lupus Impact Tracker [LIT]) y mortalidad. Se usó el método T-test para las comparaciones entre grupos.

Resultados: 1.463 pacientes fueron incluidos, con edad media (± DE) de 56 (± 13,5) años, 90% de mujeres y duración media (± DE) del LES en V1 de 14 (± 8,5) años. De esta muestra: 229 (15,8%) fueron definidos como pacientes con LES moderado y 965 (66,4%) como pacientes con LES grave. Según la tabla 2, entre V1 y V5, tanto el grupo de pacientes con LES moderado como el grupo con LES grave presentaron un número medio total de brotes y un número medio de brotes leve-moderados significativamente mayor que el grupo con LES no moderado/no grave (p < 0,001) entre V1 y V5. Para los brotes graves, el grupo de LES grave presentó un número medio significativamente mayor (p < 0,001) tanto en comparación con el grupo de LES mode-

Tabla 1. Criterios y propuestas de definición de paciente con LES moderado y paciente con LES grave

Criterios	Definición	Paciente con LES moderado: aquel que en cualquier momento (en el momento de la evaluación o previamente) cumpla al menos 1 de los siguientes criterios:	Paciente con LES grave: aquel que en cualquier momento (en el momento de la evaluación o previamente) cumpla al menos 1 de los siguientes criterios:
SELENA-SLEDAI (Safety of Estrogens In Lupus Erythematosus National Assessment-Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)		4 < SLEDAIc ≤ 8	SLEDAIc > 8
SLEDAIc: SLEDAI clínico, sin tener en cuenta la hipocomplementemia ni la positividad de los anticuerpos anti-dsDNA			
PGA (Physician Global Assessment, evaluación global de la actividad por el médico)		1 < PGA ≤ 2	PGA > 2
Brotes, número y gravedad (leve-moderados o graves) según SFI (SELENA Flare Index)		> 2 brotes leve-moderados	≥ 1 brote grave
Manifestaciones:		≥ 1 manifestación moderada del LES	≥ 1 manifestación grave del LES
• Moderadas: anemia hemolítica con Hb >7g/dL; trombocitopenia: 20.000-50.000 plaquetas/mm ³ ; hemoglobina 8-10 g/dL (por enfermedad crónica, excluyendo otras causas)			
• Graves: afectación del SNC (convulsión, psicosis, síndrome orgánico cerebral, ACVA por SLEDAI), vasculitis (no cutánea), afectación pulmonar (neumonitis, hemorragia alveolar, hipertensión pulmonar); nefritis tipo 3, 4 ó 5; anemia hemolítica con Hb <7g/dL o trombocitopenia <20.000 plaquetas/mm ³ , hemoglobina <7 g/dL (por enfermedad crónica, excluyendo otras causas)			
Hospitalizaciones por actividad del LES			≥1 hospitalización por actividad del LES
Dosis de glucocorticoides		• 7,5mg/día < prednisona < 30mg/día, o pulsos ≤ 125mg.	• Prednisona ≥ 30mg/día, o pulsos > 125mg.
Tratamientos/Procedimientos		Al menos 1 de los siguientes tratamientos: metotrexato, azatioprina, leflunomida, tratamiento biológico (excepto rituximab)	Al menos 1 de los siguientes tratamientos y/o procedimientos: micofenolato, ciclofosfamida, rituximab, plasmaféresis, esplenectomía, diálisis

Tabla 2. Número medio de brotes (totales, leve-moderados y graves) en el tiempo de seguimiento (4 años) de acuerdo a los grupos de gravedad definidos y su comparación entre sí.

	LES moderado	LES no moderado/no grave	P	LES grave	LES no moderado/no grave	P	LES grave	LES moderado	P
Número medio (DE) de brotes totales (V1-V5: 4 años)	1,6 (± 2,3)	0,5 (± 0,9)	<0,001	1,6 (± 2,2)	0,5 (± 0,9)	<0,001	1,6 (± 2,2)	1,6 (± 2,3)	0,72
Número medio (DE) de brotes leve-moderados (V1-V5: 4 años)	1,6 (± 2,2)	0,5 (± 0,9)	<0,001	1,3 (± 2,0)	0,5 (± 0,9)	<0,001	1,3 (± 2,0)	1,6 (± 2,2)	0,113
Número medio (DE) de brotes graves (V1-V5: 4 años)	0,039 (± 0,3)	0,035 (± 0,2)	0,864	0,364 (± 0,7)	0,035 (± 0,2)	<0,001	0,364 (± 0,7)	0,039 (± 0,3)	<0,001

Tabla 3. Resultados en acúmulo de daño, LLDAS, ingresos, LIT y mortalidad en el tiempo de seguimiento (4 años) de acuerdo a los grupos de gravedad definidos y su comparación entre sí.

	LES moderado	LES no moderado/no grave	P	LES grave	LES no moderado/no grave	P	LES grave	LES moderado	P
Acúmulo de daño ^a (V5-V1)	0,29 (0,69)	0,25 (± 0,58)	0,47	0,54 (± 1,0)	0,25 (± 0,58)	<0,001	0,54 (± 1,0)	0,29 (± 0,69)	<0,001
Situación de LLDAS ^b	3,8 (± 1,5)	4,5 (± 0,7)	0,023	3,4 (± 1,3)	4,5 (± 0,7)	<0,001	3,4 (± 1,3)	3,8 (± 1,5)	0,16
Ingresos	0,36 (± 0,96)	0,14 (± 0,43)	0,002	1,34 (± 2,25)	0,14 (± 0,43)	<0,001	1,34 (± 2,25)	0,36 (± 0,96)	<0,001
Calidad de vida (LIT medio ^c)	30,3 (± 18,9)	24,9 (± 19,8)	0,002	30,8 (± 20,9)	24,9 (± 19,8)	<0,001	30,8 (± 20,9)	30,3 (± 18,9)	<0,736
Calidad de vida (LIT máximo ^c)	40,9 (± 23,1)	34,5 (± 23,7)	0,003	41,5 (± 24,5)	34,5 (± 23,7)	<0,001	41,5 (± 24,5)	40,9 (± 23,1)	0,73
Mortalidad ^d	0,02 6/239 (2,51%)	0,008 2/269 (0,74%)	0,121	0,03 34/975 (3,49%)	0,008 2/269 (0,74%)	<0,001	0,03 34/975 (3,49%)	0,02 6/239 (2,51%)	0,457

Valores en media ± DE.

^a SDI en V5 menos SDI en V1.

^b Número de visitas en LLDAS.

^c Mayor puntuación de LIT supone un mayor deterioro de la calidad de vida.

^d Tasa de mortalidad anual (por visita). n de fallecidos (%)

rado ($p < 0,001$) como con el grupo de LES no moderado/no grave. En el resto de las variables analizadas (daño acumulado, LLDAS, ingresos, CVRS y mortalidad), los resultados son numéricamente peores durante el seguimiento para el grupo con LES grave respecto al grupo con LES moderado, y su vez, peores para el grupo con LES moderado respecto al grupo con LES no moderado/no grave (tabla 3). Estas diferencias son estadísticamente significativas en todos los casos entre LES grave y LES no moderado/no grave.

Conclusiones: En nuestro estudio, ser clasificado como “paciente con LES grave” se asoció con un mayor riesgo de peores desenlaces en cuanto al número y gravedad de brotes, daño acumulado, ingresos, calidad de vida y mortalidad. Es importante identificar pacientes con LES que puedan tener un peor pronóstico en cualquier momento del curso de su enfermedad para establecer estrategias con objetivos más estrictos. Análisis financiados por AstraZeneca Farmacéutica Spain. El registro RELESSER-PROS está financiado por GSK.

CO07. CAMBIOS EN LAS CAUSAS Y PREDICTORES DE MORTALIDAD EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN ESPAÑA A LO LARGO DE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS: DATOS DEL REGISTRO RELESSER

Clara Moriano Morales¹, Jaime Calvo-Alén^{2,4}, Iñigo Rúa-Figueroa³, Elvira Díez Álvarez¹, Cristina Bermúdez⁴, Julia Martínez-Barrio⁵, María Galindo-Izquierdo⁶, Alejandro Olivé⁷, Eva Tomero Muriel⁸, Antonio Fernández-Nebro⁹, Mercedes Freire González¹⁰, Olaia Fernández- Berrizbeitia¹¹, Ana Pérez Gómez¹², Esther Uriarte Isacelaya¹³, Carlos Marras Fernández-Cid¹⁴, Carlos A. Montilla-Morales¹⁵, Gregorio Santos Soler¹⁶, Ricardo Blanco¹⁷, M. Rodríguez-Gómez¹⁸, Paloma Vela-Casasempere¹⁹, Alina Boteanu²⁰, J. Narváez²¹, Víctor Martínez Taboada¹⁷, Blanca Hernández-Cruz²², José Luis Andreu²³, José A Hernández Beriain²⁴, Lorena Expósito²⁵, Raúl Menor-Almagro²⁶, Mónica Ibáñez Barceló²⁷, Iván Castellví²⁸, Carles Galisteo²⁹, Enrique Raya³⁰, Víctor Quevedo Vila³¹, Tomas Vázquez Rodríguez³², Jesús Ibáñez³³ y Jose M. Pego-Reigosa³⁴

¹Hospital de León. ²Hospital Araba. Vitoria. ³Hospital Negrín. Las Palmas Gran Canaria. ⁴Research Unit Bioaraba. Vitoria. ⁵Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁷Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁸Hospital de la Princesa. Madrid. ⁹Hospital Regional Universitario de Málaga. ¹⁰Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ¹¹Hospital de Basurto. Bilbao. ¹²Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ¹³Hospital Donosti. San Sebastián. ¹⁴Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁵Hospital de Salamanca. ¹⁶Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ¹⁷Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ¹⁸Hospital de Ourense. ¹⁹Hospital General de Alicante. ²⁰Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²¹Hospital de Bellvitge. Hospitalet. ²²Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²³Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ²⁴Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁵Hospital de Canarias. Tenerife. ²⁶Hospital de Jerez de la Frontera. ²⁷Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²⁹Hospital Parc Taulí. Sabadell. ³⁰Hospital San Cecilio. Granada. ³¹Hospital de Monforte. ³²Hospital de Lugo. ³³Hospital Povisa. Vigo. ³⁴Hospital do Meixoeiro. Vigo.

Introducción: La mortalidad del lupus eritematoso sistémico (LES) varía mucho de un país a otro, probablemente debido a diferencias sociales, sanitarias y étnicas. Es necesario identificar predictores demográficos, clínicos y serológicos de mortalidad en LES en nuestro país, para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Objetivos: Analizar las causas e identificar factores predictivos de mortalidad en el LES, así como evaluar la evolución temporal y los cambios cronológicos en España.

Métodos: Estudio transversal y retrospectivo que analiza datos de la cohorte RELESSER. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas y serológicas, comorbilidades y tratamientos, así como indicadores de actividad, daño y gravedad de la enfermedad. Se excluyeron pacientes con pérdida de información sobre la variable muerte y se analizaron las características diferenciales de los pacientes fallecidos en comparación con los supervivientes a través de diferentes etapas temporales según la fecha de diagnóstico: hasta los años 80; los 90 y la primera década del siglo XXI. Las variables asociadas con la mortalidad en el análisis univariante se introdujeron en diferentes modelos multivariantes para determinar cuáles se asociaban de forma independiente con el desenlace de la enfermedad en cada década.

Resultados: Se incluyeron 3.665 pacientes, la mayoría mujeres caucásicas con características generales similares. El 18,4% falleció antes de los años 80, el 5,97% en los 90 y hasta el 2,84% en la primera década del siglo XXI. La edad media de fallecimiento fue similar en los distintos grupos, en torno a los 55-58 años (tabla). Los eventos vasculares fueron la principal causa de muerte hasta los años 80, mientras que en las dos últimas décadas predominaron las infecciones. Una mayor edad al diagnóstico fue predictor de mortalidad en nuestra cohorte. Ni el sexo ni el retraso diagnóstico se asociaron de forma independiente con la mortalidad, con excepción del sexo femenino que se comportó como factor protector hasta la década de 1980. Los predictores de mortalidad en nuestra cohorte fueron la presencia de comorbilidades en todos los períodos del estudio; hipocomplementemia y daño orgánico hasta la década de 1980; trombocitopenia, síndrome antifosfolípido y valvulopatía en la década de 1990; serositis, daño orgánico y depresión en la primera década del siglo XXI. Por el contrario, la afectación cutánea se relacionó con mayor supervivencia en las dos últimas décadas. El uso de altas dosis de corticosteroides (> 30 mg/día) fue predictor de mortalidad en cada etapa temporal, así como el uso de ciclofosfamida y rituximab a partir del año 2000. El tratamiento antipalúdico se relacionó con mejor supervivencia en todas las décadas analizadas.

Conclusiones: En la cohorte RELESSER, la principal causa de muerte en las últimas décadas fueron las infecciones. Sin embargo, hasta la década de 1980, predominaron los eventos vasculares. La edad avanzada en el momento del diagnóstico, el uso de corticosteroides y las comorbilidades se asociaron con un aumento significativo de la mortalidad en LES, mientras que el tratamiento antipalúdico se relacionó con una mejor supervivencia. Los datos indican que el daño orgánico es un factor de riesgo y la afectación cutánea un factor protector frente a la mortalidad. Diferencialmente, el sexo femenino hasta la década de

Etapas Temporales	Hasta 1989	1990 – 1999	>2000
n (3665)	539	1122	2004
Edad diagnóstica, años (media ± DE)	28.7 ± 12.6	33.4 ± 14.2	38.3 ± 15.3
Sexo femenino, n (%)	491 (91.1%)	1025 (91.5%)	1770 (88.6%)
Raza caucásica (%)	98.5%	96%	90.4%
Retraso diagnóstico, meses (media ± DE)	20.8 ± 52.7	26.2 ± 53.6	28.9 ± 52.6
Criterios ACR (≥ 4) %	98%	93.9%	88.1%
FALLECIDOS n (%)	99 (18.4%)	67 (5.97%)	57 (2.84%)
Edad fallecimiento, años (media ± DE)	55.21 ± 15.59	57.74 ± 18.61	58.32 ± 19.73
Principal Causa de Muerte	Vascular	Infecciones	Infecciones

CO07 Figura. Características generales.

1980 se asoció de forma independiente con una mejor supervivencia, y la depresión a principios del siglo XXI se asoció con mortalidad.

MESA ARTRITIS PSORIÁSICA

CO08. CARACTERIZACIÓN DEL PROTEOMA INFLAMATORIO DEL LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: POTENCIALES DIANAS TERAPÉUTICAS

Laura Cuesta López¹, Iván Arias de la Rosa¹, María Dolores López Montilla¹, Carlos Pérez- Sanchez², Miriam Ruiz-Ponce¹, Clementina López-Medina¹, María Lourdes Ladehesa-Pineda¹, Chary López-Pedraza¹, Alejandro Escudero Contreras¹, Eduardo Collantes Estevez¹ y Nuria Barbarroja Puerto¹

¹Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: la inflamación de la membrana sinovial promovida por la activación de células T efectoras y la expresión alterada de citoquinas inflamatorias, es una característica clave de la artritis psoriásica (APs). La nueva tecnología Proximity Extension Assay (PEA) podría contribuir a identificar nuevos biomarcadores proteicos asociados con APs y a mejorar la comprensión de la fisiopatología, manejo y tratamiento futuro de la APs.

Objetivos: 1) Caracterizar el proteoma inflamatorio del líquido sinovial (LS) procedente de pacientes con artritis psoriásica (APs) usando una técnica de nueva generación en análisis de proteínas, y 2) evaluar su potencial de estratificar a estos pacientes dependiendo de sus características moleculares.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio exploratorio transversal en diecisiete pacientes, trece con artritis psoriásica y cuatro con diagnóstico de osteoartritis (OA) como grupo control. A cada uno de los pacientes se les extrajo líquido sinovial de la rodilla como práctica clínica habitual. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis del proteoma inflamatorio (92 proteínas) del líquido sinovial empleando la tecnología PEA (Olink Target 96 Inflammation panel, Cobiomic Biosciences).

Resultados: De las 92 proteínas relacionadas con inflamación se detectaron niveles de 79 en el LS de pacientes con APs (LS-APs). Mediante análisis de *clusters* no supervisado se identificaron dos fenotipos de pacientes caracterizados por niveles significativamente más alterados de proteínas inflamatorias. Clínicamente, el LS-APs con niveles más elevados de proteínas inflamatorias mostraban un aumento de la inflamación sistémica y alteraciones en el metabolismo glucídico y lipídico. Además, en el LS-APs se hallaron 39 de las 79 proteínas detectadas, significativamente alteradas en comparación con el LS-OA, que estaban relacionadas con la activación y migración celular y la respuesta inflamatoria. Entre las diferentes moléculas alteradas: TNF α , IL-17A, IL-6, IL-10, IL-8, ENRAGE, CCL-20, TNFSF-14, OSM, IFN- γ , MCP-3, CXCL-11, MCP-4, CASP-8, CXCL-6, CD-6, ADA, CXCL-10, TNF- β e IL-7 mostraron la alteración más significativa.

Conclusiones: 1) Este es el primer estudio que caracteriza el perfil inflamatorio proteico del líquido sinovial de pacientes con APs mediante el análisis de un panel de 92 proteínas inflamatorias utilizando la tecnología PEA; 2) Mediante este análisis se han identificado nuevas proteínas del LS como posibles moléculas implicadas en la patogénesis de la APs y potenciales biomarcadores de diagnóstico; 3) el proteoma inflamatorio del LS podría distinguir dos fenotipos diferentes relacionados con la inflamación sistémica y las alteraciones de lipídicas y glucídicas.

Financiado por el ISCIII (PI20/00079 y RD21/0002/0033) y cofinanciado por fondos FEDER.

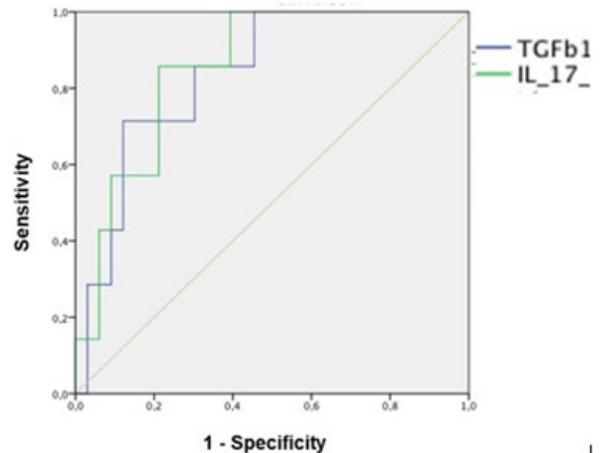
CO09. EARLY INCREASED SYNOVIAL IMMUNOHISTOCHEMISTRY REACTIVITY OF IL17A AND TGF- β 1 IN PSORIATIC ARTHRITIS AND RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS PREDICTING USE OF BIOLOGICS

Karen Samantha Carpio Astudillo¹, Jose A. Pinto Tasende², Mercedes Fernández-Moreno³, M. Eugenia Vázquez-Mosquera³, J. Carlos Fernández-López², Natividad Oreiro-Villar², F. Javier de Toro Santos⁴ and Francisco J. Blanco-García⁵

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Department of Rheumatology-INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ³INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁴Department of Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁵Department of Rheumatology-INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁶Universidad de A Coruña.

Introduction: PsA diagnosis and treatment delayed is commonly leading to progressive articular damage, and research has aimed to improve PsA diagnosis and prognosis by identifying novel disease biomarkers. The present research aimed to analyze cytokines regarding inflammation and bone destruction/regeneration in patients with psoriatic arthritis (PsA), rheumatoid arthritis (RA), osteoarthritis (OA), and ankylosing spondylitis (AS) as possible biomarkers.

Methods: The patients underwent knee arthroscopy between 2009 and 2013 because they clinically presented with knee joint swelling and tenderness that did not improve with the medical treatment indicated for their diagnosed disease. So, samples were obtained from the swollen knee of patients who had been referred for undergoing arthroscopies and the synovial membrane was processed for pathological description, and protein IHC quantification (% Expressed in Ratio_Area-Intensity) for TGF- β 1, IL-23, IL-6, IL-17A, IL-22, Dkk1, Sclerostin, BMP2, BMP4, Wnt1, and Wnt5a was done. All these data were analyzed and compared with the demographic, clinical, analytical, and radiological characteristics of the patients, and their predictive abilities using receiver operating characteristic (ROC) curves.



IHC reactivity for TGF- β 1 and IL-17A (AUC).

Results: Synovial membrane samples were obtained from 44 patients (PsA n = 13, RA n = 9, OA n = 18, AS = 4) for IHC quantification analysis. At baseline, 9 patients were being treated with csDMARDs, and no one of them was previously treated with biologics. After 5 years, 4 of 13 with PsA and 2 of 9 the RA patients were treated with biologics. In general, early IHC reactivity for TGF- β 1 in the synovial tissue was higher in patients with psoriatic arthritis (p = 0.024) and was positively correlated with IL-17A (r = 0.355, p = 0.024), and Dkk1 (r = 0.444, p = 0.004). Early IHC reactivity for TGF- β 1 in the synovial tissue was higher in PsA patients treated after with biologics (p = 0.015). Patients with PsA and RA treated with biologics had higher IHC reactivity for IL-17A in the synovial tissue (p = 0.004), for

Dkk1 (p = 0.02), and for BMP2 (p = 0.045). There were no differences found regarding gender (p = 0.944), age (p = 0.947), or the Kellgren-Lawrence scale in the knee target (p = 0.608) for TGF-β1 but IL-17A IHC expression was higher in men (p = 0.02). In the logistic regression analysis, these differences seem to be independent of age, gender, or csDMARD use at the basal moment, for TGF-β1 (p = 0.014), IL-17A (p = 0.009), and Dkk1 (p = 0.015). ROC curve analysis of IHC reactivity for TGF-β1 and IL-17A in the synovial seems to predict future treatment with biologics in the next 10 years with the areas under the curve (AUC) of 0.835 (95%CI: 0.695-0.976; p < 0.006), and 0.853 (95%CI: 0.725-0.980; p < 0.004), respectively.

Conclusions: It was observed that IHC reactivity for TGF-β1 and IL17A was higher in patients who needed biologics after 5 years of following. Early increased synovial immunohistochemistry reactivity of IL17A and TGF-β1 in psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis patients could predict the need to use biologics.

Funding sources: Grant (PI11/00390) from Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011 and co-financed by the ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación - Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

CO10. RELACIÓN ENTRE LA AFECTACIÓN PALMOPLANTAR EN LA PSORIASIS Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA: FENOTIPO CLÍNICO, ASPECTOS RADIOLÓGICOS Y NECESIDADES TERAPÉUTICAS

Martí Aguilar i Coll, Montserrat Roig Kim, Judith Palacios Olid, Pol Maymó Paituví, Emma Brugarolas Martínez, Paola Vidal Montal y Jesús Rodríguez Moreno

Hospital Universitario de Bellvitge.

Introducción: La relación entre la distribución cutánea de la psoriasis y los patrones clínicos y radiológicos de la artritis psoriásica (APs) es un tema con escasa evidencia en la literatura.

Objetivos: Comparar variables clínicas, radiológicas y de tratamiento en dos grupos de pacientes con psoriasis y APs, definidos por la presencia o no de afectación cutánea palmoplantar.

Métodos: Es un estudio analítico, observacional y retrospectivo realizado a partir de una cohorte prospectiva de 503 pacientes con APs. De esta cohorte se han seleccionado un total de 452 pacientes que presentan tanto afectación cutánea como articular, se han generado dos grupos en función de la presencia o no de psoriasis palmoplantar (PPP) y se han comparado variables de fenotipo clínico, afectación radiológica y requerimientos terapéuticos mediante análisis bivariado. Además, las variables radiológicas se han sometido a un modelo de regresión para tener en cuenta el tiempo de evolución de la APs como posible factor de confusión.

Resultados: La frecuencia de psoriasis moderada o grave (definida como necesidad de recibir PUVA o tratamiento sistémico) es mayor en pacientes con PPP (p < 0,001), mientras que la dactilitis es menos habitual (p = 0,014). El análisis bivariado del dominio radiológico muestra que la PPP se asocia a menor frecuencia de cambios proliferativos (p = 0,012) y de entesofitosis aquilea y/o plantar (p = 0,022), hallazgos que se confirman tras el modelo de regresión (p = 0,037 y p = 0,039, respectivamente). La presencia de osteólisis o de cambios mutilantes y el número de articulaciones de manos y pies con daño estructural no muestran relación con la afectación palmoplantar de la psoriasis. La mayor necesidad de FAME biológicos o de cirugía ortopédica no se consigue demostrar en este estudio.

Conclusiones: Los pacientes con PPP requieren un tratamiento más intensivo para la psoriasis cutánea y presentan menor frecuencia de

Tabla CO10
Descripción de los grupos y análisis estadístico

Variable	PPP	No PPP	Análisis bivariado		Análisis multivariado		
			p-valor	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	
Tamaño muestral	101 (22,3)	351 (77,7)					
Variables clínicas	Sexo		0,186				
	Mujer, n (%)	54 (53,5)	161 (46,0)		1,28 (0,82-2,00)		
	Varón, n (%)	47 (46,5)	189 (54,0)		0,74 (0,48-1,16)		
	Edad de inicio de la psoriasis (años), media ± DE	31,3 ± 16,1	32,4 ± 16,3	0,549			
	Edad de inicio de la APs (años), media ± DE	42,3 ± 13,5	42,4 ± 15,1	0,957			
	Diferencia entre inicio APs e inicio psoriasis (años), media ± DE	11,3 ± 14,1	9,9 ± 14,1	0,394			
	Tiempo de evolución de la APs hasta el último estudio radiológico (años), media ± DE	17,1 ± 12,0	16,1 ± 12,1	0,487			
	Antecedente familiar de primer grado de psoriasis y/o APs, n (%)	53 (53,5)	151 (44,4)	0,109	1,44 (0,92-2,26)		
	Psoriasis moderada o grave, n (%)	53 (52,5)	107 (30,6)	< 0,001	2,51 (1,60-3,94)		
	Onicopatía psoriásica, n (%)	63 (62,4)	220 (62,9)	0,930	0,98 (0,62-1,55)		
	Afectación axial (según criterios de Nueva York modificados), n (%)	13 (14,4)	35 (11,6)	0,468	1,29 (0,65-2,56)		
	Entesitis en talón, n (%)	29 (32,6)	127 (39,6)	0,230	0,74 (0,45-1,21)		
	Dactilitis, n (%)	29 (29,3)	149 (42,9)	0,014	0,55 (0,34-0,89)		
	Afectación de articulaciones interfalángicas distales, n (%)	30 (30,6)	111 (32,3)	0,756	0,93 (0,57-1,51)		
	Variables radiológicas	Afectación predominante		0,904			
Poliarticular, n (%)		43 (43,4)	156 (44,7)				
Oligoarticular, n (%)		48 (48,5)	171 (49,0)				
Axial, n (%)		3 (3,0)	10 (2,9)				
Entesítica, n (%)		5 (5,1)	12 (3,4)				
Osteólisis, n (%)		8 (8,9)	21 (6,8)	0,496	1,34 (0,57-3,14)	0,579	1,27 (0,54-3,00)
Cambios proliferativos, n (%)		19 (29,7)	97 (47,5)	0,012	0,47 (0,26-0,85)	0,037	0,52 (0,28-0,96)
Cambios mutilantes, n (%)		9 (14,8)	20 (10,1)	0,307	1,55 (0,67-3,61)	0,314	1,55 (0,66-3,67)
Entesofitosis aquilea y/o plantar, n (%)		21 (34,4)	88 (51,5)	0,022	0,50 (0,27-0,91)	0,039	0,52 (0,28-0,97)
Número de articulaciones de manos y pies con daño estructural, mediana (RIC)		2 (0-7)	1 (0-6)	0,308		0,818	
Variables de tratamiento	Uso de FAME biológico, n (%)	56 (55,4)	157 (44,7)	0,057	1,54 (0,99-2,40)		
	Número de FAME biológicos, mediana (RIC)	1 (0-2)	0 (0-2)	0,081			
	Cirugía ortopédica, n (%)	12 (11,9)	40 (11,4)	0,900	1,05 (0,53-2,08)		
	Número de cirugías ortopédicas, mediana (RIC)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,871			
Otras variables	HLA-B27, n (%)	6 (6,5)	39 (12,2)	0,123	0,50 (0,21-1,22)		

Las variables categóricas se han descrito mediante n (%). Las variables numéricas se han descrito con la media ± DE o la mediana (RIC) en función de si presentan una distribución normal o no, respectivamente. Para las variables binarias se muestra, además del p-valor, la OR con su IC95%. No se dispuso del conjunto completo de variables para todos los pacientes, por lo que el tamaño muestral difiere ligeramente entre las variables. OR, odds ratio; PPP, psoriasis palmoplantar; IC95%, intervalo de confianza del 95%; DE, desviación estándar; APs, artritis psoriásica; RIC, rango intercuartílico expresado como C1-C3; FAME, fármaco modificador de la enfermedad.

dactylitis. A nivel radiológico se observa menor proliferación ósea, tanto a nivel articular como en las entesis. La afectación cutánea palmoplantar no muestra relación con las variables subrogadas de gravedad de la APs, como son el daño estructural establecido o la necesidad de tratamiento biológico o cirugía ortopédica.

MESA COMUNICACIONES ORALES I

CO11. NAILFOLD CAPILLAROSCOPY FOR PREDICTION OF NOVEL SEVERE ORGAN INVOLVEMENT AND MORTALITY IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Cristiana Isabel Sieiro Santos, Paula Pérez García, Jose Ordas Martínez, Clara Moriano Morales, Carolina Álvarez Castro, Manuel Martín Martínez and Elvira Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

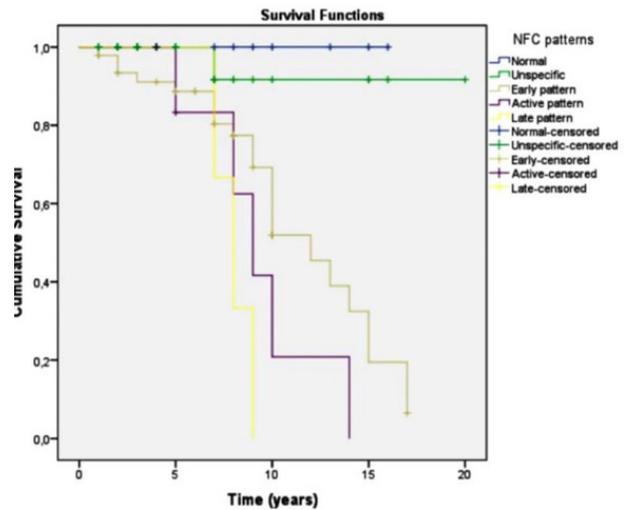
Background: Nailfold capillaroscopy (NFC) has been suggested as a potential biomarker of disease severity in systemic sclerosis (SSc). Several studies report the association between capillary loss and disease severity however, the association of NFC abnormalities with novel severe organ involvement/progression and mortality in SSc has not been evaluated.

Objectives: We aim to evaluate the association of nailfold capillaroscopy (NFC) abnormalities with novel major organ involvement/progression and mortality in SSc.

Methods: Follow-up data from patients with SSc registered between 2000 and 2022 were analyzed. Patients underwent NFC at baseline. Baseline demographic data, antibody status, baseline pulmonary function, novel severe organ involvement/progression and mortality were registered. Novel organ involvement/progression was defined as new or progressive involvement of peripheral vasculature, lungs, heart, skin, gastrointestinal, kidney, musculoskeletal at 12 and 24 months of follow-up. The following NFC parameters were evaluated: capillary density, hemorrhages, enlarged and giant capillaries, avascular areas, organization of capillary architecture and scleroderma pattern (early/active/late). Logistic regression modelling was run to assess associations between NFC and clinical parameters, the occurrence of novel severe organ involvement and/or progression and mortality.

Results: 113 patients were included: 28 (25%) were male, 86 (76%) lcSSc and 27 (23%) dcSSc. 70 patients (61%) developed novel overall severe organ involvement/progression and 40 patients died (36%) during follow-up. Table 1 and table 2 summarizes the associations between NFC and novel severe organ involvement/progression and mortality during follow-up. Loss of capillary density was associated with overall severe organ involvement (p = 0.002), peripheral vascular involvement (p = 0.03), new ILD (p = 0.04) and skin progression (p = 0.01); avascular areas were associated with overall severe organ involvement (p = 0.03), new ILD (p = 0.03) and progression of ILD

(p = 0.02) and scleroderma pattern was associated with overall severe organ involvement (p = 0.03), peripheral vascular involvement (OR p = 0.04), new ILD (p = 0.004), progression of ILD (p = 0.03) and skin progression (p = 0.04). Mortality was associated with ILD (OR 2.56, 95%CI 1.5-7.2, p 0.04), DLCO < 70% (2.34 93%CI 1.42-6.23, p 0.03), a late pattern in NFC (3.42, 95%CI 1.42-7.25, p 0.002), presence of hemorrhages (OR 1.77, 95%CI 1.24-8.23, p 0.034) and avascular zones (OR 6.22 95%CI 2.54-10.3, p 0.021). Survival rates from diagnosis at 10 years were lower in patients with NFC with active a late pattern (40% and 20%) compared with those with normal, unspecific and early pattern (100%, 90% and 70%) (p = 0,008 by log rank test) (fig.).



Kaplan-Meier survival curve comparing patients with different NFC patterns.

Table 2. Predictors of mortality in patients with systemic sclerosis

Parameters	OR 95% CI	P value
Age at diagnosis	1,3 (1,1-4,2)	0,42
Male gender	1,19 (0,9-14,2)	0,65
Diffuse	2,43 (1,2-4,6)	0,72
Sci70+	1,55 (0,42-8,45)	0,85
ILD	2,56 (1,5-7,2)	0,04
DLCO < 70%	2,34 (1,42-6,23)	0,03
Late pattern	3,42 (1,42-7,25)	0,002
Haemorrhages	4,77 (1-24-8,23)	0,034
Avascular zones	6,22 (2,54-10,3)	0,021

Conclusions: NFC may be a potential biomarker in SSc for predicting novel severe organ involvement and/or progression and mortality. Abnormal capillary density, avascular areas and scleroderma pattern are predictors of overall severe organ involvement, peripheral vascular involvement, novel and progression of ILD and skin progression.

Table CO11

Table 1. Associations between NFC and novel severe organ involvement/progression during follow-up

Novel severe involvement or progression	Loss of capillary density	P value	Haemorrhages	P value	Enlarged capillaries	P value	Avascular areas	P value	Scleroderma pattern	P value
Overall future organ involvement	3,21 (1,02-5,45)	0,002	1,82 (0,82-4,52)	0,82	1,09 (0,52-3,23)	0,72	2,1 (1,34-6,23)	0,03	1,82 (1,12-4,25)	0,03
Peripheral vascular involvement	1,7 (1,10-3,19)	0,03	1,72 (0,82-2,72)	0,62	1,92 (0,64-4,2)	0,52	2,62 (0,72-3,2)	0,72	1,82 (1,2-3,9)	0,04
New ILD	2,45 (1,32-4,23)	0,04	1,2 (0,52-3,21)	0,75	1,32 (0,72-4,21)	0,82	1,82 (1,12-3,42)	0,03	1,98 (1,32-3,42)	0,004
Progression of ILD	0,98 (0,23-2,14)	0,32	0,45 (0,14-1,98)	0,45	0,78 (0,21-2,34)	0,72	1,32 (1,10-3,52)	0,02	1,45 (1,12-3,82)	0,03
New PAH	0,72 (0,14-1,98)	0,42	0,32 (0,15-1,67)	0,62	0,34 (0,21-1,52)	0,65	0,85 (0,62-2,14)	0,73	0,92 (0,52-1,45)	0,62
Skin progression	1,42 (1,12-3,29)	0,01	1,32 (0,62-2,81)	0,34	0,72 (0,32-1,30)	0,39	1,19 (0,63-3,62)	0,06	2,3 (1,45-3,14)	0,04
Novel heart involvement	0,78 (0,42-1,42)	0,14	0,62 (0,32-1,32)	0,29	0,42 (0,29-1,82)	0,73	0,35 (0,13-1,51)	0,66	1,82 (0,42-2,37)	0,78
Novel GI involvement	1,62 (0,24-1,34)	0,24	1,54 (0,32-1,54)	0,43	0,48 (0,26-1,31)	0,32	0,42 (0,24-1,23)	0,39	1,83 (0,52-3,37)	0,40
Novel SRC	0,72 (0,34-1,32)	0,52	0,86 (0,42-1,52)	0,64	0,94 (0,52-2,02)	0,76	0,66 (0,23-1,87)	0,43	0,65 (0,44-1,32)	0,32
Novel musculoskeletal involvement	0,23 (0,10-0,42)	0,24	0,18 (0,09-0,39)	0,19	0,28 (0,14-0,54)	0,34	0,25 (0,11-0,43)	0,29	0,87 (0,50-1,42)	0,29

CO12. PROGRESIÓN DE EPID (ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA) ASOCIADA A CONECTIVOPATÍAS A 12 Y 24 MESES SEGÚN PFR (PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA) Y TACAR (TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN) EN UN ÚNICO CENTRO

Carmen Lucía García Gómez¹, María Enjuanes¹, Elena Abad¹, Juan María Blanco¹, Lucía Vega¹, Oihane Iburguengoitia², Itziar Calvo², Eva Galíndez¹, Ana Rosa Intxaurre¹, Ignacio Torre¹, Eduardo Cuende¹, Rosa Expósito¹, Íñigo Gorostiza³, María Luz García-Vivar¹ y María Esther Ruiz Lucea¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

²Servicio de Reumatología. Hospital de Galdakao. ³Servicio de Estadística. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción: La EPID es una causa importante de morbilidad en conectivopatías. Puede ocurrir como primera manifestación de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar la progresión de EPID a través de PFR y TACAR a 12 y 24 meses según el tipo de conectivopatía (esclerosis sistémica, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, enfermedad mixta del tejido conectivo, lupus eritematoso sistémico), vasculitis, sarcoidosis e IPAF (*interstitial pneumonia with autoimmune features*).

Características sociodemográficas y basales - N (83)		Manifestaciones clínicas/afectación- n (%)	
Total - n (%)	83 (100)	Raynaud	36 (43,4)
Edad al dx. de conectivopatía - años - media (RIC)	57 (21-82)	Cutáneo	36 (43,4)
Edad al dx de EPID - años - media (RIC)	62 (32-87)	Artritis	27 (32,5)
Mujeres - n (%)	65 (78,3)	Ocular	18 (21,7)
Hábito tabáquico		HAP	10 (12)
Fumador - n (%)	15 (18,1)	Esofágica	10 (12)
Exfumador - n (%)	18 (21,7)	Miositis	9 (10,8)
No fumador - n (%)	50 (60,2)	Hematológica	6 (7,2)
HTA - n (%)	28 (33,7)	Renal	3 (3,6)
Diabetes mellitus - n (%)	8 (9,6)	Neuropatía	2 (2,4)
Cardiopatía isquémica - n (%)	5 (6)		
EPOC - n (%)	9 (10,8)		

Anticuerpos -n (%)	Tipo de conectivopatía asociada a EPID - n (%)	
ANA	55 (66,3)	Esclerosis sistémica 23 (27,7)
FR	33 (39,8)	Artritis reumatoide 17 (20,5)
Ro	33 (39,8)	Miopatía inflamatoria 13 (15,7)
Antimiositis	19 (22,9)	Síndrome de Sjögren 12 (14,5)
Antisintetasa	7 (8,4)	Sarcoidosis 8 (9,6)
Antiesclero	21 (25,3)	IPAF 3 (3,6)
		EMTC 3 (3,6)
		LES 2 (2,4)
		Vasculitis 2 (2,4)

Patrón TACAR - n (%)	Inmunosupresión - n (%)	
NIU	26 (31,3)	MTX 31 (37,3)
NINE	22 (26,5)	HCQ 26 (31,3)
INCONS NIU	17 (20,5)	MMF 22 (27,7)
NINE-FIB	5 (6)	Pulsos MP 15 (18)
Sarco	6 (7,2)	Rituximab 19 (22,89)
Sarco- FIB	2 (2,4)	Azatioprina 14 (16,9)
NOC	2 (2,4)	TNFi 9 (10,8)
NIL	2 (2,4)	Abatacept 8 (9,6)
NID	1 (1,2)	Leflunomida 8 (9,6)
		Tacrolimus 5 (6)
		Ciclofosfamida 4 (4,81)
		Nintedanib 2 (2,4)
		Tocilizumab 2 (2,4)

ANA = anticuerpos antinucleares. MMF = micofenolato de mofetilo. Anti-RNp = antirribonucleoproteína. MTX = metotrexato. EMTC = enfermedad mixta del tejido conectivo. NID = neumonía intersticial difusa. EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica. NIL = neumonía intersticial linfoide. HAp = hipertensión arterial pulmonar. NINE = neumonía intersticial no específica. HCQ = hidroxicloroquina. NINE-FIB = neumonía intersticial no específica fibrosante. HTA = hipertensión arterial. NOC = neumonía organizativa criptogénica. INCONS NIU = inconsistente neumonía intersticial usual. Pulsos Mp = pulsos metilprednisolona. IPAF = neumonía intersticial con características autoinmunes (siglas en inglés). FR = factor reumatoide. LES = lupus eritematoso sistémico.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en un centro terciario único de pacientes con EPID asociada a conectivopatía valorados entre 2012 y 2022. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y serológicos, así como resultados de TACAR y PFR. Los patrones de EPID se clasificaron en NIU (neumonía intersticial usual), inconsistente con NIU, NINE (neumonía intersticial no específica), NINE fibrosante, NOC (neumonía organizada criptogénica), NIL (neumonía intersticial linfoide), NID (neumonía intersticial descamativa), y asociado a sarcoidosis. La progresión fue definida como: caída de CVF $\geq 10\%$ o $\geq 15\%$ de la DLCO. Según el criterio de los radiólogos en TACAR.

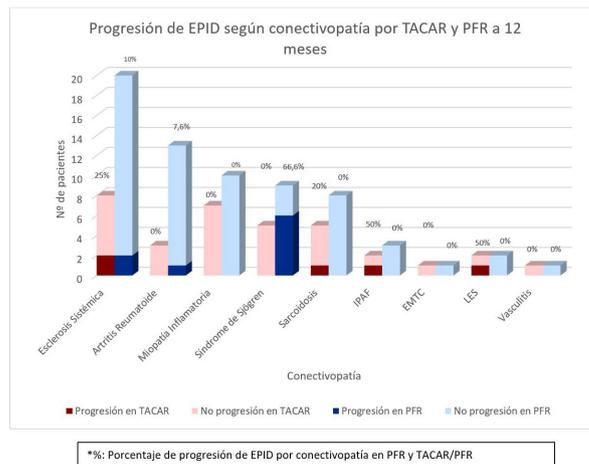


Figura 1

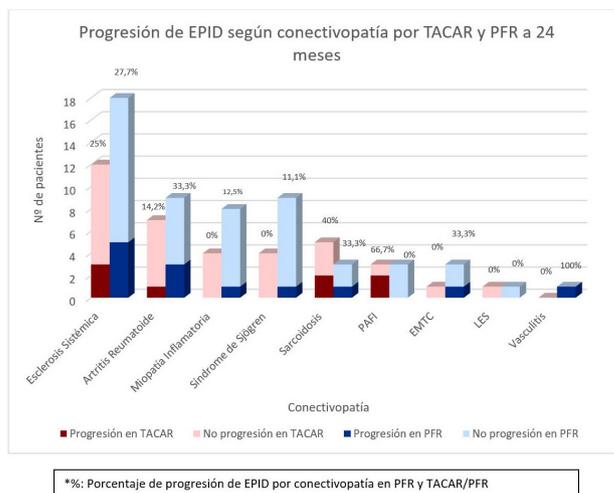


Figura 2

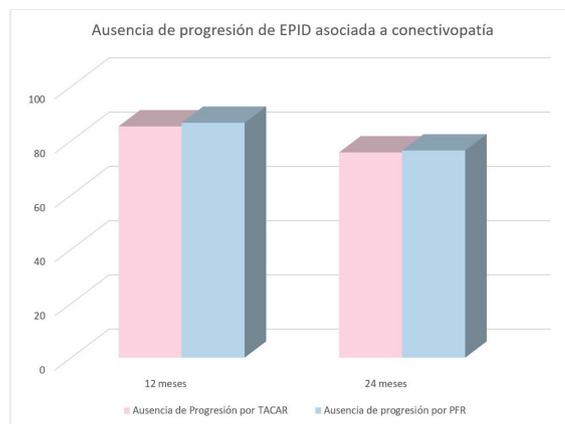


Figura 3

Resultados: Se recogieron datos de 83 pacientes que se muestran en la tabla. El patrón NIU fue uno de los más frecuentes, especialmente en artritis reumatoide (35,3%), pero también en el resto de conectivopatías (30,3%). 32 de los 83 pacientes no recibieron tratamiento inmunosupresor por la EPID. Algunos de los tratamientos más empleados fueron micofenolato de mofetilo y rituximab. La figura 1 muestra la progresión por tipo de enfermedad a 12 meses. La figura 2 muestra la progresión por tipo de enfermedad a 24 meses. La figura 3 muestra la estabilización o mejoría globalmente a 12 y 24 meses. De los pacientes que progresaron, un 41,7% contaban con patrón fibrosante (incluyendo NIU, NINE fib y sarcoidosis fibrosante). 5 de los pacientes han fallecido, 2 de ellos siendo sarcoidosis con patrones fibrosantes.

Conclusiones: Mantener un seguimiento estrecho y los tratamientos utilizados muestran que se puede evitar la progresión en aproximadamente un 80% de los pacientes. Algunos de los pacientes con mayor progresión, de la misma forma que en la literatura, son aquellos con esclerosis sistémica, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide e IPAF. Se necesitan más estudios para identificar los mejores tratamientos y factores pronósticos que puedan predecir progresión de EPID.

CO13. ¿ES POSIBLE LA OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?: ANÁLISIS DE ESTA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN UNA AMPLIA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES, PROCEDENTES DE SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA ESPAÑOLES

Iñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa¹, Irene Altabás González², Norman Jiménez Otero², Judit Font Urgelles³, Ivette Casafont Sole³, Marta de la Rubia Navarro⁴, José Andrés Román Ivorra⁴, Andrea Hernández-Martín¹, María Galindo Izquierdo⁵, Tarek Salman Montes⁶, Javier Narváez⁷, Paola Vidal-Montal⁷, María Jesús García-Villanueva⁸, Sandra Garrote⁸, Carlos Marras Fernández⁹, María Piqueras García⁹, Julia Martínez Barrio¹⁰, Marina Sánchez Lucas¹⁰, Josefina Cortés Hernández¹¹, Eleonora Penzo¹¹, Jaime Calvo Alen¹², Juan Ramón de Dios¹², Eva Tomero¹³, Raúl Menor Almagro¹⁴, Myriam Gandía Martínez¹⁴, José A. Gómez-Puerta¹⁵, Beatriz Frade-Sosa¹⁵, Consuelo Ramos Giráldez¹⁶, Carmen Traperó Pérez¹⁶, Elvira Díez Álvarez¹⁷, Clara Moriano¹⁷, Alejandro Muñoz Jiménez¹⁸ y José María Pego Reigosa²

¹Hospital Doctor Negrín. Gran Canaria. ²IRIDIS Group. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ³Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia ⁵Hospital 12 de octubre. Madrid. ⁶Hospital del Mar. Barcelona. ⁷Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁸Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁹Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁰Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Universitario Valle d'Hebron. Barcelona. ¹²Hospital Universitario Araba. ¹³Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹⁴Hospital Universitario de Jerez. ¹⁵Hospital Clinic de Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ¹⁷Hospital Universitario de León. ¹⁸Hospital universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El belimumab (BLM) es un anticuerpo monoclonal IgG-1λ anti BAFF eficaz en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), siendo utilizado de manera creciente. No existen datos publicados sobre optimización de dosis en pacientes respondedores.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de optimización de dosis en pacientes con LES tratados con BLM, sus modalidades y su impacto sobre el control de la actividad de Enfermedad

Métodos: Estudio multicéntrico longitudinal retrospectivo de pacientes con LES tratados con BLM en servicios de reumatología españoles. Se registraron las características demográficas, clínicas, actividad (SLEDAI), tratamientos y desenlaces (remisión DORIS

-2021 y LLDAS (Lupus Low Disease Activity Status)). Los datos fueron recopilados basalmente (preoptimización) (VB), a los 6 (V6M) y 12 meses (V12M) posoptimización. Se realizó un análisis comparativo pre y posoptimización (test o Fisher).

Resultados: 324 pacientes con LES (98%, criterios ACR-97 o SLICC-12) tratados con BLM fueron incluidos; 91% mujeres; media edad (± DE): 42,4 (± 12,9) años. Mediana de seguimiento: 3,2 años (p25-p75) (1,4-5,9). Un total de 29 pacientes (8,9%) fueron optimizados, 89,7% mujeres, media edad: 45 (± 11,5) años. Mediana de tiempo hasta optimización 2,7 (1,77-4,48) años. Media de tiempo en optimización: 11,36 (2,5) meses. Modalidades de optimización: aumento de intervalo en 9 pacientes con BLM subcutáneo (pasando de 7 días a entre 10 y 21 días de intervalo entre dosis) y en 6 pacientes con BLM ev (pasando de 4 semanas a entre 5 y 6 semanas de intervalo). Reducción de dosis por administración (todos ev) en 16 pacientes (pasando de 10 mg/kg a entre 5 y 9 mg/Kg). Situación preoptimización (VB): 15/26 (57,7%) en remisión DORIS-21 y 23/26 (88,5%) en LLDAS. Solo 1 paciente tenía nefritis lúpica. Descripción detallada del resto de características basales en tabla. Tras la optimización, 2/24 (8,3%) y 3/22 (13,6%) perdieron la situación de remisión-DORIS en V6M y V12M, respectivamente, pero sin diferencias estadísticamente significativas respecto a VB; respecto a LLDAS, 2/23 (8,7%) y 2/21 (9,5%) hicieron lo propio en V6M y V12M, respectivamente, también sin diferencias significativas; 11/23 (47,8%) y 9/21 (42,9%) pasaron de SLEDAI 0 a SLEDAI > 0, en V6M y V12M respectivamente. En términos de actividad de enfermedad, no se encontraron diferencias significativas pre y post optimización en ninguna de las medidas, salvo en la hipocomplementemia (p = 0,0276) (tabla). Los cambios de actividad no condujeron a cambios relevantes en el tratamiento: solo en un paciente se retornó a la dosis basal de BLM y solo un paciente inició FAME *de novo*; en cuanto al tratamiento con GC, de forma significativa, menos pacientes recibían GC en V12M, y la mediana de dosis diaria de GC fue menor (1,25 (0-5) [IRF1] [CM2] vs. 2,5 (0-5)) (tabla).

Diferencias pre y posoptimización de belimumab

	VB (pre)	V6M (post)	V12M (post)
SLEDAI, mediana (p25-p75)	0 (0-2)	2 (0-49)	0 (0-2)
PGA (0-3), mediana (p25-p75)	0,33 (0-0,5)	0,28 (0-0,48)	0,2 (0-0,4)
Remisión DORIS, N/total (%)	15/26 (57,7%)	14/22 (63,6%)	12/19 (63,2%)
LLDAS, N/total (%)	23/26 (88,5%)	20/22 (90,9%)	17/19 (89,5%)
PCR, mediana (p25-p75)	1,65 (0,4-5,5)	1,63 (0,46-4,14)	0,7 (0,25-3,9)
C3 o C4 bajo, N/total (%)	5/26 (19,2%)	11/25 (44%)*	7/20 (35%)*
Anti-DNA positivo, N/total (%)	5/26 (19,2%)	2/24 (8,3%)	0/20 (0%)
Serología activa, N/total (%)	8/29 (27,6%)	13/24 (54,2%)	7/20 (35%)
FAME, N/total (%)	17/26 (65,4%)	14/25 (56%)	10/20 (50%)
Glucocorticoides (GC), N/total (%)	15/26 (57,7%)	12/24 (50%)	8/20 (40%)*
Dosis GC, mediana (p25-p75)	2,5 (0-5)	2,5 (0-5)*	1,25 (0-5)*

VB (pre): visita basal preoptimización; V6M (post): visita 6 meses posoptimización. *p significativa respecto VB. DORIS: Definition of Remission in SLE. PGA: physician global assessment; LLDAS: lupus low disease activity state; PCR: proteína C reactiva; FAME: fármaco antirreumático modificador de enfermedad.

Conclusiones: Es posible optimizar dosis de BLM sin cambios relevantes en la actividad de enfermedad, al menos a corto plazo, en un porcentaje importante de pacientes con LES, manteniendo la dosis optimizada la gran mayoría de ellos. Sin embargo, el incremento de actividad clínica o serológica es posible en algunos pacientes, lo que hace recomendable un seguimiento más estrecho posoptimización. Hacen falta más estudios con mayor número de pacientes, y mayor tiempo seguimiento, que permitan confirmar estos resultados y analizar otras medidas de desenlace más robustas.

CO14. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL NO DIAGNOSTICADA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. ESTUDIO EISER

Jesús Sanz Sanz¹, Zulema Plaza Almuedo², Jordi Gratacós³, Iago Rodríguez-Lago⁴, Elisa Trujillo Martín⁵, Ignacio Marín Jimenez⁶, Eva Perez Pampin⁷, Manuel Barreiro de Acosta⁸, Antonio Aznar Esquivel⁹, Marta Carrillo Palau⁹, M^a Luz García Vivar¹⁰, M^a Carmen Muñoz¹¹, M^a Lourdes Ladehesa¹², Eva Iglesias Flores¹³, Carolina Merino Argumániz¹, Yago Gonzalez-Lama¹⁴, Marta Arévalo Salaet³, Xavier Calvet¹⁵, Anahy Brandy García¹⁶, Marta Izquierdo Romero¹⁷, Sara Manrique¹⁸, Raúl Olmedo¹⁹, Jose Francisco García Llorente²⁰, Sandra Pérez⁴, Inmaculada Ros Vilamajó²¹, Nuria Rull Murillo²², Jose Antonio Pinto Tasende²³, Patricia Ucha Abal²⁴, Carlos M. González²⁵, Fernando José Rodríguez Martín²⁶, Soledad Serrano Ladrón de Guevara²⁷, Marta Domínguez-Álvaro², Francisco Javier Prado Galbarro²⁸ y Ana Gutiérrez- Casbas²⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ⁴Servicio de Digestivo. Hospital Galdakao. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Servicio de Digestivo. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. ⁸. Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario Santiago. ⁹Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹¹Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ¹³Servicio de Digestivo. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ¹⁴Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ¹⁵Servei d'aparell digestiu. Hospital Universitari Parc Taulí. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). ISCIII. Sabadell. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Oviedo. ¹⁷Servicio de Digestivo. Hospital de Cabueñes. Oviedo. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ¹⁹Servicio de Digestivo. Hospital Regional de Málaga. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital de Galdakao. Vizcaya. ²¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²²Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ²⁴Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario General Santa Lucía. Murcia. ²⁷Servicio de Digestivo. Hospital Universitario General Santa Lucía. Murcia. ²⁸Departamento de Investigación. Hospital Infantil de México Federico Gómez. México. ²⁹Servicio de Digestivo. Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL y CIBERehd. Alicante.

Introducción: EISER es un estudio transversal observacional multicéntrico, cooperativo SER-GETECCU en el que han participado 13 hospitales españoles cuyo objetivo principal ha sido estimar la prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) no diagnosticada en pacientes con espondiloartritis (EspA), incluyendo espondiloartritis axial (radiográfica y no radiográfica) y artritis psoriásica (APs).

Métodos: Se seleccionaron pacientes ≥ 18 años atendidos en consultas de los Servicios de Reumatología del SNS, diagnosticados de EspA según los criterios CASPAR para APs y ASAS para EspAax. Se excluyeron pacientes en tratamiento con biológicos o esteroides sistémicos en la actualidad o en los 30 días previos. En pacientes mayores 50 años se incluyeron aquellos que no tuvieran una colonoscopia en los tres últimos años o que, en caso de tenerla, que no cumpliera criterios de colonoscopia válida. Los pacientes reclutados asistían a una visita con el reumatólogo que recogía datos demográficos y clínicos. Se realizó determinación de calprotectina fecal (CF) mediante el test rápido Quantum Blue y, tras valoración por parte de digestivo, se rea-

lizó estudio endoscópico a todos los pacientes con una CF ≥ 80 µg/g. Cuando el estudio endoscópico fue normal se les realizó un estudio mediante cápsula endoscópica o resonancia enteromagnética.

Resultados: Se incluyeron 559 pacientes, siendo un 51,0% hombres. La edad media fue de 52,2 años y la edad media de diagnóstico 42 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 12,3 años. La forma más frecuente de EspA fue radiográfica (EspAax-r) (37,0%), seguida de la APs periférica (35,8%; tabla 1). En datos de actividad de la enfermedad en las EspAax BASDAI 3,6, ASDAS_PCR 2,3, ASDAS_VSG 2,4 y en los pacientes con APs DAPSA de 10,4 (tabla 1). La valoración global y estado de salud medio reportado por los pacientes fue de 4,1 y 67,5, en escala de 0 a 100, respectivamente. Un 47,0% de los pacientes con APs tenían CF ≥ 80 µg/g frente a un 53% de las EspAax (80% EspAax-r vs. 20% EspAax-nr). La media de los valores de CF fue más alta en los EspAax-r (395,0 µg/g) frente al resto (305,5 µg/g en EspAax-nr y 306,2 µg/g para APs). En global un 14,6% presentaban clínica compatible con EII, siendo las manifestaciones más comunes: astenia (50,0%), dolor abdominal (15,6%) y diarrea crónica (14,1%). Se realizaron 189 colonoscopias (167 en pacientes con CF ≥ 80 µg/g. Un 39,7% presentaron algún tipo de hallazgo patológico: aftas (65,9%), úlceras superficiales (20,5%) y eritema de la mucosa (13,6%), localizadas principalmente en íleon terminal (41,3%). Se diagnosticaron 23 pacientes de EII (4,4%). Según el tipo de EspA, mayoritariamente EspAax-r (82,6%), seguido de APs periférica (8,7%) y EspAax-nr y APs axial (APsax) por igual (4,3%). El 91,3%, con independencia del tipo de EspA presentaron enfermedad de Crohn, 1 paciente con EspAax-r presentó EII inclasificable (4,3%) y 1 paciente con APsax presentó ileítis inespecífica (4,3%). Un 17,4% tenían antecedentes familiares de EII (todos EspAax-r), un 30,4% clínica compatible con EII (4 pacientes EspAax-r y 1 paciente con APs periférica) y un 82,6% colonoscopia con algún hallazgo patológico (16 con EspAax-r, 2 APs periférica y 1 APsax).

Tipo y actividad de la EspA de los pacientes reclutados en el estudio. Información sobre la enfermedad n (%)

Tipo espondiloartritis (EspA)	
Artritis psoriásica axial	17 (3,0%)
Artritis psoriásica periférica	200 (35,8%)
Artritis psoriásica mixta	55 (9,8%)
Espondiloartritis axial radiográfica	207 (37,0%)
Espondiloartritis axial no radiográfica	80 (14,3%)
Actividad basal de la espondiloartritis (EspA)	
BASDAI*	3,6 ± 2,3
DAPSA*	10,4 ± 8,3
ASDAS_PCR*	2,3 ± 1,0
ASDAS_VSG*	2,4 ± 1,0
Valoración global de la enfermedad entre 0 y 10*	4,1 ± 2,7
Calidad de vida (EuroQol-5D-5L)	
Estado de salud entre 0 y 100*	67,5 ± 19,5

Conclusiones: El hallazgo de cifras elevadas de CF en pacientes con EspA, seguido de un estudio complementario (endoscópico y/o radiológico) adecuado, permite detectar un subgrupo relevante de pacientes que cumple criterios diagnósticos de EII.

CO15. ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS EN PACIENTES ADULTOS. REGISTRO DEL NORTE DE ESPAÑA

Eztizen Labrador-Sánchez¹, Diana Prieto-Peña², Rafael B. Melero-González³, Carlota Iñiguez Ubiaga⁴, Anahy Brandy García⁵, Clara Moriano-Morales⁶, Fred Antón-Pagés⁷, Bryan J. Flores Robles¹, Valvanera Pinillos Aransay¹ y Ricardo Blanco²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. ²División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁶Servicio de Reumatología. Complejo asistencial Universitario de León. ⁷Servicio de Reumatología. Complejo asistencial de Segovia.

Tabla CO15

Características de la población estudiada

Características clínicas	SAI total (n = 77)	ESA (n = 38)	SALI (n = 14)	FMF (n = 11)	CAPS (n = 5)	VEXAS (n = 2)	Yao (n = 2)	Schnitzler (n = 2)	Majeed (n = 1)	TRAPS (n = 1)	SAVI (n = 1)
Sexo mujer, n (%)	36 (46,7)	19 (50)	8 (57)	4 (36,4)	1(20)	0	0	1	1	1	1
Edad dx en años, media ± DE	44,3 ± 17,8	43,8 ± 18,6	47,7 ± 16,4	35,6 ± 14,6	33,8 ± 15,6	69,5	41,5	57	30	19	73
Antecedentes familiares, n (%)	11 (14,3)	1 (2,5)	1 (7)	8 (72,6)	1 (20)	0	0	0	0	0	0
PCR en mg/L, mediana	56,7	55,8	58	10	4	10,9*	120,5*	37*	99	254	203
Musculoesquelética, n (%)	69 (89,5)	36 (94,7)	13 (92,8)	9 (81,7)	5 (100)	2	2	1	1	0	0
Fiebre, n (%)	68 (88,2)	38 (100)	11 (78,6)	8 (72,6)	3 (60)	1	2	2	1	1	1
Cutánea, n (%)	61 (79,1)	32 (84,2)	9 (64,3)	8 (72,6)	3 (60)	1	2	2	1	1	1
Digestiva, n (%)	33 (42,5)	10 (26,2)	9 (64,3)	7 (63,5)	4 (80)	0	1	0	0	1	1
Dolor torácico atípico, n (%)	25 (32,5)	11 (28,8)	7 (50)	3 (27,3)	0	1	1	0	1	1	0
Neurológica, n (%)	25 (32,5)	6 (15,8)	5 (35,6)	6 (54,4)	5 (100)	0	0	1	1	1	0
Aftosis oral, n (%)	19 (24,7)	6 (15,8)	7 (50)	4 (36,4)	2 (40)	0	0	0	0	0	0
Ocular, n (%)	14 (18,2)	5 (13,1)	3 (21,3)	1 (9)	2(40)	0	1	0	1	1	0
Genética realizada, n (%)	51 (66,1)	15 (39,5)	11 (78,6)	11 (100)	5 (100)	2	2	2	1	1	1
Pacientes con variantes, n (%)	32 (41,5)	3 (20%)	5 (45,4)	11 (100)	5 (100)	2	2	1	1	1	1

SAI: síndrome autoinflamatorio; ESA: enfermedad de Still del adulto; SALI: SAI indiferenciado. FMF: fiebre mediterránea familiar; CAPS: síndrome periódico asociado a la criopirina; TRAPS: síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral; SAVI: vasculopatía asociada a STING. *Expresados en medias.

Introducción: Las enfermedades autoinflamatorias (EAI) se caracterizan por episodios recurrentes inflamatorios debido a una activación del sistema inmune innato por alteraciones en genes reguladores del mismo. Se presentan mayoritariamente en niños, pero, cada vez se describen más casos en adultos. El diagnóstico es complejo por la heterogeneidad clínica y genética.

Objetivos: Identificar variables demográficas, clínicas, analíticas o de respuesta terapéutica que nos ayuden a diagnosticar a los adultos con EAI en la práctica clínica. Establecer una asociación entre estas variables y los resultados del análisis genético.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico de pacientes en seguimiento en consultas de reumatología en hospitales del norte de España. Se recogen datos demográficos, clínicos, genéticos, analíticos y de respuesta terapéutica en pacientes diagnosticados de EAI en edad adulta (≥ 16 años). Análisis genético realizado en los centros en los que está disponible, mediante Sanger, secuenciación de nueva generación (NGS) o de exoma. Se realiza un análisis descriptivo y un comparativo relacional mediante el *software* estadístico R.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes (36 mujeres), edad media al diagnóstico 44,3 ± 17,9 años y tiempo medio hasta el diagnóstico 12 meses. El 14,3% tenían antecedentes familiares de EAI. Los diagnósticos (tabla) más frecuentes: enfermedad de Still del adulto (ESA) (49,3%), EAI indiferenciado (18,2%), fiebre mediterránea familiar (14,3%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: a) musculoesqueléticas (89,5%); b) fiebre (88,2%); c) cutáneas (79,1%); d) astenia (77,8%); e) síndrome constitucional (40,3%); f) dolor abdominal (40,2%); g) linfadenopatías (33,7%); h) dolor torácico atípico (32,5%) i) aftosis oral (24,7%); j) cefalea (18,2%); k) alteraciones oculares (18,2%). La proteína C reactiva (PCR) media fue de 56,7 mg/L. La secuenciación genética se solicitó en 51 pacientes (66,1%) y en el 62,6% se aislaron en heterocigosis: variantes de significado incierto (VUS) (n = 30), patogénicas (n = 11) o mosaicismos (n = 3). Los tratamientos usados: corticoides (84,3%), con respuesta completa (RC) en un 53,7%; AINE (54,4%), RC (9,4%); metotrexato (51,9%), RC (40%); colchicina (49,3%), RC (10,4%); anakinra (33,8%), RC (30,8%); anti-TNF (19,5%), RC (20%); anti IL-6 (15,58%), RC (75%); canakinumab (10,4%), RC (62,5%). Según el análisis comparativo, parece existir una relación significativa (p < 0,05) entre los portadores de una variante VUS o patogénica y la presencia de familiares afectos, cefalea y RC a la colchicina.

Conclusiones: En esta serie, las EAI más frecuentes son poligénicas (ESA e indiferenciadas) aunque no se realizó el análisis genético en todos por lo que las formas monogénicas pueden estar infradiagnosticadas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las musculoesqueléticas, fiebre y cutáneas. La RC más alta se observa con anti-IL6 y canakinumab. Las variantes genéticas se asocian a antecedentes familiares, cefalea y RC a colchicina; aunque la muestra es demasiado pequeña como para confirmarlo, podría ayudar a la detección de EAI monogénicas en adultos.

CO16. ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4: RENDIMIENTO DE LOS DISTINTOS CRITERIOS EN UNA COHORTE DE VIDA REAL

Pablo Martínez Calabuig¹, Jorge Juan Fragió Gil¹, Amalia Rueda Cid¹, Laura Salvador Maicas¹, Roxana González Mazarío², Laura Abenza Barberá³, María Cristina Sabater Abad⁴, Antonio Sierra Rivera⁵, Inmaculada Castelló Miralles⁶, Francesc Puchades Gimeno³, Juan José Lerma Garrido¹, Clara Molina Almela¹, María Dolores Pastor Cubillo¹, Isabel Balaguer Trull¹ y Cristina Campos Fernández¹

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital de Sagunto. ³Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Servicio de Neumología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁵Servicio de Análisis clínicos. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁶Servicio de Medicina Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La enfermedad relacionada con la inmunoglobulina IgG4 (ER-IgG4) es un proceso fibroinflamatorio inmunomediado, poco frecuente y de etiología y fisiopatología no claras; que puede afectar a múltiples órganos que engloban unas características fisiopatológicas, serológicas y clínicas comunes.

Objetivos: Describir la heterogeneidad de la presentación clínica, evolución y tratamiento de pacientes diagnosticados con ER-IgG4 y comparar la efectividad de los últimos dos criterios de clasificación y diagnóstico de la ER-IgG4.

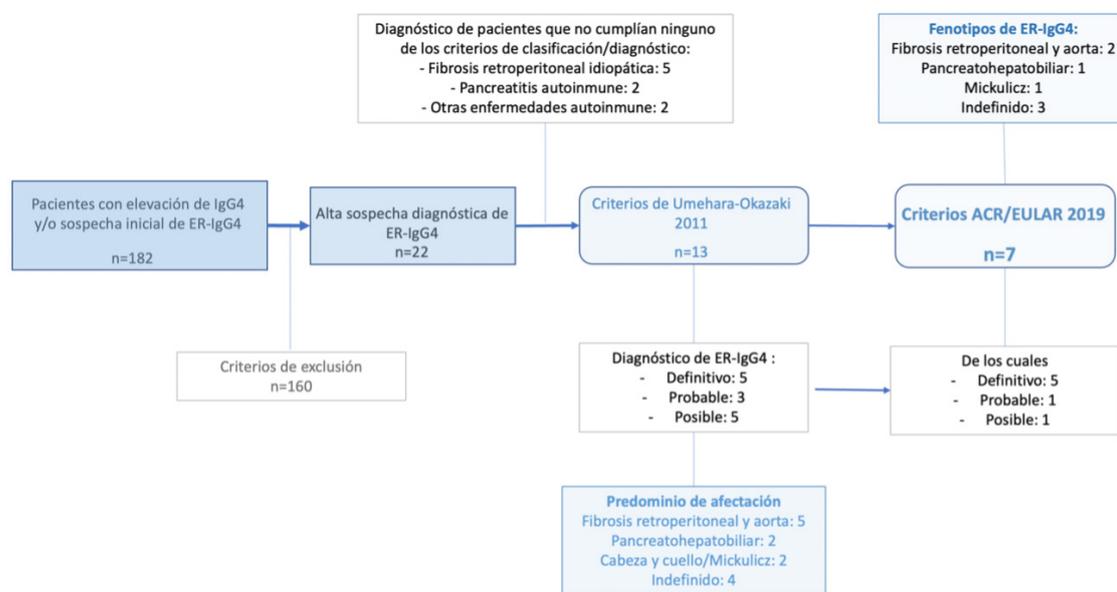
Métodos: Estudio transversal retrospectivo en un único centro en el que se estudian aquellos pacientes con posible diagnóstico de ER-IgG4 de varios servicios del hospital desde enero de 2010 a agosto de 2022. A estos pacientes se les aplicaron unos criterios de exclusión (se excluyeron aquellos pacientes cuyas manifestaciones clínicas eran atribuibles a otras patologías) y a aquellos pacientes que quedaron con sospecha diagnóstica de ER-IgG4 finalmente se les aplicó los criterios de Umehara-Okazaki de 2011 y ACR/EULAR 2019.

Resultados: Se recogieron 182 pacientes que presentaban IgG4 elevada y/o se incluyó en el diagnóstico diferencial la sospecha diagnóstica de ER-IgG4. Tras aplicar los criterios de exclusión, se describen 22 posibles casos (12,1%) de pacientes con ER-IgG4. A estos pacientes se les aplican los criterios diagnósticos propuestos por Umehara y Okazaki en 2011, incluyendo un total de 13 pacientes, con una media de edad de 60 años, un 57% mujeres; siendo clasificados con enfermedad definitiva 5, 3 como enfermedad probable y 5 como enfermedad posible. Finalmente aplicamos los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019, diagnosticando un total de 7 pacientes. De este último grupo la media de edad era de 57 años, de las cuales mujeres un 71% y con una media de seguimiento de 5,3 años;

Tabla CO16

Grupo de pacientes con alta sospecha diagnóstica de ER-IgG4, criterios de clasificación y diagnóstico de Umehara y Okazaki 2011 y ACR/EULAR 2019

	Alta sospecha diagnóstica de ER-IgG4 (n = 22)	Criterios de Umehara-Okazaki 2011 (n = 13)	Criterios ACR/EULAR 2019 (n = 7)
Edad, media (IC), años	62 (34-87)	60 (34-82)	57 (34-79)
Sexo, femenino (%)	54,54	61,54	71,42
Seguimiento, media (IC), años	5,18 (1-28)	4,4 (1-9)	5,3 (1-9)
Muertes, n (%)	9,09	7,69	0
Niveles de IgG4, media (IC), mg/dL	152 (32,6 - > 194)	163,71 (56,6 - > 194)	176,3 (109 - > 194)
IgG4 elevada, n (%)	63,63	84,62	85,71
IgG4 normal, n (%)	13,63	7,69	0
IgG4 no evaluada, n (%)	22,72	7,69	14,29
PCR, media (IC), mg/dL	3,33 (0-10,7)	3 (0,1-10,7)	6 (0,39-7,8)
VSG, media (IC), mm/h	32,89 (7-120)	42 (10-120)	48,4 (16-120)
Biopsia diagnóstica de IgG4 disponible (%)	40,91	69,23	100
Fenotipos clínicos			
Pancreatohepatobiliar, n (%)	18,18	15,38	14,28
Retroperitoneo y aorta, n (%)	40,91	38,46	28,57
Limitada a cabeza y cuello, n (%)	4,55	7,69	0
Mickulicz y sistémica, n (%)	4,55	7,69	14,28
Fenotipo indiferenciado, n (%)	31,82	30,77	42,86
Corticoterapia inicial, n (%)	90,91	84,61	85,71



CO16 Figura. Secuencia diagnóstica utilizada con los pacientes con ER-IgG4.

un 85,71% de los pacientes tenían la IgG4 elevada, con unos niveles medios de 176,3 mg/dL. La forma de presentación más prevalente en ambos grupos (criterios de 2011 y 2019) es la de fibrosis retroperitoneal y aortitis con un 38,5% y 28,6% respectivamente. El 85,71% de los pacientes finalmente diagnosticados recibieron inicialmente corticoterapia y posteriormente otros inmunosupresores como azatioprina, metotrexate, rituximab..., tratamiento quirúrgico o dosis de mantenimiento con corticoterapia.

Conclusiones: La ER-IgG4 es una entidad recientemente descrita muy heterogénea en cuanto a su presentación clínica, analítica e histopatológica. De acuerdo con nuestra serie, la heterogeneidad marca la enfermedad, siendo la forma de presentación más frecuente la fibrosis retroperitoneal y aortitis. Encontramos varias diferencias a la hora de aplicar los diferentes criterios. Los criterios ACR/EULAR 2019 son criterios más estrictos y nos permiten clasificar a los pacientes de forma más precisa. En nuestra serie, 6 pacientes cumplían los criterios de Umehara-Okazaki pero no los criterios ACR/EULAR debido a que estos últimos dan más importancia a la histopatología, manifestaciones clínicas y la necesidad de alcanzar una puntuación mínima, donde por ejemplo, la elevación serológica de niveles de IgG4 no es suficiente. Además, es por esto, que en muchas ocasiones es necesario un abordaje multidisciplinar con experiencia en la enfermedad.

MESA SJÖGREN

CO17. EL ANÁLISIS DEL PROTEOMA INFLAMATORIO EN SÍNDROME DE SJÖGREN IDENTIFICA NUEVOS BIOMARCADORES Y SUBGRUPOS CLÍNICOS RELEVANTES

J.M. Sequí-Sabater^{1,2,3}, C. Pérez-Sánchez³, C. Meoni⁴, M.C. Ábalos-Aguilera³, D. Ruiz-Vílchez³, F.J. Cepas-Gutiérrez³, T. Cerdó³, N. Barbarroja^{2,3}, A. Escudero-Contreras^{1,2,3}, M.A. Aguirre-Zamorano^{1,2,3}, Ch. López-Pedrerá^{2,3} y L. Beretta⁴

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Departamento de Ciencias médicas y quirúrgicas. Universidad de Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). ⁴Centro de referencia para enfermedades autoinmunes sistémicas. Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Milán. Italia.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una patología autoinmune caracterizada por una afectación glandular a nivel ocular y salivar, que desemboca en xerostomía y xeroftalmia. Además, dicha afectación puede dañar otros órganos, tales como pulmón, riñón, sistema nervioso central y periférico. Una actividad

inflamatoria mantenida en el tiempo puede desembocar en Linfoma no Hodgkin, una de las mayores complicaciones del síndrome. En la actualidad, nuestro conocimiento sobre las alteraciones moleculares subyacentes a distintos fenotipos clínicos aún es limitado.

Objetivos: Caracterizar el perfil inflamatorio circulante de pacientes con SSp, mediante estudios proteómicos de nueva generación, a fin de identificar nuevos biomarcadores con utilidad y subgrupos clínicos distintivos.

Métodos: En una cohorte de 89 pacientes con SSp procedentes de un estudio multicéntrico entre el Ospedale Maggiore Policlinico de Milán y el Hospital Reina Sofia de Cordoba, se realizó el análisis de un panel específico de 92 proteínas séricas relacionadas con inflamación, utilizando la innovadora tecnología “Proximity Extension assay” (PEA, Olink). En paralelo se realizó un perfil clínico exhaustivo, incluyendo diversos escores de actividad [(índices de salud (SF-36), fatiga (FACIT), actividad (ESSDAI), Daño acumulado (SSDDI) y daño informado por el paciente (ESSPRI)], así como las principales complicaciones clínicas y la prevalencia de autoanticuerpos circulantes. Se aplicaron metodologías computacionales de *clustering* no supervisado (Metaboanalyst software) para identificar subgrupos de pacientes en base a su perfil proteómico. Se utilizaron análisis de enriquecimiento de genes y rutas biológicas (GEO) para evaluar el significado biológico y clínico de las firmas moleculares identificadas. Además, se llevaron a cabo estudios de asociación y correlación mediante SPSS v.25.

Resultados: El análisis de *clustering* no supervisado en pacientes SSp distinguió tres grupos en base a su perfil inflamatorio. A nivel clínico, los pacientes integrantes del clúster 1, el más inflamatorio, mostraron mayor duración de la enfermedad, prevalencia de neupatía intersticial, mayores dominios renal, pulmonar y biológico del índice de actividad ESSDAI, mayor índice de ESSPRI y mayor score de función física SF36 que los pertenecientes a los C2 y C3. A nivel molecular, se identificaron 17 proteínas diferencialmente expresadas entre clústeres. El análisis ontológico mostró en el C1 mayor expresión de varias quimioquinas (CASP-8, AXIN1, CXCL5, CXCL6, CXCL11, CCL28), factores de crecimiento (OSM, FGF-5, FGF-21, FGF-23, TGF-alfa, HGF) e interleuquinas (TNFRSF9, IL10RA, IL-17, IL-17A). Dicha alteración podría estar asociada a una mayor capacidad invasiva de las células inmunes, así como a la activación de linfocitos Th1. Además, los niveles de dichas proteínas correlacionaron con el ESSDAI clínico, subrayando su potencial como biomarcadores de actividad de la enfermedad.

Conclusiones: El análisis del perfil inflamatorio circulante de pacientes SSj, mediante el uso de nuevas tecnologías proteómicas de alto rendimiento, permite identificar firmas moleculares distintivas asociadas perfiles clínicos relevantes. Además la identificación de nuevos biomarcadores de actividad podría contribuir a la monitorización más precisa y personalizada de esta enfermedad.

Financiado por Ministerio de Salud Italiano, Fundación Andaluza de Reumatología (FAR) y Fundación Española de Reumatología (FER).

CO18. REGISTRO SJÖGRENSER: EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO TRAS 8 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Mónica Fernández Castro¹, Zulema Plaza Almuedo², Jose Rosas³, Victor Martínez-Taboada⁴, Alejandro Olivés⁵, Raúl Menor⁶, Sara Manrique-Arija⁷, Ruth López-González⁸, Celia Erausquin⁹, Antonio Naranjo⁹, Rocío Caño¹⁰, Silvia Gómez¹⁰, Jesús Alberto García Vadillo¹¹, Belén Serrano¹², Sheila Melchor¹³, Paula Estrada¹⁴, Ángel García Aparicio¹⁵, Cristina Bohórquez¹⁶, Enrique Júdez¹⁷, Ximena Larco¹⁸, Javier Loricera⁴, Nerea Alcorta¹⁹, Beatriz Paredes Romero²⁰, Jorge González Martín²¹, Ángeles Blázquez Cañamero²², Consuelo Ramos²³, Fernando Sánchez-Alonso², Marta Domínguez-Álvaro², Jose Luis Andreu¹ y Proyecto SJÖGRENSER del grupo EASSER

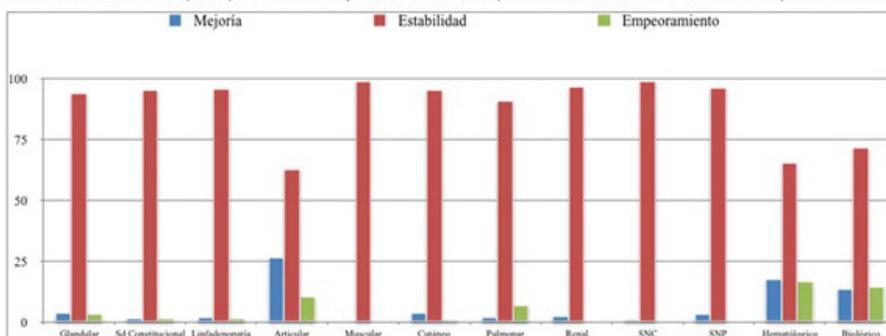
¹Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. ²Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. ³Hospital Marina Baixa. ⁴Alicante. ⁵Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁷Hospital General de Jerez de la Frontera. ⁸Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁹Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁰Hospital Doctor Negrín. Gran Canaria. ¹¹Hospital General de Alicante. ¹²Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁴Hospital Doce de Octubre. Madrid. ¹⁵Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí. ¹⁶Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹⁷Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ¹⁸Hospital de Albacete. ¹⁹Hospital de León. ²⁰Hospital de Donostia. ²¹Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²²Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ²³Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²³Hospital de Valme. Sevilla.

Objetivos: Describir la evolución de los pacientes con síndrome de Sjögren (SS) en relación a la aparición de nuevas manifestaciones sistémicas y actividad de la enfermedad, así como factores asociados a un desenlace desfavorable.

Métodos: SJÖGRENSER PROS (SS-PROS) es un estudio observacional, longitudinal y multicéntrico de pacientes con SS que cumplen criterios de clasificación de 2002 en seguimiento en las consultas de reumatología de 31 hospitales españoles que participaron en la fase transversal del estudio, visita basal (SJÖGRENSER TRANS; SS-TRANS; 2013-2014; con 437 pacientes). En la fase prospectiva, los pacientes acudieron a una nueva visita a los 8 años (2021-2022). Los datos epidemiológicos, clínicos, serológicos y fallecimiento, se obtuvieron de entrevista médica y de la historia clínica. Las variables continuas y categóricas se analizaron mediante medias, medianas y frecuencias (desviaciones y rangos intercuartílicos). Se utilizó la prueba t de Student para establecer las asociaciones estadísticas (p < 0,05 significativa).

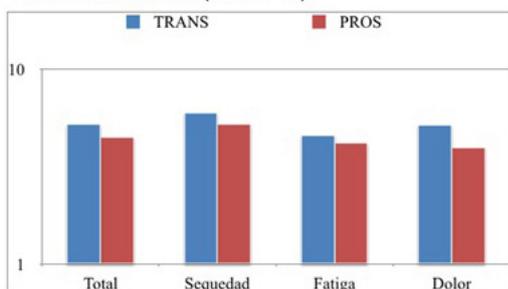
Resultados: Hasta enero de 2023 se han incluido 180 pacientes, 96% mujeres, edad media de 68 años (DE 11,2) y tiempo medio de evolución desde el diagnóstico de 18 años (DE 7,27). La afectación sistémica nueva desarrollada fue: afectación articular en el 47% de los pacientes (artritis en el 17%), hematológica (citopenias) en el 44%,

Gráfica 1. ESSDAI. Descripción por dominios: mejoría, estabilidad o empeoramiento de SJÖGRENSER PROS respecto al TRANS.



pulmonar en el 14%, renal en el 13%, digestiva en el 17%, hepática 6%, del sistema nervioso (SN) central y periférico del 4% y 3% respectivamente y cardíaca en el 2,7%; la inflamación de parótidas se describió en el 13%. En los últimos 8 años se han aparecido 6 linfomas (3,3%). La media del ESSDAI en SS-PROS fue menor que en SS-TRANS: media de 2,78 (DE 4,3; p50 1-p75 4) vs. 3,66 (DE 5,15; p50 2 p75 4), respectivamente. En el análisis por dominios, las mayores variaciones se observaron en el dominio articular, hematológico y biológico; en el resto de dominios se evidenció una estabilidad en $\geq 94\%$ de los casos (fig. 1). Por órganos, el órgano más afectado en el seguimiento fue el pulmón (8 pacientes aumentaron el valor medio de este dominio). La media del ESSPRI mejoró: 5,25 (DE 2,35; p25 3,67-p75 7) vs. 4,47 (DE 2,14; p25 2,67-p75 6), respectivamente; la mejoría fue mayor en la EVA de dolor, 5,16 (DE 3,02; p25 3-p75 8) vs. 3,98 (DE 2,95; p25 1-p75 7), respectivamente (fig. 2). Veintisiete pacientes han fallecido (15%), 89% mujeres, edad media de 75 años (DE 11,5; p25 65-p75 84,5). Al analizar los datos que el grupo de fallecidos (durante SS-PROS) y el de no fallecidos (permanecen en seguimiento en SS-PROS) presentaban en la visita basal (SS-TRANS), observamos que en los fallecidos, la edad (70 años; DE 11; p25 59-p75 77), el tiempo de evolución de la enfermedad (11,5 años; DE 8; p25 4-p75 17) y ESSDAI (5,22; DE 6,35; p25 0-p75 8), fueron mayores en comparación con los no fallecidos (edad 59 años, DE 12, p25 51-p75 67, $p < 0,001$; tiempo de evolución 9 años, DE 7, p25 3-p75 12, $p = 0,078$; ESSDAI 3,38, DE 4,88, p25 0-p75 4, $p = 0,087$), siendo esta diferencia significativa en la edad.

Gráfica 2. ESSPRI (EVA 0-10)



Conclusiones: Los pacientes con SS desarrollan nuevas manifestaciones sistémicas con los años a pesar de mantener o mejorar ESSDAI, lo cual invita a un seguimiento estrecho. El ESSPRI experimenta pocas variaciones con el tiempo, lo que supone un gran reto para los reumatólogos. La mortalidad en esta cohorte es del 15%. Mayor edad, mayor tiempo de evolución y mayor ESSDAI basales se asociaron a un peor desenlace.

MESA REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

CO19. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL TRAS LA TRASFERENCIA A LA CONSULTA DE ADULTOS EN UNA UNIDAD DE TRANSICIÓN

Andrea Montserrat Zacarías Crovato¹, Jose Alfredo Gómez Puerta¹ y Jordi Anton²

¹Hospital Clínic de Barcelona. ²Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

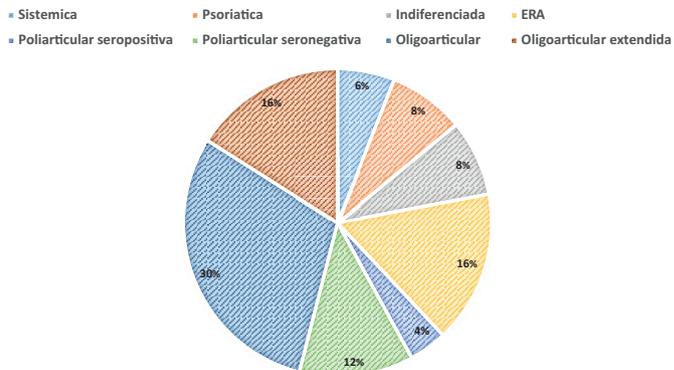
Introducción: La artritis idiopática juvenil no es una enfermedad limitada a la edad pediátrica dado que puede permanecer activa en el 30-60% de los pacientes adultos con sus consecuentes complicaciones articulares y extraarticulares. La transición es un proceso holístico, multidimensional, multidisciplinario y activo durante el cual un joven, disponiendo de los recursos necesarios, desarrolla las habilidades para el cuidado de su salud en la adolescencia, hasta el

paso a la vida adulta. Siendo esta transferencia lo más óptima para garantizar la adherencia y el seguimiento de los pacientes.

Objetivos: 1. Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes tras la transferencia a Centro de adulto. 2. Describir la evolución en los primeros años tras la transferencia en una Unidad de Transición en centro de adulto.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. Revisión de historia clínica. Se incluyeron pacientes en seguimiento por Artritis: Artritis idiopática juvenil (AIJ), artritis relacionada a enfermedad inflamatoria intestinal (ArEII) y síndrome de Di George en seguimiento en una Unidad de Transición tras la transferencia a centro de adulto en Barcelona desde julio 2017-enero 2023.

SUBTIPO DE AIJ



TRATAMIENTO EN LA TRASFERENCIA

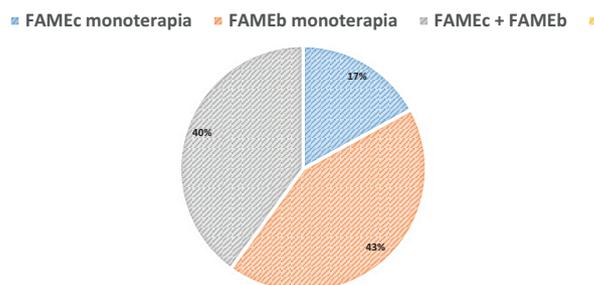


Gráfico de frecuencia.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes: 95 paciente con AIJ, 2 ArEII y 1 Sx de Di George. 60 pacientes de sexo femenino (61%) y 38 pacientes masculinos (39%). Con una edad comprendida entre 17-23 años. 86 pacientes (87,7%) de etnia caucásica. Edad media al debut 8,15 \pm 4,6 años La edad de transferencia fue de 18 años, excepto una paciente con 17 años. Evolución clínica 9,8 \pm 4,6 años hasta la transferencia. En la edad pediátrica 22 pacientes (23%) presento uveítis (45% subtipo oligoarticular, 23% psoriásica). Del tratamiento recibido en la edad pediátrica el 83% habían recibido fármaco modificador de la enfermedad convencional (FAMEc) y el 71% FAME biológico (FAMEb) (70 paciente) durante la edad pediátrica, siendo la media de FAMEb 1,1 \pm 1 número de biológico (2 pacientes refractarios a 4 FAMEb y 1 paciente a 5 FAMEb) 29,5% (29 pacientes) fueron transferido sin tratamiento y 70,5% con tratamiento. 59% de los tratamientos transferidos eran FAMEb. Durante el seguimiento en la edad adulta 29 pacientes (30%) presento recaída de su patología (24 pacientes recaída articular, 4 pacientes recaída uveítica y 1 paciente con ambas). 7 pacientes (24%) se encontraba sin tratamiento y 22 pacientes se encontraban aún con tratamiento. En 10 pacientes se pudo retirar el FAMEc por remisión clínica (3 se encontraban en monoterapia) 3 de ellos recayeron posteriormente tras la suspensión. En 8 pacientes se suspendió el FAMEb (3 monoterapia), 4 pacientes recayeron por lo que obligó al reinicio de la terapia.

Tratamiento FAME biológico en la transferencia

Etanercept	23 pacientes (40%)
Adalimumab	19 pacientes (33%)
Tocilizumab	8 pacientes (14%)
Infliximab	2 pacientes (4%)
Otros	5 pacientes (9%)

Conclusiones: La persistencia del uso de tratamiento en la transferencia tanto de FAMEc como FAMEb, así como la presencia de recaídas de la enfermedad con persistencia de la artritis en el seguimiento de la patología hace que sea necesario el seguimiento especializado de estos pacientes en la edad adulta. El alto uso de tratamiento biológico persistente en la edad adulta. La necesidad de contar con mayores recursos para el manejo de estos pacientes.

CO20. SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS VS. SINTÉTICOS CONVENCIONALES EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA

Ana Isabel Rebollo Giménez¹, Luca Carlini¹, Yulia Vyzhga¹, Ekaterina Alexeeva^{2,3}, Charlotte Myrup⁴, Silvia Magni Manzoni⁵, Maria Trachana⁶, Valda Stanevicha⁷, Constantin Ailioaie⁸, Elena Tsitsami⁹, Alexis-Virgil Cochino¹⁰, Chiara Pallotti¹¹, Silvia Scala¹, Angela Pistorio¹¹, Sebastiaan Vastert¹², Joost F. Swart¹² y Nicolino Ruperto¹³

¹IRCCS Istituto Giannina Gaslini. U. O. C. Pediatric and Rheumatology Clinic. Genova. Italia. ²Federal State Autonomous Institution "National Medical Research Center of Children&Health" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscú, Federación Rusa. ³Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscú, Federación Rusa. ⁴Rigshospitalet, Pediatric rheumatology unit 4272, Copenhage, Dinamarca. ⁵IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Division of Rheumatology, Roma, Italia. ⁶Hippokraton General Hospital, Thessaloniki University School of Medicine, First Department of pediatrics, Pediatric Immunology and Rheumatology Referral Center, Thessaloniki, Grecia. ⁷Riga Stradins University, Children University Hospital, Riga, Latvia. ⁸Alexandru Ioan Cuza University of Iasi, Iasi, Rumanía. ⁹Aghia Sophia Childrens Hospital, First Department of Pediatrics, University of Athens Medical School, Atenas, Grecia. ¹⁰Institute for Mother and Child Care, Pediatrics, Bucarest, Rumanía. ¹¹IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Direzione Scientifica, Genova, Italia. ¹²Wilhelmina Children's Hospital, Department of Pediatric Immunology and Rheumatology, Utrecht, Países Bajos. ¹³IRCCS Istituto Giannina Gaslini, UOSID Centro Trial, PRINTO, Génova, Italia.

Introducción: La mejor comprensión de la patogénesis de la Artritis Idiopática Juvenil sistémica (AIJs) y la disponibilidad de nuevos fármacos, como los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (bDMARDs) empleados en la AIJs, han dado lugar a avances en el tratamiento que han mejorado la evolución de la enfermedad y reducido el uso de glucocorticoides. Sin embargo, los datos publicados sobre la seguridad a largo plazo de los tratamientos biológicos en la AIJs siguen siendo limitados.

Objetivos: El objetivo del estudio consistió en comparar los acontecimientos adversos (AA) de intensidad al menos moderada y los AA graves en pacientes con AIJs tratados con biológicos en comparación con una cohorte tratada con csDMARDs (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales).

Métodos: Se incluyeron pacientes con AIJs, clasificados según la International League of Associations for Rheumatology (ILAR), inscritos en el Registro Pharmachild desde 2011 y seguidos hasta el 31 de diciembre de 2022. Todos los pacientes habían recibido al menos un bDMARDs o csDMARDs. Aquellos que cambiaron a más de un tratamiento durante el periodo de observación fueron asignados

únicamente a un grupo según el mayor tiempo de exposición al fármaco. Los AA se notificaron de acuerdo con la última versión del diccionario de terminología médica estandarizada (MedDRA, versión 23.1) y se agruparon en el nivel superior denominado "Clasificación por grupos y sistemas" (SOC). Se analizó la frecuencia de los SOC. Los eventos repetidos para el mismo SOC en el mismo paciente se contaron una vez en el análisis.

Resultados: Se incluyeron un total de 980 pacientes con AIJs, 353 tratados con bDMARDs y 627 tratados con csDMARDs. La distribución de los datos demográficos fue similar en ambas cohortes, con la excepción de que la prescripción de csDMARDs en comparación con los bDMARDs fue más frecuente en otros continentes en comparación con Europa. Como se muestra en la tabla, los pacientes del grupo de bDMARDs desarrollaron con mayor frecuencia infecciones e infestaciones (41,4%), trastornos de la piel y del tejido subcutáneo (11,3%) y trastornos generales y afecciones del lugar de administración (8,2%) que los pacientes tratados con csDMARDs (todos $p < 0,0001$). Por otra parte, los trastornos endocrinos fueron más frecuentes en el grupo de csDMARDs (7,3%, $p = 0,03$). La distribución entre otros SOC fue similar en los niños tratados con bDMARDs en comparación con los csDMARDs.

	bDMARDs N=353	csDMARDs N=627	Total N=980	p-valor
Varón	175 (49.6%)	279 (44.5%)	454 (46.3%)	-
Edad media (DE) al inicio (años)	6.21 (4.24)	5.77 (4.04)	5.92 (4.12)	-
Grupos de edad (años)				
<2	65 (18.4%)	115 (18.3%)	180 (18.4%)	-
>=2 to 12	242 (68.6%)	444 (70.8%)	686 (70.0%)	-
>=12 to 18	46 (13.0%)	68 (10.9%)	114 (11.6%)	-
>= 18	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Edad al diagnóstico	6.56 (4.34)	6.17 (4.13)	6.31 (4.21)	-
Edad en el último control	12.05 (5.39)	12.41 (5.13)	12.28 (5.22)	-
Duración de enfermedad	5.84 (4.61)	6.65 (4.63)	6.36 (4.64)	-
Origen				
Europa	320 (90.7%)	466 (74.3%)	786 (80.2%)	-
Otros	33 (9.3%)	161 (25.7%)	194 (19.8%)	-
Tratamiento esteroide concomitante (>=6 meses)	165 (46.7%)	414 (66.0%)	579 (59.08%)	<0.0001
SOCs				
Infecciones e infestaciones	146 (41.4%)	176 (28.1%)	322	<0.0001
Trastornos gastrointestinales	33 (9.3%)	51 (8.1%)	84	0.59
Lesiones, intoxicaciones y complicaciones del procedimiento	28 (7.9%)	50 (8.0%)	78	0.99
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	40 (11.3%)	27 (4.3%)	67	<0.0001
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	25 (7.1%)	42 (6.7%)	67	0.92
Alteraciones endocrinas	13 (3.7%)	46 (7.3%)	59	0.03
Alteraciones del sistema inmunitario	14 (4.0%)	36 (5.7%)	50	0.28
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	13 (3.7%)	37 (5.9%)	50	0.17
Trastornos generales y condiciones del lugar de administración	29 (8.2%)	17 (2.7%)	46	<0.0001
Investigaciones	16 (4.5%)	29 (4.6%)	45	0.99
Trastornos del sistema nervioso	15 (4.2%)	16 (2.6%)	31	0.21

Datos presentados como n (%). Se presentan los acontecimientos con una frecuencia > 30 por SOC global. AA: acontecimientos adversos; SOC: clase de órgano del sistema; bDMARDs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; csDMARDs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales

Características demográficas, número de AA y frecuencias en el conjunto completo.

Conclusiones: Los pacientes del grupo de bDMARDs presentaron una mayor prevalencia de infecciones y manifestaciones cutáneas en comparación con la cohorte de csDMARDs.

Agradecimientos: este trabajo ha contado con el apoyo parcial de la Fundación Española de Reumatología (FER).

CO21. PATRÓN DE USO Y SEGURIDAD DE LOS BIOSIMILARES EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. RESULTADOS DEL BIOBADASER

Juan José Bethencourt Baute¹, Lucía Otero-Varela², Francisco Javier Manero³, Eva Pérez Pampín⁴, Carlos Rodríguez-Lozano⁵, Sara Manrique⁶, Sagrario Bustabad¹, Jesús Carlos Fernández⁷, Dolores Ruíz Montesinos⁸, Lourdes Mateo⁹, Raquel Martín Doménech¹⁰, Manuel Moreno-Ramos¹⁰, Fernando Sánchez-Alonso² e Isabel Castrejón¹²

¹Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²Unidad de investigación. Fundación Española de Reumatología. Madrid. ³Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. ⁵Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Hospital General Carlos Haya. Málaga. ⁷Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁸Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁹Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁰Hospital General de Elda. ¹¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹²Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en la infancia. La aparición de nuevos fármacos biológicos ha cambiado el pronóstico y el abordaje terapéutico de estos pacientes, reduciéndose los costes con el uso de fármacos biosimilares (FAMEBs). El uso de FAMEBs en adultos jóvenes no está bien estudiado, por lo que se necesita más evidencia con respecto a la seguridad del fármaco. Nuestro objetivo fue describir el patrón de uso y la seguridad de las terapias FAMEBs en AIJ.

Métodos: Los datos se obtuvieron del registro prospectivo de ámbito nacional BIOBADASER. Se incluyeron en el análisis todos los pacientes diagnosticados antes de los 16 años que estén o hayan estado en tratamiento con fármacos biosimilares en nuestra base de datos entre 2000 y 2022. Debido al diseño del registro, no fue posible identificar cada uno de los subgrupos de AIJ; por lo tanto, las clasificamos en AIJ oligo/poliarticular, AIJ relacionada con entesitis y AIJ psoriásica. Los eventos adversos se codificaron utilizando la versión 13.0 de MedDRA (Diccionario médico para actividades regulatorias). Se utilizaron proporciones, medias y desviaciones estándar (DE) para describir nuestra población y la utilización de los tratamientos. La persistencia del fármaco se calculó mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier hasta la finalización del tratamiento por cualquier motivo. Se calcularon tasas de incidencia (TI) de eventos adversos e intervalos de confianza del 95%, y se utilizó regresión de Poisson para estimar razones de tasas de incidencia (RTI), ajustando por sexo, tipo de diagnóstico, edad al inicio de la terapia (≤ 16 años vs. > 16 años) y la línea de tratamiento como variables de confusión.

Resultados: De un total de 313 pacientes, 130 pacientes (41,5%) recibieron 151 tratamientos con FAMEBs, de los cuales el 60,8% eran mujeres (n = 79). La edad media al diagnóstico fue de 11,2 años (DE = 6,1) y la edad media al inicio del tratamiento fue de 25,1 (DE = 13,4). Los pacientes fueron clasificados como AIJ oligo/poliarticular (79,2%), AIJ relacionada con entesitis (16,2%) y AIJ psoriásica (4,6%). El metotrexato se utilizó en combinación en el 39,1% de los tratamientos biosimilares. El fármaco más utilizado fue adalimumab (56,8%), seguido de etanercept (28,7%). En la tabla 1 se muestran los tratamientos biológicos utilizados en nuestra muestra y los motivos de abandono. La mediana de la tasa de supervivencia con el fármaco biosimilar y el original fue similar. La tabla 2 muestra las tasas de incidencia de eventos adversos según la gravedad. Para todos los eventos adversos, la RI es mayor en los biosimilares en comparación con los FAMEB originales, aunque estos últimos tienen una RI más alta de eventos adversos graves. La RTI fue de 1,33 (IC95%: 1,1-1,6), por lo que el riesgo de eventos adversos fue mayor entre los FAMEBs en comparación con los FAMEB originales.

Tabla 1. Terapias biológicas en pacientes con AIJ y motivos de suspensión

Tratamiento	Original (%)	Biosimilar (%)	Total (%)
Adalimumab	127 (37,2)	85 (56,3)	212 (43,1)
Etanercept	104 (30,5)	44 (29,1)	148 (30,1)
Infliximab	22 (6,5)	19 (12,6)	41 (8,3)
Rituximab	6 (1,8)	3 (2,0)	9 (1,8)
Certolizumab pegol	49 (14,4)	-	49 (10,0)
Golimumab	33 (9,7)	-	33 (6,7)
Total	341 (100)	151 (100)	492 (100)

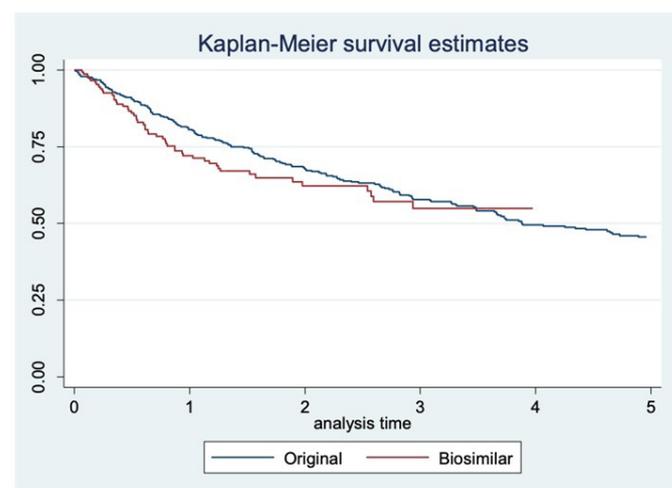
Causas de suspensión			
Ineficacia o pérdida de eficacia	90 (43,1)	29 (52,7)	119 (45,1)
Efecto adverso	42 (20,1)	10 (18,2)	52 (19,7)
Embarazo o deseo de embarazo	14 (6,7)	0 (0,0)	14 (5,3)
Pérdida del paciente	4 (1,9)	1 (1,8)	5 (1,9)
Remisión	19 (9,1)	1 (1,8)	20 (7,6)
Cambio por razones no médicas	5 (2,4)	2 (3,6)	7 (2,7)
Otros	29 (13,9)	10 (18,2)	39 (14,8)
Desconocido	6 (2,9)	2 (3,6)	8 (3,0)
Total	209 (100)	55 (100)	264 (100)

Tabla 2. Tasas de incidencia FAMEBs vs. FAMEB originales

Tasa de Incidencia (IC95%) por 1.000 pacientes-año		
Tipo de tratamiento	original	biosimilar
Eventos adversos totales	400,4 (367,50-436,40)	529,6 (444,10-631,60)
Graves	62,4 (50,2-77,6)	51,3 (29,1-90,3)
Fatal	0 (0-0)	0 (0-0)

Tabla 3. Razones de tasas de incidencia calculadas mediante el modelo de regresión de Poisson

	IRR (IC95%)	p
Biosimilares (ref originales)	1,33 (1,10-1,62)	0,004
Femenino (ref masculino)	1,57 (1,29-1,92)	< 0,001
Tratamiento iniciado después de los 16 años	1,34 (1,10-1,63)	0,004
Diagnóstico (ref AIJ)		
Artritis relacionada con entesitis	1,41 (1,12-1,79)	0,003
Artritis psoriásica	1,20 (0,80-1,80)	0,37
$\geq 2^a$ línea de tratamiento (ref 1ª línea)	1,16 (0,99-1,37)	0,062



Supervivencia a 5 años del uso de FAMEBs vs. FAMEB original.

Conclusiones: El adalimumab fue la terapia biosimilar más utilizada en AIJ. La principal causa de suspensión del tratamiento fue la ineficacia. No hubo diferencias en las tasas de supervivencia a los 5 años. El riesgo de eventos adversos es mayor entre los pacientes tratados con FAMEBs. Aunque este proyecto nos permitió examinar la seguridad de los biosimilares a largo plazo en pacientes con AIJ, se necesitan grandes registros que se centren en estos pacientes para comprender mejor los eventos adversos raros.

MESA ENFERMERÍA

CO22. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN COMBINADA CON ENFERMERÍA ESPECIALIZADA REUMATOLÓGICA EN EL ABORDAJE DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON GOTA

Jose Antonio Ángel Sesmero¹, Enrique Calvo-Aranda¹, Claudia Maria Gómez-Gonzalez¹, Patricio Cardoso-Peñañiel¹, Marta Novella-Navarro², Laura Cebrián Mendez¹, Carolina Marin-Huertas¹, Maria de los Ángeles Matías de la Mano¹, Leticia Lojo¹, Maria Sanz-Jardon¹ y María Teresa Navio Marco¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La gota se asocia a mayor riesgo cardiovascular (RCV). La frecuente presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) incrementa aún más el RCV en los pacientes con gota. Varios estudios han demostrado que la enfermería especializada en Reumatología (EER) contribuye eficazmente en el manejo de la gota.

Objetivos: Estudiar el impacto de la intervención combinada con EER en el manejo del RCV en pacientes con gota, analizando detección de FRCV y evaluando cambios a corto plazo tras abordaje dirigido.

Métodos: Pacientes con gota según criterios ACR/EULAR 2015 derivados a Reumatología desde Atención Primaria y Especializada por mal control. En visita basal se recogieron variables demográficas y clínicas: edad, sexo, tabaquismo, alcohol, tiempo de evolución de gota, tofos, comorbilidades, tratamiento reductor de uricemia (TRU) y fármacos concomitantes. Se realizó analítica y revisión de parámetros de últimos 12 meses, medición de tensión arterial (TA), peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal (PA). Se realizaron consultas telefónicas intermedias con EER para revisar medicaciones domiciliarias y adherencia/tolerancia a medidas farmacológicas (inicio/cambios de TRU, antihipertensivos, hipolipemiantes y antidiabéticos) y no farmacológicas (información sobre gota, recomendaciones de dieta/hábitos) iniciadas, de acuerdo con guía nacional de gota (GuipClinGot) y recomendaciones EULAR para manejo de RCV en enfermedades reumáticas. Contamos con colaboración de otras especialidades (Endocrinología, Neumología, Cardiología, Medicina Interna). A los 6 meses se realizó visita presencial con nuevo registro de datos para establecer potenciales cambios a corto plazo. Se llevó a cabo análisis descriptivo. Para evaluar variación en parámetros estudiados se empleó la prueba Wilcoxon. Se estableció como variable resultado mejoría frente a no mejoría de la variable dependiente. Para valorar diferencias se empleó chi cuadrado y U Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes que cumplían criterios de inclusión. 97,5% varones, con mediana de edad de 65,5 años (58-75), gota grave (82,5% tofos, mediana de evolución 6,5 años) y marcada presencia de FRCV (tabaquismo 22,5%, hipertensión 77,5%, dislipemia 55%, diabetes 22,5%), algunos no detectados previamente (10% hipertensos, 2,5% dislipémicos, 2,5% diabéticos), además de comorbilidades relacionadas (cardiopatía isquémica 7,5%, enfermedad cerebrovascular 5%, enfermedad renal crónica 20%) (tabla 1). 55% no hacían TRU y 52,5% usaban antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de forma habitual. Se inició/modificó TRU en 95% de pacientes, antihipertensivo en 15%, hipolipemiente en 12,5% y antidiabético en 7,5%. A los 6 meses se produjo mejoría significativa en uricemia y TA, y reducción de peso no significativa estadísticamente (tabla 2). 92,5% consiguieron uricemia diana (37/40 < 6, 29/40 < 5). Se redujo porcentaje de pacientes con AINE (de 52,5 a 5,2%). 4 de los 9 fumadores lograron deshabituación. 72,5% mejoraron TAS y 70% TAD. Los cambios de dieta/hábitos, las modificaciones terapéuticas y la atención multidisciplinar se asociaron con mejoría de TA (p = 0,02).

Tabla 1. Características basales y tratamientos

	N = 40
Sexo varón	39 (97,5)
Edad (años)	65,5 (58-75)
Peso (kg)	87 (77,3-99)
IMC (kg/m ²)	30,1 (24,1-47,3)
Perímetro abdominal (cm)	107 (102-116)
Evolución gota (años)	6,5 (2,3-21,8)
Tofos	33 (82,5)
Tabaquismo	
Actual	9 (22,5)
Previo	19 (47,5)
Nunca	12 (30)
Consumo diario de alcohol	22 (55)
Hipertensión arterial	
Conocida	27 (67,5)
De novo	4 (10)
No	9 (22,5)
Dislipemia	
Conocida	21 (52,5)
De novo	1 (2,5)
No	18 (45)
Diabetes mellitus	
DM1 conocida	3 (7,5)
DM2 conocida	5 (12,5)
DM2 de novo	1 (2,5)
No	31 (77,5)
Cardiopatía isquémica	3 (7,5)
Enfermedad cerebrovascular	2 (5)
Enfermedad renal crónica	
Conocida	6 (15)
De novo	2 (5)
No	32 (80)
AINE	21 (52,5)
Tratamiento reductor de uricemia	18 (45)
Alopurinol	17 (42,5)
100 mg/día	12 (30)
150 mg/día	1 (2,5)
200 mg/día	1 (2,5)
300 mg/día	3 (7,5)
Febuxostat (80 mg/día)	1 (2,5)
Ninguno	22 (55)
Antihipertensivo	24 (60)
Hipolipemiente	14 (35)
Antidiabético oral o insulina	10 (25)

Tabla 2. Cambios a 6 meses

	Basal	6 meses	p
Peso (kg)	87 (77,3-99)	85,4 (77-96,3)	0,79
Perímetro abdominal (cm)	107 (102-116)	108 (103-116)	0,81
TAS (mmHg)	151 (133,3-162,5)	142,5 (124,8-155)	0,02
TAD (mmHg)	88,5 (76,3-95)	78,5 (70-86,8)	0,01
Uricemia (mg/dl)	7,7 (6,6-8,8)	4,5 (4,1-5,2)	< 0,01

Conclusiones: En pacientes con gota de difícil manejo y alto RCV la intervención combinada con EER consigue modificaciones sustanciales a corto plazo de FRCV, reducción drástica del consumo de AINE y alto porcentaje de éxito en la consecución de objetivo de uricemia.

CO23. PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Lidia Valencia Muntalà, Carmen Gómez Vaquero, Maribel Mora, Laura Berbel, Emma Brugarolas, Paola Vidal, Pol Maymó, Judith Palacios, Javier Narváez, Jesús Rodríguez Moreno, Antoni Rozadilla, Carmen Moragues, Xavier Juanola y Joan M. Nolla

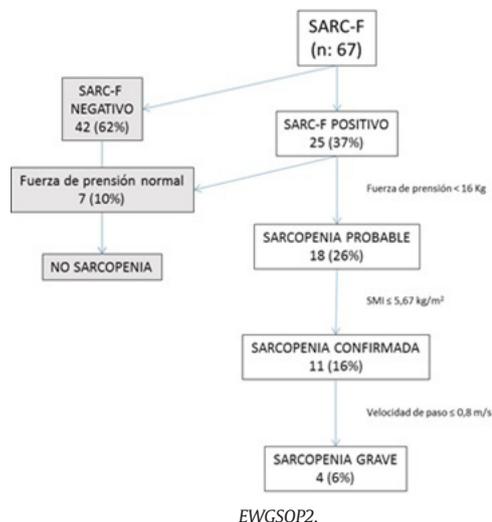
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: En 2019, la European Working Group on Sarcopenia in Older People definió un nuevo algoritmo diagnóstico de sarcopenia (EWGSOP2). La diferencia fundamental respecto al anterior (EWGSOP1) radica en la incorporación del cuestionario SARC-F.

Objetivos: Comparar, en mujeres mayores de 65 años afectas de artritis reumatoide (AR), la prevalencia de sarcopenia según las estrategias de evaluación EWGSOP1 y EWGSOP2.

Métodos: Estudio transversal en 67 mujeres mayores de 65 años con AR incluidas de forma consecutiva en la consulta externa de un hospital universitario. El diagnóstico de AR se realizó según los criterios ACR/EULAR 2010. Las pacientes estaban en seguimiento activo y firmaron el consentimiento informado del estudio. Se excluyeron las pacientes con clase funcional IV y con enfermedades concomitantes con capacidad de inducir sarcopenia (insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica avanzada, insuficiencia hepática avanzada entre otras). A todas las pacientes se les administró el cuestionario SARC-F, se les midió la fuerza de prensión, la velocidad de paso y se les realizó una densitometría DXA de cuerpo entero, exploración de referencia para el estudio de la composición corporal. El SARC-F consta de 5 preguntas acerca de actividades de la vida diaria; una puntuación mayor o igual a 4 es indicativa de sarcopenia probable en el algoritmo EWGSOP2. La fuerza de prensión se midió con un dinamómetro tipo Jamar en la mano dominante. En mujeres, una fuerza de prensión < 16 kg se considera patológica. La velocidad de paso se considera patológica si es ≤ 0,8 m/s. A partir de los resultados de la densitometría de cuerpo entero, se calculó el Skeletal Muscle Index (SMI): masa magra apendicular/altura²; en mujeres, un SMI ≤ 5,67 kg/m² se considera patológico. Con estos datos, aplicando los algoritmos EWGSOP1 y EWGSOP2, se determinaron las prevalencias de sarcopenia probable, confirmada y grave. Las variables relacionadas con la AR que se recogieron fueron duración de la enfermedad, positividad de FR y ACPA, actividad medida por DAS28 y RAPID3 y discapacidad media por HAQ. Como medida de la calidad de vida, se calculó el SF12.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de 72,6 (6,2) años; el IMC, de 27,4 (4,9) kg/m². La duración de la AR era de 17,9 (9,8) años. El 70% tenía el FR+ y el 74%, ACPA +. El DAS28 medio fue de 2,8 (1,0) [remisión: 43%, baja actividad: 31%, actividad moderada: 24%, actividad alta: 1,5%]; el RAPID3, 9,6 (7,5) [remisión: 31%, baja actividad: 5%, actividad moderada: 30%, actividad alta: 34%]; el HAQ, 0,15 (0,3). La prevalencia de sarcopenia en las pacientes de estudio fue 43% con EWGSOP1 y del 16% con EWGSOP2, respectivamente (ver algoritmos). Siguiendo la primera estrategia, se hubieran realizado 47 densitometrías mientras que con la segunda, 18. Las 11 pacientes con sarcopenia por EWGSOP2 también tienen sarcopenia por EWGSOP1. Las pacientes con sarcopenia según EWGSOP1 tienen menos IMC y grasa corporal. Las pacientes con sarcopenia según EWGSOP2 tiene mayor duración de la enfermedad, peor RAPID3 y peor SF12 físico.



EWGSOP2.

Conclusiones: La prevalencia de sarcopenia según EWGSOP2 es muy inferior a la del algoritmo previo. En mujeres con AR mayores de 65 años, parece que identifican pacientes con características diferentes.

MESA MÁS ALLÁ DEL LINFOCITO. PAPEL DE LAS CÉLULAS DE ESTIRPE MIELOIDE EN LA PATOGENIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

CO24. LA SEMAFORINA 3B PROMUEVE UN FENOTIPO DE RESOLUCIÓN DE INFLAMACIÓN EN MACRÓFAGOS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Sara Martínez Ramos, Carlos Rafael Vidal, Beatriz Malvar Fernández, Nair Perez-Gómez, Coral Mouriño Rodríguez, Francisco José Maceiras-Pan, Irene Altabás González, Jose M. Pego-Reigosa y Samuel García

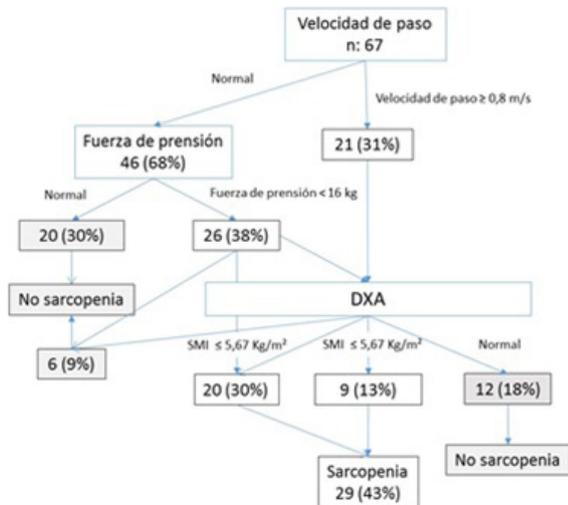
Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. Rheumatology & Immunomediated Diseases Research Group (IRIDIS). Vigo.

Introducción: Nuestro grupo ha demostrado recientemente que la Semaforina 3B (Sema3B) está reducida en pacientes con artritis reumatoide (AR) y que, en un modelo murino de artritis, desempeña un papel protector reduciendo los mediadores inflamatorios y la capacidad invasora de los sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS), además de asociarse con una reducción de los macrófagos sinoviales CD68⁺ (Igea, 2022). Por otro lado, MerTK es un receptor proteína quinasa implicado en la resolución de la inflamación con un papel protector demostrado en modelos murinos de artritis (Waterborg, 2018). Un estudio reciente ha descrito que la expresión de MerTK en poblaciones de macrófagos del tejido sinovial se asocia con una remisión mantenida y con un fenotipo antiinflamatorio en los FLS en AR (Alivernini, 2020).

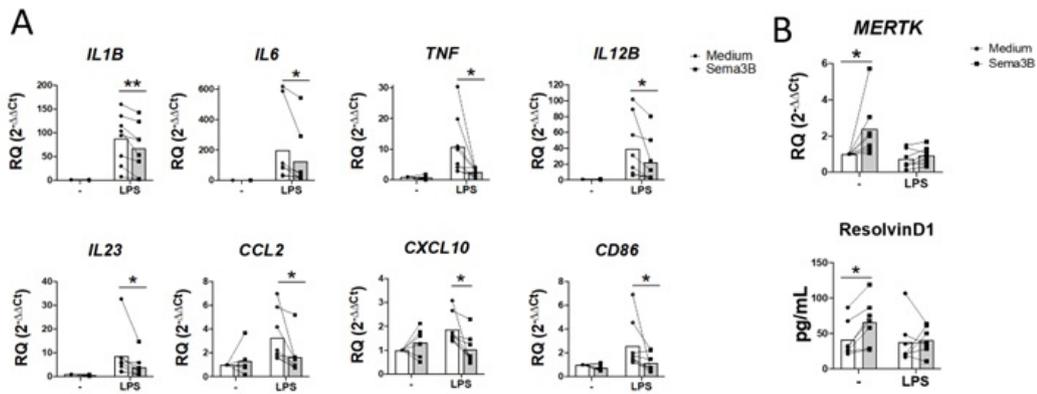
Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar el papel de Sema3B en las características fenotípicas de los macrófagos y su implicación con MerTK en AR.

Métodos: Se diferenciaron monocitos de sangre periférica de pacientes con AR (n = 10) a macrófagos mediante cultivo en presencia de IFN-γ (10 ng/mL) durante 6 días. Posteriormente, los macrófagos fueron estimulados durante 24 h con LPS (10 ng/mL), Sema3B (200 ng/mL) o la combinación de ambos mediadores. La expresión de mediadores pro y antiinflamatorios se determinó mediante PCR cuantitativa (qPCR) y ELISA. La expresión de MerTK y de los marcadores celulares de los macrófagos se midió mediante citometría de flujo.

Resultados: Sema3B no moduló la expresión en macrófagos de los mediadores proinflamatorios *IL1B*, *IL6*, *IL12B*, *IL23*, *TNF*, *CCL2*, *CXCL10* y *CD86*, pero redujo significativamente la expresión de estos media-



EWGSOP1.



CO24 Figura. Sema3B favorece la actividad antiinflamatoria en macrófagos de pacientes con AR (n = 6). (A) Reducción significativa de la expresión génica de mediadores proinflamatorios. (B) Aumento significativo de MERTK y ResolvinD1. Media ± SEM. *p < 0,01.

dores inducida por LPS (fig. 1A), así como la secreción proteica de IL6, IL12p70 y TNF. Además, Sema3B individualmente, pero no en combinación con LPS, indujo significativamente la expresión génica y proteica de MerTK y la secreción de Resolvin D1, un lípido asociado a MerTK e implicado en la resolución de la inflamación (fig. 1B). Además, Sema3B redujo la expresión del marcador de macrófagos proinflamatorios M1 CD64, mientras que indujo la expresión del marcador de macrófagos antiinflamatorios M2 CD163.

Conclusiones: Nuestros datos demuestran que Sema3B modula el fenotipo de los macrófagos en AR, promoviendo un fenotipo antiinflamatorio/de resolución, probablemente dependiente de MerTK. Por lo tanto, identificamos así un nuevo mecanismo implicado en el papel protector de Sema3B en la patogénesis de la AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alivernini S, et al. Nat Med. 2020;26:1295-306.
2. Igea A, et al. Arthritis Rheumatol. 2022;74(6):972-83.
3. Waterborg CEJ, et al. Front Immunol. 2018;9:742.

CO25. FACTORES DE CRECIMIENTO (ANGIOPOYETINA-2, VEGFA, VEGFC, VEGFD, EGF, PLGF Y HB-EGF) ASOCIADOS CON LA ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Anna Pàmies Corts¹, Didac Llop², Daiana Ibarretxe^{2,3}, Delia Taverner⁴, Roser Rosales², Nuria Plana^{2,3}, Luis Masana^{2,3}, Joan Carles Vallve² y Silvia Paredes^{2,4}

¹Sección de Reumatología, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa. ²Unitat de Lípids i Arteriosclerosis. Universitat Rovira i Virgili, Reus. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. ⁴Sección de Reumatología, Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) en comparación con la población general. Además, los factores de riesgo CV que tienen una relación causal con la aterosclerosis no parecen explicar completamente el proceso acelerado que presentan¹. A lo largo de los años, varios factores de crecimiento sérico se han asociado con la aterosclerosis y algunos de ellos han sido considerados objetivos potenciales de inmunoterapia para el tratamiento de la enfermedad CV^{2,3}. Sin embargo, muy pocos estudios han estudiado estas asociaciones en pacientes con AR.

Objetivos: Se evaluó la asociación de 8 factores de crecimiento plasmático (angiopoyetina-2, EGF, HB-EGF, PLGF, TGF-α, VEGFa, VEGFc, VEGFd) con marcadores subrogados de arteriosclerosis subclínica (grosor íntima media carotídea (cIMT), presencia de placa carotídea (cPP) y velocidad de la onda del pulso (PWV)) en una cohorte de pacientes con AR.

Métodos: Se incluyeron un total de 199 pacientes con AR. Los marcadores subclínicos de arteriosclerosis (cIMT, cPP y PWV) se midieron con

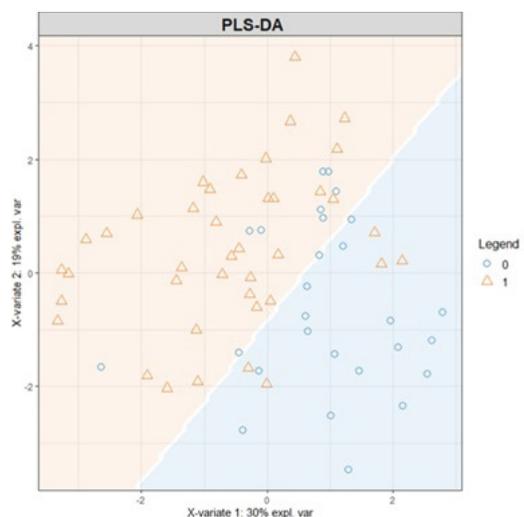
el ecógrafo My Lab 50 X-Vision. Los diferentes factores de crecimiento plasmático se midieron con Bio-Plex Pro Human Cancer Biomarker Panel 2, de BIO-RAD. Para el análisis se utilizaron modelos multivariados y *partial least square discriminant analysis* (PLS-DA). Los análisis se realizaron en la cohorte general y se estratificaron por sexo.

Resultados: Los modelos multivariantes mostraron que la angiopoyetina-2 se asoció significativamente con cPP y PWV en la cohorte general. Además, VEGFc también se asoció con PWV. Los análisis estratificados mostraron que VEGFa, VEGFd, EGF, PLGF, HB-EGF se asociaron con cPP en pacientes varones. En este sentido, el análisis PLS-DA mostró que los factores de crecimiento mencionados clasificaron adecuadamente a los pacientes con y sin cPP (fig.). Además, la angiopoyetina-2, EGF, VEGFc, VEGFa, HB-EGF se asociaron con la PWV. Con respecto a las mujeres, la angiopoyetina-2 se asoció con la PWV. Los resultados de las regresiones lineales y logísticas se resumen en la tabla.

Resúmenes de los modelos de regresión lineal y logística multivariante para estimar las asociaciones entre factores de crecimiento (FC) y cPP y PWV en la cohorte general y estratificado por sexo. Los modelos basales se ajustan por edad, sexo, índice de masa corporal, inicio de la enfermedad, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, fármacos biológicos y DAS28

Asociaciones de FC con arteriosclerosis subclínica			
	OR	p	R2 (%)
cPP			
Cohorte general			
Modelo basal			24
+ angiopoyetina-2	1,0005	0,02	26
Varones			
Modelo basal			33
+ VEGFa	1,002	0,04	39
+ VEGFd	1,002	0,04	38
+ EGF	1,02	0,02	40
+ PLGF	1,01	0,03	39
+ HB-EGF	1,02	0,04	38
<hr/>			
	B	p	R2 (%)
PWV			
Cohorte general			
Modelo basal			32
+ angiopoyetina-2	0,0006	0,001	36
+ VEGFc	0,0005	0,04	34
Varones			
Modelo basal			33
+ angiopoyetina-2	0,0007	0,02	40
+ VEGFa	0,002	0,02	39
+ VEGFc	0,001	0,008	41
+ HB-EGF	0,01	0,04	38
Mujeres			
Modelo basal			36
+ angiopoyetina-2	0,0005	0,01	39

FC = factor de crecimiento, β = coeficiente beta, OR = razón de probabilidades, p = p valor.



PLS-DA de hombres con cPP y sin cPP, ajustado por los factores de crecimiento significativos, edad, índice de masa corporal, inicio de la enfermedad, FAMES, AINEs, corticosteroides, fármacos biológicos y DAS28. 0 = sin cPP, 1 = cPP

Conclusiones: Los factores de crecimiento plasmático, especialmente en hombres, están altamente asociados con marcadores subrogados de arteriosclerosis subclínica y podrían ser predictores potenciales de enfermedad CV en pacientes con AR.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aviña-Zubieta JA, et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res.* 2008;59:1690-7.
2. Mindur JE, Swirski FK. Growth Factors as Immunotherapeutic Targets in Cardiovascular Disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2019;39:1275-87.
3. Domouzoglou EM, et al. Fibroblast growth factors in cardiovascular disease: The emerging role of FGF21. *Am J Physiol - Hear Circ Physiol.* 2015;309:H1029.

CO26. POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LOS DERIVADOS DE LA VITAMINA B3 COMO AGENTES ANTIINFLAMATORIOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

Carlos Pérez Sánchez¹, Alejandro Escudero¹, Tomas Cerdó-Raez¹, Laura Muñoz-Barrera¹, Iván Arias-de la Rosa¹, Ismael Sánchez-Pareja¹, Luz Marina Sanchez-Mendoza², Nuria Barbarroja^{1,3}, Yas Hanaee^{1,3}, M. Carmen Abalos-Aguilera¹, Desirée Ruiz-Vilchez¹, Juan Antonio Moreno², María Isabel Buron², José Antonio Gonzalez-Reyes², Pilar Font¹, Marta Rojas¹, Jerusalem Calvo Gutiérrez¹, Eduardo Collantes-Estevez¹, José Manuel Villalba² y Chary López-Pedrerá¹

¹IMIBIC. Hospital Reina Sofía. Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Campus de excelencia internacional agroalimentario ceia³³Cobiomic Bioscience.

Introducción: Lo derivados de la vitamina B3 como nicotinamida (NAM) o nicotinamida ribosida (NR) tienen la capacidad de elevar los niveles de NAD⁺, una molécula esencial para el control de funciones claves como inflamación, metabolismo y envejecimiento entre otras. Por lo tanto, su potencial uso en enfermedades reumatológicas como la artritis reumatoide (RA) podría tener efectos terapéuticos, como se ha demostrado en otros contextos patológicos.

Objetivos: 1. Evaluar los niveles de NAD⁺ y genes involucrados en su metabolismo en pacientes con AR. 2. Analizar el efecto de la terapia anti-TNF en el metabolismo de NAD⁺. 3. Explorar los efectos antiinflamatorios de los derivados de vitamina B3 en leucocitos de pacientes con AR.

Métodos: Se purificaron plasma y PBMCs de 100 pacientes con AR y 50 donantes sanos (DS). Se determinaron los niveles de NAD⁺ utilizando el ensayo NAD/NADH-Glo. Se realizó un análisis de la expresión génica de marcadores relacionados con la síntesis y consumo de NAD⁺ en PBMCs mediante qPCR. También se analizó un panel de 92 mediadores inflamatorios en suero utilizando la plataforma Olink. En una segunda cohorte de 50 pacientes AR tratados con terapia anti-TNF, se analizaron los niveles de NAD⁺ antes y después de 6 meses de tratamiento. PBMCs de una tercera cohorte de 10 pacientes con RA activos se trataron *ex vivo* con derivados de vitamina B3 (NAM y NR, 1 mM) para evaluar su potencial antiinflamatorio.

Resultados: Los niveles de NAD⁺ se encontraron significativamente reducidos en el plasma de pacientes AR, en paralelo a la expresión incrementada de genes involucrados en el consumo de NAD⁺ (PARPs, SIRT3, CD38, CD157) en PBMCs. Estos resultados se validaron en bases de datos públicas independientes. El análisis de *cluster* no supervisado del proteoma inflamatorio identificó 3 grupos de pacientes, donde el *cluster* 1 se caracterizó por presentar niveles más altos de mediadores inflamatorios y actividad de la enfermedad (DAS28) y niveles más bajos de NAD⁺. Por el contrario, el grupo 3 se caracterizó por niveles más bajos de mediadores inflamatorios y DAS28 y niveles más altos de NAD⁺. El grupo 2 mostró perfiles intermedios. La terapia anti-TNF restauró los niveles alterados de NAD⁺ en pacientes con AR hacia los que se observaron en los DS. Además, los cambios en DAS28 y niveles de NAD⁺ se hallaron correlacionados. *In vitro*, los derivados de la vitamina B3 promovieron un aumento significativo de los niveles de NAD⁺ en los PBMCs de pacientes con AR. Ambos compuestos redujeron, de forma muy significativa, la secreción de numerosos mediadores inflamatorios claves en la patogenia de la AR (TNF, IL6, IL1, IL17, etc.).

Conclusiones: 1. Los niveles de NAD⁺ y su metabolismo están alterados en pacientes con AR y directamente relacionados con su perfil inflamatorio y la actividad de la enfermedad. 2. La terapia anti-TNF restaura los niveles alterados de NAD⁺ en línea con la respuesta clínica. 3. Los derivados de la vitamina B3 aumentan los niveles de NAD⁺ en PBMCs de pacientes AR activos, en paralelo con una reducción de su perfil inflamatorio. Por lo tanto, estos compuestos podrían tener utilidad como suplemento a la terapia estándar en pacientes AR.

Financiado por RYC2021-033828-I, MCIN/AEI/10,13039/501100011033 y "NextGenerationEU"/PRTR. ISCIII (PI21/0591, CD21/00187 y RICORS, RD21/0002/0033), JdA (P20_01367; P18-RT-4264, 1263735-R) cofinanciado por FEDER y FAR. MCIU/AEI RTI2018-100695-B-I00, PID2021-126280OB-I00; UCO:PPIT-2022E-026295.

MESA ARTROPATÍAS MICROCRISTALINAS

CO27. LA HEPATOQUINA RBP4: UN VÍNCULO ENTRE LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS Y LA INFLAMACIÓN ARTICULAR

Andrés Pazos Pérez¹, María Piñeiro-Ramil¹, Eloi Franco-Trepát¹, Ana Alonso-Pérez¹, María Guillán-Fresco¹, Antía Crespo-Golmar¹, Miriam López-Fagúndez¹, Javier Conde Aranda², Susana Belen Bravo¹, Alberto Jorge-Mora¹ y Rodolfo Gómez¹

¹Grupo de Patología Musculoesquelética. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS). Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. ²Gastroenterología Molecular y Celular. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS). Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

Introducción: La proteína 4 de unión a retinol (RBP4) es una hepa-toquina transportadora de retinol que se ha asociado con la inflamación en enfermedades metabólicas como la diabetes, el síndrome

metabólico y el hígado graso. Recientemente, se ha descrito que esta proteína también se encuentra en las articulaciones de pacientes con artrosis, y que sus niveles correlacionan con la producción de enzimas degradadoras de la matriz en condrocitos artrósicos. Sin embargo, los niveles y efectos de RBP4 en el contexto de otras artropatías todavía no se ha estudiado. Por ello, nos propusimos determinar los niveles de RBP4 en el líquido sinovial de pacientes con artritis microcristalina, así como su potencial como un factor proinflamatorio y procatabólico articular.

Métodos: Los niveles de RBP4 en líquido sinovial se determinaron mediante un ensayo inmunoenzimático (ELISA). El efecto de RBP4 sobre la respuesta inflamatoria y catabólica se estudió en condrocitos humanos obtenidos de pacientes con artrosis y se analizó mediante RT-PCR en tiempo real y proteómica. Asimismo, se analizó el efecto de RBP4 sobre una línea celular de sinoviocitos humanos mediante RT-PCR en tiempo real a nivel de inflamación y quimiotaxis. Finalmente, el efecto de RBP4 sobre la viabilidad de los leucocitos polimorfonucleares se analizó mediante citometría de flujo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética (2016/258) y todos los pacientes dieron su consentimiento informado.

Resultados: La concentración de RBP4 en el líquido sinovial de los pacientes con artritis microcristalina correlacionó positivamente con los niveles de glucosa y negativamente con el recuento leucocitario. *In vitro*, estas concentraciones de RBP4 produjeron la activación de los neutrófilos y la inducción de la expresión de factores inflamatorios y quimiotácticos en condrocitos y sinoviocitos. Además, RBP4 provocó cambios proteómicos en los condrocitos artrósicos que indican inducción de la respuesta inflamatoria y del catabolismo, disfunción mitocondrial y promoción de la glicólisis.

Conclusiones: Se han determinado concentraciones relevantes de RBP4 en el líquido sinovial de pacientes con artritis microcristalina, en relación con el contexto metabólico de estos pacientes. Se ha demostrado que, a estas concentraciones, RBP4 actúa como un patrón molecular asociado a daño (DAMP), induciendo respuestas inflamatorias, catabólicas, quimiotácticas y metabólicas en las células articulares. Estos efectos podrían explicar la contribución de algunas patologías relacionadas con RBP4 a la destrucción articular en diversas enfermedades reumáticas.

CO28. AVANZANDO EN EL CONOCIMIENTO DE LA MUJER CON GOTA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE 192,000 PACIENTES HOSPITALIZADOS CON GOTA DE 2005 A 2015

Enrique Rodríguez Sosa¹, Eugenio de Miguel², Fernando Borrás¹ y Mariano Andrés^{1,3,4}

¹Universidad Miguel Hernández. Elche. ²Hospital La Paz. Madrid.

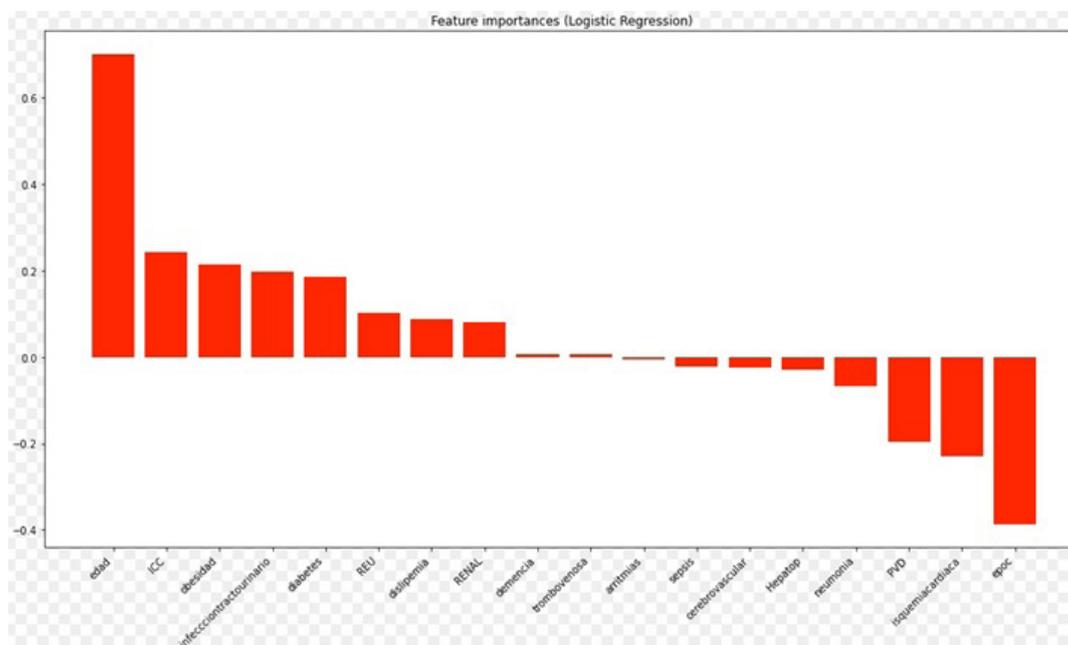
³Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. ⁴Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante.

Introducción: La gota en mujeres ha recibido poca atención en la literatura, pese a que nuestra experiencia y algunos estudios sugieren manifestaciones y comorbilidades distintas a las de los hombres, incluso numéricamente mayores tasas de mortalidad.

Objetivos: Comparar la distribución de comorbilidades por sexo en pacientes hospitalizados con gota en España.

Métodos: Se analizó el Conjunto Mínimo Básico de Datos de todos los pacientes hospitalizados en España con gota (según la codificación de CIE-9) desde 2005 hasta 2015. Las comorbilidades analizadas fueron obesidad, dislipemia, enfermedad renal crónica (ERC), diabetes *mellitus*, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, ictus, enfermedad arterial periférica, infección de tracto urinario, sepsis, neumonía, demencia, trombosis venosa, arritmias, hepatopatía, neumatía obstructiva y enfermedad reumática. Se realizó un análisis comparativo por sexos. A continuación, se estratificó a la población por sextetos de edad. Posteriormente se creó un modelo de regresión logística múltiple para la muestra total y para por subgrupos de edad (inferior o superior a 60 años) y por tipo de diagnóstico de gota (primario o secundario). Además, se confeccionó un árbol de decisiones para contar con un algoritmo predictor de sexo tomando edad y comorbilidades.

Resultados: Se analizaron 192.037 hospitalizaciones. 158.646 casos (82,6%) se dieron en hombres, significativamente más jóvenes que las mujeres (64,0 ± 14,4 vs. 73,9 ± 13,7 años; p < 0,001). Las comorbilidades más prevalentes en mujeres fueron obesidad, dislipemia, ERC, diabetes *mellitus*, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, infección del tracto urinario y enfermedad reumatológica concomitante. La asociación con demencia desapareció al estratificar por edades. El análisis de regresión logística [Figura] mostró coeficientes positivos (relacionados con sexo femenino) para edad, insu-



CO28 Figura. Figura de regresión logística múltiple.

ficiencia cardíaca crónica, obesidad, infección del tracto urinario, diabetes mellitus, enfermedad reumatológica, dislipemia, enfermedad renal crónica y enfermedad tromboembólica venosa [fig.] [MAC1]. Las comorbilidades independientemente asociadas a mujeres con gota se mantuvieron tras ajuste por edad y tipo de diagnóstico de gota, pero en menores de 60 años la más asociada fue la ERC, mientras que en mayores de 60 años la IC. Se consiguió diseñar un árbol de decisiones¹ con una precisión del 74,4%.

Conclusiones: Un análisis poblacional de 11 años de hospitalizaciones de pacientes con gota corrobora un perfil de comorbilidad diferencial entre hombres y mujeres. Es necesario un enfoque diferencial para la gota en la mujer, en aras de reducir el sesgo de género y garantizar la mejor atención clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrés M, Rodríguez-Sosa E, De Miguel E, Borrás, F. Decision Tree Algorithm - Sex and Comorbidities in gout. Mendeley Data, V1, Disponible en: <https://data.mendeley.com/datasets/j4vf42jhkw>. 2023; DOI: 10.17632/j4vf42jhkw.1.

MESA COMUNICACIONES ORALES II

CO29. CARACTERÍSTICAS DEL TEJIDO SINOVIAL ASOCIADAS A FACTORES DE MAL PRONÓSTICO EN LAS ARTRITIS INFLAMATORIA

Ana Belén Azuaga¹, Julio Ramírez¹, Raquel Celis¹, Andrea Cuervo², Beatriz Frade-Sosa¹, Juan Camilo Sarmiento¹, Virginia Ruiz¹, José A. Gómez-Puerta¹, Raimon Sanmartí¹ y Juan D Cañete¹

¹Rheumatology Department. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.
²Rheumatology Department. Hospital General de Granollers. Granollers.

Introducción: La artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica (APs) y la artritis indiferenciada (AI) son enfermedades inmunomediadas caracterizadas por inflamación articular. El pronóstico relacionado con la progresión a una enfermedad crónica y erosiva podría ser diferente entre esos fenotipos clínicos. La linfocitogénesis del tejido sinovial (LN) ha sido estudiada previamente como un factor pronóstico en la AR, pero los resultados son contradictorios entre los estudios^{1,2}.

Objetivos: Evaluar la posible asociación de infiltrados de células inflamatorias y la expresión de LN ectópica en el tejido sinovial (TS) con factores de mal pronóstico (FMP) en pacientes con AR, APs y AI.

Métodos: Estudio retrospectivo se incluyeron pacientes con AR, APs y AI activa a quienes se les obtuvo TS por medio de artroscopia reumatológica realizada en nuestro servicio. Evaluamos datos clínicos, presencia de LN y el infiltrado celular por inmunohistoquímica del TS, como descrito previamente¹. Se excluyeron los pacientes que estaban con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEb) biológicos en el momento de la artroscopia. En los pacientes con AR y AI se definió FMP a la presencia de ACPA y/o FR, erosiones óseas o inicio de FAMEb en el seguimiento. FMP en pacientes con APs se definió por niveles elevados de VSG y/o PCR, dactilitis u onicopatía en el momento de la artroscopia y/o el inicio de FAMEb. El análisis estadístico se realizó con SPSS 27. Realizamos χ^2 para la asociación entre LN y FMP, T-test para comparar la FMP con la densidad celular y coeficiente de correlación de Spearman para densidad celular y puntuación de actividad de la enfermedad por DAS28.

Resultados: Se incluyeron un total de 87 pacientes. Las características demográficas están en la tabla. Diecisiete de 26 (65,38%) pacientes con AR tenían LN y 14 (53,84%) FMP. Doce pacientes (46%) tenían LN y FMP. LN se asoció con la FMP (p 0,038). En el grupo de APs encontramos LN en 16 de 32 (50%) y FMP en 42,4%. La mayoría eran APs poliarticular (58,5%) y 15,2% onicopatía. LN no se asoció con FMP. Los pacientes con FMP tenían una mayor densidad de polimor-

fonucleares CD15+ (477,63 [DE 410,68] vs. 99,63 [DE 93,23] células/cm² en pacientes sin FMP; p 0,031). Trece de 29 (44,82%) pacientes con AI tenían LN y el 55,17% FMP. El diagnóstico final de estos pacientes fue: 12 AR; 4 APs; 8 espondiloartritis periférica y 5 permanecieron como AI. LN no se asoció con FMP. La densidad de macrófagos CD68+ en TS se correlacionó negativamente con DAS28-PCR (r = -0,27, p 0,024).

	AR	APs	AI
N	26	32	29
Mujer, n (%)	20 (76,9)	14 (42,4)	18 (14,1)
Fumador, n (%)	5 (19,2)	3 (9,1)	5 (17,2)
Edad, media en años (DE)	53,2 (14,2)	51,4 (13,7)	47,24 (16,5)
Duración de la enfermedad, media en meses (DE)	83,3 (113,2)	60,7 (70,9)	29,5 (50,8)
Desarrollo de erosión ósea, n (%)	5 (19,2)	4 (12,1)	8 (27,6)
ACPA positivo, n (%)	19 (73,7)	-	8 (27,6)
FR positivo, n (%)	16 (61,5)	-	8 (27,6)
HLAB27 positivo, n (%)	-	9 (27,3)	6 (20,7)
DAS28 PCR, media (DE)	3,44 (1,1)	2,65 (0,6)	3,00 (0,9)
DAS28 VSG, media (DE)	4,31 (1,5)	3,46 (1)	4,34 (1,2)
Inicio de FAMEb, n (%)	13 (50)	10 (30,3)	12 (41,4)

Conclusiones: La LN sinovial se asoció con FMP solo en la AR, lo que sugiere el papel patogénico específico que estos agregados linfoides tienen en la AR. En las APs, la presencia de FMP se asoció con la densidad de neutrófilos CD15+ en TS, probablemente relacionado con la relevancia patogénica de células mieloides en las APs. Finalmente, en las AI los macrófagos CD68+ del TS se correlacionaron negativamente con el DAS28-PCR, posiblemente se deba a la presencia de macrófagos antiinflamatorios, sin embargo, debido a las limitaciones del estudio no nos permite realizar ese análisis. Esto refleja la variabilidad de la AI. Aunque es un estudio retrospectivo de una cohorte relativamente pequeña, los hallazgos sugieren gran heterogeneidad de las características del TS e implicaciones patogénicas de las artritis estudiadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañete JD. Ann Rheum Dis. 2009;68(5):751-6.
2. Thurlings RM. Arthritis Rheum. 2008;58(6):1582-9.

CO30. RESPUESTA A LA VACUNACIÓN PARA SARS-CoV-2 EN PACIENTES REUMÁTICOS Y NEUROLÓGICOS TRATADOS CON DISTINTAS TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Raquel Ugena García¹, Cristina Calomarde Gómez¹, Júlia Valera², Melisa Mena², María Esteve², Irma Casas², Jose Antonio Domínguez Benítez³, Lidia Carabias Ané⁴, Isaac Nuño Ruiz⁵, Cristina Ramo Tello⁶, Javier Santemases^{7,8}, Ana Cía⁹, María Lourdes Mateo Soria¹ y Melania Martínez Morillo^{1,8}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Institut d'investigació Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Dirección Clínica Neurociències. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁸Dirección Médica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁹Dirección de Organización y Sistemas de Información. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La vacunación contra SARS-CoV-2 ha sido la principal estrategia global para evitar formas graves de esta infección respiratoria. Sin embargo, múltiples estudios han demostrado que pacientes en tratamiento con terapias biológicas, especialmente aquellos con diana sobre el linfocito B, presentan peor respuesta a la vacunación. Cabe recordar que un menor título de IgG se asocia a

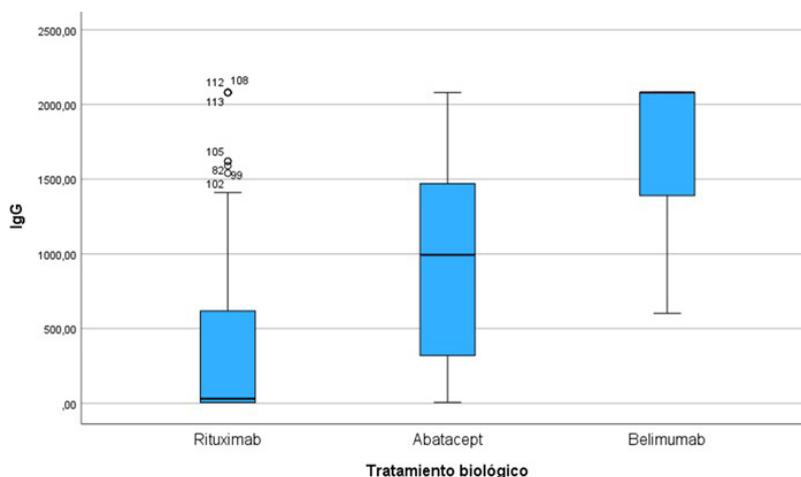


Figura 1. Determinación de IgG en pacientes reumáticos con rituximab, abatacept y belimumab.

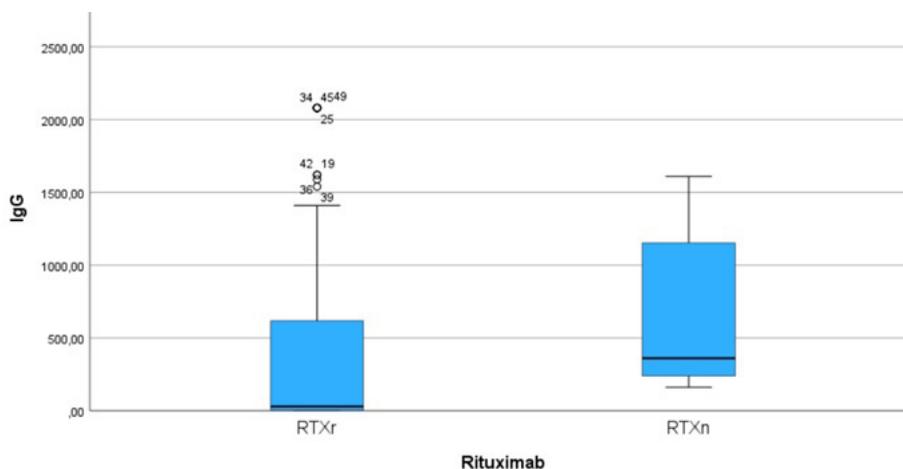


Figura 2. Niveles de IgG en pacientes reumáticos (RTXr) y neurológicos (RTXn) en tratamiento con rituximab.

mayor mortalidad por COVID-19, por lo que estos pacientes serían candidatos a estrategias alternativas a la vacunación, como la inmunización pasiva mediante la administración de anticuerpos monoclonales preexposición.

Objetivos: Describir la tasa de respuesta vacunal de los pacientes en tratamiento con rituximab (RTX), ocrelizumab (OCR), abatacept (ABT), belimumab (BEL) y comparar respuesta entre pacientes reumáticos y neurológicos.

Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron los pacientes con enfermedades reumáticas y neurológicas en tratamiento con RTX, OCR, ABT y BEL entre enero 2020 y julio 2022 en el Hospital Germans Trias i Pujol. Se cuantificaron inmunoglobulinas G (IgG) contra la proteína spike SARS-CoV-2, considerándose > 260 BAU/mL una respuesta positiva a la vacunación. Se analizaron variables como la edad, pauta vacunal, infección reciente, corticoterapia o fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMES). Se describieron además variables clínico-demográficas y factores de riesgo para padecer una infección grave por SARS-CoV-2.

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes reumáticos en el estudio, de los cuales 59 recibían RTX, 45 ABT y 18 BEL, además de 17 pacientes neurológicos en tratamiento con OCR y 7 con RTX. La media de edad fue de 51 años y el 72% eran mujeres. Los diagnósticos reumáticos más frecuentes fueron artritis reumatoide (55), lupus eritematoso sistémico (31), vasculitis de pequeño vaso (8), entre otros. Todos los pacientes neurológicos padecían enfermedades desmieli-

nizantes tipo esclerosis múltiple. El 48% de los pacientes estudiados recibían FAME concomitante. El 92% de los pacientes estaban vacunados con pauta completa (3 o más dosis) y el 8% habían padecido la infección en los 3 meses previos. El 49% recibían corticoterapia, de los cuales el 92% a dosis bajas. El 39% recibían FAMES, siendo los más habituales hidroxicloroquina (27%) y metotrexate (19%). En pacientes reumáticos, la serología fue negativa en 40 pacientes tratados con RTX (67%), 8 con ABA (17%). Ningún paciente en tratamiento con BEL tuvo una serología negativa. La mediana de IgG fue de 30 BAU/mL en pacientes en tratamiento con RTX, 993 BAU/mL con ABT, y 1797 BAU/mL con BEL ($p < 0,001$) (fig. 1). Para serología negativa, no hubo diferencias en cuanto a edad (RTX $p = 0,28$, ABT $p = 0,71$), uso de corticoides (RTX $p = 0,67$, ABT $p = 0,25$), o FAMES (RTX $p = 0,06$, ABT 0,21). En pacientes neurológicos, la mediana de IgG con OCR fue de 504 BAU/mL y con RTX 361 BAU/mL frente a 30 BAU/mL en pacientes reumáticos con RTX ($p 0,005$) (fig. 2).

Conclusiones: En nuestra cohorte, no todos los pacientes en tratamiento biológico presentan la misma respuesta vacunal contra el SARS-CoV-2. Los pacientes con RTX son los que presentan menor respuesta, seguidos de ABT. Sin embargo, todos los tratados con BEL tienen serología positiva. En los pacientes neurológicos tratados con terapias dirigidas contra el linfocito B se observa mayor respuesta vacunal que en los reumáticos. No se observaron diferencias serológicas dependiendo de la toma o no de FAMES, la edad o el uso de corticoides a bajas dosis.

CO31. PRECISIÓN DE LOS CRITERIOS EULAR/ACR 2017 Y LOS CRITERIOS BASADOS EN ANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE MIOSITIS PARA CLASIFICAR A LOS PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Tatiana Cobo Ibáñez¹, Marta Domínguez-Álvaro², Ana Pros³, Jose Luís Tandaipán⁴, Chamaida Plasencia-Rodríguez⁵, Julia Martínez Barrio⁶, Vega Jovaní⁷, Fredeswinda Romero-Bueno⁸, María Esther Ruiz Lucea⁹, Eva Tomero Muriel¹⁰, Ernesto Trallero-Araguás¹¹, Francisco Javier Narváez¹², Jordi Camins Fàbregas¹³, Alberto Ruiz-Román¹⁴, Jesús Loarca-Martos¹⁵, Annika Nack¹⁶, V. Miguel Flores Rodríguez¹⁷, Francisca Sivera¹⁸, Carolina Merino Argumanez¹⁹, Antonio Juan Mas²⁰, Alejandro Gómez Gómez¹, José María Pego-Reigosa²¹, María Martín López²², Jesús Alejandro Valero Jaimes²³, Carmen Carrasco Cubero²⁴, Mercedes Freire Gonzalez²⁵, Iñigo Rúa-Figueroa²⁶, Nuria Lozano Rivas²⁷, Julio David Suarez Cuba²⁸, Ana Isabel Turrión Nieves²⁹, M. Ángeles Puche Larrubia³⁰ y Patricia Alcocer Amores³¹

¹Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea. Madrid. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Hospital Universitario la Paz-Idipaz. Madrid. ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁸Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁹Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹⁰Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ¹¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹²Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹³Hospital General de Granollers. ¹⁴Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁶Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁷Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ¹⁸Hospital General Universitario de Elda. ¹⁹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ²⁰Hospital Universitario Son Llàtzer. Mallorca. ²¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²³Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ²⁴Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²⁵Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña. ²⁶Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²⁸Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ²⁹Hospital Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ³⁰Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³¹Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid.

Introducción: Se han sugerido limitaciones de los criterios EULAR/ACR 2017 para clasificar a los pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) y anticuerpos específicos de miositis (MSAs) diferentes al anti-Jo1. En este sentido, se han propuesto los criterios

Casal-Domínguez *et al.* 2022 para clasificar a los pacientes con MII y MSAs¹.

Objetivos: Analizar la precisión de los criterios EULAR/ACR y los criterios basados en MSAs para clasificar a los pacientes con MII, diferenciando entre casos incidentes y prevalentes.

Métodos: Estudio transversal de la visita basal de una cohorte del Registro de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática de España (MYO-SPAIN)². Se clasificó a los pacientes en cohorte incidente (diagnóstico de ≤ 12 meses al inicio del estudio) o prevalente (> 12 meses). Se describió la precisión de los criterios de clasificación en la muestra global y en ambas cohortes según la presencia de diferentes MSAs. Se identificaron las diferencias entre grupos mediante el test de la chi-cuadrado. Además, se determinó la sensibilidad y especificidad de los criterios basados en MSAs y se estableció el grado de acuerdo entre los criterios EULAR/ACR y los basados en MSAs mediante el porcentaje de concordancia y el coeficiente Kappa de Cohen.

Resultados: Se incluyeron 542 pacientes con un diagnóstico de MII, 132 (24,4%) en la cohorte incidente y 410 (75,6%) en la prevalente. Teniendo en cuenta los criterios EULAR/ACR, el 52,4% de los pacientes se clasificaron correctamente. Si diferenciamos en función de los MSAs, la distribución de los pacientes correctamente clasificados fue: 57,6% con anti-Jo1; 49,3% con MSAs y sin anti-Jo1; 52,3% con todos los MSAs; y 52,5% sin MSAs (tabla 1). No se encontraron diferencias entre ambas cohortes en la clasificación de pacientes en cada uno de los subgrupos de anticuerpos (ac) (p > 0,05). Respecto a los criterios basados en MSAs, el 99,5% de los pacientes se clasificaron correctamente. La distribución de los pacientes correctamente clasificados en función de los MSAs fue: 92,1% con ac. antisintetasa y el 100% con el resto de MSAs (tabla 2). No hubo diferencias al comparar la clasificación de los pacientes entre ambas cohortes (p > 0,05). La sensibilidad y especificidad de los criterios basados en MSAs para los pacientes con MII y MSAs fue de 100% (ambas) en la cohorte incidente y del 99,2% y 100%, respectivamente, en la cohorte prevalente. El grado de acuerdo entre los criterios EULAR/ACR y los basados en MSAs fue de 49,2% vs. 50,9% (Kappa = 0) en la cohorte incidente vs. prevalente, respectivamente. Al tener en cuenta solo los pacientes con ac anti-Jo1, el grado de acuerdo fue de 48,1% vs. 60,2% (Kappa = 0) en la cohorte incidente vs. prevalente, respectivamente.

Conclusiones: La precisión de los criterios EULAR/ACR para clasificar a los pacientes con diagnóstico de MII fue baja, tanto en la cohorte incidente como prevalente. Sin embargo, los criterios basados en MSAs mostraron excelente precisión diagnóstica. No se encontró acuerdo entre ambos criterios de clasificación. Parece necesario revisar los criterios de clasificación de las MII. Además de incluir todos los MSAs, habría que tener presente la dificultad para clasificar a los pacientes sin MSAs.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arthritis Rheumatol. 2022;74:508-17.
2. Reumatol Clin (Engl Ed). 2022;18:253-59.

Tabla 1. Criterios EULAR/ACR 2017 para MII en pacientes con miositis

	Anti-Jo1	MSAs - anti-Jo1	Todos los MSAs	Sin MSAs	Todos
Cohorte total (n)	125	221	346	296	542
Clasificados (n, %)	72 (57,6)	109 (49,3)	181 (52,3)	103 (52,5)	284 (52,4)
No clasificados (n, %)	53 (42,4)	112 (50,6)	165 (47,6)	93 (47,4)	257 (47,6)
Cohorte incidente (n)	27	72	99	33	132
Clasificados (n, %)	13 (48,1)	35 (48,6)	48 (48,4)	16 (48,4)	64 (48,4)
No clasificados (n, %)	14 (51,8)	37 (51,3)	51 (51,5)	17 (51,5)	68 (51,5)
Cohorte prevalente (n)	98	149	247	163	410
Clasificados (n, %)	59 (60,2)	74 (49,6)	133 (53,8)	87 (53,3)	220 (53,6)
No clasificados (n, %)	39 (39,8)	75 (50,3)	111 (46,1)	76 (46,6)	190 (46,3)

MII = miopatías inflamatorias idiopáticas; MSAs = anticuerpos específicos de miositis. La comparación entre cohorte incidente y prevalente no mostró diferencias significativas en ningún grupo p > 0,05.

Tabla CO31

Tabla 2. Criterios basados en MSAs para MI en pacientes con miositis y MSAs

	Ac. antisintetasa	MSAs – ac. antisintetasa	Todos los MSAs
Cohorte total (n)	226	120	346
Clasificados (n, %)	224 (92,1)	120 (100)	344 (99,5)
No clasificados (n, %)	2 (0,8)	0 (0)	2 (0,5)
Cohorte incidente (n)	60	39	99
Clasificados (n, %)	60 (100)	39 (100)	99 (100)
No clasificados (n, %)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cohorte prevalente (n)	98	149	247
Clasificados (n, %)	164 (98,8)	81 (100)	245 (99,2)
No clasificados (n, %)	2 (1,2)	0 (0)	2 (0,8)

MI = miopatías inflamatorias idiopáticas, MSAs = anticuerpos específicos de miositis. La comparación entre cohorte incidente y prevalente no mostró diferencias significativas $p > 0,05$, a excepción del grupo MSAs – ac. antisintetasa que no fue calculable.

CO32. IMPLEMENTATION OF A HYBRID HEALTHCARE MODEL IN RHEUMATIC MUSCULOSKELETAL DISEASES: FINAL RESULTS OF THE DIGIREUMA STUDY

D. Benavent¹, L. Fernández-Luque², M. Sanz-Jardón³, V. Navarro-Compán¹, M. Novella-Navarro¹, I. Bilonis², E. Calvo³, L. Lojo³, A. Balsa¹ and Ch. Plasencia-Rodríguez¹

¹Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Madrid. ²AdheraHealth Inc. Palo Alto. USA. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

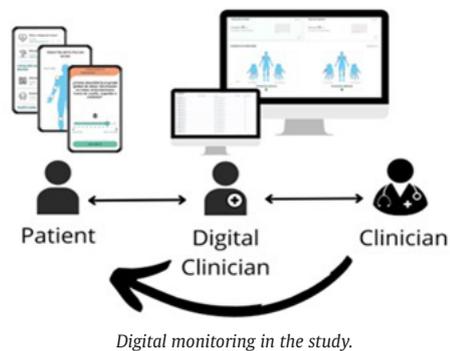
Introduction: Patients with rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs) require a tailored follow-up, which may be limited by the healthcare resources. Innovative tools that save time need to be implemented effectively in the clinical care of patients with RMDs.

Objectives: To test the feasibility of a digital solution for real-time monitoring of electronic patient reported outcomes (ePROs) in patients with rheumatoid arthritis (RA) and spondyloarthritis (SpA).

Methods: Digireuma was a bicentric 6-month prospective study including patients with RA and SpA, using a digital solution, namely Adhera Rheumatology Digital Program. During follow-up, patients had a hybrid follow-up: face-to-face -baseline and 6 months visits- and digital. In the digital follow-up, patients were asked to report disease specific ePROs on a pre-established basis in the mobile solution- including at least one assessment per week. In addition, flares and incidences with medication were available to be reported at any time. Four rheumatologists monitored these outcomes, and contacted patients when deemed necessary (Figure). Assessment measures included patient global assessment (PGA) of disease activity, (self-reported) tender joint count (TJC) and swollen joint count (SJC), Health Assessment Questionnaire (HAQ) and pain visual analogue scale (VAS), for patients with RA; PGA, TJC, SJC, BASDAI, and ASAS-Health Index, for patients with SpA. All measures were delivered every two weeks. Engagement at 3 and 6 months was assessed.

Results: Out of 56 recruited patients, 51 (24/27 (89%) RA, 27/29 (93%) SpA) downloaded and used the mobile solution and 47 (84%) submitted at least one ePROs entry. Median age (IQR) was 47 (13.2) and 40 (16.0) years in the RA and SpA groups, respectively. 20/27

(74%) patients with RA and 14/29 (48%) with SpA were female. In the RA group there were a total of 2156 digital solution accesses (57 per patient) in 6 months, while patients with SpA had a total of 1,644 accesses (29 per patient). ePROs measurements outcomes at baseline and 6 months are shown in Table. Patients with RA completed a median of 6,710 ePROs interactions during follow-up, whereas patients with SpA completed a median of 4,315. Regarding alerts, among a total of 52 notifications, 47 were deemed necessary to be contacted (5 cases were assessed directly in a programmed consultation, due to time-proximity). Among all alerts, 45 were flares (31 RA, 14 SpA) and 4 problems with the medication (3 cases were not registered). Of the 47 cases that were contacted, 36 (77%) were managed remotely, 9 (19%) required a face-to-face intervention and in 2 (4%) cases it was not possible to reach patients before consultation. Regarding engagement, at three months 26 patients (55%)- 15 with RA and 11 with SpA- continued submitting data periodically, while at six months 22 patients (47%)- 13 with RA and 9 with SpA- continued submitting any data.



Conclusions: This study shows that ePROs can be used to monitor disease activity, flares, and medication issues in patients with RA and SpA, with three out of four alerts being managed remotely. After six months, more than half of the patients showed non-adherence to the monitoring plan/digital solution. The participation of

Table CO32

Onboarded patient outcomes

	DAS-28	BASDAI	TJC	SJC	HAQ	PtGA	VAS pain
Baseline. Face-to-face							
RA	2.6 (1.6-3.6)	-	1 (0-3.25)	0.5 (0-2.5)	0.13 (0-0.9)	2 (1-5)	4 (2-5)
SpA	-	2.1 (0.8-3.8)	0 (0-1)	0 (0-1)	-	2 (1-4)	2.5 (1-4)
Baseline. Digital							
RA	-	-	1 (1-3)	1 (1-2.5)	0.2 (0-0.5)	2 (1.8-3.5)	3 (1-6)
SpA	-	3.3 (1.5-7)	1 (1-2.75)	3 (1.2-4.75)	-	1 (1-2.5)	-
6 months. Face-to-face							
RA	1.6 (1.1-2.9)	-	0 (0-2)	0 (0-2)	0.13 (0-0.63)	1.5 (0.5-4)	1.35 (0.75-3)
SpA	-	2.2 (1.2-4.8)	0 (0-2)	0 (0-0.25)	-	2 (1-5)	2 (1-4.25)
6 months. Digital							
RA	-	-	1 (1-1.8)	1 (1-1.8)	0.25 (0.1-0.5)	2 (2-2.8)	2 (1-2)
SpA	-	2.2 (1.9-2.5)	2.5 (2.2-2.8)	5 (3-7)	-	2.5 (1.5-3.3)	-

both healthcare professionals and patients is critical for the successful implementation of mobile health in clinical practice, specially to identify long term usage strategies.

CO33. PREVALENCIA DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Laura Farran Ortega¹, Rosa Fornons Servent¹, Xavier Juanola Roura² y Joan Miquel Nolla Solé²

¹Servicio de Reumatología, Hospital de Palamós. Servicio de Dermatología del Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La hidrosadenitis supurativa (HS) y la espondiloartritis axial (EspAax) son dos enfermedades inflamatorias crónicas que comparten mecanismos etiopatogénicos, factores de riesgo y dianas terapéuticas. Existen varios estudios que señalan a la HS como una posible manifestación extraarticular de la EspAax, aunque se desconoce la prevalencia real de HS en este grupo de pacientes ya que suele ser una enfermedad infradiagnosticada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de HS en una cohorte de pacientes con EspAax. Secundariamente, analizar las variables clínicas, analíticas y radiológicas asociadas a la HS en pacientes con EspAax y establecer un método de cribado de HS.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y unicéntrico de una cohorte de 265 pacientes con EspAax en seguimiento por una consulta monográfica del Hospital Universitari de Bellvitge. Se realizó el cribado de HS mediante un cuestionario validado compuesto por 3 preguntas (fig.) y una confirmación posterior por dermatología de los casos con cribado positivo. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas en relación con la EspAax y con la HS. Se clasificó a los pacientes según diagnóstico de HS y se realizó un análisis descriptivo y comparativo de ambos grupos.

Resultados: De los 265 pacientes de la cohorte, 148 (55,8%) participaron en el estudio y contestaron el cuestionario de cribado. Nueve

(6%) pacientes cumplieron criterios de cribado positivo, pero solo en 4 (2,7%) de ellos se confirmó el diagnóstico de HS por dermatología. Tres de los pacientes fueron diagnosticados durante el estudio y la demora diagnóstica media fue de 14,25 años. Todos los pacientes presentaban una HS leve (estadio de Hurley I). Al comparar a los pacientes con y sin HS, se observó un mayor porcentaje de fumadores en el grupo de HS (75% vs. 18%, p = 0,005), mayor actividad medida por BASDAI (5,6 ± 2,3 vs. 3,2 ± 2,1, p = 0,026) y menor daño estructural medido por BASRI axial (1,75 ± 1,3 vs. 5,5 ± 3,5, p < 0,018). No se encontraron diferencias en el resto de las variables estudiadas, pero destaca una tendencia a mayor número de mujeres en el grupo HS (50 vs. 32%) y un porcentaje de sobrepeso-obesidad importante en ambos grupos (67,3% sin HS vs. 75% con HS).

Conclusiones: Existe cada vez más evidencia de la asociación entre EspAax y HS. La HS es una enfermedad infradiagnosticada por lo que el clínico debe interrogar acerca de los síntomas. El papel del dermatólogo es fundamental para la confirmación del diagnóstico.

CO34. MACHINE LEARNING Y EL MODELO IMBALANCED MACHINE LEARNING CLASSIFICATION PARA FÁRMACOS BIOSIMILARES Y ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

D. Castro Corredor¹, L.A. Calvo Pascual², V. Salas Manzanedo¹, M.A. Ramírez Huaranga¹, M. González Peñas¹, J. Seoane Romero¹, L. Martín de la Sierra López¹, J. Anino Fernández¹, E. Revuelta Evrard¹, M.D. Mínguez Sánchez¹, V.L. Áreas del Águila³ y M.A. Paulino Huertas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. ³Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

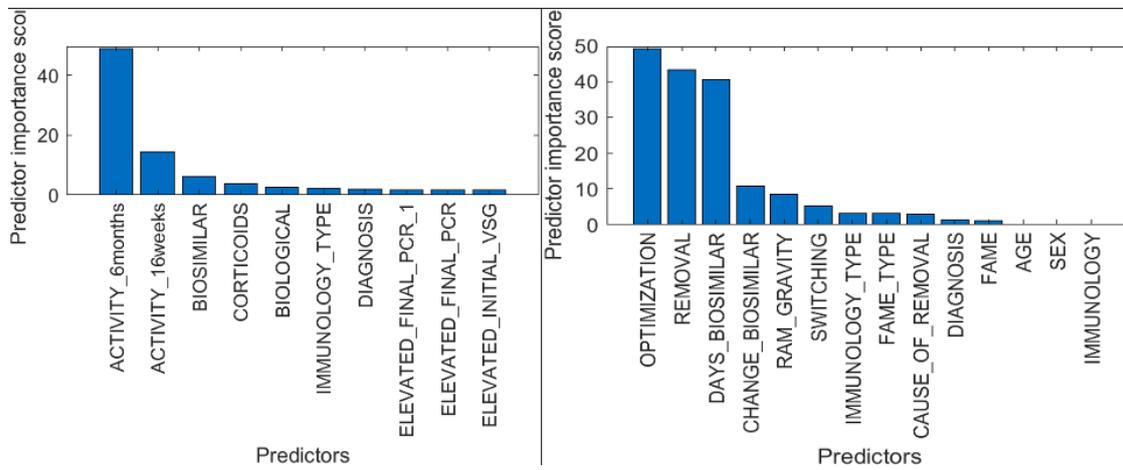
Introducción: Un biosimilar es un fármaco biológico que contiene una versión del principio activo de un fármaco biológico original previamente autorizado (fármaco de referencia). Las variables de actividad y las variables relacionadas con los fármacos biosimilares muestran su independencia con la estadística tradicional (chi-cua-

¿Tiene repetidamente brotes de nódulos grandes, nódulos dolorosos o forúnculos que se curan dejando cicatrices en cualquiera de estas zonas?:	
Ingles	Región anal
Axilas	Región y pliegues mamarios
Región genital	Pliegue abdominal y periumbilical
Otras (especificar)	No tengo
¿Ha tenido nódulos, forúnculos o abscesos en los últimos 6 meses?	
Sí	No
¿Ha experimentado 2 o más episodios en los últimos 6 meses?	
Sí	No

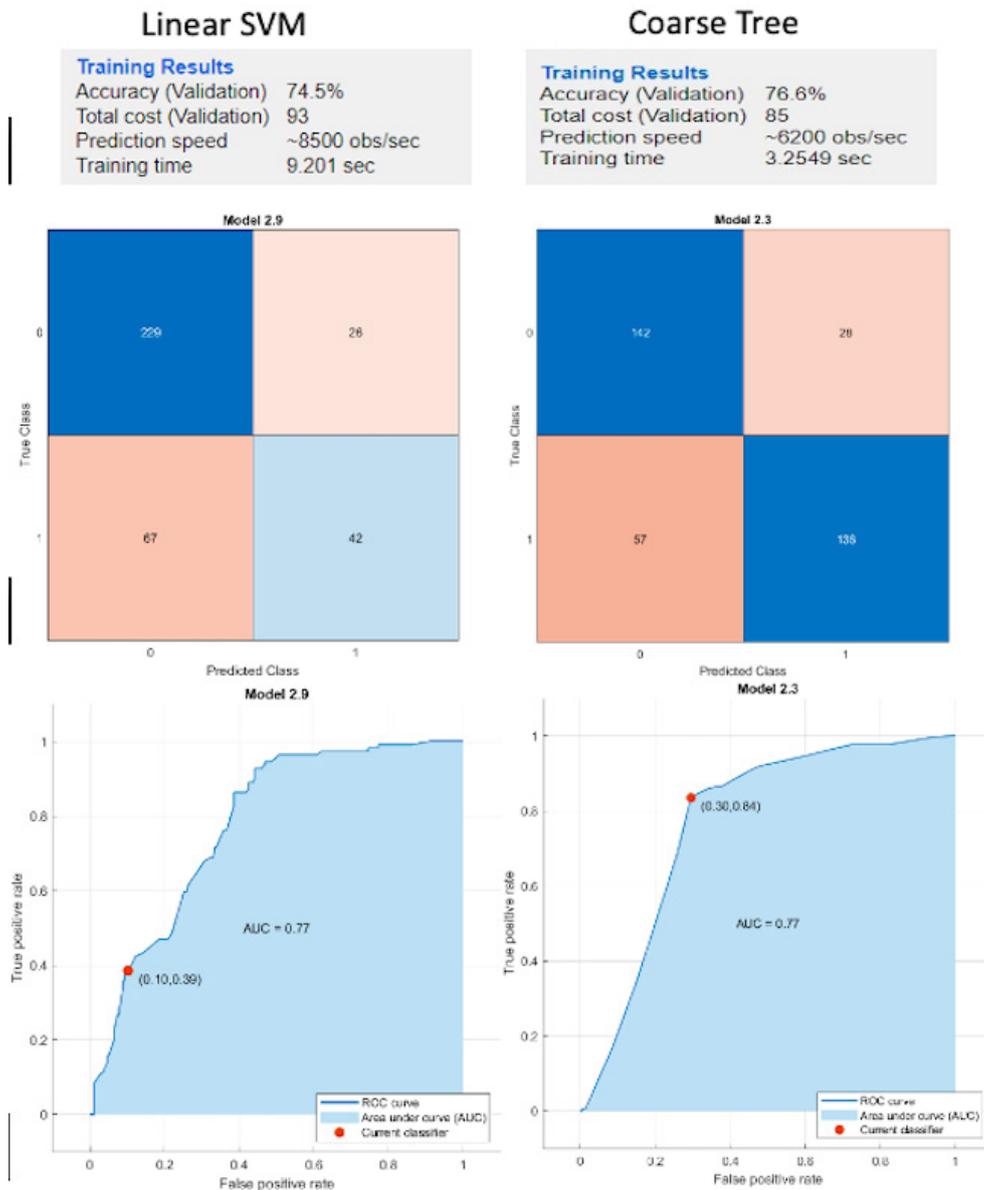
Ejemplo de lesiones típicas de hidrosadenitis supurativa: Imágenes cedidas por www.huidziekten.nl



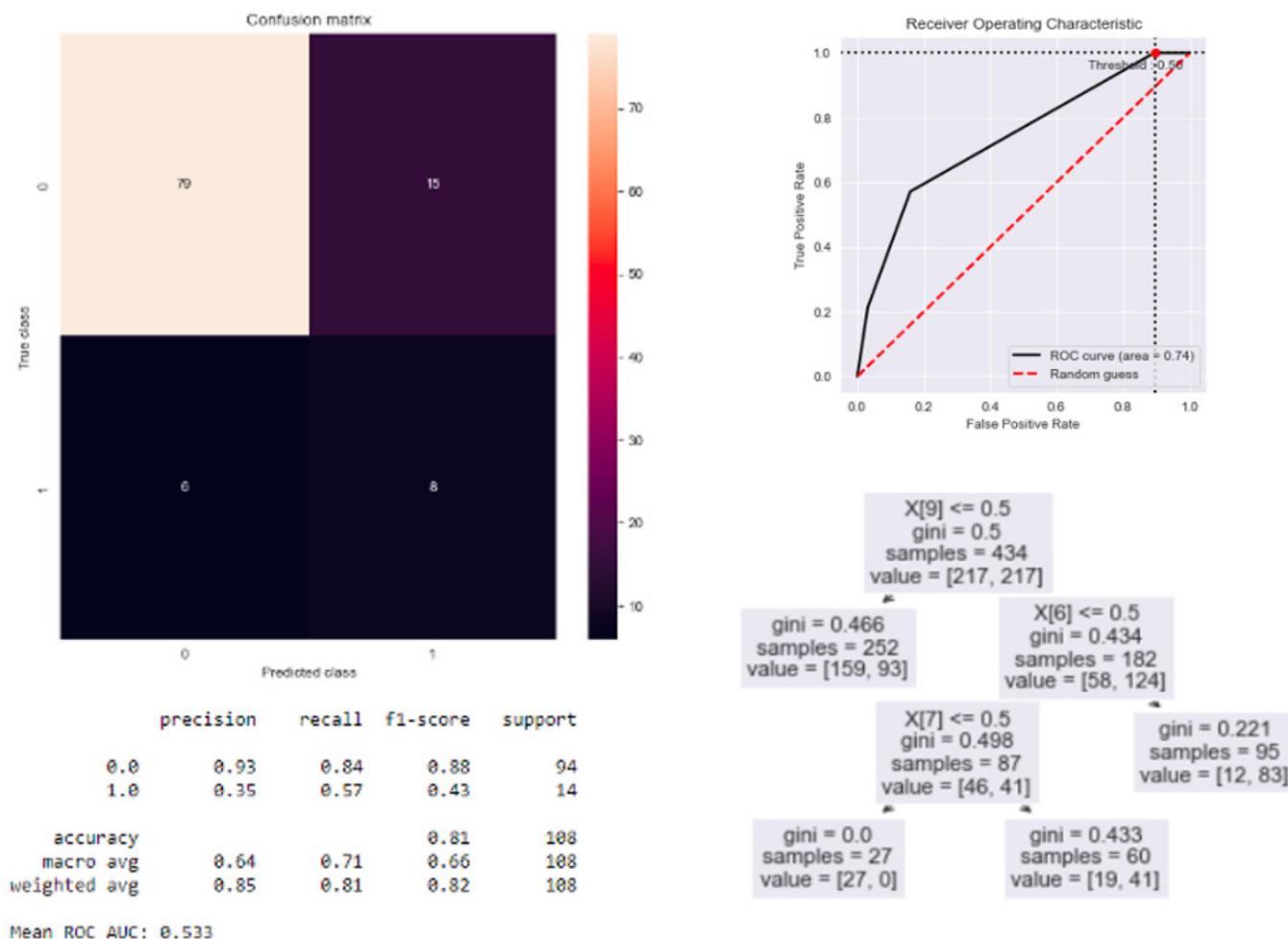
CO33 Figura. Cuestionario de cribado de hidrosadenitis supurativa.



CO34 Figura 1. Selección de variables chi-cuadrado que mejor explican: retirada de biosimilar y actividad a los 6 meses.



CO34 Figura 2. Especificaciones técnicas de los modelos machine learning para predecir retirada y la actividad a los 6 meses, matrices de confusión de los modelos y curvas ROC de los modelos.



CO34 Figura 3. Modelo Random Over Sampler (ROS), matriz de confusión, curva ROC y árbol de decisión.

drado y U de Mann Whitney, fig. 1), y con el inconveniente de no poder contrastar variables independientes. Por ello, para estudiar estas variables se usa la optimización bayesiana en *machine learning*, que permite obtener modelos con mejor ajuste y mejores predicciones. Además, se sabe que el número de pacientes que empeora con fármacos biosimilares es muy bajo (13%). Es imposible detectar a estos pocos pacientes con estadística tradicional ni *machine learning* clásico, porque en ambos el modelo ganador sería siempre trivial, es decir, considerar que todos los pacientes no empeoran, lo que tendría una validez del 87%. Por el contrario, para detectar este 13% de pacientes se requiere emplear unos modelos especiales llamados *Imbalanced Machine Learning*.

Objetivos: Predecir la retirada del biosimilar a partir de la actividad y predecir esta a los 6 meses, mediante modelos *Machine Learning*. Además, se pretende establecer modelos *Imbalanced Machine Learning* para detectar a aquellos pacientes con ineficacia al biosimilar.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se realiza una revisión retrospectiva de la base de datos de pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas inmunomediadas inflamatorias, a los que se les ha realizado el intercambio de fármaco biológico anterior a un fármaco biosimilar durante al menos 6 meses, atendidos en las consultas externas del Servicio de Reumatología. Para la selección de las variables más importantes se emplea chi-cuadrado. Para la optimización bayesiana de *machine learning* se

utiliza un paquete para minimizar el error RMSE, maximizando el área ROC. Y para el análisis de datos por el modelo *Imbalanced Machine Learning*, se comparan los resultados con varios modelos desbalanceados, utilizando el área bajo la curva y el f1 score de la clase desbalanceada.

Resultados: Las variables que más influyen en la retirada del biosimilar son: actividad de los pacientes a las 16 semanas y a los 6 meses, tipo de biosimilar y corticoides (fig. 1). El mejor modelo *machine learning* es el modelo Linear Support Vector Machine con un área bajo la curva de 0,77 y una precisión del 74,5%, y las variables que más influyen en la actividad son: optimización, retirada y días con el biosimilar; mientras que el mejor modelo *machine learning* que obtenemos es un Coarse Tree explícito (fig. 2). Por otro lado, el mejor modelo *imbalanced* obtenido ha sido un Random Over Sampler (ROS) con un f1 score de 0,43 para la clase desbalanceada y un área bajo la curva ROC de 0,74. Además es un modelo completamente interpretable, siendo las variables explicativas: retirada, *switching* y cambio de biosimilar (fig. 3).

Conclusiones: Con los modelos *machine learning* obtenidos, se predice cuándo se produce una retirada del biosimilar o cuál es la actividad a los 6 meses, dependiendo de características intrínsecas del biosimilar. Se comparan los resultados clasificatorios de los principales métodos desbalanceados y se selecciona el modelo que mejor captura los casos desbalanceados, es decir, aquellos pacientes a los que el fármaco biosimilar les aumenta la actividad.

MESA ARTRITIS REUMATOIDE II: TRATAMIENTO

CO35. ALTERACIONES DEL METILOMA DE ADN COMO POSIBLES BIOMARCADORES DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Gracia María Martín Núñez¹, Arkaitz Mucientes^{2,3}, Jose Manuel Lisbona Montañez^{1,2,3}, Patricia Ruiz Limón^{2,4}, Rocío Redondo Rodríguez^{2,3}, Sara Manrique Arijá^{1,2,3}, Inmaculada Ureña Garnica^{2,3}, Laura Cano García^{2,3}, Isabel Moreno Indias^{2,4}, Natalia Mena Vázquez^{2,3} y Antonio Fernández Nebro^{1,2,3}

¹Departamento de Medicina. Universidad de Málaga. ²Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma Bionand. Málaga. ³Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁴Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: La etiología de la artritis reumatoide (AR) no es del todo conocida, y se acepta que es el resultado de la interacción de varios factores: genéticos, ambientales, hormonales o inmunopatológicos. Las modificaciones epigenéticas podrían ser el nexo entre factores genéticos y ambientales relacionados con la aparición y evolución de la AR.

Objetivos: Identificar a lo largo del genoma completo patrones de metilación diferencial del ADN entre pacientes con AR y controles

sanos, así como cambios epigenéticos que puedan predecir mayor gravedad de la enfermedad.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte prospectiva, en la que se estudiaron 64 sujetos: 16 AR graves, 16 AR no graves y 32 controles sanos. El fenotipo gravedad se definió de acuerdo a un promedio de actividad inflamatoria de moderada-alta definido por un *Disease activity score* (DAS28-VSG) $\geq 3,2$ acumulado, positividad para factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA), así como recuentos más elevados de *Collinsela aerofaciens* (OTU $\geq 0,15$). La metilación del ADN se determinó mediante Infinium Methylation EPIC BeadChip (Illumina, San Diego, CA, EE.UU.). El nivel de metilación de cada citosina se expresó como β -valor. Se realizó un análisis descriptivo, ANOVA y análisis bivalente para la comparación estadística entre los diferentes grupos de sujetos, y dos modelos de regresión logística multivariante para identificar factores asociados a la AR y al fenotipo de AR grave. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Regional Universitario de Málaga (cód.4/2016,P19).

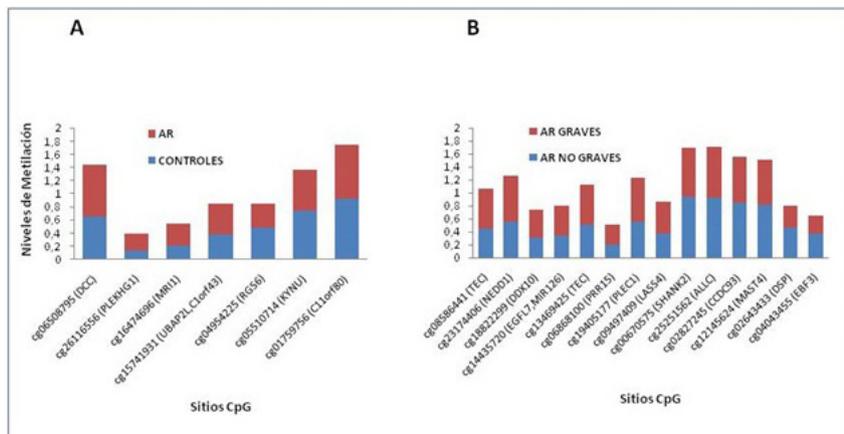
Resultados: Más de la mitad de los sujetos eran mujeres (75%), con una media de edad de $57,6 \pm 9,4$ años. Los pacientes con AR en comparación con los controles presentaron mayor hábito tabáquico (62,5 vs. 40,7%; $p = 0,015$) y obesidad (53,1 vs. 28,1%; $p = 0,012$). Entre los pacientes, los sujetos con AR grave en comparación con los no graves tuvieron un promedio de DAS28-VSG superior ($3,9 \pm 0,6$ vs. $3,3 \pm 0,2$ mg/l, $p = 0,001$), y mayor abundancia en *Collinsela* (mediana (RIC), 0,3 (0,1-1,7) vs. 0,1 (0,0-0,4); $p = 0,003$); así como mayor frecuencia de erosiones (93,8 vs.

Tabla CO35

Sitios CpG seleccionados como posibles biomarcadores potenciales

ID sonda	Región	Nombre del gen	Relación CpG a la isla	¿El gen se ha relacionado previamente con AR?	Regresión logística multivariante
Modelo 1 (R2 = 0,618)					
cg16474696	Promotor	Methylthioribose-1-phosphate isomerase 1(MRI1)	N_Shore	No	OR: 1,04, IC95% (1,00-1,07), p = 0,034
cg15741931	Promotor	Ubiquitin associated protein 2 like (UBAP2L)	N_Shore	No	OR: 1,12, IC95% (1,04-1,21), p = 0,003
cg06508795	Cuerpo génico	DCC netrin 1 receptor (DCC)	OpenSea	Sí	OR: 1,05, IC95% (1,00-1,07), p = 0,012
cg05510714	Cuerpo génico	Kynureninase (KYNU)	OpenSea	Sí	OR: 0,94, IC95% (0,89-0,98), p = 0,026
cg06166490	Promotor	Homeobox A2(Hoxa2)	Isla	No	OR: 1,23, IC95% (1,07-1,41), p = 0,003
Modelo 2 (R2 = 0,381)					
cg08586441	Cuerpo génico	Tec protein tyrosine kinase (TEC)	OpenSea	Sí	OR: 1,07, IC95% (1,00-1,15), p = 0,037
cg14435720	Cuerpo génico	microRNA 126 (MIR126)	Isla	Sí	
cg19405177	Cuerpo génico	Pseudogene similar to part of plectin 1, intermediate filament binding protein 500 kDa (PLEC1)	Isla	No	
cg09497409	Promotor	Ceramide synthase 4 (LASS4)	S_Shore	No	OR: 1,17, IC95% (1,02-1,35), p = 0,019
cg25251562	Promotor	Allantoicase (ALLC)	OpenSea	No	

Se muestran dos modelos de regresión logística multivariante. Modelo 1: Variable dependiente: pacientes (1) vs. controles (0). Modelo 2: Variable dependiente: pacientes graves (1) vs. pacientes no graves (0). La edad y el sexo también fueron variables incluidas en ambos modelos.



CO35 Figura. Principales sitios CpG con metilación diferencial estadísticamente significativa entre pacientes con AR y controles (A) y según la gravedad de la enfermedad (B). Entre paréntesis símbolo del gen.

50,0%; $p = 0,006$), ACPA elevado (68,8 vs. 31,1%; $p = 0,034$) y tratamiento con terapia biológica (56,3 vs. 12,5%; $p = 0,009$). En cuanto al análisis de metilación, se seleccionaron aquellos CpG relacionados con genes o pseudogenes, con cambio mínimo en el β -valor de $\pm 0,10$ entre grupos, y valor de $p \leq 0,01$ (fig.). Así, se seleccionaron un total de 7 sitios CpG diferencialmente metilados entre AR y controles y 14 sitios CpG diferencialmente metilados entre AR graves y AR no graves (fig.). Los sitios CpG descritos en cada gen, que además aparecían en regiones diferencialmente metiladas junto a múltiples CpG, se propusieron como posibles biomarcadores potenciales (tabla), en el que se sumó además el cg06166490, por encontrarse en una región diferencialmente metilada con un p -valor ajustado $< 0,00001$. De estos CpGs, 5 CpGs se asociaron con la presencia de AR y 2 CpGs con la gravedad de la enfermedad en los modelos de regresión logística multivariante (tabla).

Conclusiones: El nivel de metilación del ADN en sitios CpG específicos están asociados con la AR. El presente estudio identificó posibles marcas del epigenoma relacionado con AR y la gravedad de la enfermedad, que merecen más investigación, y que podrían ser útiles en el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

CO36. LAS CÉLULAS T HELPER FOLICULARES CIRCULANTES CD4+CXCR5+PD-1^{hi} ESTÁN ELEVADAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PREDICEN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BLOQUEANTES DEL TNF O ABATACEPT

Mariela del Carmen Uyaguari Morocho¹, Irene Monjo^{1,2}, Beatriz Nieto-Carvalho^{1,2}, Alejandro Villalba^{1,2}, Laura Nuño^{1,2}, Diana Peiteado^{1,2}, Elisa Fernández^{1,2}, Sara García-Carazo^{1,2}, Alejandro Balsa^{1,2} y María-Eugenia Miranda-Carus^{1,2}

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²IdiPAZ. Madrid.

Antecedentes. La células T helper foliculares CD4+CXCR5+PD-1^{hi} (Tfh) se localizan típicamente en los centros germinales (CG) de los órganos linfoides, proporcionan ayuda a las células B y juegan un papel importante en la patogenia de la Artritis Reumatoide (AR). En sangre periférica existen análogos circulantes de Tfh (cTfh); su número se correlaciona con el de Tfh en órganos linfoides, y está aumentado en AR y otras patologías autoinmunes. El abatacept (ABT), interfiriendo con la coestimulación, es capaz de restringir la generación de células Tfh. La implicación patogénica de Tfh en AR podría ser mayor en pacientes con cifras más altas de cTfh y estos podrían responder mejor al tratamiento con ABT.

Objetivo. Estudiar a) El efecto de los bloqueantes del TNF (bTNF) o ABT, sobre la frecuencia de cTfh en AR, y b) La relación entre la frecuencia basal de Tfh y la respuesta clínica.

Métodos: Obtuvimos PBMCs de sangre periférica de pacientes con AR seropositiva y respuesta insuficiente a FAMEs convencionales ($n = 41$) que iniciaron tratamiento, bajo criterios de práctica clínica, con bTNF ($n = 19$) (10 ETN, 3 Adal, 3 Certo, 2 goli, 1 Inflix) o ABT ($n = 22$). Determinamos la frecuencia de cTfh por citometría de flujo de células recién aisladas, en la visita basal y 12 meses (12M) después de iniciar tratamiento biológico. Por cada paciente estudiamos un control sano (CS) a los 0 y 12M ($n = 41$).

Resultados. a) En comparación con CS, los pacientes con AR que recibían FAMEs-c mostraron una frecuencia (fr) elevada de cTfh y también de cTfh activadas ICOS+ (cTfh-a). 12M después de iniciar tratamiento biológico se observó una mejoría significativa de la actividad (Δ DAS28 $> 2,0$) en todos los pacientes, pero la fr de cTfh no varió en los que recibieron bTNF; sin embargo, en los que recibieron ABT la fr de cTfh se redujo significativamente hasta llegar a niveles de CS. La fr de cTfh-a se redujo en ambos grupos pero en el de bTNF permaneció por encima de los niveles de CS mientras que

en el de ABT se igualó a CS. b) En el grupo de ABT las fr basales de cTfh y cTfh-a habían sido mayores en pacientes que alcanzaron remisión a los 12M (12Mr), en comparación con los que permanecieron activos (12Ma) [OR para remisión (Tfh, regresión logística) 25,3, IC95% (12,2-39,8); ROC AUC 0,94(0,83-1), $p < 0,0005$]; las fr a los 12M ya no estaban elevadas y no había diferencias entre 12Ma y 12Mr. Por el contrario, en el grupo de bTNF, las fr basales de cTfh y cTfh-a habían sido inferiores en 12Mr vs. 12Ma [OR para no remisión 8,5 (4,3-15,5); ROC AUC 0,77(0,54-0,99), $p < 0,05$]; además, en el grupo de bTNF las fr a los 12M mostraban el mismo patrón: no habían variado, seguían por encima de las cifras de CS y eran inferiores en 12Mr vs. 12Ma. El punto de corte que mejor predijo la remisión en el grupo de ABT fue cTfh $> 0,35\%$ [sensibilidad (S) 92,7%, especificidad (E) 90%] y en el grupo de bTNF, el punto de corte que mejor predijo la no remisión fue una fr de cTfh $> 0,44\%$ (S 67,7%, E 90%).

Conclusiones: El ABT, pero no los bTNF, baja los niveles de células cTfh en AR; ello sugiere que el bloqueo de la coestimulación puede controlar la sobreactividad de los centros germinales. Además, cifras basales más elevadas de cTfh predicen una buena respuesta al ABT y al mismo tiempo, una mala respuesta a bTNF. Por tanto, el estudio de esta población linfocitaria puede facilitar la aplicación de estrategias terapéuticas de precisión en pacientes con AR y respuesta insuficiente a FAMEs convencionales.

CO37. ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR (ARDT): PROBLEMAS CLÍNICOS EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

Dalifer Dayanira Freitas Núñez³, Leticia León^{1,2}, Alfredo Madrid-García¹, Patricia López-Viejo³, Isidoro González-Álvaro⁴, Marta Novella-Navarro⁵, Zulema Rosales³, Benjamín Fernández-Gutiérrez³ y Lydia Abasolo¹

¹Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdiSSC). Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Ciencias de la Salud. Universidad Camilo José Cela. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: La mayoría de los estudios sobre la artritis reumatoide difícil de tratamiento (AR D2T) se han centrado en la AR establecida. Aquí, analizamos si la actividad de la enfermedad en las primeras etapas de la AR podría influir en la progresión a una ARDT en condiciones de la vida real. También se analizaron otros factores clínicos y relacionados con el tratamiento.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico longitudinal de pacientes con AR de 2009 a 2018. Se realizó un seguimiento de los pacientes hasta enero de 2021. La ARDT se definió según los criterios EULAR (fracaso del tratamiento, signos que sugieran una enfermedad actualmente activa/progresiva y manejo percibido como problemático por parte de los pacientes, el reumatólogo y/o el paciente). La principal variable fue la actividad de la enfermedad en las primeras etapas. Las covariables fueron los factores sociodemográficos, clínicos y los relacionados con el tratamiento. Realizamos un análisis de regresión logística multivariante para investigar los factores de riesgo asociados con la progresión a ARDT.

Resultados. La población de estudio estuvo compuesta por 631 pacientes y 35 (5,87%) desarrollaron ARDT. En el momento del diagnóstico, el grupo de ARDT era más joven, con una mayor discapacidad, puntuación DAS28, recuento de articulaciones dolorosas y puntuaciones de dolor. En nuestro modelo final, DAS28 no se asoció estadísticamente de manera significativa con ARDT. No se encontraron diferencias entre los grupos para la terapia. La discapacidad se asoció de forma independiente con ARDT (OR: 1,89; $p = 0,01$).

Conclusiones. En esta cohorte de pacientes recién diagnosticados de AR, nuestros resultados no permiten demostrar la influencia de la enfermedad activa según DAS28. Sin embargo, encontramos que los pacientes más jóvenes y aquellos con puntuaciones de discapacidad iniciales elevadas tienen más probabilidades de desarrollar ARDT independientemente de otros factores.

MESA LA MÉDULA ÓSEA Y EL SISTEMA CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON OSTEOPOROSIS

CO38. FACTORES CLÍNICOS DE OSTEOPOROSIS RELACIONADOS CON TBS EN PRÁCTICA CLÍNICA

Daniel Roig Vilaseca, Dacia Cerdà Gabaroi, Paula Valentina Estrada Alarcón, Óscar Armando Camacho Alcázar, Sergi Heredia Martín, Vanessa Andrea Navarro Ángeles, Marian Tormo Ratera, Sílvia García Díaz y Delia Reina Sanz

Consorci Sanitari Integral Hospital Moisès Broggi. Barcelona.

Introducción: El índice de trabeculación ósea (*Trabecular Bone Score*, o TBS) es una medida indirecta de la resistencia ósea desarrollado en los últimos años, que predice de forma independiente el riesgo de fractura.

Objetivos: Estimar la relación entre TBS y factores de riesgo clínicos de osteoporosis comúnmente utilizados en práctica clínica.

Métodos: De registro de densitometrías de Servicio de Reumatología, se seleccionaron los pacientes que disponían de determinación de TBS. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, peso, talla, fracturas previas, hábito tabáquico, consumo de alcohol, actividad física, fracturas osteoporóticas o de fémur en progenitores, tratamientos para la osteoporosis realizados antes de la determinación de TBS, tratamiento con glucocorticoides (≥ 5 mg al día durante > 3 meses) y el antecedente de diabetes *mellitus*, hipertensión (HTA) y dislipemia (DL). Dado que existe la posibilidad que los valores de TBS obtenidos en densitómetros con diferente tecnología no sean comparables (Leslie WD, Hans D. Trabecular bone score (TBS) cross-calibration for GE Prodigy and DXA scanners. *J Clin Densitom*, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2022.12.0021>), los valores de DMO se han estandarizado para su análisis.

Resultados: En el momento del estudio se disponía de 11.613 densitometrías, 1.392 de las cuales tenían también determinación de TBS, 1014 con tecnología GE Lunar y 378 con Hologic. La tabla 2 recoge los valores de significación para cada variable y TBS seleccionado (en negrita los valores significativos). No se observaron diferencias significativas en el TBS entre sexos, toma previa de corticoides, hábito tabáquico en el momento de la densitometría, antecedente de fractura de fémur en algún progenitor, coexistencia de diabetes *mellitus*. Tampoco se observó relación con ingesta de calcio. Las determinaciones realizadas con Hologic mostraron un TBS mayor que el calculado en aparatos GE Lunar ($1,265 \pm 0,096$ vs. $1,211 \pm 0,098$ ($p = 0,000$) para TBS 1-4, y $1,258 \pm 0,106$ vs. $1,242 \pm 0,101$ ($p = 0,013$) para TBS 2-4). Por el contrario, los pacientes con antecedentes de HTA y DL, los que habían recibido tratamiento previo para la osteoporosis, o que tenían fractura osteoporótica previa, tenían menor TBS ($p = 0,000$ en todos los casos). Los pacientes con mayor ingesta alcohólica (> 40 g/d) tenían menor TBS. El TBS (L1-L4 i L2-L4) se correlacionó con la edad ($r = -0,269$, $r = 0,268$), talla ($r = 0,096$; $R = 0,121$), peso ($r = -0,146$; $r = -0,146$) y DMO L2-L4 estandarizada ($r = 0,000$; $r = 0,000$). En el caso de los antecedentes paternos de fractura osteoporótica se observaron diferencias significativas solo en los valores de TBS medidos en L2-L4 ($1,256 \pm 0,098$ si había antecedentes, vs. $1,243 \pm 0,004$ si no había, $p = 0,049$), pero no en la medición realizada en las vértebras L1-L4 ($p = 0,176$). Lo mismo se observó en relación con la presencia de enfermedades con efectos sobre el hueso ($1,258 \pm 0,107$ si había enfer-

medad vs. $1,243 \pm 0,099$ si no había, $p = 0,045$) en el segmento L2-L4, frente al segmento L1-L4 ($p = 0,134$). Y a la inversa, el TBS 1-4 se correlacionó con el número de paquetes de tabaco/año ($p = 0,026$), pero no el TBS 2-4 ($p = 0,104$).

Tabla 1. Descripción de la muestra

Sexo (mujeres)	1.259 (90,4%)	1.392
Edad (años)	70,0 \pm 9,9 (28-93)	1.392
Peso (Kg)	63,71 \pm 11,74 (35-163)	1.353
Talla (cm)	154,14 \pm 7,51 (134-190)	1.352
Corticoides previos	199 (14,3%)	1.392
Ingesta de calcio (mg/día)	425 \pm 267 (0-1.925)	1.276
Tabaco actual	151 (10,8%)	1.225
Alcohol:		1.337
No	840 (60,3%)	
0-2 UBE	471 (33,8%)	
3-4 UBE	14 (1%)	
> 4	12 (0,9%)	
Actividad física:		1.392
Leve	1.018 (73,1%)	
Moderada	244 (17,5%)	
Intensa	27 (1,9%)	
Progenitores con fractura de fémur	227 (16,3%)	1.281
Progenitores con fractura osteoporótica	341 (24,5%)	1.281
Enfermedades con efecto sobre el hueso	267 (21,8%)	1.327
Diabetes <i>mellitus</i>	83 (6%)	1.392
HTA	406 (29,2%)	1.392
Dislipemia	391 (28,1%)	1.392
Tratamiento previo de osteoporosis	324 (23,3%)	1.349
Fractura osteoporótica previa	227 (16,3%)	1.350
Fractura no osteoporótica previa	65 (4,7%)	1.350
Índice T L2-L4	-1,99 \pm 1,31 (-5,32-6,82)	1.358
DMO L2-L4 estandarizada	885,85 \pm 148,5 (517,05-1.871,37)	1.358
TBS L1-L4	1,222 \pm 0,099 (0,820-1,601)	1.282
TBS L2-L4	1,247 \pm 0,103 (0,749-1,850)	1.248

Tabla 2. Valores de significación para TBS medido en L1-L4 y L2-L4

	TBS 1-4	TBS 2-4
Sexo	0,478	0,881
Edad	0,000	0,000
Peso	0,000	0,000
Talla	0,000	0,000
Corticoides previos	0,553	0,171
Ingesta de calcio	0,694	0,705
Tabaco actual	0,230	0,065
Tabaco (paquetes/año)	0,026	0,104
Alcohol	0,010	0,013
Actividad física	0,880	0,850
Progenitores con fractura de fémur	0,422	0,628
Progenitores con fractura osteoporótica	0,176	0,049
Enfermedades con efecto sobre el hueso	0,134	0,045
Diabetes <i>mellitus</i>	0,071	0,260
HTA	0,000	0,000
Dislipemia	0,001	0,000
Tratamiento previo de osteoporosis	0,038	0,007
Fractura osteoporótica previa	0,001	0,002
Fractura no osteoporótica previa	0,714	0,526
Índice T L2-L4	0,000	0,000
DMO L2-L4 estandarizada	0,000	0,000
Técnica densitométrica	0,000	0,013

Conclusiones: El TBS es una medida indirecta de la resistencia ósea. Hemos observado una relación negativa con peso, edad, ingesta enólica, HTA, DL, antecedentes de fractura osteoporótica y tratamiento previo para la osteoporosis. Se observó una relación positiva con la talla.

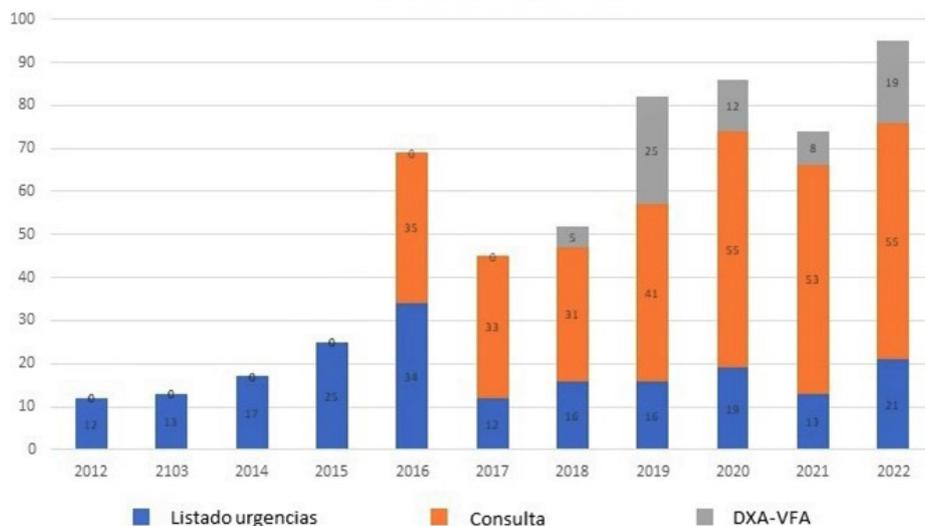
CO39. CARACTERÍSTICAS DE LA FRACTURA VERTEBRAL EN UNA UNIDAD FLS SEGÚN EL MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN

Antonio Naranjo Hernández, Amparo Molina, Sonia Fuentes, Fabiola Santana, Carlos Rodríguez-Lozano, Ricardo Navarro, Arturo Montesdeoca Tito Fernández-Varela, José Augusto Lorenzo, Nieves Martín y Soledad Ojeda

Hospital Universitario Dr. Negrín. Servicios de Reumatología. Rehabilitación y Unidad de Raquis. Gran Canaria.

Identificación de fracturas vertebrales

Las cifras representan nº de pacientes



Objetivos: Analizar las características de los pacientes con fractura vertebral (FV) en una unidad Fracture Liaison Service (FLS).

Métodos: Nuestra FLS atiende a pacientes del listado de urgencias (URG), de la consulta metabólica con FV < 12 meses y captados por DXA-VFA (Densitometría - Vertebral fracture Assessment) en pacientes con fractura de húmero proximal, antebrazo o pelvis sin FV previa conocida. La base de datos incluyó los ítems del FRAX más el historial de tratamiento y los resultados de DXA. Se excluyeron las FV traumáticas o con antigüedad conocida > 1 año, las enfermedades infiltrativas o neoplásicas y los pacientes con contraindicación de tratamiento. Se analizó el número de FV y el grado (escala de Genant). Mediante VFA-DXA se incluyeron las FV grado 2 y 3. A todos se les recomendó por protocolo un bisfosfonato, denosumab o teriparatida. Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariante comparando los grupos: tablas de contingencia y análisis de Fisher para variables cualitativas y ordinales; ANOVA 1F y Wilcoxon para variables cuantitativas.

Resultados: Se han incluido 570 pacientes, 84% mujeres, media de edad 73 años. La vía más frecuente de identificación de la FV fue la interconsulta hospitalaria o de AP (303 casos) seguida por URG (198) y DXA-VFA (69). En 25 pacientes de la consulta fueron remitidos por el informe de Radiología o diagnosticados en la propia consulta. En la figura se expone la evolución a lo largo de 11 años de nuestro FLS. En 2022, la distribución de FV fue: 58% de consulta, 22% de URG y 20% de DXA-VFA. En la tabla se exponen las características de cada grupo. Destaca una edad 3 años superior y mayor porcentaje de FV grado 3 en los identificados en URG. Los identificados por consulta se caracterizaron por un mayor número de FV y mayor porcentaje de osteoporosis por DXA, además de mayor frecuencia de antecedente de fractura, AR y uso de glucocorticoides, y se comprobó una adherencia al tratamiento más elevada en los 3-6 meses siguientes. Los detectados mediante DXA-VFA fueron mayormente mujeres con FV única, menor porcentaje de osteoporosis por DXA y menor adherencia al tratamiento. El porcentaje de varones identificados a partir del registro de urgencias fue superior al de mujeres (46 vs. 32%; p = 0,020). Los hombres tenían FV de grado 3 con más frecuencia que las mujeres (61 frente a 45%; p = 0,008). En cuanto a los factores de riesgo, el consumo de alcohol fue más frecuente (14 vs. 1%; p = 0,000) y la osteoporosis secundaria menos frecuente en varones (7 vs. 16%; p = 0,035). La osteoporosis por DXA fue menos frecuente en varones (42 vs. 57%; p = 0,001).

Conclusiones: Presentamos la distribución de las FV según la vía de identificación en una unidad FLS y las características clínicas aso-

ciadas. En nuestro caso, además de la detección por DXA-VFA, creemos que las interconsultas de otros servicios, radiología y atención primaria apoyado por un programa formativo, nos ha permitido alcanzar unos indicadores aceptables sin necesidad de realizar sistemáticamente radiografías laterales de columna. Los resultados serán de ayuda en la implementación, gestión y consolidación del modelo basado en FLS.

Resultados del estudio; se expresan como n (%) y media (DE) salvo otra indicación

	Todos los pacientes (N = 570)	Urgencias (N = 198)	Consulta (N = 303)	VFA† (N = 69)	p
Edad	73,6 (9,7)	75,5 (9,4)	72,6 (9,9)	72,4 (8,8)	0,003
Sexo, mujeres	480 (84,2)	156 (78,7)	261 (86,1)	63 (91,3)	0,020
Fracturas vertebrales					
Nº de vértebras fracturadas					0,000
Media	2,0	1,76	2,35	1,22	
Mediana (RIQ)	1 (1-2)	1 (1-2)	2 (1-3)	1 (1-1)	
Solo fracturas grado 1	24 (4,2)	3 (1,5)	20 (6,6)	*	0,007
≥ 2 vértebras fracturadas**	259 (45,7)	78 (39,3)	169 (56,1)	12 (17,4)	0,000
≥ 1 fractura grado 3‡	274 (48,8)	124 (63,9)	141 (47,3)	9 (12,0)	0,000
Factores de riesgo de fractura					
Fractura previa	155 (27,2)	51 (25,8)	89 (29,3)	15 (20,0)	0,362
Fractura de cadera de progenitores	51 (8,9)	20 (10,1)	25 (8,2)	6 (8,0)	0,775
Fumador activo	67 (11,7)	21 (10,6)	34 (11,2)	12 (16,0)	0,294
Glucocorticoides	51 (8,9)	9 (4,5)	40 (13,2)	2 (2,7)	0,001
Artritis reumatoide	22 (3,8)	5 (2,5)	17 (5,6)	0	0,045
Osteoporosis secundaria	86 (15,0)	37 (18,6)	36 (11,8)	13 (17,3)	0,075
Alcohol	21 (3,6)	9 (4,5)	10 (3,3)	2 (2,7)	0,712
IMC	27,5 (5,0)	28,5 (4,7)	26,2 (5,3)	28,7 (5,1)	0,000
FRAX mayor	12,7 (8,6)	13,3 (9,6)	13,0 (11,0)	10,8 (7,9)	0,156
FRAX cadera	5,6 (6,6)	6,0 (7,9)	5,9 (4,0)	4,3 (6,6)	0,231
Densitometría #					
Normal	46 (8,6)	18 (10,0)	18 (6,3)	10 (13,3)	0,000
Osteopenia	175 (32,8)	69 (38,5)	75 (26,3)	31 (41,3)	
Osteoporosis	312 (58,5)	92 (51,3)	192 (67,3)	28 (37,3)	
T lumbar	-2,29 (2,0)	-2,0 (1,7)	-2,5 (2,3)	-1,4 (1,5)	0,000
T cuello femoral	-1,91 (1,0)	-1,8 (1,2)	-2,0 (1,0)	-1,5 (0,9)	0,003
Tratamiento antiosteoporótico					
Tratamiento previo con bisfosfonato	124 (21,8)	35 (17,6)	80 (28,0)	9 (12,0)	0,012
Inicio de tratamiento en los 6 meses siguientes a la visita	474 (83,1)	161 (81,3)	265 (87,4)	48 (69,5)	0,001

†30 fracturas de húmero, 1 de rama pélvica y 38 de antebrazo. *Solo se valoraron fracturas grado 2 y 3. **Disponible en 567 ‡561 y #533 pacientes.

MESA ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ASPECTOS RELEVANTES RELACIONADOS CON SU TRATAMIENTO

CO40. EL ANÁLISIS TRANSCRIPTÓMICO DE CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL REVELA MÓDULOS DE GENES CO-EXPRESADOS QUE SE ASOCIAN CON EL DAÑO RADIOGRÁFICO

Laura Cuesta López¹, Carlos Perez-Sanchez^{1,2}, Iván Arias de la Rosa¹, Miriam Ruiz-Ponce¹, Ignacio Gómez García¹, María Lourdes Ladehesa Pineda¹, M. Ángeles Puche-Larrubia¹, M. Carmen Ábalos-Aguilera¹, Chary López-Pedreira¹, Alejandro Escudero Contreras¹, Clementina López-Medina¹, Eduardo Collantes Estévez¹ y Nuria Barbarroja Puerto¹

¹Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología celular, fisiología e inmunología. Universidad de Córdoba. Campus de Excelencia Internacional Agroalimentario. Córdoba.

Introducción: Recientemente se ha llevado a cabo un gran avance en la identificación de perfiles moleculares involucrados en la patogénesis de enfermedades autoinflamatorias crónicas. Estos avances han sido posibles gracias a técnicas como la secuenciación masiva de ARN. Este tipo de análisis en la Espondiloartritis axial (EspAax) permitiría la identificación de nuevas dianas terapéuticas y biomarcadores de enfermedad.

Objetivos: 1) Identificar módulos de genes altamente correlacionados enriquecidos en funciones biológicas y rutas moleculares específicas implicados en la patogénesis de la EspAax y 2) Estudiar la asociación entre las firmas moleculares identificadas y el perfil clínico-analítico de la enfermedad.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron 75 pacientes con EspAax de la cohorte CASTRO, a los que se les realizó una exhaustiva evaluación clínica incluyendo actividad de la enfermedad y limitación funcional, daño estructural y movilidad espinal. Asimismo, se analizaron parámetros analíticos y se evaluó el grosor de la íntima media carotídea mediante eco-doppler carotídeo. Se secuenció mediante la plataforma Illumina el ARN de células mononucleadas de sangre periférica de 25 pacientes con EspAax. Para la identificación de subgrupos de pacientes y la generación de módulos de genes coexpresados se utilizó la metodología “hierarchical clustering” y WGCNA (“Weight gene correlation network analysis”), respectivamente. Paralelamente, se realizó un análisis funcional de los genes integrantes de cada módulo para identificar rutas y funciones enriquecidas mediante la plataforma EnrichR. La expresión de aquellos “Hub Genes” que más correlacionaban con el mSSASSS fue validada en 50 pacientes con EspAax a través de PCR microfluidica (Fluidigm Biomark HD). Se realizaron estudios de asociación y correlación entre el perfil molecular y el fenotipo clínico. Finalmente, se llevaron a cabo ensayos in vitro con células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) de pacientes pertenecientes a los diferentes “clusters” moleculares.

Resultados: El análisis no supervisado del transcriptoma reveló la presencia de dos clusters de pacientes con EspAax claramente diferenciados en cuanto a su perfil molecular y clínico. Concretamente, el análisis molecular distinguió pacientes con mayor actividad de la enfermedad, daño radiográfico y riesgo cardiovascular. Se identificaron 6 módulos de genes diferencialmente expresados entre los dos clusters de pacientes identificados previamente, siendo responsables de la distinción molecular y clínica de dichos grupos. El análisis funcional de estos 6 módulos de genes reveló el enriquecimiento de dichos genes en rutas relacionadas con inflamación, metabolismo oxidativo, proliferación de linfocitos T y B, respuesta inmune y el incremento de la supervivencia

celular, entre otras. El tratamiento de PBMCs de pacientes pertenecientes a los dos clusters con suero autólogo indujo la expresión diferencial de genes pertenecientes a los módulos identificados previamente.

Conclusiones: 1) El análisis transcriptómico completo mediante RNAseq en PBMCs de pacientes con EspAax distinguió, de manera no supervisada, subgrupos de pacientes con fenotipos clínicos distintivos. 2) El análisis de módulos de genes permitió identificar nuevas rutas y funciones moleculares potencialmente implicadas en la fisiopatología de la enfermedad. Financiado por ISCIII (PMP21/00119) cofinanciado por FEDER y Fundación Andaluza de Reumatología (FAR).

CO41. PREVALENCIA DE SACROILITIS Y OTROS DIAGNÓSTICOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS: ESTUDIO NACIONAL MULTICÉNTRICO

Raquel Almodóvar*¹, Ángel Bueno², Pedro Zarco-Montejo¹, Clementina López-Medina³, Alberto Benito Ysamat⁴, Jose Francisco García Llorente⁵, Fernando Diez Renovaes⁶, Óscar Casado Verdugo⁶, Mireia Moreno⁷, María Llop Vilaltella⁷, Lara Berrocal⁸, Anna Marín⁸, Cristina Fernández-Carballido⁹, Concha Crespo¹⁰, Xavier Juanola-Roura¹¹, Jose Antonio Narvaez¹¹, Elisa Diéguez Costa¹² y Ramón Mazzucchelli¹

¹Rheumatology. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ²Radiology. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ³Rheumatology. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁴Radiology. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁵Rheumatology. Hospital de Basurto y Galdakano. Bilbao. ⁶Radiology. Hospital de Basurto y Galdakano. Bilbao. ⁷Rheumatology. Parc Taulí. Sabadell. ⁸Radiology. Parc Taulí. Sabadell. ⁹Rheumatology. Hospital Universitario San Juan. Alicante. ¹⁰Radiology. Hospital Universitario San Juan. Alicante. ¹¹Rheumatology. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹²Radiology. Hospital Universitario Vithas. Madrid.

Introducción La resonancia magnética (RM) es la técnica de imagen más sensible para la detección de sacroilitis. El diagnóstico de sacroilitis por RM no siempre es sencillo y puede ser un desafío en algunos casos.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de sacroilitis (según criterios ASAS) y otros diagnósticos en RM sacroilíacas. Analizar/comparar estos diagnósticos por sexo, edad y servicio que solicita el estudio.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, multicéntrico, descriptivo, retrospectivo en un ámbito hospitalario y/o de atención especializada. Se evaluaron exámenes consecutivos de RM de las articulaciones sacroilíacas realizados entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019 para detectar la presencia de hallazgos de sacroilitis de acuerdo con los criterios ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society). Se registraron diagnósticos alternativos, incluidos cambios degenerativos, hiperostosis esclerótica idiopática difusa (DISH), osteítis condensans ilii (OCI), sacroilitis/discitis séptica, reacción de estrés y variantes anatómicas.

Resultados: Se evaluaron 1.283 exámenes de RM, 526 (41%) varones, edad media 46,7 ± 14 años. El 71,6% de las solicitudes procedían del servicio de Reumatología, el 15,8% de Cirugía Ortopédica y Traumatología y el 12,5% de otros servicios. El 70% de las RM fueron reportadas por un radiólogo experto en aparato locomotor. Se encontraron hallazgos sugestivos de espondiloartritis axial en 353 (27,5%). Se encontró sacroilitis en 71 exámenes (25%) y se sugirieron diagnósticos alternativos en 87 (31%) (OCI 8,9%, variantes anatómicas 5,3%, sacroilitis/discitis séptica 5,3%, hallazgos degenerativos 4,3%, DISH 1,5%, reacción de estrés 0,7%, tumor 0,3%). Se encontró un examen normal en los 123 exámenes restantes. Los pacientes con diagnósticos alternativos eran mayores que aquellos con sacroilitis (62 vs. 47 años, respectivamente, p > 0,05). Los diagnósticos alternativos fueron significativamente más frecuentes en mujeres (66) que en hombres (21), p < 0,05.

Diagnóstico RM	1º	2º	3º
Sin alteraciones	452 (35,2)	6 (0,5)	3 (0,2)
Cambios degenerativos en artc SI	152 (11,8)	37 (2,9)	5 (0,4)
Sacroilitis con erosiones	147 (11,5)		
Sacroilitis EMO + erosiones	157 (12,2)	11 (0,9)	
Enf. degenerativa discal L5-S1	103 (8)	141 (11)	12 (0,9)
EMO (no criterios ASAS)	82 (6,4)	32 (2,5)	4 (0,3)
Sacroilitis con EMO	73 (5,7)		
Otros	40 (3,1)	29 (2,3)	7 (0,5)
Anomalía transición lumbosacra	18 (1,4)	27 (2,1)	10 (0,8)
osteítis condensante iliaco	17 (1,3)	7 (0,5)	2 (0,2)
Fractura	12 (0,9)	2 (0,2)	
Tumor	16 (1,2)	4 (0,3)	
Diffuse idiopathic skeletal hyperostosi (DISH)	6 (0,5)	1 (0,1)	1 (0,1)
Variante anatómica artc SI	6 (0,5)	11 (0,9)	1 (0,1)
Artritis séptica	2 (0,2)		
Gota		1 (0,1)	

Conclusiones: Una proporción sustancial de pacientes con sospecha de sacroilitis tenían una RM SI normal, mientras que el resto fueron diagnosticados más comúnmente de patologías distintas a la sacroilitis inflamatoria. La derivación de un reumatólogo experimentado puede mejorar la sensibilidad y la especificidad de esta técnica.

CO42. THE CHALLENGE OF IDENTIFYING DIFFICULT-TO-TREAT AXIAL SPONDYLOARTHRITIS IN CLINICAL PRACTICE

Manuel Juárez García, Diego Benavent, Victoria Navarro-Compán, Marta Novella-Navarro, Diana Peiteado, Alejandro Villalba, Irene Monjo, Laura Nuño, Alejandro Balsa and Chamaida Plasencia

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introduction: Despite pharmacological options for axial spondyloarthritis (axSpA) have increased recently, still one out of three patients do not achieve the recommended target (1).

Objectives: To determine patient and disease characteristics in patients with “difficult to treat” (D2T) axSpA in comparison with “good responders” (GR) and to identify predictive factors of D2T-axSpA.

Methods: Data from an observational prospective cohort recruiting consecutively patients diagnosed of axSpA initiating the first bDMARD from La Paz Hospital between 2004-2019 were analysed. Patients who fulfilled one of the following definitions were included: i) D2T: failure to at least two b/tsDMARDs, ii) GR: patients

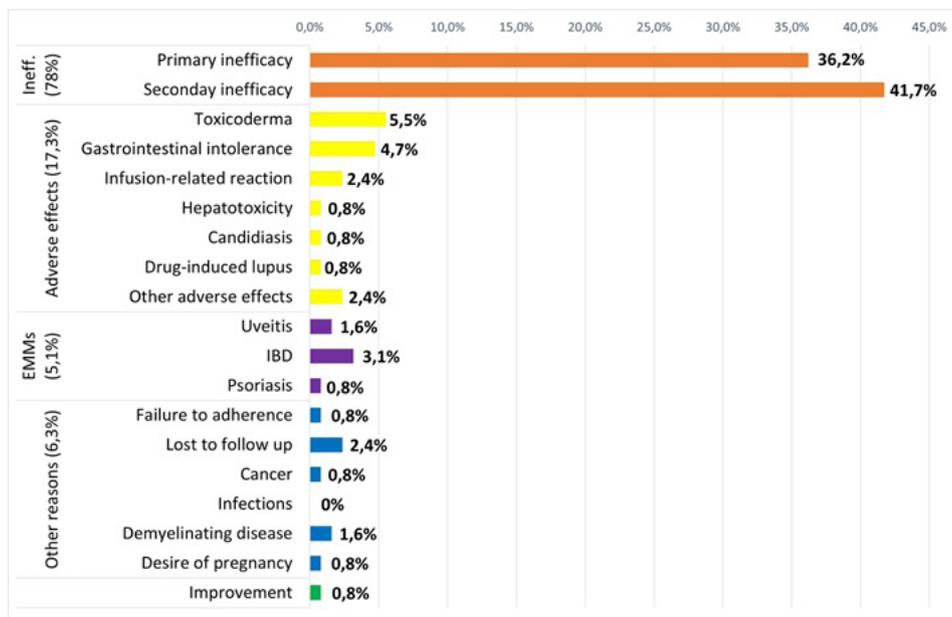
remaining treated with the first bDMARD for at least 3 years or stopping it due to disease control. Clinical characteristics, laboratory tests, concomitant treatment and disease activity measures prior to starting the first bDMARD and after 6 months were collected. Also, b/tsDMARD courses were registered. Chi-square or Fisher test were used for qualitative variables and unpaired t-student was used for quantitative variables. Univariable and multivariable logistic binary regression analyses were used.

Stratified characteristics

	GR (n = 59)	D2T (n = 42)	p value
Symptom duration until first bDMARD (year)	10.5 ± 10.7	5.5 ± 7.7	< 0.01
Current smoking habit	7 (11.9)	13 (31)	< 0.05
HLAB27 +	48 (82.8)	27 (64.3)	< 0.05
Enthesitis	35 (59.3)	40 (95.2)	< 0.001
IBD	2 (3.4)	6 (14.3)	< 0.05
Comorbidities			
Hypertension	15 (25.4)	20 (47.6)	< 0.05
Dyslipidemia	23 (39)	28 (66.7)	< 0.01
Depression or anxiety	14 (23.7)	23 (54.8)	< 0.01
Fibromyalgia	1(1.7)	6 (14.3)	< 0.05
Concomitant NSAIDs	43 (81.1)	35 (97.2)	< 0.05
Baseline			
ASDAS	3.3 ± 1	3.6 ± 0.9	0.2
BASDAI	5.6 ± 2.1	6.4 ± 1.7	0.06
BASDAI-spinal pain	6.4 ± 2.7	7.5 ± 2.1	< 0.05
BASDAI-stiffness severity	5.9 ± 2.8	7.1 ± 2.5	< 0.05
BASDAI-stiffness duration	4.7 ± 2.7	6.1 ± 2.8	< 0.05
TJC	1.1 ± 2.7	4.4 ± 6.7	< 0.01
PtGA	59.9 ± 22.4	70.4 ± 18.7	< 0.05
PhyGA	39.9 ± 19.7	50 ± 20.2	< 0.05
6-month			
ASDAS	1.6 ± 0.9	2.8 ± 1.1	< 0.001
BASDAI	3.3 ± 2.1	5.4 ± 2	< 0.001
CRP (mg/L)	1.7 ± 2.7	5.9 ± 7.9	< 0.01

Results are shown as absolute numbers (%) or mean ± standard deviation.

Results: Out of 101 patients included, 41.6% were classified as D2T and 58.4% as GR. When initiating the first bDMARD, compared with GR, D2T patients had statistically significant shorter symptom duration and more frequently enthesitis, inflammatory bowel disease (IBD), concomitant NSAIDs, smoking habit and comorbidities (hypertension, dyslipidemia, depression or anxiety and fibromyalgia), all p < 0.05 (Table). However, no significant differences were found in age, sex, BMI, subtype of axSpA, dactylitis, peripheral arthritis, uve-



CO42 Figure. Reasons for b/tsDMARD discontinuation in D2T-axSpA.

itis, psoriasis, concomitant csDMARDs, diabetes mellitus or cardiopathy. While no differences were found for disease activity composite measures (ASDAS, BASDAI) and CRP or ESR, D2T patients had greater scores in BASDAI questions for pain and morning stiffness, TJC, PtGA and PhyGA. After 6 months of starting the first bDMARD, the scores for all disease activity measures, including ASDAS, BASDAI, CRP and ESR were significantly higher in D2T patients. Reasons for b/tsDMARDs discontinuation in D2T patients are shown in Figure. In multivariable analysis, smoking habit (OR = 6.5, p < 0.05), HLAB27 negative (OR = 5.8, p < 0.05), enthesitis (OR = 48.1, p < 0.01), baseline TJC (OR = 1.2, OR < 0.05) and baseline PhyGA (OR = 1.05, p < 0.05) were independently associated with D2T.

Conclusions: Compared with GR, patients with D2T-axSpA have more frequently poor prognostic factors for therapy response (smoking and HLAB27 negative) and worse response to first bDMARD after 6 months. Further strategies to implement recommendations for not smoking and control of comorbidities should be implemented.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smolen JS, *et al.* Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2018.

MESA IMAGEN

CO43. THE OMERACT GIANT CELL ARTERITIS ULTRASONOGRAPHY SCORE: A POTENTIAL USEFUL OUTCOME TO ASSESS THE RISK OF RELAPSE DURING FOLLOW-UP

Juan Molina-Collada^{1,2}, José María Álvaro-Gracia^{1,2} and Eugenio de Miguel³

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introduction: and objectives: The OMERACT ultrasonography large vessel vasculitis working group has recently developed an ultrasound (US) composite score, the OMERACT giant cell arteritis (GCA) Ultrasonography Score (OGUS), to assess the extent of vascular inflammation by US and to monitor disease activity in patients with GCA¹. Our objective was to assess the sensitivity to change of this score and to determine whether OGUS variations after treatment are associated with the risk of relapse during follow-up.

Methods: Retrospective observational study of patients referred to a US GCA fast track clinic of an academic center over a 2-year period with GCA clinical confirmation. All patients underwent baseline US evaluation at the time of diagnosis and at 3- and 6-month visits per protocol. OGUS was calculated as the sum of intima media thickness (IMT) in every segment divided by the rounded cut-off values of IMTs in each segment (0.4 mm for the common trunk of superficial temporal arteries, 0.3 mm for the parietal and frontal branches and 1 mm for the axillary arteries). The total sum was divided by the number of segments available. OGUS score > 1 indicates abnormal exam. EULAR definitions for remission and major and minor relapse were checked

Table CO43

0-3- and 0-6-months OGUS variations in patients with and without relapse during follow-up and with and without achievement of remission at 6-months

Parameter	All patients (n = 35)	Relapse during follow-up (n = 10)	No relapse during follow-up (n = 25)	p	Remission at 6-months (n = 18*)	No remission at 6-months (n = 13)*	p
0-3-months OGUS variations. mean (SD)	0.2 (0.39)	0.04 (0.57)	0.26 (0.29)	0.311	0.23 (0.25)	0.18 (0.57)	0.821
0-6-months OGUS variations. mean (SD)	0.24 (0.36)	-0.08 (0.45)	0.35 (0.24)	0.049	0.35 (0.26)	0.04 (0.45)	0.042
3-6-months OGUS variations. mean (SD)	0.04 (0.37)	-0.04 (0.62)	0.11 (0.19)	0.391	0.13 (0.19)	-0.03 (0.57)	0.345

Abbreviations: SD: standard deviation; OGUS: OMERACT Giant cell arteritis Ultrasonography Score. *31 patients completed an US exam at 6 months.

for every patient at 3 and 6 months. Patients were treated according to clinical response with standard therapy. Sensitivity to change of OGUS was calculated as negative values of standardized mean difference (SMD) for each visit separately. The t-student test for paired samples was used for comparing baseline and follow-up OGUS assessments. 0-3 and 0-6-months OGUS variations were compared between patients with and without relapse during follow-up and with and without achievement of remission at 6 months.

Results: A total of 35 GCA patients were included for analysis (mean age 77.4 years, 62.9% females). Ten (28.6%) patients relapsed at 3 or 6 months during follow-up, of whom 8 (22.9%) showed a minor relapse. EULAR definition of remission at 6 months was achieved by 18 (51.4%) patients. Mean (SD) baseline OGUS was 1.34 (0.34). OGUS improved significantly at 3 (1.34 vs. 1.14, p = 0.013) and 6 months (1.34 vs. 1.1, p < 0.01). The SMD of OGUS between baseline and 3 and 6 months was -0.49 and -0.61, respectively. 0-3- and 0-6-month OGUS variations in patients with and without relapse during follow-up and patients with and without achievement of remission at 6 months are shown in detail in the table. Mean 0-6-month OGUS improvement was significantly lower in patients with relapse during follow-up (-0.08 vs. 0.35, p = 0.049). On the other hand, mean 0-6-month OGUS improvement was greater in patients achieving remission at 6 months (0.35 vs. 0.04, p = 0.042).

Conclusions: OGUS shows moderate sensitivity to change in patients with GCA after standard therapy at 3 and 6 months. The absence of OGUS improvement during follow-up is associated with the risk of relapse and the probability of not achieving remission. These findings highlight the usefulness of this tool in clinical practice and may support personalized medicine decisions during treatment tapering.

BIBLIOGRAPHY

1. Dejaco C, Ponte C, Monti S, *et al.* The provisional OMERACT ultrasonography score for giant cell arteritis *Annals of the Rheumatic Diseases* Published Online First: 12 December 2022.

CO44. IDENTIFICANDO DESCRIPTORES ECOGRÁFICOS PARA LA ARTRITIS PSORIÁSICA JUVENIL

María Paz Collado Ramos¹, Natalia Palmou², Pablo Mesa del Castillo³, Berta Magallares⁴, Inmaculada Calvo⁵, Gisela Díaz-Cordobes⁶, Estefanía Moreno⁷, Martina Steiner⁸ y Juan Carlos López-Robledillo⁹

¹Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Arrixaca. Murcia. ⁴Reumatología. Hospital Universitario Sant Pau. Barcelona. ⁵Reumatología Pediátrica. Hospital Politécnico Universitario La Fe. Valencia. ⁶Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ⁷Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ⁹Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: El diagnóstico de la artritis psoriásica juvenil (APsJ) representa un reto para el clínico. Hasta ahora, su diagnóstico se basaba principalmente en descriptores clínicos (ILAR); sin embargo, la definición de la APsJ ha desaparecido tras la publicación de los nuevos criterios de clasificación diagnóstica de la AIJ haciendo necesario la búsqueda de otros descriptores.

Objetivos: Identificar descriptores ecográficos para la APsJ. Para ello, se describirán las alteraciones musculoesqueléticas (ME) encontradas en la exploración ecográfica (US) y se evaluará la concordancia entre la ecografía y la valoración clínica.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes con APsJ incluidos consecutivamente, desde enero del 2020 hasta mayo del 2022. Criterios de inclusión: 1/niños con APsJ cuya edad de inicio de los síntomas fuera menor o igual a 16 años, 2/ diagnóstico según el criterio del médico habitual basado en uno de los dos sistemas de clasificación diagnóstica para APsJ, criterios ILAR y criterios Vancouver. Todos fueron valorados de forma independiente clínica y ecográficamente. Para el análisis se incluyó 32 articulaciones, 12 tendones y 12 entesis - en base a literatura^{1,2}. Las alteraciones ME se identificaron como presente/ausente. Se utilizaron las definiciones ecográficas OMERACT para sinovitis pediátrica, entesitis y tenosinovitis en escala de grises (GS) y Power-Doppler (PD). La concordancia se estimó mediante el índice kappa ajustado para baja prevalencia, con sus intervalos de confianza del 95%³.

Resultados: Se incluyeron 48 niños (edad media 11, desviación estándar 4 años), 34 (71%) niñas, 12 (25%) presentaron poliartrosis y 33 (67%) oligoartritis. Todos seronegativos con positividad para ANA hasta en un 40% de la cohorte. La afectación articular al debut (edad de inicio, mediana de 7 años; RIC de 2-12) precedió a la cutánea (mediana de 12 años; RIC de 9-14). En el momento de inclusión 28

(58%) pacientes tomaban metotrexato, y aproximadamente el 40% combinaba algún biológico. Los niños mostraron un recuento clínico articular y entésico bajo y, de igual forma, la valoración US mostró un número bajo de alteraciones ME. Las articulaciones más frecuentemente afectadas tanto por clínica como US fueron la rodilla y la interfalángica (IF) del pulgar. La US detectó un número mayor de entesitis y tenosinovitis que la clínica. La concordancia entre US y la clínica para la valorar presencia o ausencia de sinovitis articular fue alta en el codo, muñeca y tobillo ($k \geq 0,7$), moderada para rodilla, IF del pulgar y 2 metacarpofalángica (MCF) (k de 0,41 a 0,6), y baja para el resto de las articulaciones.

Conclusiones: El estudio mostró que la US detecta más alteraciones ME que la clínica. La US detectó un mayor número de pacientes con sinovitis afectando al codo, muñeca, 1IF, 3IF Proximal, 2MCF, rodilla y tobillo, y también con entesis (inserción distal del tendón rotuliano e inserción del Aquileo). En ausencia de estándares de imagen en APsJ, estos resultados pueden ser la base para seleccionar que estructuras incluir en la valoración US para una primera aproximación diagnóstica. Se necesitan estudios longitudinales y de mayor tamaño muestral que apoyen estos hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficjan A. Arthritis Res Ther. 2014;16:476.
2. Collado P. Rheumatol. 2013;52:1477.
3. Brennan R. Educ Psychol Meas. 1981;41:687.

TRABAJOS ACEPTADOS SOLO PARA PUBLICACIÓN

XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Sevilla, 9-12 de mayo de 2023

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

Erardo Ernesto Meriño Ibarra y Lourdes Bartolomé Fandos

Hospital Universitario San Jorge. Huesca.

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

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

Tabla 1. Características generales de los pacientes según tratamiento recibido

	ABT SC (N = 18)	RTX (N = 8)	Total (N = 26)	p
Sexo mujer, n (%)	18 (75)	8 (100)	26 (100)	0,116
Edad, años (DE)	72,1 (11,6)	63,3 (13,3)	70,4 (12,2)	0,223
Diagnóstico AR, n (%)	24 (100)	6 (75)	30 (100)	0,011
Leucocitos, × 10 ⁹ (DE)	7,1 (2)	6,58 (2,3)	7 (2)	0,529
Linfocitos, × 10 ⁹ (DE)	2,3 (0,7)	1,41 (0,6)	2,1 (0,8)	0,005
Inmunoglobulina G, mg/dL (DE)	1.148 (333)	803 (268)	986 (344)	0,020
T1, días (RI)	232 (188-269)	208 (183-214)	215 (187-260)	0,309
T2, días (RI)	-	133 (92-162)	133 (92-162)	-
Serología, BAU/ml (RI)	2.463 (151-5.680)	5,1 (0,36-149)	431 (26-3.214)	0,003
SARS-CoV-2 resistentes, n (%)	13 (65)	2 (25)	15 (100)	0,043

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

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

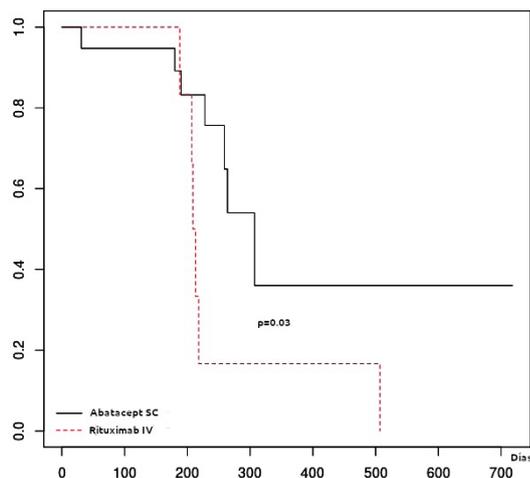
	T1 en días (meses)	T2 en días (meses)	T3 en días (meses)	T4 en días (meses)	Serología (IgG proteína S BAU/mL)	Respuesta serológica SARS-CoV-2*
1	32 (1)	116 (3,8)	92 (3)		0,21	Sensible
2	56 (1,8)	97 (3,2)	95 (3,1)		27,6	Sensible
3	28 (1)	49 (1,6)	33 (1,1)		0,3	Sensible
4	70 (2,3)	96 (3,2)	70 (2,3)		0,7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

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

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en la Unidad de Reumatología, en el Hospital Universitario San Jorge de Huesca, en pacientes que han estado en tratamiento con ABT y RTX y que han recibido la vacunación SARS-CoV-2, midiéndose la respuesta serológica y otras variables. Métodos estadísticos: se evaluaron las diferencias significativas entre los grupos de estudio: variables cualitativas con tablas de contingencia 2 × 2 y prueba de chi² de Pearson; variables cuantitativas, y según su distribución (estadístico de Shapiro-Wilk), se utilizaron los estadísticos t-student y U-Mann-Whitney para las diferencias entre medias y medianas, respectivamente. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meier y las diferencias entre las curvas con el estadístico de log-rank. Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con el programa estadístico R (paquete R Commander) y se calcularon con un intervalo de confianza del 95%.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

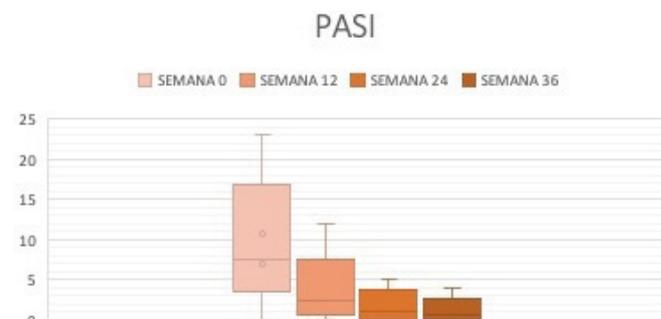


Figura 1. PASI medio basal previo al inicio de guselkumab y a las semanas 12, 24 y 36 tras iniciar el tratamiento.

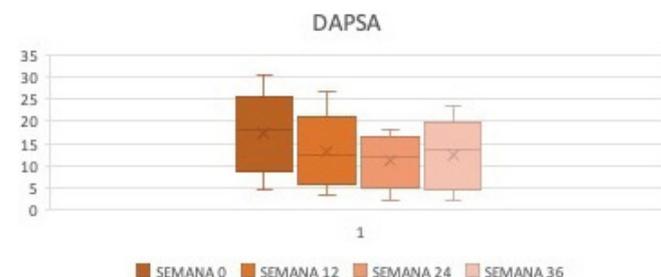


Figura 2. DAPSA medio basal previo al inicio de guselkumab y a las semanas 12, 24 y 36 tras iniciar el tratamiento.

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

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

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

¿CÓMO ES EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA MEDIO CON MIR?



Figura 1. Servicio de Reumatología medio con acreditación MIR.



Figura 2. Mapa de presión asistencial reumatología en España.

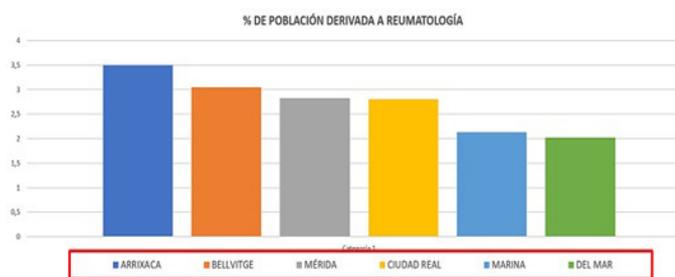


Figura 3. ¿En qué lugares de España se deriva más al reumatólogo?

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

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

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

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

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

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

Tabla RC05

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

Incluyendo tratados previamente con PTH: 18,75%.

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

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

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

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

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

Topografía de la exploración	Bilateralidad	Motivo de la solicitud ecográfica				
		Incertidumbre diagnóstica	Valoración de actividad	Solicitud de procedimiento ecoguiado	Diagnóstico + Procedimiento	Valoración de actividad + Procedimiento
Mano (50%)	Unilateral	45	15	9	24	8
	Bilateral	75	48	-	8	2
Pie (19.4%)	Unilateral	35	13	5	6	2
	Bilateral	23	6	-	1	-
Hombro (11.5%)	Unilateral	26	5	3	14	-
	Bilateral	4	-	-	2	-
Rodilla (4.9%)	Unilateral	8	2	1	5	2
	Bilateral	3	1	-	1	-
Cadera (2.8%)	Unilateral	5	2	3	-	1
	Bilateral	2	-	-	-	-
Glándula salival (4.1%)	Unilateral	2	-	-	-	-
	Bilateral	16	1	-	-	-
Codo (3.8%)	Unilateral	2	2	3	4	1
	Bilateral	5	1	-	-	-
Otras (1.7%)	Unilateral	1	1	2	-	-
	Bilateral	2	2	-	-	-
Vascular (1.7%)	Unilateral	5	3	-	-	-
	Bilateral	-	-	-	-	-
Total de exploraciones		259	102	26	63	16

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

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

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

Ana Urruticoechea Arana

Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses.

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

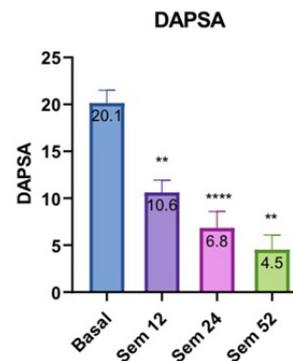
Objetivos: Evaluar la efectividad y tolerabilidad en práctica clínica real de guselkumab en una cohorte de pacientes con diversas comorbilidades y diagnosticados de APs y psoriasis cutánea (Pso).

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

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

Tabla 1. Características basales	Pacientes (n= 20)
Mujeres, n(%)	14 (70%)
Edad, mediana(rango)	49 (30-84)
IMC kg/m2 (mediana, rango)	28,51 (19,27 - 40,39)
Pacientes Bx previo, n (%)	19 (95%)
Pacientes naïve	1 (5%)
Mediana de biológicos previos	2 (0-6)
FAME concomitante, n(%)	5 (25%)
Pacientes con comorbilidades, n(%)	15 (75%)
Pacientes con PSO, n(%)	16 (80%)
PSO, PASI media	5,9 ± 0,73
PSA, DAPSA media	20,14 ± 1,37

Características de los pacientes.



	Basal	Sem 12	Sem 24	Sem 52
Number of values	20	15	12	4

Figura 1.

DAPSA.

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

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

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

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

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

Tabla RC08

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

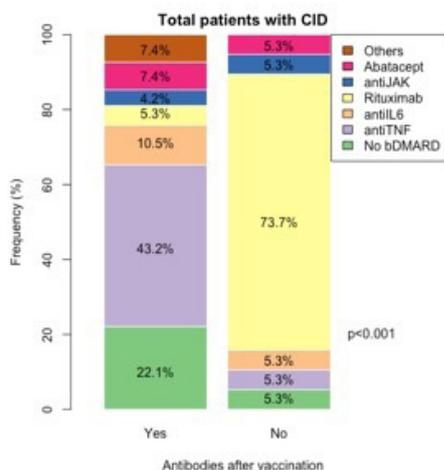


Figura 1 Muestra cómo el uso de rituximab se asocia de forma significativa a no desarrollar anticuerpos.

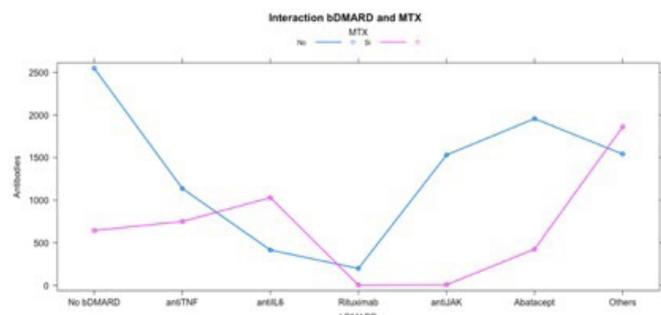


Figura 2. Representa la interacción entre el fármaco biológico y el uso de metotrexate en relación al nivel de anticuerpos.

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

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

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

Servicio de Reumatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

África Andreu Suárez y Boris Anthony Blanco Cáceres

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

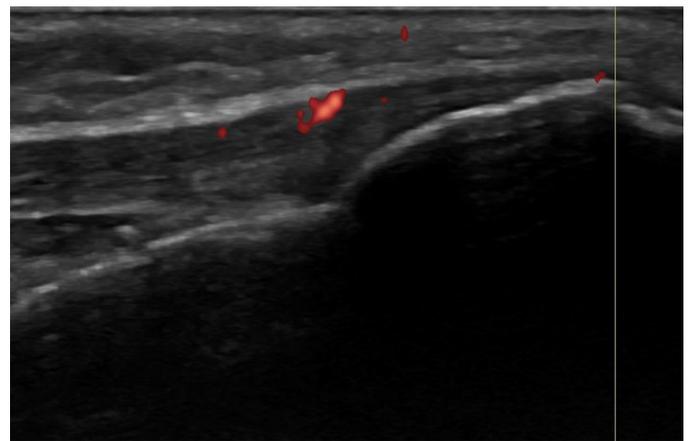
Introducción: El síndrome SAPHO es una entidad con una baja prevalencia (< 1/10.000 habitantes)¹. Dentro de las manifestaciones

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

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

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

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



Exploración de entesis de tendón rotuliano distal.

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

Tabla RC12

Puntuación MASEI desglosada por entesis

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Marina Soledad Moreno García

Hospital Reina Sofía. Tudela.

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Características basales, PCR, EVA y NLT de los pacientes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

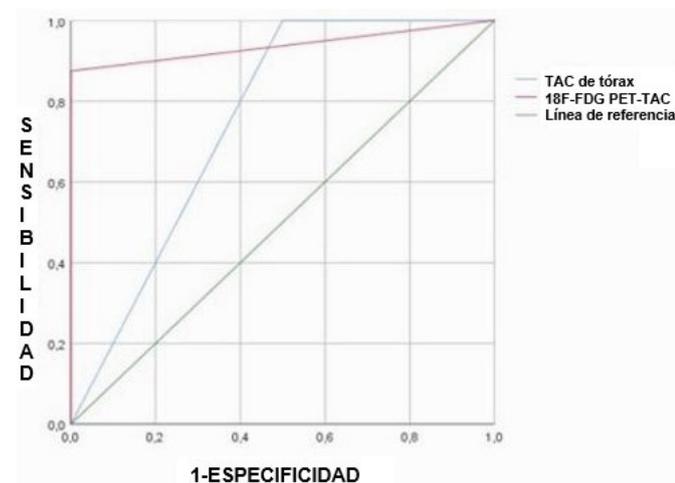
Objetivos: Evaluar la utilidad del 18F-FDG PET-TC en pacientes con sospecha de NS.

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

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

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

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



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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

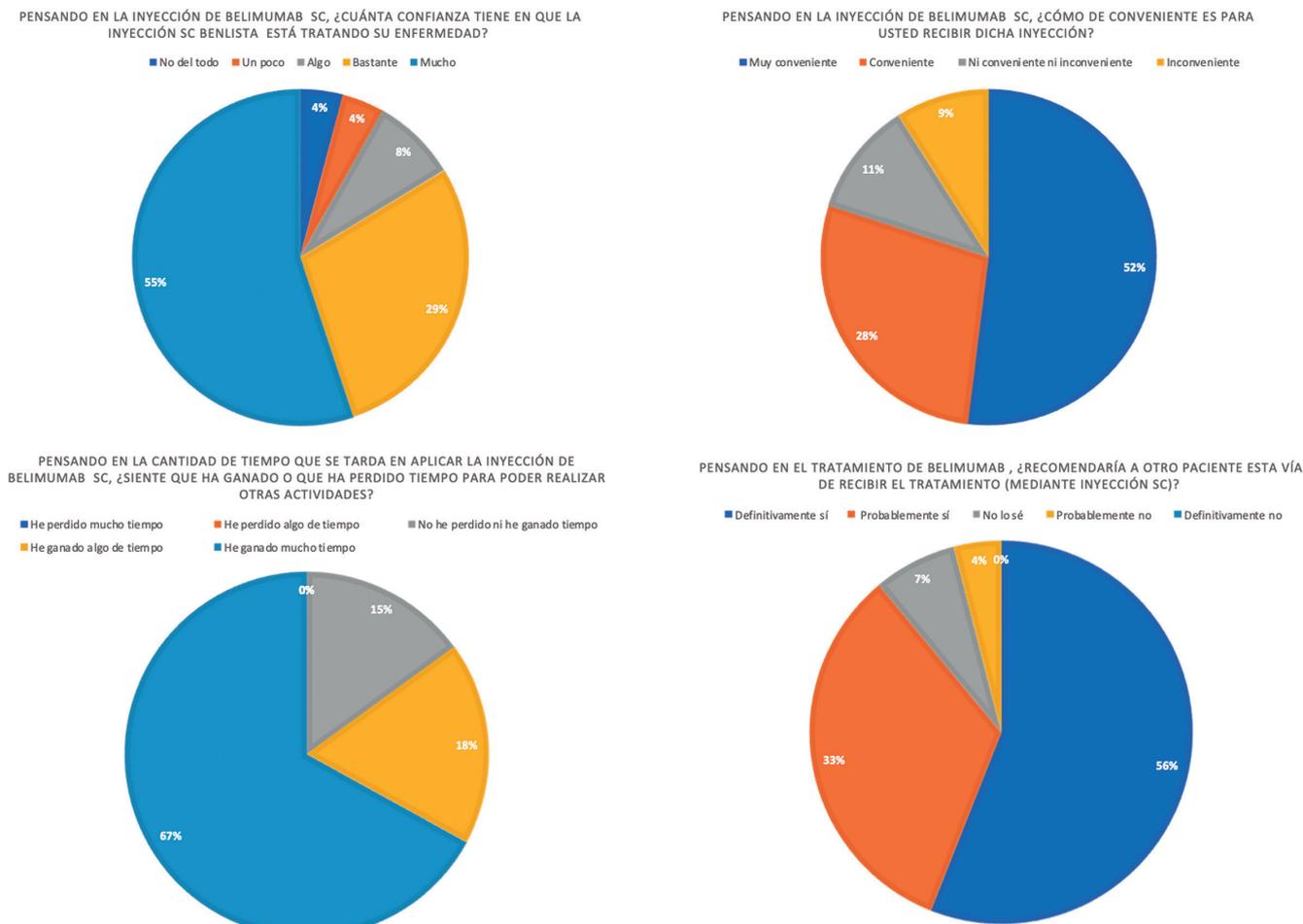
Beatriz Frade Sosa¹, T.C. Salman-Monte², J. Narváez³, I. Peralta⁴, S. Sandoval⁵, B. Magallares⁶, S. Heredia⁷, N. Sapena¹, A. Riveros-Frutos⁴, A. Olivé⁴, H. Corominas⁶, J. Cortés-Hernández⁵ y J.A. Gómez-Puerta¹ en representación del Grupo de Trabajo Capicat-MAS de la Societat Catalana de Reumatologia

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

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

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

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



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

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

Características clínicas y demográficas

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

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

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

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

RC18. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA SUBCUTÁNEA

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

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

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

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

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

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

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

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

Dolors Grados Cànovas¹, Dolors Madrid¹ y Ángela Zumel-Marne²

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

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

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

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

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

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

Tabla RC20

Tabla 1. Características demográficas, clínica y tratamiento

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

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

Tabla RC20

Tabla 2: Características analíticas

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

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

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

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

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

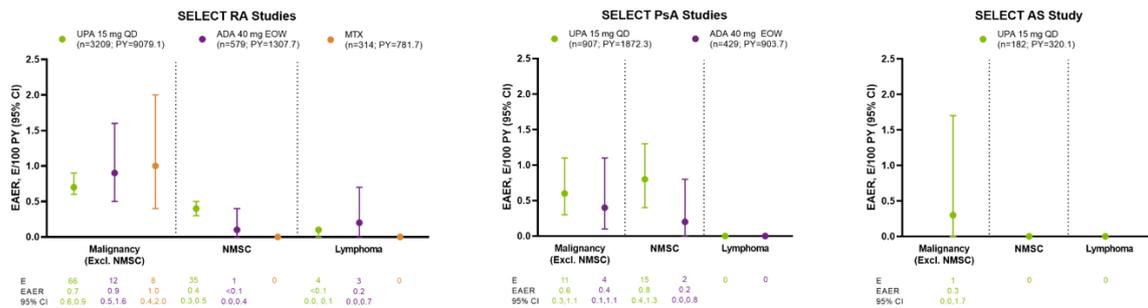
Table: Patient Baseline Characteristics Across RA, PsA, and AS by Malignancy Event Status

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

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

RC21 Figure 1

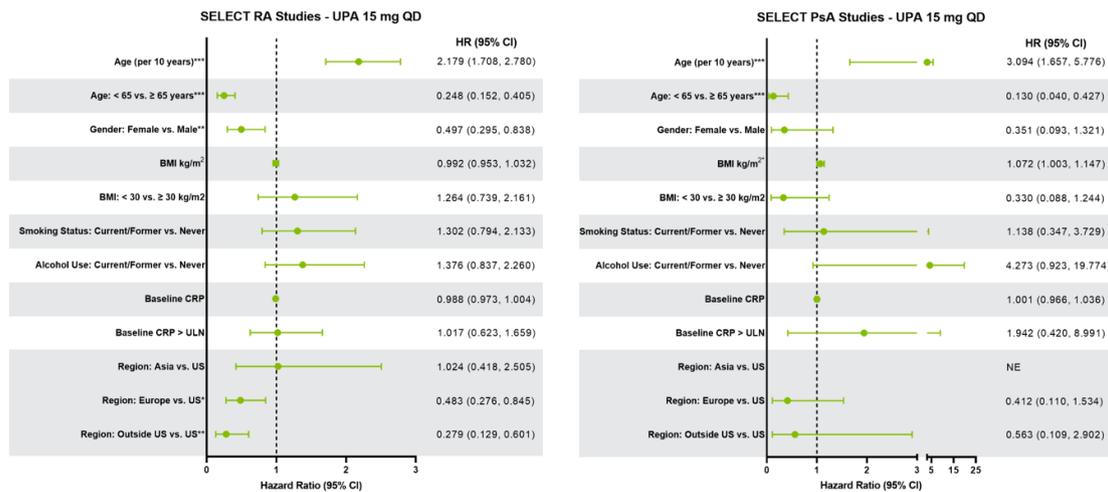
Figure 1. Treatment-Emergent Adverse Events by Malignancy Type in Patients Treated with Upadacitinib Across RA, PsA, and AS



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

RC21 Figure 2

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



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

^aHazard ratios were generated using univariable Cox proportional hazard models for the time from the first dose to first malignancy excluding NMSC event.
^bP < .05; ^cP < .01; ^dP < .001.

RC21 Figure 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

+Significación estadística para Odds Ratio

Tabla 2: Pruebas complementarias realizadas en ambos subgrupos.

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

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

+Significación estadística para Odds Ratio

Tabla 3. Tratamiento realizado en los subgrupos estudiados

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

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

+Significación estadística para Odds Ratio

Tabla 4: Neoplasias y serología relacionada con cada uno.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

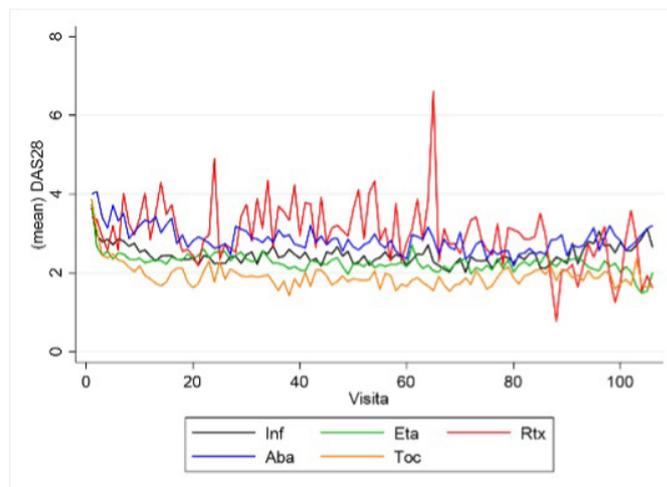


Figura 1. Comparación de DAS28 entre terapias biológicas.

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

BIBLIOGRAFÍA:

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

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

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

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

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

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

RC25 Figura 2. Supervivencia de los diferentes biológicos.

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

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

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

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

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

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

Descripción de nuestra cohorte de pacientes sometidos a BRP

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

BIBLIOGRAFÍA

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



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

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

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

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

Hospital Clínic de Barcelona.

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

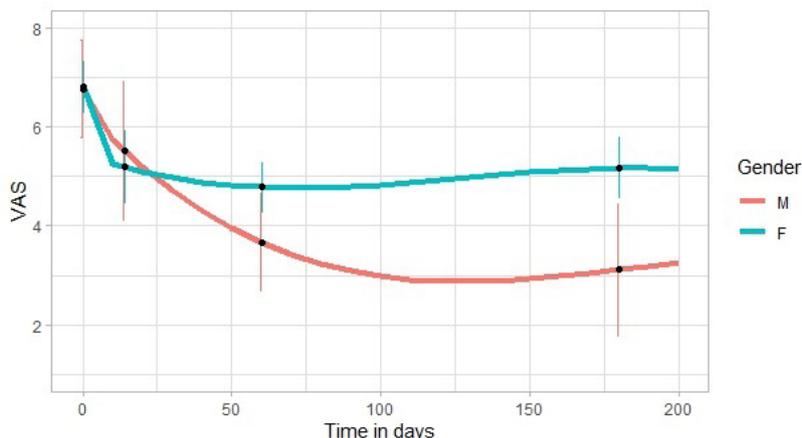
Pilar Peris Bernal, J. Blasco, A. Monegal, H. Florez, N. Guañabens y J.L Carrasco

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

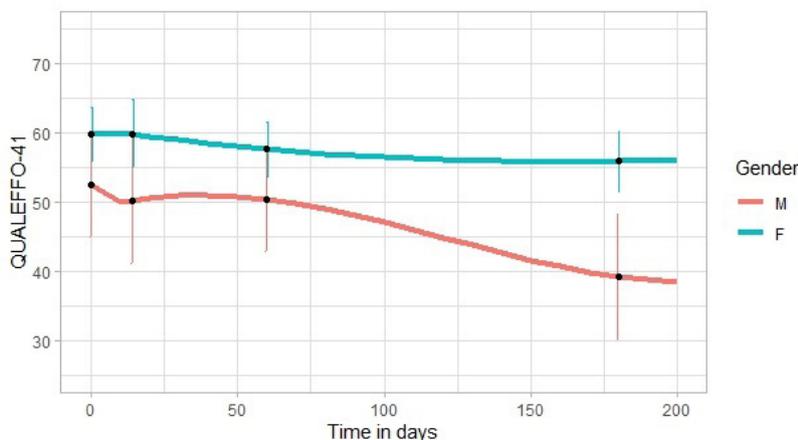
Introducción: Previamente, en un ensayo clínico aleatorizado que comparaba el efecto analgésico de la vertebroplastia (VP) vs. tratamiento conservador (TC) en pacientes con fractura vertebral (FV) sintomática, observamos el desarrollo de dolor vertebral crónico en el 23% de los pacientes, independientemente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

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

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



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



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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

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

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

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

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

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

Características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad y tratamiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Claudia Alejandra Pereda Testa¹ y María Betina Nishishinya²

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

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

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

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

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

Tabla RC31

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

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

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

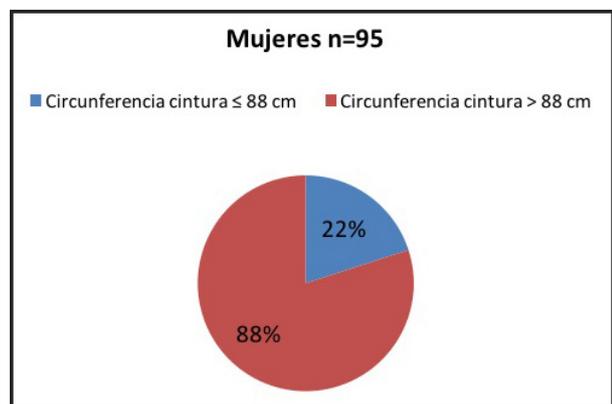
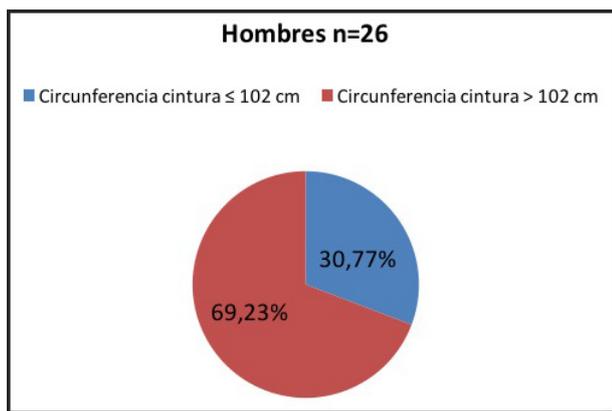
Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de un solo centro. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de reumatología con diagnóstico de AR que estuvieran en tratamiento con fármacos biológicos. Se recogieron

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

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

Análisis descriptivo

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



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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

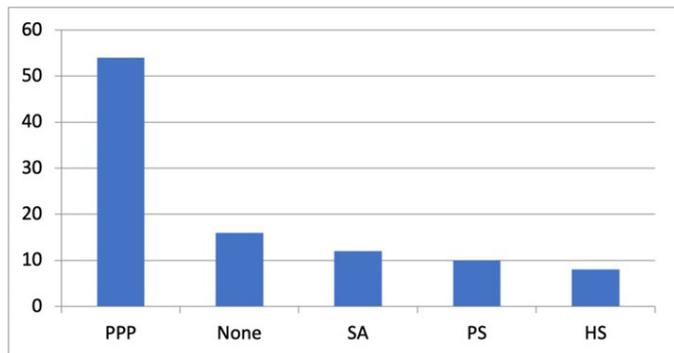
Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) es una enfermedad rara (< 1/10.000) que se caracteriza por presentar afectación cutánea (AC) y musculoesquelética (AM) (1). La AC más común es la pustulosis palmoplantar (PPP), seguida de acné severo (SA). Las AM son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

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

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

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

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



Manifiestaciones cutáneas en el síndrome SAPHO.

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

Distribución de los FAMEb.

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

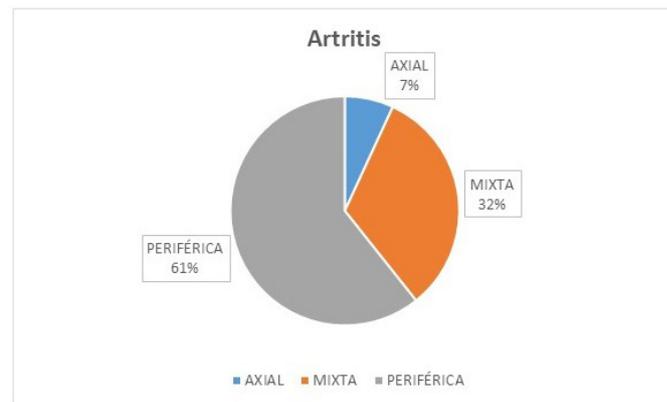


Figura 2: tipos de artritis en los pacientes que acuden a la consulta conjunta derma-reuma del HUSLL.

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA:

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

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

Tratamientos.

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

Variables sociodemográficas y comorbilidades.

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

Líneas de tratamiento previas.

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

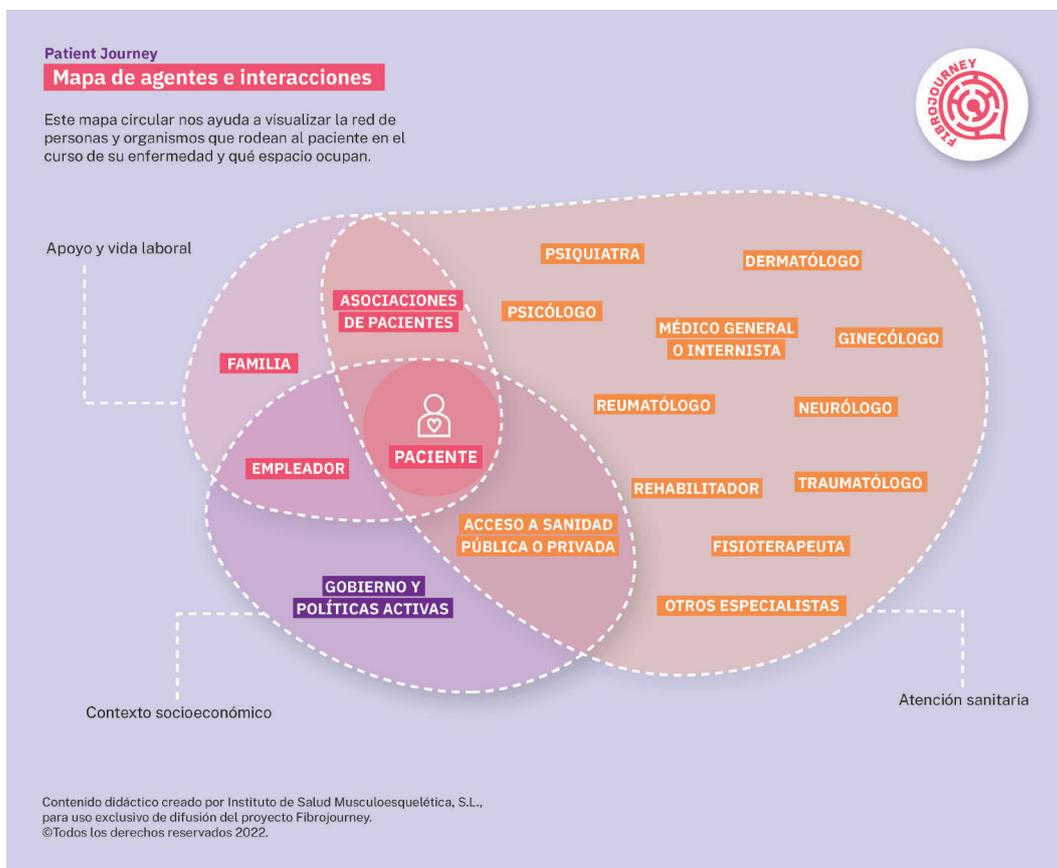
RC37. EL VIAJE DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA EN LATINO AMÉRICA (FIBROJOURNEY)

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

¹Instituto de Salud Musculoquelética (Inmusc). Madrid.

²Investigaciones Reumatológicas y Osteológicas SRL IRO; Servicio de Reumatología. Hospital Argerich. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina. ³Unidad de Reumatología. Hospital Universitario San Ignacio. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. ⁴Centro Médico de Toluca, Metepec, Estado de México. ⁵Pontia Design. Berlín. Alemania.

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



RC37 Figura. Mapa de interacciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

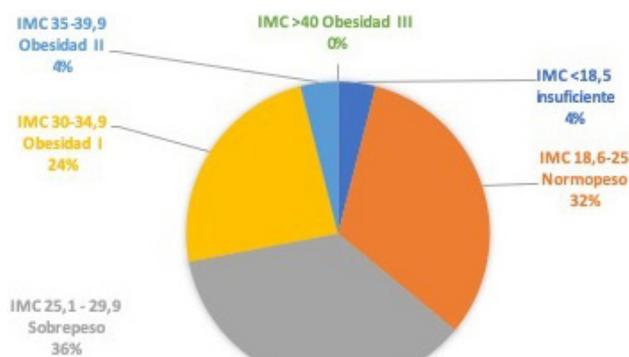


GRÁFICO 1: IMC EN HOMBRES

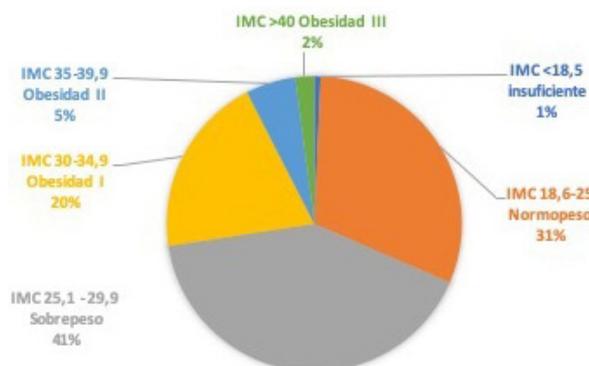


GRÁFICO 2: IMC EN MUJERES

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

BIBLIOGRAFÍA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

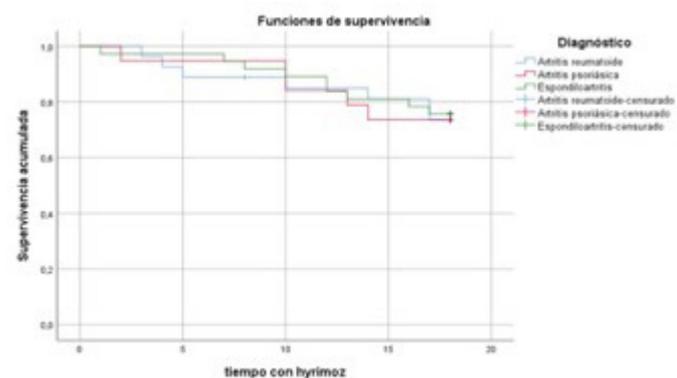
Fernando Montero de Espinosa Paniaga^{1,2,3}, Jerusalem Calvo Gutiérrez^{1,2,3}, M^a Carmen Ábalos Aguilera^{2,3}, Desiré Vílchez Ruiz^{2,3}, Rafaela Ortega Castro^{1,2,3}, Marta Rojas Giménez^{1,2,3}, Lourdes Ladehesa Pineda^{1,2,3}, Clementina López Medina^{1,2,3} y Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3}

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

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

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

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



Supervivencia del biosimilar según patología.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 3. Eventos adversos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 2. Fracturas, caídas, osteoporosis y tratamientos

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

RC43. PERSIGUIENDO LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

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

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla RC43

Tabla 1

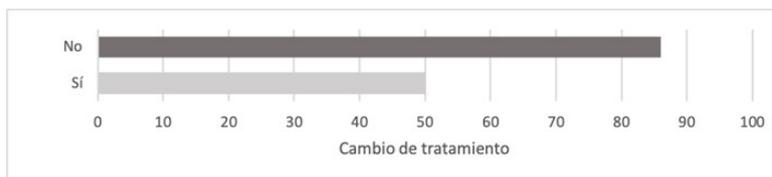
Paciente	Diagnóstico	PAPm	PEC	RVP	Definición HTP	Grupo
1	LES	33	12	7	Precapilar	5
2	ES limitada	32	20	4	Combinada	2
3	ES limitada	43	10	10	Precapilar	1
4	ES limitada	25	12	4	Precapilar	1
5	S Sjögren	52	11	16	Precapilar	1
6	ES limitada	36	17	4	Combinada	5
7	LES	36	18	5	Combinada	2

Tabla RC43

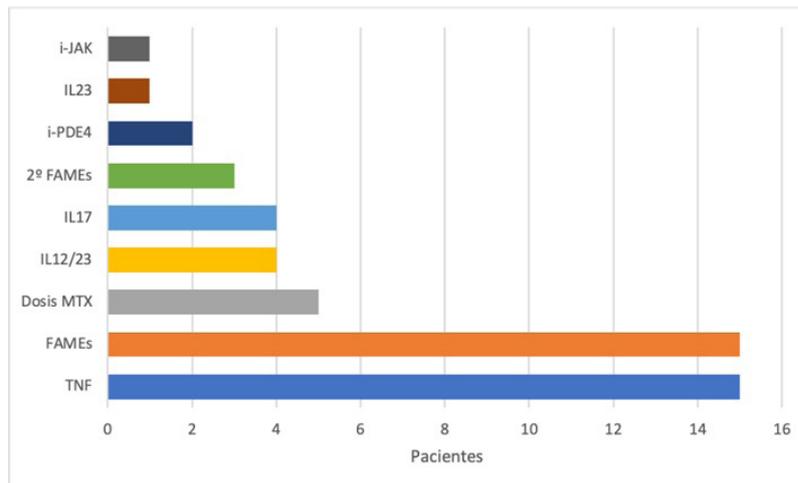
Tabla 2

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

*Imposibilidad para realizar pruebas funcionales respiratorias y T6MM.



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



RC44 Figura 2. Cambios de tratamiento realizados.

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

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

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

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

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

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

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

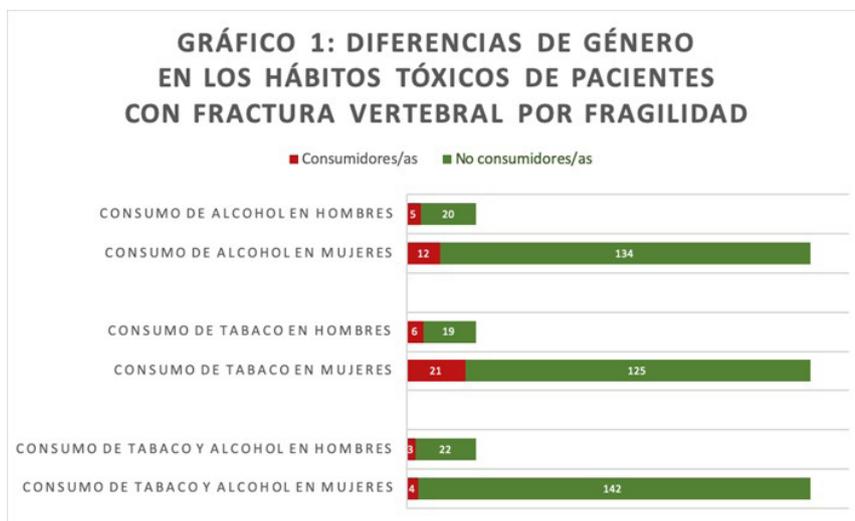
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.

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

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

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

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



RC45 Figura

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

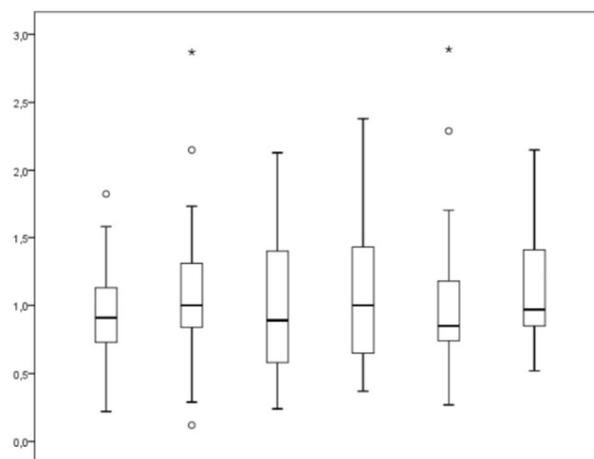
Complejo Hospitalario Universitario de Jaén.

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

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

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

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



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

Tabla 1. Características basales

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

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

Tabla 2. FIB-4 a lo largo del tiempo

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

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

Checklist

Aspectos a tratar por el médico en el tratamiento con Metotrexato



Al inicio del tratamiento

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

Durante el seguimiento

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



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

RC47 Figura 1. Guion consulta.

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

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

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

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

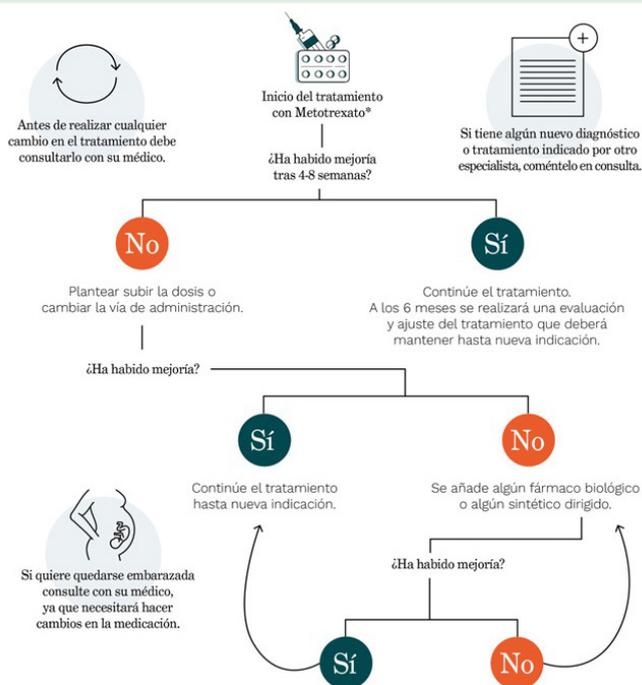
Introducción: El metotrexato (MTX) es el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) más utilizado en reumatología, por su efectividad para el control sintomático, el retraso en el daño articular, su bajo coste y su buen perfil de seguridad. Sin embargo, la adherencia y persistencia del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

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

Tratamiento con Metotrexato

¿Qué puedo esperar de mi tratamiento?

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



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

RC47 Figura 2. Itinerario.



RC47 Figura 3. Hoja información metotrexato.

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

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

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

RC48. EVENTOS ADVERSOS REUMATOLÓGICOS EN PACIENTES CON INMUNOTERAPIA

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

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

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

Tabla RC48

	Artralgia	Artritis	PMR	Dactilitis	Vasculitis
n	10	12	2	1	1
Fármaco ICI (n)	Pembrolizumab (6), nivolumab (3), atezolizumab (1), ipilimumab (1)	Pembrolizumab (6), nivolumab (3), atezolizumab (1), ipilimumab (1), CT (1)	Avelumab (1), pembrolizumab (1)	EC (1)	Nivolumab (1)
Monoterapia (n)	9	10 ± 1 (EC)	2	0 ± 1 (EC)	1
Combinado (n)	1	1 ± 1 (EC)	0	0 ± 1 (EC)	0
Neoplasia (n)	Pulmón (6), melanoma (3), colon (1)	Pulmón (4), melanoma (3), riñón (3), gástrico (1), esófago (1)	Vejiga (1), colon (1)	Esófago (1)	Pulmón (1)
Tiempo hasta irAE (media semanas ± DE)	30,0 ± 27,1	20,8 ± 16,1	9,5 ± 0,7	10 ± 0	24 ± 0
Enfermedad autoinmune previa (n)	0	Psoriasis (1) Artritis psoriásica (1)	0	0	0
Autoanticuerpos (n)	Antitiroglobulina (2) Antiperoxidasa tiroidea (1)	ANA (2), FR (1), ACPA (1), anti-Sc170 (1), anti-Ro52 (1)	0	ANA (1)	Anti-β2GPI (1)
PCR mg/dl (media ± DE)	0,5 ± 0,3	8 ± 6,9	5,7 ± 5,6	0,2 ± 0	0,4 ± 0
Tratamiento de IrAE (n)	AINE (7)	AINE (2), GC (12), infiltración GC(1)	GC (2)	AINE, Infiltración GC	Retirada ICI
Retirada ICI (n)	0	Temporal (2), Definitiva (2)	0	0	Temporal (1)
Otras irAEs (n)	Tiroides (5), rash (3), colitis (1), neumonitis (1)	Tiroides (5), colitis (2), esofagitis (1), hepatitis (1), psoriasis (1), vitiligo (1)	Tiroides (1)	Tiroides (1)	Colitis (1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

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

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

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

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

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

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

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

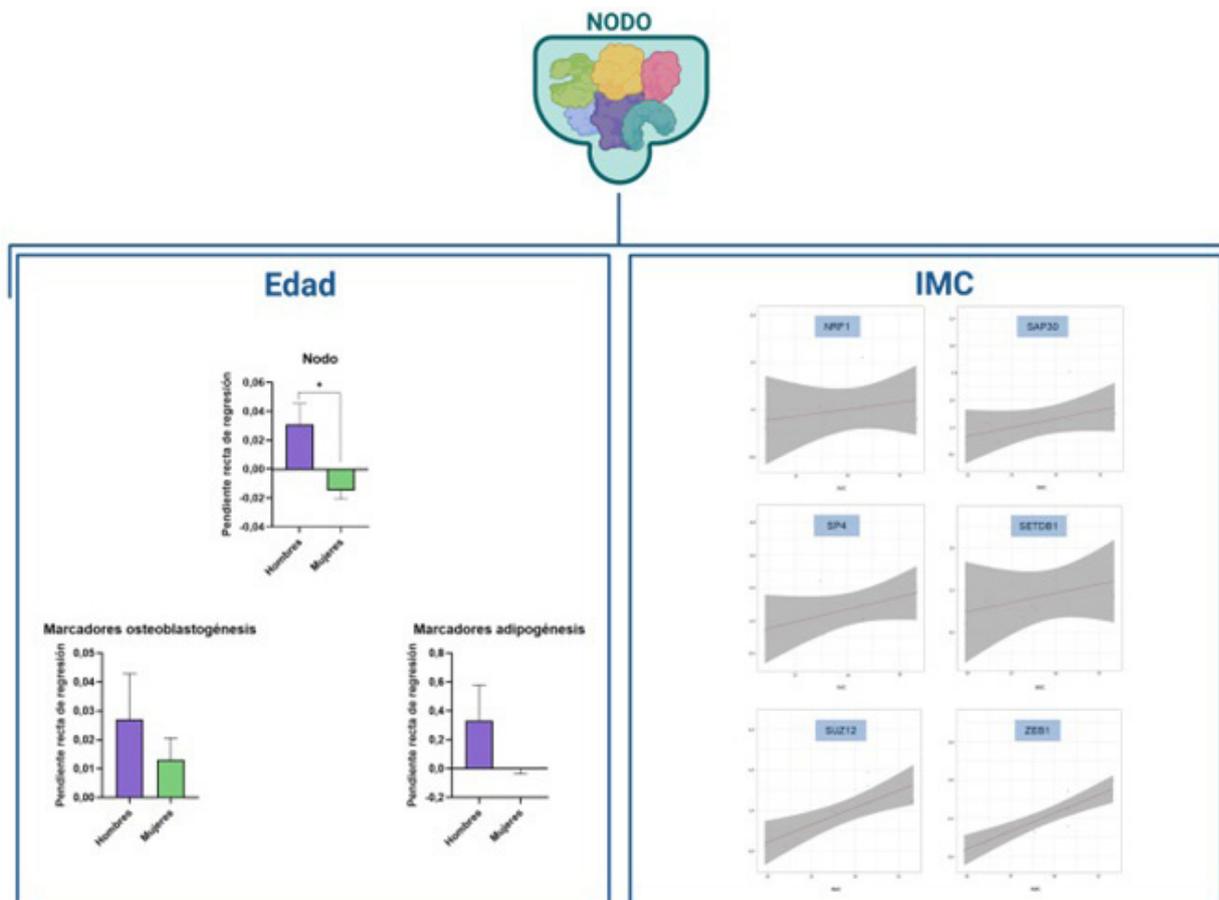
Conclusiones: Las plataformas de videoconferencia resuelven de forma sencilla los problemas de comunicación derivados de la dispersión de los profesionales sanitarios y facilitan la formación y docencia en una unidad docentes. Además, facilita las sesiones con expertos en un tema de otro servicio o centro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

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

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

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

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



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

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

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

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

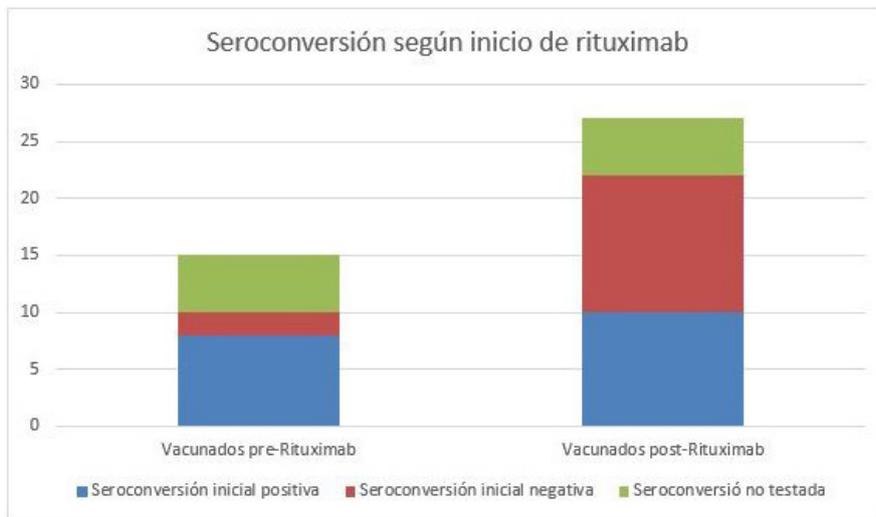
Introducción: El rituximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD-20, con efecto en linfocitos B e inmunidad humoral, es un fármaco con amplio uso en patologías autoinmunes y reumatológicas refractarias. Este tratamiento afecta la respuesta vacunal al alterar la síntesis de inmunoglobulinas y la memoria inmunológica,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

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

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

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

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



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

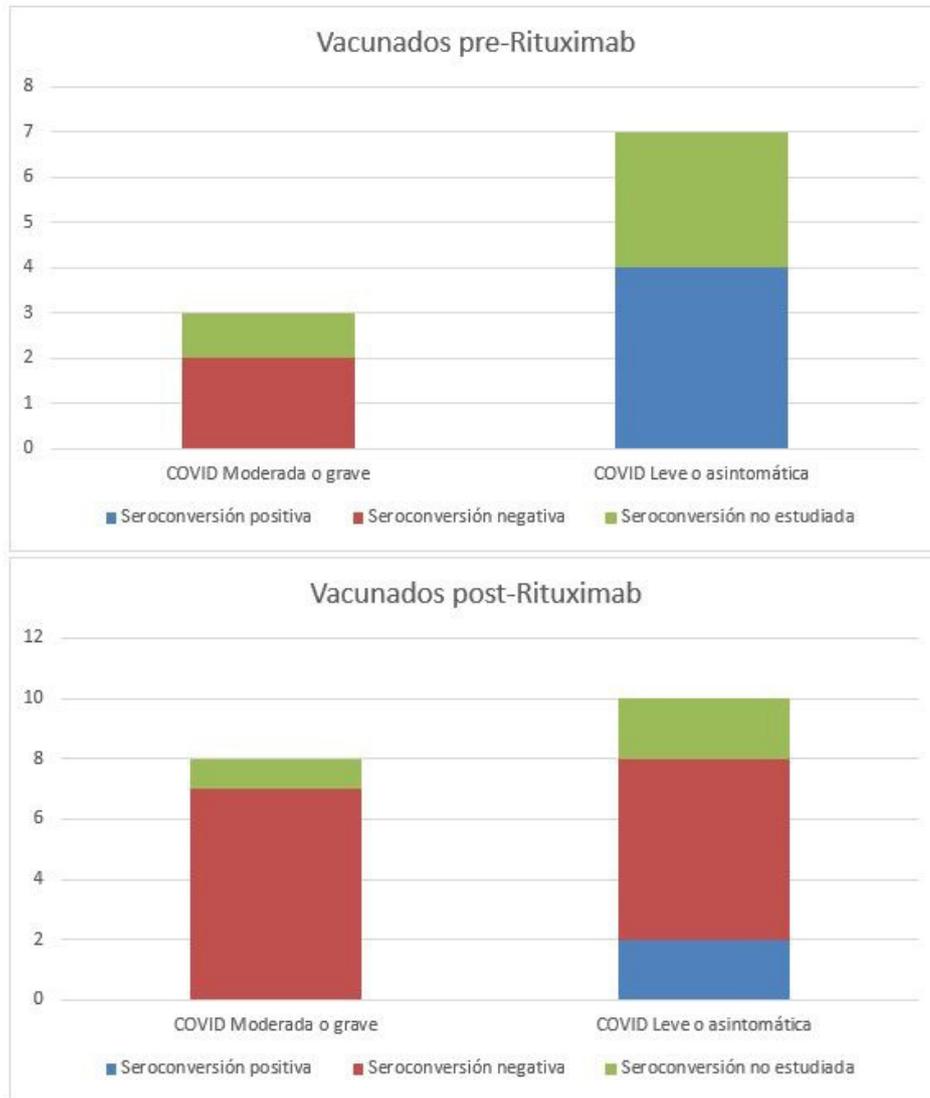


Figura 2. Gravedad de infección COVID y seroconversión según inicio de rituximab respecto a vacuna COVID.

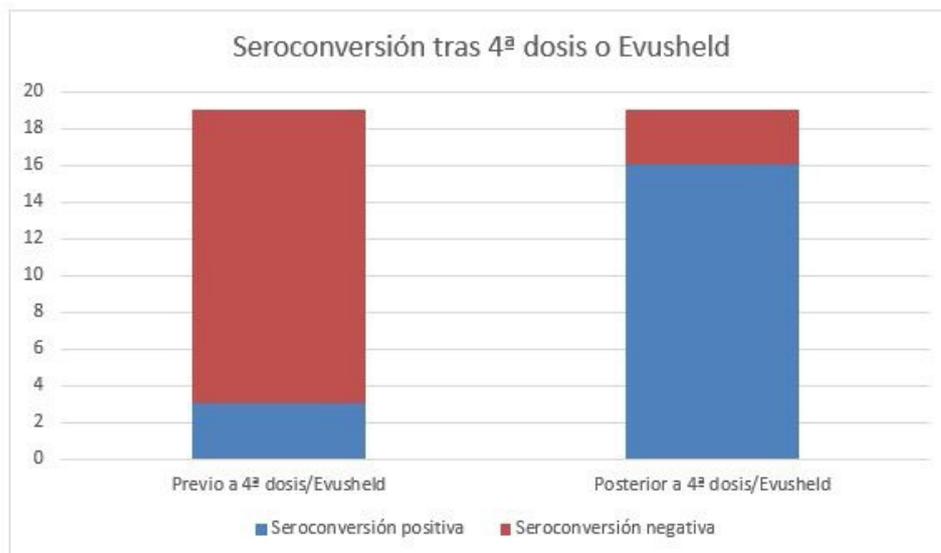


Figura 3. Seroconversión tras 4ª dosis de vacuna o tratamiento con Evusheld.

RC53. ACEPTACIÓN DE LA TERAPIA MULTICOMPONENTE EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Descripción de las variables analizadas pre y postterapia multicomponente

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 1: características basales separadas por grupos

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

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

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

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

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



RC55 Figura. Análisis de introducción de enfermería.

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

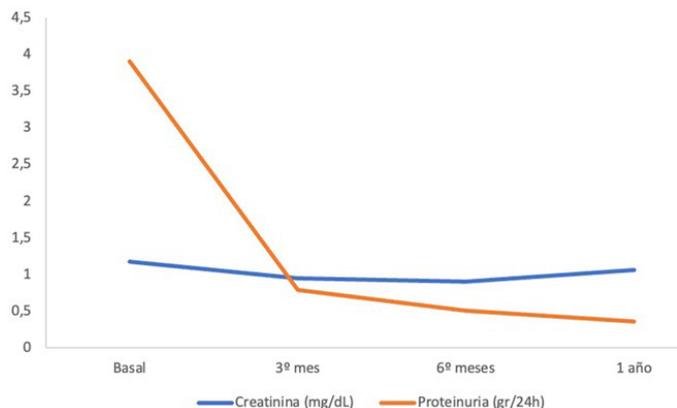
Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una manifestación común (20-60%) y grave del lupus eritematoso sistémico (LES), que determina, en muchos casos su pronóstico. La NL se clasificó de acuerdo con los criterios de la Sociedad Internacional de Nefrología y patología renal¹.

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

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

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

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



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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

¹Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

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

⁴Inmunología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

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

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

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

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

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

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

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

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

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

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

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

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

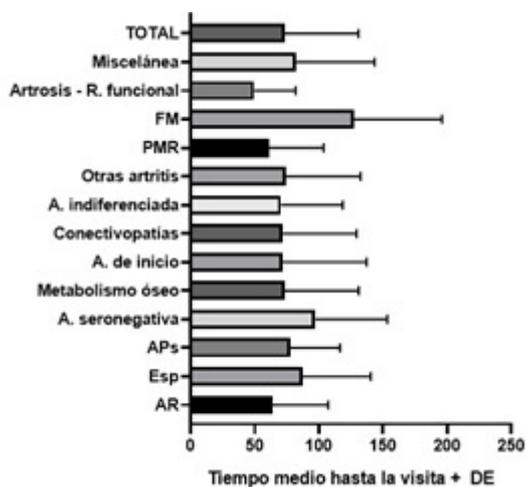
Resultados: Durante el período del estudio se realizaron un total de 33.969 visitas de especialista en AP (16.731 en el 2021 y 17.238 en el 2022). Se analizaron un total de 588 peticiones de derivación. Los pacientes tenían una edad media de 58,45 ± 16,96 años, 160 (27,2%) eran hombres y 428 (72,8%),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

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

Derivación CAP

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

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



Gráfica tiempo hasta la visita y patologías.

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

Ana Urruticoechea Arana

Hospital Can Misses. Ibiza.

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

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

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

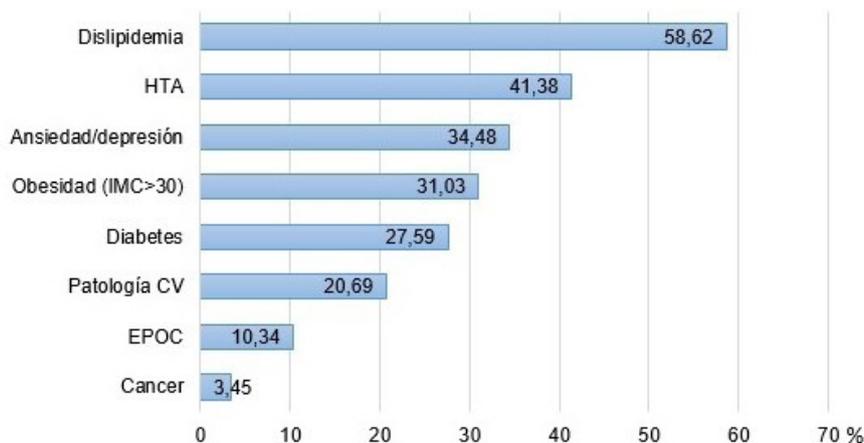
Resultados: Se analizaron un total de 29 pacientes con EspA, entre estos, 48,3% eran APs y el 51,7% EspAax. El 65,5% eran hombres con una media de 50,8 años y 17,6 años de evolución. La mayoría de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad (fig. 1), entre

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

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

Características basales y clínicas de los pacientes.

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



RC61 Figura 2. Comorbilidades principales

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

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

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

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

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

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

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

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

Parámetros analíticos de interés en las tres visitas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla RC63

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

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

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

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

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

Institut Valencià de Reumatologia. Hospital General de Castellón.

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

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

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

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

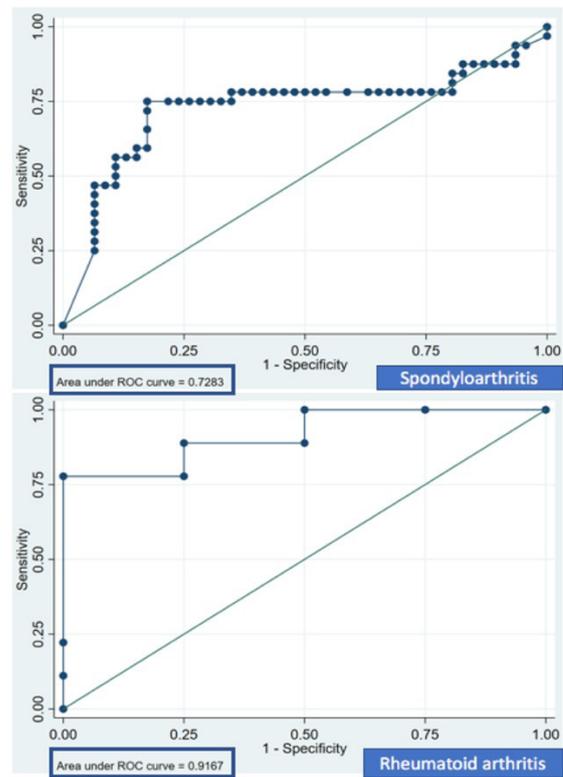
Resultados. 91 pacientes, 78 EspA y 13 AR, fueron incluidos. Las características demográficas y clínicas de los pacientes se muestran en la tabla. Todos los pacientes que tenían remisión o baja actividad de la enfermedad en el momento de la medición de NF permanecían sin actividad a los 12 meses de la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

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

Características clínicas y demográficas de los pacientes

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

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



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



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



PÓSTERES

XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Sevilla, 9-12 de mayo de 2023

Miércoles 10 de mayo de 2023

P001. ANÁLISIS DE CITOQUINAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

José Manuel Lisbona Montáñez¹, Arkaitz Mucientes^{1,2}, Begoña Oliver^{1,3,4}, Gisela Díaz-Cordoves Rego^{1,2}, Inmaculada Ureña Garnica^{1,2}, Rocío Redondo Rodríguez^{1,2}, Sara Manrique Arija^{1,2,3}, Antonio Fernández Nebro^{1,2,3} y Natalia Mena Vázquez^{1,2}

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma Bionand. Málaga. ²UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ³Departamento de Medicina y Dermatología. Universidad de Málaga. ⁴UGC de Neurociencia. Hospital Regional Universitario de Málaga.

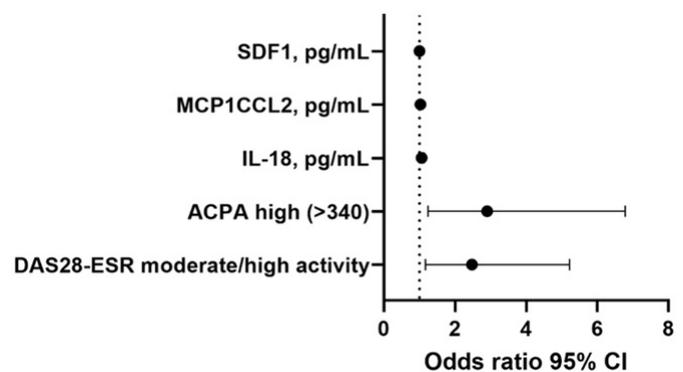
Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es la manifestación pulmonar no pleural más frecuente en la artritis reumatoide (AR) y causa una elevada morbimortalidad. En la actualidad, no se dispone de marcadores séricos con utilidad clínica para el diagnóstico y pronóstico de la EPI asociada a la AR (AR-EPI).

Objetivos: Identificar citoquinas solubles que funcionen como biomarcadores para diagnóstico y pronóstico en AR-EPI y explorar si existe asociación entre estos y la progresión pulmonar.

Métodos: Estudio observacional de casos y controles anidado en una cohorte prospectiva de casos de pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) con y sin EPI, pareados por sexo, edad y tiempo de evolución de la AR. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la investigación del Hospital Regional Universitario de Málaga (Código: 2627-N-21). A todos los sujetos se les realizó pruebas funcionales respiratorias (PFR) y tomografía axial computarizada de alta resolución (TCAR) en la fecha de inclusión y, en los casos de AR-EPI, también al diagnóstico de EPI. La variable principal EPI se definió de acuerdo a la biopsia pulmonar o a la TCAR según criterios American Thoracic Society/European Respiratory Criteria, y la progresión pulmonar fue definida como el empeoramiento de la CVF > 10% o la DLCO > 15%. Las variables de inflamación incluyeron datos de actividad inflamatoria medida mediante DAS28-VSG y un multiplex de citoquinas que incluía la función Th1/Th2, citoquinas inflamatorias y quimioquinas. También se estudiaron otras variables clínicas y terapéuticas: factores reumatoides (FR), anticuerpos antipeptido cíclicos citrulinados (ACPA), erosiones radiológicas y los valores de Health Assessment Questionnaire (HAQ). Se hizo un análisis des-

criptivo y dos modelos de regresión de Cox para identificar factores asociados a EPI y progresión de la EPI en AR, ajustando por tiempo hasta desarrollo de AR-EPI y hasta progresión de EPI, respectivamente.

Resultados: Se incluyó un total de 70 sujetos, 35 casos AR-EPI y 35 controles AR sin EPI (tabla). Un mayor porcentaje de pacientes con AR-EPI, en comparación con el resto, presentaron títulos elevados de FR ($p = 0,089$) y ACPA ($p = 0,031$), valores más elevados de DAS28-VSG ($p = 0,032$), número de articulaciones inflamadas ($p = 0,040$) y peor calidad de vida medida por HAQ ($p = 0,003$). Las variables que se asociaron de forma independiente con AR-EPI en la regresión de Cox ajustada por tiempo de evolución de la AR (fig.) fueron la DAS28 de moderada-alta actividad (OR [IC95%], 2,474 [1,173-5,220]; $p = 0,017$), niveles de ACPA elevados (OR [IC95%], 2,905 [1,244-6,786]; $p = 0,014$), IL-18 (OR [IC95%], 1,063 [1,002-1,127]; $p = 0,044$), MCP1CCL2 (OR [IC95%], 1,031 [1,001-1,064]; $p = 0,049$) y SDF1 (OR [IC95%], 1,001 [1,001-1,002]; $p = 0,010$). En el otro modelo de regresión de COX ajustado por el tiempo hasta progresión de EPI, la única variable que se asoció a la progresión fue IL18 (OR [IC95%], 1,254 [1,074-1,465]; $p = 0,004$).



Conclusiones: Los pacientes con AR-EPI muestran valores más altos de actividad inflamatoria que los pacientes con AR sin EPI. Algunas citoquinas se asocian tanto al diagnóstico como a un peor pronóstico en los pacientes con AR-EPI, por lo que podrían ser potenciales biomarcadores para esta entidad. Se necesitan estudios futuros para validar estos datos y confirmar los hallazgos.

Financiación: Ayuda de Garantía Juvenil 2020 de la UMA (SNGJ5Y6-12). Grupo PAIDI de estudio de Enfermedades Reumáticas Inflamatorias (CTS-1034).

Características basales de la población a estudio

Variable	AR con EPI (n = 35)	AR sin EPI (n = 35)	p
Características epidemiológicas			
Edad en años, media (DE)	69,7 (9,3)	66,6 (7,0)	0,130
Sexo, varón; n (%)	20 (57,1)	20 (57,1)	1,000
Características clinicoanalíticas			
Historia de tabaco			
Nunca fumó, n (%)	17 (48,6)	18 (51,4)	0,760
Exfumador, n (%)	10 (28,6)	8 (22,9)	
Fumador activo, n (%)	8 (22,9)	9 (25,7)	
Tiempo de evolución AR, meses, mediana (RIC)	149,8 (93,3-245,5)	133,7 (67,8-204,2)	0,384
Tiempo de evolución de la EPI, media (DE)	66,1 (47,2)	-	-
FR+ (> 10), n (%)	33 (94,3)	31 (88,6)	0,393
FR elevado (> 60)	24 (68,6)	17 (48,6)	0,089
ACPA+ (> 20), n (%)	32 (91,4)	31 (88,6)	0,690
ACPA elevado (> 340), n (%)	22 (63,0)	14 (40,0)	0,039
Erosión, n (%)	21 (60,0)	19 (55,6)	0,705
Manifestaciones clínicas			
DAS28-VSG, media (DE)	3,1 (0,9)	2,6 (0,9)	0,032
Remisión-BAE, n (%)	19 (54,3)	27 (77,1)	0,044
Moderada-alta actividad, n (%)	16 (45,7)	8 (22,9)	0,044
Número articulaciones dolorosas, mediana (RIC)	0,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,792
Número de articulaciones inflamadas, mediana (RIC)	0,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,040
HAQ, media (DE)	1,2 (0,6)	0,8 (0,6)	0,003
Tratamiento actual			
FAME, n (%)	28 (80,0)	33 (94,3)	0,074
Metotrexato, n (%)	19 (54,3)	27 (77,1)	0,040
Leflunomida, n (%)	3 (8,6)	6 (17,1)	0,284
Sulfasalazina, n (%)	2 (5,7)	2 (5,7)	1,000
Hidroxicloroquina, n (%)	6 (17,1)	0 (0,0)	0,010
Micofenolato, n (%)	4 (11,4)	0 (0,0)	0,032
FAMEb, n (%)	22 (62,9)	18 (51,4)	0,334
Anti-TNF, n (%)	4 (11,4)	11 (31,4)	0,041
Tocilizumab, n (%)	3 (8,6)	2 (5,7)	0,643
Abatacept, n (%)	13 (37,1)	3 (8,6)	0,004
Rituximab, n (%)	2 (5,7)	0 (0,0)	0,151
JAKinib, n (%)	0 (0,0)	2 (5,7)	0,151
Glucocorticoides, n (%)	22 (62,9)	6 (17,1)	0,001
Dosis glucocorticoides, media (DE)	7,9 (4,0)	5,0 (0,0)	0,135
Función respiratoria			
CVF media (DE)	63,0 (17,1)	83,4 (4,4)	< 0,001
FEV1 media (DE)	68,7 (15,9)	84,0 (11,5)	< 0,001
DLCO, media (DE)	61,0 (15,2)	85,9 (7,9)	< 0,001
TACAR			
Tipo radiológico			
NIU, n (%)	29 (82,9)	0 (0,0)	< 0,001
NINE, n (%)	6 (17,1)	0 (0,0)	< 0,001

PO02. RESULTADOS DE LA TRANSICIÓN DE ADALIMUMAB DE REFERENCIA AL BIOSIMILAR SB5 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: SUBANÁLISIS DE LOS PACIENTES ESPAÑOLES DEL ESTUDIO PROPER TRAS 48 SEMANAS DE SEGUIMIENTO

Esteban Rubio Romero¹, Fernando Pérez Ruiz², Rafael Cáliz Cáliz³, Jose Francisco García Llorente⁴, Irati Urionaguena-Onaindia⁴, José Luis Álvarez Vega⁵, Carmen Carrasco⁵, Joaquín María Belzunegui Otano⁶, Jesus Alejandro Valero Jaimes⁶, Sara María Rojas⁷ y Eugenio Chamizo Carmona⁷

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Osakidetza. OSI EE-Cruces. Hospital Universitario Cruces. Servicio Asistencial de Reumatología. Barakaldo. ³Sección de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ⁴Unidad de Reumatología. Hospital de Galdakao-Usansolo. Bizkaia. ⁵Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ⁶Unidad de Reumatología. Hospital de Donostia. Guipúzcoa. ⁷Unidad de Reumatología. Hospital General de Mérida.

Introducción: SB5 es un biosimilar del adalimumab de referencia (ADL), que en 2017 recibió autorización de comercialización en la UE,

basada en estudios preclínicos y clínicos de fase I y III que demostraron bioequivalencia y datos comparables de eficacia, seguridad e inmunogenicidad a ADL. 'PROPER' es un estudio paneuropeo diseñado para proporcionar información sobre los resultados de la transición de ADL a SB5 en la práctica clínica. El objetivo de este subanálisis es describir las características y resultados clínicos de los pacientes españoles con artritis reumatoide (AR) incluidos en el estudio.

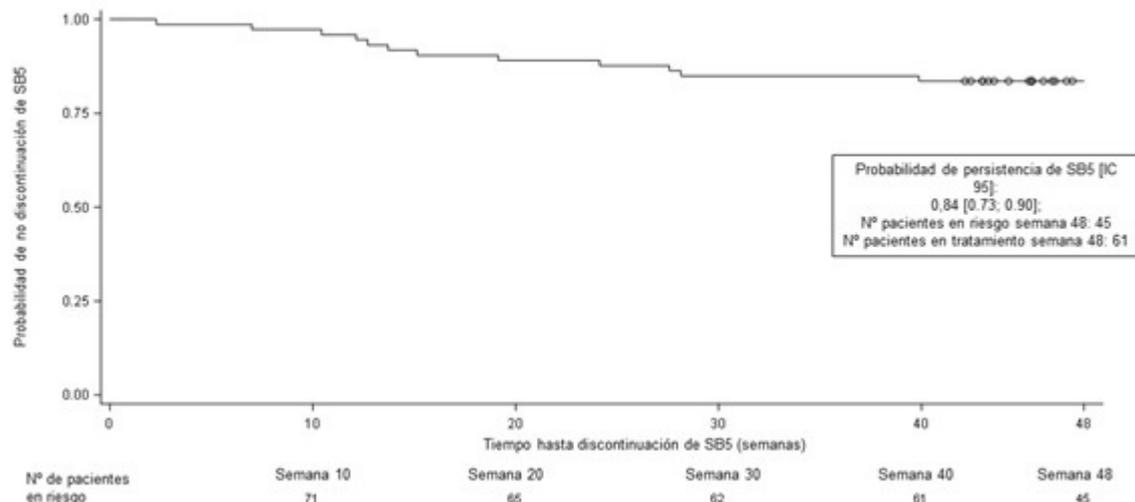
Métodos: Se analizan los datos de pacientes con AR incluidos en 7 centros españoles. Los pacientes recibieron SB5 después de un mínimo de 16 semanas de tratamiento con ADL. Los datos fueron recogidos de forma retrospectiva durante las 24 semanas previas, y de forma prospectiva y/o retrospectiva hasta 48 semanas después de la transición de ADL a SB5. El estudio fue aprobado por el CEI del Hospital de La Princesa de Madrid el 23 de septiembre de 2019.

Características demográficas y clínicas de los pacientes

N = 73		
Duración de la enfermedad (años), media (DE); IQR (N = 59)	15,0 (7,9)	12,9; 17,1
	n	%
Mujeres	54	74
Hombres	19	26
Índice de masa corporal (IMC)		
< 18,5 (bajo peso)	1	1,4
18,5-29,9 (normopeso)	59	80,8
≥ 30 (obesidad)	13	17,8
Dosis de ADL y SB5 40 mg en semanas alternas (pre y postransición)	41	56,20%
Dosis de ADL y SB5 40 mg con otras pautas de administración (pre y postransición)	32	43,80%
DAS-28-VSG, media (DE); IQR		
Basal	2,6 (1,1)	2,1; 3,2
Semana 12	2,7 (0,7)	2,1; 3,1
Semana 24	2,6 (1,1)	1,8; 3,3
Semana 48	2,5 (0,8)	1,9; 3,1
DAS-28-PCR, media (DE); IQR		
Basal	2,3 (0,9)	1,8; 2,9
Semana 12	2,5 (0,7)	2,0; 2,8
Semana 24	2,4 (0,8)	1,8; 3,0
Semana 48	2,3 (0,6)	1,7; 2,7
El paciente sí recibió información sobre la autoadministración de SB5, n (%)	66	90,4
El paciente sí sabía que SB5 debía sacarse del frigorífico 30 minutos antes de la inyección, n (%)	63	86,3
El paciente sí sabía que SB5 se puede guardar sin refrigerar si se mantiene a menos de 25 °C durante 28 días, n (%)	51	69,9
Satisfacción del paciente con la facilidad en la administración de la inyección (respuesta sencillo o muy sencillo), n (%)		
Basal	6	66,7
Semana 12	20	62,5
Semana 48	29	69

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes, con una edad media de 59 (± 9,8) años. El 21,9% había recibido terapia con otro biológico previo a la administración del ADL. Durante el seguimiento, el 68,5% de los pacientes (n = 50) recibieron fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos clásicos (FAMEsc) como terapia concomitante; siendo metotrexato el más administrado, en el 56,2% de los pacientes (n = 32). Las principales características demográficas y clínicas de los pacientes se resumen en la tabla. En la semana 48, la probabilidad de persistencia de SB5 fue del 0,84 [IC95%: 0,73;0,90] (fig.; curva de Kaplan-Meier del tiempo hasta la discontinuación de SB5). En la transición de ADL a SB5, el 56,2% de los pacientes (n = 41) mantuvieron una dosis de SB5 de 40 mg en semanas alternas. El 98,6% de los pacientes (n = 72) no sufrió ningún cambio en la dosis o frecuencia de la administración de SB5 durante el seguimiento. Conforme a la puntuación del índice de actividad de la enfermedad DAS28-PCR, el 63,4% (26/41) estaban en remisión y el 12,2% (5/41) presentaban baja actividad en el momento basal; en la semana 48, el 58,5% (24/41) estaban en remisión y el 19,5% (8/41) presentaban baja actividad. Doce pacientes (16,4%) presentaron una exacerbación de la enfermedad durante el tratamiento con SB5. Un total de

Figura 1. Curva Kaplan-Meier del tiempo hasta la discontinuación de SB5 (semanas).



P002 Figura. Curva Kaplan-Meier del tiempo hasta la discontinuación de SB5 (semanas).

21 pacientes reportaron alguna reacción adversa relacionada con SB5, consideradas leves en el 80,9% de los pacientes. Las reacciones más frecuentemente reportadas fueron las relacionadas con la zona de inyección, en un total de 17 pacientes. No se reportaron reacciones adversas graves relacionadas con SB5. Al inicio de la administración de SB5, el 66,7% de los pacientes (6/9) consideraron que la administración de la inyección era fácil o muy fácil; este porcentaje fue del 69% (29/42) tras 48 semanas de seguimiento.

Conclusiones: Este subanálisis de una cohorte de pacientes con AR muestra que la probabilidad de persistencia con SB5 fue elevada y la efectividad del tratamiento se mantuvo a las 48 semanas después de cambiar de ADL a SB5 en la mayoría de los pacientes. En general, la mayor parte de los pacientes mostraron baja actividad o remisión durante el periodo del estudio y habían sido informados previamente a realizar el cambio. No fue necesario en general modificar la dosis o la frecuencia de la administración de SB5. No se observaron nuevos signos de seguridad.

P003. RELACIÓN ENTRE LA INTERLEUQUINA 6 CIRCULANTE CON LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Cristina del Pino Almeida Santiago¹, Juan Carlos Quevedo-Abeledo¹, Vanesa Hernández-Hernández², Antonia de Vera-González², Alejandra Gonzalez-Delgado³, Miguel Ángel González-Gay^{4,5,6} e Iván Ferraz-Amaro^{2,7}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Servicio de Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁴División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Epidemiology, Genetics and Atherosclerosis Research Group on Systemic Inflammatory Diseases. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁶Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Faculty of Health Sciences. University of the Witwatersrand. Johannesburg. South Africa. ⁷Departamento de Medicina Interna. Universidad de La Laguna. Tenerife.

Introducción: La interleuquina 6 (IL-6) está implicada en la fisiopatología de la artritis reumatoide (AR) y en el desarrollo de la aterosclerosis en la población general.

Objetivos: Estudiar cómo la IL-6 circulante se asocia con la aterosclerosis subclínica y con los factores de riesgo cardiovascular (CV) clásicos en pacientes con AR.

Métodos: Estudio transversal en 407 pacientes con AR. Se evaluaron los niveles de IL-6 en suero. Se realizó un análisis multivariable para analizar la relación de la IL-6 con la aterosclerosis carotídea subclínica y con los factores de riesgo CV clásicos, incluyendo un perfil completo de moléculas lipídicas e índices de resistencia a la insulina y función de la célula pancreática beta.

Resultados. Los reactantes de fase aguda, la actividad de la enfermedad y otras características de AR se correlacionaron con la IL-6 circulante (tabla 2). Sin embargo, los factores de riesgo CV clásicos, el perfil lipídico y los índices de resistencia a la insulina, así como la aterosclerosis carotídea subclínica, no se asociaron con los niveles séricos de IL-6 (tabla 3).

Table 2. Demographics, cardiovascular risk factors, and disease relation to IL-6

	log IL-6, pg/ml		
	Univariable	Multi	
		beta coefficient (95% CI), p	
Age, years	0.006 (-0.003-0.2)	0.18	
Female, n (%)	-0.1 (-0.3-0.1)	0.39	
BMI, kg/m2	0.004 (-0.01-0.02)	0.61	
Abdominal circumference, cm	0.004 (-0.003-0.01)	0.31	
Cardiovascular data			
CV risk factors, n (%)			
Current smoker	0.2 (-0.02-0.4)	0.080	
Obesity	0.09 (-0.09-0.3)	0.31	
Hypertension	0.1 (-0.04-0.3)	0.13	
Diabetes Mellitus	-0.1 (-0.4-0.2)	0.45	
Statins, n (%)	-0.07 (-0.3-0.1)	0.46	
Disease related data			
Disease duration, years	0.005 (-0.004-0.01)	0.29	
log CRP at time of study, mg/l	0.2 (0.08-0.2)	<0.001	0.2 (0.09-0.2)
ESR at time of study, mm/ 1º hour	0.008 (0.004-0.01)	<0.001	0.008 (0.004-0.01)
Rheumatoid factor, n (%)	-0.09 (-0.3-0.1)	0.41	
ACPA, n (%)	0.01 (-0.2-0.2)	0.90	
DAS28-ESR	0.05 (-0.01-0.1)	0.13	0.06 (-0.006-0.1)
Remission			
Low activity	-0.05 (-0.3-0.2)	0.66	-0.04 (-0.3-0.2)
Moderate and high activity	0.2 (0.009-0.4)	0.041	0.2 (0.02-0.4)
DAS28-PCR	0.09 (0.01-0.2)	0.023	0.1 (0.02-0.2)
Remission			
Low activity	0.2 (-0.07-0.4)	0.17	0.1 (-0.1-0.4)
Moderate and high activity	0.3 (0.07-0.5)	0.008	0.3 (0.09-0.5)
SDAI	0.003 (-0.002-0.008)	0.19	0.004 (-0.001-0.0)
CDAI	0.007 (-0.004-0.02)	0.20	0.01 (-0.001-0.0)
History of extraarticular manifestations, n (%)			
Erosions, n (%)	0.4 (0.1-0.7)	0.007	0.4 (0.09-0.6)
Current drugs, n (%)			
Prednisone	0.08 (-0.1-0.3)	0.37	
Prednisone doses, mg/day	0.01 (-0.03-0.05)	0.53	
NSAIDs	0.03 (-0.1-0.2)	0.71	
DMARDs	-0.001 (-0.3-0.3)	0.99	
Methotrexate	0.04 (-0.2-0.2)	0.69	

Table 3. IL-6 relation to lipid profile and insulin resistance indices, and SCORE and s carotid atherosclerosis

		log IL-6, pg/ml	
		Beta coef. (95% CI) / Odds r	Mt
Lipid pattern			
Total cholesterol, mg/dl	205 ± 38	-4 (-10-2), 0.23	
Triglycerides, mg/dl	147 ± 86	-4 (-16-9), 0.56	
HDL-cholesterol, mg/dl	57 ± 15	-2 (-4-0.5), 0.12	
LDL-cholesterol, mg/dl	120 ± 34	-1 (-6-4), 0.70	
LDL:HDL cholesterol ratio	2.27 ± 0.93	0.06 (-0.08-0.2), 0.37	
Non-HDL cholesterol, mg/dl	149 ± 39	-2 (-8-4), 0.54	
Lipoprotein (a), mg/dl	34 (11-107)	-2 (-15-10), 0.73	
Apolipoprotein A1, mg/dl	173 ± 31	-4 (-9-0.6), 0.081	
Apolipoprotein B, mg/dl	105 ± 26	0.2 (-4-4), 0.93	
Apo B:Apo A ratio	0.63 ± 0.19	0.02 (-0.01-0.05), 0.25	
Apolipoprotein C-III, mg/dl	4.8 (2.2-8.7)	-0.09 (-1-0.8), 0.84	
Glucose homeostasis molecules and IR indices*			
Glucose, mg/dl	87 ± 10	-0.03 (-2-2), 0.97	
Insulin, µU/ml	7.7 (5.1-12.0)	-0.7 (-2-0.6), 0.29	
C-peptide, ng/ml	2.3 (1.5-3.4)	-0.2 (-0.6-0.1), 0.21	
HOMA2-IR	1.00 (0.66-1.54)	-0.09 (-0.3-0.08), 0.28	
HOMA2-S%	101 (65-151)	7 (-7-21), 0.33	
HOMA2-B%-C-peptide	165 ± 75	-9 (-21-3), 0.16	
SCORE			
SCORE	1 (0-3)	0.4 (-0.3-1.0), 0.25	
Low risk	181 (48)	-	
Moderate risk	159 (42)	1.32 (0.93-1.86), 0.12†	
High risk	25 (7)	1.50 (0.81-2.78), 0.19†	
Very-high risk	12 (3)	1.36 (0.44-4.21), 0.59†	
Carotid ultrasound			
cIMT, microns	700 ± 132	-11 (-31-9), 0.28	
Carotid plaque, n (%)	176 (43)	1.30 (0.94-1.79), 0.11†	1

In this analysis IL-6 is the independent variable.

*IL-6 relation to glucose homeostasis molecules and insulin resistance indices is only performed in non-diabetic patients and if glucose <110 mg/dl (n=316).

† Odds ratio (OR) is shown since carotid plaque dependent variable is binary and SCORE is multinomial.

cIMT: carotid intima media thickness, OR: odds ratio; SCORE: Systematic Coronary Risk

HOMA: homeostatic model assessment. IR: insulin resistance.

LDL: low-density lipoprotein; HDL: high-density lipoprotein.

Conclusiones: Los factores de riesgo CV clásicos, el patrón lipídico completo, la resistencia a la insulina y la aterosclerosis subclínica carotídea no están relacionados con la IL-6 circulante en pacientes con AR.

P004. LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTÁ MÁS FUERTEMENTE ASOCIADA CON IL-1RA QUE CON IL-6

Cristina del Pino Almeida Santiago¹, Juan Carlos Quevedo-Abeledo¹, Vanesa Hernández-Hernández², Antonia de Vera-González³, Alejandra Gonzalez-Delgado³, Miguel Ángel González-Gay^{4,5,6} e Iván Ferraz-Amaro^{2,7}

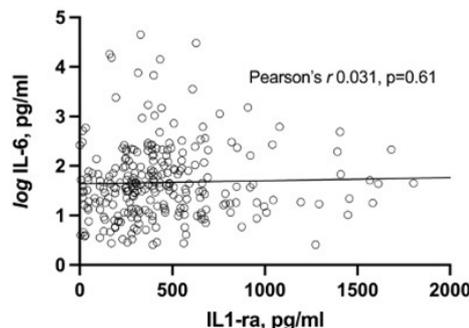
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Servicio de Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁴Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Faculty of Health Sciences. University of the Witwatersrand. Johannesburg. South Africa. ⁵Division of Rheumatology. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Epidemiology. Genetics and Atherosclerosis Research Group on Systemic Inflammatory Diseases. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁷Departamento de Medicina Interna. Universidad de La Laguna. Tenerife.

Introducción: La concentración del antagonista del receptor de Interleuquina 1 (IL-1ra) refleja y es proporcional a la producción de IL-1. Tanto la IL-1 como la IL-6 están implicadas en la patogenia de la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, la relación de los niveles séricos de estas dos citoquinas entre sí en pacientes con AR no se

comprende bien. En este estudio, nuestro objetivo fue analizar la posible correlación entre IL-1ra e IL-6 en pacientes con AR, y cómo ambas se relacionan con la actividad inflamatoria de la enfermedad.

Métodos: Los niveles de IL-6 e IL-1ra se midieron en 407 pacientes con AR. Se realizaron regresiones lineales y correlaciones parciales para analizar la relación entre ambas citoquinas y su asociación con las características de la AR.

Resultados. No se encontró correlación entre los niveles séricos de IL-6 e IL-1ra (r de Pearson 0,031, p = 0,61) (fig.). Sin embargo, la actividad de la enfermedad y los reactantes de fase aguda se asociaron de forma positiva y significativamente con ambas citoquinas. Sin embargo, después de controlar las covariables, los índices de actividad de la enfermedad se asociaron más fuertemente con IL-1ra en comparación con IL-6.



Conclusiones: La IL-6 y la IL-1ra circulantes no se correlacionan entre sí en pacientes con AR. Aunque ambos están asociados con la actividad de la enfermedad y los reactantes de fase aguda, la relación de la actividad de la enfermedad con la IL-1ra es mayor que con la IL-6.

P005. ENCUESTA PROFESIONAL A NIVEL NACIONAL SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

O. Rusinovich Lovgach¹, E. Calvo Aranda⁵, M. C. Uyaguari Morocho³, P. Navarro Alonso¹, M. Cantalejo Moreira¹, A. Díaz Oca¹, P. Navarro Palomo², M. Machattou², M. Alonso de Francisco², C. Navarro Joven², N. de la Torre Rubio², M. Pavía Pascual², M. Fernández Castro², H. Godoy Tundidor², C. Merino Argumáñez², B. García Magallon², J. Sanz Sanz², C. Barbadillo Mateos², C.M. Isasi, Zaragoza², J. Campos Esteban², J.L. Andreu Sánchez², L.F. Villa Alcázar², A. Pareja Martínez⁴ y S. Gonzalo Pascua¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ³Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Hospital Universitario de Sureste. Arganda del Rey. ⁵Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: La incorporación de los fármacos modificadores de enfermedad (FAME) sintéticos convencionales (sc), biológicos (b) y sintéticos dirigidos (sd) ha enriquecido el arsenal terapéutico, pero complicado, a la vez, el proceso de toma de decisiones ya que obliga a considerar no solo el perfil de cada paciente y las características de cada fármaco, sino también el elevado coste de muchos de ellos y las limitaciones administrativas.

Objetivos: Analizar la actitud de los reumatólogos españoles en diferentes supuestos clínicos con el fin de conocer el proceso de toma de decisiones en el tratamiento de AR.

Métodos: Se remitió un formulario Google en línea de 15 preguntas por e-mail y redes sociales a varios grupos de reumatólogos en el territorio nacional entre el 19 y el 26 de octubre de 2022. Se realizó

análisis estadístico descriptivo y prueba Chi2 de Pearson para comparar las respuestas a los ítems por los distintos de grupos, nivel de significación 0,05 (p > 0,05 NS).

Resultados: Se recogieron 108 encuestas. Los años de ejercicio de los encuestados se reflejan en la tabla. En pacientes con AR de reciente comienzo que presentan factores de mal pronóstico, además de corticoides la mitad de los encuestados (50%) optan por comenzar tratamiento con FAMEsc + rápida escalada a FAMEb/sd si la respuesta es insuficiente. El factor de mayor peso a la hora de elegir el fármaco es el perfil del paciente (47,2%), seguidos por el protocolo del servicio y/o las guías de práctica clínica (34,3%). Los factores más relevantes a la hora de elegir cada FAME son: anti-TNF, por su coste-efectividad (47,2%); anti-IL6, por su eficacia (72,2%); abatacept, por su eficacia y seguridad en pacientes EPID-AR (53,7%); rituximab, por su seguridad en pacientes refractarios a otros tratamientos (76,9%); e inhibidor de JAK, por la posibilidad de uso en monoterapia (40,7%). Los factores más importantes que hacen cambiar de tratamiento son la medición de actividad (57,4%) y la percepción personal basada en la anamnesis y la exploración física (31,5%). Si hay buena respuesta terapéutica, la mayoría optimiza en primer lugar el intervalo de administración de FAMEb/sd (50%). En caso de emplear terapia combinada, el 59,3% de los encuestados intenta mantener FAMEsc además del FAMEb/sd. En cuanto al uso de corticoides, la gran mayoría de los compañeros (79,6%) prefiere intentar suspenderlos cuanto antes. En caso de embarazo, más de la mitad de los encuestados (59,3%) sustituye el fármaco por uno más seguro. El diagnóstico incidente de cáncer es motivo de suspensión de todos los FAMEb/sd para el 47,2% de los encuestados, mientras que el 29,6% suspende, además, FAME sc y utiliza corticoides para el control de la enfermedad; en este supuesto, los encuestados con < 30 años de ejercicio suspenden todos los FAME en mayor proporción que los de > 30 años de ejercicio (p < 0,05). La mayoría (80,6%) considera que los fármacos biosimilares son igual de eficaces y seguros que los originales.

Años de ejercicio de la reumatología

Residente	9,3%
0-10 años	43,4%
11-20 años	17,6%
21-30 años	9,3%
> 30 años	20,4%

Conclusiones: En la encuesta se ha observado una llamativa heterogeneidad en la forma de actuar en supuestos clínicos complejos, lo que confirma que la toma de decisiones terapéuticas depende de muchos factores pero también que hay aún margen para homogeneizar pautas de actuación en nuestra especialidad. No obstante, parece haber consenso en la necesidad de limitar el uso de corticoides, en el empleo de índices de actividad para evaluar la respuesta terapéutica y en la amplia aceptación de los fármacos biosimilares

P006. COMPARISON OF TWO METHOTREXATE INITIATION STRATEGIES IN RHEUMATOID ARTHRITIS IN CURRENT PRACTICE

Paola Vidal Montal, Alice Combiér, Alexia Steelandt, Marion Thomas, Corinne Miceli-Richard, Anna Molto, Javier Narváez, JM Nolla, Yannick Allanore and Jérôme Avouac

Hospital Universitario de Bellvitge. Hôpital Cochin APHP. Centre - Université Paris Cité. Paris, France.

Objectives: To compare the efficacy and tolerance at 3 and 6 months of two methotrexate (MTX) initiation strategies in rheumatoid arthritis (RA).

Methods: Retrospective, monocentric, cross-sectional study including patients with RA who initiated MTX as first-line therapy during the last 2 years according to one of the following 2 strategies: a "classic" strategy defined by an initiation of oral MTX a dose of 10-15 mg/week or an "aggressive" strategy, defined by an initiation of subcutaneous (SC) MTX at a dose of 15 mg/week SC or > 15 mg/week either orally or SC. Each strategy allowed the possibility to increase the doses and/or switch to the SC route at 3 months. Efficacy was assessed at 3 and 6 months using the DAS28-CRP. The tolerance of each strategy was also assessed at month 3 and 6.

Results: We included 101 patients (85 women) with a mean age of 55 ± 12 years and disease duration of 5 ± 6 months. The frequency of rheumatoid factors, anti-CCP antibodies and erosions was 83%, 81% and 38% respectively. 61 patients initiated MTX according to the "classic" strategy, with an increase of dose and/or a switch to the SC route at 3 months for 31 patients, and 40 patients started treatment according to the "aggressive" strategy, with an increase of dose and/or switch to the SC route at 3 months for 14 patients. There was no difference between these 2 groups in terms of age, gender, disease duration, antibody status, frequency of bone erosions, body mass index, comorbidities and disease activity at baseline. Efficacy at 3 months was significantly higher with the "aggressive" strategy (reduction of the DAS28-CRP from 4.34 ± 0.91 to 2.39 ± 0.75, mean difference of 1.95 ± 1.21, p < 0.001) compared to the "classic" strategy (reduction of the DAS28-CRP from 4.09 ± 0.62 to 2.88 ± 0.73, mean difference of 1.21 ± 0.90, p = 0.12) (Figure). The improvement of tender/swollen joint counts, patient global assessment and CRP levels was also significantly more important at 3 months with the "aggressive" strategy (Table). At 6 months, although the DAS28-CRP was similar in the 2 groups (Figure), less patients from the "aggressive" strategy subgroup required an escalation to a targeted biologic/synthetic therapy compared to the "classic" strategy (12/40, 30% vs. 29/61, 48%, p = 0.073). The frequency of digestive side effects at 3 months was significantly lower in the "aggressive" strategy (3/40, 7.5% vs. 16/61, 26%, p = 0.021). The frequency of hepatic cytolysis at 3 months was higher in the aggressive strategy (4/40, 10% vs. 1/61, 1.6%, p = 0.057). The frequency of asthenia at 3 months was similar in both groups (7/4, 18% vs. 6/61, 10%, p = 0.25). Only one infection was observed in the "classic" strategy and no hematological side effect was

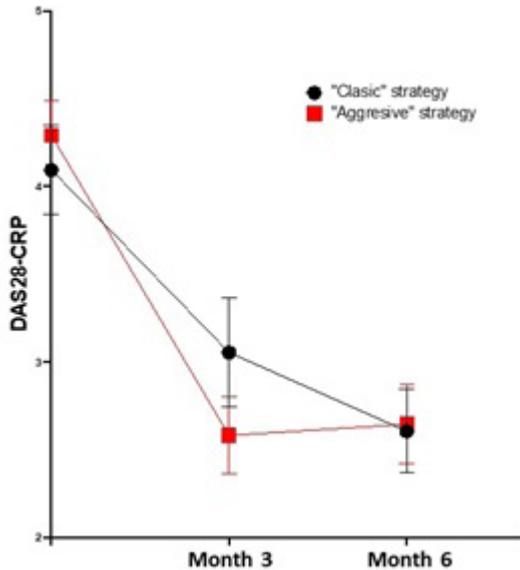
Table 1: Evaluation of efficacy parameter at 3 months according to the methotrexate initiation strategy

	"Classic" strategy (n=61)	"Aggressive" strategy (n=40)	p-value
Variation of tender joint count	-2.6±3.4	-4.4±4.9	0.032
Variation of swollen joint count	-2.0±5	-4.7±4.0	0.005
Variation of PGA-VAS	-24±25	-40±35	0.009
Variation of CRP (mg/L)	-1.8±13	-15±20	<0.001

PGA-VAS: patient Global Assessment - Visual Analogic Scale/

P006 Figure 1

recorded. At 6 months, the cumulative incidence of side effects was 23% with the “aggressive” strategy compared to 46% with the “classic” strategy ($p = 0.015$). Only one treatment discontinuation was noted in the “aggressive” subgroup vs. 9 in the “classic” subgroup ($p = 0.042$).



Conclusions: This study suggests that it is possible to use a more aggressive initiation strategy of MTX in RA in routine clinical practice. This strategy allows to obtain an earlier clinical response and it is associated with a better tolerance than the classic strategy. These results need to be confirmed in prospective studies.

PO07. UNA ALTA ACTIVIDAD INFLAMATORIA MANTENIDA SE ASOCIA CON DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Fernando Ortiz Márquez¹, Aimara García-Studer¹, Irene Montañez-Marín², Teresa Ramírez-García³, Pablo Cabezudo-García³ y Natalia Mena-Vázquez¹

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma Bionand. Hospital Regional Universitario de Málaga. Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Málaga. ²Universidad de Málaga. Departamento de Medicina. Málaga. ³Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma Bionand. Hospital Regional Universitario de Málaga. Servicio de Neurología. Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias. Málaga.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan alteraciones cognitivas en una frecuencia del 38% al 71%.

Objetivos: Estudiar si existe una asociación entre una elevada actividad inflamatoria mantenida y deterioro cognitivo.

Métodos: Diseño y protocolo: estudio observacional transversal controlado de una cohorte prospectiva de pacientes con artritis reumatoide. Casos: pacientes con AR de inicio > 16 años seleccionados para iniciar primer tratamiento biológico por moderada-alta actividad inflamatoria. Controles: sujetos sin enfermedad inflamatoria, apareados por sexo y edad. Todos fueron sometidos a la misma batería neuropsicológica. El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la investigación del Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM), con código 03/2022 PI 12. Variables: la variable principal fue deterioro cognitivo definido por valor < 26 puntos en el cuestionario validado Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Como variable secundaria se incluyó cada uno de los ítems conseguidos y no conseguidos del test MoCA, la evaluación de dígitos directos e inversos, el test de STROOP para valoración de velocidad de procesamiento (P), atención selectiva (C) e inhibición (PC) y la escala de

Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Otras variables incluyen promedio de actividad inflamatoria mediante DAS28-VSG a lo largo la enfermedad, características epidemiológicas, comorbilidades y tratamientos. Análisis estadístico: análisis descriptivo, análisis bivariantes entre pacientes y controles, así como entre pacientes con y sin deterioro cognitivo; dos análisis multivariantes de regresión logística para ver factores asociados al deterioro cognitivo en el total de la muestra y en los pacientes con AR.

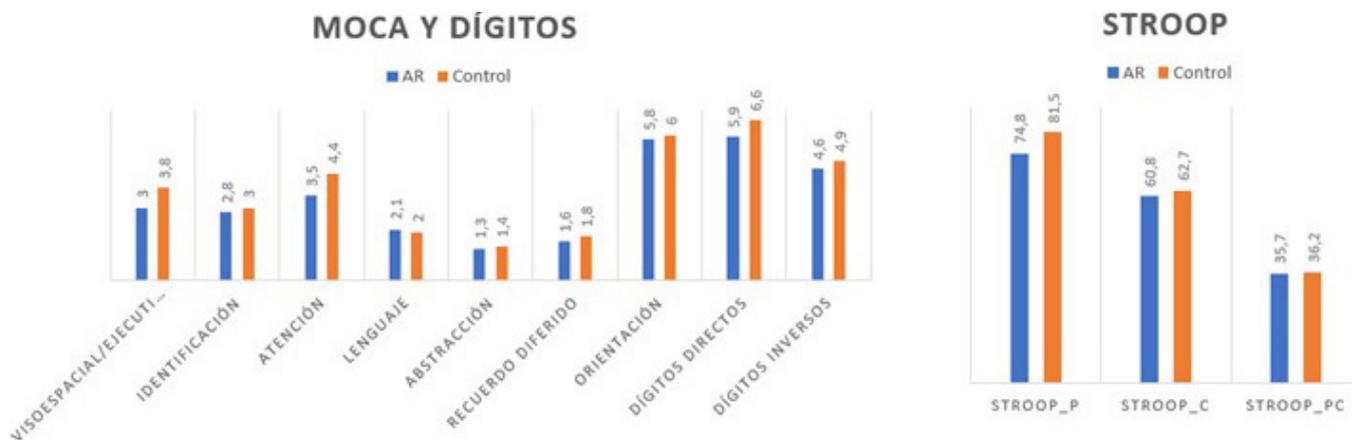
Resultados: Se incluyeron 62 sujetos. Las características basales se muestran en la tabla. Los pacientes con AR presentaron mayor frecuencia de deterioro cognitivo que los controles (64,5% vs. 38,7%; $p = 0,042$) y valores medios (DE) inferiores en el test MoCA (23,1 [3,8] vs. 25,1 [3,8]; $p = 0,046$). Un menor número de pacientes con AR en comparación con controles consiguió el ítem de memoria (22 [81,5] vs. 30 [100,0]; $p = 0,014$), identificación (24 [88,0] vs. 30 [100,0]; $p = 0,031$), y presentaron valores medios (DE) inferiores en atención (3,5 [1,5] vs. 4,4 [1,4]; $p = 0,039$). No se observaron diferencias significativas entre ambos en dígitos, STROOP ni HADS ansiedad y depresión. Las puntuaciones de los subtest se muestran en la figura. Los factores asociados en el análisis multivariante con el deterioro cognitivo en la muestra completa fueron edad (OR [IC95%], 1,171 [1,068-1,284]; $p = 0,001$), el diagnóstico de AR (OR [IC95%], 4,712 [1,069-12,772]; $p = 0,041$) y estudios universitarios frente al resto (OR [IC95%], 0,089 [0,010-0,829]; $p = 0,034$) ($R^2 = 0,405$). El modelo que analizó a los pacientes con AR solo encontró asociación del deterioro cognitivo con edad (OR [IC95%], 1,230 [1,020-1,485]; $p = 0,030$) y promedio de DAS28-VSG (OR [IC95%], 1,704 [1,072-4,003]; $p = 0,048$) ($R^2 = 0,380$).

Características basales de 31 pacientes con AR y 31 controles

Variable	AR (N = 31)	Control (N = 31)	p
Epidemiológicas			
Sexo, mujer, n (%)	27 (87,1)	27 (87,1)	1,000
Edad años, media (DE)	57,3 (10,6)	56,3 (10,9)	0,670
Raza caucásica, n (%)	31 (100,0)	31 (100,0)	1,000
Nivel académico			0,454
Escolarización básica, n (%)	14 (45,2)	15 (48,4)	
Estudios superiores no universitarios, n (%)	13 (41,9)	9 (29,0)	
Estudios Universitarios, n (%)	4 (12,9)	7 (22,6)	
Tabaco			0,109
No fumador, n (%)	15 (48,8)	23 (74,2)	
Exfumador, n (%)	9 (29,0)	4 (12,9)	
Historia de tabaco, n (%)	7 (22,6)	4 (12,9)	
Clínicas			
Duración enfermedad, mediana (RIC), meses	79,4 (31,2-191,0)	-	-
Retraso diagnóstico, mediana (RIC), meses	8,0 (4,0-12,2)	-	-
Erosiones, n (%)	13 (41,9)	-	-
Factor reumatoide +, n (%)	27 (87,0)	0 (0,0)	< 0,001
ACPA +, n (%)	26 (83,0)	0 (0,0)	< 0,001
DAS28-VSG, media (DE)	3,9 (0,8)	-	-
HAQ, media (DE)	1,1 (0,6)	-	-
Tratamientos			
FAME sintéticos, n (%)	31 (100,0)		
Metotrexato, n (%)	22 (71,0)		
Hidroxicloroquina, n (%)	5 (16,1)		
Leflunomida, n (%)	2 (6,5)		
Sulfasalazina, n (%)	2 (6,5)		
Deterioro cognitivo (< 26 MoCA), n (%)	20 (64,5)	12 (38,7)	0,042
Depresión (HADS > 11), n (%)	5 (16,1)	1 (3,2)	0,086
Ansiedad (HADS > 11), n (%)	9 (29,0)	5 (16,1)	0,224

Conclusiones: Los pacientes con AR y alta actividad inflamatoria presentaron mayor deterioro cognitivo respecto a la población sana. Los dominios más afectados fueron memoria, identificación y atención. Los factores asociados al deterioro cognitivo fueron edad, nivel de estudios y promedio de DAS28-VSG.

Financiación: apoyado por el proyecto FIS PI22/01207 (Instituto Carlos III, Fondos FEDER).



P007 Figura. Comparación de los valores medios de los subtest cognitivos entre pacientes y controles.

P008. MONOTERAPIA VERSUS TERAPIA COMBINADA: DATOS DE SUPERVIVENCIA EN VIDA REAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

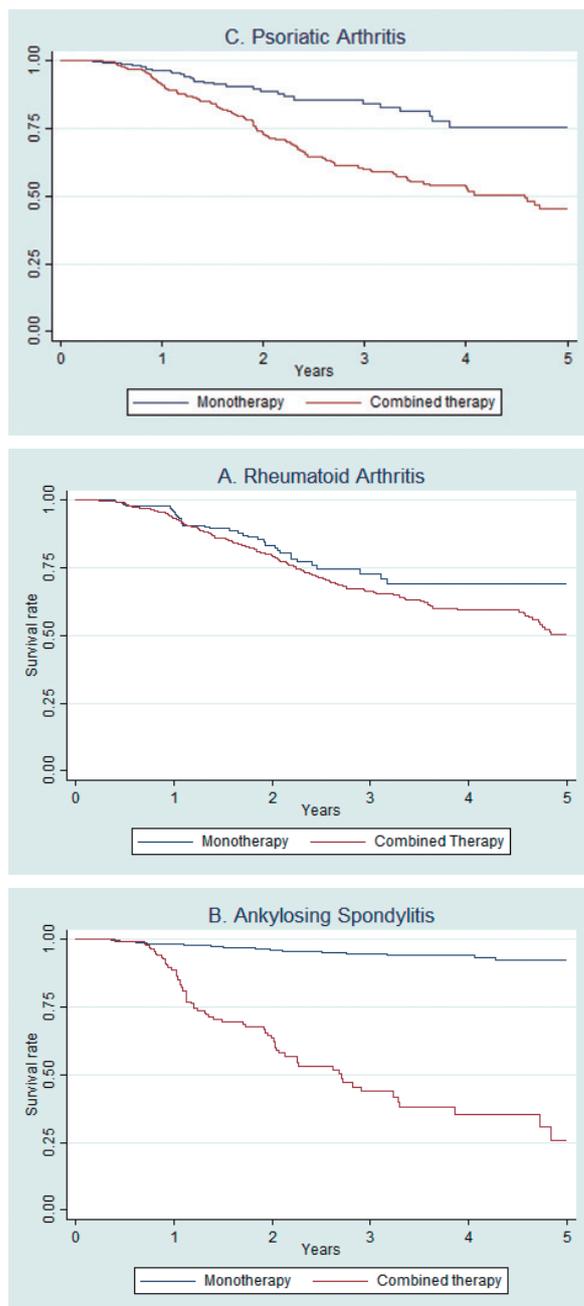
Carlos Sánchez Piedra¹, Lorena Exposito², Paloma Vela-Casasempere³, Manuel José Moreno-Ramos⁴, Cristina Campos⁵, Cristina Bohorquez⁶, Javier Manero⁷, Jerusalem Calvo-Gutiérrez⁸, Carlos Rodríguez-Lozano⁹, Dolores Ruiz-Montesino¹⁰, Noemí Busquets¹¹, Javier García-González¹², Isabel Castrejón¹³, Lucía Otero-Varela¹⁴, Fernando Alonso¹⁴, Sagrario Bustabad² y Federico Díaz-González^{2,15}

¹Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ²Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ³Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. ⁴Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁵Hospital General Universitario de Valencia. ⁶Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ⁷Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁸Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁹Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁰Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹¹Hospital de Granollers. ¹²Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ¹³Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁴Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ¹⁵Departamento de Medicina Interna. Dermatología y Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La utilización de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos (s) en combinación con los FAME biológicos (b) aparece, con diferente nivel de evidencia según la enfermedad, como una opción terapéutica recomendable. No obstante, la posibilidad de utilizar estos FAMEb en monoterapia puede ser una alternativa con aparentes ventajas para la adherencia y seguridad de los tratamientos. La evidencia sobre la diferente efectividad, en condiciones de práctica clínica, entre las diferentes estrategias (terapia combinada versus monoterapia) es escasa.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de la estrategia de tratamiento (monoterapia versus terapia combinada) tras inicio de terapia biológica en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (Aps) y espondilitis anquilosante (EA).

Métodos: Estudio de cohorte anidada en BIOBADASER III, registro prospectivo español de acontecimientos adversos en pacientes con enfermedades reumáticas y en tratamiento con terapias dirigidas. La información recogida en el registro proviene de la historia clínica y se recoge durante las visitas del paciente a las consultas de reumatología. En BIOBADASER III se recoge información basal, cuando se produce un cambio de tratamiento, cuando sucede un acontecimiento adverso, o si no se produce ninguna de estas últimas circunstancias, al menos una vez al año como visita de seguimiento anual. Se realizaron análisis bivariantes y modelos de regresión de Cox para estudiar posibles factores asociados a una mayor supervivencia. Para el estudio de la seguridad de las estrategias, se calcularon cocientes de tasas de incidencias de acontecimientos adversos según gravedad y grupo anatómico.



Supervivencia de monoterapia versus terapia combinada según diagnóstico. Resultados del análisis Kaplan-Meier.

Tabla P008

Factores asociados a la supervivencia de la estrategia de tratamiento dirigido según diagnóstico. Resultados del análisis de regresión de Cox

AR	Bivariante			Multivariante		
	HR	IC95%	p valor	HR	IC95%	p valor
Edad al inicio de FAMEb (años)	0,98	(0,97-0,99)	< 0,001	0,98	(0,97-0,99)	0,004
Sexo (hombre)	1,09	(0,82-1,46)	0,553	1,03	(0,73-1,45)	0,859
Duración de la enfermedad (años)	0,98	(0,96-1,00)	0,018	-	-	-
Anti-TNF (otro FAMEb)	0,95	(0,75-1,21)	0,685	-	-	-
Uso de corticoides (No)	1,46	(0,90-2,39)	0,128	1,47	(0,90-2,40)	0,128
Terapia combinada (monoterapia)	1,34	(0,95-1,90)	0,095	1,58	(1,00-2,50)	0,049
Aps-axial						
Edad al inicio de FAMEb (años)	0,98	(0,95-1,01)	0,195	0,97	(0,94-1,00)	0,098
Sexo (hombre)	0,64	(0,32-1,30)	0,222	0,68	(0,33-1,39)	0,291
Duración de la enfermedad (años)	0,99	(0,94-1,04)	0,618	0,97	(0,95-0,99)	0,016
Periférica (no)	1,04	(0,52-2,05)	0,917	-	-	-
Mixta (no)				0,88	(0,42-1,86)	0,745
Anti-TNF (otro FAMEb)	0,92	(0,43-1,98)	0,833	0,67	(0,49-0,90)	0,009
Uso de corticoides (No)	1,97	(0,73-5,31)	0,18	-	-	-
Terapia combinada (Monoterapia)	2,64	(1,23-5,66)	0,013	3,00	(1,35-6,70)	0,007
Aps-periférica						
Edad al inicio de FAMEb (años)	0,98	(0,97-1,00)	0,033	0,99	(0,97-1,00)	0,107
Sexo (hombre)	0,74	(0,51-1,08)	0,119	0,81	(0,55-1,18)	0,270
Duración de la enfermedad (años)	0,99	(0,95-1,02)	0,412	-	-	-
Axial (No)	0,71	(0,44-1,15)	0,163	-	-	-
Mixta (no)				0,74	(0,46-1,21)	0,231
Anti-TNF (otro FAMEb)	1,08	(0,70-1,65)	0,738	-	-	-
Uso de corticoides (no)	1,34	(0,78-2,30)	0,289	-	-	-
Terapia combinada (Monoterapia)	2,70	(1,59-4,59)	< 0,001	2,58	(1,51-4,39)	< 0,001
Espondilitis anquilosante						
Edad al inicio de FAMEb (años)	1	(0,98-1,02)	0,911	0,98	(0,96-1,00)	0,114
Sexo (hombre)	0,74	(0,45-1,21)	0,225	0,48	(0,21-1,10)	0,082
Duración de la enfermedad (años)	0,99	(0,97-1,01)	0,432	-	-	-
Anti-TNF (otro FAMEb)	1,72	(0,75-3,95)	0,202	-	-	-
Uso de corticoides (no)	2,05	(1,15-3,68)	0,015	0,62	(0,33-1,15)	0,132
Terapia combinada (Monoterapia)	13,58	(8,28-22,28)	< 0,001	16,77	(7,37-38,16)	< 0,001

IC95%, intervalo de confianza al 95%; HR, hazard ratio; FAMEb fármacos modificadores de la enfermedad biológico.

Resultados: Un total de 2.589 pacientes fueron incluidos. En el modelo multivariante, en comparación con la monoterapia, la estrategia de terapia combinada se asoció con una menor supervivencia en pacientes con AR (hazard ratio [HR] 1,58, intervalo de confianza [IC] 95% 1,00 a 2,50, p = 0,049), Aps-Axial (HR 3,00, IC95% 1,35 a 6,70, p = 0,007), Aps-Periférica (HR 2,58, IC95% 1,51 a 4,39, p < 0,001) y EA (HR 16,77, IC95% 7,37 a 38,16, p < 0,001). La estrategia de terapia combinada se asoció con una mayor incidencia de cualquier acontecimiento adverso (cociente de tasas de incidencia [IRR] 1,13, IC del 95%: 1,05 a 1,21), pero no de acontecimientos adversos graves (1,02, IC del 95%: 0,84 a 1,24) en comparación con la monoterapia.

Conclusiones: Este análisis aporta resultados de práctica clínica que permiten comparar la efectividad y seguridad de las estrategias de monoterapia versus terapia combinada. La terapia combinada al inicio del tratamiento biológico se asoció con una menor supervivencia de la estrategia en AR, APs y especialmente en EA. La estrategia de terapia combinada se asoció con peor tolerabilidad que la monoterapia.

P009. OBESIDAD Y CITOQUINAS DEL TEJIDO ADIPOSO EN ARTRITIS REUMATOIDE: ¿INFLUYE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LOS INHIBIDORES DE IL6 EN LA RESPUESTA CLÍNICA?

Marta Novella Navarro¹, Fernanda Genre², Ana Martínez-Feito³, Verónica Pulito-Cueto², Irene Monjo¹, Diana Peiteado¹, Miguel Ángel González Gay^{2,4} y Chamaida Plasencia¹, Alejandro Balsa¹

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

²Research Group on Genetic Epidemiology and Atherosclerosis in Systemic Diseases and in Metabolic Bone Diseases of the Musculoskeletal System. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología IIS Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

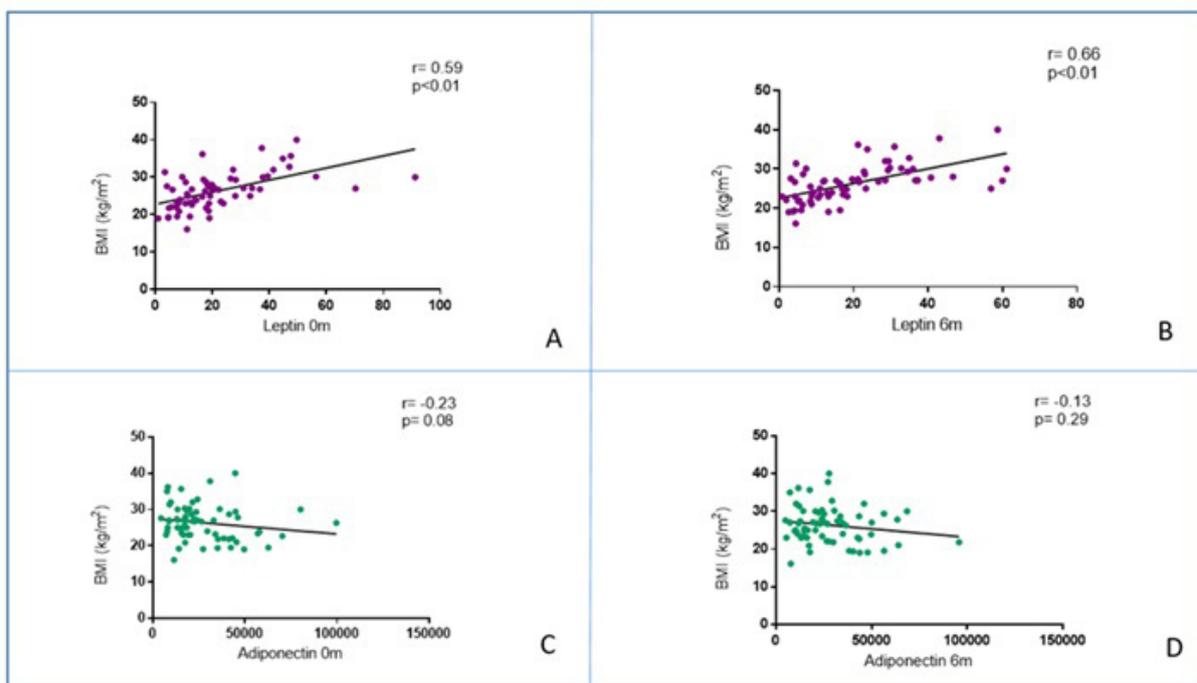
Introducción: La obesidad se asocia a la falta de respuesta a fármacos biológicos. Los pacientes obesos responden peor a los inhibido-

res del TNF que a otros biológicos como pueden ser los inhibidores de IL6. La inhibición del receptor de IL6 es eficaz en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), y existen dos formas de administración: tocilizumab intravenoso (IV) ajustado por peso y tocilizumab o sarilumab subcutáneos (SC) a dosis fija. Sin embargo, la evidencia con respecto a la asociación del índice de masa corporal (IMC) y la eficacia de la inhibición de IL6 en sus diferentes vías de administración es todavía escasa.

Objetivos: Analizar el papel del IMC en la respuesta clínica al tratamiento con antiIL6 en sus diferentes vías de administración en pacientes con AR. Analizar la fisiopatología de la obesidad mediante la determinación de los niveles séricos de citoquinas del tejido adiposo (adipoquinas) y sus posibles cambios en función del tratamiento.

Métodos: Estudio de 65 pacientes con AR que iniciaron tocilizumab IV a dosis de 8 mg/kg cada 4 semanas o anti-IL6 SC: tocilizumab 162 mg/7 días o sarilumab 200 mg/14 días. Se recogieron características demográficas y clínicas antes del inicio de anti-IL6 (edad, sexo, hábito tabáquico, edad al diagnóstico, tratamientos concomitantes y previos e IMC). Se evaluaron parámetros de laboratorio como: factor reumatoide y anticuerpos antipeptido citrulinado. La proteína C reactiva, la velocidad de sedimentación globular y los niveles séricos de adipoquinas (leptina y adiponectina) se midieron al inicio y tras 6 meses (6M) de tratamiento. La respuesta clínica se evaluó mediante Clinical Disease Activity Index (CDAI) a los 6M del inicio del fármaco. Análisis estadístico: Las diferencias entre variables se evaluaron mediante Chi-cuadrado y U-Mann-Whitney. Las correlaciones entre el IMC, las adipoquinas y otras variables cuantitativas se evaluaron mediante los coeficientes de Pearson o Spearman. Los valores p < 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: 47 pacientes iniciaron antiIL6 IV (72,3%) y 18 SC (27,7%). 36 pacientes (55,4%) alcanzaron baja actividad (BA)/remisión según CDAI: 24 del grupo IV (51,4%) y 12 (66,7%) del grupo SC, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos (p = 0,19). Ni el IMC ni los niveles séricos de adipoquinas se asociaron con la consecución de BA/remisión cuando se estratificó a los pacientes según la vía de adminis-



P009 Figura. Niveles de adipoquinas en función de IMC basal y 6 meses.

tracción de antiIL6. El IMC mostró una correlación positiva significativa con los niveles de leptina, en global y según la vía de administración, tanto al inicio como a los 6M. La adiponectina por su parte, no mostró una correlación significativa con el IMC (fig1). Los niveles de leptina en ambos grupos (SC e IV) fueron muy similares al inicio y a los 6M. En cuanto a los cambios en el perfil de adipoquinas entre los valores basales y 6M, observamos una disminución de los niveles de leptina y un aumento de los de adiponectina tanto en SC como en IV (tabla).

Niveles de adipoquinas (ng/mL)

Vía de administración		Basal	6 meses	p
iv	Leptina	18,6 (10,4-30,9)	16,9 (7,2-29,2)	0,22
	Adiponectina	18.310 (13.250-33.890)	20.610 (12.690-33.650)	0,39
sc	Leptina	17,9 (10,1-27,4)	16,3 (7,6-30,7)	0,22
	Adiponectina	28.750 (20.570-4.394)	33.350 (24.157-49.862)	0,35

Conclusiones: La obesidad y las adipoquinas séricas no mostraron asociación con la consecución de LDA/remisión en pacientes tratados con antiIL6 independientemente de la vía de administración. Además, los tratamientos IV y SC podían utilizarse en pacientes con normopeso y obesidad, esperando la misma eficacia.

P010. ANÁLISIS DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

Patricia Ruiz Limón^{1,2,3}, Natalia Mena-Vázquez^{1,4}, Isabel Moreno-Indias^{1,2,3}, Sara Manrique-Arija^{1,4,5}, Jose Manuel Lisbona-Montañez^{1,4,5}, Laura Cano-García^{1,4}, Rocío Redondo-Rodríguez^{1,4}, Francisco J. Tinahones^{1,2,3} y Antonio Fernández-Nebro^{1,4,5}

¹IBIMA-Plataforma BIONAND. Málaga. ²UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³CIBEROBN, Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ⁴UGC Reumatología. Hospital Universitario Regional de Málaga. ⁵Departamento de Medicina. Universidad de Málaga,

Introducción: La microbiota intestinal se considera un factor importante en la artritis reumatoide (AR), la inflamación y su gravedad. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) causa una elevada morbimortalidad en los pacientes con AR. Actualmente no se conoce si existe relación entre la microbiota intestinal y la EPI asociada a la AR (AR-EPI).

Objetivos: Analizar el perfil de microbiota y permeabilidad intestinal en pacientes con AR-EPI y estudiar si existe asociación entre estos y la progresión pulmonar.

Métodos: Estudio observacional de casos y controles anidado en una cohorte prospectiva de casos de pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) con y sin EPI, pareados por sexo, edad y tiempo de evolución de la AR. A todos los sujetos se les realizaron pruebas funcionales respiratorias (PFR) y tomografía axial computarizada de alta resolución (TCAR) en la fecha de inclusión y, en los casos de AR-EPI, también al diagnóstico de EPI. La EPI se definió de acuerdo a la biopsia pulmonar o a la TCAR según criterios American Thoracic Society/ European Respiratory Criteria, y la progresión pulmonar fue definida como el empeoramiento de la CVF > 10% o la DLCO > 15%. La microbiota intestinal se analizó mediante secuenciación del gen 16S rRNA y análisis bioinformático mediante Quantitative Insights into Microbial Ecology (QIIME2). Se midieron la proteína fijadora de lipopolisacáridos (LBP) y los lipopolisacáridos (LPS) séricos como marcadores de permeabilidad intestinal. Otras variables incluidas fueron epidemiológicas, clínico-analíticas, de actividad inflamatoria mediante Disease Activity Score (DAS28-VSG), y la función mediante Health Assessment Questionnaire (HAQ). Se hizo un análisis descriptivo y un modelo de regresión de Cox para identificar factores asociados a EPI ajustando por tiempo hasta desarrollo de AR-EPI. Estudio aprobado por el comité de ética de investigación del Hospital Regional Universitario de Málaga (cód. 2627-N-21).

Resultados: Se incluyeron 35 AR-EPI y 35 AR sin EPI. La tabla muestra las características basales. Trece casos (37,1%) cumplieron criterios de progresión pulmonar durante una media (DE) de seguimiento de la EPI de 66,1 (47,2) meses. Los casos con AR-EPI presentaron valores más elevados de DAS28-VSG (p = 0,032) y peor función física por HAQ (p = 0,003) que los controles. Así mismo, presentaron una mediana (RIC) superior de LPS séricos (18,6 [12,3-25,9] vs. 10,6 [8,2-16,2]; p = 0,007) y una mayor abundancia del

género *Streptococcus* (0,005 [0,001-0,023] vs. 0,001 [0,000-0,006]; p = 0,087) junto a unos niveles más bajos de los géneros *Slackia* (0,001 [0,000-0,004] vs. 0,002 [0,001-0,002]; p = 0,022) y *Paraprevotella* (0,003 [0,000-0,005] vs. 0,005 [0,001-0,0013]; p = 0,082). Los pacientes con AR-EPI con progresión también mostraron valores más elevados del género *Streptococcus* (0,012 [0,004-0,072] vs. 0,003 [0,001-0,010]; p = 0,090), y más bajos del género *Slackia* (0,001 [0,000-0,001] vs. 0,002 [0,001-0,007]). Las variables asociadas con AR-EPI en la regresión de Cox fueron una moderada-alta actividad por DAS28-VSG (HR [IC95%], 3,53 [1,20-6,98]; p = 0,017), LPS (HR [IC95%], 1,12 [1,02-1,23]; p = 0,018) y el género *Slackia* (HR [IC95%], 0,98 [0,97-0,99]; p = 0,010).

Características basales de población de estudio

Variable	AR con EPI (n = 35)	AR sin EPI (n = 35)	p
Edad en años, media (DE)	69,7 (9,3)	66,6 (7,0)	0,130
Sexo, varón; n (%)	20 (57,1)	20 (57,1)	1,000
Historia de tabaco			0,760
Nunca fumó, n (%)	17 (48,6)	18 (51,4)	
Exfumador, n (%)	10 (28,6)	8 (22,9)	
Fumador activo, n (%)	8 (22,9)	9 (25,7)	
Tiempo de evolución AR, meses, mediana (RIC)	149,8 (93,3-245,5)	133,7 (67,8-204,2)	0,384
Tiempo de evolución de la EPI, media (DE)	66,1 (47,2)	-	-
FR+ (> 10), n (%)	33 (94,3)	31 (88,6)	0,393
ACPA+ (> 20), n (%)	32 (91,4)	31 (88,6)	0,690
Erosión, n (%)	21 (60,0)	19 (55,6)	0,705
DAS28-VSG, media (DE)	3,1 (0,9)	2,6 (0,9)	0,032
HAQ, media (DE)	1,2 (0,6)	0,8 (0,6)	0,003
CVF media (DE)	63,0 (17,1)	83,4 (4,4)	< 0,001
FEV1 media (DE)	68,7 (15,9)	84,0 (11,5)	< 0,001
DLCO, media (DE)	61,0 (15,2)	85,9 (7,9)	< 0,001
NIU, n (%)	29 (82,9)	0 (0,0)	< 0,001
NINE, n (%)	6 (17,1)	0 (0,0)	< 0,001

Conclusiones: Los casos con AR-EPI presentan una mayor permeabilidad intestinal y un perfil de microbiota diferencial asociado al diagnóstico y pronóstico de la EPI que podrían servir como potenciales biomarcadores de esta entidad.

P011. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

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

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

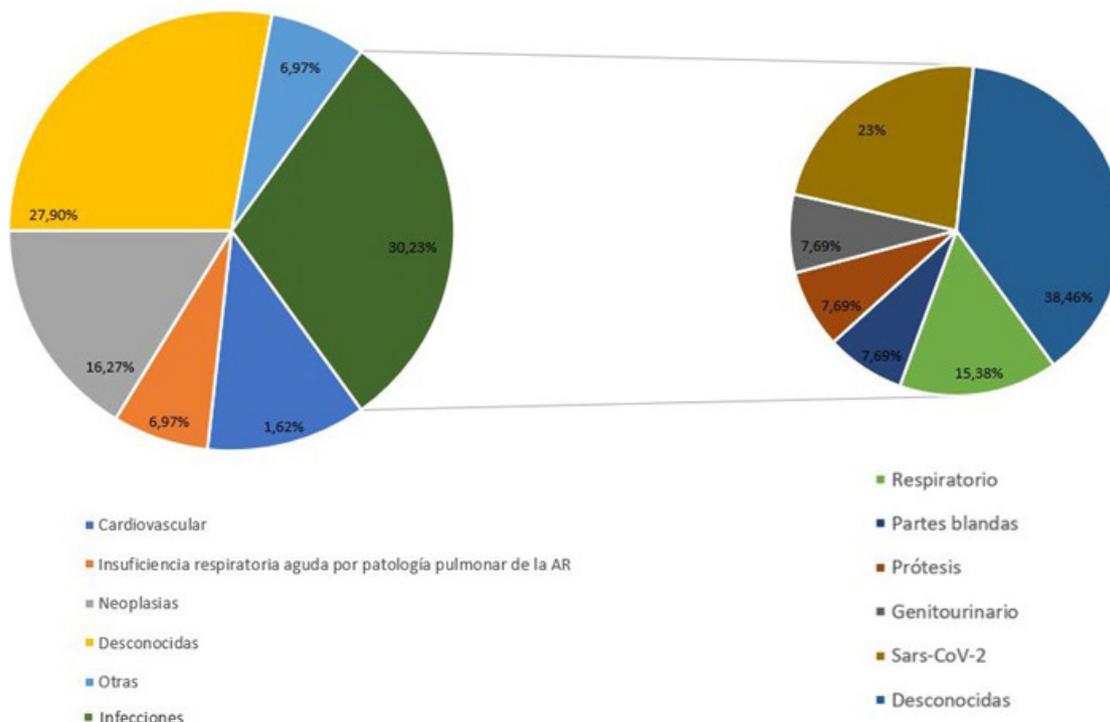
Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica cuya mortalidad se ha visto aumentada, con una reducción entre 5 y 17 años de la esperanza de vida en comparación a la población general. Las enfermedades cardiovasculares aparecen en primer lugar (40%), seguidas por el aumento de infecciones (20% frente a un 5% en la población general). La inflamación subyacente y el empleo de fármacos inmunosupresores parecen jugar un papel importante.

Objetivos: Analizar las causas de mortalidad en una cohorte de pacientes con AR que han llevado al menos un tratamiento biológico a lo largo de su enfermedad.

Métodos: Estudio observacional, transversal de pacientes con AR seguidos en el Servicio de Reumatología, que hubieran recibido terapias biológicas y hubieran fallecido. Los datos clínicos y demográficos se obtendrán de la historia clínica electrónica.

Resultados: Se analizan los datos de 659 pacientes diagnosticados de AR en tratamiento biológico desde el año 2002 al 2022. De todos ellos, se seleccionan los *exitus* y se incluyeron en el estudio un total de 43 pacientes (69,8% mujeres) con una edad media al fallecimiento de 69 años. Del total de pacientes, un 69,8% presentaba algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV) clásico. Todos los pacientes habían recibido al menos un fármaco biológico y el 49% habían recibido más de una prescripción. En la muestra se recoge un total de 83 prescripciones de fármacos biológicos: 51 anti-TNF (62,96%), 10 aba-

CAUSAS DE MORTALIDAD



tacept (12,34%), 10 tocilizumab (12,34%), 5 Inhibidores JAK (6,17%) y 5 rituximab (6,17%). Subdividimos la muestra atendiendo a la causa de mortalidad (fig.). Las infecciones fueron la causa más relevante de mortalidad (30,2%); Dentro de estas encontramos 3 muertes por Sars-CoV-2, 2 respiratorias, 1 infección de partes blandas, 1 protésica, 1 genitourinaria y 5 de origen desconocido. Cinco de los trece pacientes con infecciones estaban en tratamiento activo en el momento del *exitus*: 2 adalimumab (15,38%), 1 baricitinib (7,69%), 1 abatacept (7,69%) y 1 tocilizumab (7,69%). En los pacientes que fallecieron por problemas cardiovasculares, la primera prescripción fue un Anti-TNF; la retirada de tres de estos fármacos fue determinada por el fallecimiento. En cuanto a los otros dos, uno se retiró por fallo primario y el otro por cirugía. De los siete pacientes que fallecieron por un proceso oncológico, seis estaban en tratamiento activo hasta el diagnóstico de la neoplasia: 1 tofacitinib, 1 infliximab, 2 abatacept y 2 adalimumab. Cabe destacar que el paciente que estaba en tratamiento con tofacitinib en el momento del *exitus*, acumulaba un total de 22 años de enfermedad, de los cuales, 15, había estado en tratamiento con otros fármacos biológicos (infliximab, etanercept, adalimumab-retirados por fallo secundario-y abatacept, por fallo primario). De los tres pacientes que fallecieron por insuficiencia respiratoria, dos padecían fibrosis pulmonar y uno neumonitis Intersticial. Uno de ellos estaba en tratamiento con rituximab en el momento del *exitus* y de los otros dos no disponemos información.

	n (%)	Edad media al <i>exitus</i>	FRCV (%)			Fumador (%)
			DM	DLP	HTA	
Infecciones	13 (30,23)	70,53	23	38,46	46	7,69
Neoplasias	7 (16,27)	69	42,85	28,57	42,85	14,25
Cardiovascular	5 (11,62)	80,6	40	80	80	20
IR	3 (6,97)	72	33,33	66,66	33,33	0

Conclusiones: En nuestro estudio, a diferencia de lo que relata la literatura, la principal causa de mortalidad ha sido la infecciosa, seguida de la oncológica. La patología cardiovascular, tradicionalmente reconocida como la principal causa de mortalidad en estos pacientes, ha sido la tercera causa de *exitus*, lo que podría indicar la mayor concienciación de los reumatólogos en el cribado y tratamiento de estas comorbilidades.

P012. TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON AR TRAS FALLO A TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Lucas Robles Kirkegard, Esteban Rubio Romero y Piedad León Rubio
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor JAK recientemente aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide con resultados prometedores en sus estudios para AR moderada-grave tras fallo a terapias convencionales.

Métodos: Se analizó una población de 23 pacientes (19 de ellos mujeres) con artritis reumatoide en tratamiento con upadacitinib durante un año. Edad (media ± DE) = 53 ± 10 años y un tiempo de evolución de la enfermedad (media ± DE) = 17,6 ± 23,3 años. El DAS28 previo al tratamiento fue de (media ± DE) = 7,32 ± 2,41. El EVA inicial era (media ± DE) = 7,32 ± 1,88. El HAQ previo al tratamiento (media ± DE) = 2,2 ± 0,5. Todos habían recibido tratamientos biológicos previos y un 61% (14 pacientes) terapia combinada con FAME. Solo 2 casos no tenían tratamiento con glucocorticoides previos al tratamiento con upadacitinib.

Resultados: A los 3 meses, la mayoría de los pacientes (81%, n = 21) tratados con upadacitinib pudieron reducir la dosis de GC, manteniendo esta reducción a los 6 meses de iniciar el tratamiento. Al año de tratamiento (n = 14) el 71% de los pacientes reducen la dosis de GC un 53% respecto a la dosis inicial, siendo posible que un 50% de

los pacientes que iniciaron tratamiento pudieran suspender tratamiento corticoideo por completo. Tras 3 meses de tratamiento, la mayoría de los pacientes experimentaron una mejora del DAS28 (89%, n = 18), siendo esta mejoría del DAS28 de un promedio (media ± DE) de 1,87 ± 1,09 unidades. Tras un año de tratamiento la mayoría de los pacientes (92% n = 14) consiguen una reducción del promedio de DAS28 (media ± DE) = 3,813 ± 1,56 unidades respecto al DAS28 inicial. Se consiguió la remisión de la enfermedad (DAS28 < 3,2) hasta en un 25% de los pacientes que iniciaron el tratamiento con upadacitinib. Respecto al dolor (EVA), el 67% de los pacientes mostró mejoría a los 3 meses (n = 18), y llegando al 71% a los 6 meses (n = 17). Tras 12 meses de tratamiento (n = 14), el 85% experimentaron una mejoría del dolor, siendo el resultado final promedio (media ± DE) EVA de 5 ± 2,32 puntos. Un 68% de los pacientes tratados mostró una reducción de la rigidez matutina a los 3 meses (n = 19), incrementándose esta mejoría en el 84% de los pacientes tratados a los 6 meses (n = 19) y manteniéndose así hasta los 12 meses (n = 14). Se constataron efectos secundarios en cinco pacientes, consistentes en mareos y náuseas. En ningún caso, fueron motivo de retirada del fármaco. Se les retiró el tratamiento a 9 pacientes por fallo primario.

Conclusiones: El tratamiento con upadacitinib permite una reducción de la dosis de GC, así como una mejora del DAS28, EVA y la rigidez matutina a los tres meses y seis meses del tratamiento. Estos datos están en consonancia con la evidencia publicada en los estudios pivotaes de upadacitinib, siendo una buena alternativa en el tratamiento de pacientes con AR moderada o grave.

P013. ANÁLISIS DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON ALTA ACTIVIDAD INFLAMATORIA ACUMULADA

Aimara García Studer¹, Fernando Ortiz-Márquez¹, Rocío Rendondo-Rodríguez¹, Carmen M. Romero-Barco², Sara Manrique-Arija¹ y Natalia Mena-Vázquez¹

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma Bionand. Hospital Regional Universitario de Málaga. Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: En estudios previos se ha observado una mayor prevalencia de sarcopenia en pacientes con enfermedades sistémicas, como la artritis reumatoide (AR), y se cree que el estado inflamatorio crónico podría contribuir a su aparición.

Objetivos: Analizar si los pacientes con AR que presentan una alta actividad inflamatoria acumulada desde su diagnóstico, presentan mayor frecuencia de sarcopenia y otras alteraciones de la composición corporal total.

Métodos: estudio observacional transversal de una cohorte prospectiva de pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) con un promedio de moderada-alta actividad inflamatoria a lo largo del seguimiento; y que fueron reclutados consecutivamente de la consulta de reumatología el día de inicio del primer fármaco biológico (fecha de corte). Se incluyó un grupo control de sujetos sin enfermedad inflamatoria ni autoinmune de igual sexo y edad con los casos. En la fecha de corte todos los pacientes fueron evaluados mediante un cuestionario pre-diseñado de recogida de datos clínicos, analíticos y de composición corporal mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA). Las variables principales fue sarcopenia definida como un índice de masa esquelética relativo (RSMI) < 5,5 kg/m² para mujeres y < 7,26 kg/m² para hombres; la masa grasa (Kg) e índice de masa corporal (kg/m²). Se evaluó el promedio de la actividad inflamatoria según DAS28-VSG obtenido en cada una de las visitas efectuadas desde diagnóstico de la AR (entrada en la cohorte). Otras variables incluidas fueron: comorbilidades, clínico-analíticas, terapéuticas, la actividad física se midió por el cuestionario IPAQ por Unidad Metabólica de Reposo (METs), y la adherencia a la dieta mediterránea se evaluó por cuestio-

nario validado MEDAS. El análisis estadístico incluyó análisis descriptivo, bivalente y dos modelos de análisis multivariante.

Resultados: Participaron 64 sujetos, 32 casos con AR y 32 controles. La mayoría eran mujeres (84,4%), con una media (DE) de edad de 57,1 (10,8) años. Las características basales de ambos grupos de pacientes se muestran en la tabla. En comparación con los controles, los pacientes con AR presentaron una mayor frecuencia de sarcopenia (7 [21,9%] vs. 2 [6,3%]; $p = 0,074$), una media (DE) más elevada de masa grasa (31,8 [7,4] vs. 27,1 [13,8]; $p = 0,129$) e IMC (28,0 [5,2] vs. 26,6 [4,4]; $p = 0,278$) aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística. Los pacientes con AR con sarcopenia tenían en comparación con el resto de pacientes, mayor frecuencia de erosiones (85,7% vs. 32,0%; $p = 0,011$) y dislipemia (71,4% vs. 16%; $p = 0,010$), valores medios (DE) superiores de edad (64,8 [10,2] vs. 55,9 [10,3]; $p = 0,021$), DAS28-VSG promedio (4,5 [0,7] vs. 3,7 [0,8]; $p = 0,031$), HAQ promedio (1,6 [0,3] vs. 1,0 [0,5]; $p = 0,024$) y VSG (33,0 [18,1] vs. 15,8 [10,7]; $p = 0,003$). En el análisis multivariante los factores que se asociaron de forma independiente con la sarcopenia en la AR fueron la edad (OR [IC95%], 1,125 [1,002-1,262]; $p = 0,045$), y el promedio de DAS28-VSG (OR [IC95%], 2,761 [1,843-10,430]; $p = 0,048$) ($R^2 = 0,173$).

Características basales de la muestra

Variable	Artritis reumatoide (N = 32)	Control (N = 32)	p
Epidemiológicas			
Sexo, mujer, n (%)	27 (84,4)	27 (84,4)	1,000
Edad años, media (DE)	57,9 (10,7)	56,4 (10,8)	0,577
Comorbilidades			
Tabaco			0,042
No fumador, n (%)	15 (46,9)	23 (71,9)	
Historia de tabaco, n (%)	17 (53,1)	9 (28,1)	
Obesidad, n (%)	11 (34,4)	8 (25,0)	0,412
Dislipemia, n (%)	23 (71,9)	10 (31,1)	0,784
Hipertensión arterial, n (%)	9 (28,1)	10 (31,1)	0,492
Diabetes mellitus, n (%)	4 (12,5)	3 (9,4)	0,689
Clínicas			
Duración enfermedad, mediana (RIC), meses	83,6 (34,1-191,0)		
Retraso diagnóstico, mediana (RIC), meses	8,1 (4,7-12,6)		
Erosiones, n (%)	14 (43,8)		
Factor reumatoide +, n (%)	28 (87,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Anticuerpos antipeptido C citrulinado +, n (%)	27 (84,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
DAS28-VSG, media (DE)	3,9 (0,8)		
HAQ, media (DE)	1,1 (0,5)		
Tratamientos			
Metotrexato, n (%)	22 (68,8)		
Hidroxicloroquina, n (%)	5 (15,6)		
Leflunomida, n (%)	2 (6,3)		
Sulfasalazina, n (%)	2 (6,3)		

Conclusiones: Nuestros datos preliminares muestran una tendencia significativa a un aumento de sarcopenia en los pacientes con AR con moderada-alta actividad inflamatoria. Además, los pacientes AR con sarcopenia en comparación con el resto de pacientes tienen mayor edad y actividad inflamatoria.

Financiación: apoyado por el proyecto FIS PI22/01207 (Instituto Carlos III, Fondos FEDER).

P014. LA EXPRESIÓN PLASMÁTICA DE LOS MICRORNA-24, 146 Y LET7A PREVIAMENTE RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE PLACA CAROTÍDEA ESTÁ ASOCIADA CON VARIABLES INFLAMATORIAS (DAS28 Y VSG) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Silvia Paredes González-Albo¹, Dídac Llop², Daiana Ibarretxe^{2,3,4}, Roser Rosales², Delia Taverner¹, Núria Plana^{2,3,4}, Lluís Masana^{2,3,4} y Joan Carles Vallvé^{2,3}

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. ²Universitat Rovira i Virgili. Reus. ³Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV). Reus. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a un exceso de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular (CV), aproximadamente de un 50%, en comparación con la población general¹. La formación de placas ateroscleróticas es el principal mecanismo de desarrollo de enfermedad CV en pacientes con AR². La patogenia de las placas ateroscleróticas es multifactorial e incluye componentes vasculares, metabólicos e inflamatorios³. En este sentido, los microRNAs 24, 146 y Let7a se han asociado con la presencia de placas carotídeas en pacientes con AR⁴.

Objetivos: Evaluar, de forma individual y global, si los microRNAs 24, 146 y Let7a están implicados en el estado inflamatorio de la AR y podrían relacionar la inflamación y la arteriosclerosis.

Métodos: Se incluyeron un total de 199 pacientes con AR. Se cuantificaron variables inflamatorias como la puntuación de actividad de la enfermedad 28 (DAS28-VSG) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Los microRNAs se extrajeron del plasma y se cuantificaron con qPCR. Se utilizaron modelos multivariados para el análisis. Se creó una puntuación de expresión para evaluar todos los microRNAs de forma conjunta.

Resultados: Los modelos multivariados mostraron que microRNA-146 se asoció significativamente con DAS28 ($\beta = -0,15$), y los microRNAs 24, 146 y Let7a se asociaron significativamente con VSG ($\beta = -5,17$, $\beta = -5,29$ y $\beta = -6,47$, respectivamente) en la cohorte general. Cuando los microRNA se evaluaron globalmente, también se asociaron significativamente con DAS28 y VSG en la cohorte general ($\beta = 0,41$ y $\beta = 14,23$, respectivamente). Los análisis estratificados por sexo también mostraron diferentes asociaciones de estos microRNAs con las variables inflamatorias (tabla).

Resumen de los modelos de regresión lineal multivariable para estimar las asociaciones entre microRNAs (miRNAs) y DAS28 y VSG en la cohorte global y estratificada por sexo

MiRNAs association with DAS28 and ESR			
	β	p	R ² (%)
DAS28			
Overall cohort			
Basal Model			12,75
+ miRNA-146	-0,15	0,04	14,16
+ Expression Score	0,41	0,049	15,30
Men			
Basal Model			13,91
+ miRNA-146	-0,23	0,02	22,06
+ Expression Score	0,78	0,01	26,34
ESR			
Overall cohort			
Basal Model			10,57
+ miRNA-24	-5,17	0,002	15,25
+ miRNA-146	-5,29	0,0003	16,41
+ miRNA-Let7a	-6,47	0,0005	16,15
+ Expression Score	14,23	< 0,0001	18,63
Men			
Basal Model			15,73
+ miRNA-24	-5,18	0,03	23,16
+ miRNA-146	-5,01	0,01	24,84
+ miRNA-Let7a	-6,54	0,02	24,03
+ Expression Score	14,79	0,01	26,37
Women			
Basal Model			9,95
+ miRNA-24	-5,29	0,02	13,97
+ miRNA-146	-5,55	0,008	14,82
+ miRNA-Let7a	-6,37	0,01	14,48
+ Expression Score	15,26	0,008	17,29

Los modelos basales se ajustan por edad, sexo, índice de masa corporal, inicio de la enfermedad, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, corticoides y fármacos biológicos. β = coeficiente beta, p = valor p.

Conclusiones: Las expresiones plasmáticas de microRNA-24, 146 y Let7a se asociaron con marcadores inflamatorios de AR. Estos microRNAs están asociados tanto con la inflamación como con la aterosclerosis, lo que podría vincular estos procesos y utilizarse como posibles dianas terapéuticas para la AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castañeda S, Martín-Martínez MA, González-Juanatey C, Llorca J, García-Yébenes MJ, Pérez-Vicente S, *et al.* Cardiovascular morbidity and associated risk factors in Spanish patients with chronic inflammatory rheumatic diseases attending rheumatology clinics: Baseline data of the CARMA Project. *Semin Arthritis Rheum.* 2015;44:618-26.
2. Ambrosino P, Lupoli R, Di Minno A, Tasso M, Peluso R, Di Minno MND. Subclinical atherosclerosis in patients with rheumatoid arthritis. A meta-analysis of literature studies. *Thromb Haemost.* 2015;113:916-30.
3. Wolf D, Ley K. Immunity and Inflammation in Atherosclerosis. *Circ Res.* 2019;124:315-27.
4. Llop D, Ibarretxe D, Plana N, Rosales R, Taverner D, Masana L, *et al.* A panel of plasma microRNAs improves the assessment of surrogate markers of cardiovascular disease in rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford).* 2022.

P015. PERFIL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIOS A TERAPIAS DIRIGIDAS EN VIDA REAL

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

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

Introducción: A pesar de las numerosas alternativas terapéuticas disponibles para la artritis reumatoide (AR), en práctica clínica hay una proporción de pacientes que no responden a las diferentes líneas de tratamiento. En 2021 EULAR define como AR refractaria o de difícil tratamiento aquellos pacientes que fallan a FAME convencional y además al menos a dos terapias dirigidas (TDs) con distintos mecanismos de acción.

Objetivos: Analizar las características clínicas y terapéuticas en pacientes con AR a los que se les han administrado al menos 3 líneas de tratamiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de AR (criterios ACR/EULAR 2010). Se clasificarán en AR no refractaria a tratamiento (han requerido hasta 2 líneas de TDs) y

AR refractaria a tratamiento (han requerido al menos 3 líneas). De la historia clínica electrónica se extraen las características demográficas y clínicas, y se analizan las diferentes líneas terapéuticas administradas, su duración y los motivos de retirada de tratamiento.

Resultados: Se seleccionaron 544 pacientes con AR en tratamiento con TDs, de los cuales 122 han requerido al menos 3 líneas terapéuticas diferentes. Los pacientes que requieren de 3 líneas o más presentan menor edad al diagnóstico (tabla 1). La opción mayoritaria de tratamiento en primera línea es un anti-TNF, sin embargo es menos habitual en los pacientes con 1 o 2 líneas terapéuticas respecto a los pacientes con al menos 3 líneas empleadas ($p < 0,001$) (tabla 2). Es más habitual el *cycling* en la 2ª línea en pacientes que han requerido al menos 3 líneas terapéuticas ($p < 0,001$), pero a partir de la 3ª línea el *switching* es mayoritario y se utilizan diferentes familias terapéuticas. Se observa una tendencia a la eliminación del FAME concomitante y a la reducción de la duración del tratamiento conforme se avanza en las líneas terapéuticas en los pacientes refractarios. En los pacientes refractarios la causa principal de retirada del tratamiento en 1ª y 2ª línea es el fallo secundario ($p < 0,001$), siendo la reacción adversa más habitual como motivo de suspensión en los pacientes con 1 o 2 líneas terapéuticas ($p = 0,005$). Al analizar los motivos de retirada de tratamiento en 1ª y 2ª línea, excluyendo "otros motivos", en el caso de los pacientes refractarios, si en primera línea terapéutica se da un fallo primario, el 30% de los pacientes vuelven a retirar el tratamiento por el mismo motivo; y en el caso de reacción adversa en 1ª línea, el 33% de los pacientes vuelven a suspender el tratamiento en 2ª línea por el mismo motivo.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con AR

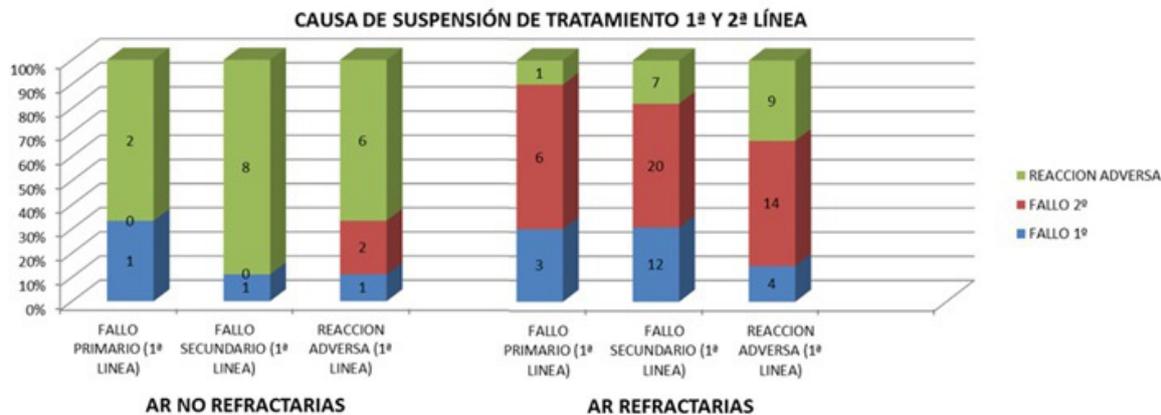
Variable	Pacientes con 1 o 2 líneas de tratamiento (N = 422)	Pacientes con al menos 3 líneas de tratamiento (N = 122)	p
	Media (DE)/n (%)	Media (DE)/n (%)	
Edad al diagnóstico (años)	48,1 (13,2)	42,5 (11,8)	< 0,001
Edad (años)	66,4 (11,6)	65,1 (11,7)	0,278
Líneas terapéuticas administradas	1,3 (0,5)	4 (1,2)	< 0,001
Edad al inicio de 1ª línea terapéutica	57 (11,5)	50,4 (10,7)	< 0,001
Tiempo desde inicio de 1ª línea hasta la actualidad (meses)	113,1 (79,4)	177,2 (61,1)	< 0,001
Evolución de la AR hasta 1ª línea terapéutica (meses)	108,2 (111)	96 (98,2)	0,273
Duración del tratamiento (meses)	70,7 (67,4)	46,2 (47,7)	< 0,001
Sexo (mujer)	317 (75,3%)	109 (89,3%)	0,001

Tabla P015

Tabla 2. Características de las diferentes líneas terapéuticas de los pacientes

Variable	AR no refractarias		AR refractarias							
	1ª línea (N = 422)	2ª línea (N = 136)	1ª línea (N = 122)	2ª línea (N = 122)	3ª línea (N = 122)	4ª línea (N = 71)	5ª línea (N = 29)	6ª línea (N = 13)	7ª línea (N = 6)	8ª línea (N = 3)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				
TDs										
ANTI-IL6	54 (12,8)	19 (13,9)	10 (8,2)	16 (13,1)	32 (26,2)	22 (30,9)	4 (13,8)	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)
ANTI-JAK	73 (17,3)	27 (19,9)	3 (2,5)	9 (7,4)	24 (19,7)	18 (25,4)	10 (34,5)	8 (61,5)	4 (66,7)	2 (66,7)
ANTI-TNF	257 (60,9)	52 (38,2)	101 (82,8)	80 (65,6)	35 (28,7)	10 (14,1)	3 (10,3)	1 (7,7)	2 (33,3)	1 (33,3)
Otras	38 (9)	38 (27,9)	8 (6,5)	17 (13,9)	31 (25,4)	21 (29,6)	12 (41,4)	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)
Cambio de tratamiento										
<i>Cycling</i>	0 (0)	45 (33,1)	0 (0)	73 (59,8)	35 (28,7)	8 (11,3)	1 (3,5)	2 (15,4)	4 (66,7)	1 (33,3)
<i>Switching</i>	0 (0)	91 (66,9)	0 (0)	49 (40,2)	87 (71,3)	63 (88,7)	28 (96,5)	11 (84,6)	2 (33,3)	2 (66,7)
FAME convencional										
No pautado	150 (35,7)	24 (19,7)	45 (33,1)	29 (23,8)	32 (26,2)	20 (28,2)	8 (27,6)	5 (38,5)	5 (83,3)	1 (33,3)
Metotrexato	202 (47,9)	64 (52,5)	67 (49,3)	59 (48,4)	56 (45,9)	28 (39,4)	12 (41,4)	4 (30,8)	1 (16,7)	2 (66,7)
Leflunomida	55 (13)	29 (23,8)	17 (12,5)	29 (23,8)	25 (20,5)	12 (16,9)	3 (10,3)	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)
Otros	15 (3,5)	5 (4,1)	7 (5,2)	5 (5)	9 (7,4)	11 (15,5)	6 (20,7)	3 (23,1)	0 (0)	0 (0)
Causas de suspensión										
Fallo primario	19 (9,4)	3 (6,5)	15 (12,3)	28 (22,9)	14 (17,5)	7 (20)	3 (20)	3 (33,3)	1 (33,3)	0 (0)
Fallo secundario	68 (33,5)	2 (4,4)	69 (56,6)	62 (50,9)	44 (55)	14 (40)	7 (46,7)	2 (22,2)	2 (66,7)	0 (0)
Reacción adversa	71 (34,9)	18 (39,1)	35 (28,7)	28 (22,9)	22 (27,5)	12 (34,3)	4 (26,7)	4 (44,5)	0 (0)	1 (100)
Otros*	45 (22,2)	23 (50)	3 (2,4)	4 (3,3)	0 (0)	2 (5,7)	1 (6,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

*Otros: deseo gestacional, voluntad del paciente, traslado a otro centro, remisión.



P015 Figura. Causas de suspensión de tratamiento en 1ª y 2ª línea.

Conclusiones: Los pacientes con AR refractarios a TDs de este estudio presentan una menor edad al diagnóstico. Con una media de 4 líneas diferentes de TDs en estos pacientes, el tratamiento con anti-TNF es más utilizado en la primera y segunda línea, y ya a partir de la tercera se modifican los tratamientos principalmente a través del *switching*. A pesar de que el fallo secundario es la causa más frecuente de suspensión del tratamiento en primera y segunda línea terapéutica en estos pacientes, si parece haber una tendencia a que la retirada por un fallo primario volverá a retirar por el mismo motivo en la 2ª línea de tratamiento, y lo mismo ocurre con las reacciones adversas.

P016. SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE TERAPIAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON ARTRITIS MAYORES DE 65 AÑOS

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

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

Introducción: Las artritis inflamatorias crónicas han mejorado mucho su pronóstico y el tratamiento con terapias dirigidas (biológicos o anti-JAKs) se da en pacientes cada vez más mayores. Los ensayos clínicos aportan información principalmente en pacientes menores de 65 años, por lo que son necesarios estudios de vida real para conocer más sobre estos tratamientos en pacientes mayores de 65 años.

Objetivos: Comparar las características de pacientes con artropatía inflamatoria en terapias dirigidas y analizar la supervivencia y seguridad del tratamiento según grupos de edad.

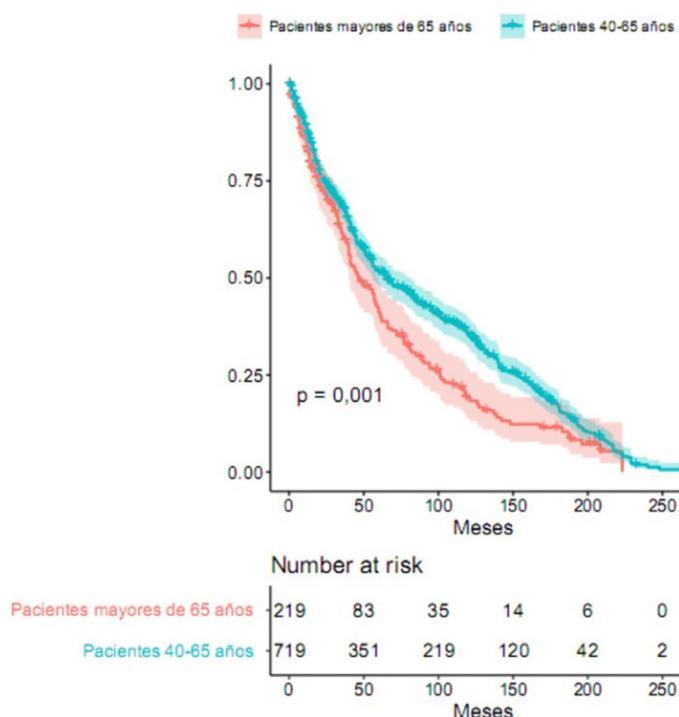
Métodos: Estudio observacional transversal donde se incluyen pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA), mayores de 40 años, que inician tratamiento biológico o anti-JAK en consultas externas de Reumatología entre 2000 y 2022. Se realiza un análisis comparativo y de supervivencia usando curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 938 pacientes (62% mujeres), de los cuales el 20,3% eran APs, el 55,6% AR y el 24,1% EA, con una media de edad al inicio del tratamiento de 57 (10) años y un tiempo medio de tratamiento de 68 (64) meses. Se dividieron los pacientes según la edad al inicio de tratamiento: 40-65 años y ≥ 65 años. 219 pacientes (23,3%) eran ≥ 65 años. En la tabla se detalla el análisis comparativo entre ambos grupos. Los pacientes mayores de 65 años al inicio del tratamiento presentaban mayor frecuencia de hipertensión arterial, diabetes *mellitus* y dislipemia. Mediante análisis de regresión logística se observa una asociación entre la administración de FAME con-

comitante con el grupo de > 65 años (p < 0,001), siendo el metotrexato el más utilizado en este grupo (44,8%). Los tratamientos anti-TNF son frecuentes en ambos grupos, y se observa una asociación entre la administración de anti-IL6 y pacientes mayores de 65 años (p < 0,001). También es mayor la administración de tratamientos previos en los pacientes > 65 años (p = 0,002) y la duración del tratamiento es menor que en los pacientes menores de 65 años (p < 0,001). Las reacciones adversas en pacientes mayores son más frecuentes como motivo de retirada del fármaco (p = 0,008), siendo las infecciones más habituales en estos pacientes. Al analizar la supervivencia terapéutica, los pacientes mayores de 65 años presentan menor duración del tratamiento (p = 0,001).

Análisis comparativo de variables clínicas según grupos de edad

Variable	Edad al inicio de tto 40-65 años N = 719	Edad al inicio de tto ≥ 65 años N = 219	p
	Media (DE)/ n (%)	Media (DE)/ n (%)	
Edad al diagnóstico (años)	43 (11)	56 (14)	< 0,001
Edad al inicio del tratamiento (años)	53 (7)	72 (5)	< 0,001
Tiempo desde el diagnóstico al inicio de tratamiento (años)	10 (10)	17 (12)	< 0,001
Tiempo de tratamiento (meses)	73 (66)	52 (52)	< 0,001
Mujeres	425 (59,1%)	156 (71,2%)	0,001
Diagnóstico			
AR	359 (49,93%)	163 (74,43%)	< 0,001
APs	168 (23,37%)	22 (10,05%)	< 0,001
EA	192 (26,7%)	34 (15,53%)	< 0,001
Hipertensión arterial	130 (29%)	84 (57,9%)	< 0,001
Diabetes <i>mellitus</i>	47 (10,5%)	32 (22%)	< 0,001
Dislipemia	124 (27,7%)	61 (42,1%)	< 0,001
Neoplasia	54 (13%)	27 (22,5%)	0,016
FAME concomitantes al tratamiento			
Monoterapia	355 (49,4%)	79 (36,1%)	< 0,001
Metotrexato	246 (34,2%)	98 (44,8%)	0,006
Leflunomida	72 (10%)	22 (10,1%)	0,999
Otros	37 (5,2%)	20 (9,1%)	0,045
Tratamientos			
ANTI-TNF	399 (55,5%)	86 (39,3%)	< 0,001
ANTI-JAK	114 (15,9%)	33 (15,1%)	0,862
ANTI-IL17	84 (11,7%)	12 (5,5%)	0,012
ANTI-IL6	55 (7,7%)	32 (14,6%)	0,003
Otros	67 (9,3%)	56 (25,6%)	< 0,001
Tratamiento en continuación	559 (77,9%)	158 (72,1%)	0,895
Tratamiento retirado por fallo primario	10 (1,4%)	3 (1,4%)	0,999
Tratamiento retirado por fallo secundario	27 (3,8%)	5 (2,3%)	0,401
Tratamiento retirado por otros motivos	57 (7,9%)	18 (8,2%)	0,919
Tratamiento retirado por reacción adversa	65 (9,1%)	35 (15,9%)	0,005
Infecciones	11 (1,5%)	8 (3,7%)	0,093
Neoplasia	26 (3,6%)	7 (3,2%)	0,932
Tratamiento de primera línea	444 (61,8%)	99 (45,2%)	< 0,001
Cycling	85 (11,8%)	29 (13,2%)	0,656
Switching	190 (26,4%)	91 (41,6%)	< 0,001



Supervivencia terapéutica en pacientes con artritis según grupos de edad.

Conclusiones: El grupo de pacientes mayores de 65 años presentan una mayor frecuencia en el uso de FAME concomitante, una mayor proporción de retirada de fármaco por reacciones adversas y una menor supervivencia terapéutica.

P017. APLICACIÓN EN PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS CRITERIOS DE CRIBADO DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ARTRITIS REUMATOIDE PROPUESTOS POR LA SER-SEPAR EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO PRELIMINAR

Helena Borrell Paños¹, Ernesto Trallero Araguás¹, Xabier Michelena Vegas¹, Andrea Pluma Sanjurjo¹, Luis Coronel Tarancón¹, David Vladimir Clofent Alarcón², Hugo Avalos Bogado¹, Sara Marsal Barril¹ y María López Lasanta¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Recientemente se ha propuesto una herramienta de cribado, realizada en colaboración con dos sociedades científicas (Sociedad Española de Reumatología-SER- y Neumología (SEPAR), combinando datos clínicos y serológicos con el fin de mejorar la detección de la EPID-AR y mejorar así su pronóstico¹.

Objetivos: Aplicar una nueva herramienta de cribado de la EPID en una cohorte de pacientes con AR para determinar su prevalencia, así como evaluar la utilidad de la carga de exploraciones complementarias que se generaran en el sistema sanitario para dicho fin derivadas de la aplicación de este cribado.

Métodos: Estudio transversal observacional y unicéntrico, de una cohorte de pacientes con AR en seguimiento activo en el Servicio de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron. La muestra serán todos los pacientes que acuden a consulta de forma rutinaria durante 1 año de estudio (julio 2022-julio 2023) y que no estén diagnosticados previamente de EPID. Para evaluar la presencia de afectación pulmonar se realizará una anamnesis detallada y auscultación pulmonar. Posteriormente se aplicará la herramienta de

cribado para proceder con la realización de exploraciones complementarias si es preciso (figs.). Las programaciones de la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), pruebas funcionales respiratorias (PFRs) y radiografía (Rx) de tórax se realizan de forma rutinaria dentro del circuito habitual con los servicios de radiología y neumología.

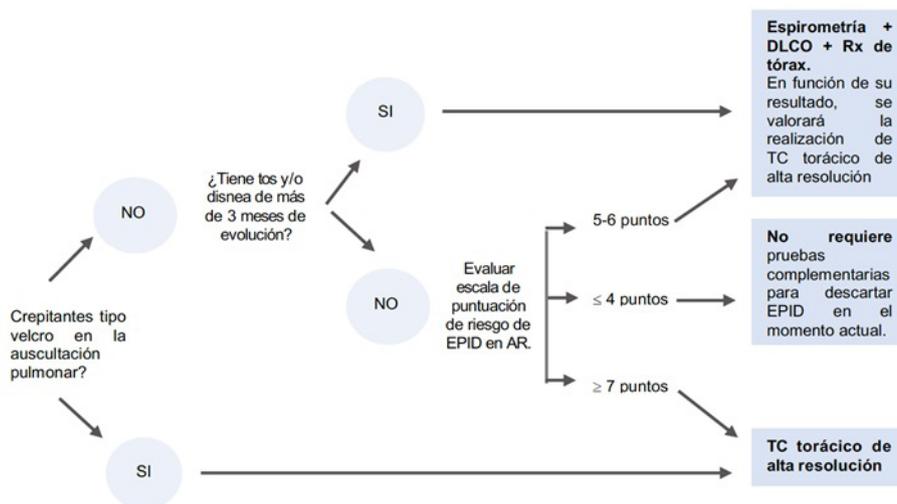
Resultados: En 6 meses (julio-diciembre 2023) se ha aplicado la estrategia a 349 pacientes. De estos, en un 22,3% (78) se ha recomendado solicitud de TCAR, en un 31,2% (109) Rx tórax y PFRs y en un 46,5% (162) seguimiento habitual. De los 78 pacientes a los que se le ha recomendado TCAR, este ya se ha realizado en 19 pacientes (se describen las características de estos pacientes en la tabla), en dos de los cuales se ha hecho el diagnóstico de EPID (1 neumonía intersticial no específica-NINE- y 1 neumonía intersticial usual -NIU-), ambos en grado incipiente-leve. Ninguno de los dos pacientes presentaba síntomas ni alteraciones en la auscultación, y ambos están pendientes de realización de PFRs. En más de la mitad de los casos se encontraron otras alteraciones en el TCAR atribuibles al tabaco. De los 109 pacientes a los que se recomienda realización de Rx tórax y PFRs, se han realizado hasta la fecha 26 (un 24%) dato marcado por la demora habitual en el servicio de neumología para la realización de las PFRs. Se ha detectado un patrón restrictivo en 4 pacientes (15,4%), la mitad de los cuales presentaban además descenso de la DLCO. Estos 4 pacientes se encuentran pendientes del TCAR. El 50% de las PFRs realizadas fueron normales y en el resto de los casos se han observado alteraciones compatibles con otras patologías respiratorias.

Mujer, n (%)	11 (57,9%)
Tiempo de evolución de la AR, mediana (RIQ), (años)	11(5-21,5)
FR +, n (%)	
< 3VN	5 (26,3%)
≥ 3VN	14(73,7%)
ACPA +, n (%)	
Neg	2 (10,5%)
< 3VN	0
≥ 3VN	17 (89,5%)
ANA Positivo (> 1/160), n (%)	3(15,8%)
Erosiva, n (%)	11(57,9%)
Tabaquismo, n (%)	
No	2 (10,5%)
< 20 paq/año	4 (21,1%)
≥ 20 paq/año	13 (68,4%)
≥ 1 factor de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipemia, obesidad), n (%)	8 (42,1)
Actividad de la enfermedad moderada-alta (DAS28-VSG promedio > 3,2) desde el diagnóstico de la enfermedad en AR de inicio (< 12 meses) o durante un mínimo de 6 meses	0 (0)
en AR establecida, n (%)	
Tos seca y/o disnea de más de 3 meses	2 (10,5%)
Crepitantes tipo velcro, n (%)	1 (5,3%)
Historia familiar de EPID, n (%)	2 (10,5%)
Rx tórax, n (%)	
Realizada durante la evolución	16 (84,2%)
No disponible	3 (15,8%)
TCAR compatible con EPID, n (%)	2 (10,5%)
Otros hallazgos TCAR, n (%)	
Enfisema	10 (52,3%)
Bronquiectasias	13 (68,4%)

Conclusiones: La aplicación de este algoritmo de cribado está permitiendo diagnosticar a pacientes con EPID asintomática. Sin embargo, hay que seguir estudiando la rentabilidad de la realización de las diversas exploraciones complementarias y la necesidad o no de tratamiento en este perfil de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Narváez J, Aburto M, Seoane-Mato D, *et al.* Criterios de cribado de la enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a la artritis reumatoide: propuesta de expertos basada en metodología Delphi. Reumatología Clínica. 2022.



P017 Figura 1. Algoritmo de cribado.

Conjunto de variables y propuesta de puntuación de cada una de las variables para el cómputo global.	Puntuación
Edad ≥ 60 años	2
Sexo varón	1
Historia de tabaquismo (fumador activo o exfumador)	
≤ 20 paquetes/año	2
> 20 paquetes/año	3
Duración de la enfermedad > 5 años	1
Actividad de la enfermedad moderada-alta (DAS28-VSG promedio >3.2) desde el diagnóstico de la enfermedad en pacientes con AR de inicio (tiempo de evolución < 12 meses) o durante un mínimo de 6 meses en pacientes con AR establecida.	1
Serología (sólo se cuenta el criterio de mayor ponderación para la puntuación total)	
Factor reumatoide positivo > 3 veces por encima del límite superior de la normalidad (LSN)	1
ACPA positivos < 3 veces del LSN	2
ACPA positivos > 3 veces del LSN	3
Historia familiar de EPID	1

P017 Figura 2. Escala de puntuación de riesgo de EPID en AR para pacientes asintomáticos y sin crepitantes tipo velcro en la exploración física.

P018. IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN LA EFICACIA Y EN LA TASA DE RETENCIÓN AL PRIMER FÁRMACO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO. DATOS DEL REGISTRO ESPAÑOL BIOBADASER

Jerusalem Calvo Gutiérrez^{1,2,3}, Clementina López-Medina^{1,2,3}, Lucía Otero-Varela⁴, Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3}, Rafaela Ortega Castro^{1,2,3}, María Lourdes Ladehesa Pineda^{1,2,3}, Cristina Campos Fernández⁵, Pilar Bernabéu⁶, Cristina Bohórquez⁷, Alicia García Dorta⁸, Dolores Ruiz-Montesinos⁹, Manuel Pombo-Suárez¹⁰, Inmaculada Ros¹¹, Fernando Sánchez-Alonso⁴ e Isabel Castrejon¹²

¹UCG de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Grupo GC053. Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Córdoba.
⁴Fundación Española de Reumatología. Unidad de Investigación. Madrid.
⁵Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.
⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.
⁷Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.
⁸Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.
⁹Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
¹⁰Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña.
¹¹Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma.
¹²Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen una mayor prevalencia de comorbilidades, en comparación con la pobla-

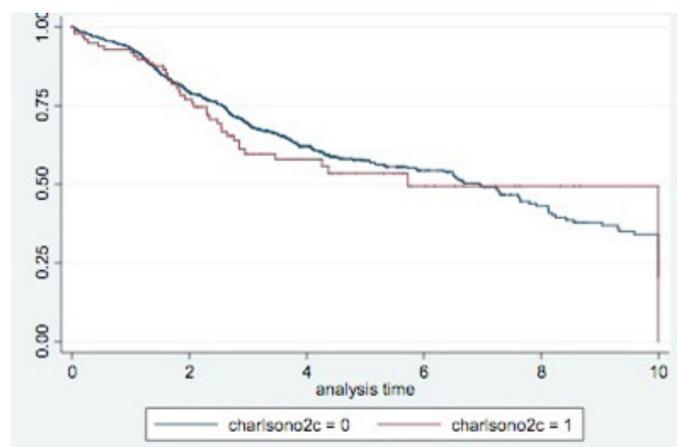
ción general. La presencia de tales comorbilidades se ha asociado directamente con una mayor actividad de la enfermedad. Sin embargo, poco se sabe sobre el impacto de las comorbilidades en la respuesta terapéutica y en la tasa de retención.

Objetivos: a) Evaluar el efecto de las comorbilidades sobre la efectividad del primer fármaco modificador de la enfermedad biológico (FAMEb) en pacientes con AR tras 2 años de seguimiento, y b) determinar la influencia de dichas comorbilidades en la tasa de retención del primer FAMEb.

Métodos: La población de estudio estuvo formada por pacientes con diagnóstico de AR y expuestos a un primer FAMEb, incluidos en BIOBADASER. BIOBADASER es un amplio registro prospectivo nacional de seguridad de pacientes con enfermedades reumáticas expuestos a FAMEb o FARMETs. Los pacientes se clasificaron en dos grupos al inicio del estudio según la puntuación del índice de comorbilidad de Charlson (ICC): < 3 y ≥ 3. Se compara el porcentaje de los pacientes que alcanzaron la remisión (DAS28 < 2,6) en los puntos temporales de 1 y 2 años después del inicio del anti-TNF mediante la prueba de chi-cuadrado. Se comparó la puntuación absoluta del DAS28 a lo largo del tiempo entre ambos grupos de pacientes mediante un modelo de regresión lineal ajustado por edad y sexo, considerando como covariable la visita de seguimiento. Finalmente, se comparó la tasa de retención del primer FAMEb entre pacientes con índice de comorbilidad de Charlson (< 3 y ≥ 3) mediante el test de log-rank y la curva de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.253 pacientes que iniciaron FAMEb (76,6% mujeres y edad media al inicio de la terapia de

56 años). En total, 107 (9%) de pacientes tenían un ICC ≥ 3 , siendo la diabetes la comorbilidad más frecuente (5,0%). No se encontraron diferencias en DAS28 $< 2,6$ entre pacientes con ICC < 3 y ICC ≥ 3 al año de seguimiento (48,2 vs. 44,2%, $p = 0,457$), ni a los 2 años (50,8 vs. 40,7%, valor $p = 0,135$). El modelo de regresión lineal mostró puntuaciones significativamente más altas de DAS28 en pacientes con un ICC ≥ 3 después de ajustar por edad y sexo durante los dos años (coeficiente beta 0,27, IC95%: 0,02-0,51; valor $p = 0,034$). Finalmente, no se encontraron diferencias en la tasa de retención de FAMEb entre ambos grupos (mediana 2,6 años [RIC: 1,5-4,1] en ICC < 3 vs. 2,1 años [RIC: 0,6-3,7] en ICC ≥ 3 ; log rank test p -valor 0,467) (fig.).



Curva de Kaplan Meier que compara la tasa de retención del primer FAMEb entre los dos grupos.

Conclusiones: Estos datos sugieren que un mayor ICC en pacientes con AR se asocia con mayores puntuaciones DAS28 durante los dos primeros años tras el inicio de FAMEb, aunque no se encontraron diferencias en el estado de remisión. Se encontró una tasa de retención más corta en pacientes con ICC ≥ 3 , aunque la diferencia no fue significativa. Estos resultados sugieren una menor probabilidad de control de la actividad de la enfermedad en pacientes con comorbilidades tras el inicio de la FAMEb.

Table P019

Characteristics and incidence rates of demyelinating events in the included studies

Study	Design	Population	Outcome
Lingyi 2022 (1)	Nested case-control	N = 462/296,918	Case = multiple sclerosis
Taylor 2021 (2)	Canadian healthcare databases Prospective Cohort British Society for Rheumatology Biologics Register	Rheumatic diseases. mixed population N = 35/13,489 Mixed population of inflammatory arthritis	Pooled IRR (95%CI): 2.05 (1.13-3.72) Incidence (95%CI): 19.7/100,000 pts-years (13.7-27.3) SIR (95%CI): 1.38 (0.96-1.92) Definite cases: 0.83 (0.51-1.26) Males: 2.75 (1.31-5.06) Case = Any inflammatory CNS event OR 4.82 (95%CI 1.62-14.36)
Kunchok 2020 (3)	Nested case-control	N = 106 cases/106 controls	Incidence Rate: 0.37-0.39/1000 pt-yrs
Koop 2020 (4)	Medical records at Mayo Clinic (USA) Combined biologic registers in Sweden and Denmark	N = 271 and 51/111,455 RA pts	HR (95%CI) TNFi exposed vs. non: Sweden: 0.97 (0.72 to 1.33) Denmark: 1.45 (0.74 to 2.81) SIR 1.11 (95%CI 0.63-1.93) RA: 0.65 (95%CI 0.24-1.72) Males: 3.48 (95%CI 1.45-8.37)
Dreyer 2016 (5)	Register-based cohort study DANBIO	N = 27,880 patients with arthritis and TNFi therapy	Incident rate in RA: 0.69 (95%CI: 0.36-1.32) MS 0.05 (95%CI: 0.01-0.33). vs. Spanish population 0.02-0.04 \times 1,000
Fernández-Espartero 2011 (6)	BIOBADASER-Spain	N = 9/13,075 RA pts-years	Adjusted rate ratios (95%CI): TNFi 1.31 (0.68-2.50) Anakinra 0.80 (0.29-2.24) MTX 1.09 (0.63-1.89)
Bernatsky 2010 (7)	Nested case-control	N = 104,958 RA pts 81 cases and 810 controls	

RA. rheumatoid arthritis; SIR. standardized incidence rate; CI. confidence interval; CNS. central nervous system; HR. hazard ratio; OR. odds ratio; MTX. methotrexate; MS. multiple sclerosis; TNFi. tumour necrosis factor inhibitor.

P019. RISK OF DEMYELINATING EVENTS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS RECEIVING TUMOUR NECROSIS FACTOR INHIBITORS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Isabel Castrejon^{1,2}, Lucia Silva-Fernández³, Jose A. Gómez Puerta⁴, Ana M Ortiz⁵, Natalia Mena-Vázquez⁶, Jesús Tornero-Molina⁷, Chamaida Plasencia⁸ and Jose Maria Álvaro-Gracia^{1,2}

¹Rheumatology Department. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid. ²Department of Medicine. Complutense University. Madrid. ³Hospital Universitari Son Espases. Palma. ⁴Hospital Clinic de Barcelona. ⁵Hospital de la Princesa. Madrid. ⁶Hospital de Málaga. ⁷Hospital Universitario de Guadalajara. ⁸La Paz University Hospital. Madrid.

Introduction: Several case reports published in the 2000's indicated that demyelinating diseases could be a serious adverse event following TNF inhibitors (TNFi) treatment, however, initial data from biological therapy registries did not bring enough clarification. **Objectives:** To investigate whether treatment with TNFi or other biologics or targeted synthetic DMARDs is associated with an increased risk of demyelinating events among patients with rheumatoid arthritis (RA).

Methods: A systematic search was performed in MEDLINE, EMBASE (up to October 2022), and by manual references lists. The selection criteria were as follows: (population) patients with RA; (intervention) treatment with any biologic including TNFi and targeted synthetic DMARDs, (outcome) demyelinating event; (study design) observational studies and randomised clinical trials. Titles and abstracts were screened and data were extracted from the selected studies including quality evaluation, and outcomes of interest.

Results: From 368 identified studies, 4 cohorts and 3 nested case-control studies reported risk of demyelinating events in patients with inflammatory arthritis following treatment with biologics, mainly TNFi and anakinra, in one study. Most studies included mixed populations of RA and other inflammatory arthritis and patients with RA were analysed as a separate subgroup in some of the studies. Two nested case-control reported an increased risk but included a population of autoimmune diseases, with no analysis of a subgroup of patients with RA. In general, demyelinating events were very uncommon in patients receiving TNFi, with a marginal increased risk in males with RA in two studies (Table).

Conclusions: No consistent and significant risk of demyelinating disease following TNFi treatment was found in patients with RA. Only a marginal and slight increase of risk was found in male patients with RA. The small number of events in these registries is reassuring when considering the use of TNFi. A careful consideration is recommended in individuals at highest risk or with family history of demyelinating diseases.

REFERENCES

1. Li L, et al. Neurology. 2022;10:1212.
2. Taylor TRP, et al. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2021;8(3).
3. Kunchok A, et al. JAMA Neurol. 2020;77(8):937-46.
4. Kopp TI, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79(5):566-72.
5. Dreyer L, et al. Ann Rheum Dis. 2016;75(4):785-6.
6. Fernández-Espartero MC, et al. Semin Arthritis Rheum. 2011;41(3):524-33.
7. Bernatsky S, et al. Ann Rheum Dis. 2010;69(9):1691-3.

P020. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A UN PEOR DESENLACE -EXITUS- EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE E INFECCIÓN GRAVE

Carmen Paloma Vela Casasempere^{1,2}, Lorena Vegara Vicea³, Silvia Gómez Sabater² y Rocio Caño Alameda²

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²ISABIAL.

³Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Las infecciones constituyen una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas y autoinmunes sistémicas. En la artritis reumatoide (AR), este aumento del riesgo se ha relacionado con las alteraciones del sistema inmunitario propias de la enfermedad, los fármacos utilizados para su control (corticoesteroides, FAME e inmunosupresores) y las comorbilidades asociadas. La mayoría de estudios se centran en la búsqueda de factores asociados al desarrollo de infecciones, pero no exploran el peor de los desenlaces: el fallecimiento del paciente.

Objetivos: Identificar factores que ayuden a predecir un desenlace desfavorable (*exitus*) tras una infección grave en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de casos y controles. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de AR con ingreso hospitalario por infección, durante el periodo 1/1/2010 a 31/12/2019 (prepandemia SARS-CoV-2). La variable principal fue *exitus* por el episodio infeccioso. Se recogió: edad, sexo, tiempo de evolución de AR, tratamiento previo y en el ingreso, número de ingresos por infección, localización de infección, comorbilidades, otras enfermedades graves asociada. La estadística incluyó: análisis descriptivo de las variables (expresadas como mediana y rango intercuartílico -RIC- para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas), y el estudio de asociación mediante la prueba de la χ^2 o la prueba exacta de Fisher para variables cualitativas, y t-Student o U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para variables cuantitativas.

Resultados: Se obtienen 152 pacientes, (71,7% mujeres, 28,3% varones), con un total de 214 episodios de ingreso por infección (115 pacientes con 1 episodio (75,7%), 25 (16,4%) dos episodios, siendo 6 el máximo número de episodios registrados). La mediana de edad al ingreso fue de 77 años, la mediana del tiempo de evolución de la AR fue de 8 años (RIC 4-16). La localización de la infección responsable del ingreso fue principalmente respiratoria y urinaria. Fallecieron en el episodio 48 pacientes (31,6% de la muestra, 15 varones y 33 mujeres, mediana de edad 81,5 años (RIC 69,5-86,5)). Comparando los pacientes con desenlace desfavorable (*exitus*) frente al resto, solamente se encontró diferencia estadísticamente significativa en el número de ingresos previos ($p = 0,011$),

y en la coexistencia de alguna otra enfermedad grave (*exitus* 85,4%, resto 61,5% $p = 0,003$). No hubo diferencias por sexo, edad, tiempo de evolución de AR, fármacos, localización de la infección, ni comorbilidades.

Conclusiones: El antecedente de ingreso hospitalario por infección, y padecer otra enfermedad grave, son factores que se asocian a un desenlace desfavorable (*exitus*) en pacientes con AR que ingresan por un proceso infeccioso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Listing J, Gerhold K, Zink A. The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. Rheumatology. 2013;52(1):53-61.
2. George MD, Baker JF, Winthrop K, Hsu JY, Wu Q, Chen L, et al. Risk for Serious Infection With Low-Dose Glucocorticoids in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Cohort Study. Ann Intern Med. 2020;173(11):870-8.
3. Singh JA, Cameron C, Noorbaloochi S, Cullis T, Tucker M, Christensen R, et al. Risk of serious infection in biological treatment of patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2015;386(9990):258-65.

P021. UNA AUDITORÍA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA

José Luis Andréu Sánchez¹, Zulema Plaza², Fernando Sánchez-Alonso², Héctor Corominas³, José Javier Pérez-Venegas⁴ y José Andrés Román-Ivorra⁵

¹Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.

²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

³Reumatología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau.

Barcelona. ⁴Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Sevilla. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Politécnico La Fe.

Valencia.

Introducción: El proyecto AR Excellence evaluó la calidad asistencial de la atención de pacientes con artritis reumatoide (AR) atendiendo a la estrategia *Treat to Target* (T2T) en unidades de reumatología (UR) de hospitales españoles. Dicho proyecto permitió detectar las principales áreas de mejora en la atención de los pacientes y establecer propuestas de mejora. Tras varios años desde su finalización, se reevalúan los criterios de calidad seleccionados.

Objetivos: Examinar la atención a los pacientes con AR mediante un proceso de evaluación de la calidad asistencial basada en la estrategia T2T en las UR de centros hospitalarios españoles.

Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que cumplirían criterios de clasificación para AR de ACR/EULAR 2010 y que hubieran sido diagnosticados entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017, en UR españolas. Se eligieron aleatoriamente 13 historias clínicas de cada centro a partir de un listado informatizado anónimo aportado por las UR. Auditores independientes revisaron las historias clínicas, comprobando la presencia explícita de los diferentes criterios de calidad contemplados por una herramienta de evaluación, específicamente desarrollada para este proyecto. El estudio fue aprobado por el CEIC de referencia y los CEIC locales de cada centro participante. Se utiliza estadística descriptiva para la presentación de los datos.

Resultados: Se evaluaron 373 historias clínicas de 29 UR españolas. La edad media de los pacientes fue de 56 años y el 74% eran mujeres. La duración media de la enfermedad era de 3,7 años. Se realizó el diagnóstico de AR y se inició el tratamiento modificador de enfermedad en menos de un mes desde la visita inicial en casi la mitad de las historias clínicas. En el 100% de los pacientes se tuvo en cuenta la presencia de factores de mal pronóstico antes de decidir el tratamiento. Se recogieron diferentes aspectos sobre el manejo óptimo

del metotrexato: en un 33% de los casos constaba la realización de radiografía de tórax en los dos meses previos al inicio de metotrexato y en el 88% de los casos estaba registrada la vía de administración del mismo. En un 49% de las historias se recogía el uso de indicadores compuestos de actividad de la AR. El control periódico cada 8 semanas durante la fase de inducción de remisión/baja actividad se registró en el 67% de los casos. El *screening* de infección tuberculosa latente previo al inicio de terapia biológica se recogía solamente en un 17% de las historias clínicas, siendo algo superior el realizado para la determinación de la infección crónica por los virus de la hepatitis B y C (28%).

Conclusiones: La atención sanitaria a los pacientes con AR en las unidades de reumatología españolas evaluadas es correcta, aunque hay áreas en las que mejorar. Una de las principales sería con respecto a las visitas mensuales de los pacientes hasta alcanzar remisión/baja actividad.

P022. CARACTERÍSTICAS BASALES Y RESULTADOS INICIALES EN LOS PRIMEROS 200 PACIENTES CON AR TRATADOS CON FILGOTINIB EN UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

James Galloway¹, Karen Bevers², Patrick Verschueren³, Roberto Felice Caporali⁴, Susana Romero Yuste⁵, Jérôme Avouac⁶, Emilia Gvozdenovic⁷, Kristina Harris⁷, Monia Zignani⁷ y Gerd Burmester⁸

¹King's College London. Londres. Reino Unido. ²Sint Maartenskliniek. Nimega. Países Bajos. ³Hospital Universitario de Lovaina. Bélgica. ⁴Universidad de Milán. Italia. ⁵Complejo Hospitalario Universitario. Pontevedra. ⁶Universidad de París. Francia. ⁷Galapagos NV. Malinas. Bélgica. ⁸Universidad de Medicina Charité de Berlín. Alemania.

Introducción: El filgotinib (FIL) es un inhibidor preferente de la Janus cinasa 1 aprobado en Europa para el tratamiento de la AR y la

Todos los pacientes incluidos	Total N = 206	
Mujeres, n (%)	153 (74,3)	n = 206
Edad, años, media (DE)	56,8 (10,6)	n = 206
Duración de la AR, años, media (DE)	10,0 (9,5)	n = 202
Pacientes tratados	n = 187	
DAS28 (PCR), media (DE)	4,6 (1,3)	n = 142
CDAI, media (DE)	26,1 (14,9)	n = 142
Puntuación FACIT-fatiga, media (DE)*	27,3 (12,1)	n = 113
Intensidad del dolor, media (DE) [†]	59,1 (23,9)	n = 113
TJC28, media (DE)	8,4 (6,9)	n = 172
SJC28, media (DE)	5,7 (5,5)	n = 173
Evaluación global por el paciente, media (DE) [†]	6,3 (2,8)	n = 158
Evaluación global por el médico, media (DE) [†]	6,1 (6,3)	n = 150
FR positivo, n (%)	85 (68,5)	n = 124
ACPA positivo, n (%)	87 (74,4)	n = 117
FR y ACPA positivos, n (%)	60 (63,8)	n = 94
PCR, mg/l, media (DE)	13,7 (22,9)	n = 168
VSG, mm/h, media (DE)	24,5 (23,1)	n = 125
Factores de riesgo basales, n (%)		
Fumador activo	43 (29,5)	n = 146
Ex fumador	31 (21,2)	n = 146
≥65 años	42 (22,5)	n = 187
Familiar de primer grado que sufrió un IM con < 50 años	15 (11,4)	n = 132
Comorbilidades que afectan a > 5% de los pacientes		
Hipertensión	53 (28,3)	n = 187
Dislipidemia	17 (9,1)	n = 187
Diabetes mellitus tipo 2	10 (5,3)	n = 187
Tratamiento registrado previamente, n (%)		
MTX	153 (81,8)	n = 187
MTX u otros FAMEsc	168 (89,8)	n = 187
FAMEb	101 (54,0)	n = 187
Inhibidores del TNF	89 (47,6)	n = 187
FAMEsd	37 (19,8)	n = 187
Glucocorticoides	90 (48,1)	n = 187
Dosis de filgotinib, n (%)		
200 mg	167 (89,3)	n = 187
100 mg	20 (10,7)	n = 187
Tratamiento al comienzo del estudio, n (%)		
Filgotinib en tratamiento combinado	70 (37,4)	n = 187
Filgotinib en combinación con MTX	45 (24,1)	n = 187
Filgotinib en combinación con MTX y glucocorticoides	25 (13,4)	n = 187
Filgotinib en monoterapia	104 (55,6)	n = 187
Filgotinib en monoterapia con glucocorticoides	36 (19,3)	n = 187
Filgotinib en monoterapia sin glucocorticoides	68 (36,4)	n = 187

*Intervalo de 0-52 puntos.

[†] Medido en una escala analógica visual de 10 cm.

ACPA, anticuerpo antiproteína citrulinada; FAMEb, FAME biológico; CDAI, Índice de actividad clínica de la enfermedad; FAMEsc, FARME sintético convencional; DAS28, puntuación de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones; FACIT, Evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas; IM, infarto de miocardio; DE, desviación estándar; SJC28, recuento de 28 articulaciones inflamadas; TJC28, recuento de 28 articulaciones dolorosas; FAMEsd, FARME sintético dirigido.

P022 Figura 1. Tabla 1. Características basales, determinaciones analíticas y tratamiento previo y actual.

Parámetro	Cambio medio (DE) con respecto al momento basal	
	Semana 1	Mes 1
FACIT-fatiga (intervalo 0-52)*	3,7 (6,9); n=102	6,8 (8,6); n=66
Dolor (EAV de 100 mm)†	-11,9 (18,0); n=102	-22,2 (27,8); n=66
CDAI (intervalo 0-76)†		-13,7 (17,1); n=65

* Un aumento de la puntuación indica mejoría.
 † Una disminución de la puntuación indica mejoría.
 CDAI, Índice de actividad clínica de la enfermedad; FACIT, Evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas; DE, desviación estándar; EAV, escala analógica visual.
 * Un aumento de la puntuación indica mejoría.
 † Una disminución de la puntuación indica mejoría.
 CDAI, Índice de actividad clínica de la enfermedad; FACIT, Evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas; DE, desviación estándar; EAV, escala analógica visual.

Figura 2. Tabla 2. Cambio medio desde basal de las puntuaciones FACIT-fatiga, dolor (EAV) y CDAI a la semana 1 y el mes 1.

colitis ulcerosa. Se está realizando un estudio europeo de fase 4 de FIL (FILOSOPHY; NCT04871919) en pacientes con AR. Se presentan las características basales y datos de eficacia a un mes de los primeros 200 pacientes incluidos.

Métodos: En el estudio prospectivo y observacional participarán aproximadamente 1.500 pacientes ≥ 18 años con AR activa de moderada a grave a los que se les ha prescrito FIL por primera vez de acuerdo a la ficha técnica del producto en práctica clínica habitual. Se comunican los datos demográficos basales, características de la enfermedad, comorbilidades, tratamientos previos, motivos para iniciar FIL y los cambios medios desde basal (CDB) de dolor (según escala analógica visual [EAV] de 10 cm) y la puntuación de la Evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas (FACIT)-fatiga (intervalo 0-52) mediante la recogida electrónica de datos reportados por el paciente en la semana 1 y el mes 1, y el CDB medio en el Índice de actividad clínica de la enfermedad (CDAI; intervalo 0-76) en el mes 1. Se notificó la proporción de pacientes con un CDB clínicamente significativo en FACIT-fatiga (aumento ≥ 4) y de la EAV de dolor (reducción ≥ 10) entre la semana 1 y el mes 1. Los pacientes incluidos en el análisis se inscribieron entre mayo de 2021 y febrero de 2022.

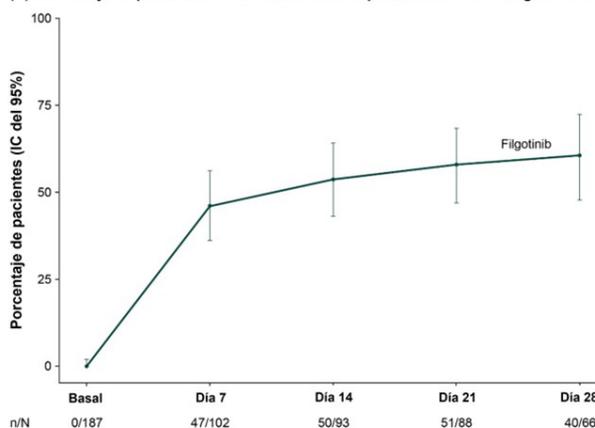
Resultados: Alrededor del 40% de los pacientes tenían comorbilidades, siendo las más frecuentes hipertensión (28,3%), dislipidemia (9,1%) y diabetes mellitus tipo 2 (5,3%). Las características basales de la enfermedad y los detalles de los tratamientos previos se incluyen en la tabla 1. FIL se empezó a administrar debido a respuesta inadecuada (43,3%), pérdida de la respuesta (40,6%) o intolerancia (no alérgica) al tratamiento previo (5,9%) o por otros motivos (10,2%). De los pacientes tratados, 167 (89,3%) recibieron FIL 200 mg y 20 (10,7%) recibieron FIL 100 mg (la información sobre el fármaco del estudio de 19 pacientes seguía pendiente). El 55,6% de los pacientes recibió FIL en monoterapia (19,3% con glucocorticoides), mientras que el 37,4% recibió FIL en combinación con MTX (13,4% con glucocorticoides). La media (DE) y la mediana (intervalo) de la dosis diaria de glucocorticoides orales (prednisona o equivalente) en el momento basal era de 7,5 (6,0) mg y 5,0 (1,0-30,0) mg. En la semana 1 y el mes 1, respectivamente, el CDB medio (DE) de FACIT-fatiga fue de 3,7 (6,9) y 6,8 (8,6), y el CDB medio (DE) de la EAV de dolor fue de -11,9 (18,0) y -22,2 (27,8). En el mes 1, el CDB medio (DE) del CDAI fue de -13,7 (17,1) (tabla 2). En la figura se muestran las proporciones de pacientes con un CDB clínicamente relevante en las puntuaciones FACIT-fatiga y EAV de dolor.

Conclusiones: Estos son los primeros datos de práctica clínica habitual que se notifican de una cohorte internacional de pacientes con AR tratados con FILGO. En el momento basal, los pacientes tenían una actividad de la enfermedad moderada por lo general. Los datos intermedios iniciales indican una mejoría rápida de las variables de la enfermedad con el tratamiento con FIL (administrado en combinación o en monoterapia, con o sin glucocorticoides), que se pudo observar ya en la semana 1 en las puntuaciones en la EAV del dolor y FACIT-fatiga. Es necesario un seguimiento a largo plazo para una mejor evaluación de la efectividad y la seguridad.

Agradecimientos: el estudio FILOSOPHY ha sido financiado por Galapagos NV (Malinas, Bélgica). Damos las gracias a los médicos y pacientes que participaron en los estudios.

Declaraciones de intereses: J. Galloway, AbbVie, AstraZeneca, Biogen, Celgene, Galapagos, Gilead, Janssen, Medicago, Lilly, Novartis, Novavax, Pfizer, Roche, UCB; K. Bevers, nada que declarar; P. Verschuere, AbbVie, Celltrion, Eli Lilly, Galapagos, Gilead, Nordic Pharma, Pfizer, Roularta, Sidekick Health; R. Caporali, AbbVie, Celltrion, Fresenius-Kabi, Galapagos, Janssen, Pfizer, Roche, UCB, Eli Lilly, Gilead, Sanofi; S. Romero Yuste, Pfizer, Lilly, AbbVie, Biogen, Sanofi; J. Avouac, Galapagos, AbbVie, Lilly, Pfizer, Bristol Myers Squibb, Novartis, Fresenius-Kabi, Sanofi, Sandoz, Nordic Pharma, Biogen, Medac, Janssen, Roche-Chugai; E. Gvozdenovic, Galapagos; K. Harris, Galapagos; M. Zignani, Galapagos; G. Burmester, AbbVie, Galapagos, Lilly, MSD, Pfizer, Roche, UCB, Janssen, Gilead Sciences, Inc.

(A) Porcentaje de pacientes con un aumento de la puntuación FACIT-fatiga ≥4 en cada visita



(B) Porcentaje de pacientes con una reducción del dolor (EAV) ≥10 en cada visita

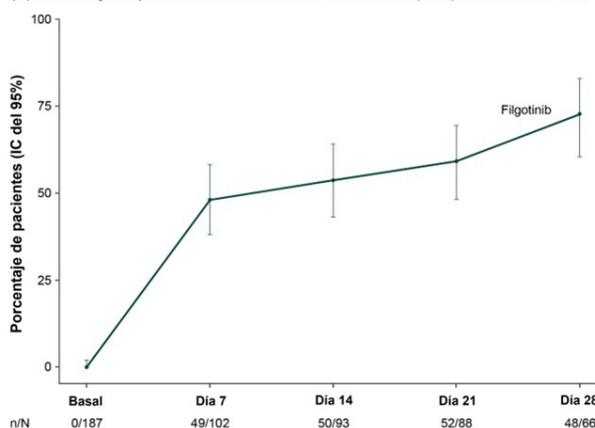


Figura 3. Proporción de pacientes con mejoría clínicamente significativa con respecto al valor basal en las puntuaciones (A) FACIT-fatiga y (B) dolor (EAV).

P023. USO DE TASAS DE ACONTECIMIENTOS AJUSTADOS POR LA EXPOSICIÓN FRENTE A TASAS DE INCIDENCIA AJUSTADAS POR LA EXPOSICIÓN EN LA NOTIFICACIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS: REFLEXIONES DE LOS DATOS DE SEGURIDAD INTEGRADOS DE FILGOTINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE

P. Durez¹, E. Feist², R. Blanco³, V. Rajendran⁴, N. Verbruggen⁵, K. Van Beneden⁶, J. Galloway⁷

¹Institute de Recherche Expérimentale et Clinique (IREC). Cliniques Universitaires Saint-Luc - Université Catholique de Louvain. Rheumatology. Bruselas. Bélgica. ²Helios Clinic Vogelsang-Gommern. Universidad Otto von Guericke de Magdeburgo. Departamento de Reumatología. Magdeburgo. Alemania. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Reumatología. Santander. ⁴Galapagos NV. Desarrollo Clínico. Malinas. Bélgica. ⁵Galapagos NV. Bioestadística. Malinas. Bélgica. ⁶Galapagos NV. Asuntos Médicos. Malinas. Bélgica. ⁷King's College London. Centro de Enfermedades Reumáticas. Londres. Reino Unido.

Introducción: La notificación de acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento (AAST) en ensayos clínicos de artritis reumatoide (AR) puede resumirse en forma de tasas de incidencia ajustadas por la exposición (TIAE) o tasas de acontecimientos ajustadas por la exposición (TAAE). A menudo se notifican las TIAE censuradas (TIAEnc), que ponderan la exposición hasta el primer acontecimiento del paciente; también pueden notificarse las TIAE no censuradas (TIAEnc), utilizando el tiempo total de exposición de todos los pacientes. En cuanto a la TIAE, el tiempo de exposición puede variar según el acontecimiento. A diferencia de las TIAEnc, se utiliza el número total de acontecimientos para calcular la TAAE. Los tres métodos tienen en cuenta diferentes exposiciones y/o múltiples acontecimientos, lo que puede influir en la evaluación de los resultados. En los estudios de filgotinib (FIL) en la AR¹ los datos de seguridad se presentan como TIAE/100 pacientes-año de exposición (PAE) para AAST, sin censura.

Objetivos: Describir el resultado de los datos de seguridad integrados de FIL a largo plazo en la AR aplicando diferentes metodologías estadísticas: TAAE, TIAEnc y TIAE.

Métodos: Se evaluaron los datos de seguridad integrados de FIL de siete ensayos clínicos¹. Los acontecimientos adversos de interés especial (AAIE) predefinidos fueron infecciones graves (cualquiera), herpes zóster (HZ), eventos adversos cardiacos mayores (MACE), neoplasias (excluyendo el cáncer de piel no melanoma [CPnM]), CPnM y tromboembolismo venoso (TEV). Se resumieron el número de pacientes con un acontecimiento, el número de acontecimientos, la TAAE, la TIAEnc y la TIAE. La fecha de extracción de datos fue enero de 2021 para la extensión a largo plazo (ELP) de DARWIN 3 (NCT02065700) y noviembre de 2020 para la ELP de FINCH 4 (NCT03025308).

Resultados: En total, 3.691 pacientes recibieron ≥ 1 dosis de FIL para 8.085 PAE. En esta población se notificaron 176 infecciones graves en 137 pacientes, 125 acontecimientos de HZ en 112 pacientes, 39 MACE en 33 pacientes, 20 casos de TEV en 15 pacientes, 60 neoplasias malignas excepto CPnM en 49 pacientes y 21 casos de CPnM en 20 pacientes. Dentro de cada grupo de tratamiento (FIL 200 mg [FIL200], FIL 100 mg [FIL100] o FIL combinado), las tasas de la mayoría de los AAIE fueron similares cuando se notificaron en forma de TAAE, TIAEnc o TIAE (tabla). En cuanto a infecciones graves, la TAAE fue mayor que la TIAEnc o la TIAE. El tiempo total de exposición hasta el primer acontecimiento (PAE censurado) fue elevado y comparable a la exposición total (PAE) (> 2.700 años y > 5.100 años para las poblaciones totales en los grupos FIL100 y FIL200, respectivamente).

Conclusiones: Estos datos confirman que el uso de diferentes métodos para analizar los datos de seguridad de FIL (TAAE, TIAEnc, TIAE) no da lugar a resultados de seguridad diferentes, lo que refuerza el perfil de seguridad de FIL notificado anteriormente en pacientes con AR. Como los AAIE notificados en la base de datos de seguridad a

largo plazo con FIL son raros, los pacientes suelen tener tiempos de exposición prolongados antes de sufrir un acontecimiento, que a menudo se asocia al final del tratamiento. Así, los valores de TIAEnc, TIAE y TAAE son similares.

Tasas de acontecimientos e incidencia ajustadas por la exposición para AAIE

		FIL200	FIL100	FIL combinado
Número de pacientes/PAE		2.267/5.302,5	1.647/2.782,6	3.691/8.085,1
Infecciones graves	TAAE	1,9 (1,5, 2,4)	3,2 (2,2, 4,5)	2,0 (1,7, 2,4)
	TIAEnc	1,5 (1,1, 1,9)	2,7 (1,9, 3,9)	1,6 (1,3, 2,0)
	TIAE	1,5 (1,2, 1,9)	2,8 (1,9, 4,0)	1,7 (1,4, 2,0)
HZ	TAAE	1,6 (1,3, 2,1)	1,3 (0,9, 1,8)	1,5 (1,2, 1,8)
	TIAEnc	1,5 (1,2, 2,0)	1,1 (0,8, 1,5)	1,4 (1,1, 1,7)
	TIAE	1,6 (1,2, 2,0)	1,1 (0,8, 1,6)	1,4 (1,1, 1,7)
MACE	TAAE	0,3 (0,2, 0,5)	0,6 (0,4, 1,0)	0,4 (0,3, 0,6)
	TIAEnc	0,3 (0,2, 0,5)	0,5 (0,3, 0,8)	0,4 (0,2, 0,6)
	TIAE	0,3 (0,2, 0,5)	0,5 (0,3, 0,9)	0,4 (0,2, 0,6)
TEV	TAAE	0,3 (0,2, 0,5)	0,1 (0,1, 0,4)	0,2 (0,2, 0,4)
	TIAEnc	0,2 (0,1, 0,4)	0,1 (0,1, 0,4)	0,2 (0,1, 0,3)
	TIAE	0,2 (0,1, 0,4)	0,1 (0,1, 0,4)	0,2 (0,1, 0,3)
Neoplasias malignas, excepto CPnM	TAAE	0,8 (0,5, 1,1)	0,8 (0,5, 1,2)	0,7 (0,2, 2,8)
	TIAEnc	0,6 (0,4, 0,9)	0,6 (0,4, 1,0)	0,6 (0,4, 0,8)
	TIAE	0,6 (0,4, 0,9)	0,6 (0,4, 1,0)	0,6 (0,4, 0,8)
CPnM	TAAE	0,3 (0,2, 0,5)	0,2 (0,1, 0,5)	0,3 (0,2, 0,4)
	TIAEnc	0,3 (0,2, 0,5)	0,2 (0,1, 0,4)	0,2 (0,2, 0,4)
	TIAE	0,3 (0,2, 0,5)	0,2 (0,1, 0,4)	0,2 (0,2, 0,4)

Los datos son tasas (IC95%) salvo que se indique lo contrario.

Agradecimientos: este estudio fue cofinanciado por Galapagos NV (Malinas, Bélgica) y Gilead Sciences, Inc. (Foster City, CA, EE. UU.) Ian Haslam, PhD (Aspire Scientific Ltd, Bollington, Reino Unido) prestó ayuda en la redacción médica, que fue financiada por Galapagos NV. Declaración de intereses: Patrick Durez. Agencia de conferenciantes: AbbVie, Galapagos y Lilly, Eugen Feist Agencia de conferenciantes: AbbVie, Galapagos, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche y Sobi, asesor de: AbbVie, Galapagos, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche y Sobi, subvención/beca para investigación de: Lilly, Pfizer y Roche, Ricardo Blanco Agencia de conferenciantes: AbbVie, Amgen, Bristol-Myers, Galapagos, Janssen, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche y Sanofi, asesor de: Astra-Zeneca, Galapagos, Janssen, Novartis y Pfizer, subvención/beca para investigación de: AbbVie y Roche, Vijay Rajendran empleado de: Galapagos, Nadia Verbruggen empleada de: Galapagos, Katrien Van Beneden accionista de: Galapagos, empleado de: Galapagos, James Galloway Agencia de conferenciantes: AbbVie, Biogen, Galapagos, Gilead, Janssen, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche y UCB, asesor de: AbbVie, Galapagos, Gilead, Janssen, Lilly, Novartis y Pfizer, subvención/beca para investigación de: Astra-Zeneca, Celgene, Gilead, Janssen, Medicago, Novavax y Pfizer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Winthrop KL, et al. Ann Rheum Dis 2021, doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221051.

P024. RESULTADOS CLÍNICOS DE FILGOTINIB EN PACIENTES CON AR ≥ 65 AÑOS: ANÁLISIS POST HOC DE SUBGRUPOS DE ENSAYOS CLÍNICOS DE FASE 2 Y 3 Y DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO EN CURSO

Maya Buch¹, Bernard Combe², José A. Gómez-Puerta³, Roberto Felice Caporali⁴, Jacques-Eric Gottenberg⁵, Paul Van Hoek⁶, Vijay Rajendran⁷, Pieter-Jan Stiers⁶, Katrien Van Beneden⁶, Daniel Aletaha⁸, Gerd Burmester⁹, Rene Westhovens¹⁰ y Yoshiya Tanaka¹¹

¹University of Manchester y NIHR Manchester Biomedical Research Centre. Manchester. Reino Unido. ²Universidad de Montpellier. Francia. ³Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Universidad de Milán. Italia. ⁵Hospital Universitario de Estrasburgo. Francia. ⁶Galapagos NV. Malinas. Bélgica. ⁷Galapagos NV. Malinas. Bélgica. ⁸Universidad Médica de Viena. Austria. ⁹Universidad de Medicina Charité de Berlín. Alemania. ¹⁰Hospitales Universitarios de Lovaina. Bélgica. ¹¹Universidad de Salud Laboral y Ambiental. Medicina Interna. Kitakyushu. Japón.

Introducción: El filgotinib (FIL) es un inhibidor preferente de la Janus cinasa 1, aprobado para el tratamiento de la AR activa de moderada a grave.¹ En los estudios de seguridad fase 2 y en los datos agrupados de los fase 3, se ha descrito una proporción numéricamente mayor de acontecimientos adversos (AA), AA graves o infección graves en el grupo de FIL 200 mg (FIL200) en pacientes (pac) ≥ 65 años vs. < 65 años². Presentamos aquí los datos actualizados de los AA de especial interés (AAIE) y la eficacia en ambos grupos de edad.

Métodos: Este análisis *post hoc* evaluó la seguridad y la eficacia en pacientes < 65 y ≥ 65 años utilizando datos de los ensayos de fase 2 DARWIN 1 y 2; los ensayos de fase 3 FINCH 1, 2 y 3; y los ensayos de extensión a largo plazo (ELP) DARWIN 3 y FINCH 4. Todos los pac con AR cumplían los criterios ACR/EULAR 2010. Los datos corresponden hasta 11 de enero de 2022 (DARWIN 3) y 31 de enero de 2022 (FINCH 4). Se analizaron *ad hoc* datos intermedios sin depuración adicional. La población de análisis según tratamiento incluyó todos los datos disponibles de los pac que recibieron ≥ 1 dosis de FIL (FIL200/FIL 100 mg [FIL100]), incluidos los reasignados a FIL en la ELP. Se presentan las tasas de incidencia ajustadas por exposición (TIAE) censuradas/100 pacientes-año de exposición de AAIE por categoría de edad (< 65 vs. ≥ 65 a). Se calcularon las TIAE y los intervalos de confianza (IC) del 95%. Se notifican proporciones de pac < 65 y ≥ 65 a que lograron una mejoría del 20, 50 y 70% en los criterios ACR (ACR20/50/70) y una baja actividad de la enfermedad DAS28-PCR (LDA) en la semana 144 en el estudio FINCH 4, estimada utilizando los casos observados.

Resultados: En este análisis agrupado, los pac ≥ 65 a tenían proporciones más altas de factores de riesgo cardiovascular (CV) en el momento basal que los pac < 65 a (tabla 1). Una mayor proporción de pac < 65 vs. ≥ 65 a eran fumadores activos. Una mayor proporción de pac del grupo de edad ≥ 65 vs. < 65 a eran de Norteamérica. Las TIAE de AAIE fueron generalmente mayores en los pac ≥ 65 a que en los pac < 65 a (tabla 2). En pac ≥ 65 a, las TIAE de eventos adversos

CV mayores adjudicados, tromboembolismos venosos, infecciones graves y herpes zóster difirieron entre las 2 dosis de FIL con IC superpuestos parcial o mayoritariamente. Las TIAE de cáncer de piel diferente al melanoma (CPnM), las neoplasias malignas (excepto CPnM) y AA surgidos durante el tratamiento (AAST) que causaron la muerte fueron numéricamente mayores en el grupo ≥ 65 a, con FIL200 que con FIL100. Los desenlaces relacionados con mortalidad más notificados con FIL200 en el grupo de edad ≥ 65 a fueron neoplasias malignas, trastornos cardíacos e infecciones e infestaciones. Las respuestas ACR20/50/70 y las tasas de LDA DAS28-PCR en pac < 65 y ≥ 65 a de FINCH 4 se mantuvieron o fueron numéricamente superiores con FIL200 hasta la semana 144 (tabla 3).

Conclusiones: En este análisis integrado de seguridad *post hoc*, las TIAE de AAIE fueron generalmente mayores en pac ≥ 65 a que en pac < 65 a, lo que es de esperar en una población de edad avanzada. Se observó una incidencia numéricamente mayor de CPnM, neoplasias malignas (excepto CPnM) y AAST que causaron la muerte en el grupo de FIL200 frente a FIL100 en pac. ≥ 65 a pero no < 65 a. En FINCH 4, la eficacia se mantuvo generalmente en ambos grupos de edad. Las limitaciones son el carácter *ad hoc* del análisis, los IC superpuestos, la falta de datos comparativos y el posible sesgo de la ELP.

Agradecimientos: los estudios FINCH y DARWIN fueron financiados por Gilead Sciences (Foster City, CA, Estados Unidos). Damos las gracias a los médicos y pacientes que participaron en los estudios.

Declaraciones de intereses: M. Buch, AbbVie, Galapagos, Gilead, Pfizer, Eli Lilly, Merck-Serono, Roche, UCB; B. COMBE, AbbVie, Bristol Myers Squibb, Celltrion, Galapagos, Gilead, Janssen, Lilly, MSD, Pfizer, Roche-Chugai, Novartis; J. Gómez-Puerta, GSK, Galapagos, Pfizer, Janssen, Sanofi, AbbVie, Bristol Myers Squibb, Lilly, Novartis, MSD, Roche; R. Caporali, AbbVie, Celltrion, Fresenius-Kabi, Galapagos, Janssen, Pfizer, Roche, UCB, Eli Lilly, Gilead, Sanofi; J. Gottenberg, AbbVie, Bristol Myers Squibb, Galapagos, Gilead, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer; P. Van Hoek, Galapagos; V. Rajendran, Galapagos; P.

n (%) salvo que se indique lo contrario	FIL200		FIL100	
	<65 años (n = 1860)	≥65 años (n = 407)	<65 años (n = 1321)	≥65 años (n = 326)
Edad (años), media (DE)	48,8 (10,7)	70,0 (4,4)	49,0 (10,5)	70,2 (4,5)
Sexo femenino	1506 (81,0)	322 (79,1)	1075 (81,4)	244 (74,8)
Peso (kg), media (DE)	73,2 (18,5)	73,4 (17,4)	73,7 (19,1)	71,8 (16,1)
IMC (kg/m ²), media (DE)	27,5 (6,3)	28,1 (5,0)	27,7 (6,4)	27,2 (5,1)
Región				
Asia y sudeste asiático	298 (16,0)	47 (11,5)	230 (17,4)	41 (12,6)
Europa oriental	713 (38,3)	148 (36,4)	513 (38,8)	122 (37,4)
Norteamérica	341 (18,3)	120 (29,5)	242 (18,3)	116 (35,6)
Sudamérica y Centroamérica	353 (19,0)	29 (7,1)	226 (17,1)	24 (7,4)
Europa occidental y otros	155 (8,3)	63 (15,5)	110 (8,3)	23 (7,1)
Aclaramiento de creatinina (ml/min), media (DE)	122 (37,4)	84 (23,4)	122 (38,1)	83 (22,5)
PCR (mg/l), media (DE)	19,0 (24,3)	18,4 (25,2)	18,9 (25,9)	17,2 (24,7)
DAS28-PCR, media (DE)	5,9 (0,9)	5,7 (0,9)	5,8 (0,9)	5,7 (1,0)
Corticosteroides orales concomitantes	642 (34,5)	140 (34,4)	503 (38,1)	129 (39,6)
FAMEsc no relacionados con el estudio concomitantes	1097 (59,0)	230 (56,5)	941 (71,2)	242 (74,2)
AINE concomitantes en la primera dosis	1216 (65,4)	251 (61,7)	824 (62,4)	202 (62,0)
Exposición previa a FAMEb	215 (11,6)	61 (15,0)	189 (14,3)	66 (20,2)
Fumador activo*	207 (14,4)	37 (10,9)	165 (15,3)	28 (9,7)
Antecedentes familiares CV†	43 (3,0)	10 (2,9)	47 (4,3)	12 (4,2)
Cualquier antecedente médico CV	672 (36,1)	308 (75,7)	540 (40,9)	234 (71,8)
Diabetes mellitus	143 (7,7)	78 (19,2)	113 (8,6)	45 (13,8)
Vasculopatía periférica	3 (0,2)	2 (0,5)	1 (0,1)	5 (1,5)
Hipertensión	503 (27,0)	263 (64,6)	368 (27,9)	192 (58,9)
Dislipidemia	223 (12,0)	112 (27,5)	188 (14,2)	92 (28,2)
Enfermedad CV	62 (3,3)	49 (12,0)	37 (2,8)	32 (9,8)
Trastorno vascular isquémico del SNC	27 (1,5)	24 (5,9)	12 (0,9)	22 (6,7)
Enfermedad extraarticular	8 (0,4)	1 (0,2)	10 (0,8)	1 (0,3)
Consumo actual de alcohol*	296 (20,6)	78 (22,9)	213 (19,7)	54 (18,7)

*FIL200 <65 años (n=1436), ≥65 años (n=340); FIL100 <65 años (n=1081), ≥65 años (n=289) †FIL200 <65 años (n=1434), ≥65 años (n=339); FIL100 <65 años (n=1081), ≥65 años (n=289)

FAMEb, FAME biológicos; CV, cardiovascular; FAMEsc, FAME sintéticos convencionales; FIL100/200, filgotinib 100/200 mg; DE, desviación estándar.

Figura 1. Tabla 1. Datos demográficos y características basales de la enfermedad por categoría de edad (< 65 vs. ≥ 65 años).

	FIL200		FIL100		FIL total	
	<65 años (n=1860) (PAE=6471.9)	≥65 años (n=407) (PAE=1210.7)	<65 años (n=1321) (PAE=3455.7)	≥65 años (n=326) (PAE=875.8)	<65 años (n=2987) (PAE=9927.6)	≥65 años (n=704) (PAE=2086.5)
AAIE, n (%), TIAE (IC 95%)						
MACE ^{1,2}	11 (0,6) 0,2 (0,1, 0,3)	11 (2,7) 0,9 (0,5, 1,7)	10 (0,8) 0,3 (0,1,0,5)	7 (2,1) 0,8 (0,3, 1,7)	21 (0,7) 0,2 (0,1,0,3)	18 (2,6) 0,9 (0,5, 1,4)
IM ^{1,2}	5 (0,3) 0,1 (0,0, 0,2)	2 (0,5) 0,2 (0,0, 0,6)	5 (0,4) 0,1 (0,0, 0,3)	2 (0,6) 0,2 (0,0, 0,9)	10 (0,3) 0,1 (0,0, 0,2)	4 (0,6) 0,2 (0,1,0,5)
TEV ^{2,3}	9 (0,5) 0,1 (0,1, 0,3)	5 (1,2) 0,4 (0,1, 1,0)	6 (0,5) 0,2 (0,1, 0,4)	2 (0,6) 0,2 (0,0, 0,9)	15 (0,5) 0,2 (0,1, 0,3)	7 (1,0) 0,3 (0,1,0,7)
Neoplasias malignas (excepto CPnM)	27 (1,5) 0,4 (0,3, 0,6)	24 (5,9) 2,0 (1,3, 3,0)	20 (1,5) 0,6 (0,4, 0,9)	9 (2,8) 1,0 (0,5, 2,0)	47 (1,6) 0,5 (0,3, 0,6)	33 (4,7) 1,6 (1,1, 2,2)
CPnM	10 (0,5) 0,2 (0,1, 0,3)	16 (3,9) 1,4 (0,8, 2,2)	3 (0,2) 0,1 (0,0, 0,3)	4 (1,2) 0,5 (0,1, 1,2)	13 (0,4) 0,1 (0,1, 0,2)	20 (2,8) 1,0 (0,6, 1,5)
Infecciones graves	111 (6,0) 1,7 (1,4, 2,1)	34 (8,4) 2,9 (2,0, 4,0)	68 (5,1) 2,0 (1,6, 2,5)	22 (6,7) 2,6 (1,6, 3,9)	179 (6,0) 1,8 (1,6, 2,1)	56 (8,0) 2,7 (2,1, 3,5)
Herpes zóster	84 (4,5) 1,3 (1,1, 1,7)	26 (6,4) 2,3 (1,5, 3,3)	32 (2,4) 0,9 (0,6, 1,3)	15 (4,6) 1,8 (1,0, 2,8)	116 (3,9) 1,2 (1,0, 1,4)	41 (5,8) 2,1 (1,5, 2,8)
AAST que causaron la muerte	35 (1,9) 0,5 (0,4, 0,8)	18 (4,4) 1,5 (0,9, 2,4)	13 (1,0) 0,4 (0,2, 0,6)	8 (2,5) 0,9 (0,4, 1,8)	48 (1,6) 0,5 (0,4, 0,6)	26 (3,7) 1,2 (0,8, 1,8)
≥1 AAST que causaron la muerte, SOC, n (TIAE)						
Trastornos cardíacos	5 (0,1)	4 (0,3)	4 (0,1)	2 (0,2)	9 (0,1)	6 (0,3)
Trastornos gastrointestinales	0	1 (0,1)	0	0	0	1 (0,1)
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	1 (0,0)	1 (0,1)	0	1 (0,1)	1 (0,0)	2 (0,1)
Infecciones e infestaciones	19 (0,3)	3 (0,2)	8 (0,2)	2 (0,2)	27 (0,3)	5 (0,2)
Lesiones, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos	0	0	0	1 (0,1)	0	1 (0,1)
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	2 (0,0)	0	0	0	2 (0,0)	0
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incluidos quistes y pólipos)	3 (0,1)	7 (0,6)	1 (0,0)	0	4 (0,0)	7 (0,3)
Trastornos del sistema nervioso	3 (0,1)	2 (0,2)	0	2 (0,2)	3 (0,0)	4 (0,2)
Trastornos renales y urinarios	1 (0,0)	0	1 (0,0)	0	2 (0,0)	0
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	6 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,0)	0	7 (0,1)	1 (0,1)
Trastornos vasculares	1 (0,0)	1 (0,1)	0	0	1 (0,0)	1 (0,1)

Se analizaron ad hoc datos intermedios. *FIL200 <65 años (PAE=6310,9), ≥65 años (PAE=1180,4); FIL100 <65 años (PAE=3351,1), ≥65 años (PAE=849,7); FIL total <65 años (PAE=9662,1), ≥65 años (PAE=2030,0). ¹Los MACE consistieron en episodios cardiovasculares que causaron la muerte, IM e ictus; para las subcategorías de ictus e IM, se consideran tanto los episodios mortales como los no mortales. ²Los MACE y TEV solo incluyen acontecimientos confirmados positivamente con una fecha de corte de los datos del 30 de noviembre de 2021. ³Para las subcategorías de TEV, se consideran la embolia pulmonar, la trombosis venosa profunda y otras. AAIE, acontecimiento adverso de interés especial, IC, intervalo de confianza; TIAE, tasa de incidencia ajustada por exposición (por 100 PAE); FIL100/200, filgotinib 100/200 mg; MACE, acontecimientos adversos cardiovasculares mayores, IM, infarto de miocardio; CPnM, cáncer de piel no melanoma; PAE, paciente-años de exposición; SOC, clase de órgano y sistema; AAST, acontecimiento adverso surgido durante el tratamiento; TEV, tromboembolismo venoso.

Figura 2. Tabla 2. AAIE y resumen de ≥ 1 AAST que causaron la muerte por categoría de edad (< 65 vs. ≥ 65 años; grupo según el tratamiento recibido).

n (%)	FIL200				FIL100			
	<65 años		≥65 años		<65 años		≥65 años	
	Con FIL previo (n = 980)	Sin FIL previo (n = 270)	Con FIL previo (n = 211)	Sin FIL previo (n = 63)	Con FIL previo (n = 691)	Sin FIL previo (n = 249)	Con FIL previo (n = 166)	Sin FIL previo (n = 87)
Respuesta ACR20								
Momento basal de la ELP	892 (91,0)	212 (78,5)	192 (91,0)	52 (82,5)	605 (87,6)	202 (81,1)	139 (83,7)	67 (77,0)
Semana 48 de la ELP	825 (93,0)	212 (86,5)	168 (90,3)	50 (90,9)	526 (86,1)	206 (90,7)	132 (87,4)	62 (86,1)
Semana 108 de la ELP	749 (92,5)	205 (90,3)	149 (92,5)	43 (89,6)	491 (88,8)	169 (84,9)	111 (86,7)	49 (89,1)
Semana 144 de la ELP	640 (92,1)	163 (86,7)	126 (91,3)	37 (92,5)	429 (89,2)	143 (84,6)	90 (82,6)	47 (87,0)
Respuesta ACR50								
Momento basal de la ELP	701 (71,8)	159 (58,7)	152 (72,4)	43 (68,3)	465 (67,6)	165 (66,3)	108 (65,5)	47 (54,0)
Semana 48 de la ELP	651 (73,6)	173 (71,5)	127 (69,8)	45 (83,3)	399 (65,3)	156 (69,0)	98 (64,9)	42 (60,0)
Semana 108 de la ELP	589 (73,0)	153 (69,9)	112 (70,0)	38 (79,2)	367 (65,8)	123 (63,7)	81 (64,3)	31 (53,4)
Semana 144 de la ELP	523 (75,9)	131 (69,7)	93 (68,4)	33 (82,5)	313 (65,1)	99 (60,4)	69 (63,9)	27 (50,0)
Respuesta ACR70								
Momento basal de la ELP	516 (52,8)	90 (33,3)	109 (51,9)	29 (46,0)	288 (41,8)	110 (44,4)	69 (42,1)	29 (33,7)
Semana 48 de la ELP	473 (53,8)	126 (51,6)	79 (43,4)	34 (64,2)	269 (44,0)	109 (47,8)	64 (42,1)	30 (42,9)
Semana 108 de la ELP	464 (57,8)	114 (50,9)	83 (52,5)	30 (61,2)	252 (45,7)	79 (39,3)	55 (44,0)	20 (35,1)
Semana 144 de la ELP	400 (58,3)	101 (53,4)	68 (50,0)	26 (65,0)	206 (42,7)	67 (39,4)	50 (46,7)	20 (37,0)
LDA DAS28-PCR								
Momento basal de la ELP	754 (77,3)	165 (60,9)	162 (76,8)	43 (68,3)	466 (68,0)	156 (63,7)	122 (74,4)	53 (60,9)
Semana 48 de la ELP	596 (80,5)	159 (75,7)	130 (78,8)	39 (79,6)	359 (69,6)	149 (75,6)	102 (73,9)	46 (75,4)
Semana 108 de la ELP	551 (82,4)	142 (75,9)	114 (80,3)	39 (90,7)	327 (72,2)	121 (69,5)	89 (77,4)	36 (76,6)
Semana 144 de la ELP	483 (85,0)	118 (76,1)	105 (86,8)	33 (89,2)	296 (73,8)	109 (76,2)	76 (78,4)	36 (80,0)

Se analizaron ad hoc datos intermedios.

ACR20/50/70, 20, 50 y 70% de mejoría en los criterios ACR; FIL100/200, filgotinib 100/200 mg; LDA, Low Disease Activity - baja actividad de la enfermedad; ELP, extensión a largo plazo.

Figura 3. Tabla 3. Tasas de respuesta ACR20/50/70 y LDA DAS28-PCR hasta la semana 144 en FINCH 4 por categoría de edad (< 65 vs. ≥ 65 años; casos observados).

Stiers, Galapagos; K. Van Beneden, Galapagos; D. Aletaha, Novartis, SoBi, Sanofi, Amgen, Lilly, Merck, Pfizer, Roche, Sandoz, Janssen, AbbVie; G. Burmester, AbbVie, Galapagos, Lilly, MSD, Pfizer, Roche, UCB, Janssen, Gilead Sciences, Inc.; R. Westhovens, Celltrion, Galapagos, Gilead; Y. Tanaka, Lilly, AbbVie, Bristol Myers Squibb, Chugai, Daiichi Sankyo, Eisai, Pfizer, Mitsubishi Tanabe, GlaxoSmithKline,

Asahi Kasei, Takeda, Astellas, Janssen, Novartis, Sanofi, UCB, YL Biologics, MSD, Ono, Taisho Toyama, Celltrion, Gilead, Boehringer-Ingelheim, Corrona, Kowa, Amgen, AstraZeneca, AstraZeneca, Eli Lilly.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha técnica de JYSELECA. Galapagos NV; mayo de 2022.
2. EPAR de Jyseleca. Galapagos NV; septiembre de 2020.

P025. EFECTO DE FILGOTINIB (FIL) EN EL PESO CORPORAL (PC) Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y EFECTO DEL IMC BASAL EN LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD DE FIL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

A. Balsa¹, S. Wassenberg², A. Tournadre³, H. D. Orzechowski⁴, K. Van Beneden⁵, V. Rajendran⁶, U. Lendl⁷, P. J. Stiers⁸, C. Watson⁵, R. Caporali⁹ y P. Verschuere¹⁰

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Paz. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Rheumazentrum Ratingen. Alemania. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitaro Clermont Ferrand. Francia. ⁴Asuntos Médicos. Galapagos Biopharma Deutschland GmbH. Múnich. Alemania. ⁵Asuntos Médicos. Galapagos NV. Malinas. Bélgica. ⁶Desarrollo Clínico. Galapagos NV. Malinas. Bélgica. ⁷Asuntos Médicos. Galapagos Biopharma Deutschland GmbH. Múnich. Alemania. ⁸Bioestadística. Galapagos NV. Malinas. Bélgica. ⁹Departamento de Ciencias Clínicas y Salud Comunitaria. Universidad de Milán. Italia. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Lovaina. Bélgica.

Introducción: FIL es un inhibidor preferente de la Janus cinasa (JAK) 1 aprobado para el tratamiento (tto.) de la AR de moderada a grave. Se ha notificado aumento de peso con otros inhibidores de JAK ¹⁻³; es importante describir el efecto de FIL sobre el PC/IMC para que los médicos informen correctamente y traten debidamente a los pacientes.

Objetivos: El objetivo principal era evaluar el efecto de FIL sobre el PC/IMC utilizando datos de los estudios FINCH 1-3. Los objetivos secundarios eran evaluar la eficacia y la seguridad de FIL según el IMC basal.

Métodos: FINCH 1-3 (NCT02889796, NCT02873936, NCT02886728) fueron estudios de fase 3, aleatorizados, doble ciego, controlados con tratamiento activo/placebo (PBO) de FIL 100/200 mg (FIL100/FIL200) ± metotrexato (MTX) en pacientes con AR activa que tenían una respuesta inadecuada a MTX (FINCH 1) o a FAME biológicos (FINCH 2), o eran naïve a MTX (FINCH 3). Se evaluaron los cambios desde basal (CDB) en el PC y el IMC según el grupo de tratamiento y el IMC basal, así como la eficacia y la seguridad de FIL según el IMC basal (< 25, 25- < 30 o ≥ 30 kg/m²). Las variables de eficacia incluyeron las respuestas del American College of Rheumatology (ACR) 20/50/70, la puntuación de actividad de la enfermedad 28 con proteína C-reactiva (DAS28-PCR) y la evaluación del cuestionario de salud según el índice de discapacidad (HAQ-DI). Los datos de seguridad proceden de 7 ensayos clínicos en AR (FINCH 1-4, DARWIN 1-3)⁴.

Resultados: En FINCH 1-3, las características basales de la enfermedad, tales como HAQ-DI, DAS28-PCR e índice de actividad clínica de

la enfermedad, fueron similares entre los subgrupos de IMC dentro cada grupo de tratamiento. No hubo CDB clínicamente relevantes en la mediana de PC o IMC en ningún grupo de tratamiento ni diferencias entre los grupos de tratamiento. El CDB medio en el IMC (kg/m²) fue 0,4 con FIL200 y FIL100 y 0,3 con adalimumab (ADA) en la semana 52 en FINCH 1; 0,2, 0,6 y -0,1 con FIL200, FIL100 y PBO, respectivamente, en la semana 24 en FINCH 2; y 0,5, 0,6, 1,1 y 0,3 con FIL200+MTX, FIL100+MTX, FIL200 y MTX, respectivamente, en la semana 52 en FINCH 3. El CMB en el IMC no parecía depender del IMC basal. FIL200 ± MTX fue eficaz frente a los controles con independencia del IMC basal en la mayoría de las mediciones en cada punto temporal. En FINCH 1, en los subgrupos de IMC de < 25, 25- < 30 y ≥ 30 kg/m², se alcanzó un DAS28-PCR < 2,6 en el 38%, 29% y 33% del grupo de FIL200, 29%, 19% y 21% del grupo de ADA y 7%, 10% y 11% del grupo de PBO en la semana 12, respectivamente. La figura muestra la respuesta ACR20 según el IMC basal en FINCH 1-3. En la tabla se resumen los datos de seguridad integrados entre los subgrupos basales de IMC. La tasa de TEV fue numéricamente mayor con FIL200 en los subgrupos de IMC ≥ 30 que en los de 25- < 30 o < 25 kg/m²; la tasa de infecciones graves fue numéricamente mayor con FIL100 en el subgrupo de IMC < 25 mg/m² que en los otros subgrupos de IMC.

Conclusiones: FIL no afectó sustancialmente a los CDB de PC ni IMC. En general, FIL200 ± MTX fue más eficaz que los controles con independencia del IMC basal, y la tasa de AAST fue similar entre los subgrupos de IMC basal.

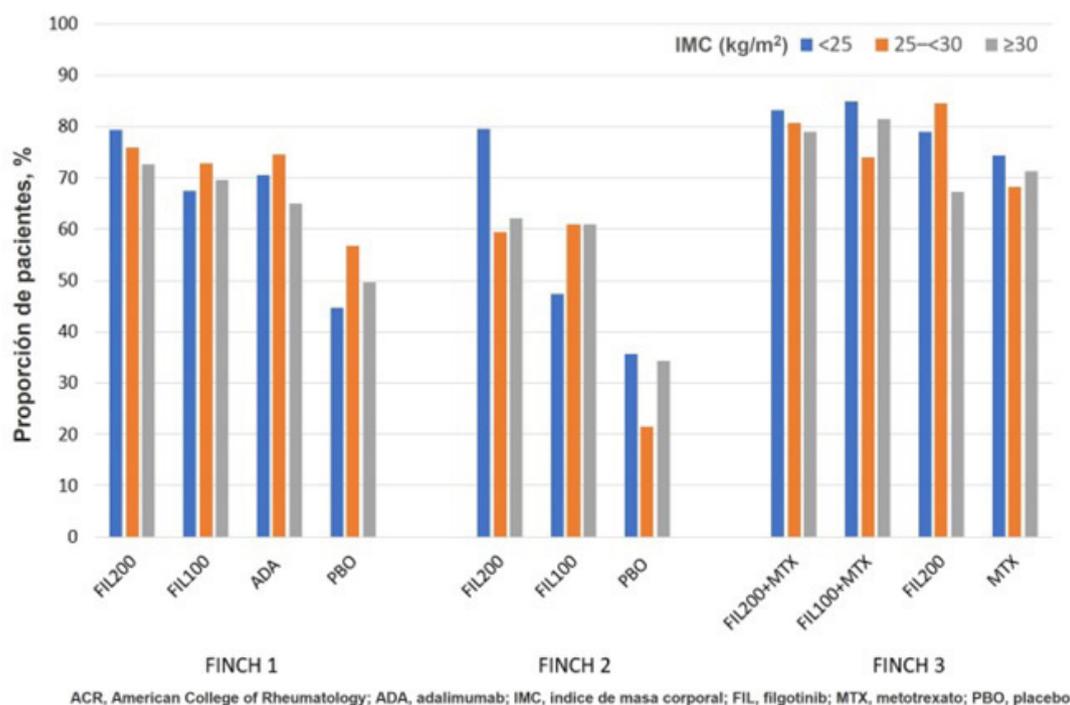
Agradecimientos: los estudios FINCH fueron financiados por Gilead Sciences (Foster City, CA, Estados Unidos). Damos las gracias a los médicos y pacientes que participaron en los estudios. Debbie Sherwood, BSc (Aspire Scientific Ltd, Bollington, Reino Unido) prestó ayuda en la redacción médica, que fue financiada por Galapagos NV (Malinas, Bélgica).

Declaración de intereses: Alejandro Balsa Agencia de conferenciantes: AbbVie, Galapagos, Gilead, Lilly, Nordic, Pfizer, Sandoz y UCB, asesor de: AbbVie, Galapagos, Lilly, Nordic, Pfizer y UCB, subvención/beca para investigación de: AbbVie, Pfizer, UCB, Siegfried Wasenberger Agencia de conferenciantes: AbbVie, MSD, Pfizer y Sanofi, asesor de: AbbVie, Gilead, Lilly, Nichi-Iko, Pfizer y UCB, subvención/beca para investigación de: Pfizer, Anne Tournadre Agencia de conferenciantes: Fresenius-Kabi y Sanofi, instructora remunerada por: Fresenius-Kabi, asesora de: AbbVie, Fresenius-Kabi, Lilly, Novartis y Sanofi, subvención/beca para investigación de: Novartis, Pfizer y UCB, Hans-Dieter Orzechowski empleado de: Galapagos, Katrien Van Beneden accionista de: Galapagos, empleado de: Galapagos, Vijay Rajendran empleado de: Galapagos, Udo Lendl empleado de: Galapagos, Pieter-Jan Stiers accionista de: Galapagos, empleado de:

	Dosis de FIL (mg)	IMC (kg/m ²)		
		<25	25- <30	≥30
		PAE 3062,8	PAE 2640,1	PAE 2382,2
AAST	200	34,5 (32,0, 37,1)	35,7 (33,0, 38,6)	36,6 (33,7, 39,8)
	100	44,3 (40,4, 48,6)	43,0 (38,9, 47,5)	45,3 (41,1, 50,0)
AAST graves	200	5,3 (4,4, 6,4)	5,8 (4,8, 7,1)	7,1 (5,8, 8,5)
	100	7,6 (6,0, 9,4)	6,5 (5,0, 8,4)	8,1 (6,4, 10,2)
Muertes	200	0,3 (0,2, 0,7)	0,5 (0,3, 1,0)	0,5 (0,2, 1,0)
	100	0,4 (0,1, 1,0)	0,3 (0,1, 1,0)	0,2 (0,1, 0,9)
Episodios trombóticos y embólicos venosos	200	0,1 (0,0, 0,4)	0,1 (0,0, 0,5)	0,5 (0,2, 1,0)
	100	0,1 (0,0, 0,7)	0,1 (0,0, 0,8)	0,2 (0,1, 0,9)
Eventos adversos cardiovasculares mayores	200	0,3 (0,2, 0,7)	0,3 (0,1, 0,7)	0,5 (0,2, 1,0)
	100	0,6 (0,3, 1,3)	0,3 (0,1, 1,0)	0,6 (0,2, 1,4)
Infecciones graves	200	1,1 (0,7, 1,7)	1,7 (1,2, 2,5)	1,8 (1,2, 2,6)
	100	2,6 (1,8, 3,9)	1,2 (0,7, 2,2)	2,2 (1,4, 3,4)
Herpes zóster	200	1,6 (1,1, 2,2)	1,4 (1,0, 2,1)	1,8 (1,2, 2,6)
	100	1,0 (0,5, 1,8)	1,2 (0,7, 2,2)	1,0 (0,5, 2,0)
Neoplasias malignas excepto cáncer de piel no melanoma	200	0,5 (0,3, 1,0)	0,7 (0,4, 1,3)	0,5 (0,3, 1,1)
	100	0,6 (0,3, 1,3)	0,4 (0,2, 1,2)	0,8 (0,4, 1,7)

IMC, índice de masa corporal; FIL, filgotinib; PAE, años-paciente de exposición; AA(ST), acontecimiento adverso (surgido durante el tratamiento)

P025 Figura 1. Tasa de incidencia ajustada por la exposición (IC95%) de AA por 100 PAE según el IMC basal.



P025 **Figura 2.** Proporción de pacientes que logran una respuesta ACR20 en la semana 12 (FINCH 1 y 2) o en la semana 24 (FINCH 3).
 ACR, American College of Rheumatology; ADA, adalimumab; IMC, índice de masa corporal; FIL, filgotinib; MTX, metotrexato; PBO, placebo

Galapagos, Chris Watson accionista de: Galapagos, empleado de: Galapagos, Roberto Caporali Agencia de conferenciantes: AbbVie, Accord, BMS, Celltrion, Fresenius-Kabi, Galapagos, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Sandoz y UCB, asesor de: AbbVie, Accord, BMS, Celltrion, Fresenius-Kabi, Galapagos, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Sandoz y UCB, Patrick Verschueren Agencia de conferenciantes: Eli Lilly, Galapagos, MSD y Roularta, asesor de: AbbVie, BMS, Celltrion, Eli Lilly, Galapagos, Gilead, Nordic Pharma, Pfizer, Sidekick Health y UCB, subvención/beca para investigación de: Pfizer Chair Management of Early Rheumatoid Arthritis en KU Lovaina, Bélgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha técnica de tofacitinib.
2. Ficha técnica de baracitinib.
3. Ficha técnica de upadacitinib.
4. Winthrop K, et al. ACR 2021. Abstract 1698.

P026. EFICACIA DE ABATACEPT EN EL DOMINIO ARTICULAR Y PULMONAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Paloma Muñoz Reinoso, D. Decán Bardasz, G. Jurado Quijano, I. Fernández-Maeztu Palacín y J.J. Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

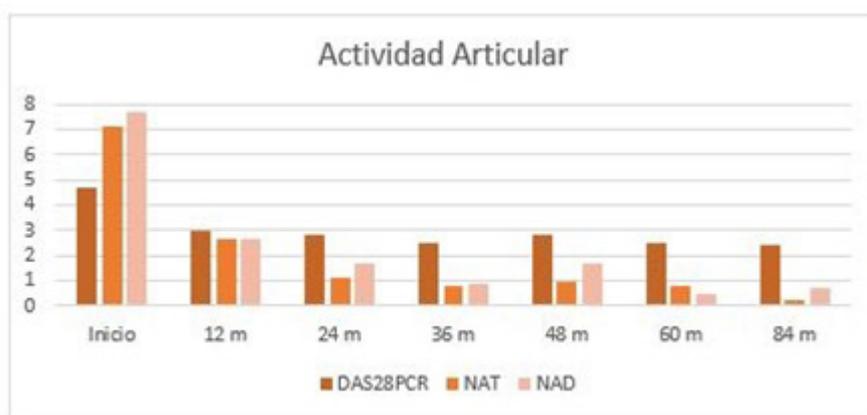
Introducción: El abatacept (ABA) es un modulador selectivo de la coestimulación de linfocitos T que bloquea la cascada de inflamación sinovial, demostrando eficacia en pacientes con artritis reumatoide (AR). Presenta un buen perfil de seguridad, estando especialmente indicado en pacientes que asocian enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID).

Objetivos: Analizar la eficacia de ABA en el dominio articular y pulmonar. Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que han recibido al menos dos dosis.

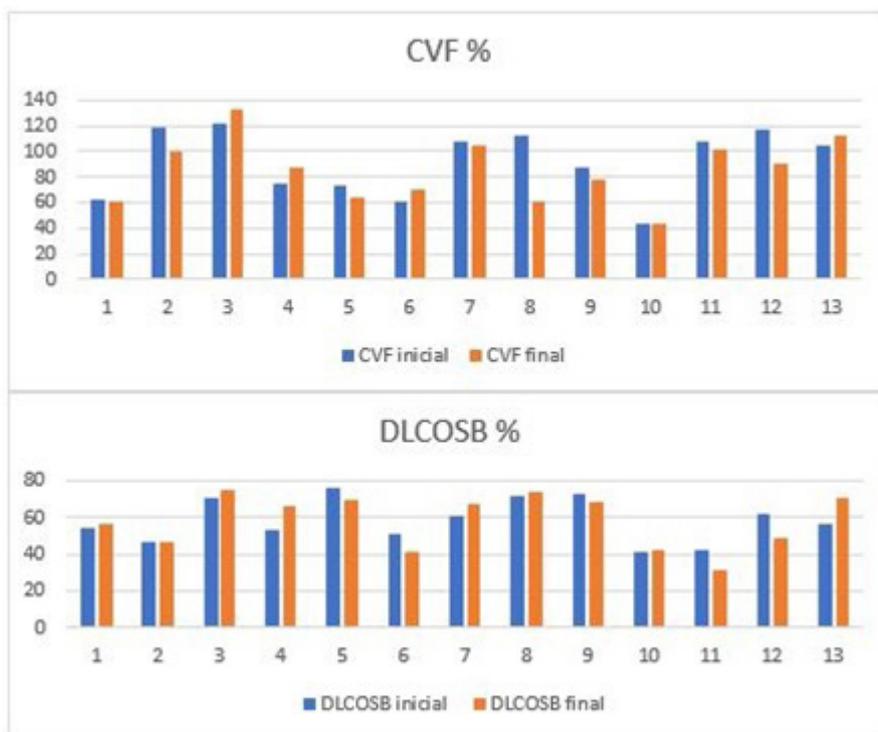
Método: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, en el que se incluyen pacientes con AR en tratamiento con ABA revisados en consultas de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena, desde el 2012 al 2022. Se analizan datos obtenidos de historias clínicas. Se utiliza el software estadístico SPSS v28. El estudio ha sido aprobado por el CEIC.

Resultados: Se incluyen 78 pacientes, 60 (77%) mujeres, con edad media de 67,9 años (65,4-70). El tiempo de evolución de la AR fue 20,6 años (18,1-22,9). El 79,2% (61) tiene FR y APCC positivo, 85,9% (67) enfermedad erosiva y 18,4% (14) son fumadores activos. El 53,8% (42) presentan manifestaciones extraarticulares, 21 (26,9%) EPID (61,9% NIU), 13 (16,7%) nódulos reumatoide, 12 (15,4%) síndrome de Sjögren y 2 (2,6%) hipertensión pulmonar. La edad media al diagnóstico de la EPID fue 63,1 años (58,5-67,8), el tiempo que transcurre desde el diagnóstico de la AR hasta el de EPID fue 9,2 años (4-14,3), los años de evolución fueron 7,3 (4,9-9,6). Previo al inicio de ABA, el 94,9% (74) estuvo con FAMEsc (33,3% ≥ tres), 91% (71) metotrexato; el 70,5% (55) con FAMEb (30,8% ≥ dos), etanercept (43,6%), seguido de adalimumab (19,2%), Inhibidores de IL6 (17,9%) y rituximab (12,8%), entre otros. ABA fue prescrito como primer FAMEb en el 29,5% (23) de los casos, el 57,1% con EPID. Transcurren 13,2 años (10,9-15,4) desde el diagnóstico de AR hasta el inicio de ABA. La dosis de 125 mg s.c. fue empleada en el 80,5% (62). El 65,4% (51) tenía asociado FAMEsc, 68% (32) metotrexato con dosis media de 10-15 mg. Tras el inicio de ABA, 60,6% alcanzó remisión clínica y 62% baja actividad de la enfermedad por DAS28PCR. De media transcurren 8,9 meses (6,1-11,6) hasta alcanzar la remisión; 11,6 meses (7,3-15,9) en monoterapia y 7,1 (3,4-10,8) asociado a FAMEsc (p = 0,038). Durante el tratamiento con ABA, hubo una reducción significativa del DAS28PCR, NAT y NAD (p = 0,015, p = 0,001, p = 0,001) (fig. 1); no diferencias entre monoterapia o combinación. El 91,6% permaneció estable o mejoró de la EPID por TCAR y el 69,2% según las PFR (descenso de la FVC < 10% y DLCO < 15%) (fig. 2). La mediana de supervivencia de ABA fue de 36 meses (23,6-48,4); monoterapia 46 (3,2-88,8) y combinación 36 (10,9-51,0) (p = 0,894). La persistencia al año fue de 64,1% y 50% a los 2 años. Un 10,3% (8) tuvo eventos adversos, todos de carácter leve. El 61,5% (48) suspendió ABA, 54,2% (26) por fallo secundario, de estos estuvieron en remisión completa de media 24,2 meses (13,6-34,8). Hubo 7 fallecimientos, ningún relacionado con el tratamiento.

Conclusiones: En nuestra serie, el abatacept se muestra como un fármaco eficaz y seguro en la AR. Reduce la actividad de la enfermedad y estabiliza la función pulmonar en pacientes con EPID asociada. Se utiliza tras el fracaso de FAMEsc y FAMEb, habitualmente



P026 Figura 1. Evolución de la actividad articular durante el tratamiento con abatacept.



P026 Figura 2. Evaluación funcional de 13 pacientes con AR y EPID, pre y postratamiento con abatacept.

en combinación con Metotrexato, optándose por monoterapia en los casos que presentan EPID.

P027. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE BARICITINIB VS TNFI COMO PRIMER FÁRMACO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DE UN REGISTRO LOCAL

José Carlos Rosas Gómez de Salazar¹, A. Pons-Bas¹, X. Barber², J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, J.A. Bernal¹, A. Raga³, C. Raya-Santos¹, J.C. Cortés-Quiroz¹, R. Gallego-Campuzano¹, L. Pons-Canet¹, J.A. García-Gómez² y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa (Vila Joiosa). ²CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche. ³Servicio de Farmacia. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa.

Objetivos: Evaluar la supervivencia a largo plazo de baricitinib (BARI) versus anti-TNF (TNFi), como primer fármaco biológico (BIO-1), en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AR, tratados con el primer BIO-1, con BARI o TNFi, a partir de septiembre-2017. Se recogieron datos generales (edad actual, al diagnóstico de AR y al inicio de BIO-1); AR: tiempo de evolución, FR, ACPA; BIO-1: dosis recibida, tiempo en tratamiento, motivo de la retirada. El análisis univariable de la supervivencia del fármaco se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier. Para el estudio multivariable, regresión de Cox con riesgos proporcionales.

Resultados. Se incluyeron 129 pacientes con AR, en tratamiento con BIO-1 (media: 22 meses, mediana: 24 meses, rango: 4-48 meses y 221,86 pacientes/años de exposición [PAE]): BARI (n: 81/63% pacientes con 136,80 PAE) o TNFi (n: 48/37% pacientes con 85,05 PAE): mujeres: 123 (95%), edad media actual (DE): 60 (1) años, en el momento del diagnóstico: 50 (1) años y al inicio de BIO-1: 57 (1) años. Pacientes ≥ 65 años: 41 (32%), con tiempo medio con AR: 7,2 años, y tiempo en BIO-1: 1,83 (2,2) años. BIO-1 se retiró en 47 (39%) pacientes: ineficacia: 21 (16%), efectos secundarios: 20 (15%) [trombosis: 3 (2%); 2 en BARI (1 trombosis venosa superficial, 1 embolia pulmonar) y 1 en TNFi (embolia pulmonar), erupción: 2 (2%), infección/COVID19: 2 (2%),

neoplasia/melanoma; 1 (1%), inmunogenicidad: 1 (1%), pérdida de seguimiento: 4 (3%) y otros: 2 (2%). Al comparar BARI vs. TNFi, no se detectaron diferencias entre los datos generales, el porcentaje ≥ 65 años, el tiempo medio en tratamiento o las razones para la retirada del fármaco. Sin embargo, los pacientes con BARI eran más jóvenes, la supervivencia global fue superior al TNFi durante todo el período ($p = 0,036$) y la probabilidad de efectos secundarios/ineficacia se redujo en un 50% (HR: 0,49, IC95%: 0,27-0,89, $p = 0,019$) y en un 63% en los primeros 24 meses (HR: 0,37, IC95%: 0,18-0,73, $p = 0,004$). En pacientes < 65 años, se mantiene la mayor supervivencia de BARI ($p = 0,051$), pero con significación estadística en los primeros 24 meses de tratamiento ($p = 0,034$). En ≥ 65 años, la significación estadística no fue alcanzada durante todo el período ($p = 0,51$). Al comparar los pacientes tratados con BARI 2 mg (n: 25/31%) vs. 4 mg (n: 56/69%), el grupo de 2 mg era mayor en el momento del diagnóstico de AR (51 [DE: 11] años vs. 46 [DE: 17] años; $p = 0,032$) y al inicio de BIO-1 (60 [DE: 13] años vs. 54 [DE: 16] años; $p = 0,03$), y la probabilidad de efectos secundarios/ineficacia en los primeros 24 meses se redujo en un 70% (HR: 0,21, IC95%: 0,052-0,83, $p = 0,26$) vs. 59% (HR: 0,41, IC95%: 0,20-0,84, $p = 0,015$). La supervivencia en pacientes tratados con BARI 2 mg fue mayor en los primeros 24 meses ($p = 0,003$), y redujo la probabilidad de efectos secundarios/ineficacia en un 79%: HR: 0,21 (IC95%: 0,05-0,83, $p = 0,026$ y con BARI 4 mg en un 59%: HR: 0,41 (IC95%: 0,20-0,84, $p = 0,015$).

Conclusiones. 1. Globalmente, la supervivencia de BARI fue superior al TNFi y la posibilidad de efectos secundarios/ineficacia se redujo en un 50%. 2. En pacientes < 65 años, se mantuvo la mayor supervivencia de BARI. 3. Con BARI 2 mg, la supervivencia fue significativamente superior a la TNFi a cualquier edad, en los primeros 2 años de tratamiento. 4. No hubo diferencias en la causa de retirada.

P028. NIVELES PLASMÁTICOS DE NETS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO O INHIBIDORES DE JAK Y ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Beatriz Frade Sosa¹, Andrés Ponce Fernández¹, Estíbaliz Ruiz-Ortiz², Odette Viñas², Jordi Yagüe², Josep M. Auge³, Ana Azuaga¹, Juan C. Sarmiento-Monroy¹, Rosa Morlà¹, Virginia Ruiz¹, Julio Ramírez¹, Patricia Corzo Garcia¹, Sandra Myriam Farietta Varela¹, Nuria Sapena¹, Juan de Dios Cañete¹, José A. Gómez-Puerta¹ y Raimón Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Centre de Diagnòstic Biomèdic. Servicio de Inmunología. Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Bioquímica y genética molecular. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) pueden desempeñar un papel patogénico en la artritis reumatoide (AR)¹. Se ha descrito que los pacientes con AR presentan niveles más elevados de NETs circulantes, sin embargo, su relación con la actividad de la enfermedad y su relación con el tratamiento antirreumático (incluidos los fármacos biológicos y los inhibidores de JAK (JAKi)), no está del todo aclarada.

Objetivos: Evaluar si los niveles plasmáticos NETs en pacientes con AR establecida están asociados con la actividad de la enfermedad o el tipo de tratamiento (biológicos o JAKi).

Métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron consecutivamente pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) que recibían tratamiento con inhibidores de la IL6 (IL6i), JAKi o inhibidores del TNF (antiTNF), independientemente de la actividad de la enfermedad y de la terapia previa recibida. Se incluyeron dos grupos control: Uno de pacientes con AR con alta actividad de la enfermedad (≥ 4 articulaciones inflamadas), independientemente del tratamiento; y otro de donantes de sangre sanos. Se evaluaron los índices clínicos de actividad de la enfermedad (DAS28, SDAI, CDAI) y los parámetros de laboratorio de la inflamación, incluida la PCR de alta sensibilidad (hsCRP) y la calprotectina. Los niveles plasmáticos de elastasa-ADN (EN-ADN) y complejo histona-ADN (H3-ADN) (remanentes de NETs) se examinaron mediante ELISA. Se analizaron los niveles de remanente de NETs y las variables clínicas mediante la prueba de correlación de Spearman.

Resultados Se incluyeron 111 pacientes (90% mujeres, 85% seropositivos (FR y/o ACPA), edad media 56,45 años y duración media de la AR 15,9 años): 83 recibieron biológicos (53 IL6i y 30 antiTNF) y 28 JAKi (19 baricitinib y 9 tofacitinib). Las medias de DAS28 y CDAI fueron 3,00 y 10,5, respectivamente. Los controles fueron 18 pacientes con AR activa (media DAS28 de 5,72 y CDAI de 34,9), 11 de ellos no recibían ni biológico ni JAKi [tabla]. También se incluyeron 30 donantes sanos. Los niveles de NETs de los pacientes en tratamiento biológico o con JAKi no mostraron diferencias significativas con los controles sanos. Tampoco se observaron diferencias en los valores de NETs según el tipo de terapia. En el grupo control de alta actividad de la enfermedad, los niveles de NETs fueron más elevados que en el grupo principal (tratados con JAKi o biológicos), pero solo se alcanzó la significación estadística en los niveles de H3-DNA (EN-DNA 2,96 (DE 5,42) vs. 1,25 (DE 1,03) $p = 0,03$; H3-DNA 2,67 (DE 4,52) vs. 1,36 (DE 1,15) $p > 0,05$). Los niveles de las dos determinaciones de NETs estaban fuertemente correlacionadas entre ellas ($\rho = 0,97$; $p < 0,001$). También observó una correlación, aunque débil, entre las NETs y la actividad clínica de la enfermedad (DAS28, CDAI, SDAI) (ρ ente 2,2 y 2,7 = 0,97; $p < 0,05$), pero no con los parámetros de laboratorio de la inflamación, incluida la calprotectina.

Tabla P028

	IL6i	JAKi	antiTNF	p	Activos		Total	Controles sanos
	N 53	N 28	N 30		N 18	p	N 129	N 30
Edad	58,1 (11,3)	54,5 (11,4)	55,4 (13,2)	NS	52,6 (11,8)	NS	55,92 (11,86)	
Mujer	48 (90,6)	25 (89,3)	27 (90,0)	NS	17 (94,4)	NS	117 (90,7)	
Años de evolución	16,8 (9,3)	13,7 (9,7)	16,5 (11,7)	NS	10,0 (8,5)	NS	15,1 (10,0)	
Actividad de la enfermedad								
28NAD	3,3 (4,9)	4,0 (5,7)	2,4 (3,7)	NS	12,1 (7,5)	< 0,001	4,43 (6,1)	
28NAI	0,96 (1,3)	2 (2,5)	1,4 (2,3)	NS	7,61 (2,6)	< 0,001	2,2 (3,0)	
VGP	3,24 (2,1)	4,1 (2,5)	3,9 (2,9)	NS	7,3 (2,4)	< 0,001	4,1 (2,7)	
VGM	2,2 (1,6)	2,9 (2,07)	2,4 (2,3)	NS	7,9 (1,3)	< 0,001	3,2 (2,7)	
CDAI	9,57 (7,8)	13,0 (10,2)	9,9 (9,5)	NS	34,9 (12,1)	< 0,001	13,9 (12,1)	
SDAI	9,5 (7,9)	13,6 (10,4)	10,7 (10,8)	NS	37,1 (12,5)	< 0,001	14,6 (13,5)	
DAS28	2,53 (1,11)	3,81 (1,38)	3,08 (1,17)	< 0,001	5,72 (1,27)	< 0,001	3,38 (1,60)	
Laboratorio								
hsPCR mg/dL	0,10 (0,24)	0,38 (43)	0,77 (2,5)	< 0,001	1,83 (1,94)	< 0,001	0,55 (1,51)	
VSG mm/h	6,28 (3,97)	29 (29,5)	15,7 (11,50)	< 0,001	29,67 (23,46)	< 0,001	16,52 (19,88)	
Calprotectina plasmática (µg/ml)	0,61 (0,56)	1,21 (1,40)	1,25 (2,24)	NS	3,27 (2,93)	< 0,001	1,25 (1,88)	
Niveles de remanentes de NETs								
EN-ADN	1,15 (0,32)	1,05 (0,22)	1,13 (0,61)	NS	2,30 (4,29)	NS	1,29 (1,67)	1,16 (0,91)
H3-ADN	1,12 (0,33) *	1,05 (0,21) *	1,13 (0,21)	NS	2,16 (3,60) *	0,03	1,26 (1,39)	1,27 (1,40)

Se muestran resultados en media (desviación estándar) o número de pacientes (%). EN-ADN: Elastasa-ADN y H3-ADN: histona-ADN.

Conclusiones: Las NET están elevados en pacientes con AR activa, pero se correlacionan débilmente con la actividad clínica de la enfermedad. Los pacientes con AR establecida en tratamiento biológico o JAKi presentan niveles bajos de NETs en plasma. Los niveles de NETs pueden estar influidos por el tratamiento biológico o con JAKi.

BIBLIOGRAFÍA

1. Song *et al.* *Frontiers in Immunology* 2021.

P029. ¿DEBERÍAMOS REPLANTARNOS LA MONITORIZACIÓN ANALÍTICA DEL METOTREXATO?

Cristina Zamora Ramos, P. Turiel, N. Garvín, M. Beladiez, M. Alcalde y A.F. Cruz

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de alteraciones analíticas en pacientes con artritis reumatoide (AR) que inician tratamiento con metotrexato (MTX) y revisar las modificaciones en los tratamientos realizados en base a esas alteraciones analíticas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron pacientes con AR que habían iniciado tratamiento con MTX (15 mg a la semana) entre los años 2001 y 2021. Se recogieron los resultados de parámetros hepáticos y hematológicos obtenidos en los controles analíticos realizados desde el inicio del tratamiento y durante los dos años siguientes. Estos controles se realizaron antes de iniciar MTX, un mes después, a los 3 meses y posteriormente cada 3-4 meses; de acuerdo a las recomendaciones de las guías clínicas de ACR₁ y de EULAR₂ sobre la monitorización del MTX. Los parámetros recogidos fueron aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), hemoglobina (Hb), leucocitos, neutrófilos y linfocitos. Se incluyeron en el estudio exclusivamente pacientes en monoterapia con MTX, con o sin prednisona asociada. Se calculó la frecuencia de las alteraciones analíticas encontradas y se revisó en las historias clínicas los cambios terapéuticos realizados en base a estas alteraciones.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes, de los cuales el 67% eran mujeres y 33% varones con una edad media de 55,94 (± 12,9) años. Se encontraron alteraciones significativas de nueva aparición en las transaminasas (> 2 veces el valor normal: 68 U/L) en 8 pacientes (8,2%) durante los dos años de seguimiento. De estos, a 6 pacientes (6,1%) se les modificó la dosis de MTX y a 2 pacientes (2,1%) se les suspendió por presentar ALT/AST > 3 veces el valor normal: 102 U/L. Tras la suspensión los dos pacientes normalizaron valores analíticos. En cuanto a las alteraciones hematológicas *de novo* se objetivó anemia (Hb < 13 g/dl en varones, < 12 g/dl en mujeres) en 10 pacientes (9,7%). Sin embargo, ninguno de ellos presentó Hb < 10 g/dl y no hubo modificación del tratamiento debido a esta alteración. Se observó linfopenia (linfocitos < 0,9 × 10³/μL) en 3 pacientes (3,1%) y neutropenia (neutrófilos < 1,9 × 10³/μL) en 4 pacientes (4,1%). Ninguno de estos pacientes precisó la modificación o suspensión del tratamiento.

Conclusiones: La baja incidencia de alteraciones analíticas encontradas en nuestro estudio nos hace replantearnos la periodicidad necesaria en la monitorización del MTX en nuestros pacientes, no solo para evitar la venopunción repetida innecesaria, sino también los desplazamientos o visitas a los centros sanitarios. Por otro lado, no debemos olvidarnos del gasto sanitario y de recursos humanos que estos procedimientos conllevan. Se requieren estudios más extensos para dilucidar el intervalo temporal más óptimo requerido en la monitorización de la toxicidad del MTX en el manejo de pacientes con AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guidelines for monitoring drug therapy in rheumatoid arthritis. American College of Rheumatology ad hoc committee on clinical guidelines. *Arthritis Rheum.* 1996;39:723-31.

2. Visser K, *et al.* Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: Integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E initiative. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1086-93.

P030. MEDICINA DE PRECISIÓN PARA PREDECIR CON TÉCNICAS IN VITRO LA RESPUESTA CLÍNICA AL METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO

Ana Isabel Turrión Nieves¹, Francisco J. Blanco², Mercedes Alperi³, Alejandro Escudero⁴, Chary López-Pedrerá⁴, Natividad Oreiro-Villar², Tatiana Yebra⁵, Gema Cordero⁵, Teresa Díez⁵ e Isabel Portero⁵

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ²Servicio de Reumatología. NIBIC-Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Facultad de Fisioterapia-Universidad de A Coruña. ³Servicio de Reumatología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁴IMIBIC-Hospital Reina Sofía-Universidad de Córdoba. ⁵Biohope Scientific Solutions for Human Health.

Introducción: El objetivo principal del tratamiento con un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) en pacientes con artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo es conseguir la remisión clínica. El metotrexato (MTX) debería ser la primera estrategia de tratamiento en los pacientes naïve, pero aproximadamente un tercio no responderá a esta terapia. Se carece de herramientas para predecir la respuesta individual del paciente al MTX. Estudios previos muestran que el número de monocitos circulantes antes del tratamiento puede predecir la respuesta clínica al MTX¹ y que la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) puede estar relacionada con la acción farmacológica del MTX^{2,3}.

Objetivos: Evaluar si la respuesta a MTX puede ser medida *in vitro* con la determinación de los monocitos circulantes y la producción de ROS en pacientes con AR de reciente comienzo y si dicha medida se asocia con la remisión clínica del paciente a los 6 meses de tratamiento con MTX.

Métodos: Se trata de un estudio de prueba de concepto observacional y longitudinal con un seguimiento de 6 meses en pacientes con AR de reciente comienzo naïve a MTX, a los que se pauta un tratamiento con dicho FAME. Se incluyeron 33 pacientes adultos con AR de reciente comienzo según criterios EULAR y con un DAS28 ≥ 2,6 antes del tratamiento. 26 pacientes disponían de una muestra válida para la realización de las determinaciones. Al inicio del estudio se recogió una muestra de sangre periférica del paciente, en la que se aislaron las PBMCs. Estas PBMCs son cultivadas en un medio de cultivo y expuestas a PHA (fitohemaglutinina) y MTX. En el test ROS, se midieron las ROS mediante una sonda específica detectable por fluorescencia. En el test de Monocitos, la actividad metabólica de los monocitos se determinó con resazurina y se midió mediante fluorimetría. Se registraron variables clínicas y analíticas a lo largo del seguimiento de los pacientes y se utilizó el DAS28 < 2,6 como criterio de remisión clínica. Se compararon los resultados de ambas pruebas en los pacientes con y sin remisión clínica a los 6 meses.

Resultados: Los niveles de ROS determinados con el test ROS mostraron estar aumentados en los pacientes con remisión clínica en comparación con los pacientes sin remisión (p < 0,001) (fig.). El número de monocitos determinado con el test de Monocitos estaba disminuido en los pacientes con remisión clínica frente a los pacientes sin remisión (p < 0,05) (fig.). La capacidad discriminativa de estos modelos se analizó con el área bajo la curva de características operativas (ROC), mostrando para el test ROS un AUC de 0,919 (IC95% 0,813-1,025) (p < 0,0001) y para el test de monocitos 0,826 (IC95% 0,664-0,989) (p < 0,0001).

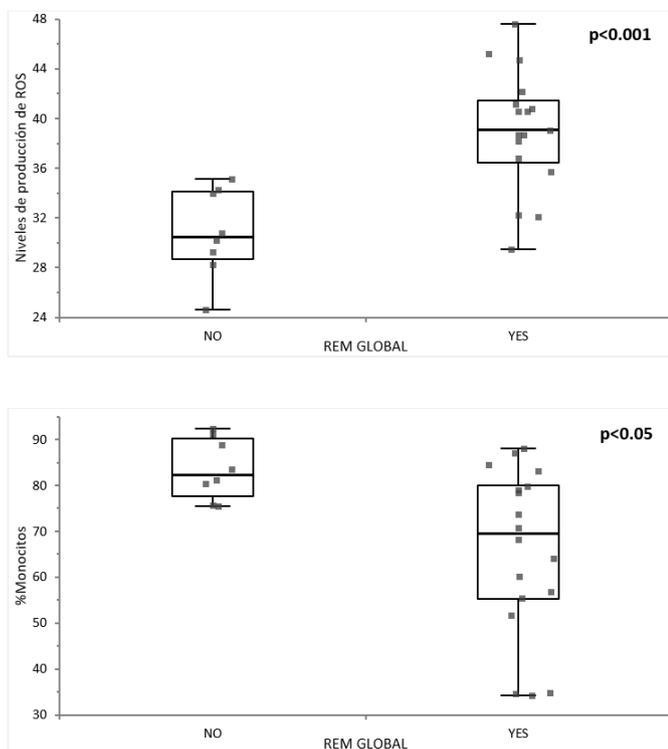


FIG. 1. Comparación de medias de ROS y Monocitos en pacientes con AR de reciente comienzo tratados con MTX según la remisión clínica a los 6 meses.

Comparación de medias de ROS y Monocitos en pacientes con AR de reciente comienzo tratados con MTX según la remisión clínica a los 6 meses.

Conclusiones: En pacientes con AR de reciente comienzo y naïve al MTX, la respuesta farmacológica puede medirse in vitro mediante la cuantificación de los monocitos totales y la producción de ROS en PBMCs activadas. Los porcentajes bajos de monocitos y los niveles altos de producción de ROS se asocian con la remisión clínica de los pacientes tratados con MTX a los 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chara *et al.* Journal of Translational Medicine. 2015;13:2.
2. Friedman B, Cronstein B. Joint Bone Spine. 2019; 86(3):30107.
3. Bedoui *et al.* International Journal of Molecular Sciences. 2019; 20(20):5023.

P031. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS CUESTIONARIOS VITACORA Y PSAID EN LA ESTIMACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Ignacio Braña Abascal¹, Stefanie Burger¹, Pablo González del Pozo¹, Estefanía Pardo¹, Sara Alonso¹, Sabela Fernández¹, Fernando Jirout¹, Isabel Zapico¹, Juan C. Torre², Mercedes Alperi¹ y Rubén Queiro¹

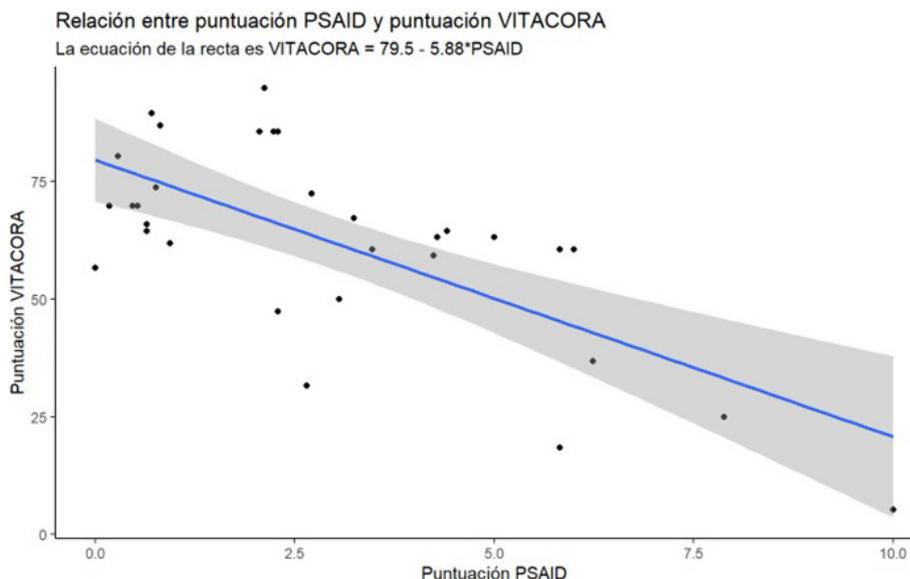
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.

Introducción y objetivos: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un aspecto frecuentemente infravalorado en artritis psoriásica (APs). Existen distintos instrumentos para estimar la CVRS en APs, pero apenas se emplean. Nuestro objetivo fue comparar las capacidades clinimétricas de los cuestionarios VITACORA y PsAID (Psoriatic Arthritis Impact of Disease) para valorar la CVRS asociada a la APs en rutina clínica.

Métodos: Se reclutaron 45 pacientes consecutivos con APs, edad media 55 ± 13 años, duración promedio de enfermedad $8,2 \pm 6,1$ años, 24 varones y 21 mujeres. La actividad de la enfermedad se estimó por el DAPSA, y la CVRS con el VITACORA y el PsAID. Se analizó la validez de constructo y discriminante del VITACORA (correlación de Pearson y curvas ROC). La significación estadística se estableció en un valor $p < 0,05$. Se usó el software estadístico R. Este estudio fue aprobado por el comité ético para estudios clínicos del Principado de Asturias.

Resultados: El 58% y 42% de los sujetos estaban bajo terapia biológica y sistémica convencional respectivamente. La mayoría de los pacientes mostraban buen control de su enfermedad, mediana DAPSA 11,3 (RIC: 8,02-19,3), mediana PsAID 2,71 (RIC: 1,06-5). La correlación entre VITACORA y PsAID fue alta, $r: -0,7$ (IC95%: -0,84 a -0,46), $p < 0,0001$ (fig.). Los valores del VITACORA tuvieron un rango de 6 a 94. La validez discriminante determinó que un VITACORA en rango 6-29 se correspondía a un DAPSA alta actividad, un rango 30-44 correspondía a un DAPSA actividad moderada, y un rango 45-95 se correspondía con baja actividad DAPSA. El punto de corte para determinar un estado sintomático aceptable (PsAID ≤ 4) correspondió a un valor VITACORA ≥ 66 con un área bajo curva ROC de 0,85 (IC95%: 0,71-0,98).

Conclusiones: El cuestionario VITACORA tiene una buena validez discriminante y de constructo, y su rendimiento clinimétrico es similar al PsAID en la estimación de la CVRS en rutina clínica. Cualquiera de los dos cuestionarios podría usarse para evaluar este aspecto de la salud en APs.



P031 Figura. Correlación entre VITACORA y PsAID.

P032. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN RUTINA CLÍNICA

Ignacio Braña Abascal, Stefanie Burger, Pablo González del Pozo, Estefanía Pardo, Sara Alonso, Sabela Fernández, Fernando Jirout, Isabel Zapico, Mercedes Alperi y Rubén Queiro

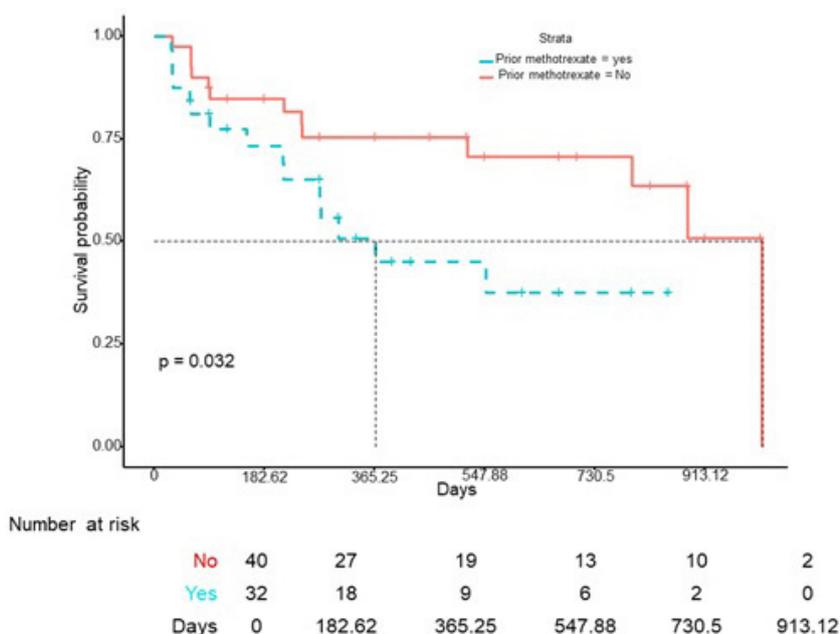
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: El ixekizumab (IXE) es un anticuerpo monoclonal terapéutico IgG4 dirigido contra la interleucina-17A (IL-17A) que ha demostrado eficacia y seguridad en ensayos clínicos en artritis psoriásica (APs). Sin embargo, la información sobre IXE en condiciones de práctica clínica real es escasa. Nuestro objetivo fue analizar la tasa de retención y la seguridad de IXE en pacientes con APs tratados en condiciones de rutina clínica.

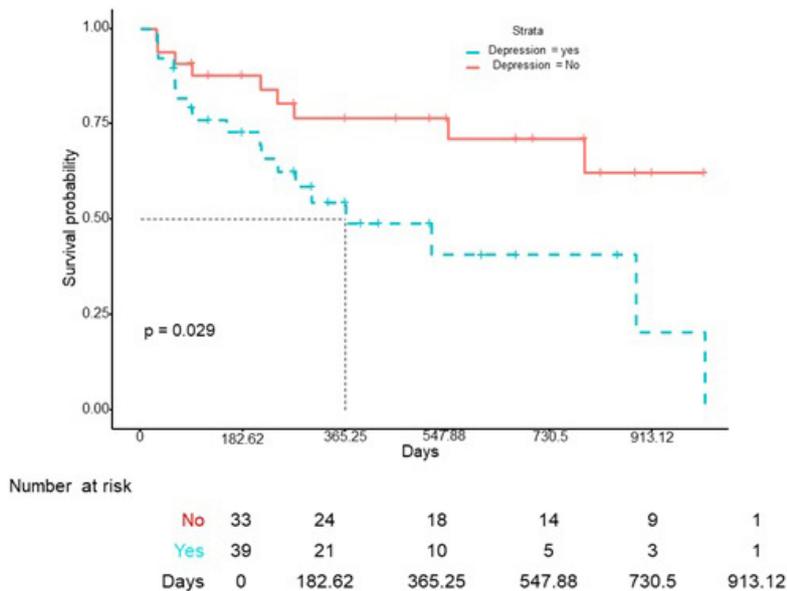
Pacientes y métodos: Estudio observacional unicéntrico longitudinal retrospectivo de todos los pacientes con APs que habían recibido

al menos una dosis de IXE. Los eventos adversos (EA) y la tasa de retención del fármaco se consideraron los principales desenlaces. La supervivencia se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y los factores predictivos mediante análisis de regresión de Cox multivariante. Se utilizó el Hazard Ratio (HR) como medida de la asociación. Este estudio fue aprobado por el comité ético para estudios clínicos del Principado de Asturias.

Resultados: Se incluyeron un total de 72 pacientes (52 mujeres y 20 hombres). La mediana de duración de enfermedad fue de 5 años (RIC: 3-9). Más del 90% habían recibido ≥ 2 fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos y/o sintéticos dirigidos antes de IXE. Ixekizumab mostró una tasa de retención al año del 65% y a los 2 años del 57%. En cuanto a la suspensión por EA, se identificaron 0,18 EA por persona-año. El número de FAME biológicos previos no influyó en la supervivencia del fármaco, pero el uso previo de metotrexato [HR 2,31 (IC95% 1,05-5,10), $p < 0,05$] y la depresión [HR 2,40 (IC95% 1,07-5,41), $p < 0,05$] aumentaron el riesgo de discontinuación de IXE (figs.).



P032 Figura 1. Retención de Ixekizumab en función del uso previo de metotrexato.



P032 Figura 2. Retención de Ixekizumab en función de la depresión.

Conclusiones: El ixekizumab mostró una buena tasa de retención en una población con APs mayoritariamente refractaria a FAME biológicos y/o sintéticos dirigidos. La supervivencia del fármaco fue consistentemente buena independientemente de la edad, el sexo, las comorbilidades metabólicas, el tabaquismo o el número previo de terapias biológicas.

P033. COMPARACIÓN DE LAS PROPIEDADES METROLÓGICAS DE S-SCAISS VERSUS SPARCC PARA LA DETECCIÓN/ CUANTIFICACIÓN DE INFLAMACIÓN EN RM-SI EN ESPONDILOARTRITIS: DATOS COHORTE DESIR

R. Almodóvar, P. Zarco¹, A. Bueno ², C. García Monco³, E. Pérez-Fernández⁴, C. López-Medina⁵, M. Dougados ⁶ y R. Mazzucchelli¹

¹Rheumatology Unit. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
²Radiology Department. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
³Radiology Department. Instituto Medico Tinerfeño. La Laguna. ⁴Clinical Investigation Unit. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
⁵Rheumatology Unit. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.
⁶Rheumatology Department. Hospital Cochin. University of Paris. Francia.

Objetivos: Comparar la fiabilidad entre evaluadores, la validez discriminativa y la sensibilidad al cambio usando el sistema s-SCAISS frente a SPARCC, en pacientes que presentan dolor lumbar inflamatorio sugestivo de espondiloartritis axial de la cohorte DEvenir des Spondylarthropathy Indifférenciées Récentes (DESIR).

Métodos: Se analizaron imágenes de RM-SI de 206 pacientes incluidos al inicio en la cohorte DESIR y después de un primer año de seguimiento (46,6% hombres, edad media 33,6 ± 8,8 años). La fiabilidad entre lectores (3 lectores para s-SCAISS y 2 lectores de núcleo central para SPARCC) se evaluó utilizando coeficientes de correlación intraclase (ICC). Las pruebas de validez discriminativa se realizaron mediante el cálculo del área bajo la curva (AUC), la sensibilidad, la especificidad y las razones de verosimilitud para diferentes puntos de corte para la clasificación de presencia/ ausencia de EMO en SI, utilizando como estándar la RM positiva/negativa según los lectores principales de DESIR. La sensibilidad al cambio se evaluó en sujetos con mejoría en la actividad de la enfermedad probando diferencias entre medidas pareadas. Se consideraron tres criterios diferentes para definir la mejora de la actividad: un cambio en la puntuación ASDAS a los 12 meses de 1,1 (Mejora Clínica Importante -MCI-) y 2 puntos (Mejora Mayor -MM-) y una reducción ≥ 50% de la puntuación BASDAI inicial (BASDAI50).

Resultados: Fiabilidad entre evaluadores: tanto s-SCAISS como SPARCC mostraron una buena fiabilidad entre lectores: en la RM inicial: ICC 0,95 y 0,82, respectivamente; RM al año: ICC 0,80 y 0,79, respectivamente. Validez discriminativa: de los 206 pacientes incluidos en nuestro estudio, 70 (34%) cumplieron con criterios ASAS de sacroilitis en RM. El AUC para la detección de EMO fue excelente para ambos sistemas (0,88 y 0,98 para s-SCAISS SPARCC, respectivamente). El punto de corte óptimo para s-SCAISS fue 60 u (Sens 83%, Esp 80%) y para SPARCC 1,25 u (Sens 93% y Esp 94%). Utilizando el punto de corte de 60 u de s-SCAISS y el de 1,25 para SPARCC, se clasificaron 165 pacientes (81,3%) y 189 pacientes (93,1%), respectivamente, de acuerdo con la definición ASAS de presencia o ausencia de inflamación en RM evaluada por los lectores centrales humanos. Sensibilidad al cambio: de los 206 pacientes incluidos, 1 año después de la evaluación inicial, 48 (23,3%), 17 (8,3%) y 54 (26,2%) pacientes tenían MCI, MM y BASDAI50, respectivamente. En estos pacientes con actividad de la enfermedad mejorada, la puntuación media (DE) de s-SCAISS al inicio del estudio fue 404,1 (DE 1055,1), 185,7 (262,7) y 375,3 (DE 1008,8), respectivamente. Mientras que a los 12 meses disminuyó a 72,6 (DE 134,8), 46,1 (DE 72,1) y 76 (DE 151,7). Las medias de las diferencias pareadas fueron 331,4 (DE 1019,6), 139,7 (DE 240,8) y 298,3

(DE 976,9), respectivamente, todas ellas con p < 0,05. Como era de esperar, el AUC para la detección de MCI, MM y BASDAI50 para ambos sistemas fue bajo (s-SCAISS 0,61, 0,63 y 0,58 y para SPARCC 0,7, 0,66, 0,60, respectivamente).

Conclusiones: El sistema de cuantificación de EMO en RM-SI con s-SCAISS es tan fiable y sensible al cambio como SPARCC. La aparente ventaja de SPARCC sobre s-SCAISS es un artefacto por el hecho de que la definición de la presencia o ausencia de los criterios ASAS para sacroilitis la determinan los mismos lectores que evalúan SPARCC.

P034. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE GUSELKUMAB SEGÚN PERFILES DE PACIENTES A LAS 52 SEMANAS EN ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Víctor Ruiz del Valle, Irene Martín Martín, Míriam Navidad Fuentes, Laura Estepa Díaz y Susana Quirosa Flores

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: El guselkumab es un anticuerpo monoclonal IgG1λ dirigido específicamente frente a la IL-23, una citocina reguladora que modifica la actividad de los linfocitos T, interviniendo en las vías patogénicas que inician y mantienen la actividad de la artritis psoriásica (APs). Esta enfermedad posee un amplio espectro de manifestaciones a nivel sistémico y en la cual existen diversos perfiles en función de los dominios que se encuentren afectados. El guselkumab se ha utilizado para tratar la enfermedad psoriásica cutánea (PsO) y la APs desde 2020. Sin embargo, no se han realizado análisis a largo plazo en APs.

Objetivos: Analizar la eficacia a largo plazo de guselkumab (52 semanas) y la eficacia según diferentes perfiles de pacientes: 1) tipo de APs o 2) tipo de PsO así como atendiendo a la relación entre las articulaciones y la piel (DAPSA/BSA > 10, 10-1, < 1).

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, en pacientes diagnosticados de APs según criterios ACR, que recibieron guselkumab durante 52 semanas. Se registraron datos demográficos de los pacientes, los dominios y el grado de afectación. Se recogieron datos de respuesta mediante DAPSA y BSA y la presencia de entesitis y dactilitis. Se analizaron estos datos estadísticamente mediante t-Student y ANOVA, comparando la tasa de respuesta en función del perfil de APs, PsO y la relación entre ambos dominios (DAPSA/BSA).

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con APs moderada-grave. Las variables demográficas aparecen detalladas en la tabla. Según el DAPSA, los pacientes se clasificaron en categorías de actividad alta, moderada, baja y remisión. El 50% de los pacientes alcanzaron la remisión a las 52 semanas, y la gran mayoría del resto con un bajo nivel de actividad (44%). Atendiendo al tipo de APs (oligoarticular periférica, poliarticular periférica y APs con afectación axial), el índice DAPSA disminuyó en todos mostrando mejores resultados en APs oligoarticular y APs periférica con afectación axial (fig. 1). En cuanto al tipo de PsO, la PsO en placas fue la más prevalente, experimentando una disminución significativa desde el inicio. Otras formas de PsO, como la inversa y de la cuero cabelludo presentaron menor frecuencia, desapareciendo al final seguimiento (fig. 2). Cuando se analizó el DAPSA en pacientes según su BSA a las 52 semanas, el guselkumab fue efectivo articularmente tanto en pacientes con menor afectación cutánea (BSA < 1) como en pacientes con un componente cutáneo grave (BSA > 10) (fig. 3). La persistencia del tratamiento fue del 100% tras 24 semanas y del 85% tras 52 en pacientes que recibieron Guselkumab como 2ª o 3ª línea de tratamiento. En pacientes que recibieron Guselkumab como 4ª o más, la persistencia a las 24 semanas fue del 84% y del 63% a las 52. No se registraron eventos adversos relacionados con el fármaco, incluyendo reacciones locales en el lugar de la inyección. Del total de pacientes incluidos, 10 abandonaron el tratamiento por fracaso primario y 1 por fracaso secundario.

Características basales de los pacientes n = 45

Edad de inclusión, media (IC95%), años	52,64 ± 1,99
Sexo	
Mujer, n (%)	27, 60%
Hombre, n (%)	18, 40%
IMC, media [IC95%]	28,87 ± 1,58
Fumador, n (%)	9, 20%
Duración de la enfermedad, PSO, media [IC95%], años	12,53 ± 1,49
Duración de la enfermedad, APs, media [IC95%], años	10,24 ± 1,19
DAPSA media [IC95%]	25,37 ± 2
Entesitis, n (%)	14, (31,11%)
Dactilitis, n (%)	4, (8,88%)
BSA media [IC95%]	13,5 ± 4,34
FAME previos	
MTX used, n (%)	30, (66,66%)
MTX dose, mg/week	11 ± 1,87
Línea de tratamiento con FAMEb	
Segunda o tercera n (%)	18, (39,99%)
Cuarta a octava, n (%)	27, (59,99%)

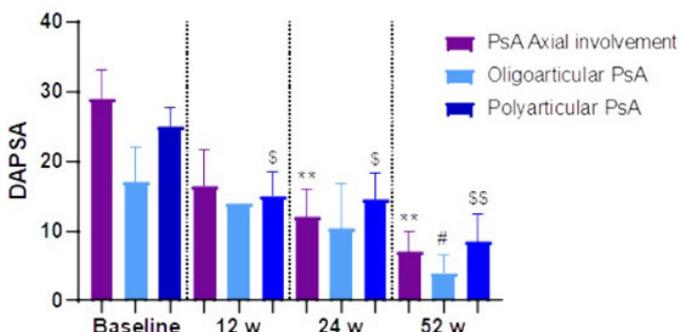


Figura 1. Valores de DAPSA absoluto según tipo de APs a lo largo del tiempo. *Significancia en forma periférica y axial, #significancia en forma oligoarticular y \$Significancia en forma poliarticular.

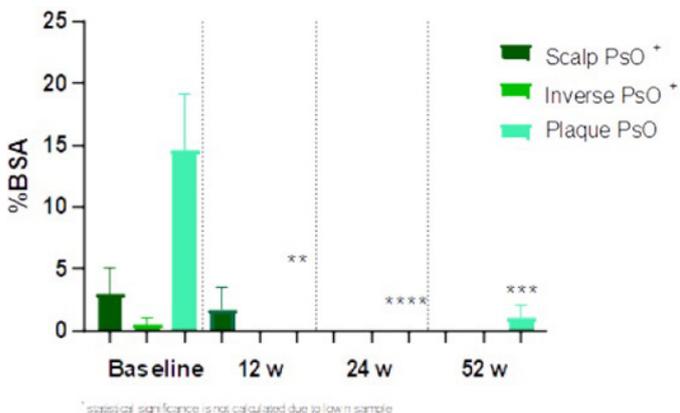


Figura 2. Valores de %BSA según tipo de PsO a lo largo del tiempo. *Significancia en pacientes con PsO en placas. + estadística no calculada por tamaño muestral.

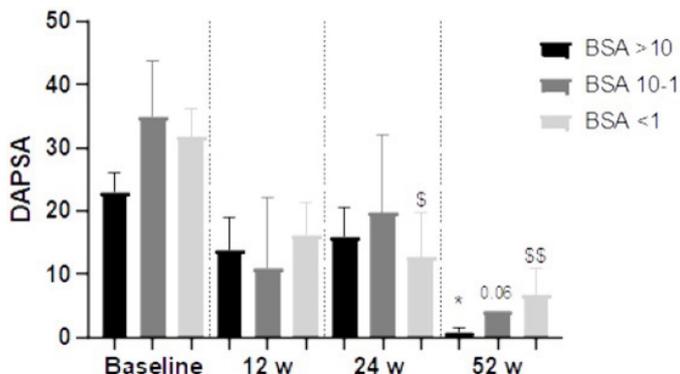


Figura 3. Valores de DAPSA absoluto según BSA > 1, 10-1, BSA < 1. *Significancia en pacientes con BSA > 10, \$Significancia en pacientes con BSA > 1.

Conclusiones: El guselkumab es eficaz y seguro a largo plazo (52 semanas) en pacientes de vida real con APs moderada-grave. Es igualmente eficaz independientemente del perfil de APs o PsO. Además, el guselkumab es igualmente efectivo para las manifestaciones articulares independientemente de la extensión del componente cutáneo. La persistencia y la eficacia puede ser mayor cuando se administra en 2ª o 3ª en lugar de 4ª o superior. No se informaron efectos adversos.

P035. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LA FATIGA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA Y EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE?

Samantha Rodríguez Muguruza¹, Sonia Castro¹, María José Poveda¹, Núria del Castillo¹, Pilar Alamillo¹, Sonia Paredes², DeliaTaverner² y Ramon Fontova¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Sant Joan de Reus.

Introducción: La fatiga es un síntoma frecuente en las enfermedades crónicas como la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA). Para los pacientes es uno de los aspectos más importantes de la enfermedad, incluso mayor que el dolor. En la práctica clínica se disponen de numerosos tratamientos para estas dos enfermedades, no obstante no existe un tratamiento específico para la fatiga.

Objetivos: Comparar la fatiga y sus factores asociados en pacientes con APs y EA.

Métodos: Estudio observacional transversal. Consultas externas de reumatología del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona y Sant Joan de Reus (mayo 2022-diciembre 2022). Se invitó a participar a pacientes de consultas externas mayores de 18 años que cumplieran los criterios diagnósticos de APs o EA. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de fibromialgia o con incapacidad para el entendimiento del cuestionario. Para medir la fatiga se usaron 3 instrumentos: subescala fatiga del Short-form 36 survey (SF36-fatiga), escala visual analógica (EVA-fatiga) y Functional Assessment of chronic illness Therapy Fatigue Scale (FACIT-F). Se usó el t-test para comparar las medias de fatiga entre los pacientes con APs y EA. Se utilizó una correlación de Spearman para determinar la relación entre la fatiga (medida por FACIT-F, valores del 0 al 52, en donde 0 es mayor grado de fatiga y 52 es ausencia de fatiga) y las otras variables estudiadas (actividad de la enfermedad medida por DAPSA o ASDAS, PCR, VSG, hemoglobina, discapacidad medida por HAQ, ansiedad y depresión medida por Hospital Anxiety and depression Scale [HAD] y dolor medido por Brief Pain Inventory). Los valores p < 0,05 se aceptaron como estadísticamente significativos.

Resultados: Participaron un total de 105 pacientes: 55 con APs (52,4%) y 50 (47,6%) con EA; 37 (67,3%) y 35 (70%) pacientes con APs y EA recibían tratamiento con FAME biológico respectivamente. Las medias de fatiga (medidas por las 3 escalas mencionadas previamente) no tuvieron diferencias entre los pacientes con APs y EA (tabla 1). En ambos grupos de pacientes, no se encontró relación entre el valor de fatiga y los valores de PCR, VSG o hemoglobina. Sin embargo se encontró relación entre el mayor grado fatiga (valores más bajos de FACIT-F) y valores más altos en la escala del dolor, HAQ y HAD (tabla 2). En cuanto a la actividad de la enfermedad, en los pacientes con EA se encontró que a mayores valores de ASDAS, menores valores de FACIT (mayor actividad de la enfermedad, mayor grado de fatiga). En la APs, la actividad de la enfermedad (medida por DAPSA) y el grado de fatiga, no tuvieron una relación significativa.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que en los pacientes con APs y EA la fatiga se correlacionó con el mayor grado de dolor, depresión, ansiedad y discapacidad y no con las variables analíticas (VSG, PCR y hemoglobina). En los pacientes con EA la mayor actividad de la enfermedad se correlacionó con valores más elevados de fatiga, sin

embargo en los pacientes con APs la fatiga y la actividad de la enfermedad no guardaron relación.

Tabla 1. Medias de fatiga obtenida con diferentes instrumentos de medida en pacientes con APs y EA

	APs, media (DE)	EA, media (DE)	P
FACIT-F	38,1 (10,3)	37,7 (11,4)	0,88
EVA-fatiga	3,8 (2,5)	4,29 (2,8)	0,396
SF36-fatiga	53,4 (22)	56,7 (21,8)	0,45

Tabla 2. Correlaciones de fatiga y otras variables estudiadas en pacientes con APs y EA

	APs	P valor	EA	p
Actividad de la enfermedad	-0,19	0,164	-0,63	< 0,001
PCR	0,01	0,947	0,01	0,30
VSG	0,05	0,680	0,04	0,325
Hemoglobina	-0,13	0,337	-0,15	0,46
HAQ	-0,50	< 0,001	-0,67	< 0,001
HAD depresión	-0,75	< 0,001	-0,61	< 0,001
HAD ansiedad	-0,70	< 0,001	-0,47	< 0,001
Dolor (BPI)	-0,64	< 0,001	-0,71	< 0,001

P036. PRUEBA DE CONCEPTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA PARA EVALUAR LA UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL FUNCIONAL EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TERAPIAS DIRIGIDAS

Esther Espartal López¹, Xabier Michelena¹, Sara Marsal¹, Àlex Rovira², Deborah Pareto² y Alba Erra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Radiología (IDI). Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Las citocinas proinflamatorias pueden modular el procesamiento del dolor por parte del sistema nervioso central en pacientes con artritis reumatoide. Estos hallazgos no se han investigado en pacientes con artritis psoriásica (APs), así como la posible influencia del tratamiento con inhibidores del TNFα (anti-TNFα) en este mismo proceso.

Objetivos: Evaluar la viabilidad del paradigma de resonancia magnética cerebral funcional (RMf) para estimar la respuesta al dolor y la efectividad del tratamiento en pacientes con APs.

Métodos: Se incluyeron 6 pacientes con APs activa que iniciaron tratamiento con anti-TNFα: 3 eran naïve a fármacos biológicos y 3 habían recibido algún fármaco biológico previamente. También se incluyeron 4 controles sanos (CS). En cada paciente se escogió una articulación de la mano dolorosa y tumefacta (articulación afectada) y una articulación control en la mano contralateral (articulación no afectada). Posteriormente se realizó la RMf en un escáner 3,0T en la semana basal (justo antes de iniciar el tratamiento (SB)) y a la semana (S1). Durante la realización de la prueba se presionaron las articulaciones seleccionadas previamente, empezando por la no afectada y posteriormente la afectada.

Tabla P036

Características basales de todos los sujetos y características clínicas de los pacientes con APs.

Variables	CS1	CS2	CS3	CS4	PsA1	PsA2	PsA3	PsA4	PsA5	PsA6
Edad (años)	48	30	26	59	61	52	47	66	23	63
Género (H/M)	M	M	M	M	H	M	M	H	M	M
IMC	20	17	20	22	34	24	29	30	19	19
NAD SB	6	15	13	22	7	8				
NAT SB	5	12	3	11	6	5				
PCR SB (mg/dL)	0,27	0,35	0,80	0,60	0,33	0,45				
PCR S1 (mg/dL)	0,04	0,05	0,44	0,16	0,14	0,20				
Naïve a FAMEb	Sí	Sí	Sí	No	No	No				
Mejoría DAPSA (%)	57	46,4	22,6	12,8	70,4	16,6				
Cambio EVA dolor (Δmm)	-14	-21	-5	0	-51	-7				

CS: control sano; PsA: paciente con artritis psoriásica; H: hombre; M: mujer; IMC: índice de masa corporal; SB: semana basal; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAT: número de articulaciones tumefactas; PCR: proteína C reactiva; S1: semana 1; FAMEb: fármaco biológico modificador de la enfermedad; EVA: escala analógica visual

tada. El efecto de la presión se representó para cada sujeto individualmente y para cada punto de tiempo (p < 0,0001 nivel no corregido, extensión mínima 10 vóxeles). Se ha realizado un análisis descriptivo de las diferencias de respuesta cerebral en pacientes con APs entre SB y S1, así como la respuesta clínica evaluada por el porcentaje de mejoría en el índice DAPSA y el cambio de valor en la escala EVA de dolor.

Resultados: Las características demográficas de todos los sujetos y las características clínicas de los pacientes con APs se muestran en la tabla. La respuesta cerebral a la presión en CS mostró activación en el córtex sensoriomotor en todos los sujetos y con implicación variable de otras áreas (córtex prefrontal, parietal y temporal). En pacientes con APs y mayor respuesta al tratamiento (PsA 1, 2, 5), la respuesta cerebral a la presión no mostró actividad en SB; sin embargo, en la S1 se observó activación del córtex sensoriomotor, a la par que amígdala e ínsula en pacientes PsA 2 y 5 y prefrontal y frontal en pacientes PsA 1 y 2. En pacientes con menor respuesta al tratamiento (PsA 3, 4, 6) se mostró activación en el córtex sensoriomotor en SB, sin mostrar apenas cambios en S1 (fig.). No se encontraron diferencias evidentes en la activación de la respuesta cerebral entre pacientes naïve y que ya habían recibido tratamiento biológico previamente.

Conclusiones: El paradigma propuesto de RMf parece un candidato prometedor para predecir la respuesta al tratamiento con anti-TNFα en pacientes con APs. Se necesitan estudios con más pacientes para confirmar estos resultados preliminares.

Estudio financiado por la concesión de una beca competitiva de Pfizer Internacional.

P037. ¿JUEGA ALGÚN PAPEL LA LACTANCIA MATERNA EN LOS DESENLACES EVALUADOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

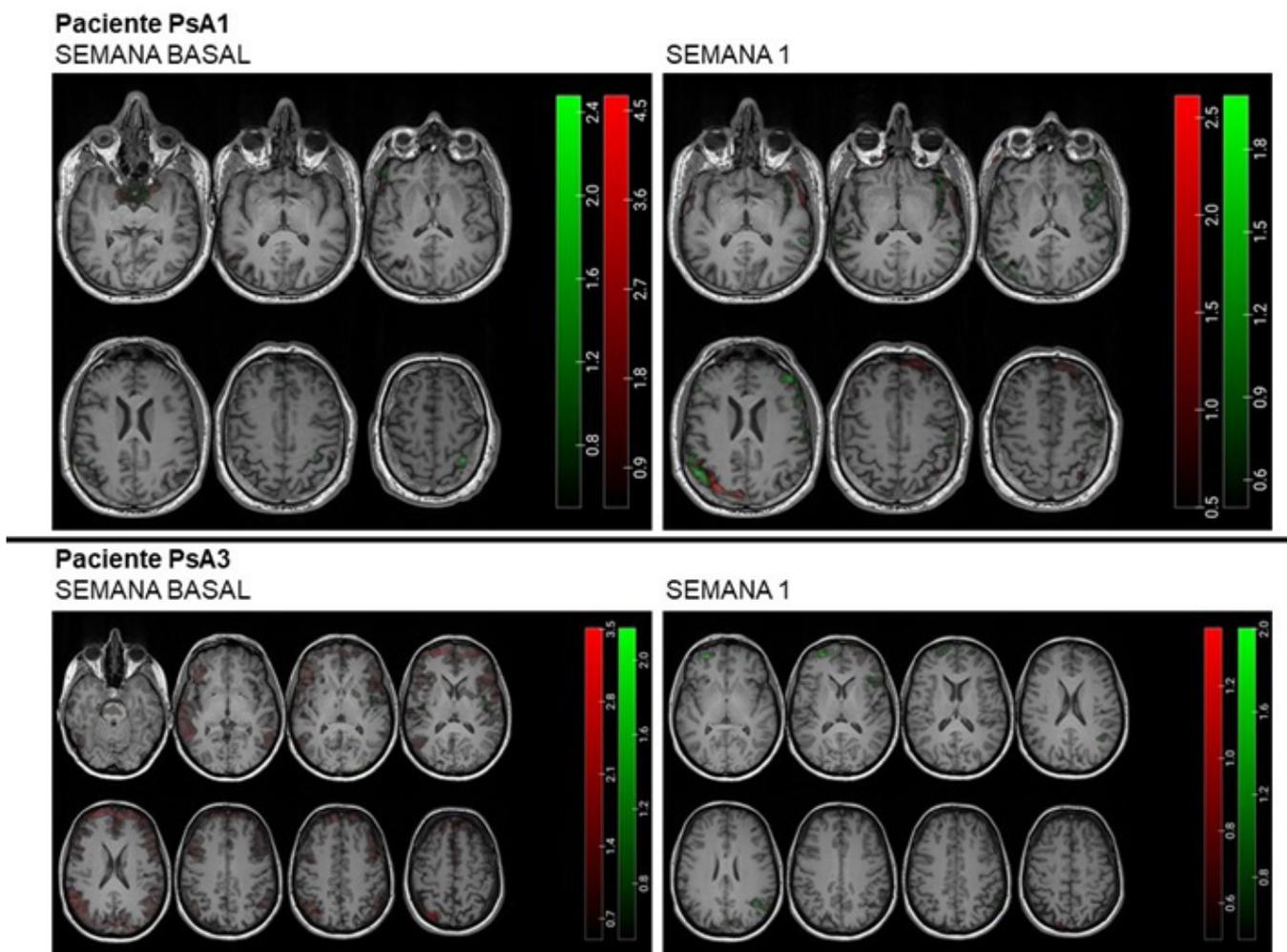
Sara Alonso Castro, Stefanie Burger, Pablo González del Pozo, Estefanía Pardo, Ignacio Braña, Fernando Jirout, Isabel Zapico, Mercedes Alperi y Rubén Queiro

Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La leche materna es la primera fuente de microorganismos que coloniza el tracto gastrointestinal y un factor clave en la conformación del microbioma intestinal. Actualmente se cree que alteraciones del microbiota intestinal son claves en la patogenia de las espondiloartritis (EsP). Se ha postulado que la lactancia materna podría reducir el riesgo de espondilitis anquilosante, si bien esta afirmación es controvertida¹.

Objetivos: Analizar el potencial efecto de haber recibido lactancia materna sobre la actividad de la enfermedad y otros desenlaces en pacientes con EsP axial (EsPax).

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de 105 pacientes consecutivos con EsPax. Solo se incluyeron pacientes con información fidedigna sobre el antecedente de lactancia materna. Se recogieron



P036 Figura. Respuesta cerebral a la presión de la articulación control (color verde) y la articulación afectada (color rojo) en paciente que presentó mayor mejoría clínica (PsA1) y en paciente que presentó menor mejoría clínica (PsA3).

los siguientes desenlaces: BASDAI, ASDAS-PCR, BASFI, daño estructural (sindesmofitos) y ASAS-HI. Se dividió el grupo en función de la historia o no de lactancia, así como su duración. Se compararon ambos grupos por métodos de regresión uni y multivariada.

Resultados: Se incluyeron 46 mujeres y 59 varones, edad media 43,3 ± 12,5 años, edad promedio al diagnóstico 34,3 ± 10,9 años. El 58% habían recibido lactancia materna durante una media de 5,5 ± 4,6 meses, mientras que el 42% no habían recibido leche materna. Las características principales de ambos grupos se muestran en la tabla 1. En la estimación cruda, todos los desenlaces analizados fueron significativamente mejores en los pacientes que habían recibido lactancia. Con independencia del sexo, duración de enfermedad, historia familiar, HLA-B27, uso de biológicos, obesidad y tabaquismo, los pacientes que recibieron lactancia materna tuvieron 1,13 puntos menos de media (IC95%: -2,04, -0,23) en la estimación del BASDAI, p < 0,05, y 0,38 puntos menos de media (IC95%: -0,72, -0,04) en la estimación del ASDAS, p < 0,05. Tras estos mismos ajustes, no se encontró asociación entre BASFI o daño estructural y lactancia. En cuanto a ASAS HI, la lactancia materna se asoció a menor impacto de la enfermedad con 1,43 puntos menos de media (IC95%: -2,98, 0,11), si bien la significación fue limítrofe, p = 0,06. Los pacientes con lactancia se asociaron a una enfermedad menos severa, entendida la severidad como la combinación sostenida de un BASDAI > 4 y/o ASDAS > 2,1 + ASAS-HI > 5 + BASFI > 4 [OR 0,22 (IC95% 0,08-0,57), p < 0,01].

Conclusiones: Este estudio apunta a un potencial beneficio de la lactancia materna sobre ciertos desenlaces (actividad e impacto glo-

bal de la enfermedad) en pacientes con EspAx. Este potencial efecto benéfico de la lactancia debe refrendarse con un estudio más amplio y prospectivo.

Características de los pacientes en función de la lactancia materna

	Sin lactancia (N = 44)	Con lactancia (N = 61)
Edad, años (media ± DE)	44,4 (11,7)	42,5 (13,1)
Sexo masculino	56,8%	55,7%
EsPax radiográfica	75%	49,2%
EsPax no radiográfica	13,6%	32,8%
EsP mixta	6,8%	6,6%
HLA-B27 positivo	79,5%	70,5%
Edad al diagnóstico, años (media ± DE)	34,8 (10,8)	33,9 (11)
Antecedentes familiares	45,5%	32,8%
Tabaquismo	50%	27,9%
Obesidad	15,9%	11,5%
Uveítis	18,2%	18%
EII	13,6%	6,6%
BASDAI (media ± DE)	4,41 (2,24)	3,06 (2,53)
ASDAS (media ± DE)	2,31 (0,8)	1,84 (0,9)
ASAS HI (media ± DE)	6,3 (4,2)	4,3 (4,1)
BASFI (media ± DE)	3,2 (2,2)	2,4 (2,5)
Sindesmofitos (% de pacientes)	27,3%	19,7%
AINE	81,8%	78,7%
Biológicos	56,8%	60,7%

BIBLIOGRAFÍA

1. Montoya J, et al. Patients with ankylosing spondylitis have been breast fed less often than healthy controls: a case-control retrospective study. Ann Rheum Dis. 2016;75(5):879-82.

P038. SARCOPENIA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL MAYORES DE 65 AÑOS: PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES

Laura Cano García¹, J.C. Vacas Pérez², P.J. Armenteros Ortiz², F.G. Jiménez Núñez¹, G. Díaz-Cordovés Rego¹ y S. Manrique Arijia¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. ²Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Objetivos: Describir la prevalencia de sarcopenia e identificar factores de riesgo asociados a sarcopenia en pacientes con espondiloartritis (EspA) mayores de 65 años.

Métodos: Diseño: estudio de casos y controles. Participantes: Casos: se reclutaron por muestreo aleatorio simple entre pacientes mayores de 65 años con EspA (criterios ACR/EULAR 2010) atendidos en 2 hospitales universitarios españoles. Controles: se reclutaron por conveniencia pidiendo a los casos que acudieran a consulta con una persona de su misma edad (± 5 años) y sexo. Variables: la variable principal: sarcopenia, definida según criterios European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOPII) 2019. Los factores de riesgo de sarcopenia evaluados fueron: nivel económico, malnutrición, medida con Mini Nutritional Assessment (MNA), hábitos tóxicos, comorbilidades e índice de Charlson, actividad física medida con el cuestionario global de actividad física (GPAQ) y Short Physical Performance Battery (SPPB), valoración muscular medida por ecografía. Otras variables fueron: hemoglobina, calcio, vitaminas D y B12, albúmina, proteína C reactiva, IMC (índice de masa corporal), polimedicación (≥ 5), calidad de vida (EQ-5D) y factores relacionados con la EspA: actividad de la enfermedad medida con BASDAI y ASDAS, función física medida con BASFI y tratamientos. Análisis estadístico: se realizó análisis descriptivo y multivariante para identificar factores asociados a la sarcopenia en EspA. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente: 2406-N-20.

Resultados: Se reclutaron 36 pacientes y 36 controles, de los cuales, 54 (75%) eran hombres, con una media (± DE) de edad de 70 años (± 4,37). De los 36 pacientes con EspA, 20 (55, 6%) presentaban una EspA axial y 15 (44,5) EspA con afectación axial y periférica con una media de 32 años (± 10,9) de enfermedad. La prevalencia de sarcopenia en pacientes con EspA es de un 8,3%. No se encontraron diferencias en sarcopenia entre pacientes [3(8,3%) y controles [1(2,8%)], p = 0,614. Los pacientes con EspA que presentaban sarcopenia, en comparación con los que no, tenían una media de años de evolución de su enfermedad mayor [45,6 (± 3,1) vs. 31,06 (± 10,5)], p = 0,24; peores pruebas de ejecución en el Short Physical Performance Battery (p = 0,26), en relación con parámetros ecográficos se observó un menor grosor en antebrazo derecho 75% radial e antebrazo izquierdo 66% radial [11,1 (0,2) vs. 14, 7 (2,4)], p = 0,17 y área recto vs. izquierdo [11,5 (1,2) vs. 15,4 (2,8)], p = 0,26, una mayor grasa de muslo derecho al 50% [25,6 (4,7) vs. 15,2 (8,3)], p = 0,041 y unos niveles más bajos de albúmina [7,17 (21,5) Vs 19,02 (608,5)] p = 0,053. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en el resto de parámetros estudiados de actividad de la enfermedad, discapacidad, calidad de vida (EQ-5D) malnutrición, hábitos tóxicos, comorbilidades o actividad física. En el modelo multivariante, se identificó como predictor independiente de sarcopenia en pacientes con EspA los años de evolución de la enfermedad (p = 0,041) (tabla). Este modelo explicaría el 33% de la sarcopenia en AR (R2 = 0,37).

Análisis multivariante (VD: Sarcopenia) en pacientes con EspA

	OR(IC)	p-valor
Años de evolución de la EspA	1,172 (1,002-1,363)	0,047

R2 = 0,33.

Conclusiones: En nuestro estudio no encontramos diferencias en sarcopenia en pacientes mayores de 65 años con EspA comparado con controles. El mayor tiempo de evolución de su enfermedad en los pacientes con EspA se asocia a un mayor riesgo de sarcopenia.

P039. EFICACIA DE GUSELKUMAB A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA

José Luis Álvarez Vega¹, María del Carmen Carrasco Cubero¹, Ana María Fernández Ortiz¹, Adela Gallego Flores¹, Isabel García Hernández², Leticia del Olmo Pérez³, Elena Santiago Mosquera⁴ y Silvia María Pérez Sánchez⁵

¹Reumatología. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. ²Reumatología. Hospital Zafra-Llerena. ³Reumatología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. ⁴Rehabilitación. CHU de Badajoz. ⁵Facultad de Medicina de Badajoz.

Introducción: El guselkumab es un anticuerpo monoclonal IgG1α que bloquea la subunidad p19 de IL-23, aprobado para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica (APs) moderada-grave.

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue evaluar la eficacia a corto plazo de guselkumab, administrado en líneas tempranas de tratamiento en pacientes con APs, haciendo hincapié en parámetros de dolor y actividad.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en pacientes diagnosticados de APs según criterios CASPAR, que recibieron tratamiento con guselkumab durante 12 semanas. Se registraron datos demográficos, de eficacia articular y otros dominios de la enfermedad, resultados de valoración del dolor y la actividad, y persistencia del fármaco. El estudio estadístico incluyó el análisis de la normalidad por test de Shapiro-Wilk y la significancia por t-Student.

Resultados: Cohorte de estudio con 31 pacientes de edad media 55,71 ± 2,46. El 58,06% eran mujeres, con duración media de la enfermedad de 8,83 ± 1,42 años. Aproximadamente el 50% de pacientes recibieron guselkumab en primera o segunda línea. El resto de variables demográficas se detallan en la tabla. Al inicio del tratamiento el valor medio del índice DAPSA fue 28,01 ± 2,91 y en semana 12 se redujo significativamente hasta 17,35 ± 2,45. El porcentaje de pacientes con dactilitis ≥ 1 era 15,38% y tras 12 semanas era 3,84%. De manera similar, el 14,81% de pacientes presentaban entesitis resolviéndose al completo en 12 semanas. El área de superficie corporal afectada (BSA) fue del 9% ± 3,4 y tras dos administraciones de guselkumab se redujo significativamente a 1% ± 0,81 (fig. 1). Otros índices, como los de valoración de dolor y actividad tuvieron reducción significativa: de 7,07 ± 0,65/7,06 ± 0,4 a 5,44 ± 0,68/5 ± 0,57 respectivamente (fig. 2). La persistencia global del tratamiento fue 96,77% siendo muy importante el número de tratamientos biológicos previos. Un 77,4% de pacientes habían recibido guselkumab en 1ª, 2ª o 3ª línea, y en estos casos la supervivencia del fármaco fue del 100%. Solo 7 pacientes (22,6%) habían recibido guselkumab en 4ª línea o posterior y 1 de ellos tuvo que retirar el fármaco por fallo primario (fig. 3). Además, no hubo ningún efecto adverso en esta etapa inicial.

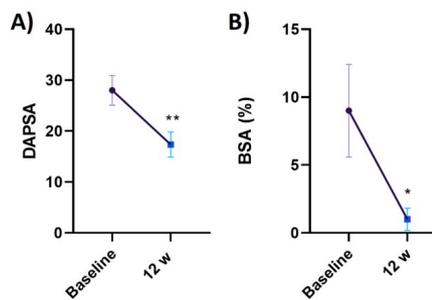


Figura 1

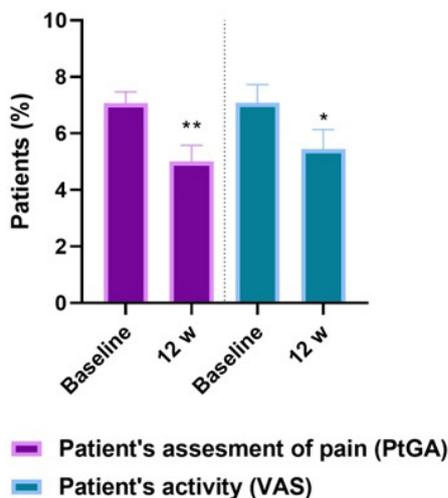


Figura 2

Biological treatment

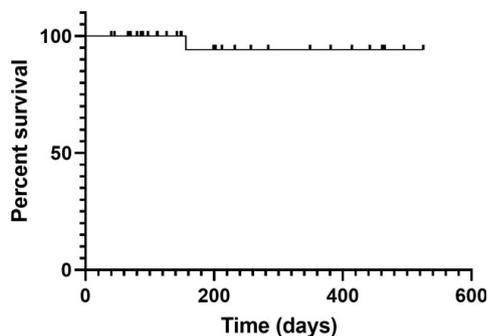


Figura 3

Características basales	n = 31
Edad de inclusión, media (IC95%), años	55,71 ± 2,46
Sexo	
Mujeres, n (%)	18, 58,06%
Hombres, n (%)	13, 41,94%
IMC, media [IC95%]	28,11 ± 1,09
Fumador, n (%)	4, 12,9%
Duración de la psoriasis [IC95%], años	10,46 ± 1,82
Duración de la APs [IC95%], años	8,83 ± 1,42
Número de articulaciones dolorosas (0-66)	2 ± 0,63
Número de articulaciones inflamadas, (0-68)	5,5 ± 1
Valoración de la actividad del paciente (0-10)	7,06 ± 0,4
Valoración del dolor del paciente (VAS) (0-10)	7,07 ± 0,65
Proteína C reactiva, mg/dl	3,52 ± 1,11
DAPSA media [IC95%]	28,01 ± 2,91
Entesitis, n (%)	4, (14,81%)
Dactilitis, n (%)	4, (15,38%)
HLA-B27 +, n (%)	1, (3,22%)
BSA media [IC95%]	9 ± 3,4
DMARDs previos:	
MTX usado, n (%)	24, (77,41%)
MTX dosis, mg/week	15,42 ± 1,31
Línea de tratamiento:	
Primera, n (%)	5, (16,12%)
Segunda, n (%)	11, (35,48%)
Tercera, n (%)	8, (25,8%)
Cuarta, n (%)	4, (12,9%)
Quinta, n (%)	1, (3,22%)
Sexta, n (%)	1, (3,22%)
Séptima, n (%)	1, (3,22%)

Conclusiones: El guselkumab es eficaz a nivel articular a corto plazo en una cohorte pacientes con APs. Mejoró de manera importante la dactilitis y la entesitis y disminuyó la afectación cutánea de forma significativa. La persistencia del fármaco fue muy alta, sin efectos adversos.

P040. DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD, EDAD Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA ESCLEROSIS VALVULAR EN LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

Albert Casals Urquiza¹, Ana Laiz^{1,2}, Hye-Sang Park^{1,2}, Patricia Moya Alvarado^{1,2}, Carla Marco Pascual³, Asier Garcia-Alija¹, Concepción Pitarch Grau³, Andrea Garcia-Guillén³, Cesar Díaz-Torné^{1,2}, Berta Magallares López^{1,2}, Ivan Castellví^{1,2}, Sandra Ros Abarca¹, Susana P. Fernández-Sanzchez¹, Helena Codes Mendez¹, Lluís Sainz Comas¹ y Héctor Corominas Macias^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Introducción: La degeneración valvular es más prevalente en los pacientes con espondiloartritis (SpA) según estudios descriptivos aunque puede ser un hallazgo ecocardiográficos común en la población general. La carga de actividad inflamatoria podría ser un factor clave para la degeneración valvular en la SpA.

Objetivos: Comparar las características clínicas, radiográficas y analíticas entre los pacientes con SpA que presenten esclerosis valvular aórtica (EscVAo) de los que no la presentan. Comparar la duración de la enfermedad desde el inicio de síntomas, diagnóstico y edad en los pacientes con SpA que presenten EscVAo de los que no la presentan.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Los pacientes elegibles fueron 219 pacientes con SpA que cumplían criterio ASAS de una consulta monográfica entre julio a octubre 2022. Un total de 75 pacientes que tuvieran un ecocardiograma realizado por práctica clínica posterior al diagnóstico de SpA fueron incluidos. La cirugía valvular, valvulopatía aórtica reumática, endocarditis o válvulas bicúspides fueron criterios de exclusión. La información faltante sobre SpA se recogió de forma prospectiva. La comparación entre grupos se realizó usando t-test o U Mann-Whitney test según la distribución de variables. Las proporciones fueron comparadas usando la diferencia de riesgos (RD) y odds ratio (OR).

Variables relacionadas con el tiempo	No esclerosis			p
	Total (n = 75)	Esclerosis (n = 30)	esclerosis (n = 45)	
Años desde 1º síntoma hasta el diagnóstico, p50 (IQR)	2 (9)	2 (12)	2 (9)	0,59
Años de duración de la enfermedad según 1º síntoma, p50 (IQR)	16,5 (16,5)	15 (19)	17 (16)	0,30
Años de duración de la enfermedad desde el diagnóstico, p50 (IQR)	11 (15)	9,5 (14)	11 (16)	0,65
Edad, media (DE)	60,9 (15,0)	71,0 (9,9)	54,3 (15,1)	0,00
Variables clínicas, n (%)				
Sexo masculino	30 (61,3)	17 (56,7)	29 (64,4)	0,50
Hipertensión	47 (62,7)	22 (73,3)	25 (55,6)	0,12
Dislipemia	49 (65,3)	20 (66,7)	29 (64,4)	0,84
Diabetes	22 (29,3)	8 (26,7)	14 (31,3)	0,68
Cardiopatía isquémica	9 (12)	5 (16,7)	4 (8,9)	0,31
No fumadores	21 (28)	13 (43,3)	8 (17,8)	0,02
Exfumador	35 (46,7)	13 (43,3)	22 (48,9)	
Fumador	17 (22,7)	3 (10)	14 (31,1)	
B27	24 (35,3)	11 (39,3)	13 (32,5)	0,56
Elevación de la PCR	49 (73,1)	20 (71,4)	29 (74,4)	0,79
Entesitis	32 (42,7)	12 (40)	20 (44,4)	0,70
Uveítis	7 (9,3)	3 (10)	4 (8,9)	0,85
Psoriasis	44 (45,9)	20 (66,7)	24 (53,3)	0,34
Psoriasis ungueal	34 (45,3)	14 (46,7)	20 (44,4)	0,75
Enfermedad inflamatoria intestinal	1 (1,3)	1 (3,3)	0	0,21

Resultados: La EscVAo fue observado en 30 (39,5%) pacientes. La descripción y la comparación de la muestra está resumido en la tabla. La edad tenía una OR de 1,17 (IC95% 1,1-1,3) con un incremento leve de riesgo para EscVAo. La duración de la enfermedad y el retraso en el diagnóstico fue similar en ambos grupos. El tabaquismo tenía un efecto protector para EscVAo con una OR para exfumadores de 0,36

(IC95% 0,12-1,11) y una OR para fumadores de 0,13 (IC95% 0,03-0,61). Otros hallazgos ecocardiográficos observados en estos pacientes fueron: insuficiencia aórtica leve en 15 (19,5%) pacientes y moderada en 3 (3,9%). La media del diámetro de raíz aórtica fue 34,4 mm (DE 3,67). La raíz aórtica estaba dilatada en 9 (11,7%) pacientes.

Conclusiones: La edad mostró una asociación pequeña pero significativa con la EscVAo. La duración de la enfermedad medida desde el diagnóstico y desde la aparición del primer síntoma no mostró asociación significativa. Sorprendentemente, el tabaquismo mostró un efecto protector para la EscVAo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Front Cardiovasc Med. 2021;8:719523.

P041. ORDEN DE APARICIÓN DE LA PSORIASIS Y SÍNTOMAS ARTICULAR EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ESTUDIO COMPARATIVO DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Asier García Alija¹, Carla Marco Pascual², Hye-Sang Park^{1,3}, Ana Laiz^{1,3}, Anna López Ferrer^{3,4}, Patricia Moya Alvarado^{1,3}, Albert Casals Urquiza¹, Concepción Pitarch Grau², Andrea García-Guillén², Cesar Díaz-Torne^{1,3}, Berta Magallares López^{1,3}, Iván Castellví^{1,3}, Sandra Ros Abarca^{1,4}, Susana P. Fernández-Sánchez¹, Helena Codes Méndez¹, Lluís Sainz Comas¹, Jose Luis Tandaipan^{1,2}, Luis Puig Sanz y Héctor Corominas Macías^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Barcelona. ³Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ⁴Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La evidencia sobre cuál es el orden cronológico de la aparición de la psoriasis (Pso) en la artritis psoriásica (APs) y su relación con la evolución de la enfermedad es desconocida. La mayor parte de la evidencia disponible está basada en registros poblacionales o *big data* que carecen de precisión.

Objetivos: Evaluar la duración de la enfermedad medida desde inicio de síntomas y el orden cronológico de la aparición de la Pso y la artritis en los pacientes con APs. Comparar las diferencias entre los pacientes con síntomas y diagnóstico de Pso antes de APs en aquellos pacientes que debutan de Pso después de APs.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Los pacientes elegibles fueron 219 pacientes con SpA que cumplían criterio ASAS de una consulta monográfica entre julio a octubre 2022. Un total de 129 pacientes que cumplían criterio de CASPAR y que tuvieran diagnóstico de psoriasis fueron incluidos. Se excluyeron otras enfermedades autoinmunes reumáticas. Se recogieron datos de forma prospectiva revisando datos faltantes mediante la historia clínica electrónica y en papel del hospital. Se consiguió información adicional del registro electrónico disponible de la historia clínica

compartida de Cataluña del Institut Català de la Salut que atiende a la 99,2% de la población. El resto de la información faltante fue obtenida por entrevista con el paciente durante la visita médica. ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis fueron usados para la comparación de grupos según la distribución de la muestra.

Resultados: Un total de 129 pacientes fueron incluidos de los cuales 98 tenían todos los datos relacionados con la fecha de aparición de la enfermedad. Hubo un total de 13,3% datos faltantes. La mediana de la duración de la enfermedad fueron 14 años con un mínimo de 1 a máximo 53 años. La descripción y la comparación de variables clínicas de cada grupo fue resumido en la tabla. Los pacientes que debutaron con artritis antes que Pso mostraron una asociación significativa con la elevación de proteína C reactiva y mayor duración de PsA. En los pacientes que debutaron de Pso antes que artritis se observó una mayor prevalencia de dactilitis y mayor tiempo hasta la aparición del primer síntoma.

Conclusiones: Se observó una mayor prevalencia de la proteína C reactiva en los pacientes que debutaron con artritis. Una mayor prevalencia de dactilitis y mayor tiempo hasta la aparición de la clínica articular se observó en los pacientes que debutaron con Pso.

BIBLIOGRAFÍA

1. J Am Acad Dermatol. 2019;81(6):1283-91.

P042. EL TIEMPO, LA DURACIÓN Y EL ORDEN DE APARICIÓN DE LAS MANIFESTACIONES EXTRA-ARTICULARES EN LA ESPONDILOARTRITIS: FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS

Hye Sang Park¹, Ana Laiz^{1,2}, Patricia Moya Alvarado^{1,2}, Carla Marco Pascual³, Asier Garcia-Alija¹, Albert Casals Urquiza¹, Concepción Pitarch Grau³, Andrea García-Guillén³, César Díaz-Torne^{1,2}, Berta Magallares López^{1,2}, Ivan Castellví^{1,2}, Sandra Ros Abarca¹, Susana P. Fernández-Sánchez¹, Helena Codes Mendez¹, Lluís Sainz Comas¹, Jose Luis Tandaipan^{2,3} y Héctor Corominas Macías^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Introducción: La evidencia sobre cuál es el orden cronológico de la aparición de las manifestaciones extraarticulares en la espondiloartritis (SpA) y su relación con la evolución de la enfermedad es desconocida. La mayor parte de la evidencia disponible está basada en registros poblacionales o *big data* que carecen de precisión.

Objetivos: Describir la duración, el tiempo hasta el diagnóstico y el orden de aparición de las manifestaciones articulares-extraarticulares (psoriasis, uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal). Evaluar los factores de riesgo asociados con el tiempo desde el inicio del primer síntoma extraarticular hasta la aparición de las manifestaciones articulares.

Tabla P041

Variables clínicas, n (%)	Pso antes de APs (n = 64)	A la vez (n = 16)	Pso después de PsA (n = 18)	p
Sexo masculino	36 (56,3)	9 (56,3)	10 (55,5)	0,99
HLAB27+	12 (18,8)	2 (12,5)	1 (5,6)	0,45
Elevación de la PCR	29 (45,3)	11(68,8)	14 (77,8)	0,03
Psoriasis ungueal	40 (62,5)	9 (56,3)	12 (66,7)	0,93
Otras formas de psoriasis	27 (42,2)	8 (50%)	15 (83,3)	0,10
Entesitis	27 (42,2)	8 (50)	7 (38,9)	0,69
Dactilitis	25 (39,1)	10 (62,5)	3 (16,7)	0,03
Uveítis	1 (1,6)	0	1 (5,6)	0,48
Enfermedad inflamatoria intestinal	0	1 (6,25)	1 (5,6)	0,15
Manifestaciones axiales	10 (15,6)	2 (12,5)	2 (11,1)	0,80
Historia familiar de Pso	29 (45,3)	3 (18,8)	7 (38,9)	0,23
Historia familiar de SpA	63 (98,4)	14 (87,5)	18 (100)	0,04
Variables relacionadas con el tiempo, p50 (IQR)				
Edad	59,7 (15,4)	58,5 (16,8)	60,3 (19,6)	0,38
Años desde 1ª manifestación hasta la 2ª	24,5 (1)	0	8 (9)	0,00
Años de retraso hasta el diagnóstico de APs	3 (0)	1 (7)	5,5 (8)	0,07
Años de duración de la enfermedad	11 (8)	20 (18,5)	19 (15)	0,01

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. El criterio de inclusión fueron pacientes que cumplían criterio ASAS de una consulta monográfica entre julio a octubre 2022. Se excluyeron otras enfermedades autoinmunes reumáticas. Se recogieron datos de forma prospectiva revisando datos faltantes mediante la historia clínica electrónica y en papel del hospital. Se consiguió información adicional del registro electrónico disponible de la historia clínica compartida de Cataluña del Institut Català de la Salut que atiende al 99,2% de la población. El resto de la información faltante fue obtenida por entrevista con el paciente durante la visita médica. Se usó una regresión lineal para estudiar la asociación.

Resultados: De los 91 pacientes 54 (59,3%) fueron hombres y la edad media fue de 63,9 (DE 14,3). Habían 46 (50,5%) pacientes que presentaban SpA exclusivamente periférica y 17 (16,5%) pacientes que presentaban SpA exclusivamente axial. La historia de los síntomas extraarticulares fueron observados en el 69 (76,6%) de los pacientes y 33 (37,1%) fueron pacientes HLA-B27 positivos. En 49 (54,8%) pacientes la manifestación extraarticular apareció antes de los síntomas de SpA. La mediana de duración de la enfermedad desde el diagnóstico de SpA fue de 11 años (IQR 14). La mediana de tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue de 2 años (IQR 8). La mediana de tiempo desde la aparición de la manifestación extraarticular hasta la manifestación articular fue de 2 años (IQR 30). La asociación de las características clínicas de SpA con el tiempo entre ambos tipos de manifestaciones está descrito en la tabla. La positividad para el HLA-B27 y la forma axial mostraron una asociación lineal negativa mientras que la forma periférica mostró una asociación lineal positiva.

VARIABLES	Coef (p)
Edad (años)	0,15 (0,42)
Sexo masculino	0,65 (0,91)
Fumador	-2,31 (0,54)
HLA-B27	-21,4 (0,00)
Elevación de la proteína C reactiva	-1,16 (0,86)
Erosiones	1,97 (0,77)
Sacroileítis radiográfica	-4,43 (0,24)
SpA periférica	16 (0,03)
SpA axial	-23,8 (0,01)
Periférica y axial	-13 (0,02)

Conclusiones: La mayoría de los pacientes presentaron manifestaciones extraarticulares antes de la aparición de manifestaciones articulares. La mediana del retraso del diagnóstico desde el primer síntoma articular fue de 2 años. Mayor tiempo entre la aparición de la manifestación extraarticular y la articular se observó en la forma periférica del SpA. Menor tiempo entre la aparición manifestación extraarticular y la aparición de la articular se observó en la forma axial del SpA así como con el HLAB27.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rheumatol 2021;60(6):2725-34.

P043. VALORACIÓN CITOQUÍMICA EN LAS CÉLULAS TREG DE LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA POR INHIBICIÓN DE LA IL23 (EN VIDA REAL) Y SU CORRELACIÓN CON LA BAJA ACTIVIDAD CLÍNICA

Francisco Javier Navarro Blasco¹, Sandra Pascual García², J.A. González Ferrández³, R. Noguera Pons³ y Cintia Romera³

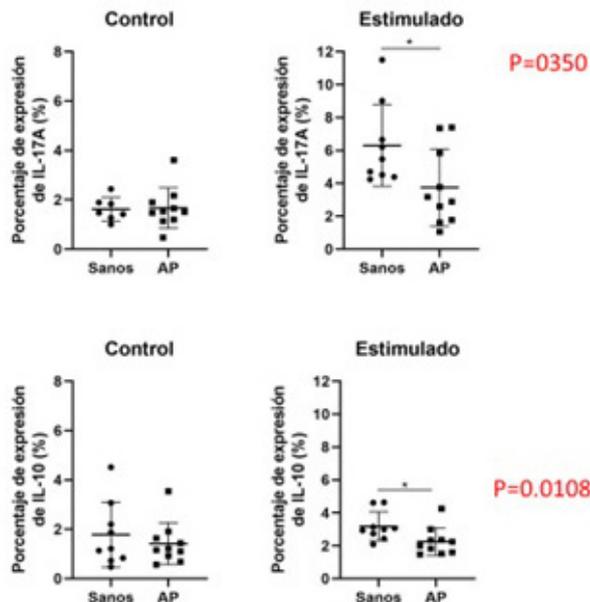
¹Hospital General Universitario de Elche. Departamento de Inmunología y Biotecnología. Universidad de Alicante. ²Departamento de Inmunología y Biotecnología. Universidad de Alicante. ³Hospital General Universitario de Elche.

Introducción: La artropatía psoriásica es una entidad crónica heterogénea con múltiples dominios clínicos. Las guías de recomendación terapéutica aconsejan terapias diferenciadas según el dominio clínico dominante (ej.: artritis periférica, dactilitis, entesitis, espondilitis, psoriasis cutánea o ungueal). La interrelación de las citoquinas (principalmente IL23, IL17, e IL10) en su patogenia a nivel *in vitro* parecen comprobadas, pero su modificación *in vivo* y correlación con la clínica están poco estudiadas.

Objetivos: identificar el perfil de citoquinas de IL-10 e IL-17 en células CD4+FoxP3+ de pacientes con ArP, (ii) identificar el grado de expresión de CD152 en células CD4+FoxP3+ de pacientes con ArP y (iii) correlacionar la expresión de estas moléculas y el estado de mínima actividad de la enfermedad (MDA).

Métodos: En el presente estudio participaron 9 voluntarios sanos y 10 pacientes con Artritis Psoriásica (criterios CASPAR) en trata-

Porcentaje células Tregs que expresan citocinas IL10 y IL17 en controles y pacientes ArP, basales y estimuladas



P043 Figura

miento al menos 6 meses con anti-IL23 y en remisión clínica (MDA). Para analizar la producción de IL-17A y de IL-10 por las células T reguladoras en condiciones basales de cultivo y estimuladas (1 µg/ml Ionomicina (Fisher Scientific, EU) y 25 ng/ml forbol-12-miristato-13-acetato (PMA) (MP Biomedicals, EU)), se utilizaron los anticuerpos monoclonales: anti-CD4-FITC, anti-CD25-PECy5, anti-FoxP3-PE, anti-IL-10-PECy7 y anti-IL-17A-APC (eBioscience, EU), se procesaron por citometría de flujo (FACS Canto, BD Bioscience, EU).

Resultados: Porcentaje de Tregs que expresan IL-10 en condición control. Sano: 1,787% AP: 1,418%, p = 0,7354. Porcentaje de Tregs que expresan IL-10 en condición estimulada sano: 3,178% AP: 2,256%, p = 0,0108. Porcentaje de Tregs que expresan IL-17A en condición control. Sano: 1,617% AP: 1,665%, p = 0,8923. Porcentaje de Tregs que expresan IL-17A en condición estimulada Sano: 6,298% AP: 3,742%, p = 0,0350.

Conclusiones: Aunque los controles y pacientes de ArP en baja actividad expresaban similar porcentaje de células Tregs tanto de IL10 como IL17 en condiciones basales, no ocurre lo mismo tras la estimulación en cultivo, mostrando un incremento en ambas poblaciones de Tregs (IL10-IL17) de los controles que no ocurrió en los pacientes de ArP en remisión. Esto diferencia de las AR inactivos en los que las Treg expresando IL10 esta incrementado, manifestación de los mecanismos inmunológicos diferentes en ambas patologías. Se ha descrito el fenotipo de Treg con doble marcador RORγt/FOXP3 y producción de IL17, particularmente cuando IL-1β, IL-23 o IL-21 están en el medio. En pacientes con artritis psoriásica, los niveles de IL-10 están aumentados. La inhibición de la IL23 estaría suprimiendo esta producción en las Treg de ahí la doble falta de respuesta (IL10-IL17) de los pacientes ArP en baja actividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koenen HJ. Human CD25highFoxp3pos regulatory T cells are different into IL-17-producing cells. *Sangre*. 2008;112:2340-52.
2. Steven F. Ziegler. FOXP3 and the Regulation of Treg/Th17 Differentiation *Microbes Infect*. 2009;11(5):594-8.
3. Szodoray P. Circulating cytokines in Norwegian patients with psoriatic arthritis determined by a multiplex cytokine array system. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46:417-25.
4. Simone D. Single-cell analysis of spondyloarthritis regulatory T cells identifies distinct synovial gene expression patterns and clonal fates *Commun Biol*. 2021; :1395.

P044. DIFERENCIAS RELACIONADAS CON EL SEXO EN LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Marta Loredó Martínez, Anahy Brandy García, Senén González Suárez y Jesús Babio Herraiz

Sección de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad reumática inflamatoria, crónica y heterogénea, que ocurre hasta en el 30% de los pacientes con psoriasis cutánea, pudiendo en ocasiones preceder al cuadro cutáneo. La edad de inicio se estima entre 30-60 años, con una ratio de prevalencia en hombres-mujeres de 1:1. El sexo puede influir a través de diferencias hormonales, genéticas y ambientales en el desarrollo de las distintas manifestaciones clínicas, siendo más frecuente la enfermedad axial en hombres, mientras que las mujeres presentan con mayor frecuencia poliartrosis periférica y mayor impacto en la capacidad funcional.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias entre sexos en la actividad de la enfermedad en una cohorte de pacientes de APs.

Métodos: Estudio de asociación cruzada (descriptivo, transversal, observacional). Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes seguidos en la sección de reumatología del Hospital de Cabueñes con diagnóstico de APs mediante criterios CASPAR, a tratamiento activo con fármacos biológicos o sintéticos dirigidos. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, y se calculó la

actividad de todos los pacientes al momento del corte mediante el índice DAPSA. Se solicitó consentimiento informado verbal en consulta o telefónico. Se realizó el análisis estadístico con SPSS 15.0.

Resultados: Se analizaron 129 pacientes, de los cuales 66 (51,2%) eran mujeres y 63 (48,8%) varones. La media de edad de la muestra es de 55,5 años (DE 11,2), y la edad media al diagnóstico es de 47,3 años en las mujeres y 45,3 años en los varones. La afectación axial aparece en 27 pacientes (20,9%), de los cuales el 66,6% son varones y el 33,3% mujeres. El valor medio de PCR si comparamos la muestra por sexos es de 5,07 mg/l en mujeres y 2,8 mg/l en varones (p 0,045). El valor medio de DAPSA es de 8,3 puntos en mujeres y 5,4 en varones (p 0,035).

Conclusiones: En nuestra cohorte, las mujeres muestran mayor actividad de la enfermedad respecto a los varones, de acuerdo a lo descrito previamente en la literatura. Además, encontramos valores más altos de PCR en el sexo femenino. Son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes para poder establecer conclusiones al respecto y aplicarlo a futuras estrategias de seguimiento y tratamiento de la enfermedad.

P045. THE ASSOCIATION BETWEEN ELEVATED SERUM IL22 AND THE CLINICAL DIAGNOSIS OF AXIAL SPA

Karen Samantha Carpio Astudillo¹, Jose A. Pinto Tasende², Mercedes Fernández-Moreno³, M. Eugenia Vázquez-Mosquera³, J. Carlos Fernández-López², Natividad Oreiro-Villar², F. Javier de Toro Santos⁴ and Francisco J. Blanco-García⁵

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Department of Rheumatology-INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ³INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁴Department of Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Universidade de A Coruña.

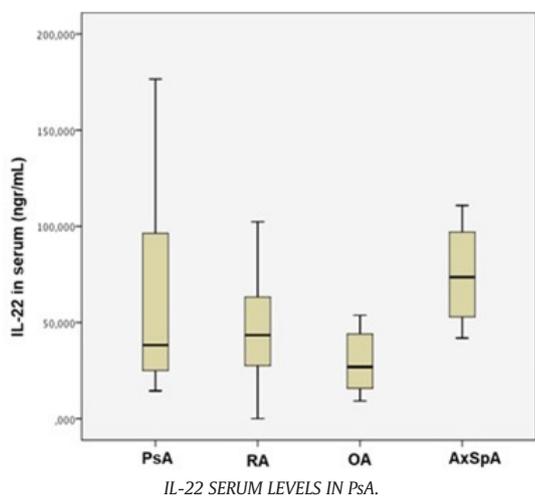
⁵Department of Rheumatology-INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Universidade de A Coruña.

Introduction: Interleukin-22 (IL-22) is produced by T helper type 1, type 17, type 22 cells, and type 3 ILC, being probably a marker of osteogenic differentiation and new bone formation. Diagnosis and treatment are commonly delayed due to different clinical presentations that lead the patient to progressive articular damage. In recent studies, it seems that the serum levels of IL-22 are elevated in axial spondyloarthritis (AxSpA) and do not allow differentiation between AxSpA and other joint inflammatory disorders. The present research aimed to analyze serum cytokines as possible biomarkers regarding inflammation and bone destruction/regeneration in four rheumatic diseases.

Methods: Serum samples were acquired from patients with psoriatic arthritis (PsA), rheumatoid arthritis (RA), osteoarthritis (OA), and AxSpA. Serum levels of TGF-β1, IL-23, IL-6, IL-17A, IL-22, Dkk1, Sclerostin, BMP2, BMP4, Wnt1, and Wnt5a were measured by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). All these data were analyzed and compared with the demographic, clinical, analytical, and radiological characteristics of the patients. Statistical analysis was performed using the SPSS version 23 program (IBM SPSS Statistics). Values of p < 0.05 were considered statistically significant.

Results: The serum samples were obtained from 35 patients (PsA n = 11, RA n = 7, OA n = 13, AxSpA = 4). All these patients were previously treated with NSAIDs and corticosteroids (oral/intraarticular); 4 were treated with csDMARDs, but no none of them was previously treated with biologics. IL-22 levels were higher in AxSpA patients (p = 0.046), although serum IL-22 levels did not correlate with modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score (mSASSS) (p = 0.154) or C-reactive protein (p = 0.208). The sensitivity and specificity of the serum IL-22 for the AxSpA diagnosis were 75% and 81% respectively, for the cut-off value of 58 ng/mL, with AUC 0.798 (95%CI 0.634-0.962).

Conclusions: Serum levels of IL-22 are elevated in patients with clinical diagnoses of AxSpA and could be an independent serum biomarker of this disease.



REFERENCES

1. Sagiv et al. Int J Rheum Dis. 2022;25:56-60.

P046. EFECTO DE LA TERAPIA ANTI-TNF α EN LOS MARCADORES DE ENFERMEDAD HEPÁTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Jesús Lara Mariscal, Pilar Font-Ugalde, M^a Dolores López-Montilla, Iván Arias de la Rosa, M^a Carmen Ábalos, Miriam Ruiz-Ponce, Laura Cuesta-López, Clementina López-Medina, Alejandro Escudero-Contreras, Eduardo Collantes-Estévez y Nuria Barbarroja

Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/ Universidad de Córdoba.

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (APs) presentan un incremento del riesgo de enfermedad hepática, donde la inflamación crónica, las comorbilidades metabólicas y el tratamiento administrado parecen jugar un papel fundamental. Existen varios índices para medir la afectación del hígado, entre ellos el índice fibrosis-4 (FIB4), el índice AST/plaquetas (APRI) y el índice triglicéridos-glucosa (TyG). A día de hoy se desconoce el efecto de los fármacos anti-TNF α en la afectación hepática y en estos índices.

Objetivos: Analizar el efecto de la terapia anti-TNF α en las variables hepáticas y los valores de los índices FIB4, APRI y TyG en pacientes con APs en la primera (1-3,5 meses) y segunda visita (5-9 meses) tras el inicio del tratamiento según práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo, donde se incluyeron 56 pacientes con APs diagnosticados según criterios CASPAR. Se recogieron variables clínicas como DAPSA, PCR y VSG, presencia de comorbilidades metabólicas y variables analíticas como los niveles de enzimas hepáticas. Se calcularon los índices FIB4, APRI y TyG basalmente y en las dos primeras visitas. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para determinar factores asociados a la alteración hepática basal según estos 3 índices (tablas). El efecto de la terapia anti-TNF α se evaluó comparando la media de los índices hepáticos con las pruebas de análisis de medidas repetidas, prueba de Friedman y prueba T de Wilcoxon.

Resultados: De los 56 pacientes, un 55,4% eran mujeres y la media de edad era de 46,36 años (\pm 10,86). El 5,4% padecía diabetes y el 23,2% presentaba hipertensión arterial. La duración media de la enfermedad era de 5,89 años (\pm 5,53). El 71,4% de los pacientes recibían tratamiento con metotrexato, el 46,4% con corticoides y el 42,9% con leflunomida. Todos los pacientes mantuvieron su tratamiento con FAME convencionales durante la terapia biológica. Basalmente los valores de PCR, VSG, articulaciones dolorosas e inflamadas se correlacionaron significativamente con los niveles de

FIB4, APRI, AST y ALT. La presencia de diabetes e hipertensión se asoció a un mayor valor de TyG. En cuanto a los tratamientos administrados, los pacientes tratados con corticoides presentaron valores disminuidos de APRI. El índice APRI aumentó significativamente, mientras que los niveles de plaquetas disminuyeron con el tratamiento con anti-TNF α tras la 1^a visita ($p = 0,007$ y $p < 0,001$ respectivamente) y mantuvieron esa misma tendencia en la 2^a visita ($p < 0,001$). Los niveles de FIB4 y AST aumentaron significativamente en la 2^a visita ($p = 0,001$ y $p = 0,03$ respectivamente). Sin embargo, estas variaciones no supusieron un cambio en el grado de fibrosis hepática según la clasificación establecida por los índices FIB4 y APRI. Estas alteraciones no dependieron del tipo de anti-TNF α empleado.

Tabla 1. Regresión lineal múltiple FIB4 basal

Variable	Coefficientes no estandarizados (IC95%)	Coefficientes estandarizados	Significación
Articulaciones inflamadas	0,048 (0,013 a 0,083)	0,323	0,008
Duración APs (años)	0,028 (0,008 a 0,048)	0,330	0,007
Leflunomida	-0,339 (-0,563 a -0,115)	-0,361	0,004
PCR (mg/dL)	-0,013 (-0,020 a -0,005)	-0,417	0,001

Tabla 2. Regresión lineal múltiple APRI basal

Variable	Coefficientes no estandarizados (IC95%)	Coefficientes estandarizados	Significación
Leflunomida	-0,072 (-0,142 a -0,002)	-0,248	0,043
PCR (mg/dL)	-0,005 (-0,007 a -0,003)	-0,548	< 0,001
Sexo (hombre)	0,131 (0,063 a 0,198)	0,463	< 0,001

Tabla 3. Regresión lineal múltiple TyG basal

Variable	Coefficientes no estandarizados (IC95%)	Coefficientes estandarizados	Significación
Articulaciones dolorosas	0,017 (0 a 0,034)	0,282	0,046
Articulaciones inflamadas	-0,033 (-0,059 a -0,007)	-0,350	0,014
Hipertensión arterial	0,375 (0,191 a 0,560)	0,531	< 0,001

Conclusiones: 1) Previamente al inicio del tratamiento con terapia biológica la alteración de las variables y los índices hepáticos se asoció con la presencia de comorbilidades cardiovasculares y la inflamación presentes en la APs, 2) El tratamiento con fármacos anti-TNF α en pacientes con APs se relacionó con un empeoramiento de la medida del riesgo de enfermedad hepática desde la primera visita tras inicio de la terapia, sin embargo estas alteraciones no implicaban un cambio en el grado de fibrosis.

Financiado por ISCIII (PI20/00079) co-financiado con fondos FEDER.

P047. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA ECOGRÁFICA Y CLÍNICA A APREMILAST MEDIANTE UN ÍNDICE ECOGRÁFICO ARTICULAR ENTÉSICO UNGUEAL Y LA EVALUACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA

Juan José de Agustín De Oro¹, Gustavo Añez¹, D. Reina-Sanz², Sergi Heredia², Julio Ramírez³, Andrea Cuervo³, Jesús Rodríguez⁴, Carme Moragues Pastor⁴, Patricia Moya⁵, Ana Laiz⁵, Míreia, Moreno⁶, Marta Arévalo⁶, Manel Pujol Busquets⁷, Georgina Salvador Alarcón⁷, Noemí Busquets-Pérez⁸, Andrés Ponce Fernández⁸ y Maria Pascual-Pastor⁸

¹Rheumatology. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

²Rheumatology. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

³Rheumatology. Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Rheumatology. Bellvitge University Hospital. L'Hospitalet de Llobregat. ⁵Rheumatology. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁶Rheumatology. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁷Rheumatology. Hospital Universitari Mútua Terrassa. ⁸Rheumatology. Hospital General de Granollers.

Tabla P047

Cambios en las variables de los pacientes con APsA tratados con apremilast

Variable	0	1 m	6 m	9 m	12 m	p
VGM	45 5,6 (1,2) CI[5,2; 6]	45 4,1 (2) [3,5; 4,7]	31 2,4 (1,9) [1,8; 3,1]	27 2,4 (1,9) [1,7; 3,2]	26 2,6 (1,9) [1,8; 3,4]	< 0,001
VGP	45 6,2 (1,9) [5,6; 6,8]	45 5,1 (2,5) [4,4; 5,9]	31 3,4 (1,9) [2,7; 4,1]	26 3,1 (2,4) [2,1; 4]	26 3,8 (2,1) [3; 4,7]	< 0,001
LEI	45 1,4 (1,6) [0,9; 1,9]]	45 1 (1,3) [0,7; 1,4]]	31 0,9 (1,2) [0,5; 1,4]	27 0,5 (1,1) [0,1; 0,9]	26 0,8 (1,2) [0,3; 1,3]	0,01
NAD	45 5,8 (5,8) [4,1; 7,6]	45 4,4 (4,8) [3; 5,8]	31 2,9 (4) [1,4; 4,4]	27 2,4 (3,6) [1; 3,8]	26 3 (4) [1,4; 4,6]	0,009
NAT	45 3,2 (2,4) [2,5; 3,9]	45 2,1 (2,2) [1,4; 2,7]	31 0,9 (1,8) [0,3; 1,6]	27 1,1 (1,9) [0,4; 1,9]	26 1 (1,4) [0,5; 1,6]	0,001
PCR	43 1,7 (3,7) [0,6; 2,9]	42 0,9 (1,9) [0,3; 1,5]	29 0,9 (1,4) [0,4; 1,5]	27 0,9 (1,3) [0,3; 1,4]	26 1 (1,7) [0,3; 1,7]	n.s
US Articular	45 17,6 (11) [14,3; 20,9]	45 12,4 (8,5) [9,8; 15]	31 9,2 (7,2) [6,5; 11,8]	27 7,9 (8,1) [4,7; 11,1]	26 7,5 (6,7) [4,9; 10,2]	0,006
US entesis	45 6 (3,9) [4,9; 7,2]	45 3,9 (3,1) [3; 4,9]	31 3,7 (2,8) [2,7; 4,7]	27 3,3 (3) [2,1; 4,5]	26 3,2 (2,5) [2,2; 4,2]	< 0,001
US total (UIC)	45 23,6 (12,6) [19,9; 27,4]	45 16,3 (9,8) [13,4; 19,3]	31 12,8 (8) [9,9; 15,8]	27 11,1 (9,5) [7,4; 14,9]	26 10,7 (7,6) [7,7; 13,8]	< 0,001
VSG	41 18,3 (16,8) [13; 23,6]	42 16,7 (12,4) [12,8; 20,6]	30 17,6 (15,8) [11,7; 23,5]	27 12,7 (10,3) [8,6; 16,7]	25 15,7 (12) [10,7; 20,6]	ns

VGM, evaluación global del médico; VGP: evaluación global del paciente; LEI: índice de entesitis de Leeds; NAT, recuento de articulaciones inflamadas; NAD, recuento de articulaciones dolorosas, PCR, proteína c reactiva; VSG; tasa de sedimentación eritrocitaria

Introducción: Realizamos un estudio mediante ultrasonografía (US) para evidenciar cambios inflamatorios (articulación-entesis-ungueal) en pacientes con artritis psoriásica activa (APsA) que iniciaron apremilast (A) en práctica clínica.

Objetivos: Obtener una reducción del 20, 50, 70% en el índice ecográfico (UIC) a los 12 meses y estudiar correlación entre variables ecográficas y clínicas.

Métodos: Ensayo clínico fase IV, multicéntrico, prospectivo y abierto realizado en 8 centros desde 2018 hasta 2021. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo la aprobación del comité de ética, código PSA-PI-006421. Se reclutaron pacientes con APsA (≥ 2 articulaciones inflamadas), ≥ 2 sinovitis US articulares y ≥ 1 entesitis US en la selección. Seguimiento de 52 semanas (basal, 1, 6, 9 y 12 meses). En cada visita se registraron las variables ecográficas y clínicas, y la VSG y la PCR. Las ecografías se puntuaron según Ficjan *et al.*¹. Se realizó una evaluación ecográfica de la lámina ungueal (NP) y del grosor subungueal (ST) del segundo, tercer y quinto dedo.

Resultados: Se seleccionaron 48 pacientes y se incluyeron 46 (2 fallos de *screening*) en seguimiento. 26 completaron el estudio. Se consiguió una reducción del índice UIC del 20% (objetivo principal), que alcanzó hasta el 40%, pero no el 50/70% (objetivos secundarios). Las variables clínicas y ecográficas se redujeron significativamente, y la VSG y la PCR no cambiaron durante el seguimiento (tabla). Se observó una correlación fuerte entre UIC y SJC, moderada entre UIC y TJC, PGA, PtGA, CRP. Se observó una reducción en la onicopatía clínica, la lesión de NP y una ligera relación entre la lesión y ST alto y ST con onicopatía, pero no alcanzó significación estadística (tamaño de muestra reducido). Se registraron 75 eventos adversos en 33 pacientes, solo 1 grave. Los motivos de retirada fueron: 6 pacientes EA, 8 no eficacia y 6 otros motivos (3 pérdida de seguimiento, 3 retirada del consentimiento).

Conclusiones: El apremilast es un tratamiento seguro, bien tolerado y útil en diferentes patrones de PsA (articulación, entesis) demostrado por ecografía. La ecografía puede identificar la enfermedad de las uñas en pacientes con PsA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficjan A, Husic R, Gretler J, Lackner A, Graninger WB, Gutiérrez M, *et al.* Ultrasound composite scores for the assessment of inflammatory and structural pathologies in Psoriatic Arthritis (PsASon-Score). *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):1-13.

P048. SELF-REPORTED AND PHYSICIAN’S ASSESSMENT OF INFLAMMATORY BACK PAIN ACCORDING TO ASAS CRITERIA: IS IT THE SAME? RESULTS FROM THE SHERPAS STUDY

D. Benavent¹, M. Tapia², D. Bernabeu², V. Muley², Ch. Plasencia¹, A. Balsa¹ and V. Navarro-Compán¹

¹Rheumatology Department. Hospital La Paz. IdiPaz. Madrid.

²Radiology Department. Hospital La Paz. Madrid.

Introduction: Inflammatory back pain (IBP) is the core symptom in patients with axial spondyloarthritis (axSpA). For its assessment, experts recommend using the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) criteria. Advances in telemedicine and online screening strategies require to evaluate whether self-reported perform equally to physicians’ assessment.

Objectives: To assess the agreement and correlation between self-reported and physician’s assessments of ASAS IBP criteria and evaluate their performance compared with rheumatologist’s judgement for IBP.

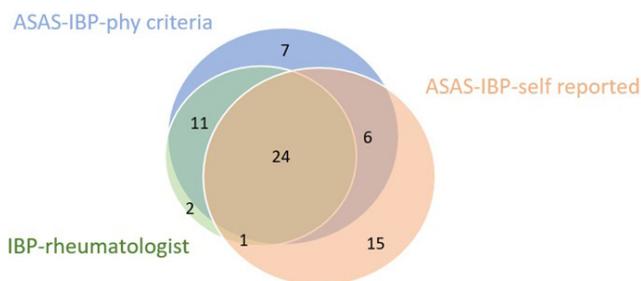
Methods: The “Strategy for a Hospital Early Referral in Patients with Axial Spondyloarthritis” (SHERPAS) is a prospective ongoing study recruiting young patients (18 to 40 years) with chronic back pain asked to undergo an MRI of the spine by other specialists different than rheumatologists in a tertiary hospital, starting in September 2021. After inclusion, an additional MRI of the sacroiliac joints (SIJ), followed by a rheumatology visit and eligible blood tests were performed. IBP was assessed in 3 different independent ways: i) ASAS criteria asked verbatim by the rheumatologist (ASAS-IBP-phy criteria), ii) ASAS criteria embedded in a self-reported questionnaire (ASAS-IBP-self reported), and iii) according to rheumatologist judgement in the interview (IBP-rheumatologist). Dataset for this

interim analysis was locked in October 2022. Kappa statistic (κ) and tetrachoric correlation coefficient (r_t) were calculated to assess the agreement and correlation between ASAS-IBP-phy criteria and ASAS-IBP-self reported. Overall accuracy, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values for each IBP assessment method were calculated, using IBP-rheumatologist as gold standard.

Results: Among 152 recruited patients, 85 (55.9%) were female; mean (SD) age was 34.2 (5.3) years. 66/152 (43.4%) patients reported IBP by at least one of the three assessments, and 24 (15.8%) patients presented back pain as assessed by the three methods altogether. Venn diagrams representing the overlap between the different IBP assessments are shown in Figure. A moderate agreement ($\kappa = 0.48$) and strong correlation ($r_t = 0.7$) were found between ASAS-IBP-self reported and ASAS-IBP-phy criteria. While ASAS-IBP-phy criteria showed a strong level of agreement and very strong correlation with IBP-rheumatologist ($\kappa = 0.74$, $r_t = 0.94$), ASAS-IBP-self reported showed a moderate agreement and moderate correlation with this outcome ($\kappa = 0.44$, $r_t = 0.67$). ASAS-IBP-phy criteria showed better performance than ASAS-IBP-self reported for capturing IBP-rheumatologist [accuracy of 0.89 (95%CI 0.83-0.94) vs. 0.77 (95%CI 0.70-0.84)] (Table).

Utility measures for each IBP assessment method to capture IBP according to rheumatologist judgement

	ASAS-IBP-phy criteria	ASAS-IBP-self reported
Accuracy	0.89	0.78
Sensitivity	0.89	0.81
Specificity	0.92	0.66
Negative Predictive Value	0.73	0.54
Positive Predictive Value	0.97	0.87



Number of patients showing IBP by each method of assessment.

Conclusions: ASAS criteria to define IBP show higher level of agreement and correlation with IBP rheumatologist overall judgement when assessed by physician as compared to a self-reported assessment. These results call for caution when extrapolating use of experts IBP criteria from clinical to online setting and suggest that clinicians should prioritize physician assessment over self-report to define this.

P049. WORK-RELATED IMPACT IN YOUNG PATIENTS WITH CHRONIC BACK PAIN AWAITING A MAGNETIC RESONANCE IMAGING

D. Benavent¹, M. Tapia², D. Bernabeu², V. Muley², Ch. Plasencia¹, A. Balsa¹ and V. Navarro-Compán¹

¹Rheumatology Department. Hospital La Paz. IdiPaz. Madrid.

²Radiology Department. Hospital La Paz. Madrid.

Introduction: Chronic back pain (CBP) is one of the major causes for medical consultation among young people. Given the limited sources, it is relevant knowing the characteristics associated with a higher burden in order to prioritize the performance of imaging exams.

Objectives: To identify factors associated with sick leave in a cohort of young patients with CBP awaiting an MRI of the spine.

Methods: The project "Strategy for a Hospital Early Referral in Patients with Axial Spondyloarthritis" (SHERPAS) is a prospective ongoing study recruiting young patients (18 to 40 years) with CBP that are requested an MRI of the spine by other specialists different than rheumatologists in a tertiary hospital. The study period started in September 2021, and the dataset for this interim analysis was locked in October 2022. Patients completed a questionnaire concerning work status, including sick leave due to CBP (at-visit or prior to this). Besides, socio-demographic and clinical characteristics were collected. Patient-reported outcomes (PROs) for fatigue, Patient Global Assessment (PGA), physical function (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index -BASFI), and overall health (Assessment of Spondyloarthritis international Society Health Index -ASAS HI) were also evaluated. A logistic regression analysis was performed to evaluate the association of patients' characteristics with sick leave.

Table P049
Characteristics of employed patients by work status

		Total employed (n = 123)	No sick leave (n = 58)	Ever sick leave (n = 65)	p-value
Demographics	Age	33.8 (4.8)	33.6 (5)	34.1 (4.8)	0.6
	Symptoms (months)	57.0 (54.0)	54.8 (54.1)	59.0 (54.3)	0.7
	BMI	25.4 (4)	25.4 (4.2)	25.4 (3.7)	0.9
	Female	65 (52.8)	33 (56.9)	32 (49.2)	0.5
	Education				0.2
	Primary/secondary	66 (52.8)	27 (46.5)	38 (58.4)	
	University	56 (45.5)	30 (51.7)	26 (40.0)	
	Type of work				0.5
Sedentary/not active		33 (26.8)	19 (32.8)	14 (21.5)	
	Physically active	76 (61.8)	38 (65.5)	38 (58.5)	
Characteristics of back pain	Buttock pain	42 (34.2)	17 (29.3)	25 (38.4)	0.4
	Night pain	58 (47.1)	21 (36.2)	37 (56.9)	0.02
	Inflammatory pain	29 (23.6)	14 (24.1)	15 (23.1)	1
	Flares of back pain	87 (70.7)	42 (72.4)	45 (69.2)	0.8
	Sudden onset	72 (58.5)	29 (50.0)	43 (66.1)	0.1
	Morning stiffness	76 (61.8)	32 (55.1)	44 (67.7)	0.2
	Fatigue (0-10)	4.9 (3)	4 (3.1)	5.7 (2.7)	0.002
PROs	PGA (0-10)	4.7 (2.9)	3.7 (2.9)	5.7 (2.6)	< 0.001
	Physical function (BASFI)	3.2 (2.6)	2.4 (2.3)	4 (2.6)	< 0.001
	Overall health (ASAS-HI)	6.7 (3.8)	5.6 (3.6)	7.8 (3.8)	0.002
Treatments	NSAIDs	109 (88.6)	52 (89.6)	57 (87.7)	0.2
	Muscular relaxants	88 (71.5)	33 (56.9)	55 (84.6)	< 0.001
	Opioids	45 (36.6)	11 (18.9)	34 (52.3)	< 0.001
	Antidepressants	19 (15.5)	4 (6.9)	15 (23.1)	0.01

Results: Of 152 recruited patients, 123 (80.9%) were actively employed, 22 (14.5%) were unemployed and 7 (4.6%) were students. Among the employed patients (52.8% female; mean age 33.8 (4.8) years; 57.0 (54.0) months CBP duration), 65 (52.8%) patients had been on sick leave at some point (50 prior to visit and 15 at the study visit). Baseline characteristics are shown in Table. Night pain was more frequent in patients on sick leave (56.9 vs. 36.2%, $p = 0.02$), and PROs on fatigue, PGA, physical function and overall health and functioning showed worse results in these patients, as compared to patients who had never been in sick leave. Additionally, patients with on sick leave had more frequently pharmacological treatment. After multivariable analysis, being male (OR 2.3, 95%CI 1.0-5.6), having night pain (OR = 2.4, 95%CI 1.0-5.8) and reporting higher PGA (OR = 1.1, 95%CI 1.0-1.4) were associated independently with being on sick leave.

Conclusions: One out of two young patients with CBP awaiting an MRI of the spine are on sick leave at some point. These patients have poorer quality of life and use more pharmacological treatment than active patients with CBP. Male sex and night pain are associated with being on sick leave due to CBP and therefore could be used to prioritize the use of spinal MRI aiming to optimize health resources.

P050. EL RETRASO DIAGNÓSTICO SE ASOCIA A PEORES RESULTADOS EN TÉRMINOS DE DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA. RESULTADOS DE REGISPONSER-AS

María Lourdes Ladehesa Pineda, María Ángeles Puche Larrubia, Pilar Font Ugalde, Alejandro Escudero Contreras, Eduardo Collantes Estévez y Clementina López Medina

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Introducción: El retraso diagnóstico en la espondiloartritis axial (EspAax) es mayor que el de muchas otras enfermedades reumáticas. Se ha demostrado que se encuentra asociado a factores socioeconómicos, forma de presentación de la enfermedad¹, negatividad

del HLA-B27, sexo femenino, psoriasis y una edad más temprana en el momento de la aparición². El retraso prolongado se asocia a peores resultados a largo plazo, como el deterioro funcional y la calidad de vida. Sin embargo, los resultados a corto plazo no se han evaluado en la misma medida.

Objetivos: Evaluar si el retraso diagnóstico en pacientes con EspAax radiográfica (EspAax-r) se asocia con peores resultados a corto plazo tras dos años de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo que incluyó a pacientes del estudio REGISPONSER-AS (Registro Español de Pacientes con Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología) con diagnóstico de EspAax-r según los criterios de Nueva York modificados. Al inicio del estudio, los pacientes se dividieron en dos grupos según la mediana de retraso diagnóstico (< 5 años, ≥ 5 años). Se construyeron modelos de regresión logística binaria ajustados por la duración de la enfermedad para evaluar la asociación entre el retraso diagnóstico y los resultados de la enfermedad a los dos años. La tasa de retención del primer tratamiento anti-TNF entre los grupos se evaluó mediante una prueba de *log-rank*.

Resultados: Se incluyó a un total de 729 pacientes. En la tabla se presentan los resultados a los dos años según el retraso diagnóstico. Las características relacionadas con el daño crónico estructural (BASRI, distancia occipucio-pared), la presencia enfermedad inflamatoria intestinal (EII), de dactilitis, el componente mental del SF-12 y la incapacidad laboral se asociaron a un mayor retraso diagnóstico. No se encontraron diferencias en la tasa de retención del primer anticuerpo anti-TNF entre los grupos.

Conclusiones: El retraso diagnóstico se asocia con peores resultados a corto plazo en términos de daño estructural, prevalencia de EII, dactilitis, componente mental SF-12 e incapacidad laboral en pacientes con EspAax-r.

BIBLIOGRAFÍA

- Zhao SS, *et al.* Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60(4):1620-8.
- Redeker I. *et al.* Determinants of diagnostic delay in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58(9):1634-8.

Tabla P050

Resultados a los 2 años ajustados por la duración de la enfermedad

	Retraso diagnóstico < 5 años (N = 364)	Retraso diagnóstico ≥ 5 años (N = 365)	OR (IC95%)	Valor p*
Edad (años) al diagnóstico	30,95 (10,53)	39,42 (11,59)	1,09 (1,07-1,1)	< 0,001
Sexo (masculino)	274 (75,3)	279 (75,8)	1,28 (0,89-1,86)	0,19
HLA-B27 positivo	282 (81,3)	292 (81,6)	1,24 (0,81-1,88)	0,321
Psoriasis	41 (11,5)	39 (11)	1,02 (0,61-1,73)	0,926
EII	19 (5,4)	27 (7,6)	0,41 (0,21-0,78)	0,007
Uveítis	82 (23,2)	83 (23,2)	1,28 (0,87-1,88)	0,215
PCR (mg/dL)	9,11 (14,62)	9,43 (11,78)	0,99 (0,99-1,01)	0,796
ASDAS-PCR, media (DT)	2,49 (0,99)	2,67 (1,04)	1,06 (0,9-1,25)	0,47
BASDAI, media (DT)	3,58 (2,15)	4,07 (2,36)	1,06 (0,99-1,14)	0,109
BASFI, media (DT)	36,63 (27,55)	44,38 (27,1)	1 (0,99-1,01)	0,832
EVA (cm)	4,04 (2,55)	4,4 (2,61)	1,03 (0,97-1,1)	0,333
SF-12 componente físico	36,76 (9,45)	34,86 (9,97)	0,99 (0,97-1)	0,137
SF-12 componente mental	49,31 (9,85)	48,46 (11,3)	0,98 (0,97-0,99)	0,04
Sacroilitis radiográfica	347 (96,7)	356 (97,5)	1,35 (0,54-3,4)	0,523
BASRI espinal	6,55 (3,34)	7,33 (3,03)	0,94 (0,88-0,99)	0,042
BASRI total	7,32 (3,97)	8,28 (3,65)	0,94 (0,89-0,99)	0,02
Resonancia magnética	11 (3)	11 (3)	1,07 (0,39-2,93)	0,9
Entesitis	133 (38,4)	148 (41,2)	1,03 (0,67-1,58)	0,886
Dactilitis	39 (11,3)	18 (5,1)	0,47 (0,25-0,89)	0,02
Artroplastia cadera	19 (5,5)	18 (5,1)	4,02 (1,86-8,69)	< 0,001
Schober (cm)	3,23 (1,72)	2,89 (1,62)	1,09 (0,98-1,2)	0,099
Expansión torácica (cm)	4,24 (2,1)	3,7 (2)	0,99 (0,91-1,07)	0,796
Distancia dedo-suelo (cm)	18,02 (14,26)	21,6 (13,95)	1 (0,99-1,01)	0,687
Distancia occipucio-pared (cm)	4,13 (6,43)	5,36 (6,64)	0,97 (0,94-0,99)	0,015
Flexión lateral lumbar (cm)	20,96 (18,01)	19,06 (18,19)	0,99 (0,99-1)	0,778
Incapacidad para trabajar			1,5 (1,07-2,27)	0,02
Transitoria	14 (4,1)	13 (3,8)		
Permanente	90 (26,5)	110 (31,9)		

*Regresión logística binaria.

PO51. CARACTERIZACIÓN DEL PROTEOMA ASOCIADO A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR E IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES BIOMARCADORES DE PERSISTENCIA DE INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

Iván Arias-de la Rosa¹, María Lourdes Ladehesa-Pineda¹, Clementina López-Medina¹, Miriam Ruiz-Ponce¹, Laura Cuesta-López¹, María Ángeles Puche-Larrubia¹, María del Carmen Ábalos-Aguilera¹, Pedro Ortiz-Buitrago¹, Carlos Pérez-Sánchez², Chary López-Pedreira¹, Alejandro Escudero-Contreras¹, Eduardo Collantes-Estévez¹ y Nuria Barbarroja¹

¹Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: Los pacientes con espondiloartritis (EspA) presentan un incremento en el riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV). Teniendo en cuenta la estrecha asociación entre la inflamación y la ECV, surge la necesidad urgente de identificar signos de ECV desde un punto de vista molecular y su asociación con la inflamación.

Objetivos: Analizar la alteración de proteínas directamente relacionadas con ECV en plasma de pacientes con EspA, su asociación con características clínicas de la enfermedad y evaluar el potencial papel como biomarcadores para la identificación de perfiles de pacientes con persistencia de inflamación.

Métodos: Estudio transversal que incluyó 120 pacientes con EspA y 30 donantes sanos (DS) ajustados por edad y sexo. Se recogieron parámetros clínicos y de laboratorio y factores de riesgo de ECV. Para determinar la persistencia de inflamación los niveles de proteína C reactiva (PCR) se recogieron de manera retrospectiva en los 5 años previos de la visita. Así, un paciente se consideró tener persistencia de inflamación cuando presentaba PCR positiva en más del 50% de las medidas realizadas durante los 5 años previos. Los niveles de 92 proteínas con papel reconocido de ECV fueron analizadas en plasma mediante la tecnología PEA (proximity extension assay) (Cobionic Biosciences). La plataforma STRING (versión 11.5) se utilizó para determinar las funciones biológicas específicas de las proteínas analizadas.

Resultados: Los pacientes con EspA mostraron un incremento de comorbilidades de ECV comparado con DS. Los niveles plasmáticos de TNF-R1, RARRES-2, CHI3L1, PGLYRP-1, CTSD, UPAR, IL2RA, TIMP-4, CTSB, GDF-15, MMP-9 y PDGF-A se encontraron significativamente elevados en pacientes con EspA respecto a DS. Específicamente, estas proteínas también se relacionaron con procesos biológicos como degranulación de neutrófilos, respuesta inmune, activación celular, aterosclerosis, apoptosis, y respuesta inflamatoria. Además, la alteración de estas proteínas se asoció de manera significativa con hipertensión, resistencia a insulina, obesidad, hiperuricemia, y altos niveles de PCR. Al menos el 36% de los pacientes con EspA presentó persistencia a la inflamación. Estos pacientes persistentes a la inflamación mostraron niveles elevados de actividad de la enfermedad (basada en ASDAS y mayores niveles de PCR), glucosa, C3 y niveles reducidos de colesterol-HDL y apolipoproteína A comparado con pacientes EspA no persistentes a la inflamación. Además, 8 proteínas directamente relacionadas con ECV alteradas en EspA se encontraban aún más alteradas en aquellos pacientes con persistencia a la inflamación: MMP-9, RARRES-2, PGLYRP-1, UPAR, TNF-R1, PDGF-A, IL2RA y GDF-15, destacando los niveles de MMP-9 con un área bajo la curva de 0,796 (p < 0,0001).

Conclusiones: Los pacientes con EspA muestran un perfil de proteoma de ECV alterado, estrechamente asociado con factores de

riesgo de ECV y marcadores clínicos inflamatorios; la presencia de persistencia de inflamación está directamente relacionada con un incremento significativo de moléculas relacionadas con ECV, indicando la estrecha relación entre el riesgo de ECV subclínico y la inflamación crónica y el análisis proteómico del plasma de pacientes con EspA identificó potenciales biomarcadores para identificar molecularmente a los pacientes con persistencia de inflamación. Financiado por ISCIII (PI20/00079, PMP21-00119 y RICOR-RD21/0002/0033), cofinanciado por FEDER.

PO52. EFECTO DEL TRATAMIENTO *IN VITRO* CON METOTREXATO Y TERAPIAS ANTI-PDE-4 Y ANTI-JAK SOBRE HEPATOCITOS EN EL CONTEXTO DE ARTRITIS PSORIÁSICA

Iván Arias-de la Rosa¹, Laura Cuesta-López¹, Miriam Ruiz-Ponce¹, María Dolores López-Montilla¹, Clementina López-Medina¹, Carlos Pérez-Sánchez², Manuel David Gahete³, Natalia Hermán-Sánchez³, Chary López-Pedreira¹, Alejandro Escudero-Contreras¹, Eduardo Collantes-Estévez¹ y Nuria Barbarroja¹

¹Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ³Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/CIBEROBN/Universidad de Córdoba.

Introducción: En los últimos años el incremento en la prevalencia de alteraciones hepáticas en la artritis psoriásica (APs) ha adquirido relevancia. La disfunción hepática en APs podría estar inducida por componentes inflamatorios en paralelo con la presencia de complicaciones metabólicas o por el potencial hepatotóxico de los tratamientos administrados en la práctica clínica diaria.

Objetivos: 1) Analizar el impacto del suero de pacientes APs sobre hepatocitos e 2) investigar el efecto del tratamiento con metotrexato, anti-PDE-4 y anti-JAK sobre hepatocitos tratados con suero de pacientes APs.

Métodos: El suero de 12 donantes sanos (DS) y 20 pacientes APs fue recogido para llevar a cabo experimentos *in vitro* con una línea celular de hepatocitos (HEPG2). Las células fueron tratadas con el suero de DS y APs solo o en combinación con metotrexato (50 mM), roflumilast (1nM) o tofacitinib (250 nM) durante 24 horas. La expresión de genes relacionados con inflamación, respuesta inmune, apoptosis y disfunción hepática fue analizada mediante RT-PCR. Se llevó a cabo un array de proteínas directamente relacionadas con estrés celular. Los niveles de 92 proteínas inflamatorias se determinaron utilizando la tecnología PEA (Proximity extension assay) (Olink Target 96 Inflammation panel, Cobionic Biosciences). Se utilizó la plataforma STRING (versión 11.5) para determinar las funciones biológicas específicas de las proteínas analizadas.

Resultados: Los pacientes con APs mostraron una actividad de la enfermedad media basada en DAPSA de 27,10 ± 12,52 (actividad moderada-alta) y niveles significativamente elevados de reactantes de fase aguda comparado con DS. En hepatocitos, el tratamiento con el suero de APs promovió la expresión de ADAM-17, CHUK, CTSD, FAF-1, GDF-15, IFGR-1, IL-6, IL-8, MMP-1, STAT-3, TGF-β y TFPI, genes directamente asociados con procesos biológicos que podrían afectar a la función hepática, tales como respuesta inflamatoria, sistema inmune, procesos apoptóticos y fibrosis. Además, el suero de APs promovió la expresión de 22 proteínas principalmente relacionadas con estrés celular en hepatocitos. De las 92 proteínas inflamatorias analizadas, 33 proteínas se encontraron significativamente incrementadas en hepatocitos tratados con el suero de APs comparado con el suero de DS (alrededor de un 36% del total). Por otro lado, el

tratamiento con anti-PDE-4 promovió la reducción de 11 de 33 proteínas alteradas por el suero de pacientes con APs, proteínas involucradas con migración de leucocitos y sistema inmune. El tratamiento con anti-JAK redujo los niveles de 20 de 33 proteínas alteradas por el suero de pacientes APs. Sin embargo, el tratamiento con metotrexato incrementó de manera significativa la expresión de 5 proteínas ya alteradas con el tratamiento con el suero de APs.

Conclusiones: 1) El suero de APs caracterizado por la presencia de componentes inflamatorios alteró de manera significativa la función del hepatocito promoviendo la alteración de proteínas y genes involucrados con la respuesta inflamatoria, sistema inmune y procesos fibróticos y apoptóticos; 2) El tratamiento con anti-PDE-4 y anti-JAK revertió al menos parcialmente los efectos inflamatorios inducidos por el suero de pacientes APs en hepatocitos, sugiriendo su potencial efecto beneficioso sobre la función hepática. Financiado por ISCIII (PI20/00079 and RICOR-RD21/0002/0033), Junta de Andalucía 1381035-F) co-financiado por FEDER.

P053. AFECTACIÓN RADIOGRÁFICA CERVICAL EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS

Laura Berbel Arcobé¹, Xabier Michelena², Jose Antonio Narvaez¹, Joan Miquel Nolla¹, Judith Palacios Olid¹, Pol Maymo Paituvi¹ y Xavier Juanola-Roura¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La evaluación de la columna cervical (CC) en la espondiloartritis axial (EspAax) y sus características radiográficas, incluyendo las articulaciones interapofisarias (AI), puede ayudar al diagnóstico precoz, a establecer mejor el pronóstico y tener implicaciones en la elección del tratamiento adecuado.

Objetivos: Describir la prevalencia, las características y los factores asociados a la afectación global de la CC, en una cohorte de pacientes con EspAax, que han sido valorados por el servicio de Reumatología de un hospital universitario de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes diagnosticados de EspAax mediante criterios de clasificación ASAS, tanto radiográfica como no radiográfica, con psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal asociadas, desde marzo de 2011 hasta marzo de 2021. Se recogieron variables socio-demográficas, clínicas, radiográficas y de tratamiento. Se revisaron las últimas radiografías simples (Rx) realizadas, y el resto de variables se recogieron de la visita más cercana a las Rx. La puntuación de la CC se realizó mediante los índices BASRI y mSASSS para los cuerpos vertebrales y las AI por la puntuación de De Vlam¹. Se consideró que los pacientes presentaban afectación cervical (grupo CC) cuando presentaban un BASRI ≥ 2 en CC y/o una puntuación para IA ≥ 3, y se analizaron las diferencias respecto a los que no cumplían dichos criterios (grupo noCC).

Resultados: Se incluyeron 340 pacientes (71,8% hombres; edad 57,4 ± 14,9 años). La afectación de columna cervical es frecuente en la EspAax (n = 182; 53,5%). La afectación de AI se observó en 99 pacientes (29,1%), y 21 no presentaban afectación concomitante de cuerpos vertebrales. Un total de 83 pacientes (24,4%) presentaban únicamente afectación de cuerpos vertebrales y 37 pacientes (10,9%) afectación de columna cervical sin cambios radiográficos en columna lumbar (29,7% mujeres). Los pacientes con afectación de CC eran con mayor frecuencia varones, tenían mayor edad, un mayor IMC y mayor prevalencia de tabaquismo (tabla). Presentaban también mayores parámetros de actividad (BASRI y ASDAS-PCR), peor funcionalidad (BASFI), peores índices de movilidad en columna cervical y lumbar (Prueba de Schober) así como una peor puntuación en los índices radiográficos de columna lumbar y articulaciones sacroilíacas. No se encontró correlación de la afectación cervical con el HLA B27, la edad al diag-

Tabla P053
Diferencias entre grupos

		Grupo no CC (n = 158)	Grupo CC (n = 182)	p
Sexo	Varones	91 (57,6%)	153 (84,1%)	< 0,001
Edad		49,9 ± 13,5	63,9 ± 13	< 0,001
IMC		25,1 ± 3,8	27,6 ± 4,4	< 0,001
Tabaco	No fumador	74 (49,3%)	66 (37,3%)	0,001
Edad inicio síntomas		27,6 ± 9,3	26,4 ± 9,1	0,238
Edad diagnóstico		32,7 ± 10,5	33,5 ± 11,9	0,490
HLA B27 (+)		122 (78,2%)	153 (84,1%)	0,215
Antecedentes familiares EspA		41 (25,9%)	38 (20,9%)	0,329
Uveítis		40 (25,3%)	39 (21,4%)	0,473
Psoriasis		15 (9,5%)	9 (4,9%)	0,155
EII		16 (10,1%)	15 (8,2%)	0,679
Artritis		42 (26,6%)	59 (32,4%)	0,291
Entesitis		27 (17,1%)	41 (22,5%)	0,265
Dactilitis		6 (3,8%)	2 (1,1%)	0,152
Tipo de EspA	EspAaxr (EA)	114 (72,2%)	166 (91,2%)	< 0,001
	EspA EII	13 (8,2%)	10 (5,5%)	
	EspA Ps	8 (5,1%)	3 (1,6%)	
	EspAaxnr	23 (14,6%)	3 (1,6%)	
BASDAI		3,3 ± 2,1	3,8 ± 2,1	0,036
BASFI		2,7 ± 2,3	4,6 ± 2,7	< 0,001
ASDAS PCR		2,1 ± 1	2,4 ± 1	0,006
Movilidad CC		81° ± 11,3	54,1° ± 24,6	< 0,001
Schober 10		4,3 ± 1,2	2,7 ± 1,7	< 0,001
Schober 15		6,4 ± 1,7	4,2 ± 2,3	< 0,001
BASRI SI	0	9 (5,7%)	2 (1,1%)	< 0,001
	1	15 (9,5%)	4 (2,2%)	
	2	57 (36,1%)	15 (8,2%)	
	3	52 (32,9%)	47 (25,8%)	
	4	25 (15,8%)	114 (62,6%)	
BASRI CL	0	108 (68,4%)	35 (19,3%)	< 0,001
	1	5 (3,2%)	10 (5,5%)	
	2	33 (20,9%)	37 (20,4%)	
	3	8 (5,1%)	35 (19,3%)	
	4	4 (2,5%)	64 (35,4%)	
Tratamiento biológico realizado		52 (32,9%)	75 (41,2%)	0,143

IMC: índice de masa corporal, PCR: proteína C reactiva, EII: enfermedad inflamatoria intestinal, EspA: espondiloartritis, EspAaxr: espondiloartritis axial radiográfica, EA: espondilitis anquilosante, EspAaxnr: espondiloartritis axial no radiográfica, Ps: psoriasis, SI: articulaciones sacroilíacas, CL: columna lumbar.

nóstico, los antecedentes familiares de EspA, la prevalencia de manifestaciones extramusculares (uveítis, psoriasis, EII) y la afectación periférica (artritis, entesitis, dactilitis).

Conclusiones: La realización de Rx de CC debe considerarse de forma rutinaria en práctica clínica, así como la evaluación de las AI, ya que su afectación es frecuente en la EspAax y tiene relación con mayor actividad y peor funcionalidad.

Referencias

1. De Vlam K, Mielants H, Veys EM. Involvement of the zygapophyseal joint in ankylosing spondylitis: relation to the bridging syndesmophyte. *J Rheumatol* 1999;26:1738-45.

P054. EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE FIBROSIS Y/O ESTEATOSIS EN ARTRITIS INFLAMATORIAS MEDIANTE FIBROSCAN, CAP E ÍNDICES DE RIESGO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA

Miriam Ruiz-Ponce¹, Laura Cuesta-López¹, María Dolores López-Montilla¹, María Lourdes Ladehesa-Pineda¹, María del Carmen Ábalos-Aguilera¹, Desirée Ruiz-Vílchez¹, Diana Corona-Mata², Laura Ruiz-Torres², Carlos Pérez-Sánchez³, Chary López-Pedreira¹, Antonio Rivero², Eduardo Collantes-Estévez¹, Iván Arias-de la Rosa¹, Alejandro Escudero-Contreras¹ y Nuria Barbarroja-Puerto¹

¹Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ³Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: La lesión hepática es considerada como una manifestación extraarticular de las artritis inflamatorias (AI). Hoy en día no se conoce al detalle los factores implicados en el desarrollo de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) en las AI.

Objetivos: Analizar la presencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con AI mediante CAP y FibroScan; evaluar la eficacia predictiva de los índices utilizados para evaluar el riesgo de enfermedad hepática disponibles en AI y analizar la asociación del daño hepático con características clínicas de la enfermedad.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en una cohorte de 34 pacientes no obesos diagnosticados con AI: 20 pacientes con artritis psoriásica (APs) y 14 pacientes con artritis reumatoide (AR) con valores de "Hepatic Steatosis Index" (HSI) por encima de 36, teniendo en cuenta estudios previos publicados para la identificación de pacientes con EHGNA. Se analizaron parámetros clínicos y de laboratorio, biomarcadores de enfermedad hepática, e índices de evaluación de riesgo de esteatosis (HSI; "Fatty liver Index, FLI" y "Triglycerides and glucose index, TyG") y/o fibrosis hepática ("Fibrosis-4 score, FIB-4" y "Aspartate to platelet ratio index, APRI"). Se realizó una elastografía hepática de transición con la técnica FibroScan para evaluar el grado de rigidez o fibrosis hepática junto con CAP (Coeficient Attenuated Parameter), para determinar y cuantificar el porcentaje de infiltración de grasa en el hígado.

Resultados: Los pacientes con APs presentaban una actividad de la enfermedad baja con un DAPSA de 11,72 ± 7,97 y tiempo de evolución de 11,55 ± 6,62 años. Por otro lado, los pacientes con AR mostraron un DAS28 de 2,67 ± 1,03 y duración de la enfermedad de 6,92 ± 6,65 años. Respecto a las comorbilidades metabólicas, excluyendo a los pacientes obesos, se encontró una mayor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en APs. El análisis de FibroScan y CAP determinó que el 8,8% de pacientes con AI presentaban fibrosis hepática (todos ellos eran APs), por otro lado, el 44,12% de los pacientes AI presentaban EHGNA (66,7% en APs y 33,3% en AR). Los pacientes AI-EHGNA

mostraron niveles significativamente elevados de glucosa, resistencia a insulina y triglicéridos y niveles significativamente reducidos de colesterol-HDL y apolipoproteína-A comparados con pacientes AI sin EHGNA. En relación a los índices de riesgo de enfermedad hepática, se observaron niveles significativamente elevados de los índices TyG, APRI y FLI en los pacientes AI-EHGNA. Mediante análisis de curvas ROC pudimos identificar el índice FLI como el índice con mayor valor predictivo para detectar la presencia de esteatosis hepática (AUC = 0,781; p = 0,007). Finalmente, los parámetros de FibroScan y CAP correlacionaron significativamente con los niveles de determinadas enzimas hepáticas, perfil de lípidos y los índices APRI, FIB-4 y FLI.

Conclusiones: 1) Los pacientes con APs presentan un mayor porcentaje de fibrosis y EHGNA comparado con AR, relacionado con el perfil lipídico y la resistencia a la insulina y 2) El índice FLI muestra un elevado valor predictivo para identificar la esteatosis hepática en pacientes con AI sugiriendo su potencial uso en la práctica clínica habitual para pacientes con riesgo de enfermedad hepática. Financiado por ISCIII (PI20/00079 y RICOR-RD21/0002/0033), Junta de Andalucía 1381035-F) cofinanciado por FEDER.

P055. ANÁLISIS IN VIVO E IN VITRO DE DOSIS ACUMULATIVAS DE METOTREXATO EN EL RIESGO DE DESARROLLO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Miriam Ruiz-Ponce¹, Iván Arias-de la Rosa¹, María Dolores López-Montilla¹, Laura Cuesta-López¹, Carlos Pérez-Sánchez^{1,2}, María del Carmen Ábalos-Aguilera¹, Desirée Ruiz¹, Pedro Ortiz-Buitrago¹, Pilar Navarro-Sánchez³, Alfredo José Lucendo-Villarín^{3,4}, Chary López-Pedreira¹, Alejandro Escudero-Contreras¹, Eduardo Collantes-Estévez¹ y Nuria Barbarroja-Puerto¹

¹Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología celular, fisiología e inmunología. Universidad de Córdoba. ³Campus de Excelencia Internacional Agroalimentario. Córdoba. ⁴Departamento de Gastroenterología. Hospital General de Tomelloso. ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Madrid.

Introducción: La disfunción hepática, concretamente la enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA) se encuentra asociada con la artritis psoriásica (APs). A día de hoy el potencial efecto hepatotóxico del tratamiento con metotrexato en APs es un tema controvertido.

Objetivos: 1) Evaluar el riesgo de daño hepático en pacientes con APs y su relación con características clínicas de la enfermedad, 2) determinar la influencia de las dosis acumuladas de metotrexato en una cohorte de pacientes con APs y 3) analizar el efecto *in vitro* de las dosis acumuladas de metotrexato en una línea celular de hepatocitos.

Métodos: Estudio transversal llevado a cabo en 326 sujetos sin obesidad: 155 pacientes con APs, 87 con EHGNA sin APs y 84 donantes sanos (DS). Parámetros clínicos y de laboratorio, biomarcadores de enfermedad hepática y diferentes índices para evaluar el riesgo de esteatosis o fibrosis fueron evaluados. Se calcularon las dosis acumulativas de metotrexato retrospectivamente. Estudios mecanísticos se llevaron a cabo en hepatocitos (HEPG2) tratados con dosis acumuladas durante 72 horas. Los cambios en los niveles de 92 proteínas inflamatorias en hepatocitos fueron analizados utilizando la tecnología PEA (Proximity extension assay) (Olink Target 96 Inflammation panel, Cobiomic Biosciences).

Resultados: Utilizando la cohorte de pacientes con EHGNA ajustada por edad, sexo e índice de masa corporal con la cohorte de pacientes

APs, calculamos un índice de esteatosis hepática (HSI, hepatic steatosis index) para distinguir pacientes EGHNA de DS, estableciendo un valor de corte de 35,68 (AUC = 0,865; $p < 0,0001$). Teniendo en cuenta este valor, los pacientes APs mostraron un alto riesgo de sufrir esteatosis comparado con DS (65% respecto a 22%). Además, los pacientes APs con alto riesgo de esteatosis presentaban un incremento en la prevalencia de resistencia a insulina, obesidad, hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2, como niveles significativamente incrementados de triglicéridos, componente del complemento 3, DAPSA, PCR y VSG comparado con los pacientes APs con bajo riesgo de esteatosis hepática. Seguidamente, los pacientes APs se dividieron en dos grupos dependiendo de las dosis acumuladas de metotrexato ($< 1,5$ g grupo sin riesgo hepatotóxico y $> 1,5$ g grupo de riesgo hepatotóxico). No hubo diferencias significativas en cuanto al perfil metabólico y biomarcadores de enfermedad hepática entre los dos grupos de riesgo hepatotóxico por metotrexato. Por otro lado, el tratamiento *in vitro* en hepatocitos con metotrexato durante 24 horas indujo la expresión de 19 de 92 proteínas inflamatorias. Estos cambios no se vieron alterados a las 72 horas de tratamiento con metotrexato añadido cada 24 horas.

Conclusiones: 1) Los pacientes APs con alto riesgo de enfermedad hepática muestran ratios elevados de comorbilidades cardiometabólicas, marcadores clínicos inflamatorios y actividad de la enfermedad sugiriendo la relación entre las alteraciones metabólicas y las características de la enfermedad con el desarrollo de EHGNA; 2) los pacientes APs con altas dosis acumuladas de metotrexato no mostraron alteraciones en enzimas hepáticas e índices de riesgo de esteatosis o fibrosis hepática y 3) altas dosis acumuladas de metotrexato *in vitro* no mostraron un impacto significativo en hepatocitos comparado con bajas dosis acumuladas del mismo.

Financiado por ISCIII (PI20/00079 y RICOR-RD21/0002/0033), Junta de Andalucía (1381035-F) y cofinanciado por FEDER.

P056. APLICACIÓN DEL CONCEPTO “DIFFICULT-TO-TREAT” EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Montserrat Roig Kim, Laura Berbel Arcobé, Emma Brugarolas Martínez, Adrià Domingo Carnice, Paola Vidal Montal, Martí Aguilar Coll, Judith Palacios Olid, Pol Maymo Paituvi y Xavier Juanola-Roura

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: El término “Difficult-to-Treat” (D2T) agrupa aquellos pacientes que persisten activos a pesar de haber realizado diversos tratamientos dentro de las recomendaciones establecidas. Dicho concepto está definido por EULAR para artritis reumatoide (AR)¹, y podría ser extrapolable a pacientes con espondiloartritis axial (EspAax). En una publicación reciente², se propone clasificar a los pacientes con EspAax como D2T cuando, entre otros criterios, requieren tres o más fármacos biológicos para el control de su enfermedad.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con EspAax que han recibido tratamiento con fármacos biológicos, en un hospital universitario de tercer nivel, y comparar los pacientes que han recibido un máximo de 2 fármacos biológicos (grupo A) con los que han recibido 3 o más (grupo B).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se han incluido pacientes diagnosticados de EspAax mediante criterios de clasificación ASAS, desde marzo de 2011 hasta diciembre de 2022, a partir de una base de datos específica y se separaron en dos grupos en función del número de fármacos biológicos recibidos. Se han recogido variables sociodemográficas, clínicas, radiográficas y de tratamiento.

Resultados: Un total de 193 pacientes cumplían los criterios ASAS para el diagnóstico de EspAax, y habían recibido tratamiento con al

menos un fármaco biológico. Las variables separadas por grupos de estos pacientes se resumen en la tabla. De los 193 pacientes, (71% hombres), edad media 46,41 años ($\pm 14,05$) el 81,86% ($n = 158$) corresponde al grupo A y el 18,13% ($n = 35$) al grupo B. No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre grupos, sin embargo, se ha observado una tendencia de mayor proporción de pacientes con psoriasis, HLA B27 positivo y PCR elevada al diagnóstico en los del grupo B.

Variables sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de los pacientes incluidos

	Grupo A (1 o 2 FAMEb) (n = 158)	Grupo B (≥ 3 FAMEb) (n = 35)	p
Edad (años)			
Edad media	46,5 \pm 14,2	48,8 \pm 14	0,391
Edad inicio síntomas	28,3 \pm 10,7	27,7 \pm 11,7	0,797
Edad diagnóstico	34,3 \pm 12,1	32,4 \pm 11,8	0,384
Sexo			0,038
Masculino	118 (74,7%)	20 (57,1%)	
Femenino	40 (40%)	15 (42,9%)	
HLA B27			0,387
Positivo	111 (13%)	23 (65,7%)	
Negativo	41 (27%)	12 (34,3%)	
PCR alta			0,066
Sí	106 (67%)	29 (82,9%)	
No	52 (32,9%)	6 (17,1%)	
Uveítis			0,675
Sí	32 (20,3%)	6 (17,1%)	
No	126 (79,8%)	29 (82,9%)	
Psoriasis			0,026
Sí	12 (7,6%)	7 (20%)	
No	146 (92,4%)	28 (80%)	
Antecedente familiar EspA			0,959
Sí	31 (19,6%)	7 (20%)	
No	127 (80,4%)	28 (80%)	
Artritis periférica			0,506
Sí	67 (42,4%)	17 (48,6%)	
No	91 (57,6%)	18 (51,4%)	
Entesitis (talón)			0,524
Sí	54 (34,2%)	10 (28,6%)	
No	104 (65,8%)	25 (71,4%)	
Dactilitis			0,158
Sí	8 (5%)	4 (11,4%)	
No	150 (94,9%)	31 (88,6%)	
Tipo de EspA			
EspAaxr (EA)	110 (69,6%)	21 (60%)	0,27
EspA EII	28 (17,7%)	7 (20%)	0,752
EspA juvenil	4 (2,5%)	0 (0%)	0,341
EspA Ps	6 (3,8%)	4 (11,4%)	0,065
EspAaxnr	10 (6,3%)	3 (8,6%)	0,632
Consumo de tabaco			0,746
No	81	19	
Sí (exfumador y fumador)	77	16	

FAMEb: fármaco modificador de la enfermedad biológico; EspAaxr: espondiloartritis axial radiográfica EA: espondilitis anquilosante; EspA EII: espondiloartritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal; EspA juvenil: espondiloartritis juvenil; EspA Ps: espondiloartritis psoriásica; EspAaxnr: espondiloartritis axial no radiográfica; PCR: proteína C reactiva.

Conclusiones: La necesidad de más de 2 fármacos biológicos en EspA no es infrecuente en pacientes con EspAax y presenta unos porcentajes similares a la AR. No se han establecido criterios consensuados para la definición de EspA difícil de tratar, pero podrían ser similares a los establecidos en AR. Su definición sería de utilidad para conocer factores relacionados que podrían estar asociados con aumento de actividad en el momento del diagnóstico (PCR alta) y mayor presencia de manifestaciones musculoesqueléticas (psoriasis).

REFERENCIAS

- Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, *et al.* EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis, *Ann Rheum Dis.* 2021;80: 31-5.
- Wendling D, Verhoeven F, Prati C, Is the Difficult-to-Treat (D2T) concept applicable to axial spondyloarthritis?, *Joint Bone Spine.* 2022.

P057. EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE SE ASOCIA CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA DISCAPACIDAD PERMANENTE. UN ANÁLISIS DE CLÚSTER EN REGISPONSER

Desirée Ruiz-Vilchez, M. Ángeles Puche-Larrubia, Lourdes Ladehesa-Pineda, M. Carmen Ábalos-Aguilera, Pilar Font-Ugalde, Alejandro Escudero-Contreras, Eduardo Collantes-Estévez y Clementina López-Medina

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. IMIBIC. Universidad de Córdoba.

Introducción: Estudios previos han demostrado que el sexo masculino y el alto nivel educativo se asocian de forma independiente a un menor riesgo de baja laboral en pacientes con espondiloartritis (EspA) axial. Sin embargo, no hay estudios que evalúen el perfil socioeconómico de los pacientes y su asociación con la discapacidad.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron: a) identificar clústers de pacientes con espondilitis anquilosante (EA) según sus características socio-económicas; y b) evaluar la asociación de estos clústers con la severidad de la enfermedad y la incapacidad permanente.

Métodos: REGISPONSER (Registro Nacional de EspA) es un estudio transversal y multicéntrico que incluye pacientes españoles con EspA según los criterios de ESSG. Los pacientes con diagnóstico de EA según el reumatólogo tratante fueron incluidos en este análisis. Se recogió información sobre datos sociodemográficos (edad, raza, sexo, estado civil y nivel educativo) y datos socioeconómicos (empleo, profesión, condiciones de vivienda y nivel social). Se realizó un análisis de correspondencias múltiples y un análisis de clúster con la metodología "k-means" para determinar grupos o clústers de pacientes según su nivel social y económico. Las características clínicas, carga de la enfermedad e incapacidad permanente se compararon entre los grupos ajustando por la duración de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron un total de 866 pacientes con EA. Se encontraron dos grupos o clústers según las características socioeconómicas (tabla). El clúster 1 (n = 746) mostró un perfil de paciente predominantemente casado, con estudios secundarios/elementales, desempleado/ama de casa, con trabajo no cualificado, deficientes/inadecuadas condiciones de alojamiento y con un nivel social medio-bajo. Por otro lado, el clúster 2 (n = 390) mostró un perfil de paciente con estudios superiores o universitarios, empleado, con trabajos técnicos o cualificados, condiciones óptimas de alojamiento y nivel social medio-alto. Tras ajustar por la duración de la enfermedad, encontramos que los pacientes del clúster 1 (nivel socioeconómico bajo) mostraron mayor edad al diagnóstico (37,9 vs. 32,6 años), mayor retraso diagnóstico (7,8 vs. 6,8 años), mayor índice de masa corporal (27,6 vs. 25,9 kg/m²) y mayor daño estructural espinal en comparación con el clúster 2 (nivel socioeconómico alto) (BASRI total (5,7 vs. 4,6) y BASRI cervical (6,9 vs. 5,7)). No se encontraron diferencias con respecto al tabaquismo, manifestaciones periféricas ni extramusculares. Se observó una utilización de fármacos biológicos similar entre los dos grupos (30,6% vs. 27,5%, p = 0,376, en el clúster 1 y 2, respectivamente). Sin embargo, los pacientes del clúster 1 mostraron una mayor prevalencia de incapacidad permanente en comparación al clúster 2 tras ajustar por la duración de la enfermedad [30,8% vs. 13,2%, OR 2,58 (IC95% 1,76 - 3,83), p < 0,001].

Conclusiones: Este estudio sugiere que un perfil socioeconómico bajo de los pacientes con EA puede tener implicaciones en la severidad de la enfermedad y en la presencia de incapacidad permanente a pesar de un uso similar de fármacos biológicos.

Comparación de las características socioeconómicas entre los dos clústers

	Clúster 1, n = 476	Clúster 2, n = 390
Sexo hombre vs. mujer	75,2%	74,1%
Raza blanca vs. otras	98,5%	99,7%
Casado vs. soltero/divorciado/viudo	81,5%	71,0%
Estudios superiores/universitarios vs. secundarios/elementales/analfabeto	4,4%	73,1%
Empleado/jubilado vs. desempleado/ama de casa	51,0%	67,4%
Trabajo cualificado/técnico vs. trabajo no cualificado	0,4%	49,0%
Condiciones de alojamiento óptimas vs. deficientes/inadecuadas	27,9%	65,9%
Nivel social medio-alto vs. medio-bajo	8,4%	99,5%

P058. CORRELACIÓN INVERSA ENTRE COLESTEROL NOHDL Y AFECTACIÓN INFLAMATORIA INTESTINAL EN ESPONDILOARTRITIS: UNA NUEVA PARADOJA LIPÍDICA

Jesús Rubio Úbeda, Ana Peña Almagro, Lucía Salvatierra Velasco, Enrique Raya Álvarez y Juan Salvatierra

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: En las espondiloartritis (SpA) existe una mayor prevalencia de comorbilidades cardiovasculares. Recientemente, diversos estudios han establecido una relación causal entre los niveles de colesterol noHDL (CT noHDL) y las enfermedades cardiovasculares. El CT noHDL estima todas las lipoproteínas aterogénicas -VLDL, IDL, LDL, restos de quilomicrones y Lp(a)- sin verse influido por las concentraciones de triglicéridos, convirtiéndose en un marcador innovador del riesgo cardiovascular (RCV). Es por ello que la Multinational Cardiovascular Risk Consortium¹ publicó recientemente recomendaciones para estimar el RCV en función de los niveles de CT no-HDL. En base a estas recomendaciones hemos analizado en una cohorte de pacientes con SpA las posibles asociaciones entre datos clínico-analíticos y niveles séricos de CT noHDL.

Objetivos: Analizar en pacientes con SpA si existe relación entre variables dependientes de la enfermedad (niveles de PCR y VSG, presencia de HLA-B27, afectación axial o periférica, daño radiográfico y manifestaciones extraarticulares [MEA]) y los niveles séricos de CT noHDL.

Métodos: Estudio observacional, transversal y unicéntrico que incluye 104 pacientes con SpA (radiográfica y no radiográfica) en los que se analizó cada variable clínica y analítica dependiente de la enfermedad al diagnóstico, y su posible asociación con los niveles séricos de CT noHDL. Además, se analizan los FRCV clásicos.

Resultados: De los 104 pacientes, la mayoría fueron mujeres (54,8%), la edad media de 43 años, el 33,7% eran fumadores (activos o pasivos), el 52,9% fueron HLA-B27 (+) con PCR media de 9,83 mg/L y VSG de 17,92 mm/h. La afectación axial predominó (92,3%) sobre la periférica (26%). Respecto a las MEA: 13,5% uveítis, 7,7% enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y 4,8% psoriasis. El 43,3% de los tenía daño radiográfico. No hubo antecedentes de eventos cardiovasculares. Con respecto a los FRCV clásicos: 16,3% HTA, 1,92% DM2 y 14,4% obesos (IMC > 30). El CT noHDL medio fue de 144,19 mg/dL (± 36,21), lo que confiere a esta población una probabilidad del 12,87% de sufrir enfermedad cardiovascular a la edad de 75 años. Para la estimación del RCV, categorizamos las concentraciones de CT noHDL según niveles bajos (100 - < 145 mg/dL), moderados (145 - < 185 mg/dL), altos (185 - < 220 mg/dL) y muy altos (≥ 220 mg/dL). Se encontraron menores concentraciones medias de CT noHDL en aquellos con EII (117,6 ± 35,7 mg/dL) en comparación con los que no tenían afectación intestinal (146 ± 35,5 mg/dL) (p < 0,05).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la mayoría de los pacientes presentaron unos niveles medios elevados de CT noHDL (144 mg/dL) lo que les confiere una probabilidad del 13% de sufrir enfermedad cardiovascular a la edad de 75 años¹. Entre las variables analizadas, observamos una menor concentración sérica de CT noHDL en

pacientes con EII que puede explicarse por una malabsorción de lípidos (el daño epitelial intestinal disminuye la síntesis de apo-B48, necesaria para la formación del quilomicrón y la síntesis hepática de apo-B100), lo que traduciría menores niveles de CT noHDL. Por ello, la presencia de EII en los pacientes con SpA debería de considerarse en la determinación de los niveles de CT noHDL como estimador del RCV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner FJ, et al. Application of non-HDL cholesterol for population-based cardiovascular risk stratification: results from the Multinational Cardiovascular Risk Consortium. *Lancet*. 2019;394(10215): 2173-83.

P059. ¿CÓMO COMIENZAN LAS ESPONDILOARTRITIS? IDENTIFICACIÓN DE LOS PRIMEROS SIGNOS O SÍNTOMAS SEGÚN EL DIAGNÓSTICO Y EL HLA-B27. DATOS DE LOS REGISTROS REGISPONSER Y RESPONDIA

M. Ángeles Puche-Larrubia^{1,2,3}, Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2,3}, Pilar Font-Ugalde^{2,3}, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}, Janitzia Vázquez-Mellado⁴, Eduardo Collantes-Estévez^{2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Grupo GC-05 Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Córdoba. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital General de México. Ciudad de México.

Introducción: La definición de espondiloartritis (EspA) de reciente inicio implica la identificación correcta del signo o síntoma inicial atribuible a la enfermedad. Actualmente no hay consenso sobre si considerar el inicio de la EspA a partir de la aparición de síntomas extramusculares (SEM) o solo a partir de síntomas musculoesqueléticos (SM).

Objetivos: a) Describir el signo o síntoma inicial (ya sea SM o SEM) en los diferentes subtipos de EspA; b) describir el síntoma inicial estratificado por el diagnóstico clínico y por la presencia de HLA-B27; c) analizar los factores clínicos asociados a las diferentes formas de inicio.

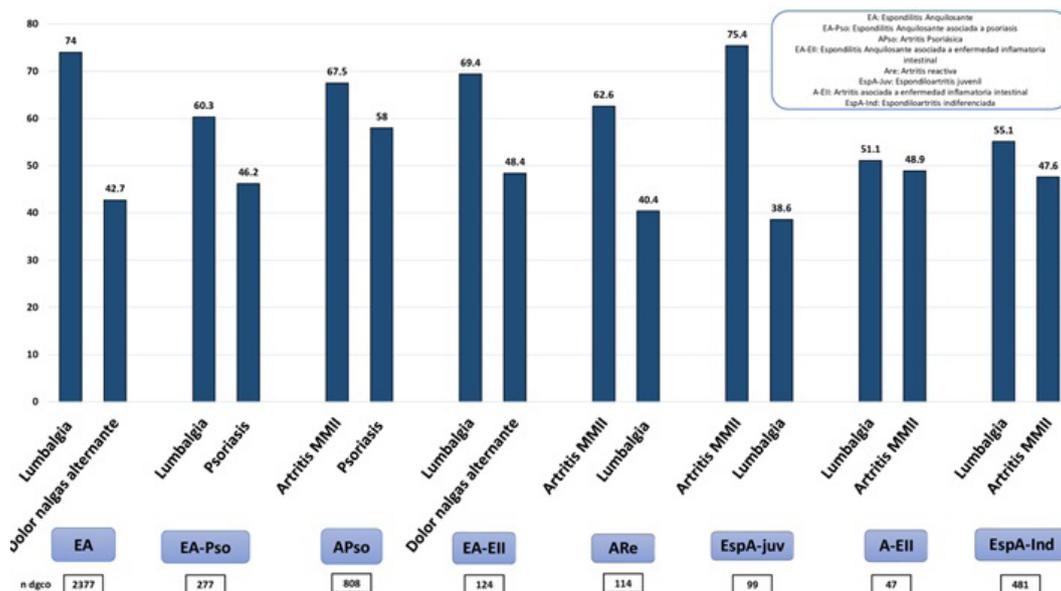
Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico, en pacientes con diagnóstico de EspA (espondilitis anquilosante (EA),

EA asociada a psoriasis (EA-Pso), EA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EA-EII), artritis psoriásica (APso), artritis reactiva (ARe), EspA juvenil (EspA-juv), artritis asociada a EII (A-EII) y EspA indiferenciada (EspA-Ind)) de los registros REGISPONSER y RESPONDIA. Ambos registros compartían diseño metodología y variables a recoger en los CRFs. Se evaluaron las respuestas de los investigadores a la pregunta "Indique el primer signo o síntoma atribuible a la enfermedad". Se recogió la fecha de aparición de cada SM y SEM, lo que permitió determinar la primera manifestación clínica en cada paciente. Se compararon las diferencias en el primer síntoma según el diagnóstico y la presencia de HLA-B27 y se evaluaron los factores asociados al síntoma inicial más prevalente.

Resultados: Se incluyeron un total de 4.411 pacientes. Los diagnósticos EA (54,9%), APso (18,7%) y EspA-Ind (11,1%) fueron los más prevalentes. La lumbalgia (60,3%) fue el síntoma inicial más prevalente seguido del dolor alternante de nalgas (35,3%) y la artritis de miembros inferiores (MMII) (39,9%). La descripción de los primeros síntomas según el diagnóstico se representa en la figura. En pacientes con EA, la ausencia de HLA-B27 se asoció a un incremento en la probabilidad de iniciar la enfermedad con cervicalgia (25,6% vs. 15,5%), entesitis (18,8% vs. 12,4%) y coxitis (15,7% vs. 8,4%) en comparación con los HLA-B27 positivos. En APso, el inicio con artritis de miembros superiores (MMSS) (61 vs. 38,4%) y psoriasis (62,1 vs. 37%) fue más prevalente en HLA-B27 negativos, mientras que el inicio con lumbalgia (22,1 vs. 38,4%) y dolor alternante de nalgas (13,6 frente a 28,8%) fue más frecuente en los HLA-B27 positivos. En el total de la población, los factores asociados a cervicalgia vs. lumbalgia como primer síntoma fueron psoriasis cutánea, HLA-B27 negativo y afectación periférica (artritis, entesitis y dactilitis). Por otro lado, los factores asociados a artritis de MMSS vs. artritis de MMII como primer síntoma fueron el género femenino, la psoriasis cutánea, HLA-B27 negativo y ausencia de síntomas axiales.

Conclusiones: En esta población de EspA, los síntomas iniciales más prevalentes fueron los musculoesqueléticos (lumbalgia, dolor alternante de nalgas y artritis de MMII), con diferencias según diagnóstico y la presencia del antígeno HLA-B27. En EA, la ausencia del HLA-B27 parece estar asociada a cervicalgia y afectación periférica como primer síntoma, mientras que en la APso se asoció a afectación de MMSS como síntoma inicial.

Financiación: este análisis complementario ha sido financiado con una beca de investigación "Ayudas en Investigación en EspA SERGRESSER" de la Sociedad Española de Reumatología (SER).



P059 Figura. Descripción de los primeros síntomas según el diagnóstico de EspA.

P060. POLIMORFISMOS GENÉTICOS IMPLICADOS EN LA DEFENSA INMUNE DE LA MUCOSA: ¿CRUCIALES EN LA VASCULITIS IGA?

Verónica Pulito-Cueto^{1,2}, Sara Remuzgo-Martínez^{1,2}, Fernanda Genre^{1,2}, Belén Sevilla-Pérez³, Norberto Ortego-Centeno⁴, María Teresa Leonardo^{1,5}, Ana Peñalba^{1,5}, Javier Narvaez⁶, Luis Martín-Penagos⁷, Lara Belmar-Vega⁷, Cristina Gómez-Fernández^{1,8}, María Sebastián Mora-Gil^{1,2}, Luis Caminal-Montero⁹, Paz Collado¹⁰, Esther F. Vicente-Rabaneda¹¹, Miren Uriarte-Ecenarro¹¹, Patricia Quiroga Colino¹¹, Esteban Rubio¹², Manuel León Luque¹², Juan María Blanco-Madriral¹³, Eva Galíndez-Agirregoikoa¹³, Javier Martín¹⁴, Santos Castañeda¹¹, Miguel A. González-Gay^{15,16}, Ricardo Blanco^{1,2} y Raquel López-Mejías^{1,2}

¹Grupo "Investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis de las enfermedades sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor". IDIVAL. Santander. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada. ⁵Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁷Departamento de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL-REDINREN. Santander. ⁸Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁹Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ¹¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-IP. Madrid. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹⁴Instituto de Parasitología y Biomedicina 'López-Neyra'. CSIC. PTS Granada. ¹⁵IDIVAL. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Santander. ¹⁶Departamento de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: Estudios previos han descrito que diversos polimorfismos genéticos localizados en genes implicados en la defensa inmune de la mucosa tienen un relevante impacto en la producción de IgA por parte de las células plasmáticas de dicha mucosa¹. Además, estas variantes genéticas se han identificado como *loci* de susceptibilidad para el desarrollo de la nefropatía IgA (IgAN)¹. Actualmente se sabe que la IgAN comparte características fisiopatológicas con la vasculitis IgA (IgAV)^{2,3}. Teniendo en cuenta dichas similitudes, sería plausible considerar que estos polimorfismos genéticos implicados en la defensa inmune de la mucosa pudieran ser *loci* de susceptibilidad también para la IgAV.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue evaluar si los polimorfismos genéticos implicados en la defensa inmune de la mucosa son factores de riesgo genético para el desarrollo de la IgAV.

Métodos: Se seleccionaron 6 polimorfismos genéticos implicados en la defensa inmune de la mucosa, previamente descritos como *loci* de susceptibilidad para la IgAN (ITGAM-ITGAX rs11150612, VAV3 rs17019602, CARD9 rs4077515, CFHR3,1-del rs6677604, DEFA rs2738048 y HORMAD2 rs2412971). Las 6 variantes genéticas seleccionadas se genotiparon en 300 pacientes caucásicos diagnosticados con IgAV (que constituyen la cohorte más amplia evaluada en estudios genéticos hasta la fecha), así como en 1,012 controles sanos (pareados por sexo y etnia con los pacientes reclutados). Cabe destacar que el 36,1% de los pacientes diagnosticados con IgAV desarrollaron manifestaciones renales.

Resultados: Los pacientes con IgAV y los controles sanos mostraron frecuencias genotípicas y alélicas de ITGAM-ITGAX rs11150612, VAV3 rs17019602, CARD9 rs4077515, CFHR3,1-del rs6677604, DEFA rs2738048 y HORMAD2 rs2412971 similares (tabla). Asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias genotípicas y alélicas de los 6 polimorfismos genéticos seleccionados entre los pacientes con IgAV que desarrollaron nefritis y los pacientes con IgAV que no desarrollaron complicaciones renales (tabla). De la misma manera, las frecuencias genotípicas y alélicas de ITGAM-ITGAX rs11150612, VAV3 rs17019602, CARD9

Tabla 1. Frecuencias genotípicas y alélicas de los polimorfismos genéticos localizados en genes implicados en la defensa inmune de la mucosa en controles sanos, cohorte general de pacientes con IgAV y pacientes con IgAV estratificados por la presencia/ausencia de manifestaciones renales.

Polimorfismo	Cambio	Set de datos	Genotipos, % (n)			Alelos, % (n)	
			1/1	1/2	2/2	1	2
ITGAM-ITGAX rs11150612	G/A	Controles	40,2 (407)	46,3 (468)	13,5 (137)	63,3 (1.282)	36,7 (742)
		IgAV	39,6 (113)	43,2 (123)	17,2 (49)	61,2 (349)	38,8 (221)
		IgAV con nefritis	33,0 (36)	44,0 (48)	22,9 (25)	55,0 (120)	45,0 (98)
VAV3 rs17019602	A/G	Controles	43,8 (77)	42,6 (75)	13,6 (24)	65,0 (229)	35,0 (123)
		IgAV	59,8 (605)	35,4 (358)	4,8 (49)	77,5 (1.568)	22,5 (456)
		IgAV con nefritis	62,1 (177)	34,0 (97)	3,9 (11)	79,1 (451)	20,9 (119)
CARD9 rs4077515	C/T	Controles	62,4 (68)	35,8 (39)	1,8 (2)	80,3 (175)	19,7 (43)
		IgAV	61,9 (109)	33,0 (58)	5,1 (9)	78,4 (276)	21,6 (76)
		IgAV con nefritis	38,4 (389)	46,1 (466)	15,5 (157)	61,5 (1.244)	38,5 (780)
CFHR3,1-del rs6677604	G/A	Controles	35,4 (101)	49,5 (141)	15,1 (43)	60,2 (343)	39,8 (227)
		IgAV	35,8 (39)	45,9 (50)	18,3 (20)	58,7 (128)	41,3 (90)
		IgAV con nefritis	35,2 (62)	51,7 (91)	13,1 (23)	61,1 (215)	38,9 (137)
DEFA rs2738048	A/G	Controles	63,5 (642)	31,1 (315)	5,4 (55)	79,0 (1.599)	21,0 (425)
		IgAV	63,9 (182)	30,9 (88)	5,2 (15)	79,3 (452)	20,7 (118)
		IgAV con nefritis	67,0 (73)	28,4 (31)	4,6 (5)	81,2 (177)	18,8 (41)
HORMAD2 rs2412971	G/A	Controles	61,9 (109)	32,4 (57)	5,7 (10)	78,1 (275)	21,9 (77)
		IgAV	51,8 (524)	39,8 (403)	8,4 (85)	71,7 (1.451)	28,3 (573)
		IgAV con nefritis	46,7 (133)	42,8 (122)	10,5 (30)	68,1 (388)	31,9 (182)
ITGAM-ITGAX rs11150612	G/A	Controles	50,5 (55)	40,4 (44)	9,1 (10)	70,6 (154)	29,4 (64)
		IgAV	44,3 (78)	44,3 (78)	11,4 (20)	66,5 (234)	33,5 (118)
		IgAV con nefritis	27,4 (277)	51,2 (518)	21,4 (217)	53,0 (1.072)	47,0 (952)
VAV3 rs17019602	G/A	Controles	29,1 (83)	52,3 (149)	18,6 (53)	55,3 (315)	44,7 (255)
		IgAV	30,3 (33)	47,7 (52)	22,0 (24)	54,1 (118)	45,9 (100)
		IgAV con nefritis	28,4 (50)	55,1 (97)	16,5 (29)	56,0 (197)	44,0 (155)

IgAV: IgA vasculitis.

rs4077515, *CFHR3,1-del* rs6677604, *DEFA* rs2738048 y *HORMAD2* rs2412971 fueron similares en los pacientes con IgAV estratificados en base a la edad de diagnóstico de la enfermedad y a la presencia/ ausencia de manifestaciones gastrointestinales.

Conclusiones: Nuestros resultados revelan que los polimorfismos genéticos implicados en la defensa inmune de la mucosa no contribuyen en la patogenia de la IgAV.

Este estudio está financiado mediante ayudas del Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI18/00042 y PI21/00042) del 'Instituto de Salud Carlos III' (ISCIII) cofinanciado con fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional); VP-C está financiada mediante fondos PI18/00042 del ISCIII, cofinanciada por FEDER; MSM-G está financiada mediante fondos TRANSVAL22/01 del IDIVAL; RL-M es beneficiaria de un contrato posdoctoral "Miguel Servet II" del ISCIII co-financiado por el Fondo Social Europeo "Invierte en tu futuro" (CPII21/00004).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nat Genet. 2014;46:1187-96.
2. N Engl J Med. 2002;347:738-48.
3. N Engl J Med. 2013;368:2402-14.

P061. DIFFERENT PATTERNS OF VASCULAR ULTRASOUND ARE ASSOCIATED WITH DIFFERENT ISCHEMIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH GIANT CELL ARTERITIS

Juan Molina-Collada^{1,2}, Gabriela Torres Ortiz³, Isabel Castrejón^{1,2,4}, Irene Monjo-Henry³, Elisa Fernández-Fernández³, José María Álvaro-Gracia^{1,2,4} and Eugenio de Miguel³

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid. Spain. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Universidad Complutense de Madrid.

Introduction and objectives: Patients with giant cell arteritis (GCA) can present ischemic complications (IC). Recognizing patients

at risk of IC may help to improve long-term outcomes in patients with GCA. However, previous studies have failed to identify consistent risk factors for IC in this population, being mainly low systemic inflammation or atherosclerotic risk factors the main findings in some cohorts. Our objective is to determine if a specific pattern of vascular inflammation by ultrasound (US) is associated with different types of IC in patients with GCA.

Methods: A retrospective observational study of patients referred to the US fast track clinics (FTC) of two academic centres with GCA clinical confirmation over a 4-years period. All patients underwent baseline US evaluation of cranial and extracranial arteries (carotid, subclavian and axillary) at the time of referral, and were classified in two categories; cranial or large vessel (LV)-GCA, according to US findings. IC was defined as the occurrence of acute anterior ischemic optic neuropathy (AION) or non-AION (including stroke, acute coronary syndrome, pulmonary embolism or peripheral artery disease) within 3 months after diagnosis, and after excluding other potentially implicated causes. Chi-squared and analysis of variance were performed to explore the association between clinical or US variables with the occurrence of different types of IC.

Results: A total of 42 (22.9%) patients over 188 patients with GCA clinical confirmation evaluated at our FTC had an IC within 3 months after diagnosis, 24 (12.8%) an AION and 19 (10.1%) a non-AION IC (10 stroke, 5 acute coronary syndrome, 4 peripheral artery disease, 2 pulmonary embolism and one case of ischemic colitis). Patient characteristics according to IC type are shown in Table. Patients with AION showed more frequently findings of US cranial involvement (100%) versus patients with non-AION IC (63.2%) and without IC (79.3%), p = 0.009. In contrast, patients with non-AION IC presented more frequently signs of US LV-GCA (63.2%) versus patients with AION (25%) and without IC (55.2%), p = 0.014.

Conclusions: Different patterns of vascular US involvement are associated with different IC in GCA patients. Predominantly cranial-GCA patients have more frequently AION, while predominantly LV-GCA patients have more frequently non-AION IC, as stroke, acute coronary syndrome, pulmonary embolism or peripheral artery disease.

Table P061

Clinical, laboratory and imaging findings according to the presence and type of ischemic complications

	All patients, n = 188	No ischemic complication, n = 145 (77.1%)	AION, n = 24 (12.8%)	Non-AION IC, n = 19 (10.1%)	p
Demographics					
Age, mean (SD)	78.2 (8.5)	77.7 (8.9)	81.1 (5.8)	78.6 (8.5)	0.183
Female, n (%)	88 (46.8%)	69 (47.6%)	10 (41.7%)	9 (47.4%)	0.864
Clinical variables					
Headache, n (%)	147 (78.2%)	115 (79.3%)	18 (75%)	14 (73.7%)	0.788
Scalp tenderness, n (%)	46 (24.5%)	38 (26.2%)	3 (12.5%)	5 (26.3%)	0.344
Jaw claudication, n (%)	47 (25%)	37 (25.5%)	6 (25%)	4 (21.1%)	0.915
Constitutional symptoms, n (%)	100 (53.2%)	81 (55.9%)	10 (41.7%)	9 (47.4%)	0.376
Fever, n (%)	29 (15.4%)	25 (17.2%)	0 (0%)	4 (21.1%)	0.074
Morning stiffness in shoulders/neck, n (%)	91 (48.4%)	77 (53.1%)	5 (20.8%)	9 (47.4%)	0.014
Abnormal TA clinical examination, n (%)	42 (22.3%)	31 (21.4%)	5 (20.8%)	6 (31.6%)	0.594
SCORE score, mean (SD)	21.8 (14.7)	20.9 (14.8)	25.5 (13)	24 (15.4)	0.275
Laboratory findings					
CRP (mg/L), mean (SD)	36.4 (54.3)	40.3 (57.6)	26.3 (48.8)	20.1 (24.6)	0.194
ESR (mm/h), mean (SD)	58.1 (34.2)	56.1 (35.1)	73.7 (25.8)	54.4 (32.5)	0.072
Haemoglobin (g/dL), mean (SD)	13.4 (11)	13.8 (12.5)	12 (1.8)	12 (2)	0.658
Platelets 10 ⁹ /L, mean (SD)	326.5 (128.1)	334.7 (126)	297.1 (151.4)	302.6 (108.1)	0.288
Histology					
Temporal artery biopsy positive n = 50, n (%)	21 (42%)	15 (39.5%)	6 (75%)	0 (0%)	0.037
US finding					
Positive US, n (%)	183 (97.3%)	140 (96.6%)	24 (100%)	19 (100%)	0.467
Positive cranial ACG US, n (%)	151 (80.3%)	115 (79.3%)	24 (100%)	12 (63.2%)	0.009
Positive isolated cranial ACG US, n (%)	85 (45.2%)	60 (41.4%)	18 (75%)	7 (36.8%)	0.007
Positive large vessel-GCA US, n (%)	98 (52.1%)	80 (55.2%)	6 (25%)	12 (63.2%)	0.014
Isolated positive large vessel-ACG US, n (%)	32 (17%)	25 (17.2%)	0 (0%)	7 (36.8%)	0.006

AION: acute anterior ischemic optic neuropathy; PMR: polymyalgia rheumatica; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; US: ultrasound; LV: large-vessel; SD: standard deviation.

P062. AORTITIS NO INFECCIOSA: CORRELACIÓN CLÍNICO HISTOLÓGICA

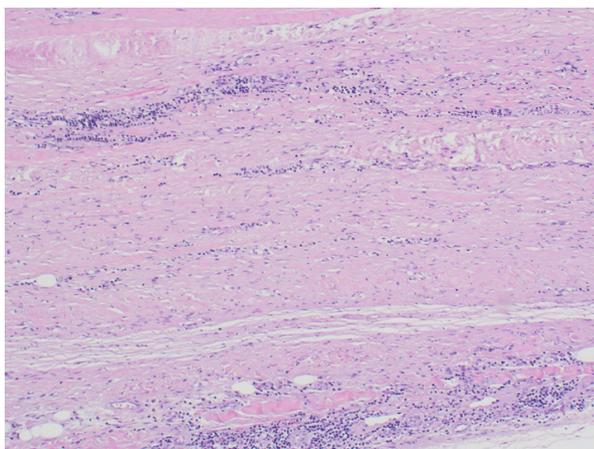
P. Moya-Alvarado^{1,2,3}, C. Sieiro Santos⁴, L. López Vilaró⁵, I. Castellvi^{1,3}, A. Barros-Membrilla^{2,6}, B. Magallares^{1,3}, H.S. Park¹, H. Codes-Méndez¹, A. Laiz¹, S. Ros^{1,3}, C. Moriano⁴, C. Diaz-Torné¹, S. Fernández¹, E. Diez Alavarez⁴ y H Corominas^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Unidad Funcional de Patología de la Aorta (UPA). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Complejo Asistencial Universitario de León. ⁵Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁶Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La aortitis aislada se considera una vasculitis de órgano único en la última Conferencia Internacional de Consenso de Chapel Hill de 2012 (CHCC2012). A pesar de ser una entidad cada vez más diagnosticada gracias a las pruebas de imagen, dada la dificultad para completar el estudio histológico, frecuentemente se desconoce si se trata de una entidad aislada o una manifestación clínica de otras vasculitis o entidades reumatológicas.

Objetivos: Describir los hallazgos histológicos en muestras de aneurismas de aorta inflamatorios y correlacionarlos con su presentación clínica.

Métodos: Estudio transversal descriptivo. Se revisaron las biopsias aórticas procedentes de intervenciones electivas de aneurismas aórticos realizados en un hospital universitario del año 2019 al año 2022. Se seleccionaron las muestras que mostraron un patrón inflamatorio no infeccioso. Los casos de aortitis secundarios a infección y/o aterosclerosis fueron excluidos. Las muestras fueron revisadas de nuevo por un anatómopatólogo especialista en pared vascular y clasificadas de acuerdo con el consenso de sobre patología quirúrgica de la aorta de la Sociedad de Patología Cardiovascular y la Asociación Europea de las Enfermedades Cardiovasculares de 2015 en patrón granulomatoso, patrón linfoplasmocitario y patrón inflamatorio mixto. Asimismo, el anatómopatólogo, teniendo en cuenta la clasificación previa y los hallazgos encontrados, daba una orientación diagnóstica, solo teniendo en cuenta los hallazgos histológicos. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y la orientación diagnóstica del reumatólogo.



Biopsia aórtica. Patrón linfoplasmocitario.

Resultados: De las 116 muestras de tejido aórtico revisadas, se objetivaron hallazgos inflamatorios en 10 (9%) de las biopsias. Los datos demográficos, antecedentes, y de laboratorio de los pacientes de las biopsias incluidas se muestran en la tabla 1. El 80% de las muestras procedían de aorta proximal, el 10% del arco aórtico y, el 10% restante, de la aorta abdominal. El diámetro medio del aneurisma fue de 61,7 ± 21 milímetros. La orientación diagnóstica del reumatólogo de los pacientes incluidos en el estudio fue: un paciente arteritis de células

gigantes, un paciente con enfermedad de Takayasu, un paciente con enfermedad de Behçet, un paciente con espondiloartropatía asociada a HLA-B27 y 6 pacientes con aortitis idiopática. La tabla 2 muestra el patrón histológico, la orientación diagnóstica histológica, la orientación diagnóstica clínica y la concordancia entre ambas.

Tabla 1. Información demográfica y médica de referencia, parámetros aórticos y otros resultados de laboratorio

Características	N = 10
Varones, n (%)	7 (70)
Edad (años), media ± DE	69,4 ± 18
Factores de riesgo cardiovasculares	
Tabaquismo total	7 (70)
Fumadores	3 (30)
Exfumadores	4 (40)
Diabetes	1 (10)
Dislipemia	4 (40)
Hipertensión	4 (40)
Enfermedad coronaria, n (%)	1 (10)
IMC (kg/m ²), media ± DE	29,4 ± 10,2
Tratamiento, n (%)	
Aspirina	1 (10)
Antihipertensivos	5 (50)
Estatinas	4 (40)
Betabloqueantes	3 (30)
Anticoagulantes	1 (10)
Síntomas, n (%)	
Síntomas craneales	0 (0)
PMR	2 (20)
Síntomas constitucionales	3 (30)
Dolor torácico	4 (40)
Parámetros analíticos, media ± DE	
PCR basal (mg/L)	37,7 ± 18,5
VSG basal (mm/h)	87,3 ± 33
TG basal (mg/dL)	108,3 ± 64
Colesterol basal (mg/dL)	147,1 ± 21
LDL basal (mg/dL)	95,8 ± 24
HDL basal (mg/dL)	45,2 ± 12

Tabla 2. Patrón histológico y orientación diagnóstica (clínica y anatomopatológica)

	Patrón histopatológico	Orientación diagnóstica histológica	Orientación diagnóstica clínica	Concordancia
1	Patrón linfoplasmocitario	Inespecífica vs. LES vs. Espondilitis	Aortitis inespecífica *antecedentes de psoriasis cutánea	Sí
2	Patrón granulomatoso	Arteritis de Takayasu en fase fibrótica	Arteritis de Takayasu	Sí
3	Patrón linfoplasmocitario	Inespecífica vs. LES vs. espondilitis vs. ER- IGG4	Arteritis de células gigantes	No
4	Patrón mixto inflamatorio	Lupus vs. Behçet vs. inespecífico	Enfermedad de Behçet	Sí
5	Patrón linfoplasmocitario	Inespecífica vs. Espondilitis	Aortitis idiopática	Sí
6	Patrón linfoplasmocitario	Inespecífica vs. espondilitis	Aortitis idiopática	Sí
7	Patrón linfoplasmocitario	Inespecífica vs. LES vs. espondilitis	Aortitis idiopática	Sí
8	Patrón linfoplasmocitario	Inespecífico	Aortitis idiopática	Sí
9	Patrón linfoplasmocitario	Inespecífico	Aortitis idiopática *HLA-B27 positiva	Sí
10	Patrón linfoplasmocitario	Aortitis granulomatosa subestimada vs. inespecífica	Aortitis idiopática	Sí

Conclusiones: Existe una alta concordancia entre el diagnóstico anatomopatológico y el diagnóstico clínico en los pacientes incluidos en este estudio. A pesar de ello, hay una alta prevalencia de aortitis inespecíficas, pendiente de filiar. El patrón linfoplasmocitario (fig.), no granulomatoso, es el más reportado en nuestra serie de casos. Cono-

cer las características histológicas de pacientes con aortitis podría ayudar a establecer protocolos de tratamientos más dirigidos.

P063. EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA JANUS KINASA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Javier Loricera García¹, Toluwalase Tofade², Diana Prieto-Peña¹, Susana Romero-Yuste³, Eugenio de Miguel⁴, Anne Riveros-Frutos⁵, Iván Ferraz-Amaro⁶, Santos Castañeda⁷, Ertizen Labrador⁸, Olga Maiz⁹, Elena Becerra¹⁰, Javier Narváez¹¹, Eva Galíndez-Agirregoikoa¹², Ismael González-Fernández¹³, Ana Urruticoechea¹⁴, Carmen Álvarez-Reguera¹, Sebastian Unizony¹⁵ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Neurology Department. Massachusetts General Hospital. Boston. Massachusetts. EE. UU. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Torre Vieja. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹³Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ¹⁵Vasculitis and Glomerulonephritis Center. Rheumatology. Immunology and Allergy Division. Massachusetts General Hospital. Boston. Massachusetts. EE. UU.

Objetivos: Los pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) pueden recaer a pesar del tratamiento con glucocorticoides, metotrexato y tocilizumab. La vía de señalización JAK/STAT está implicada en la patogénesis de la ACG, y los inhibidores de JAK (JAKi) son una alternativa terapéutica potencial. El baricitinib mostró resultados positivos en un pequeño estudio no controlado¹. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de los JAKi en la ACG.

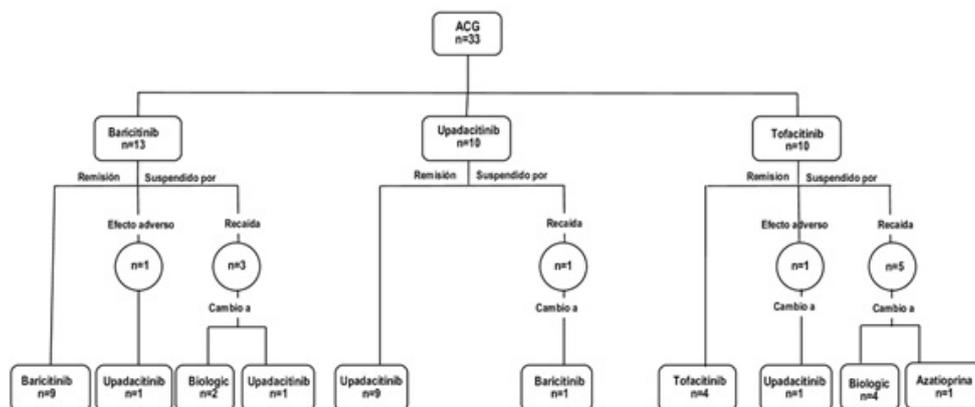
Métodos: Estudio retrospectivo de la práctica clínica real de pacientes con ACG tratados con JAKi. Los resultados evaluados incluyeron la recaída de la enfermedad y la seguridad. Se realizó una búsqueda bibliográfica de otros casos de ACG tratados con JAKi en PubMed, Embase y la biblioteca Cochrane desde el inicio hasta el 31/12/2022. Se compararon los resultados del estudio anterior sobre baricitinib¹ y los pacientes tratados con baricitinib de nuestra serie.

Resultados: Presentamos 33 pacientes (28 mujeres [85%], edad media, 72,4 años, enfermedad recurrente 33 [100%]) que recibieron JAKi. Los JAKi iniciales fueron baricitinib (n = 13), tofacitinib (n = 10) y upadacitinib (n = 10) (tabla y fig.). Tras una mediana [IQR] de seguimiento de 6 [3-15] meses, 22 (67%) alcanzaron y mantuvieron la remisión, y 11 (33%) pacientes suspendieron el JAKi inicial debido a recaída (n = 9, 27%) o acontecimientos adversos graves (SAE) (n = 2, 6%), incluyendo disfunción hepática y disnea/palpitaciones. Los 11 pacientes a los que les suspendió el JAKi inicial fueron cambiados a otra alternativa terapéutica [JAKi (n = 4), terapia biológica (n = 6) y azatioprina (n = 1)]. La revisión bibliográfica identificó otros 21 pacientes con ACG (17 mujeres, edad media 74,2 años) tratados con JAKi, la mayoría con baricitinib (n = 18). La mayoría de estos pacientes se beneficiaron del tratamiento con JAKi (Tabla). Los pacientes de nuestra serie que recibieron baricitinib tenían una mayor duración de la enfermedad (mediana [IQR] 36 [24-48] vs. 9 [7-21] meses; p = 0,001) y habían recibido biológicos (77 vs. 6,7%; p < 0,001) con mayor frecuencia que los del estudio previo sobre baricitinib¹. Las demás características basales fueron similares.

Tabla P063
Serie actual y revisión bibliográfica de pacientes con ACG tratados con JAKi

Referencia	Casos	Sexo	Edad, media ± DE	JAKi	FAMEsc previos	FAMEb previos	Seguimiento (meses), media ± DE	Evolución clínica
Herlihy. Br J Haematol. 2019	1	M	75	Ruxolitinib	MTX, MM	-	9	ND
Prigent. Clin Nucl Med. 2021	1	M	76	BARI	MTX	TCZ	12	MC
Camellino. Ann Rheum Dis. 2022	3	M	74 ± 11,5	BARI	MTX (2), HCQ (1), SSZ (1), CyA (1), MM (1)	TCZ (2)	8,5 ± 4,9; ND (1)	MC (1); ND (2)
Koster. Ann Rheum Dis. 2021	15	M (11), V (4)	72,4 ± 7,2	BARI	MTX (2), CYP (1)	SIRU (1)	11,3 ± 2,3	MC (13); NM (1); ND (1)
Sanada. Rheumatology (Oxford). 2022	1	M	72	UPA	SSZ	-	7,5	MC
Serie actual	33	M (28), V (5)	72,4 ± 7,8	BARI (13), TOFA (10), UPA (10)	MTX (19), HCQ (3), LFN (1)	TCZ (26), SARI (2), ABA (8), ADA (1), USTE (2)	9,1 ± 7,5	MC (22); NM (9)

ABA: abatacept, ACG: arteritis de células gigantes, ADA: adalimumab, CyA: ciclosporina, CYP: ciclofosfamida, FAMEb: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos, FAMEsc: fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales, HVQ: hidroxilcloroquina JAKi: inhibidor de JAK, LEF: leflunomida, M: mujer, MC: mejoría clínica, MM: micofenolato mofetil, MTX: metotrexato, ND: sin datos, NM: no mejoría, SARI: sarilumab, SIRU: sirukumab, SSZ: sulfasalazina, TCZ: tocilizumab, USTE: ustekinumab, V: varón.



P063 Figura. Flow chart de los 33 pacientes con ACG tratados con JAKi.

Conclusiones: Este análisis de práctica clínica sugiere que los JAKi podrían ser efectivos en la ACG, incluso en pacientes que no hayan respondido a otros tratamientos inmunosupresores. Se esperan los resultados de un ensayo controlado aleatorizado de fase 3 en curso para confirmar o descartar esta observación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koster MJ, et al. Ann Rheum Dis. 2022.

P064. VASCULITIS ASOCIADA A ANCA. ESTUDIO DE 132 PACIENTES DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Vanessa Calvo Del Río¹, Salma Al Fazazi², Monica Renuncio García³, Luis Martin Penagos⁴, Clara Escagedo Cagigas⁴, Maria Rodriguez Vidriales⁴ y Ricardo Blanco¹

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

³Immunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁴Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (VAA) incluye según la clasificación de Chapel Hill 2012 la granulomatosis con poliangitis (GPA), Poliangeitis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA). Recientemente se han aprobado nuevos criterios de clasificación y nuevos esquemas terapéuticos para estas vasculitis. Además, otras entidades pueden producir un cuadro de VAA, sin reunir criterios de estos 3 tipos de vasculitis.

Objetivos: Analizar el espectro clínico, analítico, tratamientos y evolución según los nuevos criterios de clasificación de las 3 principales VAA y otros cuadros de VAA.

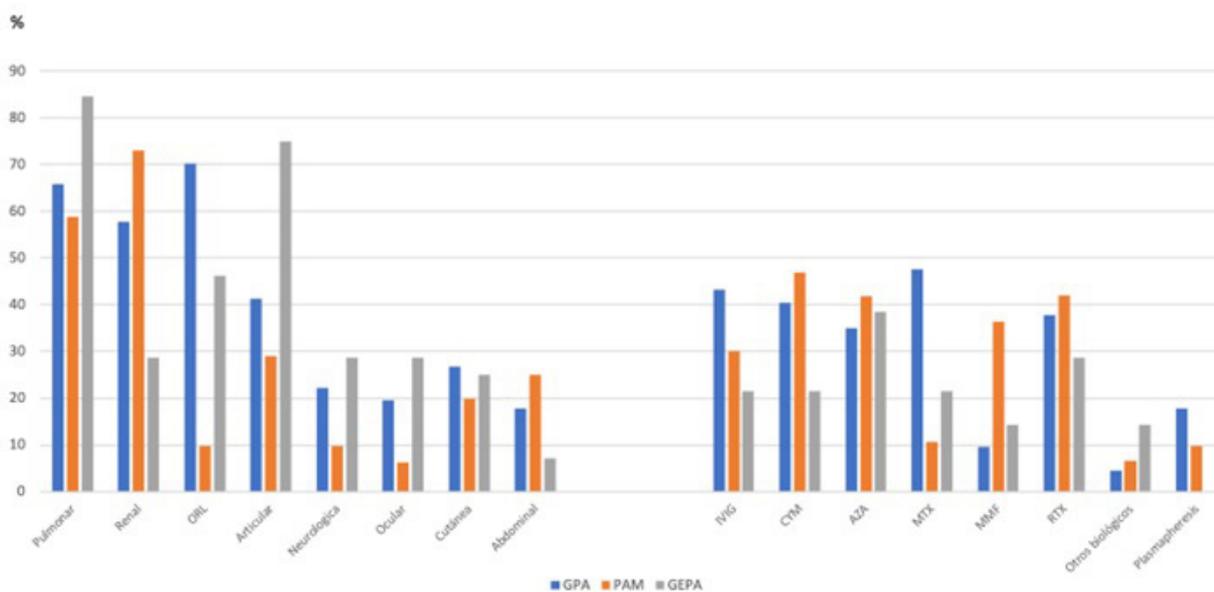
Métodos: Estudio observacional de pacientes de un único centro con a) VAA según criterios ACR/EULAR 2021¹⁻³; b) otras vasculitis ANCA (VAA indiferenciada, vasculitis limitada al riñón (GNRP) y pseudo-VAA inducida por cocaína) c) caracterización de las 3 principales VAA.

Resultados: Incluimos 132 pacientes (66V/66M), edad media ± DE; 60,1 ± 15 años. El diagnóstico fue: 47 GPA, 37 PAM, 14 GEPA, 16 vasculitis indiferenciada, 3 GNRP y 5 seudovasculitis ANCA+ inducida

Tabla P064

	GPA (n = 47)	PAM (n = 37)	GEPA (n = 4)
Hombres/Mujeres; n, (%)	24 (51,06)/23 (48,94)	21 (56,76)/16 (43,24)	4 (28,57)/10 (71,43)
Edad al diagnóstico, media ± DE	56,32 ± 14,21	63,22 ± 14,48	57,43 ± 15,99
Hallazgos analíticos			
PCR (mg/dL), mediana [IQR]	4,55 [0,6-12,45]	6,10 [0,8-11,4]	1,40 [0,4-4,4]
VSG, mm/1 ^{ra} hora, media ± DE	63,07 ± 33,26	69,61 ± 39,48	45,92 ± 33,73
ANCA al diagnóstico, mediana [IQR]	64,4 [23-100]	94 [43-123]	185 [28-600]
MPO positivos, n (%)	10 (21,3%)	35 (94,6%)	10 (71,4%)
PR3 positivos, n (%)	33 (70,2%)	2 (5,4%)	0
Hemoglobina g/dl, media ± DE	10,83 ± 2,21	10,64 ± 1,98	13,25 ± 2,37
Creatinina sérica mg/dl mediana [IQR]	1,04 [0,7-2,1]	1,71 [0,81-3,75]	1,05 [0,69-0,91]
Proteinuria en orina 24h, mg, mediana [IQR]	624,50 [330-1.527]	900 [194-1.638]	ND
Eventos adversos graves, n (%)			
Infecciones graves	13 (39,4)	10 (40)	2 (18,18)
Cáncer	5 (17,2)	3 (12,5)	4 (33,3)
Trombosis/embolismo pulmonar	3 (12,5)	2 (8,33)	1 (9,1)
Evolución, N (%)			
Diálisis	3 (7,1)	6 (20,7)	0
Trasplante de riñón/pulmón	1 (2,4)/1 (2,9)	5 (16,7)/1 (4,8)	0/0
Muerte	12 (26,7)	13 (38,2)	0

Proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG), granulomatosis con poliangitis (GPA), granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA) o poliangeitis microscópica (PAM).



Abreviaturas: otorrinolaringológica (ORL), inmunoglobulinas intravenosas (IGIV), ciclofosfamida (CYM), azatioprina (AZA), metotrexato (MTX), micofenolato de mofetilo (MMF), rituximab (RTX), granulomatosis con poliangitis (GPA), Poliangeitis microscópica (PAM) o Granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA).

P064 Figura. Principales características clínicas y tratamiento recibidos de los 3 principales subtipos de VAA (GPA, PAM, GEPA).

por cocaína. En la tabla y figura se resumen los principales caracteres de GPA, PAM y GEPA. Las manifestaciones más frecuentes fueron ORL en GPA (70,2%), renal en PAM (73%) y pulmonar en GEPA (84,6%). Los anti-PR-3 + fueron más frecuentes en GPA (70,21%) y los MPO en PAM (94,6%). El diagnóstico se confirmó por biopsia en 87% GPA, 61% PAM y 64,3% GEPA. La AZA se utilizó por igual en las 3 VAA pero MTX y MMF se utilizaron más en GPA y PAM respectivamente. Casi un 40% de las GPA y PAM recibieron RTX. 2 GEPA recibieron mepolizumab. Tras una mediana [IQR] de seguimiento de 58 [17-120] meses observamos a) infecciones graves: 39,4% GPA, 40% PAM b) diálisis: 20,7% PAM, 7,1% GPA c) trasplante renal: 16,7% PAM, 2,4% GPA d) trasplante pulmonar: 1 GPA, 1 PAM y e) fallecimientos: 38,2% PAM y 26,7% GPA. El grupo de vasculitis indiferenciada (16; 10M/6V), edad media de 66,4 ± 11,8. Su clínica principal fue: 8 pulmonar, 8 renal y 4 articular. El patrón ANCA fue: 10 MPO, 2 PR3 y 3 doble MPO y PR3. Los tratamientos más usados fueron: 11 corticoides, 5 CFM, 4 MMF y 4 AZA. Respecto a la evolución 3 pacientes necesitaron diálisis, 2 trasplante (1 renal, 1 pulmonar) y 1 falleció. Los pacientes con GNRP (13; 4M/9V), edad media 64,4 ± 17,4 años. Su clínica extrarrenal principal fue: 4 pulmonar, 4 cutánea y 2 articular. El patrón ANCA fue: 12 MPO y 1 doble MPO y PR3. Los tratamientos más usados fueron: 9 corticoides, 5 CFM, 5 AZA y 5 MMF. Respecto a la evolución 3 pacientes necesitaron diálisis, 1 trasplante renal y 4 fallecieron. Los pacientes con seudovasculitis ANCA+ secundaria a cocaína (5; 3M/2V), tenían edad media 46,6 ± 8,7 años. Todos tuvieron afectación ORL, 3 cutánea y 1 articular. El patrón ANCA fue: 4 PR3 y 1 doble MPO y PR3. Los tratamientos más utilizados fueron: 3 corticoides y 2 MTX.

Conclusiones: Los pacientes con GPA y PAM desarrollan una enfermedad más grave y con peor evolución que los pacientes con GEPA. El grupo de PAM y de GNRP tuvieron una afectación renal más grave.

Referencias:

- Suppiah R, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81:321-6.
- Robson JC, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81:315-20.
- Grayson PC, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81:309-14.

P065. RELEVANCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PR3 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Vanesa Calvo del Río¹, Salma Al Fazazi², Mónica Renuncio-García³, María Rodríguez-Vidriales⁴, Clara Escagedo-Cagigas⁴, Juan Irure-Ventura³, Luis Martín-Penagos⁴, Marcos López Hoyos³ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ³Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

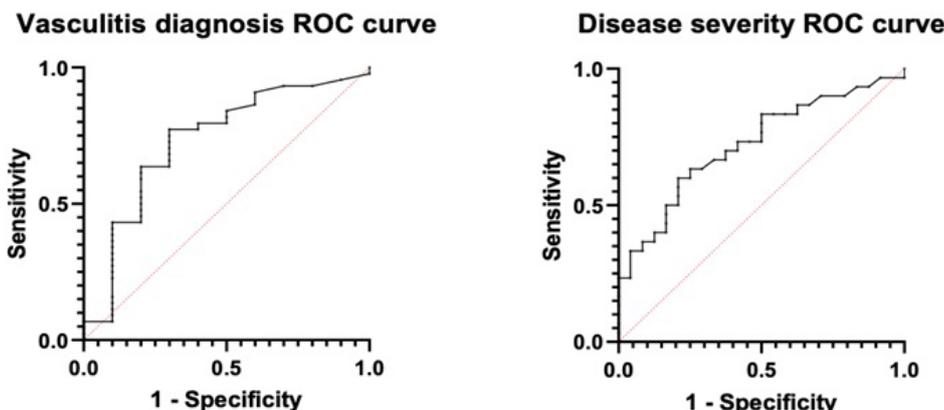
Introducción: El grupo de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (VAA) incluye la granulomatosis con poliangeitis (GPA), poliangeitis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GEPA). Los anticuerpos antiproteína 3 (anti-PR3) son uno de los principales subtipos de ANCA. La relación entre los niveles de anti-PR3 con la especificidad diagnóstica, gravedad y pronóstico de la VAA permanece controvertida^{1,2}.

Objetivos: En pacientes con anticuerpos anti-PR3 positivos de un hospital universitario evaluamos: a) enfermedades asociadas, y b) punto de corte de los niveles de anti-PR3 para el diagnóstico (especificidad), gravedad y pronóstico de la VAA.

Métodos: Estudio observacional de todos los pacientes con anti-PR3 positivos de un Hospital Universitario entre 2003 a 2022. La determinación de ANCA se realizó por quimioluminiscencia. El punto de corte de los niveles de anti-PR3 para la especificidad diagnóstica, gravedad y pronóstico de la VAA se calcularon con curvas ROC (acrónimo de *receiver operating characteristic* o característica operativa del receptor). Los niveles de anticuerpos anti-PR3 analizados fueron los realizados en el momento del diagnóstico de la VAA. Las VAA se consideraron graves si tenían afectación renal (hematuria y/o proteinuria) y/o pulmonar (hemoptisis, asma y/o insuficiencia respiratoria). Se consideraron VAA de mal pronóstico si durante el seguimiento el paciente requería diálisis, trasplante o fallecía.

Resultados: Estudiamos 54 pacientes con anti-PR3 positivo. La mayoría (81,5%) tenían una VAA subyacente siendo la GPA la más frecuente (61,1%). La enfermedad no vasculítica más frecuente fue la colitis ulcerosa (11,1%). La tabla resume la prevalencia de estos anticuerpos en diferentes enfermedades. Las frecuencias son equivalentes a las previamente descritas y llama la atención la presencia de anti-PR3 en las vasculitis inducidas por cocaína. Para la determinar la especificidad de los anti-PR3 para el diagnóstico de las VAA (n = 44) se calculó un área bajo la curva (AUC) (AUC = 0,7318) y se determinó un punto de corte de 20,5 UI/ml (fig.). Respecto al valor predictivo de los anti-PR3 en la gravedad de las VAA, se observaron diferencias significativas en los niveles de anti-PR3 entre aquellos pacientes con disfunción renal o pulmonar (n = 30) y los que no la tenían (n = 24) (p = 0,0048), y se estableció un umbral de corte de 41,5 UI/ml. Finalmente, para el valor pronóstico de los anti-PR3 en la gravedad de las VAA se obtuvo un AUC = 0,5643, no existiendo diferencias significativas entre aquellos pacientes que tuvieron una peor evolución de la enfermedad (n = 14) y los que no (n = 40) (p = 0,4847).

Conclusiones: La presencia de anti-PR3 se asocia principalmente a VAA, aunque hasta una quinta parte de los casos puede asociarse a otras enfermedades, especialmente enfermedad inflamatoria intestinal. Los niveles de anticuerpos anti-PR3 en el momento del diagnóstico de la VAA, se correlacionan con la especificidad diagnóstica



P065 Figura. Gráficos de características operativas del receptor (ROC) para AAV y anticuerpos PR3 positivos (AUC = 0,7318) y gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico (AUC = 0,7222).

(≥ 20,5 UI/ml) y con la gravedad (≥ 41,5 UI/ml), pero no con la evolución de la VAA.

Enfermedades asociadas a anticuerpos anti-PR3 positivos (n = 54).

Grupo	Enfermedad	Número (n)	Frecuencia (%)
Vasculitis (n = 44; 81,5%)	Granulomatosis con poliangitis	33	61,1
	Vasculitis inducida por drogas	5	9,2
	Glomerulonefritis paucimune	2	3,7
	Poliangitis microscópica	2	3,7
	Vasculitis de grandes vasos	1	1,9
	Vasculitis indiferenciada	1	1,9
No vasculitis (n = 10; 18,5%)	Colitis ulcerosa	6	11,1
	Enfermedad de Crohn	1	1,9
	Infección	1	1,9
	Enfermedad pulmonar intersticial difusa	1	1,9
	Síndrome hipereosinofílico	1	1,9

Referencias

- Walker BS, et al. Autoimmun Rev. 2022;21(6):103100.
- Kitching AR, et al. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):71.

P066. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ANTES Y DESPUÉS DE LA ERA BIOLÓGICA

Carmen Paloma Vela Casasempere^{1,2,3}, Lorena Tudela Quiñonero³, Rocío Caño Alameda² y Silvia Gómez Sabater²

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²ISABIAL. Alicante. ³Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) constituye la forma más común de vasculitis sistémica. El tratamiento estándar para inducir y mantener la remisión de la ACG se basa en el uso de glucocorticoides (GC), siendo con frecuencia necesarias altas dosis y durante largos periodos de tiempo. Ello se ha asociado a eventos adversos, hasta en un 95% de los casos (fracturas, diabetes mellitus, hipertensión, sepsis). En 2017, se aprobó el primer fármaco específico para esta entidad, el tocilizumab (TCZ), un anticuerpo anti IL-6. Hasta la fecha, existen escasas comunicaciones en práctica clínica que comparen el esquema de tratamiento clásico con el uso de TCZ de forma precoz.

Objetivos: Comparar los pacientes tratados con la pauta estándar (corticoides en monoterapia) frente a los tratados de forma precoz con TCZ, en cuanto a: dosis de corticoide recibida, uso de inmunosupresores, eventos adversos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se han seleccionado los pacientes diagnosticados de ACG en la sección de Reumatología del HGU Dr. Balmis durante el periodo 1 de enero 2011 a 1 de noviembre 2021. Hasta 2017, los pacientes recibieron la pauta estándar (corticoides en monoterapia), y a partir de 2017, se asoció TCZ de forma precoz. Se han recogido datos demográficos, de tratamiento (dosis de prednisona en los meses 1, 3, 6, 12, 18 y 24; uso de inmunosupresores), y eventos adversos. Se ha realizado un análisis descriptivo de las diferentes variables (expresadas como mediana y rango intercuartílico -RIC- para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas). Para la asociación entre variables cualitativas se ha empleado la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas se ha realizado la comparación de medias mediante la t-Student.

Resultados: Se obtienen 73 pacientes (37% varones y 63% mujeres) con una edad media al diagnóstico de 74,47 ± 8,4 años. Todos recibieron tratamiento corticoide de inicio; a 28 se les administró además TCZ de forma precoz (38,4%), siendo la vía preferentemente subcutánea (96,4%). El tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento esteroideo fue de mediana 0 días, (RIC 0-0), siendo 60 días para TCZ (RIC 30-97). El uso de otros inmunosupresores fue superior en el grupo que recibió solo glucocorticoides frente al grupo tratado con TCZ (57,8 vs. 21,4%, p = 0,002). La dosis de predni-

sona fue superior en el grupo estándar en todos los momentos del seguimiento (p < 0,001). No se encontraron diferencias en la aparición de eventos adversos, excepto las infecciones, que fueron más frecuentes en el grupo de tratamiento estándar (estándar 28,9 vs. TCZ 3,6%, p = 0,008).

Conclusiones: El tocilizumab permite una mayor y más rápida reducción de corticoides, un menor uso de otros inmunosupresores, y se asocia a una menor frecuencia de infecciones, en comparación a la monoterapia corticoidea estándar.

Referencias:

- Hellmich B, Agueda A, Monti S, Buttgereit F, De Boysson H, Brouwer E, et al. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):19-130.
- Stone JH, Klearman M, Collinson N. Trial of tocilizumab in giant-cell arteritis. New Engl J Med. 2017;377(15):1494-5.

P067. INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE NEUROBEHÇET EN EL NORTE DE ESPAÑA 1999-2019. ESTUDIO POBLACIONAL

Alba Herrero Morant^{1,4,6}, José Luis Martín-Varillas², Carmen Álvarez-Reguera¹, Lara Sánchez-Bilbao¹, David Martínez-López³, Guillermo Suárez-Amorín⁴, Raúl Fernández-Ramón⁴, Iván Ferraz-Amaro⁵, José Luis Hernández⁶ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital de Laredo. ³Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁴Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁵Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La incidencia de la enfermedad de Behçet (BD) varía ampliamente en todo el mundo. La enfermedad de neurobehçet (NDB) es una de las manifestaciones más graves de la BD. Los datos sobre la incidencia de la NBD son escasos y contradictorios.

Objetivos: Estimar la incidencia de la BD en el norte de España.

Métodos: Estudio de cohortes de base poblacional de 120 pacientes diagnosticados de BD en el norte de España, entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2019. Finalmente, 92 fueron incluidos según los Criterios Internacionales de 2013 para BD¹. La NBD se diagnosticó según los criterios de Recomendación de Consenso Internacional². La incidencia de NBD entre 1999-2019 se estimó por sexo, edad y año de diagnóstico. La incidencia anual se expresó en casos por 100.000 personas.

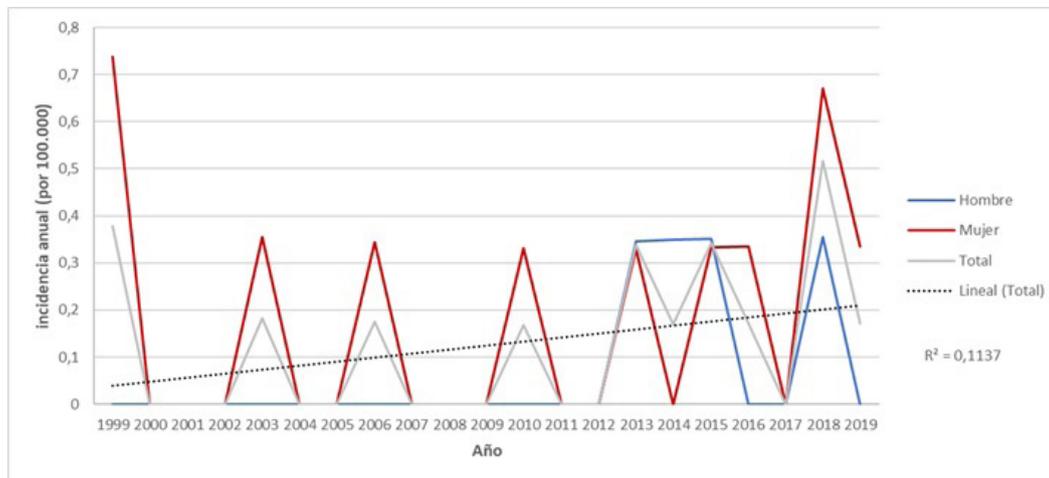
Resultados: Se diagnosticó NBD en 23 de 92 (25%) pacientes (15 mujeres/8 hombres) (edad media ± SD: 44 ± 13,9 años). Diez (43,5%) pacientes tenían NBD parenquimatosa, 10 (43,5%) tenían NBD no parenquimatosa y 3 (13%) casos tenían NBD mixta. La incidencia anual de NBD en el norte de España en el periodo 1999- 2019 fue de 0,13 por 100.000 personas [IC95%: 0,11-0,26] (0,14 [0,04-0,23] en hombres, 0,24 [0,12-0,37] en mujeres). Hubo variaciones en las incidencias anuales, con un valor mínimo de 0,08 en 2009-2010 y un máximo de 0,26 en 2017-2018 (fig.). La tasa de incidencia más alta se observó en los hombres del grupo de 20-29 años (0,03 por 100.000 personas) y en las mujeres del grupo de 30-39 años (0,07 por 100.000 personas). Por otro lado, la tasa de incidencia más baja se observó en el grupo de 10-19 años y en el grupo de 80-89 años (0,008 por 100.000 personas). Cuando se analizó la tasa de incidencia estratificada por edad, no se observaron diferencias estadísticas en función del sexo. La incidencia anual estudiada por años mostró un pico de incidencia anual en los últimos 20 años. Se realizó una comparación entre diferentes zonas geográficas (tabla). La frecuencia de NBD oscila entre el 5,6 y el 38%. Suele ser más frecuente en varones adultos jóvenes.

Tabla P067

Principales características clínicas de la enfermedad de neurobehçet en diferentes zonas geográficas

Autor, año	País	Casos			Hombre n (%)		Edad de inicio años media ± DE		HLA B51+ n (%)	
		BD	NBD	%	BD	NBD	BD	NBD	BD	NBD
Ideguchi <i>et al.</i> , 2010	Japón	412	54	13	33 (61)	33 (75)	36,9 ± 11,9	35,8 ± 10,3	123 (50)	16 (55)
Bolek <i>et al.</i> , 2020	Turquía	419	26	6,2	225 (53,7)	39 (56,5)	29,2 ± 9,0	27,4 ± 9,2	104 (69,3)	13 (65)
Akman-Demir <i>et al.</i> , 1999	Turquía	ND	200	ND	ND	155 (77,5)	ND ± ND	31,5 ± ND	ND	ND
Houman <i>et al.</i> , 2013	Túnez	430	121	28,1	295 (68,6)	78 (64,5)	29,17 ± ND	29,02 ± ND	84 (19,5)	14 (33,3)
Al-Araji <i>et al.</i> , 2003	Iraq	140	20	14,3	105 (75)	14 (70)	34,2 ± ND	34,1 ± ND	ND	ND
Riera-Maestra <i>et al.</i> , 2010	España	360	20	5,6	ND	13 (ND)	34 ± ND	36,3 ± ND	ND	ND
Talarico <i>et al.</i> , 2012	Italia	117	13	38	72 (61,5)	36 (50)	25 ± 4,0	25 ± 4,0	77 (66)	ND
Domingos <i>et al.</i> , 2015	Portugal	138	25	18,1	45 (32,6)	10 (40)	35,8 ± 9,2	37,5 ± 9,4	59 (42,9)	10 (41,1)
Sbaï A <i>et al.</i> , 2003	Francia	ND	109	ND	ND	78 (65,1)	ND ± ND	31 ± ND	ND	ND
Estudio actual, 2022	España	92	23	25	58 (60,4)	8 (34,8)	38 ± 13,9	44 ± 13,9	43 (48,3)	5 (38,4)

BD: enfermedad de Behçet, NBD: enfermedad de neurobehçet, ND: Sin datos.



P067 Figura. Incidencia de la enfermedad de neurobehçet en residentes en el norte de España, en 1999-2019 según sexo.

Conclusiones: La frecuencia de NBD es muy variable. Las características epidemiológicas de la NBD en nuestra serie son similares a otras, excepto por el predominio del sexo. Al igual que en otras enfermedades inmunomediadas, este patrón cíclico en la incidencia anual podría estar relacionado con factores ambientales infecciosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davatchi F, *et al.* J Eur Acad Dermatology Venereol. 2014;28:338-47.
2. Kalra S, *et al.* J Neurol. 2014;261:1662-76.

P068. ESPECTRO CLÍNICO DE LA AORTITIS. ESTUDIO DE 82 PACIENTES DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Javier Loricera García¹, Carmen Secada-Gómez¹, Adrián Martín-Gutiérrez¹, Lucía García-Alcalde², María Núñez-Sayar², Ander Ucelay-Aristi², Lara Sánchez-Bilbao¹ y Ricardo Blanco¹

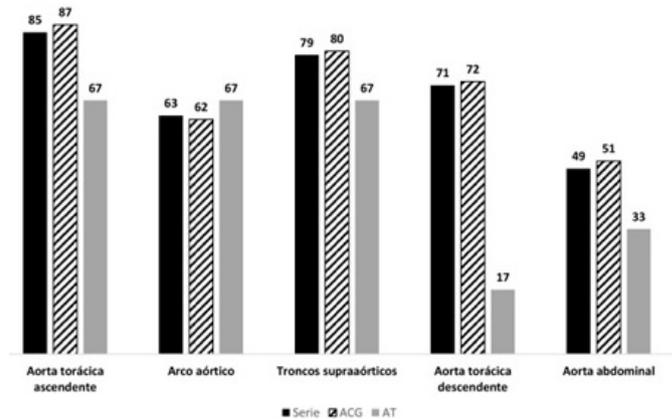
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: La aortitis es la inflamación de la pared aórtica, y puede ser idiopática o estar asociada a un conjunto de enfermedades infecciosas y no infecciosas. La arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (AT) son las causas subyacentes más frecuentes. Nuestro objetivo fue evaluar las causas y las principales características de los pacientes con aortitis.

Métodos: Estudio observacional de pacientes con aortitis procedentes de una consulta monográfica de vasculitis de grandes vasos en un hospital de referencia desde junio de 2022 hasta diciembre de 2022. La aortitis se diagnosticó mediante técnicas de imagen.

Resultados: Presentamos 82 pacientes (52 mujeres/30 hombres) (edad media ± DE; 60,2 ± 12,6 años). Los diferentes subtipos de aortitis fue-

ron: ACG (n = 69), arteritis de Takayasu (n = 6), otras enfermedades inflamatorias autoinmunes (n = 3), enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) (n = 2), sífilis (n = 1) y aortitis aislada (n = 1). Las técnicas de imagen utilizadas para el diagnóstico de la aortitis fueron: PET/TAC (n = 81), TAC (n = 23), RMN (n = 20) y arteriografía (n = 10). Las principales características de los pacientes se resumen en la tabla. La aortitis fue más frecuente en las mujeres. El 50% de los pacientes presentaban hipertensión arterial y dislipidemia. La polimialgia reumática y la astenia fueron las manifestaciones más frecuentes. Las enfermedades subyacentes en el grupo de aortitis relacionadas con otras enfermedades inflamatorias autoinmunes fueron: colitis ulcerosa (n = 1), fibrosis retroperitoneal idiopática (n = 1) y poliarteritis nodosa (n = 1). La aorta torácica ascendente y los troncos supraaórticos fueron los segmentos más frecuentemente afectados (fig.).



Segmentos de la aorta afectados. Los datos están en %.

Principales características de los pacientes con aortitis

Características	Serie (n = 82)	ACG (n = 69)	AT (n = 6)	Asociada a otras enf inflamatorias (n = 3)	ER-IgG4 (n = 2)
Edad (años), media ± DE	60,2 ± 12,6	66,1 ± 10,0	41,8 ± 14,1	52 ± 18,7	51,5 ± 7,8
Mujer/Varón (% mujeres)	52/30 (63)	43/26 (62)	6/0 (100)	2/1 (67)	1/1 (50)
Hipertensión arterial, n (%)	41 (50)	34 (49)	4 (67)	2 (67)	1 (50)
Dislipemia, n (%)	41 (50)	33 (48)	4 (67)	2 (67)	0 (0)
Diabetes mellitus, n (%)	12 (15)	12 (17)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Fumador o exfumador, n (%)	27 (33)	20 (29)	5 (83)	0 (0)	0 (0)
Astenia, n (%)	39 (48)	33 (48)	4 (67)	0 (0)	2 (100)
Pérdida de peso, n (%)	22 (27)	19 (27)	2 (33)	0 (0)	1 (50)
PmR, n (%)	40 (49)	39 (56)	0 (0)	0 (0)	1 (50)
Fiebre, n (%)	11 (13)	9 (13)	1 (17)	1 (33)	0 (0)
Cefalea, n (%)	32 (39)	29 (42)	2 (33)	0 (0)	1 (50)
Síntomas visuales, n (%)	14 (17)	12 (17)	1 (17)	0 (0)	1 (50)
Claudicación mandibular, n (%)	10 (12)	10 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dolor lumbar, n (%)	25 (30)	22 (32)	2 (33)	0 (0)	1 (50)
Dolor en muslos, n (%)	18 (22)	17 (25)	1 (17)	0 (0)	0 (0)
Claudicación de extremidades superiores, n (%)	21 (26)	19 (27)	2 (33)	0 (0)	0 (0)
Claudicación de extremidades inferiores, n (%)	17 (21)	14 (20)	2 (33)	1 (33)	0 (0)
PCR (mg/dL), mediana [IQR]	0,4 [0,4-1,6]	0,5 [0,4-1,7]	0,4 [0,2-2,0]	0,4 [0,3-0,4]	1,5 [0,9-2,0]
VSG (mm/1h), mediana [IQR]	13 [5-45,2]	14 [5-48]	16,5 [3,5-32,5]	12 [7-24]	7,5 [6,7-8,2]

ACG: arteritis de células gigantes, AT: arteritis de Takayasu, ER-IgG4: enfermedad relacionada con IgG4, PCR: proteína C reactiva, PmR: polimialgia reumática, VSG: velocidad de sedimentación globular.

Conclusiones: La aortitis es una entidad que puede ser aislada o secundaria a procesos infecciosos y no infecciosos. Entre las causas no infecciosas, la ACG y la AT son las más frecuentes, siendo común la presencia de PmR y astenia. La aorta torácica ascendente y los troncos supraaórticos parecen ser los segmentos más frecuentemente implicados.

P069. FACTORES PREDICTIVOS DE RECAÍDA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES TRATADA CON TOCILIZUMAB

Javier Loricera García¹, Iván Ferraz-Amaro², Santos Castañeda³, Clara Moriano⁴, Javier Narváez⁵, Vicente Aldasoro⁶, Olga Maiz⁷, Rafael Melero⁸, Juan I. Villa⁹, Paloma Vela¹⁰, Susana Romero-Yuste¹¹, José L. Callejas¹², Eugenio de Miguel¹³, Eva Galíndez-Agirregoikoa¹⁴, Francisca Sivera¹⁵, Jesús C. Fernández-López¹⁶, Carles Galisteo¹⁷, Julio Sánchez-Martín¹⁸, Mónica Calderón-Goercke¹, Juan C. González Nieto¹⁹, Juan R. de Dios²⁰, Esther Fernandez²¹, Isabel de la Morena²², Patricia Moya²³, Roser Solans Laque²⁴, Eva Perez Pampin²⁵, Jose L. Andreu²⁶, Marcelino Revenga²⁷, Juan P. Baldivieso Acha³, Eztizen Labrador²⁸, Andrea Garcia-Valle²⁹, Adela Gallego³⁰, Carlota Iñiguez³¹, Cristina Hidalgo³², Noemi Garrido- Puñal³³, Ruth Lopez-Gonzalez³⁴, Jose A. Roman-Ivorra³⁵, Francisco M. Ortiz-Sanjuan³⁵, Sara Manrique³⁶, Paz Collado⁷, Enrique Raya¹², Valvanera Pinillos²⁸, Francisco Navarro³⁸, Alejandro Olive- Marques³⁹, Francisco J. Toyos⁴⁰, Maria L. Marena Rojas⁴¹, Antoni Juan Mas⁴², Beatriz Arca⁴³, Carmen Ordas-Calvo⁴⁴, Maria D. Boquet⁴⁵, Noelia Alvarez-Rivas⁴³, Maria L. Velloso-Feijoo⁴⁶, Cristina Campos⁴⁷, Iñigo Rua-Figueroa⁴⁸, Antonio Garcia⁴⁹, Carlos Vazquez⁵⁰, Pau Lluch⁵¹, Carmen Torres⁵², Cristina Luna⁵³, Elena Becerra⁵⁴, Nagore Fernandez-Llanio⁵⁵, Arantxa Conesa⁵⁶, Eva Salgado⁵⁷, Lara Sánchez-Bilbao¹, Alba Herrero-Morant¹, Jose L. Hernandez¹ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología and Internal Medicine. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. University of Cantabria. Santander.
²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.
³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Catedra UAM-Roche. EPID-Future. UAM. Madrid.
⁴Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.
⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.
⁶Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.
⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donosti. San Sebastián.
⁸Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
⁹Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega.
¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.
¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario

Universitario de Pontevedra.
¹²Servicio de Reumatología. Hospital San Cecilio. Granada.
¹³Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid.
¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.
¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Elda.
¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña.
¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell.
¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Mondragón.
²¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
²²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
²³Servicio de Reumatología. Hospital Sant Pau. Barcelona.
²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.
²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela.
²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.
²⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
²⁸Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño.
²⁹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.
³⁰Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.
³¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.
³²Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.
³³Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.
³⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Zamora.
³⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.
³⁶Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga.
³⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.
³⁸Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elche.
³⁹Servicio de Reumatología. Hospital Trias i Pujol. Badalona.
⁴⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
⁴¹Servicio de Reumatología. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real.
⁴²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.
⁴³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés.
⁴⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón.
⁴⁵Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lérida.
⁴⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.
⁴⁷Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.
⁴⁸Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Gran Canaria.
⁴⁹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.
⁵⁰Servicio de Reumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.
⁵¹Servicio de Reumatología. Hospital Mateu Orfila. Menorca.
⁵²Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Ávila.
⁵³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.
⁵⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Torrevieja.
⁵⁵Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.
⁵⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Castellón.
⁵⁷Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Orense.

Objetivos: El tocilizumab (TCZ) es el único tratamiento biológico aprobado para la arteritis de células gigantes (ACG). Los ensayos clínicos con TCZ en la ACG se realizaron con TCZ intravenoso (iv) en un ensayo fase 2¹, y con TCZ subcutáneo (sc) en el GiACTA de fase 3². Existe un acuerdo general sobre la dosis inicial/mantenimiento, pero la duración del tratamiento con TCZ no está bien establecida. En el ensayo GiACTA, después de un año de tratamiento con TCZ, la mayoría de los pacientes sufrieron una recaída de la ACG tras su retirada. Nuestro objetivo fue evaluar los factores predictivos de recaída en la ACG en un escenario de práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico de 471 pacientes con ACG. El diagnóstico de ACG se realizó entre 2016 y 2021 según: a) criterios ACR, y/o b) biopsia de arteria temporal, y/o c) técnicas de imagen. La recaída se definió según la definición de consenso EULAR³. De los 471 pacientes, se seleccionaron los pacientes que tenían disponible el dato de recaída durante el seguimiento. Se realizó un estudio multivariable para identificar el mejor conjunto de predictores de la aparición de una recaída.

Resultados: Se observaron recaídas de la enfermedad en 63 de los 405 (15%) pacientes de los que se disponía de ese dato (tabla). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en las características demográficas, clínicas y de laboratorio ni en la dosis de prednisona al inicio de la TCZ. El conjunto de variables asociadas a las recaídas de la ACG fueron el uso previo de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales sintéticos (FAMEcs), el uso de TCZ iv, el menor tiempo en tratamiento con TCZ y la optimización de la dosis de TCZ (fig.).

Conclusiones: La recaída de la ACG parece estar relacionada principalmente con la pauta de TCZ y se asoció con la administración de TCZ iv, así como con un menor tiempo de tratamiento y con la optimización del TCZ.

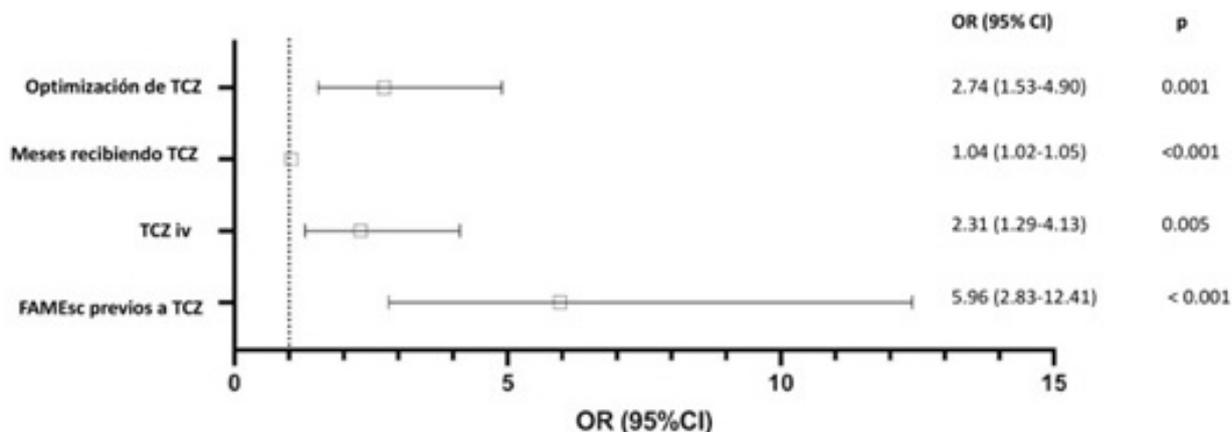
BIBLIOGRAFÍA

1. Villiger PM, *et al.* Lancet. 2016. PMID: 26952547.
2. Stone JH, *et al.* N Engl J Med. 2017. PMID: 28745999.
3. Hellmich B, *et al.* Ann Rheum Dis. 2020. PMID: 31270110.

Principales características de los pacientes con ACG según las recaídas

	ACG sin recaídas (n = 342)	ACG con recaídas (n = 63)	p
Edad al diagnóstico de ACG (media ± DE)	72 ± 9	70 ± 9	0,12
Mujeres/Varones (% de mujeres)	246/96 (72)	47/16 (75)	0,57
Fenotipo			
ACGc	152 (44)	31 (48)	0,63
ACGec	62 (18)	12 (18)	0,95
ACGmix	128 (37)	22 (34)	0,58
Factores de riesgo cardiovascular			
Hipertensión arterial, n (%)	212 (63)	37 (60)	0,65
Dislipemia, n (%)	193 (57)	33 (53)	0,57
Diabetes, n (%)	63 (19)	12 (19)	0,89
Historia actual o previa de tabaquismo, n (%)	33 (10)	9 (14)	0,28
Manifestaciones isquémicas			
Cefalea, n (%)	189 (55)	36 (58)	0,7
Claudicación mandibular, n (%)	84 (26)	11 (19)	0,25
Síntomas visuales, n (%)	56 (16)	13 (20)	0,48
Manifestaciones sistémicas			
Fiebre, n (%)	39 (11)	12 (19)	0,11
Síndrome constitucional, n (%)	139 (41)	27 (42)	0,83
PmR, n (%)	210 (62)	43 (68)	0,32
Laboratorio			
VSG, mm/1a hora, mediana [RIC]	36 [14-56]	14 [6-42]	0,85
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	1,6 [0,3-3,0]	0,8 [0,4-2,9]	0,21
Tratamiento previo			
FAMEsc, n (%)	171 (50)	53 (82)	< 0,001
FAMEb, n (%)	4 (1)	4 (6)	< 0,001
Dosis de prednisona (mg/día), mediana [RIC]	20 [10-40]	20 [10-30]	0,86
TCZ			
IV/SC, (%IV)	171/171 (50)	45/18 (69)	0,004
Mono/combo, (%mono)	263/79 (77)	43/20 (66)	0,066
Optimización, n (%)	123 (39)	38 (62)	< 0,001
Meses recibiendo TCZ	27 [18-43]	4 [2-12]	< 0,001

ACG: arteritis de células gigantes, ACGec: arteritis de células gigantes extracraneal, ACGc: arteritis de células gigantes craneal, ACGmix: arteritis de células gigantes mixta, combo: combinado, FAMEb: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos, FAMEsc: fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales, IV: intravenoso, mono: monoterapia, PCR: proteína C reactiva, PmR: polimialgia reumática, VSG: velocidad de sedimentación globular, RIC: rango intercuartílico [25-75], SC: subcutáneo.



Forest plot del análisis multivariable.

P070. ESTUDIO COMPARATIVO DE ADALIMUMAB, INFlixIMAB Y CERTOLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR QUÍSTICO DEBIDO A LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

José Luis Martín Varillas¹, Lara Sánchez-Billbao², Nuria Barroso-García³, Vanesa Calvo-Río², Alfredo Adán⁴, Inés Hernanz-Rodríguez⁴, Emma Beltrán⁵, Miguel Cordero⁶, David Díaz-Valle⁷, Marisa Hernández-Garfella⁸, Lucía Martínez-Costa⁹, Manuel Díaz-Llopis¹⁰, José M Herreras¹¹, Olga Maíz-Alonso¹², Ignacio Torre-Salaberri¹³, Antonio Atanes-Sandoval¹⁴, Santos Insúa¹⁵, Raquel Almodóvar-González¹⁶, Patricia Fanlo¹⁷, Juan Ramón de Dios Aberasturi¹⁸, Ángel García-Aparicio¹⁹, Sergio Rodríguez Montero²⁰, Vega Jovan²¹, Patricia Moya Alvarado²², Eva Peña Sainz-Pardo²³, José Luis Hernández² y Ricardo Blanco²

¹Reumatología. Hospital de Laredo. ²Reumatología. Oftalmología y Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁴Oftalmología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁵Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁶Oftalmología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁷Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁸Oftalmología. Hospital Universitario General de Valencia. ⁹Oftalmología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ¹⁰Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ¹¹Oftalmología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹²Reumatología. Hospital Universitario de Donosti. San Sebastián. ¹³Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹⁴Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁵Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ¹⁶Reumatología. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. ¹⁷Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Navarra. Pamplona. ¹⁸Reumatología. Hospital Universitario de Álava. ¹⁹Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. ²⁰Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²¹Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ²²Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²³Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: El edema macular quístico (EMQ) es la principal causa de ceguera en las uveítis no infecciosas, siendo la enfermedad de Behçet (EB) una de las patologías que más frecuentemente se asocian a esta condición¹⁻³.

Objetivos: Comparar la eficacia y la seguridad de adalimumab (ADA), infliximab (IFX) y certolizumab (CZP) en el EMQ refractario debido a la EB.

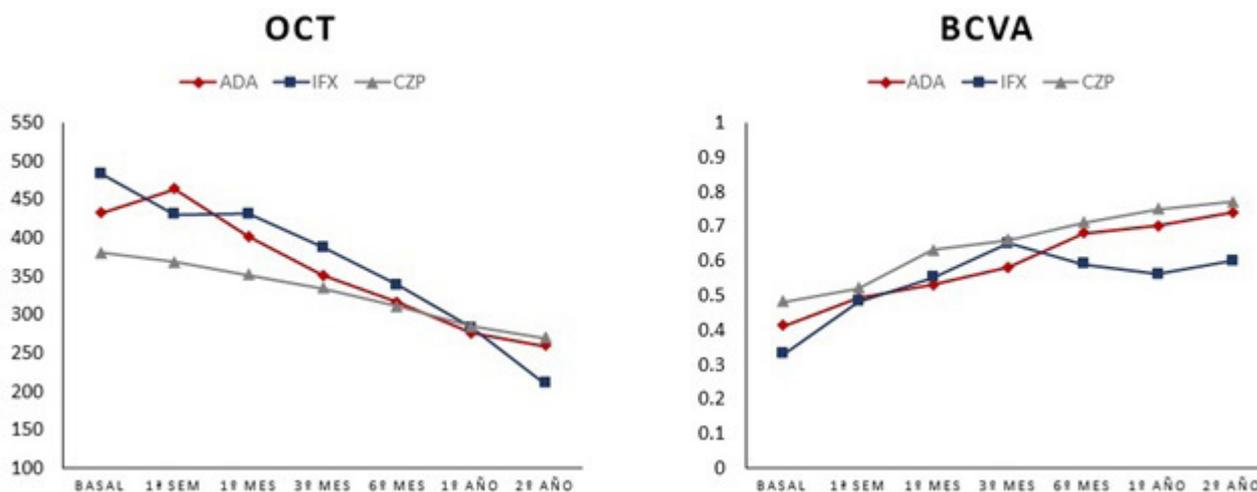
Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con EMQ secundario a EB refractario a glucocorticoides (GC) y al menos 1 inmunosupresor convencional. Todos los pacientes tenían EMQ (OCT > 300µ) al comienzo del estudio. Se evaluó la eficacia de ADA, IFX y CZP con los siguientes parámetros oculares: grosor macular (µm), agudeza visual (BCVA), células en cámara anterior (Tyndall), presencia de vitritis y efecto ahorrador de GC. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics v.23.

Resultados: se consideró un total de 50 pacientes (78 ojos afectados). Veinticinco pacientes fueron tratados con ADA, 15 con IFX y los 10 restantes fueron tratados con CZP. No se observaron diferencias significativas en los parámetros demográficos basales de los tres grupos. Sin embargo, los pacientes del grupo de CZP tenían un tiempo significativamente más prolongado desde el diagnóstico hasta el inicio del fármaco (75 [36-120] vs. 30 [12-82] vs. 15 [8-60] meses; p = 0,04) y habían recibido una mediana [IQR] de tratamientos biológicos mayor (2 [0,75-3] vs. 0 [0-0] vs. 0 [0-0]) que los grupos de ADA e IFX. En el grupo de CZP, ADA e IFX fueron utilizados previamente en 7 pacientes. El 64% de los pacientes recibieron terapia combinada en el grupo de ADA, el 66,7% en el grupo de IFX y el 70% en los pacientes que recibieron CZP (p = 0,94) (tabla). En cuanto a los resultados de eficacia, se observó una disminución rápida y mantenida del grosor macular tras 2 años de seguimiento en los tres grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos (fig.). También se observó una mejoría de la BCVA, el Tyndall, la vitritis y un efecto ahorrador de GC. No se observaron acontecimientos adversos graves en los grupos IFX y CZP. Se notificó un caso de pielonefritis en el grupo de ADA.

Tabla P070

Características basales de los pacientes con EMQ-EB que recibieron adalimumab (ADA), infliximab (IFX) o certolizumab pegol (CZP)

	Grupo ADA (n = 25)	Grupo IFX (n = 15)	Grupo CZP (n = 10)	p
Edad, media (DE), años	41 (11)	38 (9)	36 (8)	0,34
Sexo, varón/mujer, n/n	12/13	7/8	3/7	0,61
HLA-B51 positivo, n (%)	19 (76)	10 (67)	4 (40)	0,13
Duración uveítis antes de inicio de biológico, mediana [IQR]	30 [12-82]	15 [8-60]	75 [36-120]	0,04
Unilateral, n (%)	10 (40)	9 (60)	3 (30)	0,28
Patrón de uveítis, n (%)				
Anterior	0 (0)	0 (0)	2 (20)	-
Intermedia	0 (0)	0 (0)	1 (10)	0,13
Posterior	5 (20)	5 (33,3)	3 (30)	0,62
Panuveítis	20 (80)	10 (66,7)	4 (40)	0,07
Parámetros oculares en el momento de inicio del anti-TNF				
Tyndall, mediana [IQR]	2 [1-3]	1 [0-1]	1 [0-2]	0,15
Vitritis, mediana [IQR]	3 [1-3]	1 [0-2]	1 [0-2]	0,03
BCVA, media (DE)	0,41 ± 0,24	0,33 ± 0,22	0,48 ± 0,18	0,17
Grosor macular, media (DE)	431,9 ± 117,6	483,4 ± 126,1	380,7 ± 96,5	0,08
Tratamiento convencional previo, n (%)				
Bolos de MTP	13 (52)	9 (60)	5 (50)	0,85
Ciclosporina	22 (88)	11 (73,3)	6 (60)	0,17
Azatioprina	14 (56)	8 (53,3)	4 (40)	0,69
Metotrexato	13 (52)	8 (53,3)	2 (20)	0,18
Ciclofosfamida	1 (4)	2 (13,3)	0 (0)	0,33
Pacientes con tratamiento biológico previo, n (%)	0 (0)	0 (0)	8 (80)	-
Número de tratamientos biológicos previos, mediana [IQR]	0	0	2 [1-3]	-
Terapia combinada, n (%)	16 (64)	10 (66,7)	7 (70)	0,94
Ciclosporina	10 (40)	5 (33,3)	1 (10)	0,23
Azatioprina	4 (16)	3 (20)	2 (20)	0,34
Metotrexato	2 (8)	2 (13,3)	4 (40)	0,86
Dosis de prednisona basal	45 [30-60]	30 [20-60]	8 [6-25]	0,04
Seguimiento, mediana [IQR]	24 [18-45]	24 [3-36]	30 [24-60]	0,12
Remisión, n (%)	19 (76)	9 (60)	7 (70)	0,58
Por 100 pacientes-año	28,8	30	19,4	0,2
Suspensión, n (%)	8 (32)	8 (53,4)	2 (20)	-
Por 100 pacientes-año	12,1	26,7	5,6	
Efectos adversos/toxicidad, n (%)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	
Por 100 pacientes-año	3	0	0	



P070 Figura. Evolución de la OCT y la BCVA tras el inicio de adalimumab (ADA), infliximab (IFX) o certolizumab pegol (CZP).

Conclusiones: ADA, IFX y CZP parecen ser eficaces y seguros en la EMQ refractario en la EB. CZP parece eficaz incluso en pacientes con respuesta inadecuada a ADA y/o IFX.

P071. ANTICUERPOS ANTI-MPO POSITIVOS: ENFERMEDADES ASOCIADAS, ESPECIFICIDAD, GRAVEDAD Y PRONÓSTICO DE LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA

Vanesa Calvo del Río¹, Salma Al Fazazi², Mónica Renuncio-García³, María Rodríguez-Vidriales⁴, Clara Escagedo-Cagigas⁴, Juan Irure-Ventura³, Luis Martín-Penagos⁴, Marcos López Hoyos³ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ³Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) (VAA) se caracterizan por una inflamación necrotizante de vasos de calibre pequeño y por la presencia de ANCA. Sin embargo, la relación entre los niveles séricos de ANCA, principalmente antimieloperoxidasa (anti-MPO) y antiproteínasa 3, con la gravedad y el pronóstico de la VAA permanece controvertido¹.

Objetivos: En pacientes con anticuerpos anti-MPO positivos de un Hospital Universitario evaluamos: a) enfermedades asociadas y b) punto de corte de los niveles de anti-MPO para el diagnóstico (especificidad), gravedad y pronóstico de la VAA.

Métodos: En un hospital Universitario identificamos todos los pacientes con anticuerpos anti-MPO positivos entre enero-2003 hasta diciembre-2022. La determinación de anti-MPO se realizó por quimioluminiscencia. El punto de corte de los niveles de anti-MPO para la especificidad-diagnóstica, gravedad y pronóstico de la VAA se calcularon con curvas ROC (acrónimo de Receiver Operating Characteristic o característica operativa del receptor). Los niveles de anticuerpos anti-MPO analizados fueron los obtenidos en el momento del diagnóstico de la VAA. Las VAA se consideraron graves si tenían afectación renal (hematuria y/o proteinuria) y/o pulmonar (hemoptisis, asma y/o insuficiencia respiratoria). Se consideraron VAA de mal pronóstico si durante el seguimiento el paciente requería diálisis o trasplante o fallecía.

Resultados: Estudiamos 101 pacientes con anti-MPO positivo. La mayoría (n = 77, 76,23%) tenían una VAA subyacente siendo la PAM la más frecuente (n = 34, 33,7%). La enfermedad no vasculítica más frecuente fueron las neoplasias (n = 5, 4,9%). La tabla resume la pre-

valencia de estos anticuerpos en diferentes enfermedades. Las frecuencias son equivalentes a las previamente descritas. Para la determinar la especificidad de los anti-MPO para el diagnóstico de las VAA se calculó un área bajo la curva (AUC) (AUC = 0,8084) y se determinó un punto de corte de 41,5 UI/ml (fig.). Cuando el análisis se restringió exclusivamente a la poliangeitis microscópica (n = 34), el punto de corte fue de 36,5 UI/ml con un AUC de 0,6435. Respecto al valor predictivo de los anti-MPO en la gravedad de las VAA, se observaron diferencias significativas en los niveles de anti-MPO entre aquellos pacientes con disfunción renal o pulmonar (n = 65) y los que no la tenían (n = 36) (p = 0,0003), y se estableció un umbral de corte de 60 UI/ml. Finalmente, para el valor pronóstico de los anti-MPO en la gravedad de las VAA se obtuvo un AUC = 0,5546, no existiendo diferencias significativas entre aquellos pacientes que tuvieron una peor evolución de la enfermedad (n = 19) y los que no (n = 82) (p = 0,4643).

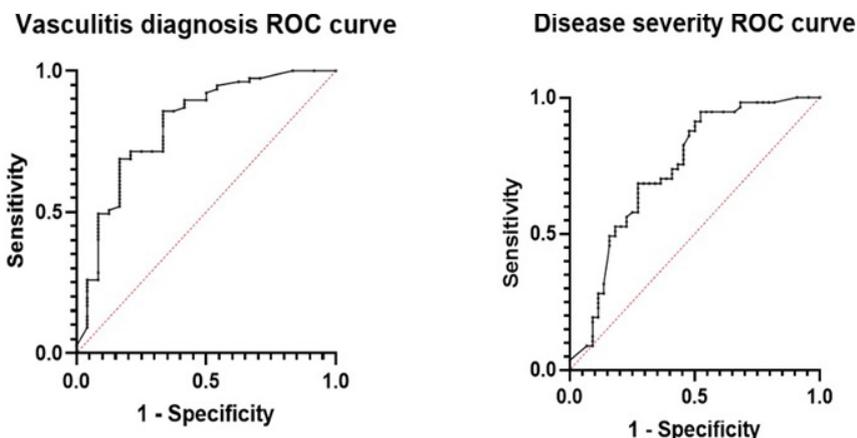
Enfermedades asociadas a anticuerpos anti-MPO positivos (n = 101)

Grupo	Enfermedad	Número (n)	Frecuencia (%)
Vasculitis (n = 77)	Poliangitis microscópica	34	33,7
	Glomerulonefritis paucimune	13	12,9
	Vasculitis indiferenciada	11	10,9
	Granulomatosis con poliangeitis	10	8,9
	Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis	9	9,9
No vasculitis (n = 24)	Neoplasia	5	4,9
	Colitis ulcerosa	4	3,9
	Infección	3	2,9
	Artritis reumatoide	2	1,9
	Isquemia intestinal	2	1,9
	Enfermedad de Crohn	1	0,9
	Psoriasis	1	0,9
	Fibrosis pulmonar	1	0,9
	Derrame pleural	1	0,9
	Silicosis	1	0,9
	Paquimeningitis	1	0,9
	Síndrome de Sjögren	1	0,9
	Hepatitis autoinmune	1	0,9

Conclusiones: La presencia de anti-MPO se asocia principalmente a VAA (especialmente PAM), aunque hasta un cuarto de los casos puede asociarse a otras enfermedades, especialmente neoplásicas y enfermedad inflamatoria intestinal. Los niveles de anticuerpos anti-MPO en el momento del diagnóstico de las VAA, se correlacionan con la especificidad diagnóstica ($\geq 36,5$ UI/ml) y con la gravedad (≥ 60 UI/ml), pero no con el pronóstico de las VAA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker BS, Peterson LK, Koenig C, White SK, Schmidt RL, Tebo AE. Performance of MPO-ANCA and PR3-ANCA immunoassays for



P071 Figura. Relevancia de anti-MPO+ para la especificidad/sensibilidad diagnóstica (AUC = 0,8084) y gravedad de VAA (AUC = 0,7160). (ROC en pacientes con anti-MPO+ al diagnóstico).

the stratification of specific ANCA-associated vasculitis: A systematic review and meta-analysis. Autoimmun Rev. 2022;21(6):103100.

P072. FACTORES PREDICTIVOS DE RECAÍDA EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Mariela Del Carmen Uyaguari Morocho, Irene Monjo, Elisa Fernández-Fernández y Eugenio de Miguel

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica más frecuente en el adulto y se asocia a mayor morbimortalidad. Pese a los avances en su diagnóstico y tratamiento tiene una tasa de recaídas alrededor del 47%¹, representando un problema en la práctica clínica. Reconocer los factores que se asocian a las recaídas podría ser útil para disminuir la mortalidad en estos pacientes.

Objetivos: Conocer las características de las recaídas mayores y menores y buscar posibles factores predisponentes a las mismas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes nuevos consecutivos diagnosticados de ACG en nuestra consulta de diagnóstico rápido entre 2017 y 2022, con un seguimiento de al menos un año. A todos los pacientes se les realizó una ecografía Doppler color de las arterias temporales (tronco común y sus ramas frontal y parietal) y de grandes vasos (axilar y subclavia). Se analizaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio, así como el reciente índice ecográfico OMERACT GCA Ultrasonography Score (OGUS)², para buscar factores predictores de recaída. En la valoración del OGUS se utilizó el original de 8 ramas y el mismo expandido añadiendo la arteria subclavia para una mejor ponderación de la afectación

de vaso grande. También se utilizó la variante del recuento de número de ramas patológicas. Las recaídas se definieron según las recomendaciones EULAR de 2018³.

Resultados: Se incluyeron 137 pacientes, de los cuales 69 (50,4%) fueron mujeres, con una edad media de 78 ± 8 años, y un tiempo medio de evolución de 36 ± 15 meses. Analizando los subtipos de ACG: 67 (49%) tenían afectación exclusiva de arterias craneales (ACGc); 29 (21%) afectación de vaso grande extracraneal (ACGvg) y 41 (30%) tenían afectación mixta (ACGm). El tipo de afectación no mostró diferencias significativas respecto a la aparición de recaídas: ACGc 46,26%, ACGvg 34,48% y ACGm 39,02% p > 0,05 (ACGc vs. ACGvg p = 0,284, ACGc vs. ACGm p = 0,461 y ACGvg vs. ACGm p = 0,698). Se produjeron 8 (5,8%) recaídas mayores y 57 (41,6%) recaídas menores. No encontramos diferencias clínicas predictivas entre pacientes con o sin recaídas menores. En cuanto a las recaídas mayores, la presencia de fiebre, la proteína C reactiva (PCR) más alta, la necesidad de dosis mayores de esteroides a los 12 meses, un mayor número de ramas con “signo del halo” y un mayor índice OGUS10 se asociaron a una mayor tasa de recaídas, con diferencias estadísticamente significativas. Los datos se muestran en la tabla.

Conclusiones: La presencia de fiebre, mayor PCR, mayor dosis de esteroides a los 12 meses, un mayor número de ramas con “signo del halo” y una puntuación mayor del nuevo índice ecográfico OGUS se asociaron de forma estadísticamente significativa con la aparición de recaídas mayores en nuestra cohorte. Dada la relevancia clínica de las recaídas mayores, los pacientes con estas características podrían requerir un seguimiento más estrecho en la práctica clínica habitual.

Tabla P072
Relación de las características clínicas con las recaídas menores y mayores en ACG

Características clínicas n = 137	No recaída menor n = 80	Recaída menor n = 57	valor p	No recaída mayor n = 129	Recaída mayor n = 8	p
Sexo mujer, n (%)	38 (47,5)	31 (54,4)	0,489	63 (48,8)	6 (75)	0,274
Edad en años, media ± DE	79,5 ± 8	77,3 ± 8	0,116	78,8 ± 7,9	73,6 ± 8,8	0,106
VSG en mm/h, media ± DE	56,3 ± 33,8	56,9 ± 32,8	0,925	55,3 ± 32,9	75,5 ± 35,9	0,128
PCR en g/dl, media ± DE	53,7 ± 56	50,7 ± 57	0,745	48,4 ± 46,6	112 ± 80,0	0,025*
PMR, n (%)	41 (51,2)	33 (57,9)	0,489	71 (55,0)	3 (37,5)	0,470
Fiebre, n (%)	15 (18,7)	10 (17,5)	0,857	20 (15,5)	5 (62,5)	0,005*
Cefalea, n (%)	49 (61,2)	49 (61,2)	0,860	78 (60,5)	7 (87,5)	0,156
Claudicación mandibular, n (%)	9 (11,2)	13 (22,8)	0,098	19 (14,7)	3 (37,5)	0,118
Síndrome constitucional, n (%)	43 (53,7)	28 (49,1)	0,608	65 (50,4)	6 (75)	0,277
NOIA, n (%)	17 (21,2)	14 (24,6)	0,682	27 (20,9)	4 (50)	0,077
Ictus, n (%)	2 (2,5)	3 (5,3)	0,649	5 (3,9)	0 (0)	0,574
Corticoides a los 6 meses mg, media ± DE	10,4 ± 5,6	12,7 ± 6,9	0,450	11,3 ± 6,2	11,3 ± 6,2	0,329
Corticoides a los 12 meses mg, media ± DE	6,9 ± 4,6	8,3 ± 7,3	0,229	6,8 ± 3,9	18,1 ± 15,3	0,01*
OGUS suma de halos (0-10) media ± DE	4,16 ± 2,18	4,56 ± 2,01	0,271	4,24 ± 2,14	5,62 ± 1,06	0,037*
OGUS10 IMT, media ± DE	8,61 ± 2,8	9,03 ± 3,0	0,428	8,69 ± 2,9	10,24 ± 2,0	0,033*
OGUS8 IMT, media ± DE	7,15 ± 2,65	7,56 ± 2,82	0,400	7,26 ± 2,75	8,41 ± 2,06	0,143

ACG: arteritis de células gigantes; n: número de casos; DE: desviación estándar; mg: miligramos; PMR: polimialgia reumática; NOIA: neuritis óptica isquémica anterior; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; OGUS: índice ecográfico OMERACT de ACG (expresado en unidades)

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mainbourg S, et al. Prevalence of Giant cell arteritis relapse in patients treated with glucocorticoids: a meta-analysis. *Arthritis Care Res.* 2020;72:838-49.
2. Dejaco C, et al. The provisional OMERACT ultrasonography score for giant cell arteritis. *Ann Rheum Dis.* 2022. doi: 10.1136/ard-2022-223367.
3. Hellmich B, et al. Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2018;79(1): 19-30.

P073. EPIDEMIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DEL NORTE DE ESPAÑA

Julio Sánchez Martín¹, Julia Medina-Valle², Javier Loricera¹, Iván Ferraz-Amaro³, Diana Prieto-Peña¹, María Fe García-Reija² y Ricardo Blanco¹

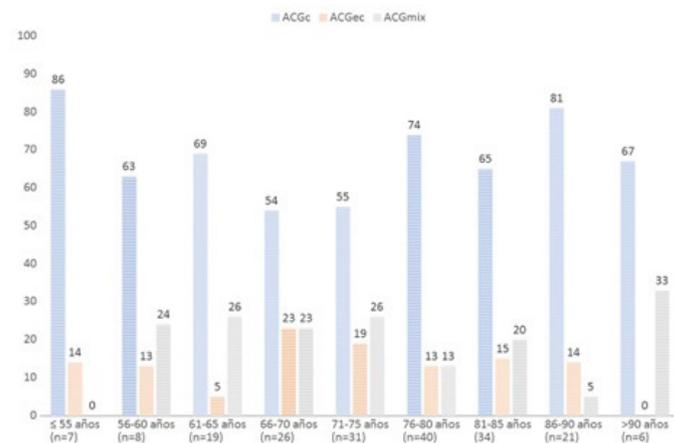
¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Objetivos: Tradicionalmente, la arteritis de células gigantes (ACG) se describía como una vasculitis con afectación típica de las arterias temporales. En la actualidad el espectro clínico de la ACG se ha ampliado y diferentes técnicas de imagen como la PET y los ultrasonidos (US) han permitido diagnosticar un mayor número de pacientes, especialmente con formas extracraneales de la enfermedad que previamente no podían ser diagnosticados. Además, recientemente se han propuesto nuevos criterios diagnósticos (ACR/EULAR 2022). Todo ello implica un cambio evidente en la epidemiología y el espectro clínico de la ACG. Nuestro objetivo fue evaluar la epidemiología y la clínica de la ACG de acuerdo con las nuevas herramientas diagnósticas y los criterios ACR/EULAR 2022.

Métodos: Estudio observacional de pacientes diagnosticados de ACG sometidos a biopsia de la arteria temporal (BAT) entre enero de 2016 y diciembre de 2022. Los pacientes se dividieron en 3 grupos en función del fenotipo de la enfermedad: a) solo craneal (ACGc), b) solo extracraneal (ACGec) y c) afectación mixta (ACGmix). El diagnóstico de ACG se realizó según a) biopsia de la arteria temporal, y/o

b) criterios EULAR/ACR2022, y/o c) técnicas de imagen. Se estudiaron las características demográficas, clínicas, analíticas y los hallazgos en las técnicas de imagen.

Resultados: Se incluyeron 191 pacientes (120 mujeres/71 varones), con una edad media ± DE de 74,9 ± 9,6 años. Las principales características de los pacientes y las diferencias entre fenotipos se muestran en la tabla. Solo un 27,2% de los pacientes tenían una BAT positiva, con una longitud media ± DE de 16,4 ± 6,3 mm. El fenotipo de ACG más frecuente fue la ACGc. La cefalea (80%) fue la manifestación isquémica más frecuente, seguida de la exploración anormal de la arteria temporal (47%), los síntomas visuales (40%, incluyendo un 8% de pacientes con ceguera), la claudicación mandibular o lingual (26%) y la hipersensibilidad del cuero cabelludo (25%). La polimialgia reumática (PmR) fue la manifestación sistémica más frecuente, observándose en el 59% de los pacientes. Los valores de PCR sérica y VSG se muestran también en la tabla.



Distribución de los fenotipos de la ACG en diferentes grupos de edad. Todos los datos están en %.

Conclusiones: La ACG es una vasculitis que ha aumentado su espectro clínico en los últimos años con la afectación extracraneal, afectando a personas con una edad media de más de 70 años y con predilección por el sexo femenino. La PmR parece estar presente en más de la mitad de los pacientes, principalmente en el fenotipo extracraneal.

Tabla P073

Características principales de los pacientes con ACG

	Total (n = 191)	ACGc (n = 128)	ACGec (n = 28)	ACGmix (n = 36)	p (ACGc vs. ACGec)
Edad (años), media ± DE	75 ± 10	75 ± 10	74 ± 9	74 ± 9	0,55
Sexo mujeres (% mujeres)	120 (63)	79 (62)	16 (57)	25 (69)	0,62
BAT+, n (%)	52 (27)	39 (31)	2 (7)	11 (31)	0,01
Criterios ACR1990, n (%)	128 (67)	95 (75)	6 (21)	27 (75)	< 0,001
Criterios ACR/EULAR 2022, n (%)	155 (81)	108 (85)	14 (50)	33 (92)	< 0,001
Manifestaciones isquémicas, n (%)					
Cefalea	152 (80)	115 (91)	7 (25)	30 (83)	< 0,001
Hipersensibilidad del cuero cabelludo	48 (25)	39 (31)	0 (0)	9 (25)	< 0,001
Exploración anormal de AT	89 (47)	64 (50)	7 (25)	18 (50)	0,015
Síntomas visuales	76 (40)	62 (49)	4 (14)	10 (28)	0,001
Claudicación mandibular/lingual	50 (26)	40 (32)	3 (11)	7 (19)	0,034
Manifestaciones sistémicas, n (%)					
Fiebre	27 (14)	16 (13)	5 (18)	6 (17)	0,54
PmR	113 (59)	62 (49)	24 (86)	27 (75)	< 0,001
Laboratorio					
PCR, mg/dL, mediana [RIC]	2,5 [0,5-7,7]	2,9 [0,4-7,7]	2,2 [0,6-8,0]	2,3 [0,5-6,6]	0,92
VSG, mm 1ºh, media ± DE	56 ± 35	54 ± 34	63 ± 41	56 ± 30	0,26
Tratamiento con prednisona					
Dosis (mg/día), mediana [RIC]	40 [20-45]	40 [30-50]	30 [10-40]	40 [15-45]	0,15
Dosis acumulada (mg), mediana [RIC]	569 [240-1.875]	625 [285-1.925]	330 [169-473]	650 [200-1.875]	0,82
Tiempo (días) desde el inicio de GC hasta la realización de BAT, mediana [RIC]	9 [4-21]	9 [3-17]	8 (5-30)	10 [5-25]	0,45

ACGec: arteritis de células gigantes extracraneal, ACGc: arteritis de células gigantes craneal, ACGmix: arteritis de células gigantes mixta, ACR: American College of Rheumatology, AT: arteria temporal, BAT: biopsia de arteria temporal, EULAR: European League Against Rheumatism, PmR: polimialgia reumática.

P074. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES EN LA BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Julio Sánchez Martín¹, Julia Medina-Valle², Javier Loricera¹, Carmen González-Vela³, Iván Ferraz-Amaro⁴, Diana Prieto-Peña¹, María Fe García-Reija² y Ricardo Blanco¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Departamento de Patología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: La relación entre el tratamiento con glucocorticoides (GC) previo a la biopsia de la arteria temporal (BAT) y un resultado negativo de la misma en la arteritis de células gigantes (ACG) es controvertida. Nuestro objetivo fue evaluar si la dosis acumulada de GC y el tiempo de exposición a los mismos influyen en el resultado de la BAT.

Métodos: Estudio observacional de 191 pacientes con ACG procedentes de la consulta en un hospital de referencia entre enero de 2016 y diciembre de 2022 a los que se les realizó BAT. El diagnóstico de ACG se realizó según a) criterios ACR, y/o b) biopsia de arteria temporal, y/o c) criterios ACR/EULAR2022, y/o d) técnicas de imagen. Las biopsias se seccionaron transversalmente en piezas y se cortaron de bloques de parafina, tiñéndose con hematoxilina-eosina. Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes con BAT positiva y aquellos con BAT negativa.

Resultados: Los 191 pacientes con ACG se dividieron en 2 subgrupos: a) pacientes con BAT positiva (n = 52), y b) pacientes con BAT negativa (n = 139) (tabla), de los cuales 27 (14%) no habían recibido tratamiento previo con GC frente a 164 (86%) pacientes que sí los habían recibido. Los pacientes con BAT positiva presentaban con mayor frecuencia síntomas visuales y/o claudicación mandibular/lingual, mientras que la polimialgia reumática (PmR) fue menos frecuente. La mediana [rango intercuartílico (RIC) 25-75] de la dosis de prednisona en el grupo de BAT negativa fue de 40 [25-40] mg/día, y también 40 [35-60] mg/día en el grupo de BAT positiva. La mediana [RIC] de duración del tratamiento en el primer grupo fue de 11 [4-24] días, mientras que en el segundo grupo fue de 7 [3-13] días. El porcentaje de BAT positivas fue mayor cuanto menor fue el retraso entre el inicio del tratamiento con GC y la BAT, disminuyendo a partir de los 15 días desde el inicio de la terapia con GC (fig.). Por último, se calculó la dosis acumulada de GC antes de la biopsia, con una mediana [RIC 25-75] de 484 [225-1.295]

mg para los pacientes con BAT negativa, mientras que fue de 760 [360-2.185] mg en los casos de BAT positiva.

Características principales de los pacientes con ACG según la BAT

	BAT positiva (n = 52)	BAT negativa (n = 139)	p
Edad (años), media ± DE	77 ± 8	74,2 ± 10	0,11
Sexo, mujeres/varones (% mujeres)	28/24 (54)	92/47 (66)	0,12
Longitud de la BAT (mm), media ± DE	17 ± 6	16, ± 6	0,36
Número de cortes de la BAT, media ± DE	29 ± 7	28 ± 7	0,44
Manifestaciones isquémicas, n (%)			
Cefalea	45 (87)	107 (77)	0,15
Hipersensibilidad de cuero cabelludo	14 (27)	34 (24)	0,73
Exploración anormal de la AT	30 (58)	59 (42)	0,06
Síntomas visuales	32 (62)	44 (32)	< 0,001
Claudicación mandibular/lingual	21 (40)	29 (21)	0,006
Manifestaciones sistémicas, n (%)			
PmR	20 (38)	93 (67)	< 0,001
Fiebre	7 (13)	20 (14)	0,87
Tratamiento con prednisona			
Dosis (mg/día), mediana [RIC]	40 ± [35-60]	40 ± [25-40]	0,053
Dosis acumulada (mg), mediana [RIC]	760 ± [360-2.185]	484 ± [225-1.295]	0,36
Tiempo (días) entre el inicio de los GC y la realización de la BAT, median a[RIC]	7 ± [3-13]	11 ± [4-24]	0,13

AT: arteria temporal, BAT: biopsia de arteria temporal, GC: glucocorticosteroides, PmR: polimialgia reumática, RIC: rango intercuartílico [25-75].

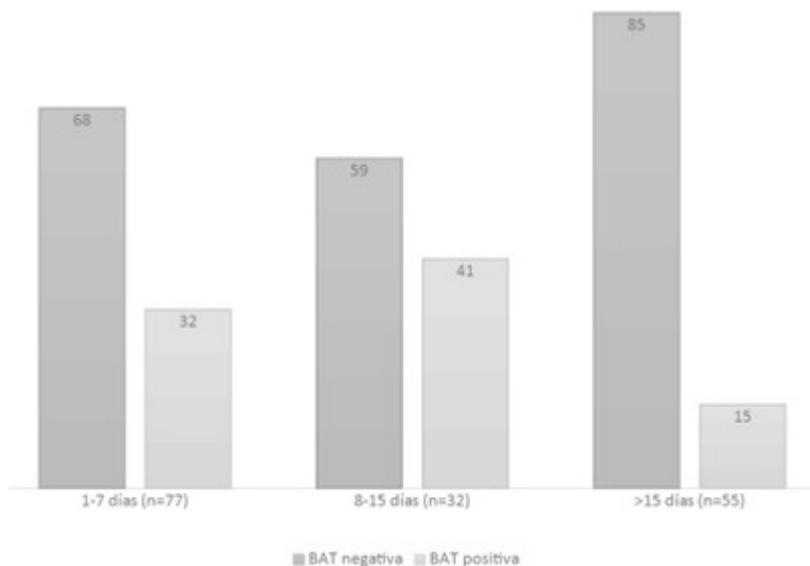
Conclusiones: La mayoría de los pacientes con ACG estaban recibiendo GC en el momento de la BAT. Una exposición más prolongada a los GC aumenta la probabilidad de una BAT negativa.

P075. CONCORDANCIA ENTRE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL ACR DE 1990 Y LOS NUEVOS CRITERIOS DEL ACR/EULAR 2022 EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Julio Sánchez Martín¹, Julia Medina-Valle², Javier Loricera¹, Iván Ferraz-Amaro³, Diana Prieto-Peña¹, María Fe García-Reija² y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL Santander. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

Objetivos: Los criterios de clasificación de las vasculitis, incluida la arteritis de células gigantes (ACG), están en constante revisión. En 2022 se presentaron los criterios del Colegio Americano de Reuma-



P074 Figura. Resultado de la BAT según el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento con GC y la BAT. 164 pacientes fueron tratados con GC antes de la BAT. Todos los datos están en %.

Principales características de los pacientes

	Sospecha diagnóstica de ACG (n = 191)	Criterios ACR1990 (n = 128)	Criterios ACR/EULAR 2022 (n = 155)	ACR1990 negativos ACR/EULAR2022 positivos (n = 30)
Edad (años), media ± DE*†	75 ± 10	75 ± 10	75 ± 10	73 ± 10
Sexo, mujeres/varones	120/71	78/50	96/59	10/20
BAT+, n (%) *†	52 (27)	51 (39)	52 (34)	1 (3)
Signo del halo en arteria temporal por US, n (%) †	37 (19)	29 (23)	37 (24)	10 (59)
Afectación arteria axilar bilateral por US, n (%) †	12 (18)	8 (19)	12 (20)	4 (24)
Actividad aórtica por FDG-PET, n (%) †	43 (43)	30 (48)	37 (44)	7 (33)
Fenotipo de ACG, n (%)				
ACG craneal	127 (66)	95 (74)	108 (70)	16 (53)
ACG extracraneal	28 (15)	6 (5)	14 (9)	8 (27)
ACG mixta	36 (19)	27 (21)	33 (21)	6 (20)
Manifestaciones isquémicas, n (%)				
Cefalea*†	152 (80)	117 (91)	134 (86)	20 (67)
Hipersensibilidad cuero cabelludo†	48 (25)	39 (30)	46 (30)	7 (23)
Claudicación mandibular/lingual†	50 (26)	39 (30)	49 (32)	10 (33)
Síntomas visuales	76 (40)	58 (45)	66 (43)	8 (27)
Pérdida súbita de visión †	44 (23)	35 (27)	40 (26)	5 (17)
Ceguera	16 (8)	12 (9)	14 (9)	2 (7)
Exploración anormal de AT*†	89 (47)	81 (63)	85 (55)	6 (20)
Manifestaciones sistémicas, n (%)				
Fiebre	27 (14)	20 (16)	20 (13)	1 (3)
PmR†	113 (59)	71 (55)	91 (59)	20 (67)
Laboratorio				
PCR, mg/dL, mediana [IQR] †	2,5 [0,5-7,7]	4,2 [1,3-9,0]	3,4 [0,7-7,8]	0,6 [0,4-2,2]
VSG 1h, mediana [IQR]* †	52 [29-82]	63 [41-88]	57 [33-84]	29 [10-44]
Hb, media ± DE	12,4 ± 1,4	12,3 ± 1,4	12,4 ± 1,3	12,6 ± 1,3

*Criterios evaluados en ACR1990. †Criterios evaluados en ACR/EULAR 2022. ACG: arteritis de células gigantes, ACR: American College of Rheumatology, AT: arteria temporal, BAT: biopsia de arteria temporal, EULAR: European League Against Rheumatism, FDG-PET: fluorodeoxiglucosa-positron emission tomography, Hb: Hemoglobina, PCR: proteína C reactiva, PmR: polimialgia reumática, US: ultrasonidos, VSG: velocidad de sedimentación globular.

tología (ACR)/Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR), que renuevan los publicados por el ACR en 1990. Incluyen una gama más amplia de criterios clínicos y pruebas de imagen, como la ultrasonografía (US) y la tomografía por emisión de positrones (PET), lo que ha contribuido al diagnóstico de un mayor número de casos. Nuestro objetivo fue evaluar la concordancia entre los recientes criterios de clasificación de la arteritis de células gigantes ACR/EULAR de 2022 y los criterios del ACR de 1990^{1,2}.

Métodos: Es estudio observacional de pacientes diagnosticados de ACG sometidos a biopsia de la arteria temporal (BAT) entre 2016 y 2022 en un hospital universitario. La concordancia entre ambos conjuntos de criterios se analizó con el índice kappa de Cohen.

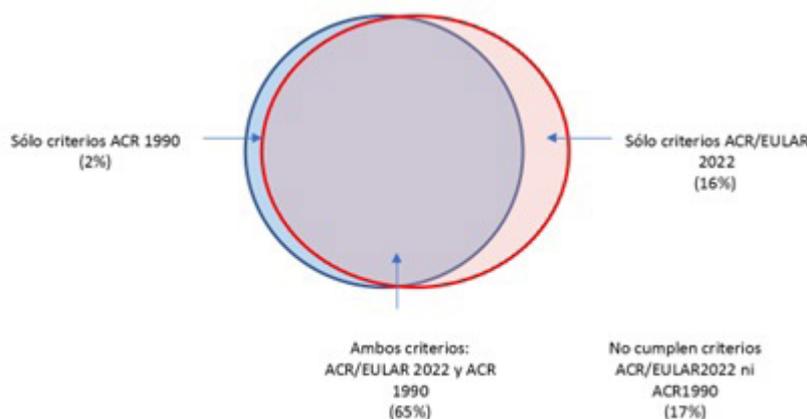
Resultados: Presentamos 191 pacientes (120 mujeres/71 varones) (media ± DE; 75 ± 10 años) con diagnóstico de ACG. Las principales características de los pacientes se muestran en la tabla. El índice Kappa entre ambos criterios ponderado por prevalencia y sesgo fue de 0,654 (grado de acuerdo moderado-alto). Se observó una concordancia global del 83%, con una concordancia específica mayor para

los resultados negativos (88%) que para los positivos (67%). Se observó desacuerdo en el 16% de los pacientes que se consideraron negativos para los criterios ACR 1990 pero positivos para los criterios ACR/EULAR 2022 y en el 2% que se consideraron positivos para los criterios ACR 1990 pero negativos para los ACR/EULAR 2022. ACR/EULAR 2022 mostró una mayor sensibilidad, y 30 pacientes adicionales fueron diagnosticados de ACG con estos criterios de clasificación.

Conclusiones: Se encontró una concordancia moderada-alta entre los criterios de clasificación ACR/EULAR 2022 y ACR 1990. Sin embargo, los criterios ACR/EULAR de 2022 tienen en cuenta una gama más amplia de factores que los criterios ACR de 1990 al introducir hallazgos observados por US. Y PET, lo que aumenta la sensibilidad y permite diagnosticar a un mayor número de pacientes. La ACG craneal fue el fenotipo más frecuentemente observado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponte C, et al. Arthritis Rheumatol. 2022. PMID: 36350123.
2. Hunder GG, et al. Arthritis Rheum. 1990. PMID: 2202311.



% de pacientes con ACG que cumplen los criterios ACR 1990 y/o ACR/EULAR 2022.

P076. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA A LA 2ª Y 3ª DOSIS DE LA VACUNA DEL SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON VASCULITIS DE GRAN VASO

Ester Costa Moya¹, S. Garcia-Cirera¹, . Calvet¹, A. Berenguer-Llargo², C. Galisteo¹, A. Llobell¹, A. Garcia-Pinilla¹ y J. Gratacós¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona.
²Departamento Bioestadístico y Bioinformático de Reumatología. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT). Sabadell.

Introducción: Se conocen distintos factores asociados a peor pronóstico en la infección por SARS-CoV-2 en la población general, como la edad, sexo u otras comorbilidades¹. No obstante, también se ha descrito que tanto las enfermedades reumáticas como algunos de los tratamientos asociados pueden tener un riesgo añadido de mal pronóstico², aunque los resultados existentes no son concluyentes. Hay datos limitados sobre la eficacia de la vacuna del SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumáticas. Así bien, los pacientes con vasculitis de gran vaso (VGV) suelen tener mucha comorbilidad añadida tanto por la edad como por los tratamientos recibidos para la enfermedad, como son principalmente los glucocorticoides (GC).

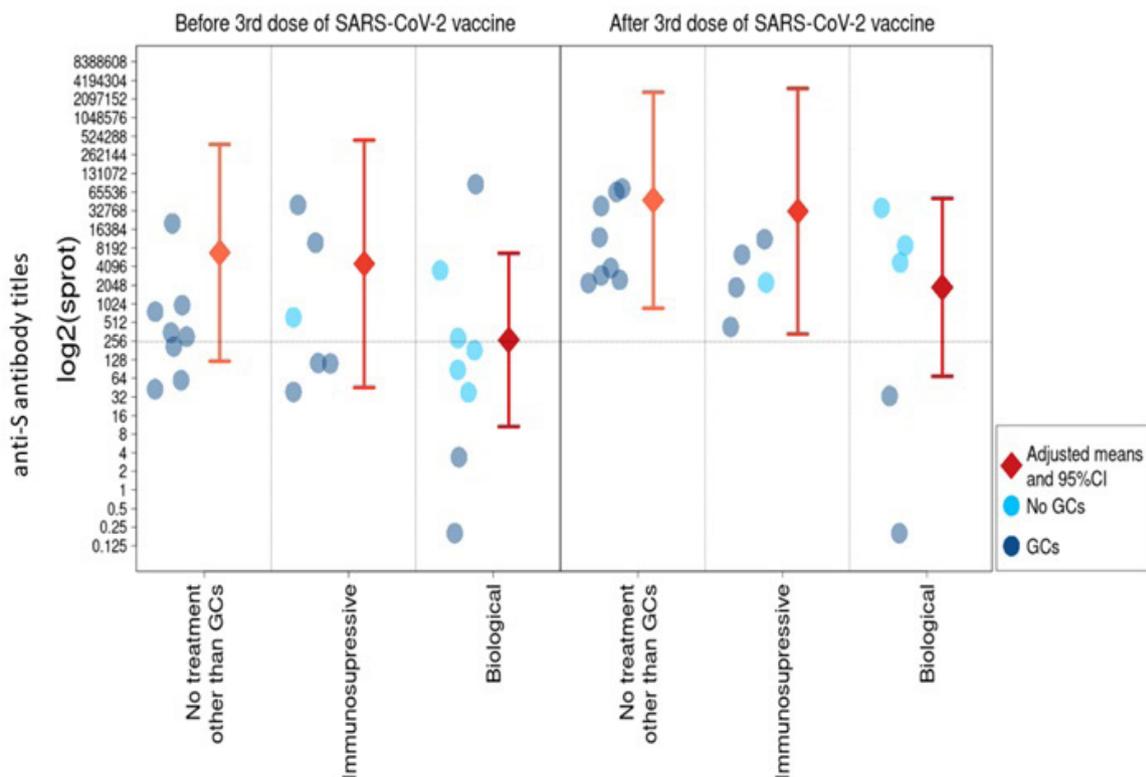
Objetivos: Evaluar la respuesta inmunológica mantenida después de la 2ª y 3ª dosis de la vacuna del SARS-CoV-2 en pacientes con VGV y valorar si existen diferencias según la línea de tratamiento.

Métodos: Estudio transversal para comparar los niveles de anticuerpos (Ac) en pacientes con VGV sin historia previa de infección por SARS-CoV-2 después de la 2ª y 3ª dosis de la vacuna. Los pacientes se distribuyeron según la línea de tratamiento, ya fuera solamente con GC, con fármacos inmunosupresores o con terapia biológica. Se extrajeron muestras sanguíneas entre los 3 y 6 meses después de la 2ª y 3ª dosis para determinar los niveles de Ac anti-S y de los Ac neutralizantes contra las distintas variantes SARS-CoV-2 analizadas (B.1,1529, B.1,1,7, B.1,351, B.1,617.2 y P.1).

Resultados: Fueron incluidos un total de 22 pacientes con VGV (tabla). Se excluyeron pacientes que habían presentado infección clínica por SARS-CoV-2. El 68,2% de los pacientes fueron mujeres. La edad mediana a la 3ª dosis de la vacuna fue de 75,56 años. Los pacientes se dividieron en 3 grupos según el tipo de tratamiento que recibían; en el primero el 36,4% recibían solamente tratamiento con GC, en el segundo el 27,3% recibían tratamiento inmunosupresor y en el tercero el 36,4% estaban en tratamiento con terapia biológica. El 72,7% del total de los pacientes recibían tratamiento concomitante con GC. Después de la 2ª dosis y antes de recibir la 3ª dosis, aquellos pacientes que recibían tratamiento solamente con GC o

Tabla P076
 Descripción de las características de los pacientes incluidos en el estudio según el tratamiento recibido. GC: glucocorticoides

Variables	Grupos	Tratamiento solo con GC n = 8 (36,4%)	Inmunosupresores n = 6 (27,3%)	Terapia biológica n = 8 (36,4%)	Total n = 22
Sexo	Mujer	4 (50,0%)	5 (83,3%)	6 (75,0%)	15 (68,2%)
	Hombre	4 (50,0%)	1 (16,7%)	2 (25,0%)	7 (31,8%)
Edad durante la 3ª dosis de vacuna SARS-CoV-2		77,04 (55,92, 83,89)	76,87 (73,14, 82,09)	74,14 (58,93, 77,15)	75,56 (55,92, 83,89)
Tratamiento con GC	No	0 (0,0%)	1 (16,7%)	5 (62,5%)	6 (27,3%)
	Sí	8 (100,0%)	5 (83,3%)	3 (37,5%)	16 (72,7%)
Tiempo desde la 2ª dosis de vacuna SARS-CoV-2 hasta la primera muestra (meses)		5,72 (5,26, 6,60)	5,59 (5,13, 6,60)	5,68 (4,90, 7,56)	5,70 (4,90, 7,56)
Tiempo desde la 3ª dosis de vacuna SARS-CoV-2 hasta la primera muestra (meses)		4,52 (3,22, 6,05)	5,98 (3,61, 6,51)	3,98 (2,92, 5,26)	4,52 (2,92, 6,51)



P076 Figura. Títulos de anticuerpo anti-S después de la 2ª y 3ª dosis de vacunación de SARS-CoV-2 en pacientes con VGV. GC: glucocorticoides.

inmunosupresores presentaban mayor protección frente a la infección por SARS-CoV-2 respecto aquellos que recibían terapia biológica (fig.). Tras la 3ª dosis se observó un aumento significativo de los niveles de Ac anti-S en los 3 grupos ($p < 0,01$). No obstante, los pacientes que recibían tratamiento con terapia biológica presentaron una menor tendencia a la seroconversión, sobre todo aquellos que recibían además tratamiento con GC ($p = 0,099$), encontrándose los niveles de Ac anti-S debajo de los niveles que ofrecen protección (250). La evaluación de los Ac neutralizantes para las diferentes variantes de SARS-CoV-2, mostraron resultados similares a los encontrados con el anticuerpo anti-S.

Conclusiones: La respuesta mantenida a la vacunación de SARS-CoV-2 en pacientes con VGV es inferior en aquellos que reciben tratamiento biológico y que además estén en tratamiento concomitante con GC. En este subgrupo de pacientes, teniendo en cuenta además su media de edad y comorbilidades asociadas, sería prudente realizar un control más estricto para evaluar la seroconversión cara a plantear medidas de inmunización pasiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kroon FPB, et al. Ann Rheum Dis. 2022.
2. Strangfeld A, et al. Ann Rheum Dis. 2021.
3. Garcia-Cirera S, et al. Sci Rep. 2022.

P077. UTILIDAD DE UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN EL ESTUDIO DE VASCULITIS DE GRANDES VASOS

Hugo Ávalos Bogado, Gustavo Añez Sturchio, Ernesto Trallero Araguás, Esther Espartal López, Sebastián Sandoval Moreno, Daniela Ulloa Navas y Juan José de Agustín de Oro

Hospital Universitari Vall d’Hebron. Barcelona.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la forma más común de vasculitis sistémica primaria en pacientes mayores de

50 años. Las técnicas de imagen (TI) (ecografía (E), resonancia magnética (RM), [18F]-fluorodesoxiglucosa tomografía por emisión de positrones (PET-TAC)) son muy relevantes en el diagnóstico siendo menos invasivas, más sensibles y disponibles que la biopsia de la arteria temporal (BAT) y la angiografía.

Objetivos: Valorar la utilidad de un algoritmo basado en las TI en el estudio de ACG. Evaluar la reducción de costes y exploraciones innecesarias en el proceso diagnóstico.

Métodos: Proyecto dividido en 2 fases. 1ª fase: estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes (p) con sospecha de ACG derivados de consultas externas (CCEE) u hospitalizados del servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel (febrero 2021-diciembre 2022). Se realizó estudio diagnóstico según criterio clínico (E, PET-TAC, BAT). La E se realizó en CCEE de Reumatología, según protocolo estándar. En la 2ª fase se aplica retrospectivamente el algoritmo diagnóstico propuesto (fig.) y se comparan resultados con la fase prealgoritmo. Todos los p dieron su consentimiento.

Resultados: Se incluyeron 40 p (80% mujeres; n = 32 y 20% hombres; n = 8), 34 (85%) de CCEE y 6 (15%) de hospitalización. Edad media 72,55 años. Todos presentaban sospecha clínica alta y el 100% tenía realizada E. Los hallazgos E fueron compatibles con ACG en 10 (25%). Se realizó BAT en 9 (22,5%) con resultados compatibles en 3 (7,5%). Se realizó PET-TAC en 30 p (75%), con resultados concluyentes en 13 (32,5%). Diagnóstico final de ACG en 16p (40%): clínica + E en 1 (6,25%); clínica + E + PET-TAC en 8 (50%); clínica + E + PET-TAC + BAT en 7 (43,75%) (tabla). Clínica inicial de neuritis óptica isquémica (NOIA) en 5 de los 6 p ingresados. 10 de los p diagnosticados recibieron tratamiento corticoideo durante al menos 5 días, previo a la realización de las TI. Al aplicar retrospectivamente el algoritmo en 8 (20%) p que tenían E compatible, no se hubieran requerido más exploraciones adicionales (BAT + PET-TAC en 5 y PET-TAC en 3). El coste máximo es de 1117 € por p (PET-TAC 997 €, la E 70€ y la BAT 50 €). Con el algoritmo se hubieran ahorrado 8.176 €.

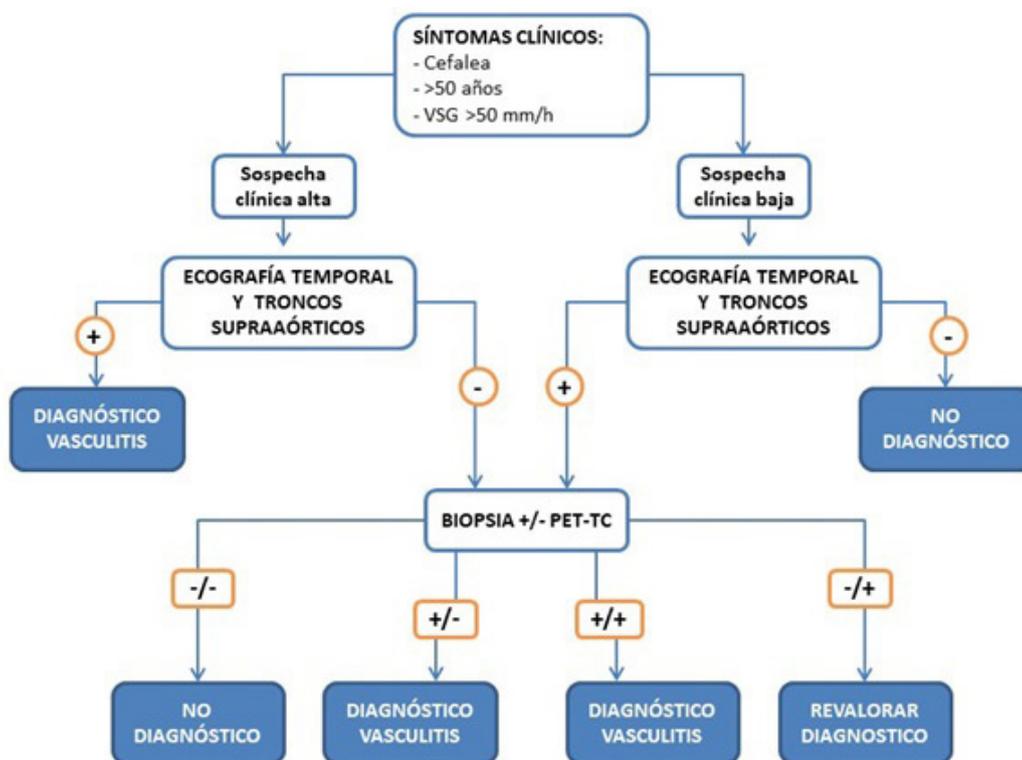


Figura 1. Algoritmo propuesto para el estudio de vasculitis de grandes vasos

P077 Figura. Algoritmo propuesto para el estudio de vasculitis de grandes vasos.

Variables clínicas, exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento.

Variable	Consultas		Total (n = 40; 100%)
	Hospitalizados (n = 6; 15%)	Externas (n = 34; 85%)	
Sexo n, %			
Femenino	6 (15)	24 (60)	40
Masculino	0	8 (20)	
Clínica n, %			
NOIA	5/6 (83)	0	5 (12,5)
No NOIA	1/6 (26,6)	34/34 (100)	35 (87,5)
Exploraciones complementarias n, %			
Ecografía realizada	6/6 (100)	34/34 (100)	40 (100)
Ecografía compatible	2	8	10 (25)
Hallazgos craneales	2	2	4 (10)
Hallazgos extracraneales	0	5	6 (15)
Hallazgos mixtos	0	1	1 (2,5)
PET-TAC realizado	6/6 (100)	24/34 (70,58)	30 (75)
PET-TAC compatible	3	10	13 (32,5)
BAT realizada	4/6 (66,6)	5/34 (14,70)	9 (22,5)
BAT compatible	2	1	3 (7,5)
Diagnóstico final ACG prealgoritmo			
Clínica + E	0	1/34 (2,94)	1/16 (6,25)
Clínica + E + PET-TAC	1/6 (16,6)	7/34 (20,58)	8/16 (50)
Clínica + E + PET-TAC + BAT	4/6 (66,6)	3/34 (8,82)	7/16 (43,75)
Tratamiento n			
GC previo inicio de pruebas	5/6	5/34	10
Bolus GC (500 mg/día × 3 días)	5/6	0	5
Corticoides oral (dosis inicial media 60 mg/día)	0	11/34	11

NOIA = neuritis óptica isquémica; PET-TAC = tomografía por emisión de positrones; BAT = biopsia arteria temporal; E = ecografía; GC = glucocorticoides.

Conclusiones: El uso de un algoritmo representa una forma práctica y aplicable en el proceso diagnóstico de ACG. La E es un método de *screening* útil como parte inicial del estudio reduciendo costes y exploraciones redundantes en pacientes con resultados compatibles y sospecha clínica alta, o descartarla si la clínica y la E son negativas.

P078. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD Y EL PRONÓSTICO SEGÚN EL PATRÓN DE PRESENTACIÓN CLÍNICA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES?

Paula Estrada¹, Javier Narváez², Dacia Cerdà¹, Daniel Roig-Vilaseca¹, Oscar Camacho¹, Vanessa Navarro¹, Sergi Heredia¹, Patricia Moya-Alvarado³, Héctor Corominas³, Joan Miquel Nolla² y Delia Reina¹

¹Complex Hospitalari Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ²Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El conocimiento actual de la arteritis de células gigantes (ACG) demuestra que es una enfermedad mucho más heterogénea de lo que se creía. Al margen de las manifestaciones craneales típicas, gracias al uso creciente de nuevas técnicas de imagen como la ¹⁸F-FDG PET-TC se sabe que afecta también a vasos extracraneales y que en ocasiones se presenta como un síndrome tóxico (o un cuadro de fiebre de origen desconocido) o bien como una polimialgia reumática (PMR) aparentemente pura. En este sentido, en la actualidad se considera que la ACG puede tener diferentes patrones de presentación clínica (craneal, predominantemente extracraneal/PMR con vasculitis subclínica, oculta sistémica), que a menudo se solapan.

Objetivo. Analizar si existen diferencias en la gravedad y supervivencia entre los diferentes patrones de presentación clínica de la ACG.

Métodos: Estudio retrospectivo de 176 pacientes con ACG confirmada (demostración objetiva de la presencia de vasculitis por BAT o pruebas de imagen) con un seguimiento clínico mínimo de 24 meses. Se recogieron datos demográficos, manifestaciones clínicas, tratamiento inicial e información relevante para el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 176 pacientes (59% mujeres) con una edad media (± DE) en el momento del diagnóstico de 76 ± 8 años. La distribución por fenotipos clínicos fue la siguiente: (1) ACG craneal con o sin polimialgia reumática (PMR), (2) ACG extracraneal, (3) ACG oculta, sistémica u oftálmica (tabla). Se realizó una mediana de 51 [RIC 25-75%: 36-76,25] meses de seguimiento, no encontrándose diferencia de años de seguimiento entre grupos. Los grupos se analizaron y compararon para (1) complicaciones agudas: isquémicas graves, enfermedad oclusiva “verdadera” y (2) complicaciones tardías: aneurisma aórtico. Se recogió la supervivencia durante el seguimiento. Las alteraciones visuales fueron más frecuentes en el grupo de ACG craneal (p < 0,001), habiendo así una diferencia significativa también en los grupos para la incidencia de complicaciones isquémicas graves y claudicación de extremidades más presente en el fenotipo extracraneal (p < 0,05). Las dosis iniciales de glucocorticoides no difirieron entre los tres grupos, ni su retirada durante el seguimiento. En la tabla 2 se muestran los datos de mortalidad, tanto general como debidas a complicaciones de la ACG, en los diferentes fenotipos. Al analizar la mortalidad atribuida a ACG, la mortalidad bruta fue del 2,8% (5/176), con una mortalidad anual del 0,85%, y una tasa de mortalidad de 28,4/1.000 pacientes. Globalmente, existe una diferencia en supervivencia (p 0,022) entre los diferentes fenotipos, siendo, en nuestra cohorte, la ACG oculta la que presenta más fallecimientos por cualquier causa.

Tabla 1. Complicaciones graves de la enfermedad en los diferentes fenotipos.

	ACG craneal N = 114	ACG extracraneal N = 34	ACG oculta N = 28	p
Manifestaciones clínicas agudas				
Alteraciones visuales*	47 (41%)	5 (15%)	8 (29%)	.013
Ceguera	27 (24%)	3 (9%)	6 (21,4%)	.601
Accidentes cerebrovasculares	19 (17%)	1 (3%)	3 (11%)	.133
Claudicación de extremidades	3 (2,6%)	4 (12%)	0 (0%)	.029
Manifestaciones clínicas tardías				
Aneurisma / dilatación aórtica	12 (10,5%)	4 (12%)	2 (7%)	.823
Complicaciones clínicas				
Complicaciones isquémicas graves	68 (60%)	10 (29%)	12 (43%)	.005
Enfermedad oclusiva “verdadera”	46 (40%)	7 (20,5%)	9 (32%)	.164
Exitus	17 (15%)	4 (12%)	9 (32%)	.062
Exitus por ACG	3 (2,6%)	0 (0%)	2 (7,1%)	.228
Retirada de GLC	43 (38%)	14 (41%)	12 (43%)	.331

Complicaciones isquémicas graves: si sufrían alteraciones visuales* (amaurosis fugax, pérdida de visión o diplopia), accidentes cerebrovasculares, claudicación mandibular o claudicación de las extremidades, todas si ocurrieron dentro del 1 mes después del diagnóstico. **Enfermedad oclusiva “verdadera”:** si presentaban pérdida visual permanente, accidente cerebrovascular y/o enfermedad oclusiva de las extremidades relacionada con la ACG.

P078 Figura 1

Tabla 2. Mortalidad, por cualquier causa y asociada a ACG para los diferentes fenotipos.

Fenotipo clínico	Seguimiento	Éxito por cualquier causa			Éxito por ACG		
	Meses [IQR 25-75%]	Nº	Tasa de mortalidad, por cada 1.000 pacientes	Anual (%)	Nº	Tasa de mortalidad, por cada 1.000 pacientes	Anual (%)
ACG craneal +/- PMR N=114	40,5 [IQR 25-65]	17	149,12	4,4	3	26,31	0,78
ACG extracraneal N=34	46,5 [IQR 23-79]	4	117,64	3,2	0	0	0
ACG oculta N=28	39,5 [IQR 23-55,5]	9	321,42	9,7	2	71,41	2,17

P078 Figura 2

Conclusiones: Las alteraciones visuales fueron más frecuentes en el fenotipo de ACG craneal. La incidencia de complicaciones isquémicas graves fue más frecuente en el fenotipo de ACG extracraneal. Existe una diferencia en supervivencia (p 0,022) entre los diferentes fenotipos, siendo, en nuestra cohorte, la ACG oculta la que presenta más fallecimientos por cualquier causa. En cualquier caso, estas diferencias no justifican una aproximación terapéutica distinta según el fenotipo clínico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Boysson H, et al. Clin Exp Rheumatol. 2019;37 S117(2):57-60.
2. Breuer GS, et al. Clin Exp Rheumatol. 2020;38 S124(2):210-213.

P079. INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS EN VASCULITIS ANCA+. EFECTIVIDAD EN LOS DIFERENTES SUBTIPOS DE VASCULITIS SEGÚN EL ÍNDICE DE BIRMINGHAM

Fabricio Benavides Villanueva¹, Javier Loricera¹, Santos Castañeda², Cristina Corrales-Selaya¹, Vanesa Calvo-Río¹, Juan Blanco³, N. Avilés-Mendez⁴ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital Universitario La Princesa e IIS-IP. Madrid. ³Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁴Reumatología. Hospital Universitario Perpetuo Socorro. Albacete.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (VAA) incluye la granulomatosis con poliangeitis (GPA), la granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GPEA) y la poliangeitis microscópica (PAM). Éstas pueden ser refractarias al tratamiento inmunosupresor tradicional o asociarse a efectos adversos relevantes. Las inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) pueden constituir una alternativa en estos casos.

Objetivos: Estudiar la efectividad y seguridad de las IgIV en cada subtipo de VAA en un centro de referencia.

Métodos: Estudio observacional de pacientes con VAA tratados con IgIV desde enero de 2000 hasta diciembre de 2021. El diagnóstico de VAA se basó en la presencia de clínica compatible, serología ANCA positiva y/o histología. La actividad de la enfermedad se evaluó con el índice de Birmingham de actividad de vasculitis (BVAS). Las evaluaciones fueron en la visita basal, al mes, 6 meses, 1 y 2 años después del inicio del tratamiento con IgIV. El esquema de tratamiento para las IgIV fue de 2 g/kg peso, administrados en 1-5 días.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes (13 mujeres/15 hombres) con una edad media ± DE de 57,1 ± 18 años. El tipo de VAA más frecuente fue GPA (n = 15, 53,6%), seguido de PAM (n = 10; 35,7%) y GPEA (n = 3, 10,7%). Las características principales se resumen en la tabla. Las principales razones para usar el tratamiento con IgIV fueron: a) presencia de una enfermedad recurrente o refractaria (n = 25); b) presencia (o sospecha) de infección (n = 3); y c) ambas causas (n = 5). Las dosis de IgIV fueron: 0,4 g/kg/día (5 días) (n = 16), 0,5 g/kg/día (4 días) (n = 8) y 1 g/kg/día (2 días) (n = 4). Se observó una mejoría importante, rápida y similar en el BVAS en cada fenotipo clínico (fig.). Tres (10,7%) pacientes desarrollaron eventos adversos leves: cefalea (n = 2), hipertensión (n = 1) y/o erupción cutánea (n = 2). Un paciente desarrolló un cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva y se tuvo que suspender la terapia con IgIV.

Conclusiones: El tratamiento con IgIV es igualmente efectivo y seguro en las VAA, independientemente del subtipo de vasculitis.

Referencias.

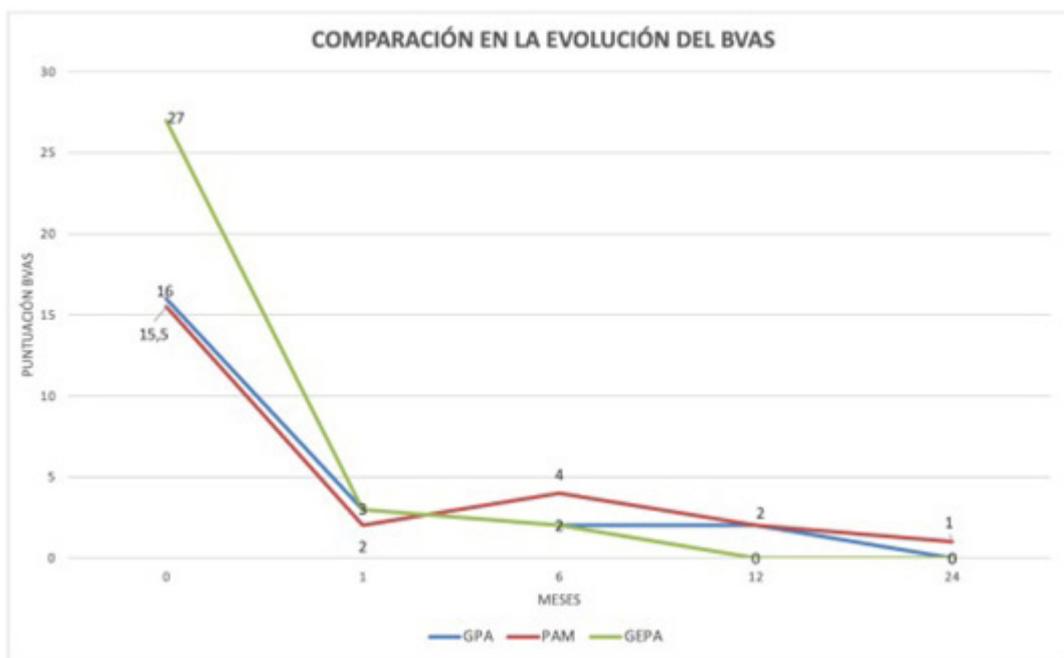
1. Jennette JC, et al. Arthritis Rheum. 2013;65:1-11.
2. Chung SA, et al. Arthritis Rheumatol. 2021;73:1366-83.
3. Crickxx E, et al. Arthritis Rheumatol. 2016;68:702-12.

Tabla P079

Características generales de 28 tratados con Inmunoglobulinas Intravenosas (IgIV)

Características generales	Total (n = 28)	GPA (n = 15)	PAM (n = 10)	GPEA (n = 3)
Edad (años) de diagnóstico de VAA, media ± DE	57,1 ± 18	51,8 ± 16,9	68,5 ± 14,8	45,7 ± 17,9
Hombre/Mujer; n, (% hombre)	15/13 (53,6)	7/8 (46,7)	5/5 (50)	3/0
FFS al diagnóstico de VAA, n (%)				
0	10 (35,7)	9 (60)	1 (10)	0
≥ 1	18 (64,3)	6 (40)	9 (90)	3 (100)
Hallazgos analíticos				
PCR (mg/dL), mediana [RIQ]	11,5 [3,2-23,8]	10,3 [0,6-16,5]	15,4 [6,45-29]	13,1 [2,2-19]
VSG, mm/1 ^{er} hora, mediana [RIQ]	61 [47-110]	54 [33-80]	87 [56,2-125,5]	65 [48-112]
Anti PR3-ANCA, n (%)	11 (39,3)	11 (73,4)	0	0
Anti MPO-ANCA, n (%)	12 (42,8)	2 (13,3)	8 (80)	2 (66,7)
ANCA negativo, n (%)	5 (17,8)	2 (13,3)	2 (20)	1 (33,3)
BVAS, mediana [RIQ]	16,5 [12-20]	16 [11-19]	15,5 [12-17,8]	27 [25,5-28,5]
Tratamiento con IgIV, n (%)				
IgIV solo	7 (25)	5 (33,3)	1 (10)	1 (33,3)
IgIV con corticosteroides	7 (25)	3 (20)	4 (40)	0
IgIV con otras terapias	14 (50)	7 (46,7)	5 (50)	2 (66,4)

ANCA: anticuerpo anticitoplasma de neutrófilos; BVAS: puntuación de actividad de vasculitis de Birmingham; DE: desviación estándar; dL: decilitro; GPEA: granulomatosis eosinofílica con poliangeitis; FFS: five factor score; GPA: granulomatosis con poliangeitis; IgIV: Inmunoglobulinas intravenosas; mg: miligramo; mm: milímetro; MPO-ANCA: ANCA específico para mieloperoxidasa; n = Número; PAM: poliangeitis microscópica; PCR: proteína C reactiva, PR3-ANCA = ANCA específico para proteinasa 3; RIQ: rango intercuartílico; VAA: vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA); VSG: velocidad de sedimentación globular.



P079 Figura. Evolución de la puntuación del BVAS de acuerdo con el fenotipo de VAA.

P080. INCIDENCIA DE VASCULITIS ASOCIADA A ANCA EN EL NORTE DE ESPAÑA.

Salma Al Fazazi¹, Alba Herrero-Morant², Vanesa Calvo-Río², Mónica Renuncio García³, Clara Escagedo Cagigas⁴, Maria Rodriguez Vidriales⁴ y Ricardo Blanco²

¹Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

²Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

³Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

⁴Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) (VAA) incluyen la granulomatosis con polianginitis (GPA), granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GEPA) y la poliangeitis microscópica (PAM). La estimación de la incidencia de las VAA ha sido difícil debido a criterios clasificación variables.

Objetivos: Estimar la incidencia en una cohorte poblacional del norte de España.

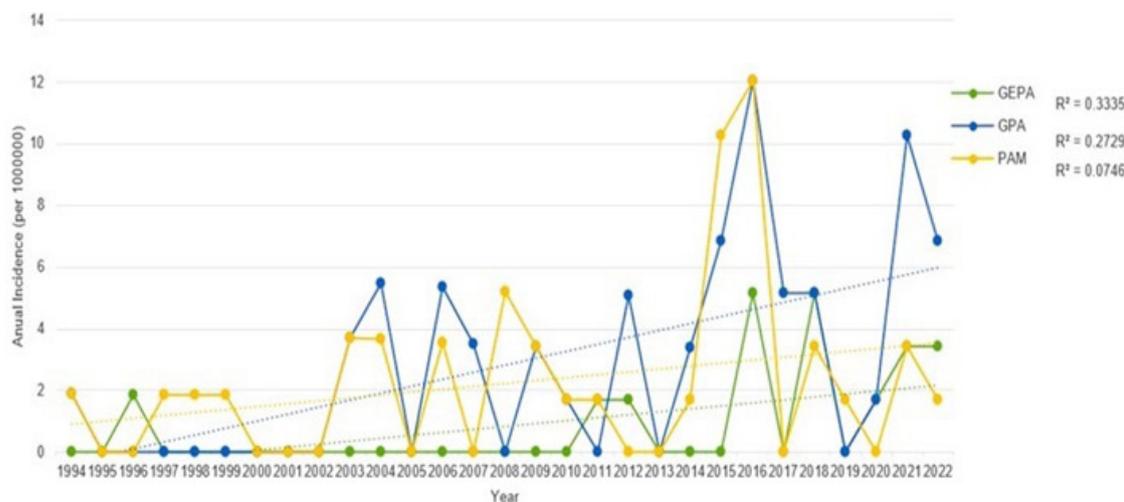
Métodos: Estudio de 132 pacientes diagnosticados de VAA entre los años 1994 y 2022, en un hospital de tercer nivel. Finalmente incluímos 98 pacientes que cumplían los criterios ACR/EULAR 2022¹ de VAA. La incidencia se estimó por sexo, edad y año de diagnóstico.

Resultados: Se diagnosticó de VAA a 98 pacientes (49 mujeres/49 hombres): GPA (n = 47, 48%), PAM (n = 37, 37,8%) y GEPA (n = 14, 14,3%). Se estimaron las incidencias anuales de las VAA de 1994 a 2022 (fig.). La de la GPA fue de 2,81 por 1.000.000 de habitantes, IC95%: 3,77-1,85 (2,82 [4,35-1,29] en varones y 2,80 [4,50-1,09] en mujeres). Se observó una tendencia ascendente en la incidencia anual con tasas que oscilaron entre 1,88 en 1994 y 6,84 en 2022 (correlación débil; r = 0,2729). Por otro lado, la incidencia anual de PAM fue de 2,23 por 1.000.000 de habitantes (1,92 [3,55-0,27] en varones y 2,46 [4,07-0,85] en mujeres). Las tasas oscilaron entre 1,88 en 1994 y 1,71 en 2022 (correlación muy débil; r = 0,0746). En el caso de GEPA, la incidencia anual fue de 0,83 por 1.000.000 de personas, IC95%: 1,72-0,06 (1,22 [2,74-0,30] en varones y 0,46 [2,29-1,37] en mujeres). Hubo una tendencia ascendente en el tiempo con variaciones de 1,88 en 1999 a 3,42 en 2022 (correlación débil; r = 0,3335). En la tabla se resume una comparación entre diferentes áreas geográficas. Se observaron amplias variaciones en la incidencia anual por millón de habitante en todas ellas (GPA 2,1-34; MPA 2,23-10,4; GEPA 0,64-2,7). La incidencia anual más alta de todas las AAV se observó en los países nórdicos y Europa central, mientras que la más baja en el sur de Europa.

Tabla P080

Incidencia de VAA reportados en la literatura en diferentes áreas geográficas

Estudio, año	País, fuente de datos	Periodo de tiempo	Casos incidentes por millón de habitantes GPA	Casos incidentes por millón de habitantes PAM	Casos incidentes por millón de habitantes GEPA
Pearce FA <i>et al.</i> , 2016	Nottingham, Reino Unido, registro poblacional	1656-1663	8,2	13,4	1,5
Nilsen AT <i>et al.</i> , 2020	Tromso, Noruega, registro poblacional	1999-2013	15,6	10,4	2,7
Mohammad AJ <i>et al.</i> , 2009	Lund, sur de Suecia, registro poblacional	1997-2006	9,8	10,1	0,9
Takala JH <i>et al.</i> , 2008	Finlandia, análisis de datos de descarga nacional	1996-2000	9,3	NA	NA
Hellmich B <i>et al.</i> , 2021	Alemania, análisis base de datos de siniestros de seguros	2013-2016	34	13	NA
Dadoniene J <i>et al.</i> , 2005	Vilnius, Lituania, análisis de base de datos hospitalaria	1990-1999	2,1	3	1,3
Panagiotakis SH <i>et al.</i> 2009	Creta, Grecia, análisis de base de datos hospitalaria.	1995-2003	6,6	10,2	NA
Romero-Gómez C <i>et al.</i> , 2004	Malaga, España, estudio poblacional retrospectivo.	1994-2010	2,1	3,4	0,64
Catanaso M <i>et al.</i> , 2014	Reggio Emilia, Italia, análisis de base de datos de altas hospitalarias.	2004-2009	3,4	NA	NA
Vinit J <i>et al.</i> , 2006	Burgundy, Francia, análisis de base de datos de altas hospitalarias.	1998-2008	NA	NA	1,2
Kanecki K <i>et al.</i> , 2018	Polonia, análisis de base de datos de altas hospitalarias.	2008-2013	NA	NA	1,5
Kanecki, K <i>et al.</i> , 2018	Polonia, análisis de base de datos de altas hospitalarias.	2011-2015	7,7	NA	NA
Present study, 2023	Norte de España, análisis retrospectivo poblacional.	1999-2022	2,81	2,23	0,83



P080 Figura. Incidencia anual de VAA en 1994-2022.

Conclusiones: Parece existir un aumento progresivo de la incidencia de VAA a lo largo de los años en la población estudiada. La incidencia anual en nuestra población fue similar a la de otros países del sur de Europa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yazici H, *et al.* Current Opinion in Rheumatology. 2023;35:1-5.

P081. METOTREXATO: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA SEGURA Y EFICAZ EN ENFERMEDAD DE BEHÇET

Clara Moriano Morales, Miriam Retuerto Guerrero, Ismael González Fernández, Carolina Díez Morrondo, Carolina Álvarez Castro y Elvira Díez Álvarez

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) se caracteriza por una gran heterogeneidad clínica. La estrategia terapéutica de la EB podría adaptarse a las necesidades específicas del paciente, en función de fenotipos clínicos, ya que con frecuencia encontramos casos refractarios con solapamiento de diferentes manifestaciones clínicas. Las recomendaciones EULAR sobre el manejo de la EB fueron actualizadas en 2018 y no incluyeron al metotrexato (Mtx) como opción terapéutica, pese a ser un fármaco ampliamente utilizado en Reumatología.

Objetivos: Describir la eficacia y la seguridad del tratamiento con Mtx en pacientes con diagnóstico de EB.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en base al registro de pacientes diagnosticados de EB según los criterios internacionales de 2013 (ICBD), entre 1993 y 2022 en el servicio de Reumatología del Complejo asistencial Universitario de León. Se seleccionaron únicamente pacientes tratados con Mtx, se recopilaron datos clínico-analíticos, así como la respuesta y los efectos adversos al fármaco.

Resultados: Se identificaron 23 pacientes, 100% caucásicos, 78% mujeres, con una mediana de edad de 43,7 (38,4-56) años y 3 (1,7-7,7) años de evolución de la enfermedad al inicio del Mtx. La artritis fue la principal causa de prescripción del fármaco (17/23), seguido del fenotipo mixto cutáneo-articular (4/23), la aftosis oral refractaria (1/23) y la afectación ocular (1/23). El 100% había recibido tratamiento previo con colchicina, el 35% con hidroxicloroquina, el 4,3% con azatioprina, el 13% con apremilast y el 21,7% con terapia anti-TNF. La dosis media de Mtx fue de 12,1 ± 3,2 mg/sem, siendo la presentación subcutánea la forma de administración más frecuente (74%). La supervivencia del fármaco a los 3 y 6 meses fue del 78,3% (18/23) y del 69,6% (16/23), con una mediana de duración del Mtx de 21 (5,8-60,9) meses. La mediana de seguimiento fue de

Características clínicas	n 23
Sexo femenino	18 (78%)
Edad²	43,7 (38,4-56)
Duración de la enfermedad² (años)	3 (1,7-7,7)
Fenotipos clínicos (evolución)	
Mucocutáneo	23 (100%)
Articular	21 (91,3%)
Gastrointestinal	6 (26,1%)
Vascular	4 (17,4%)
Neurológico	2 (8,7%)
Ocular	3 (13%)
Fenotipo clínico al inicio de Mtx	
Articular	17 (74%)
Cutáneo-articular	4 (17,4%)
Cutáneo	1 (4,3%)
Ocular	1 (4,3%)
Duración tratamiento Mtx¹ (mes)	21(5,8-60,9)
Dosis semanal media de Mtx (mg)	12,1±3,2
Administración parenteral (sc)	17 (74%)
Causa suspensión Mtx (n 15)	
Intolerancia digestiva	6 (40%)
Leucopenia	1 (6,7%)
Alteración hepática	2 (13,3%)
Ineficacia	4 (26,7%)
Mejoría / Remisión clínica	2 (13,3%)
Tratamiento previo o actual	
Colchicina	23 (100%)
Hidroxicloroquina	8 (34,8%)
Azatioprina	3 (13%)
Apremilast	7 (3,4%)
Anti-TNF	9 (39,1%)
Inhibidor IL-1	1 (4,3%)
Inhibidor IL-6	2 (8,7%)
Anti IL12/23	5 (21,7%)
Ciclofosfamida	2 (8,7%)
Otros ³	4 (17,4%)

¹Mediana (IQR), o número (%); ²Al inicio del Mtx; ³Otros: talidomida, ciclosporina sales de oro, salazopirina.

Características clínicas de 23 pacientes con EB tratados con metotrexato.

67,2 (29,7-153,8) meses, suspendiéndose el tratamiento en 15 pacientes (2/3 de la muestra). La causa de suspensión fue por mejoría en el 13,3% (2/15), intolerancia digestiva o efecto adverso leve en el 60% (9/15) e ineficacia o aparición de nuevas manifestaciones clínicas en el 26,7% (4/15) (tabla). 8 pacientes siguen en tratamiento activo: 6 en monoterapia, 1 en combinación con antiTNF y otro en combinación con apremilast e inhibidor de IL6. En el subanálisis de los 21 pacientes con clínica articular (fenotipos articular y mixto cutáneo-articular), presentaron mejoría el 71,4% (15/21) y no se observó respuesta en el 9,5% (2/21), sin poder valorarse el efecto del fármaco en el 19,1% de la muestra (4/21) por intolerancia digestiva precoz.

Conclusiones: Pese a no estar incluido como estrategia terapéutica en las últimas recomendaciones EULAR 2018, el Metotrexato parece un tratamiento eficaz en pacientes con EB caucásicos, sobre todo frente al fenotipo articular, con un aceptable perfil de seguridad.

P082. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS EN PACIENTES CON PÓLIPOS NASALES Y ASMA. ESTUDIO EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Fabricio Benavides Villanueva¹, Javier Loricera¹, Vanesa Calvo-Río¹, Daysi Eliana Andia Aldana² y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL Santander. ²Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GPEA) se incluye en el grupo de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (VAA), según la clasificación de Chapel Hill. La GPEA afecta principalmente a pacientes con antecedentes de asma, sinusitis, rinitis alérgica y poliposis nasal^{1,2}.

Objetivos: a) Evaluar la prevalencia de GPEA en pacientes con antecedentes de pólipos nasales y asma y, b) identificar la proporción de ANCA positivos (ANCA+) en este grupo de pacientes y c) evaluar los hallazgos histológicos de los pólipos de pacientes con GPEA.

Métodos: Estudio observacional de pacientes con antecedente de asma y pólipos nasales con estudio histológico de los mismos en un centro de referencia entre enero-2021 y diciembre-2022. Se incluyeron las biopsias con agregados de eosinófilos. Todas las biopsias de pólipos nasales fueron examinadas por el mismo patólogo experto. Los ANCA se determinaron mediante ensayo de quimioluminiscencia (IO-FLASH; Inova, San Diego, CA). También estudiamos las características de 14 pacientes diagnosticados de GPEA en nuestro hospital. El diagnóstico de GPEA se basó en los criterios ACR/EULAR 2022 (3). La actividad de la enfermedad se evaluó a través del índice de actividad de Birmingham (BVAS).

Resultados: Se estudiaron 123 biopsias de pólipos nasales con agregados de eosinófilos, de los cuales 23 (19%) pacientes tenían antecedentes de asma. De estos 23 pacientes, a) 1 (4,3%) era ANCA+ (MPO-ANCA), b) ninguno reunía criterios de clasificación de GPEA, c) 7 (30,4%) tenían más de 20 agregados de eosinófilos/campo en la biopsia de los pólipos y, d) ninguno tenía datos histológicos de vasculitis. Se revisaron además los 14 pacientes diagnosticados de GPEA de nuestro hospital (tabla). Al diagnóstico, la mediana de la puntuación BVAS [RIC] era de 7,5 [3-10,2]. Cuatro (28,6%) de ellos tenían biopsia de pólipos, observándose agregados de eosinófilos en 2 pacientes. Ninguno presentó signos histológicos de vasculitis.

Conclusiones: Según los datos de nuestra serie, a pesar de ser frecuentes los agregados de eosinófilos en la biopsia de pólipos nasales, es excepcional que estos pacientes cumplan criterios de vasculitis o presenten ANCA+. En los pacientes con GPEA la biopsia de pólipos parece tener escasa relevancia. Por lo tanto, no es una técnica rentable para el despistaje ni para confirmar el diagnóstico de GPEA.

Características generales de los 14 pacientes diagnosticados de GPEA en nuestro hospital, al diagnóstico

Características	Pacientes (n = 14)
Edad, media ± DE	57,4 ± 16
Hombre/Mujer n, (% hombre)	10/4 (71,4)
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Ocular	4 (28,6)
SNC/SNP	4 (28,6)
ORL	7 (50)
Musculosquelético	5 (35,7)
Pulmonar	12 (85,7)
ANCA-test resultados, n (%)	
MPO-ANCA	10 (71,4)
PR3-ANCA	0
Ninguno	4 (28,6)
PCR (mg/dL), mediana [RIQ]	1,4 [0,4-3,9]
VSG, mm/1ª hora, mediana [RIQ]	37 [25,75-62,75]
Eosinofilia sérica (mg/dL), mediana [RIQ]	1,2 [0,3-2,7]
BVAS, mediana [RIQ]	7,5 [3-10,2]
FFS, n (%)	
0	8 (57,1)
≥ 1	6 (42,9)
Biopsia de pólipos, n (%)	
Biopsias realizadas	4 (28,6)
Infiltrados inflamatorios (agregados eosinófilos)	2 (50)
Vasculitis histológica	0 (0)

ANCA: anticuerpo anticitoplasma de neutrófilos; BVAS: escala de actividad de vasculitis de Birmingham; DE: desviación estándar; dL: decilitro; FFS: puntuación del test *Five factor score*; mg: miligramo; mm: milímetro; MPO-ANCA = ANCA específico para mieloperoxidasa; n = número; SNP: sistema nervioso periférico; ORL: otorrinolaringológica; PCR: proteína C reactiva; PR3-ANCA = ANCA específico para proteinasa 3; RIQ: rango intercuartilico; SNC: sistema nervioso central; VSG: velocidad de sedimentación globular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contro G, et al. Clin Rheumatol. 2021;40:1949-57.
2. Brescia G, et al. Am J Otolaryngol. 2020;41. PMID: 32810787.
3. Grayson PC, et al. Arthritis and Rheumatology. 2022;74:386-92.

P083. VASCULITIS ASOCIADA A ANCA (VAA) Y AFECTACIÓN RENAL EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Vanesa Calvo Del Río¹, Salma Al Fazazi², María Rodríguez-Vidriales³, Clara Escagedo³, Mónica Renuncio-García⁴, Luis Martín-Penagos³, Diana Prieto¹, Juan Irure-Ventura⁴, Gema Fernández-Fresnedo³, Emilio Rodrigo³, Juan Carlos Ruiz³ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL Santander. ²Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL Santander. ³Immunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL Santander. ⁴Reumatología. Hospital Universitario. Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El fenotipo clínico y gravedad de la afectación renal de las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) es muy variable, probablemente debido a un sesgo de series procedentes de servicios de referencia únicamente de nefrología, o a la falta de uniformidad en los criterios de clasificación de las VAA¹⁻³.

Objetivos: Establecer el espectro clínico actual de la enfermedad renal de las VAA en una unidad multidisciplinaria (reumatología y nefrología), reclasificados con los criterios actuales.

Métodos: Inclusión de todos los pacientes clasificados con VAA entre 1994 y 2022 en un hospital Universitario. La granulomatosis con poliangitis (GPA), la poliangitis microscópica (PAM) o la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GPEA) se reclasificaron de acuerdo con los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2022.

Resultados: Se observó enfermedad renal en 82 de 132 (62,1%) con VAA (44 mujeres/38 hombres), mediana de edad de 61,4 años (rango 24-87 años). La tabla resume los principales resultados clínicos. La VAA subyacente de los 82 casos fue PAM (n = 43; 52,4%), de ellos, 18 pacientes (21,9%) tenían vasculitis limitada al riñón (GNRP) 27, GPA (32,9%) y 4 GPEA (4,9%). Los anticuerpos ANCA más frecuentes fueron

los antimieloperoxidasa (MPO) (64,6%), antiproteinasa-3 (PR3) (26,8%) y doble positividad en 3 pacientes (2 MPO y PR3; y 1 MPO y MBG). El síndrome nefrítico fue la manifestación renal más común (56,1%). Se realizó biopsia renal en 44 pacientes (glomerulonefritis pauciinmune con semilunas en 36 casos). Los 38 pacientes restantes no se biopsiaron debido a desacuerdo del paciente, enfermedad renal leve o contraindicación para la biopsia. Los tratamientos más utilizados fueron: corticoides (100%), ciclofosfamida (46,3%), azatioprina (35,4%), rituximab (34,1%) y micofenolato mofetilo (23,2%). La infección grave fue el principal efecto secundario grave, notificado en 26 pacientes (31,7%). Tras una mediana de seguimiento de 6,2 años (rango: 7 días-22,9 años), la última mediana de creatinina y filtrado glomerular (TFG) fue de 1,4 mg/dl y 43 ml/min, respectivamente. La función renal empeoró en comparación con la basal en el 78,3% de los MPO y solo en el 33% de los PR3 (p = 0,005). También fue peor en la PAM que en la GPA o GEPA (76,3%, 47,4% y 50%, respectivamente, empeoraron la TFG desde el inicio). Se requirió diálisis en 16 (19,5%) pacientes, que eran según ANCA (13 MPO, 3 PR-3), y según subtipo de VVA (9 PAM, 4 GNRP, 3 GPA). Se realizó trasplante en 8 casos (9,7%) (7 MPO y 1 PR3) (5 PAM, 2 GNRP, 1 GPA). Fallecieron 6 pacientes, todos MPO (4 PAM, 2 GNRP). La remisión (estabilidad o mejoría de la función renal) se logró en 25 (30,5%) pacientes (21,4% MPO y 56,5% PR3) (19,6% PAM, 52,2% GPA y 28,2% GEPA) mientras que se observaron recaídas en 17 pacientes (20,7%) (13 MPO y 4 PR3) (8 PAM, 7 GPA y 1 GEPA).

Principales hallazgos clínicos y desenlaces de pacientes con VAA y enfermedad renal

	VAA con enfermedad renal (n = 82)
Biopsia renal; n (%)	44 (53,66%)
ANCA; n (%)	
MPO	53 (64,6%)
PR3	22 (26,8%)
Doble positivo	3 (3,65%)
Diagnóstico; n (%)	
PAM	43 (52,4%)
GNRP	18 (21,9%)
GPA	27 (32,9%)
GEPA	4 (4,9%)
Otras enfermedades	8 (9,8%)
Afectación renal; n (%)	
Síndrome nefrítico	46 (56,1%)
Proteinuria > 3,5 g/24h	3 (3,6%)
Hematuria aislada	5 (6,1%)
Evolución; n (%)	
Diálisis	16 (19,5%)
Trasplante	8 (9,7%)
Remisión	25 (30,5%)
Recaídas	17 (20,7%)
Exitus	6 (7,3%)

Conclusiones: Una proporción importante de pacientes con VAA presentó afectación renal. Un 30% consiguió una remisión total pero casi el 20% y 10% precisó diálisis o trasplante respectivamente, respectivamente. Por lo tanto, las VAA pueden beneficiarse del manejo multidisciplinar (reumatología y nefrología), para establecer un diagnóstico precoz y un seguimiento y tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Suppiah R, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81:321-6.
- Robson JC, et al. Arthritis Rheumatol, 74: 393-9.
- Grayson PC, et al. Arthritis Rheumatol, 74: 386-92.

P084. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS VASCULITIS ANCA+. ESTUDIO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

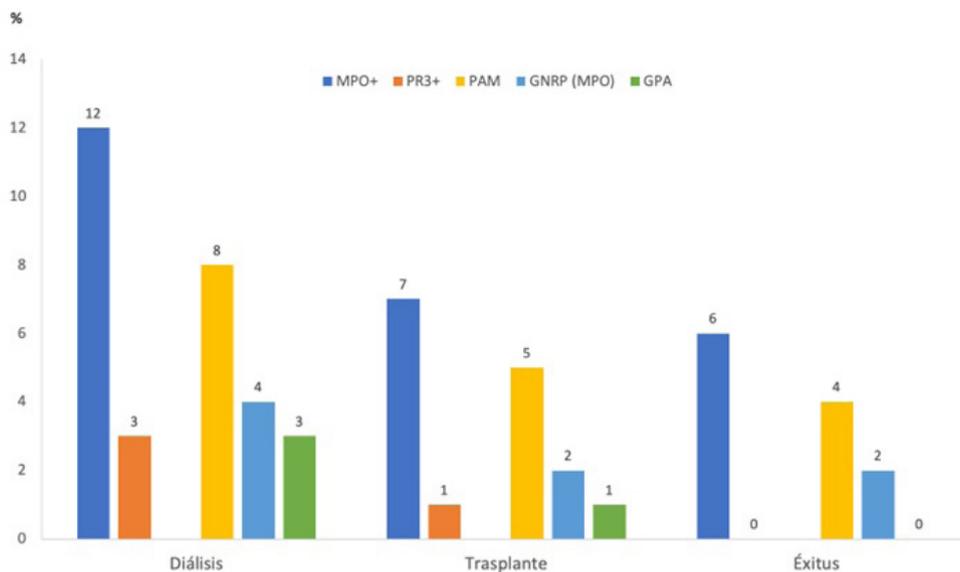
Fabricio Benavides Villanueva¹, Javier Loricera¹, Vanesa Calvo-Río¹, Juan Irure-Ventura², Marcos López Hoyos² y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (VAA) se caracterizan por la presencia de anticuerpos contra antígenos de los gránulos citoplasmáticos de los neutrófilos. Estos anticuerpos pueden estar desencadenados por diferentes agentes, como los microorganismos y determinadas vacunas, como la infección por coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

Objetivos: Comparar: a) la proporción de ANCA positivos (ANCA+) en 2019 (prepandemia COVID-19) vs. 2021 (pandemia COVID-19), b) identificar las características clínicas y c) comparar la actividad de la VAA entre los pacientes con vasculitis relacionadas con la vacunación de COVID-19 con las no relacionadas.

Métodos: Se revisaron todas las pruebas ANCA realizadas en los años 2019 y 2021 de un hospital universitario. Estudiamos 18 pacientes ANCA+ diagnosticados en 2021 que aceptaron participar en el presente estudio. Se dividieron en dos grupos: a) ANCA+ después de la vacuna de ARNm de SARS-CoV-2 (relacionada con COVID_{vac}) y b) ANCA+ antes de la vacuna de COVID-19 (no relacionada con COVID_{vac}). El diagnóstico de VAA se basó en los criterios ACR/EULAR 2022. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el índice de Birmingham para la actividad de vasculitis (BVAS). La prueba de ANCA se realizó mediante ensayo de quimioluminiscencia (IO-FLASH; Inova, San Diego, CA).



P083 Figura. Evolución de las vasculitis ANCA con afectación renal.

Características generales de los 18 pacientes con +ANCA diagnosticados en 2021

Características	Todos los casos (n = 18)	Relacionados COVID _{vac} (n = 13)	No relacionados COVID _{vac} (n = 5)	p*
Edad (años), media ± DE	62 ± 17	67 ± 15,3	52 ± 16,5	0,167
Hombre/Mujer n, (% hombre)	10/8 (55,6)	9/4 (69,2%)	¼ (20)	0,067
Resultado del test ANCA, n (%)				
MPO-ANCA	9 (50)	7 (53,8)	2 (40)	0,609
PR3-ANCA	8 (44,4)	5 (38,5)	3 (60)	0,423
Ambos	1 (5,6)	1 (7,7)	0	-
PCR (mg/dL), mediana [RIQ]	2,4 [0,4-10,7]	3,8 [0,4-10,1]	1 [0,4-10,9]	0,802
VSG, mm/1ª hora, mediana [RIQ]	50 [25-104]	47 [25,3-71,8]	50 [25-120]	0,634
BVAS, mediana [RIQ]	6,5 [4,2-8]	7 [4-8]	5 [5-8]	0,842
FFS, n (%)				
0	3 (16,7)	2 (15,4)	1 (20)	0,819
≥ 1	15 (83,3)	11 (84,6)	4 (80)	0,819
Órganos afectados, n (%)				
ORL	12 (66,7)	10 (76,9)	2 (40)	0,148
MSK	11 (61,1)	7 (53,8)	4 (80)	0,322
SNC/SNP	10 (55,6)	7 (53,8)	3 (60)	0,819
Pulmón	9 (50)	6 (46,2)	3 (60)	0,609
Riñón	8 (44,4)	7 (53,8)	1 (40)	0,208
Ojos	2 (11,1)	2 (15,4)	0	0,366
Piel	2 (11,1)	0	2 (40)	0,019

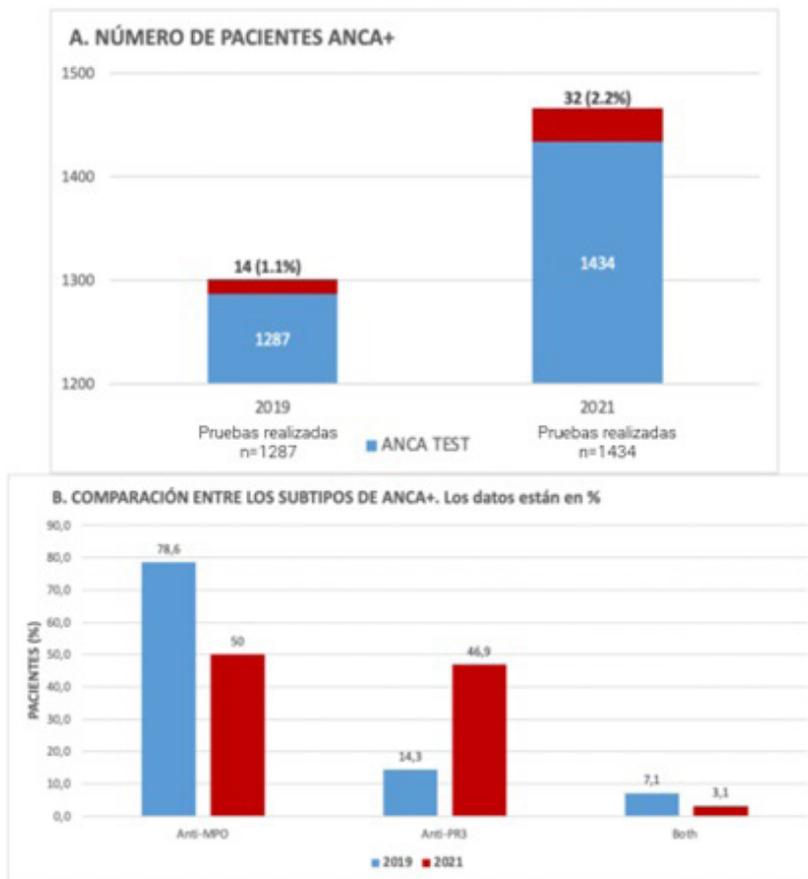
*p: resultados de acuerdo con la prueba de Man Whitney. ANCA: Anticuerpo anticitoplasma de neutrófilos; BVAS: puntuación de actividad de vasculitis de Birmingham; dL: decilitro; FFS: puntuación del five factor score; g: gramo; mg: miligramo; MPO-ANCA = ANCA específico para mieloperoxidasa; MSK: musculoesquelético; n = Número; SNC: sistema nervioso central; SNP: sistema nervioso periférico; PCR: proteína C reactiva; PR3-ANCA = ANCA específico para proteinasa 3; RIQ: rango intercuartílico; SD: desviación estándar; VAA: vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA); VSG: velocidad de sedimentación globular.

Resultados: Los ANCA fueron positivos en 14 de 1.287 casos de pacientes que se han realizado los anticuerpos ANCA (1,1%) en 2019 y en 32 de 1434 (2,2%) en 2021 (fig.). Las diferencias fueron estadísticamente significativas (p = 0,020). Las características principales de los 18 pacientes ANCA+ en 2021 se resumen en la tabla. Solo 1 paciente (18%) ha reunido criterios EULAR de algún tipo de VAA, además este se encuentra en el grupo de los pacientes relacionados con COVID_{vac}. Los pacientes relacionados con COVID_{vac} vs. los no relacionados mostraron una mediana mayor de BVAS (7 vs. 5 puntos, p = 0,842).

Conclusiones: En el período de pandemia COVID-19 (2021), se observa un aumento de ANCA+, a expensas de los anti-PR3. En este período de pandemia, los pacientes ANCA+ relacionados con COVID_{vac} presentan una tendencia a una mayor actividad según la puntuación BVAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Damoiseaux J, et al. Autoimmunity Reviews. 2021. PMID 34896650.
2. Irure-Ventura, et al. Science. 2022. PMID 35937087.



Comparación de la positividad y subtipos de ANCAs entre los períodos prepandemia COVID-19 (2019) vs. Y pandemia COVID-19 (2021).

P085. SOSPECHA CLÍNICA Y PRUEBAS DE IMAGEN
¿ES IMPRESCINDIBLE LA BIOPSIA PARA EL DIAGNÓSTICO
DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES?

Paula Valentina Estrada Alarcón¹, Patricia Moya², Javier Narváez³, Carmen Moragues³, Vanessa Navarro¹, Oscar Camacho¹, Daniel Roig¹, Dacia Cerdà¹, Sergi Heredia¹, Delia Reina¹ y Hèctor Corominas²

¹Complex Hospitalari Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La ecografía vascular, de arterias temporales y axilares, podría evitar la biopsia temporal para el diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG) en algunos casos específicos. El 18-FDG-PET-TC puede ayudar en los casos que la clínica o la ecografía no sean del todo orientativos. Otros grupos han consolidado este concepto, y aportan un valor añadido a realizar un score clínico pretest¹.

Objetivos: Realizar una prueba de concepto del algoritmo propuesto por el grupo investigador (fig.). Contrastar nuestro algoritmo con el Southend Pretest Probability Score (SPPT). De los pacientes con diagnóstico de ACG, y ecografía negativa, analizar cuántos tienen un 18-FDG-PET-TC positivo para vasculitis. **MÉTODO:** Estudio prospectivo de pacientes derivados con sospecha de ACG. A todos se les realiza una analítica, ecografía y biopsia de arteria temporal. Se solicita 18-FDG-PET-TC a criterio médico. La ecografía es de las arterias temporales común, parietal, frontal y axilares (total 8 arterias). El diagnóstico se hizo en base al criterio médico-histológico. A los pacientes se les agrupó en 6 grupos, según baja o alta sospecha clínica de ACG y el resultado de la ecografía, que podía ser positiva, indeterminada o negativa: sospecha alta: presencia de cualquiera de las siguientes manifestaciones clínicas 1) síntomas cefálicos exclusivos (cefalea de instauración reciente, claudicación mandibular o alteraciones visuales), 2) con polimialgia reumática, según criterios EULAR/ACR 2012, 3) síndrome febril inespecífico, una vez descartadas causas infecciosas y siendo negativo el cribado por neoplasias 4) ictus, sin antecedentes cardiovasculares relevantes ni hallazgos de etiología aterogénico después de estudio dirigido. Sospecha baja: pacientes con sospecha por síntomas distintos a los comentados en el punto anterior (p.ej: despistaje de estudio de cefalea, anemia, elevación de RFA). Ecografía positiva: presencia de signo del halo según establecida por OMERACT² en 3 o más de las 8 arterias exploradas. Ecografía indeterminada: signo del halo en 1 o 2 de las 8 arterias exploradas. Eco negativa: sin hallazgos patológicos.

Resultados: Se recogen datos de 53 pacientes (tabla) sin diferencia de la media de edad entre los grupos. Con la sospecha clínica inicial, se inició glucocorticoides a 20 (37,7%) pacientes. El algoritmo mostró una sensibilidad de 82,35% y una especificidad del 84,21% para el diagnóstico de ACG con ecografía. De los pacientes con ecografía indeterminada o negativa y biopsia negativa, que finalmente se diagnostican de ACG (n = 7), el CT-PET fue positivo para vasculitis en n = 6 (85,7%) afectando la aorta torácica en el 76,9% de pacientes.

Conclusiones: En situaciones de alta sospecha clínica, el algoritmo propuesto nos puede proporcionar suficiente información para el diagnóstico de ACG; y si la sospecha es baja, una ecografía negativa puede descartar el diagnóstico. Tanto el SPPT como nuestro algoritmo deja a los pacientes de clínica/ecografía intermedia/indeterminada en necesidad de realizar una biopsia u otra prueba de imagen, en nuestro caso, 18-FDG-PET-TC. El 18-FDG-PET-TC puede ser de utilidad en aquellos pacientes con alta sospecha y eco negativa o indeterminada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastian A, et al. RMD Open 2020;6.
2. Chrysidis S, et al. RMD Open 2018;4.

Figura 1. Algoritmo propuesto para el diagnóstico de ACG en práctica clínica diaria.

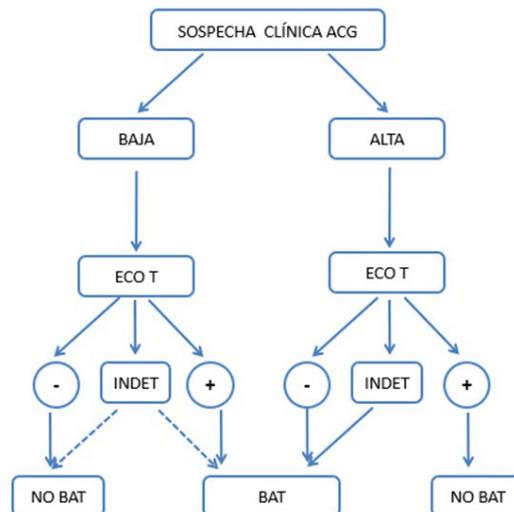


Tabla 1. Características generales de los pacientes, n=53

DEMOGRÁFICOS	
Edad, años (DE)	74,7 (19,5)
Sexo femenino, n (%)	32(60,4)
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
Cumplen criterios clasificación ACR 1990, n (%)	28 (53,9)
Cefalea, n (%)	34 (65,4)
Polimialgia reumática, n (%)	14 (26,9)
Eventos isquémicos, n (%)	17 (32,1)
Claudicación de extremidades superiores, inferiores, n (%)	5 (9,6)
Fiebre de origen desconocido, n (%)	12 (23,1)
PARÁMETROS ANALÍTICOS	
VSG, mm/h (DE)	74,6 (34,1)
Proteína C reactiva mg/L mediana [RIC Q1-Q3]	35 [8,75-72]
Hemoglobina, g/L (DE)	11,8 (1,6)
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
Biopsia de arteria temporal positiva, n (%)	18 (34,6)
Dosis acumulada de GLC* previo a la biopsia, mg [RIC 25-75%]	480 [40-1500]
Días desde la sospecha hasta la biopsia [RIC 25-75%]	12 [6-19,5]
Ecografía de arterias temporales y axilares, n (%)	Positiva 18 (34,6) Indeterminada 12 (23,1) Negativa 21 (40,4)
Southend Probability Pretest Score**, n (%)	HR 23 (43,4) IR 17 (32,1) LR 13 (24,5)
18-FDG-PET-TC***, n (%)	Positivo 13 (39,4)
Dosis acumulada de GLC* previo al PET-TC, mg [RIC 25-75%]	900 [55-1295]
Días desde la sospecha hasta el PET-TC [RIC 25-75%]	27 [4-72]

*Incluidos los pacientes que reciben bolo e.v. **SPPT se considera LR (low risk) si <9 puntos, IR (intermediate risk) si 9-12 puntos, HR (high risk) si > 12 puntos. ***Se realizó 18-FDG-PET-TC a 33 pacientes.

P086. IMPORTANCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS EN LAS MANIFESTACIONES VASCULARES TROMBÓTICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Miriam Retuerto Guerrero, C. Moriano Morales, I. González Fernández, C. Díez Morrondo, C. Álvarez Castro y E. Díez Álvarez

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) destaca por una gran heterogeneidad clínica, entre la que podemos encontrar manifestaciones vasculares con predominio de los fenómenos trombóticos y de la afectación venosa sobre la arterial. Los anticuerpos antifosfolípidos (AAF) -incluidos los anticardiolipina (aCL), antiβ2-glicoproteína I (β2-GPI) y anticoagulante lúpico (AL)- se detectan en diversas enfermedades autoinmunes sistémicas y contribuyen a la aparición de trombosis. En la EB se ha observado una mayor frecuencia de AAF

	AAF (+) n=7	AAF (-) n=38	p valor
Edad	42,6 (37,3-58,7)	38,3 (33-44,8)	NS
Sexo femenino	3 (57,1)	31 (81,6)	0.07
Tipo de Anticuerpos antifosfolípido			
Anticoagulante lúpico	4	-	
Anticardiolipina IgG	1	-	
Anticardiolipina IgM	2	-	
Antiβ2-glicoproteína IgG	1	-	
Antiβ2-glicoproteína IgM	0	-	
Fenotipos clínicos de EB			
Mucocutáneo	7 (100)	38 (100)	NS
Articular	2 (28,6)	17 (44,7)	NS
Vascular	1 (14,3)	6 (15,8)	NS
Digestivo	1 (14,3)	5 (13,2)	NS
Neurológico	0 (0)	2 (5,3)	NS
Ocular	0 (0)	3 (7,9)	NS
HLAB51 positivos/testados	5/7 (71,4)	13/35 (37,1)	0,103
Pacientes con eventos tromboticos	1 (14,3)	6 (15,8)	NS

P086 Figura. Variables clinicoanalíticas de 45 pacientes con EB testados para AAF. Los valores se muestran en mediana (IQR) o número (%).

respecto a controles sanos sin que esté claro su relevancia, ya que la mayoría de las trombosis en la EB se atribuyen a lesión endotelial secundaria a vasculitis y responden mejor a glucocorticoides e inmunosupresores que a anticoagulantes. Por todo ello, es importante determinar el papel de los AAF para un mejor abordaje de los pacientes con EB.

Objetivos: Describir la prevalencia y el potencial efecto trombotico de los AAF en pacientes caucásicos con diagnóstico de EB.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en base al registro de pacientes diagnosticados de EB según los criterios internacionales de 2013 (ICBD), entre 1993 y 2022 en el servicio de Reumatología del Complejo asistencial Universitario de León. Se seleccionaron únicamente pacientes caucásicos en los que se hubiesen determinado AAF y confirmado la positividad a las 12 semanas. El análisis estadístico se realizó mediante el test exacto de Fisher para variables cualitativas y el test U de Mann Whitney para variables cuantitativas.

Resultados: Los AAF se testaron en 45 pacientes, 75,5% mujeres, con una edad media de 40,5 ± 11,5 años, resultandos positivos en el 15,6% (7/45) (tabla). El anticuerpo más frecuente fue el AL, seguido de anticardiolipina IgM. En nuestra muestra se sucedieron un total de 11 eventos vasculotromboticos en 7 pacientes (15%): dos trombosis venosas superficiales y tres profundas, un IAM, un ictus, un AIT, un paciente con lesiones isquémicas cerebrales por RMN, un caso de aneurismas pulmonares y una arteritis focal de la arteria tibial posterior. El 100% de los pacientes presentaba afectación mucocutánea, el 48% afectación articular en forma de artritis, el 15% afectación gastrointestinal, el 17% afectación vascular, el 7% afectación neurológica (1 paciente con afectación parenquimatosa y 2 pacientes con no-parenquimatosa) y el 11% afectación ocular. En el análisis bivariable se encontró una tendencia a la asociación entre el sexo masculino y la positividad de AAF (p = 0,07). Pese a no ser estadísticamente significativo (pequeño tamaño muestral) el 71,4% de los pacientes AAF (+) presentaban el alelo HLAB51, frente al 37,1% de los pacientes AAF (-). No se encontró relación entre los AAF y los diferentes fenotipos clínicos, incluido el vascular. Así mismo, no observamos asociación entre los eventos tromboticos y la presencia de AAF.

Conclusiones: En nuestra muestra no se observó mayor número de eventos vasculares en los pacientes con AAF y la forma de presentación clínica de la EB fue similar en pacientes con y sin AAF. Parece existir una tendencia a la asociación entre el sexo masculino y el HLAB51 con la positividad de AAF, pero estudios con mayor tamaño muestral son necesarios para confirmar estos datos.

P087. FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA RECAÍDA Y A LAS COMPLICACIONES VASCULARES EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

H. Codes-Méndez¹, P. Moya-Alvarado^{1,2,3}, H.S. Park¹, A. Fernández⁴, M. Velasco⁴, B. Magallanes^{1,3}, A. Barros-Membrilla^{2,5}, C. Díaz-Torné¹, J.L. Tandaipan¹, S. Fernández¹, J.D. Dilmé^{2,5}, M. López⁷, A. Laiz¹, I. Castellvi^{1,3} y H. Corominas^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Unidad Funcional de Patología de la Aorta (UPA). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁶Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

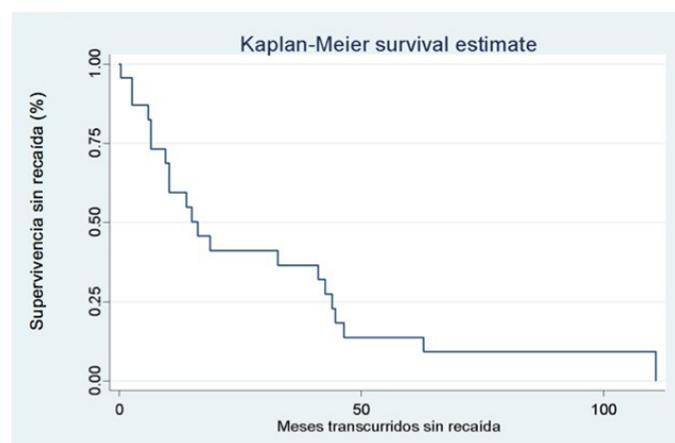
Introducción: La inflamación vascular a nivel aórtico y la presencia de recaídas en pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) pueden producir complicaciones de elevada morbimortalidad. La identificación precoz de los pacientes con mayor riesgo podría ayudar a predecir muertes y complicaciones vasculares.

Objetivos: Determinar los factores pronósticos clínicos y analíticos asociados a las complicaciones vasculares. Determinar los factores pronósticos clínicos y analíticos asociados a la recaída.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo incluyendo 71 pacientes con ACG en seguimiento por un comité experto multidisciplinar en patología aórtica entre los años 2011-2021 que tenían un PET-TC al diagnóstico antes de recibir tratamiento. Se excluyeron otras causas de aortitis. Se consideraron complicaciones vasculares: aneurisma, disección, trombosis o intervención quirúrgica (IQ) aórtica durante la enfermedad. La recaída se definió como nuevo episodio vasculitis confirmado por analítica y/o prueba de imagen. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra y comparación de grupos según *outcomes* principales. Se realizó una regresión logística y Cox univariante para evaluar factores pronósticos. Se analizó la supervivencia para la recaída con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se describen las características basales y comparación de grupos según *outcomes* principales en las tablas. Se observó complicación vascular aórtica en 13 pacientes. La claudicación mandibular (p < 0,0001), fiebre de origen desconocido (p < 0,0001), anemia

(p = 0,001), síndrome constitucional (p < 0,0001) y uso de bolus de glucocorticoides (p = 0,014) se asociaban a mayor aparición de complicaciones. El ictus isquémico previo o al debut (p = 0,035) se asociaba a menor aparición de complicaciones. Se observó recaída en 22 pacientes. La hiperalgesia cutánea (p < 0,0001) y las complicaciones previas o al debut (IQ aórtica [p = 0,0003], ictus isquémico [p = 0,0001], aneurisma/disección/trombosis [p = 0,012]) presentaron asociación con la aparición de recaídas. Los factores de riesgo cardiovascular, el retraso diagnóstico y de inicio de tratamiento no presentaron asociación ni con la recaída ni con las complicaciones. El tiempo de supervivencia sin recaída se muestra en la figura. La mediana de tiempo (meses) en recaída fue de 14,4 (IQR 36,1). El análisis para identificar factores predictivos demostró que la anemia (OR: 0,11 [0,02-0,48], p = 0,003) era un factor protector contra la aparición de complicaciones, mientras que los bolus de glucocorticoides se asociaban a mayor riesgo de complicación (OR: 4,66 [1,26-17,15], p = 0,002). Por otro lado, el uso de fármacos inmunosupresores demostró ser un factor protector contra la aparición de recaída (HR: 0,64 [0,42-0,99], p = 0,047); presentando un riesgo de recaída en no tratados versus tratados un 64% superior (RR = 0,64).



Curva de Kaplan-Meier para supervivencia sin recaída en pacientes con ACG.

Tabla 1. Características de la muestra según la aparición o no de complicación vascular

	Total (n = 71)	Complicación (n = 13)	No complicación (n = 58)	p
Características demográficas				
Edad (años), media (DE)	79,3 (± 6,7)	79,27 (± 6,8)	79,36 (± 6,8)	0,966
Sexo femenino, n (%)	52 (73,2)	7 (53,8)	45 (77,6)	0,081
Clasificación ACG				
Craneal	13(18,3)	2 (15,3)	11 (18,9)	
Extracraneal	17 (23,9)	3 (23,1)	14 (24,1)	
Mixta	41 (57,7)	8 (61,5)	33 (56,9)	
Manifestaciones clínicas, n (%)				
Cefalea				
Claudicación mandibular	46 (64,7)	11 (84,6)	35 (61,4)	< 0,000
Afectación ocular	49 (69)	7 (53,8)	42 (73,6)	0,159
Hiperalgesia cutánea	54 (76,1)	8 (61,5)	46 (80,7)	0,138
Fiebre origen desconocido	51 (71,8)	10 (76,9)	41 (71,9)	< 0,000
Polimialgia reumática	41 (57,7)	7 (53,8)	34 (59,6)	0,702
Anemia	44 (61,9)	3 (23)	41 (71,9)	0,001
Síndrome constitucional	51 (71,8)	8 (61,5)	43 (60,5)	< 0,000
Complicaciones al debut, n (%)				
Cirugía aórtica	4 (5,6)	0 (0)	4 (6,8)	0,049
Ictus isquémico	4 (5,6)	1 (7,6)	3 (5,1)	0,035
Complicación vascular	8 (11,2)	0 (0)	8 (13,7)	0,383
PCR, mg/l, media (DE)	85,9 (78,4)	95,4 (61,5)	83,9 (81,8)	0,268
VSG, mm/h, media (DE)	76,4 (35,9)	77 (45,7)	76,2 (33,9)	0,951
Tratamiento				
GC bolus mg/kg/d ev, n (%)	15 (21,1)	6 (46,1)	9 (15,5)	0,014

Tabla 2. Características de la muestra según la aparición o no de recaída

	Total (n = 71)	Recaída (n = 22)	No recaída (n = 49)	p
Características demográficas				
Edad (años), media (DE)	79,3 (± 6,7)	80,3 (± 7,2)	78,9 (± 6,6)	0,428
Sexo femenino, n (%)	52 (73,2)	15 (68,1)	37 (75,5)	0,519
Clasificación ACG				
Craneal	13(18,3)	4 (18,2)	9 (18,3)	
Extracraneal	17 (23,9)	3 (13,6)	14 (28,5)	
Mixta	41 (57,7)	15 (68,2)	26 (53,1)	
Manifestaciones clínicas, n (%)				
Cefalea				
Claudicación mandibular	46 (64,7)	14 (63,6)	32 (66,6)	0,804
Afectación ocular	49 (69)	16 (72,7)	33 (68,7)	0,736
Hiperalgesia cutánea	54 (76,1)	18 (81,8)	36 (75)	< 0,000
Fiebre origen desconocido	51 (71,8)	16 (72,7)	35 (72,9)	0,987
Polimialgia reumática	41 (57,7)	13 (59,09)	28 (58,3)	0,952
Anemia	44 (61,9)	16 (72,7)	28 (58,3)	0,247
Síndrome constitucional	51 (71,8)	14 (63,6)	37 (77,1)	0,240
Complicaciones al debut, n (%)				
Cirugía aórtica	4 (5,6)	1 (4,5)	3 (6,2)	0,000
Ictus isquémico	4 (5,6)	2 (9,1)	2 (4,1)	0,000
Complicación vascular	8 (11,2)	1 (4,5)	7 (14,5)	0,012
PCR, mg/l, media (DE)	85,9 (78,4)	79,3 (71,4)	89,0 (81,9)	0,634
VSG, mm/h, media (DE)	76,4 (35,9)	81,6 (35,0)	74,1 (36,3)	0,430
Tratamiento				
GC bolus mg/kg/d (ev), n (%)	15 (21,1)	5 (22,7)	10 (20,4)	0,247
GC dosis (vo), media (DE)	50,1 (17,5)	48,6 (16,4)	50,8 (18,1)	0,631
FAMES ± FAMEb, n (%)	27 (59,1)	10 (45,5)	17 (34,7)	0,174

Conclusiones: Se observó aparición de complicación vascular en 18,3% y recaída en 30,9% de los pacientes con ACG incluidos en nuestro estudio. La claudicación mandibular, fiebre de origen desconocido, anemia, síndrome constitucional, y el uso de bolus de glucocorticoides se asociaron a mayor aparición de complicaciones, mientras que el ictus isquémico a menor aparición de complicaciones. La hiperalgesia cutánea y las complicaciones vasculares previas o al debut de la enfermedad se asociaron a mayor aparición de recaídas. Nuestro estudio sugiere un efecto protector de la anemia contra las complicaciones vasculares, y de los fármacos inmunosupresores contra la recaída en pacientes con ACG.

P088. PERFORMANCE OF THE 2022 ACR/EULAR CLASSIFICATION CRITERIA FOR GIANT CELL ARTERITIS IN ROUTINE CLINICAL CARE

Juan Molina-Collada^{1,2}, Isabel Castrejón^{1,2}, Irene Monjo-Henry³, Elisa Fernández-Fernández³, Gabriela Torres Ortiz³, José María Álvaro-Gracia^{1,2} and Eugenio de Miguel³

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introduction: The 2022 ACR/EULAR giant cell arteritis (GCA) classification criteria have been designed to improve diagnostic accuracy incorporating vascular imaging modalities and potential large vessel (LV) involvement. These new criteria have been validated in an independent set of patients and controls, with a sensitivity of 87.0% and a specificity of 94.8%, but not tested in routine care. Our objective is to examine the performance of the new 2022 ACR/EULAR GCA classification criteria in this clinical scenario.

Methods: Multicentric retrospective observational study of patients referred to our ultrasound (US) fast track clinic over a 4-year period. The gold standard for GCA diagnosis was clinical confirmation after 6 months of follow-up. Patients with GCA were compared with unselected controls referred to our clinic with suspected GCA. All patients underwent US exam of temporal and extracranial arteries (carotid, subclavian and axillary) within 24-48 hours at baseline. FDG-PET/CT was performed according to standard clinician criteria. Following the new 2022 GCA ACR/EULAR classification criteria, the total score for the 10 items included in the criteria was calculated,

Table P088

Diagnostic accuracy of the new 2022 ACR/EULAR GCA and the 1990 ACR/EULAR classification criteria, with clinical diagnosis serving as the external criteria in all GCA, patients with isolated cranial GCA, isolated LV-GCA, all LV-GCA and biopsy proven GCA

		Sens	Spec	LR+	LR-	AUC (95%CI)
All GCA (n = 188) vs. controls (n = 131)	2022 ACR/EULAR criteria	92.6%	74%	3.56	0.1	0.932 (0.903-0.960)
	1990 ACR criteria	53.2%	80.2%	2.68	0.58	0.719 (0.663-0.775)
Isolated cranial GCA (n = 83) vs. controls (n = 131)	2022 ACR/EULAR criteria	96.4%	74%	3.71	0.05	0.965 (0.933-0.996)
	1990 ACR criteria	61.4%	80.2%	3.1	0.48	0.764 (0.699-0.829)
Isolated LV-GCA (n = 37) vs. controls (n = 131)	2022 ACR/EULAR criteria	62.2%	74%	2.39	0.51	0.696 (0.596-0.796)
	1990 ACR criteria	18.9%	80.2%	0.95	1.01	0.554 (0.455-0.653)
Biopsy proven GCA (n = 21) vs. controls (n = 131)	2022 ACR/EULAR criteria	100%	74%	3.85	0	0.992 (0.981-1)
	1990 ACR criteria	95.2%	80.2%	4.81	0.06	0.931 (0.877-0.985)
LV-GCA (with or without cranial GCA) (n = 105) vs. control (n = 131)	2022 ACR/EULAR criteria	89.5%	74%	3.44	0.14	0.905 (0.865-0.946)
	1990 ACR criteria	46.7%	80.2%	2.36	0.66	0.683 (0.616-0.751)

GCA, giant cell arteritis; LV, large vessel; Sens, sensitivity; Spec, specificity; LR+, positive likelihood ratio; LR-, negative likelihood ratio; AUC: area under the ROC curve analysis.

with a total cut-off ≥ 6 for the classification of GCA. The performance of these criteria was evaluated in all GCA patients across different subsets of the disease.

Results: A total of 319 patients (188 cases and 131 controls) were included for analysis (mean age 76 years, 58.9% females). Patients with GCA and controls differed in age (78.2 vs. 72.9, $p < 0.001$) and sex (females 53.2 vs. 67.2%, $p = 0.013$). The diagnostic accuracy of the 2022 ACR/EULAR GCA classification criteria and the previous 1990 ACR GCA classification criteria in different subsets of patients is shown in Table. Overall, the new criteria had a sensitivity of 92.6% and a specificity of 74%, using GCA clinical diagnosis as an external criterion and the area under the curve (AUC) was 0.932 (95% CI 0.903 to 0.960). Isolated LV-GCA showed a sensitivity of 62.2% and a specificity of 74% (AUC 0.696 [0.596-0.796]) and biopsy-proven GCA showed a sensitivity of 100% and a specificity of 74% (AUC 0.992 [0.981-1]).

Conclusions: The new 2022 ACR/EULAR GCA classification criteria showed good diagnostic accuracy of patients with suspected GCA under routine care, and a substantial improvement upon the sensitivity and specificity of the 1990 ACR GCA classification criteria in all patients subsets.

P089. PREGNANCY IN CONNECTIVE TISSUE DISEASES: A 30 YEAR FOLLOW-UP STUDY OF 465 PREGNANCIES FROM A SPANISH MONOCENTRIC REGISTRY

Cristiana Isabel Sieiro Santos, Paula Pérez García, Jose Ordas Martínez, Clara Moriano Morales, Carolina Álvarez Castro, Ismael González Fernández and Elvira Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Pregnancy in patients with connective tissue diseases are known to be at high risk for the occurrence of adverse pregnancy outcomes.

Objectives: To evaluate the pregnancy outcomes in patients with systemic autoimmune diseases, including systemic lupus erythema-

tosis (SLE), systemic sclerosis (SSc), primary Sjögren's syndrome (pSS) and undifferentiated connective tissue disease (UCTD).

Methods: A retrospective and descriptive study was conducted from 1990 to 2020. All data were collected from the medical records of childbearing age women with SLE, SSc, SS and UCTD enrolled in our clinic at the time of their pregnancy and childbirth. The obstetric, maternal and fetal outcomes, pregnancy outcomes were collected and compared regarding diagnosis and adverse outcomes.

Results: The study group included 295 patients, 125 patients (42%) with SLE, 50 patients (17%) with SSc, 80 patients (27%) with Sjogren's, 40 patients (14%) with UCTD. A total of 465 pregnancies were registered. The maternal and fetal outcomes are detailed in table and figure. The mean age at delivery was 31.5 ± 8.5 years and the mean duration of disease was 7.2 ± 5.6 years. Pregnancy loss occurred in 21% of patients, live births in 66% of pregnancies, preterm delivery in 8%, postpartum haemorrhage in 6%, preeclampsia in 5%, placental abnormalities in 4%, ectopic pregnancy in 3%, premature rupture of membranes in 2%. Treatment with HCQ was received in 115 pregnancies in SLE (59%), 21 pregnancies in SSc (24%) 62 pregnancies in pSS (52%) and 32 pregnancies in UCTD (49%). Exposure to corticosteroids and biologics during pregnancy was 23 (18.4%), 6 (12%), 15 (19%) and 3 (7.5%), respectively. Patients with SLE had a higher risk of fetal morbidity, including abortion ($p = 0.03$), mean abortion rate ($p = 0.03$), preeclampsia ($p = 0.04$), ectopic pregnancy ($p = 0.03$), preterm delivery ($p = 0.02$) and postpartum haemorrhage ($p = 0.01$) than patients without SLE. The multivariate model adjusted for age, nulliparity, active disease activity during pregnancy, smoking and exposure to biologics, HCQ and corticosteroids found an association between unfavourable pregnancy outcomes and disease activity (OR 2.4, 95%CI (1.3-7.2), $p 0.003$), whilst HCQ during pregnancy (OR 0.23, 95%CI (0.03-0.82) had a protective effect.

Conclusions: 66% of pregnancies in patients with autoimmune diseases resulted in live births. Patients with SLE had higher rates of fetal and maternal morbidity than SSc, pSS and UCTD. Disease activity was associated with unfavourable pregnancy outcomes. Exposure to HCQ had a protective effect during pregnancy. Pregnancy

Table P089

Fetal and maternal morbidity outcomes in SLE, SSc, pSS and UCTD

	SLE	SSc	pSS	UCTD	p
Total of pregnancies	192	88	120	65	
Age at pregnancy	32.4 ± 4.5	29.5 ± 7.2	30.4 ± 3.5	33.5 ± 2.7	0.45
Smokers	32 (26%)	17 (34%)	25 (31%)	12 (30%)	0.27
Birth	103 (67%)	68 (77%)	90 (75%)	47 (72%)	0.28
Abortion	57 (37%)	12 (14%)	18 (15%)	10 (15%)	0.03
Mean abortion number	2.7 ± 0.7	1.1 ± 0.6	2.4 ± 0.3	0.9 ± 0.5	0.03
Preeclampsia	15 (9.8%)	3 (3%)	2 (2%)	2 (3%)	0.04
Ectopic pregnancy	10 (6.5%)	0	1 (1%)	1 (2%)	0.03
Placental abnormalities	8 (5%)	5 (5.7%)	2 (2%)	3 (5%)	0.21
Premature rupture of membranes (PROM)	5 (3.3%)	0	2 (2%)	1 (2%)	0.24
Preterm delivery	20 (13%)	0	8 (6%)	5 (8%)	0.02
Postpartum haemorrhage	21 (14%)	0	4 (4%)	1 (2%)	0.01

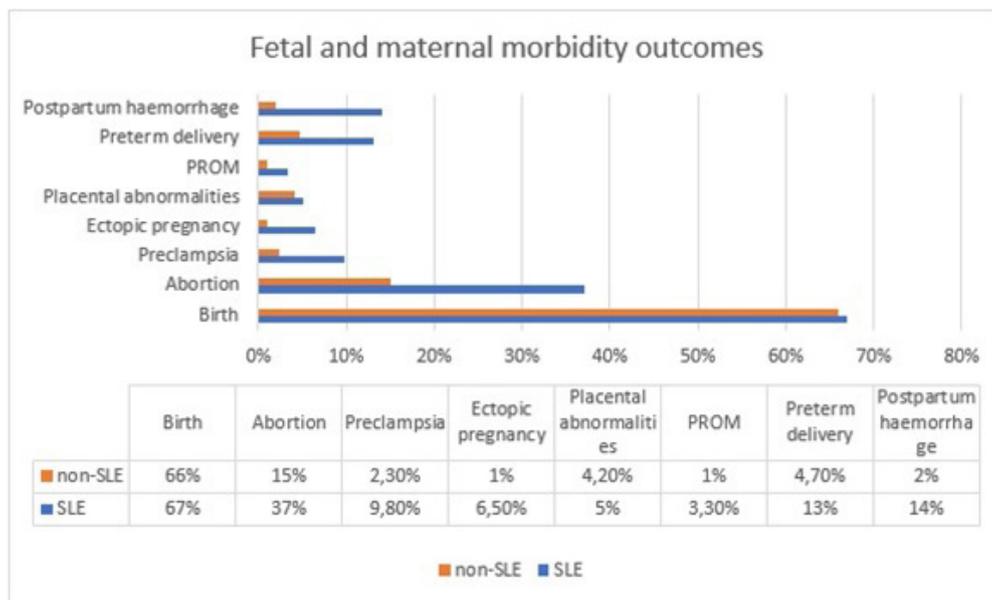


Figure 1: Fetal and maternal morbidity outcomes in SLE and non-SLE patients.

P089 Figure. Fetal and maternal morbidity outcomes in SLE and non-SLE patients.

planning and counselling prior to conception of patients with connective tissue diseases leads to a reduction in maternal and perinatal complications.

P090. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE METOTREXATO EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA CORTICODEPENDIENTE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

O. Rusinovich Lovgach¹, E. Calvo Aranda⁴, M. Pérez Ferro³, J. Polo y La Borda³, V. García García³, A. Pareja Martínez⁵, P. Navarro Alonso¹, M. Cantalejo Moreira¹, A. Díaz Oca¹, P. Navarro Palomo², M. Machattou², M. Alonso de Francisco², C. Navarro Joven², N. de la Torre Rubio², M. Pavía Pascual², M. Fernández Castro², H. Godoy Tundidor², C. Merino Argumánez², B. García Magallon², J. Sanz Sanz², C. Barbadillo Mateos², L.F. Villa Alcázar², C.M. Isasi, Zaragoza², J. Campos Esteban², S. Gonzalo Pascua¹ y J.L. Andreu Sánchez²

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ³Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid. ⁴Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Sureste. Arganda del Rey. Madrid.

Introducción: La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria crónica común en la población de edad avanzada. Se caracteriza por la impotencia funcional dolorosa en músculos proximales sin debilidad ni atrofia, asociada a elevación de reactantes de fase aguda. El diagnóstico es clínico. El tratamiento inicial consiste en corticoterapia y dosis iniciales de 15 a 20 mg de prednisona o equivalente suelen ser adecuadas en la mayoría de los casos. El subgrupo

de pacientes que responde solo parcialmente al corticoide o desarrolla corticodependencia suele precisar introducción de un fármaco ahorrador de corticoide, siendo el metotrexato el más utilizado en la práctica clínica habitual.

Objetivos: Evaluar la eficacia y la seguridad de metotrexato en pacientes con polimialgia reumática corticodependiente en práctica clínica real.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de polimialgia reumática en tres hospitales de la Comunidad de Madrid tratados con metotrexato como ahorrador de corticoide. Se analizaron características clínicas y demográficas de la muestra y se evaluaron parámetros de evolución analítica mediante recogida de reactantes de fase aguda (RFA) (velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR)) en el momento basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos. Para contrastar la significación estadística se utilizó la prueba de Wilcoxon para datos pareados, considerando significativa una p < 0,05. El CEIC del centro aprobó el estudio.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes: 26 varones (44,83%) y 32 mujeres (55,17%), con media de edad de 78,58 (± 7,3) años, siendo la media de duración de enfermedad de 7,46 (± 5,78) años. Los valores medios de PCR, VSG, dosis de prednisona y MTX en el momento basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento están reflejados en la tabla. En 52 (89,66%) pacientes se consiguió reducir la dosis de prednisona a < 5 mg/24h a los 12 meses de tratamiento. No se objetivó alteración significativa del perfil hepático en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: El tratamiento con metotrexato de pacientes diagnosticados de polimialgia reumática corticodependiente parece ofrecer un efecto ahorrador de corticoide a los 6 y 12 meses de tratamiento. El tratamiento es bien tolerado.

Tabla P089

	Basal	6 meses	12 meses	Basal vs. 12 meses, p < 0,05
Prednisona, media ± DE	8,28 (± 4,2) mg/24h v.o	3,75 (± 2,8) mg/24h v.o.	2,11 (± 2,63)	< 0,001
Metotrexato, media ± DE	11,98 (± 3,92) mg/sem	13,19 (± 3,9) mg/sem	13,75 (± 4,23) mg/sem	0,008
PCR, media ± DE	13,26 (± 20,96) mg/dl	5,11 (± 8,72) mg/dl	5,84 (± 7,02) mg/dl	0,124
VSG, media ± DE	31,93 (± 22,4) mm	23,35 (± 23,07) mm	19,83 (± 21,6) mm	0,106

P091. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADOS CON RITUXIMAB

O. Rusinovich Lovgach¹, E. Calvo Aranda⁴, C. M. Gómez González⁴, P. Cardoso Peñafiel⁴, A. Pareja Martínez⁶, P. Navarro Palomo², M. Machattou², M. Alonso de Francisco², C. Navarro Joven², N. de la Torre Rubio², M. Pavía Pascual², P. Navarro Alonso¹, M. Cantalejo Moreira¹, A. Díaz Oca¹, M. Pérez Ferro³, J. Polo y La Borda³, V. García García³, M. Fernández Castro², H. Godoy Tundidor², C. Merino Argumániz², B. García Magallon², C. Barbadillo Mateos², L.F. Villa Alcázar², C.M. Isasi, Zaragoza², J. Campos Esteban², J.L. Andreu Sánchez², F. Alonso⁵, S. Gonzalo Pascua¹, J. Sanz Sanz²

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ³Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid. ⁴Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁵Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ⁶Hospital Universitario de Sureste. Arganda del Rey.

Introducción: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano dirigido contra el receptor CD20 expresado en los linfocitos pre-B y B maduros. El RTX que se utiliza en el tratamiento de diferentes enfermedades reumáticas. Uno de sus efectos adversos es la hipogammaglobulinemia.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la hipogammaglobulinemia y su asociación con episodios infecciosos en pacientes con enfermedades reumáticas tratados con RTX.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedades reumáticas tratados con RTX. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas tratados con RTX en 4 centros de la comunidad de Madrid en los que se disponía de niveles de inmunoglobulinas (Igs). Se analizaron variables demográficas y clínicas de la muestra, se evaluó la evolución de niveles de Igs en el momento basal y a lo largo de 36 meses de tratamiento. Para contrastar la significación estadística se utilizó la prueba de la chi-cuadrado (p < 0,05). Se estudió la asociación entre la hipogammaglobulinemia y las características de la población con modelos de regresión logística multivariante.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes: 18 varones (16,8%) y 89 mujeres (83,2%), con media de edad de 55,9 (± 13,9) años, siendo media de duración de enfermedad de 13,07 (± 8) años y la edad media de inicio de tratamiento 50,97 (± 14,4) años. Los diagnósticos más prevalentes eran: artritis reumatoide (AR) (50,46%), síndrome de Sjögren primario (10,28%) y lupus eritematoso sistémico (LES) (10,28%), entre otros. 14 (13%) pacientes fueron tratados con RTX en monoterapia, el resto de los pacientes recibieron tratamiento concomitante con corticoides 69 (64,5%), metotrexato 31 (29%), hidroxiquina 29 (27%), leflunomida 10 (9,3%), sulfasalazina 2 (1,9%), micofenolato de mofetilo 3 (2,8%), entre otros. De los 12 (11,21%) pacientes que desarrollaron hipogammaglobulinemia (IgG < 600), 6 (50%) padecían AR, 1 (8,3%) LES, 1 (8,3%) vasculitis ANCA, 1 (8,3%) vasculitis leucocitoclástica, 1 (8,3%) enfermedad por IgG4, 1 (8,3%) dermatomiositis, 1 (8,3%) SS 1^o. Los pacientes con hipogammaglobulinemia tenían una media de IgG significativamente menor al inicio de tratamiento (876,25 vs. 1249,42; p = 0,05). En el análisis multivariante no se ha identificado ningún factor relacionado con el desarrollo de la hipogammaglobulinemia. 53 (49,5%) pacientes presentaron infección, de los cuales 17 (15,9%) fueron infecciones graves (las que precisaron ingreso). La distribución de los casos de infección por grupos (pacientes con hipogammaglobulinemia y sin ella) se refleja en la tabla. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a aparición de infección y/o infección grave entre los pacientes con y sin hipogammaglobulinemia. Únicamente la dosis de corticoide equivalente a prednisona ≥ 7,5 mg/día

resultó ser un factor de riesgo para la aparición de infecciones OR 3,48 (IC95% 1,20-0,11; p = 0,02).

		Sin Infección	Con Infección leve	Infección grave
Pacientes SIN Hipogammaglobulinemia	N	55	24	15
Pacientes CON Hipogammaglobulinemia	%	58,51	25,53	15,96
	N	7	3	2
	%	58,33	25	16,67
			p = 0,991	p = 0,950

Conclusiones: Los pacientes con hipogammaglobulinemia tenían una media de IgG significativamente menor al inicio de tratamiento que los que no la presentaron. No se ha objetivado mayor frecuencia de infecciones ni mayor gravedad de las mismas entre los pacientes con y sin hipogammaglobulinemia. La dosis de corticoide equivalente a prednisona ≥ 7,5 mg/día parece ser un factor de riesgo para la aparición de infecciones. Es necesaria realización de estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos datos.

P092. HALLAZGOS EN LA VIDEOCAPILAROSCOPIA DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS Y SU ASOCIACIÓN CON AUTOANTICUERPOS

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, Jose Luis Tandaipan², Anais Mariscal², Luis Sainz², Helena Codes², Patricia Moya², Berta Magallares², Laura Martínez-Martínez², Milena Millán², Hye S. Park², Cesar Diaz-Torné², Ana Laiz², Susana Fernández², Sandra Ros², Héctor Corominas², Elvira Diez Álvarez¹ e Ivan Castellví²

¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares adquiridas, que tienen distintas características clínicas, patológicas e histológicas. Los autoanticuerpos son biomarcadores clínicamente útiles para ayudar al diagnóstico de las MII. El fenómeno de Raynaud es muy frecuente y se ha descrito la presencia de cambios microvasculares en las MII, sin embargo, el papel de la videocapilaroscopia del lecho ungueal (NVC) para el diagnóstico y pronóstico de la MII no está claramente establecido.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue estudiar la relación entre las características clínicas e inmunológicas y los hallazgos de la videocapilaroscopia (NVC) en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas (IIM).

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con MII seguidos en un centro de referencia. Los pacientes se sometieron a una NVC con un aumento de 200x. Se recogieron los datos sociodemográficos, clínicos e inmunológicos, incluidos el panel de anticuerpos contra la miositis y la esclerodermia de todos los pacientes. Se recogieron hallazgos de NVC que incluían la pérdida de densidad capilar, la presencia de megacapilares y capilares gigantes, capilares ramificados, hemorragias, trombosis, áreas avasculares, desorganización de la arquitectura capilar y presencia de plexo venoso subpapilar. Para la comparación de variables cualitativas y/o cuantitativas se realizó el test exacto de Fisher o t-test cuando fue necesario.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes con NVC realizada durante el seguimiento (66% del sexo femenino) con una mediana de edad a la inclusión de 55,3 ± 24 años. La mediana de duración de la enfermedad fue de 6,8 ± 7 años. El 39% tenía fenómeno de Raynaud en la primera evaluación clínica y el 58% de ellos mostró hallazgos patológicos de NVC. La tabla representa las características clínicas e inmunológicas de los pacientes. Encontramos asociación entre la disfagia y la presencia de áreas avasculares (p = 0,02) y desorganización capilar (p < 0,01). La neumonía intersticial se asoció con la pérdida de capilares (p = 0,04) y áreas avasculares (p = 0,004). El anticuerpo anti-MDA5+ se asoció

con pérdida capilar (p = 0,03), trombosis (p = 0,02) y capilares ramificados (p = 0,04). Los anticuerpos anti-Mi2+ y anti-Th/To se asociaron con desorganización capilar (p = 0,017 y p = 0,001). La presencia de hemorragias se asoció con los anticuerpos anti-Ku+ (p = 0,048) y anti-PL12+ (p = 0,046). La presencia de capilares dilatados se asoció con los anticuerpos anti-RNA-pol III (p = 0,04) y anti-NXP2 (p = 0,044). Se encontró asociación significativa entre los anticuerpos anti-Ro52 (OR 2,69, IC95% 1,05-6,8, p 0,03) y anti-Jo1 (OR 7,03 IC95% 1,46-33,7, p 0,01) con la neumopatía intersticial. Los anticuerpos anti-PML (OR 4,32 IC95% 1,35-10,42, p 0,038) y anti-Th/To (OR 5,82, IC95% 1,89-13,24, p 0,04) se asociaron con disfagia. El anticuerpo anti-MDA5 (OR 5,85, IC95% 1,92-14,21, p 0,044) se asoció con afectación cutánea.

Hallazgos de NVC, características clínicas e inmunológicas de los pacientes, incluidos los anticuerpos específicos de la enfermedad, asociados a la enfermedad y anticuerpos antisintetasa

Características clínicas	
Debilidad muscular	79 (83%)
Manifestaciones cutáneas	30 (32%)
Neumopatía intersticial	47 (49%)
Disfagia	18 (19%)
Fenómeno de Raynaud	37 (39%)
Elevación de CK	45 (47%)
Afectación cardíaca	4 (4%)
Hallazgos de NVC	
Pérdida de densidad capilar	27 (28%)
Megacapilares y/o capilares gigantes	37 (39%)
Hemorragias	36 (38%)
Trombosis	19 (20%)
Áreas avasculares	26 (27%)
Desorganización de arquitectura capilar	24 (25%)
Plexo venoso subpapilar	36 (38%)
Anticuerpos	
Anticuerpos específicos de la enfermedad	
Anti-MDA5	8 (8%)
Anti-TIF1G	11 (12%)
Anti-MI2	11 (12%)
Anti-NXP2	6 (6%)
Anticuerpos antisintetasa	
Anti-Jo1	9 (9%)
Anti-PL7	5 (5%)
Anti-PL12	27 (28%)
Anticuerpos asociados a la enfermedad	
Anti-Ro52	61 (64%)
Anti-KU	22 (23%)
Anticuerpos antinucleares	
Otros (EJ, SRP, PM-SCL75, PM-SCL100, CN1A)	

Conclusiones: La presencia de ciertos autoanticuerpos está relacionada con el grado de microangiopatía en las MII y se asocia con cambios capilaroscópicos. Estudiar la asociación entre los cambios capilaroscópicos con autoanticuerpos diagnósticos y patogénicos en las MII puede aportar información útil sobre el conocimiento actual sobre patogenia, clasificación y pronóstico de la enfermedad.

P093. ASOCIACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS DE LA VIDEOCAPILAROSCOPIA Y LOS NIVELES DE KL-6 SÉRICO EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Cristiana Isabel Sieiro¹, Jose Luis Tandaipan², Diego Castillo², Laura Martínez-Martínez², Helena Codes², Luis Sainz², Berta Magallares², Patricia Moya², Anaís Mariscal², Hye S Park², Milena Millán², Cesar Diaz-Torné², Ana Laiz², Sandra Ros², Susana Fernández², Hector Corominas², Elvira Diez Álvarez¹ e Ivan Castellví²

¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares adquiridas con

distintas características clínicas, patológicas e histológicas. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una manifestación pulmonar frecuente en las MII (MII-EPID) que aumenta la morbimortalidad en esta enfermedad. El factor de Krebs von den Lungen 6 (sKL-6) se ha propuesto como un biomarcador potencial que refleja la gravedad de la EPID en las enfermedades del tejido conectivo. El fenómeno de Raynaud es muy frecuente y se ha descrito la presencia de cambios microvasculares en la MII, sin embargo, el papel de la videocapilaroscopia (NVC) en el diagnóstico y pronóstico de la MII no está claramente establecido.

Objetivos: Determinar si existe alguna asociación entre los hallazgos de la NVC, los niveles de sKL-6 y la afectación pulmonar en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con MII seguidos en un centro de referencia y los comparamos según la presencia de EPID. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos e inmunológicos, pruebas de función pulmonar (capacidad vital forzada y capacidad de difusión de monóxido de carbono), niveles de séricos de KL-6 y hallazgo de la NVC, como la pérdida de densidad capilar, la presencia de megacapilares, capilares ramificados, hemorragias, trombosis, áreas avasculares, desorganización de la arquitectura capilar y presencia de plexo venoso subpapilar. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba t y la prueba exacta de Fisher y modelos de regresión logística múltiple para identificar la correlación entre las pruebas de función pulmonar, los hallazgos de NVC y los niveles de sKL-6. Se consideraron estadísticamente significativos valores de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes, 47 pacientes (49%) con EPID. El 34% eran hombres con una mediana de edad de 55,3 ± 24 años y una duración de la enfermedad de 6,8 ± 7 años. Las áreas avasculares y la pérdida capilar se asociaron con la presencia de EPID (OR 2,43, IC95% 1,3-5,7, p 0,004) y (OR 1,7, IC95% 1,48-3,1, p 0,04). Se encontró una correlación negativa entre la pérdida capilar y la presencia de megacapilares con el %FVC (β = -0,46, p 0,001 y β = -0,57, p < 0,0001) y el %DLCO (β = -0,32, p 0,04 y β = -0,23, p 0,03), respectivamente. Encontramos correlaciones positivas entre los niveles de sKL-6 y la presencia de EPID (β = 0,77, p 0,0004), hemorragias (β = 0,21, p 0,04) y áreas avasculares en la NVC (β = 0,64, p 0,03) y se encontraron correlaciones negativas con el %FVC (β = -0,47, p 0,001) y el %DLCO (β = -0,59, p 0,005). En la regresión logística múltiple se identificaron como predictores para el desarrollo de IIM-EPID las variables representadas en la tabla y en el gráfico de dispersión de la figura. El sexo masculino, la presencia de síntomas respiratorios, el %FVC y el %DLCO, los niveles de sKL-6, la positividad para anti-Jo1 y la presencia de áreas avasculares y megacapilares en la NVC se identificaron como predictores de MII-EPID (R² = 0,974, p = 0,006).

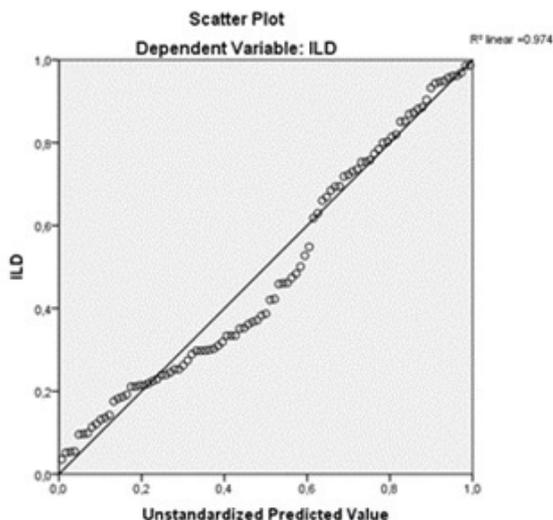


Gráfico de dispersión.

Predictores para MII-EPID identificados por regresión logística

Predictor	B valor	p
Sexo masculino	0,186	0,036
Síntomas respiratorios	0,40	0,002
%FVC	-0,322	0,01
%DLCO	-0,59	0,001
Niveles de sKL-6	0,53	0,002
Anti-Jo 1	0,28	0,03
Áreas avasculares	0,72	0,006
Megacapilares	0,49	0,04

Conclusiones: La pérdida de densidad capilar y las áreas avasculares mostraron una asociación significativa con la presencia de EPID, valores más bajos de FVC y DLCO y niveles de sKL-6. Identificamos 9 predictores para desarrollar EPID en MII. La evaluación de NVC y los niveles de sKL-6 pueden tener un papel predictivo para estudiar la función pulmonar y evaluar el pronóstico de MII-EPID.

P094. LA DISFAGIA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA SE ASOCIA A PROBLEMAS NUTRICIONALES Y MALA CALIDAD DE VIDA

Laura Cano García, A. García-Struder, F. Ortiz-Márquez, I. Ureña-Garnica, N. Mena-Vázquez y S. Manrique-Ariza

Instituto de investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La afectación digestiva es una de las manifestaciones más prevalentes de la esclerosis sistémica (ES) con gran trascendencia para la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Describir la prevalencia de disfagia y el estado nutricional de una serie de pacientes con ES.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Participantes: reclutamiento consecutivo de pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) seguidos en nuestra unidad. El seguimiento de estos pacientes se realiza cada 3 a 6 meses en consulta y todos los pacientes fueron registrados en una base de datos. Aceptaron y firmaron el consentimiento el 90% de los pacientes, el resto rechazó por dificultades de desplazamiento o laborales. Variables: La variable principal fue disfagia, definida según cuestionario EAT10 (positivo ≥ 3). Los factores de riesgo de disfagia evaluados fueron: malnutrición según con Mini Nutritional Assessment (MNA) (continua: 0-14, considerando 14 mejor estado nutricional), sarcopenia definida según criterios European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP), prealbúmina, polimedicación (si toman > 3 fármacos), pérdida de peso de al menos 1 kg en los últimos 3 meses, calidad de vida según EQ-5D y estado funcional de Steinbrocker. Análisis estadístico: descriptivo y regresión logística (VD: disfagia) para identificar factores asociados. El proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Provincial: 0343-N-22.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, de los cuales, 51 (98,1%) eran mujeres, con una media (DE) de edad de 60,8 (11,0) años. 32/52 pacientes (61,5%) presentaban disfagia (EAT ≥ 3) y 12/52 pacientes (23,1%) fueron derivados a endocrinología por disfagia grave (EAT ≥ 20) (tabla 1). Los pacientes con disfagia en comparación con el resto, tuvieron más frecuentemente sarcopenia (37,5 vs. 0,0%; $p = 0,001$), pérdida de peso (65,6 vs. 20,0%, $p = 0,004$) y más polimedicados (87,5 vs. 60,0%; $p = 0,022$). Así mismo los pacientes con disfagia (EAT ≥ 3) tenían peores valores (media [DE]) de nutrición por MNA cribado más bajos (11,0 [1,2] vs. 13,1 [2,3]; $p = 0,001$), de EQ5D (0,5 [0,2] vs. 0,7 [0,2]; $p = 0,004$), EVA-EQ5D (48,6 [22,3] vs. 62,5 [17,6]; $p = 0,023$) y en el grado funcional de Steinbrocker (2,3 [1,0] vs. 1,3 [0,6]; $p = 0,001$). El análisis multivariante identificó que MNA cribado (0-14) (OR [IC95%], 0,511 [0,317-0,824]; $p = 0,006$) y EQ5D (OR [IC95%], 0,965 [0,932-0,998]; $p = 0,036$) ($R^2 = 0,397$) se asociaban de forma independiente con disfagia (EAT ≥ 3) (tabla 2).

Tabla 1. Características clínicoepidemiológicas de los 52 pacientes de ES

Variable	ES n = 52
Mujer n (%)	51 (98,1%)
Edad media (DE)	60,8 (11,0)
Patrón cutáneo limitado n (%)	40 (76,9%)
Patrón cutáneo diseminado n (%)	12 (23,1%)
EPID n (%)	17 (32,7%)
HTAP n (%)	5 (9,6%)
Anticentrómero n (%)	28 (53,8%)
Anti-SI70 n (%)	10 (19,2%)
Otros anticuerpos n (%)	9 (17,3%)
Sarcopenia n (%)	12 (23,1%)
MNA estado nutricional normal n (%)	34 (64,5%)
MNA riesgo de desnutrición n (%)	17 (32,7%)
MNA desnutrición n (%)	1 (1,9%)
Pérdida de peso > 1 kg en los últimos 3 meses n (%)	25 (48,1%)
Polifarmacia n (%)	12(23,1%)
Steinbrocker media (DE)	1,94 (1,03)
EQ5D media (DE)	0,593 (0,25)
EVA EQ5D media (DE)	54 (21,56)

ES: esclerosis sistémica; DE: desviación estándar; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; HTAP: hipertensión arterial pulmonar; MNA: Mini Nutritional Assessment.

Tabla 2. Análisis multivariante de regresión logística (VD: disfagia)

	OR(IC)	p
MNA cribado, (0-14)	0,511 (0,317-0,824)	0,006
EQ-5D	0,965 (0,932-0,998)	0,036

$R^2 = 0,397$.

Conclusiones: La disfagia es un problema común en la esclerosis sistémica y se asocia con peor calidad de vida y menor probabilidad de alcanzar un estado nutricional normal. Las graves implicaciones nutricionales asociadas a la disfagia deben ser diagnosticadas para poder intervenir nutricionalmente en estos pacientes.

P095. GRAVEDAD DE LA AFECTACIÓN DIGESTIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Rocío Redondo Rodríguez, Aimara García Studer, Fernando Ortiz Márquez, Noor Al Mashhadani, Natalia Mena Vázquez y Laura Cano García

Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: Casi el 90% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES), tanto las formas difusa y limitada, tienen compromiso gastrointestinal (GI), lo que conlleva un aumento de la morbimortalidad. El cuestionario UCLA SCTC GIT 2,0 ha sido empleado para la valoración de la gravedad de la afectación digestiva en pacientes con ES.

Objetivos: Describir la gravedad de la afectación digestiva de una serie de pacientes con ES e identificar factores asociados con la gravedad de la afectación digestiva.

Métodos: Diseño: estudio transversal de una serie de casos con ES del Hospital Regional Universitario de Málaga reclutados entre enero y diciembre de 2022. Protocolo: Los pacientes con ES son regularmente seguidos en consultas externas de reumatología y están registrados en una base de datos y fueron invitados consecutivamente a participar en este estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética (Código 1719-N-15) siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente de Buenas Práctica Clínica. Desenlace principal: gravedad de la afectación digestiva medida por el cuestionario UCLA SCTC GIT 2,0 (GIT total). Este cuestionario incluye 34 ítems y 7 escalas de ítems múltiples (reflujo, distensión/hinchazón, diarrea, suciedad fecal, estreñimiento, bienestar emocional y funcionamiento social) y una puntuación GIT total para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la gravedad de los síntomas GI en ES. El GIT total fue categorizado del siguiente modo: (1) ninguna a leve gravedad de 0,00 a 0,49; (2) moderada de 0,5 a 1,0; y (3) grave a muy grave de

1,01 a 3,0. Otras variables: características epidemiológicas, manifestaciones clínicas y analíticas, incluido el Score de Rodnan modificado (mRSS). Análisis estadístico: descriptivo, bivariantes y multivariante para identificar factores asociados a la gravedad de la afectación digestiva en pacientes con ES.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, 98,1% eran mujeres con una media (DE) de edad de 60,8 (11,1) años. Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes incluidos se muestran en la tabla. Un total de 49/51 pacientes (94,2%) tenían afectación digestiva, de los cuales 18/49 (34,6%) tenían una afectación leve (UCLA 0,01-0,49), 14/49 (26,9%) moderada (UCLA 0,5 a 1) y 17/49 (32,7%) grave o muy grave (UCLA de 1,01 a 3,0). Se observaron correlaciones de GIT total con el grosor de la piel medido por mRSS ($r = -0,394$; $p = 0,004$) y con la CVRS medida con EVA-EQ-5D ($r = -3,77$; $p = 0,006$). Las variables basales que se asociaron de forma independiente con la gravedad de la afectación digestiva medida por UCLA fueron: extensión cutánea medida por mRSS (β [IC95%] 0,026 [0,008-0,043]; $p = 0,004$), calidad de vida medida por EVA-EQ-5D (β [IC95%] -0,009 [0,13, -0,15]; $p = 0,013$) y el sexo (β [IC95%] -0,942 [0,513, 1,370]; $p < 0,001$).

Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con ES.

Variable	ES n = 52
Características clínico-epidemiológicas basales	
Sexo, mujeres, n (%)	51 (98,1)
Edad en años, media (DE)	60,83 (11,1)
Raza, caucásico, n (%)	52 (100,0)
Tabaco	
No fumador, n (%)	35 (67,3)
Fumador, n (%)	3 (5,8)
Exfumador, n (%)	14 (26,9)
mRSS, media (DE)	10,88 (9,1)
ANA, n (%)	50 (96,2)
Anticentrómero, n (%)	28 (53,8)
AntiScl70, n (%)	10 (19,2)
Patrón cutáneo	
Limitada, n (%)	40 (76,9)
Difusa, n (%)	12 (23,1)
IMC, media (DE)	25,59 (4,6)
EQ-5D, media (DE)	0,59 (0,25)
EVA-EQ-5D, media (DE)	0,54 (21,6)
Peso, media (DE)	62,9 (10,6)
No pérdida de peso, n (%)	27 (51,9)
Pérdida de 1-3 Kg, n (%)	17 (32,7)
Pérdida de > 3 Kg, n (%)	8 (15,4)
EPID, n (%)	17 (32,7)
HTP, n (%)	5 (9,6)

Conclusiones: La afectación digestiva en los pacientes con ES fue frecuente y en casi un tercio de los pacientes la afectación fue grave o muy grave. Las variables asociadas a una mayor gravedad de la afectación digestiva fueron sexo varón, EVA-EQ-5D bajo y mRSS alto.

P096. KL6 AND IL-18 LEVELS ARE NEGATIVELY CORRELATED WITH RESPIRATORY FUNCTION TESTS AND ILD EXTENT ASSESSED ON HRCT IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS-RELATED INTERSTITIAL LUNG DISEASE (SSC-ILD)

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, Sara Calleja Antolín², Javier de la Calle Lorenzo³, Carmen López Garay⁴, Clara Moriano Morales¹, Elena Bollo de Miguel⁴ and Elvira Díez Álvarez¹

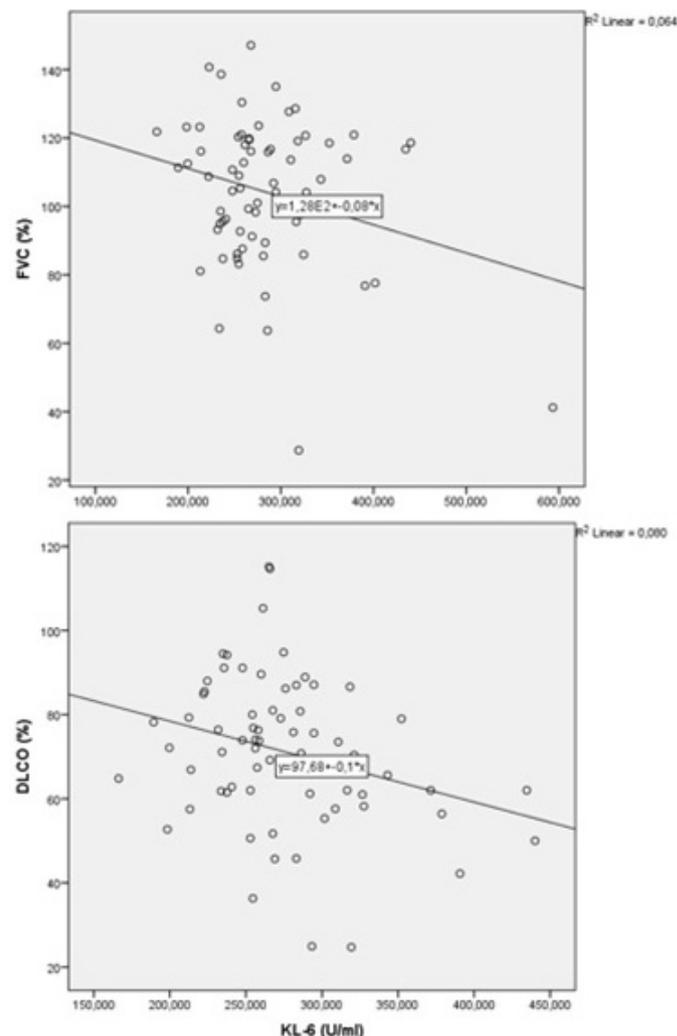
¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.
²Servicio de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León.
³Servicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León.
⁴Servicio de Neumología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Interstitial lung disease (ILD) is one of the leading causes of mortality in patients with systemic sclerosis (SSc). Serum biomarkers have been suggested as indicators for pulmonary damage with clinical value in the diagnosis and prognosis of SSc-ILD.

Objectives: To investigate the role of serum biomarkers (Krebs von den Lungen-6 KL-6, IL-18 and IL-18BP) as potential biomarkers

reflecting the severity of SSc-ILD as assessed through high-resolution computed tomography (HRCT) and pulmonary function tests (PFT), including forced vital capacity (%FVC) and diffusing capacity of the lung for carbon monoxide (%DLCO).

Methods: A cross-sectional study including patients with SSc fulfilling the 2013 ACR/EULAR criteria was performed. Patients were classified according to disease duration and pulmonary involvement (presence of ILD). All SSc patients underwent chest HRCT scans and pulmonary function test at baseline. Serum concentration of KL-6, IL8 and IL18BP were determined using sandwich ELISA technique (solid phase sandwich Enzyme Linked-Immunoassay), with kits from MyBiosource for KL-6 and from Invitrogen for IL18 and IL18BP. A semiquantitative grade of ILD extent was evaluated through HRCT scan (grade 1, 0-20%; grade 2, > 20%). Extensive lung disease was defined as > 20% of lung involvement on HRCT, and FVC < 70% predicted and limited lung involvement as ≤ 20% of ILD involvement on HRCT, and an FVC ≥ 70% predicted.



Association between serum KL-6 level and FVC% and DLCO% of patients with ILD.

Results: 74 patients were included, 27% were male. The mean age at diagnosis was 57.5 ± 15 years. The mean time since diagnosis was 7.67 ± 8 years. 28 patients had ILD (38%). 64% of patients had < 20% of ILD extent classified through HRCT scan. SSc-ILD patients had elevated serum KL-6 and IL-18 levels compared to patients without ILD ($p = 0,003$ and $p = 0,04$), and those findings were preserved after adjusting for age and sex (table 1). Mean erythrocyte sedimentation rate (ESR) was higher in patients with SSc-ILD. A negative correlation between KL-6 levels and %FVC ($\beta = -0,25$, $p 0,037$) and %DLCO

($\beta = -0.28$, $p 0.02$) and between IL-18 levels and %FVC ($\beta = -0.20$, $p 0.03$) and %DLCO ($\beta = -0.14$, $p 0.04$) were found. Linear regression models representing the correlation between KL-6 and PFT are represented in the scatter plot in figure. Serum KL-6 and IL-18 levels successfully differentiated grades 1 and 2 ($p = 0.028$ and $p = 0.021$). Semiquantitative grades of ILD on the HRCT scan were significantly proportional to the KL-6 ($p 0.01$) and IL-18 ($p = 0.03$). A positive correlation between extensive lung disease and KL-6 ($\beta = 0.61$, $p 0.007$) but not with IL-18 was found.

Demographic and clinical characteristics of patients with SSc-ILD and non-SSc-ILD

	ILD (28)	ILD (-) (46)	p
Mean age, years	57.3 ± 16	57.7 ± 28	0.97
Sex, male	6 (21%)	13 (28%)	0.51
Mean ESR (mm/h)	23 ± 16	9 ± 8	0.04
Mean CRP (mg/dL)	7.1 ± 4.3	5.03 ± 3.25	0.36
Serum KL-6 (U/mL)	320 ± 68	262.5 ± 39	0.003
Serum IL-18BP (U/mL)	150.46 ± 130	123.23 ± 90	0.21
Serum IL-18 (U/mL)	300.63 ± 167	209.65 ± 180	0.03
Pulmonary function tests			
Mean FVC%	96.2 ± 34	111 ± 22.3	0.01
Mean DLCO%	65.7 ± 18	77.5 ± 19.7	0.001

Conclusions: Serum KL-6 levels and IL-18 were increased in patients with SSc-ILD and showed a positive correlation with ILD severity as measured using a semiquantitative HRCT grading scale and a negative correlation with PFT parameters. KL-6 is positively correlated with extensive lung disease. Serum KL-6 and IL-18 could be a clinically useful biomarker in screening and evaluating SSc-ILD.

P097. EL ANTICUERPO MDA5 Y SU RELACIÓN CON LA DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA

Cristina Arciniega Larios, Delia Fernández Lozano, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Raúl Veroz González, Sara María Rojas Herrera y Eugenio Chamizo Carmona

Hospital de Mérida.

Introducción: El anticuerpo dirigido contra la proteína codificada por el gen asociado con la diferenciación del melanoma 5 (anti-MDA5) se relaciona con un subgrupo de miopatías inflamatorias poco frecuentes que se caracterizan por presentar lesiones cutáneas típicas de la dermatomiositis clásica sin o con mínima afectación de la musculatura proximal. La importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz radica en la enfermedad pulmonar intersticial rápidamente progresiva que pueden desarrollar entre un 50-100% de los casos y que conlleva a un pronóstico nefasto con una mortalidad a los 6 meses del diagnóstico de entre un 33 y un 66%. En menos del 5% de los casos se asocia a enfermedad neoplásica.

Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de pacientes que presentan positividad frente al anticuerpo MDA5 en nuestro hospital.

Métodos: Se realizó una búsqueda activa de los anticuerpos MDA5 positivos de nuestro hospital recogiendo datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos entre los años 2021-2022.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes con una edad media 56,8 años (32-86 años) siendo el 60% mujeres (6) y el 40% varones (4). Del total de pacientes, únicamente 30% fueron diagnosticados de dermatomiositis. Tres pacientes presentaron otras enfermedades reumatológicas autoinmunes (dos de ellos fueron diagnosticados de lupus eritematoso sistémico y uno de artritis reumatoide), dos con afectación pulmonar exclusivamente, y en 2 casos no se encontró ninguna patología. En cuanto a los pacientes diagnosticados de dermatomiositis, el 100% presentaron enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y afectación cutánea clásica de dermatomiositis. El 66,6% presentaron artritis, el 33,3% se relacionó con un carcinoma de mama incipiente y en el 33,3% presentó afectación muscular. En

todos los casos se inició tratamiento de forma precoz con bolos de metilprednisolona intravenosa asociando en el 66,6% de los casos Ciclofosfamida intravenosa y en el 66,6% de los casos tacrólimus. Se reportó un fallecimiento por insuficiencia respiratoria probablemente secundaria a progresión de la enfermedad pulmonar relacionada con la enfermedad. El resto de los casos presentaron evolución favorable con remisión de la afectación cutánea y articular así como estabilidad de la afectación pulmonar.

Conclusiones: La frecuencia encontrada de dermatomiositis hipo o amiopática con MDA5 positivo es baja. El 100% de los casos presentaron afectación pulmonar al diagnóstico, únicamente el 30% presentó afectación muscular y el 30% se asoció a neoplasia. De los pacientes encontrados con dermatomiositis MDA5 positivo un tercio falleció.

P098. NIVELES DE AUTOANTICUERPOS ANTI-HMGCR EN EL SEGUIMIENTO DE LA MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA POR ESTATINAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 24 PACIENTES

David Martínez López¹, Diana Prieto-Peña², Cristina Corrales-Selaya², Piotr Szczesny³, Antonella Notarnicola^{4,5,6}, Marcos López-Hoyos⁷, Ricardo Blanco², Ingrid Lundberg^{4,5,6} y Maryam Dastmalchi^{4,5,6}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ³Department of Rheumatology. National Institute of Geriatrics. Rheumatology and Rehabilitation. Warsaw. Polonia. ⁴Department of Neurology. Medical University of Warsaw. Warsaw. Polonia. ⁵Division of Rheumatology. Department of Medicine. Karolinska institute. Solna. Polonia.

⁶Department of Gastro. Dermatology and Rheumatology. Karolinska University Hospital. Stockholm. Suecia. ⁷Center for Molecular Medicine. Karolinska Institutet. Stockholm. Suecia. ⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Inmunología. Santander.

Introducción: La miopatía necrotizante inmunomediada (IMNM) inducida por estatinas está asociada con autoanticuerpos anti-3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA reductasa (HMGCR). Se caracteriza por niveles elevados de creatina quinasa (CK) y debilidad muscular. Diferenciar la actividad de la enfermedad del daño crónico puede ser complejo. La utilidad del análisis cuantitativo de autoanticuerpos anti-HMGCR durante el seguimiento no se ha estudiado a fondo.

Objetivos: Evaluar la utilidad de medir los niveles de autoanticuerpos anti-HMGCR en relación con la respuesta al tratamiento.

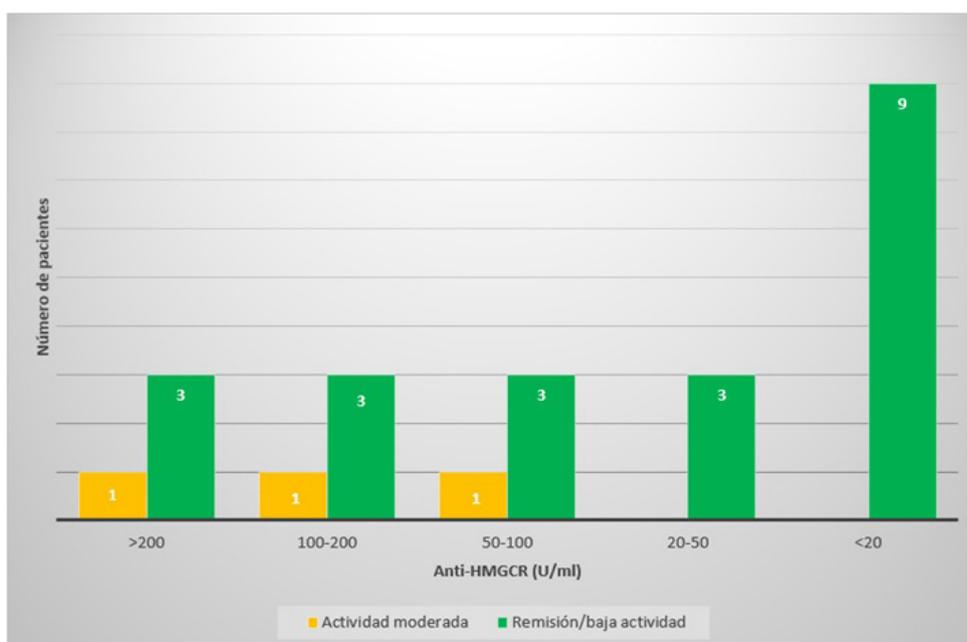
Métodos: Se incluyeron todos los pacientes consecutivos diagnosticados de IMNM inducida por estatinas según la definición del European Neuromuscular International Workshop 2016¹ y positividad para autoanticuerpos anti-HMGCR en dos centros de España y Suecia desde enero de 2017 hasta noviembre de 2022. Todos los pacientes fueron seguidos durante al menos 3 meses. Los datos clínicos se extrajeron retrospectivamente de las historias clínicas de los pacientes. La remisión se definió como la ausencia de actividad de la enfermedad evaluada por reumatólogos expertos según los criterios de respuesta ACR/EULAR 2016 en miositis. La actividad de la enfermedad moderada y alta se definió cuando la puntuación de actividad global del médico fue superior a 2 o 3 (en una escala de Likert), respectivamente^{2,3}. El nivel de autoanticuerpos anti-HMGCR se midió en el momento del diagnóstico y en un período de tiempo variable después del tratamiento. Los resultados se obtuvieron utilizando el método de inmunoensayo de quimioluminiscencia (CLIA). Se consideraron anti-HMGCR negativos los niveles inferiores a 20 U/ml.

Resultados: Nuestro grupo se componía de 24 pacientes. Las características principales de los pacientes se resumen en la tabla. 21 (87,5%) pacientes alcanzaron la remisión clínica o baja actividad de la enfermedad. Sin embargo, 3 pacientes (12,5%) permanecieron con actividad moderada de la enfermedad. Ninguno de los pacientes

Variables	Total (n=24)	Remisión / baja actividad (n=21)	Actividad moderada (n=3)	P (remisión vs no remisión)
Edad (años), media ± SD	68.2 ± 7.2	67.6 ± 7.1	67.3 ± 10.1	0.95
Sexo (mujeres), n (%)	10 (42)	9 (42.9)	1 (33.3)	0.89
Valores analíticos, media ±SD				
● CK (ukat/L) al diagnóstico	114.3 ± 103.9	103.5 ± 100	230.7 ± 84.5	0.51
● Anti-HMGCR al diagnóstico	214.6 ± 110.8	212.2 ± 89.7	295 ± 127.8	0.24
● Anti-HMGCR tras el tratamiento	83.8 ± 89	74 ± 80.4	190 ± 100.1	0.035*
Fuerza muscular, media ±SD				
MMT-8 al diagnóstico	64.4 ± 12	65.4 ± 12.7	62.7 ± 12.5	0.73
MMT-8 tras el tratamiento	77.6 ± 4.2	78.6 ± 3.1	74.3 ± 8.1	0.1

CK: Creatin quinasa.
 Limite superior para CK: < 4.7 ukat/L para hombres y 3.5 ukat/L para mujeres.
 *: p < 0.05

P098 Figura 1. Características generales de 24 pacientes diagnosticados de IMNM anti-HMGCR positiva.



P098 Figura 2. Niveles de autoanticuerpos anti-HMGCR según la actividad de la enfermedad después del tratamiento en 24 pacientes con IMNM.

tenía alta actividad de la enfermedad. Los niveles de anti-HMGCR al diagnóstico eran superiores a 100 U/ml en 23 pacientes (95,8%) y superiores a 200 en 11 pacientes (45,8%). Sin embargo, los niveles de anti-HMGCR después del tratamiento fueron significativamente más bajos en pacientes en remisión (p = 0,035). Los niveles numéricos en el momento del diagnóstico de la enfermedad y después del tratamiento se muestran en la figura. Después del tratamiento, la mayoría de los pacientes en remisión tenían niveles bajos (n = 3, 14,3%) o negativos (n = 9, 42,9%), mientras que los pacientes con actividad moderada tenían niveles más altos (n = 2, 66,7% con niveles superiores a 100 U/ml). Sin embargo, 6 pacientes en remisión (28,6%) aún tenían niveles por encima de 100 U/ml.

Conclusiones: La evaluación de los niveles de autoanticuerpos anti-HMGCR se puede utilizar junto a otras herramientas para medir con precisión la actividad de la enfermedad en pacientes con IMNM inducida por estatinas. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allenbach Y, et al. Neuromuscul Disord. 2018;28(1):87-99.
 2. Rider LG, et al., Ann Rheum Dis. 2017 May;76(5):782-91. Erratum in: Ann Rheum Dis. 2018;77(4):623

3. Rider LG, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63 Suppl 11 (0 11):S118-57.

P099. EPIDEMIOLOGÍA DE NEUROSARCOIDOSIS EN EL NORTE DE ESPAÑA 1999-2019: ESTUDIO POBLACIONAL

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

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

Introducción: La neurosarcoidosis (NS) es una complicación grave y relativamente infrecuente de la sarcoidosis. Los datos sobre su incidencia son escasos y varían en todo el mundo.

Objetivos: Estimar la epidemiología de NS en el norte de España.

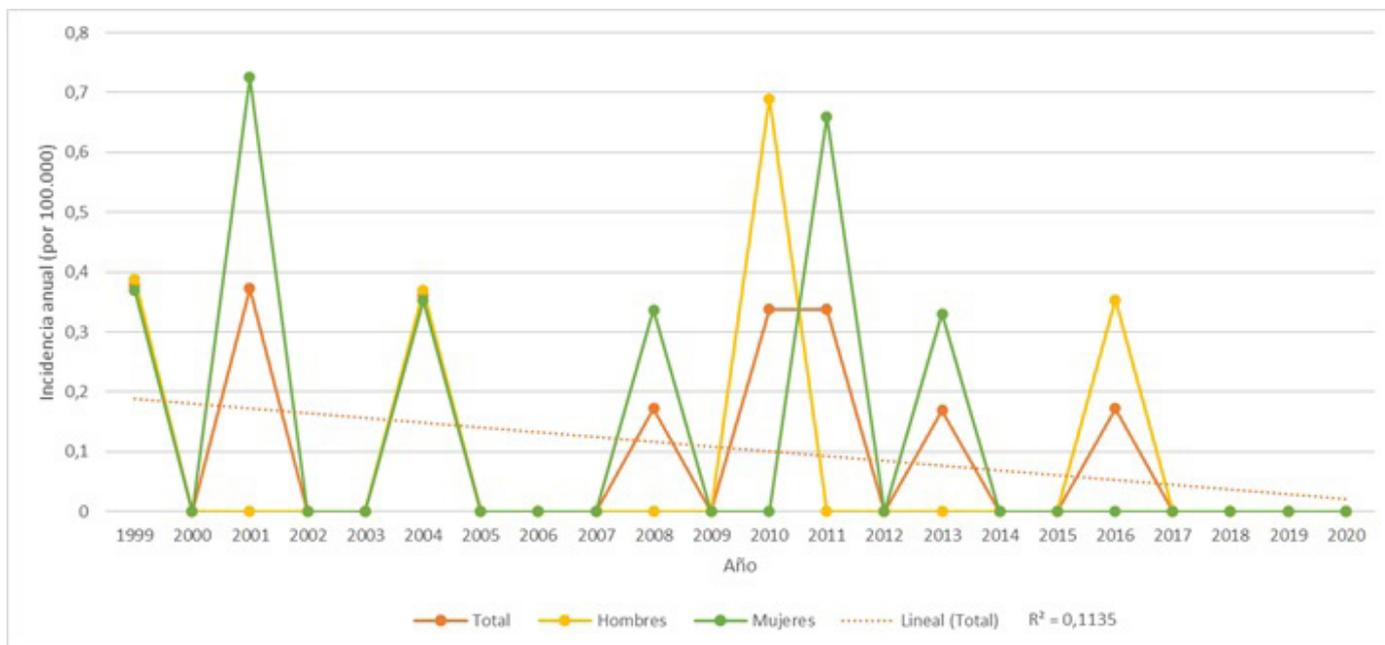
Métodos: Se evaluaron los pacientes diagnosticados de sarcoidosis en un hospital universitario del norte de España, entre enero de 1999 y diciembre de 2019. El diagnóstico de sarcoidosis se estableció según los criterios ATS/ERS/WASOG de la siguiente manera: pre-

Tabla P099

Principales características clínicas y tratamiento de la neurosarcoidosis en diferentes zonas geográficas

Autor, año	País	Casos			Hombre n (%)		Edad de inicio años media ± DE	
		S	NS	%	S	NS	S	NS
Gascón-Bayarri <i>et al.</i> , 2011	España	445	30	6,7	ND	10 (33,4)	ND	48,3 ± ND
Leonhard <i>et al.</i> , 2016	Países Bajos	ND	52	ND	ND	22 (48,0)	44 ± ND	43,0 ± ND
Joubert <i>et al.</i> , 2017	Francia	690	234	33,9	ND	117 (50,0)	ND	31,5 ± ND
Dorman <i>et al.</i> , 2019	EE. UU.	1706	82	4,8	691 (40,6)	43 (52,4)	49 ± 10,8	45,0 ± 11,4
Arun <i>et al.</i> , 2020	Reino Unido	ND	80	ND	ND	35 (44,0)	ND	47,8 ± ND
Goel <i>et al.</i> , 2020	India	ND	12	ND	ND	4 (33,4)	ND	44,0 ± 9,2
Sambon <i>et al.</i> , 2022	Bélgica	180	22	12,2	ND	14 (64,0)	ND	40,5 ± ND
Byg <i>et al.</i> , 2022	Dinamarca	ND	20	ND	ND	11 (55,0)	ND	51,6 ± ND
Estudio actual, 2023	España	234	30	12,8	105 (44,9)	11 (36,7)	48,4 ± 14,8	55,0 ± 15,8

ND: sin datos, NS: neurosarcoidosis, S: sarcoidosis.



P099 Figura. Incidencia anual de neurosarcoidosis en el norte de España (1999-2019).

sentación clínica y radiológica compatible, confirmación histopatológica y exclusión de otras enfermedades granulomatosas. El diagnóstico de NS se realizó de acuerdo con el Grupo de Consenso del Consorcio de NS (1). Se recogieron datos demográficos y clínicos. Se estimó la incidencia de sarcoidosis entre 1999-2019 por sexo, edad y año de diagnóstico.

Resultados: Se observó NS en 30 de 234 (12,8%) (19 mujeres/11 hombres) (edad media: 55,0 ± 15,8 años) pacientes con sarcoidosis. Las manifestaciones neurológicas subyacentes fueron cefalea crónica (n = 13, 43,4%), neuropatía periférica (n = 6, 20,0%), neuropatía craneal (n = 5, 16,7%), anomalías de la médula espinal (n = 3, 10,0%) y meningitis aséptica (n = 3, 10,0%). En la tabla se resume la comparación entre las distintas zonas geográficas. Existen grandes variaciones en cuanto a la frecuencia (EE.UU.:4,8% a Francia:33,9%), el predominio del sexo y la edad en el momento del diagnóstico (31 a 55 años) en función de la zona geográfica. No obstante, la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en la 5ª década de la vida. La incidencia anual de NS en nuestra área poblacional en el periodo 1999-2019 fue de 0,11 por 100.000 habitantes, (IC95%: 0,11-0,26); 0,08 (0,07-0,24) en hombres, 0,13 (0,09-0,24) en mujeres. Hubo variaciones en las incidencias anuales, que oscilaron entre un valor mínimo de 0,08 en 2013-2014 y un máximo de 0,19/100.000 habitantes en 1999-2000. Se observó una tendencia descendente de la incidencia anual a lo largo del tiempo. No obstante, la correlación fue débil ($r^2 = 0,1135$) (fig.).

Conclusiones: Las características epidemiológicas de la NS son muy diferentes en frecuencia. La frecuencia estimada en este estudio fue similar a la de otros países.

BIBLIOGRAFÍA

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

P100. INMUNOGENICIDAD CELULAR Y HUMORAL DEL NEOANTÍGENO S1 DE VACUNAS SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES

María Paula Álvarez Hernández¹, Inés Pérez Sancristóbal¹, María Rodríguez Laguna¹, Kauzar Mohamed Mohamed², Cristina Martínez Prada¹, Dalifer Freites Núñez¹, Esther Toledano Martínez¹, Benjamín Fernández Gutiérrez¹, María Rodero¹, Cecilia Bravo¹, Antonia Rodríguez de la Peña², Silvia Sánchez-Ramón³, Gloria Mato Chain⁴ y Gloria Candelas Rodríguez¹

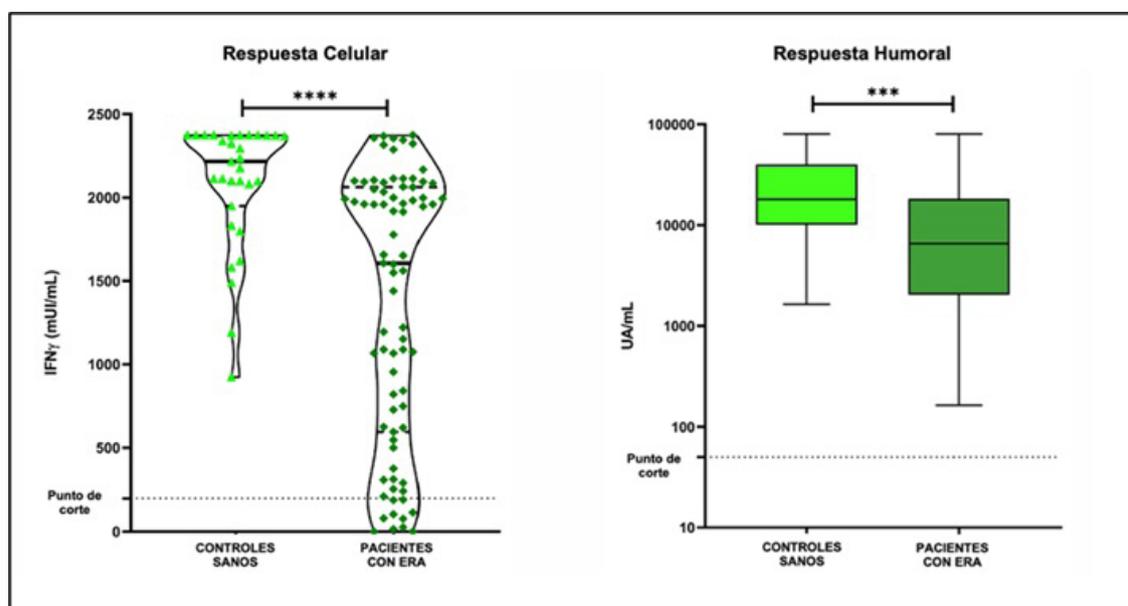
¹UGC Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. IdISSC. Madrid.

²Departamento Inmunología. Hospital Clínico San Carlos. IML e IdISSC. Madrid.

³Departamento de Inmunología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

⁴Departamento de Medicina Preventiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Los datos sobre la inmunogenicidad celular y humoral desencadenada por las vacunas contra el SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) son limitados. Aunque los esfuerzos actuales de vacunación se han centrado en la inducción de anticuerpos neutralizantes contra el SARS-CoV-2, la inmunidad de células T también puede proporcionar protección contra la infección. Los datos experimentales sugieren que las res-



P100 Figura. Respuestas específicas anti-SARS-CoV-2-IFN-γ medidas por IGRA.

puestas de las células T CD8+ pueden tener un papel protector en presencia de títulos de anticuerpos decrecientes o subprotectores.

Objetivos: Describir las respuestas serológicas y de células T a la tercera dosis de vacuna contra el SARS-CoV-2 en una cohorte de pacientes con ERA (artritis reumatoide y espondiloartropatías) tratados con terapias biológicas, para describir el impacto de estos tratamientos en la respuesta vacunal en esta población de pacientes. Como segundo objetivo, describiremos las características de los pacientes que no presentaron una respuesta inmunogénica adecuada.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se estudió en 79 pacientes con ERA y en 31 controles sanos, la producción de interferón-gamma (IFN-γ) específico anti-SARS-CoV-2 medida por IGRA entre 8-12 semanas después de la tercera dosis de vacuna anti-SARS-CoV-2. La respuesta humoral se midió por la producción de anticuerpos IgG anti-S1 medidos por inmunoensayo de micropartículas quimioluminiscentes. La comparación estadística entre variables categóricas se realizó mediante la prueba de Fisher o χ^2 . Para las variables cuantitativas mediante la prueba de Kruskal-Wallis o la prueba de Mann-Whitney.

Resultados: 79 pacientes con ERA (48 mujeres, 31 hombres; edad media $58 \pm 11,4$) 43 (54%), con artritis reumatoide y 36 (45,6%) con espondiloartropatías. 32 (49,5%) de ellos estaban en tratamiento con glucocorticoides (dosis media 4,92 mg/día), 25 (31,6%) con metotrexato y 56 (70,9%) con anti-TNF. Los resultados posteriores a la vacunación mostraron respuestas inmunitarias de células T positivas en 68 de 79 (86,1%) pacientes con ERA, con títulos medios de IFN-γ anti-SARS-CoV-2 de 1.606,85 mUI/ml. 7 (8,9%) de los pacientes con ERA mostraron niveles negativos de IFN-γ anti-SARS-CoV-2, mientras que 4 (5%) tenían títulos limítrofes. El 100% de los pacientes con enfermedad previa por COVID 19 presentaron respuestas celulares positivas. Dentro del grupo de respuestas celulares negativas o limítrofes, 7 de 10 eran hombres (70%), sin diferencias significativas en cuanto a diagnóstico, comorbilidades o tratamientos inmunosupresores utilizados. En el grupo de control, el 100% presentaron respuestas celulares positivas. Los anticuerpos IgG anti-Spike fueron detectables en todos los pacientes con ERA, al igual que en el grupo control.

Conclusiones: Nuestros datos preliminares muestran que la mayoría de los pacientes con ERA fueron capaces de generar una respuesta celular específica adecuada tras la vacunación contra el SARS-CoV-2, lo que resalta la importancia de la vacunación en este grupo. Se

detectaron respuestas específicas de anticuerpos secundarios a la vacunación contra el SARS-CoV-2 en todos los pacientes con ERA. Nuestros datos podrían apoyar la relevancia de estas respuestas inmunes para personalizar la prevención, la toma de decisiones sobre vacunación y el tratamiento en este subgrupo de pacientes.

P101. UTILIDAD DEL ÍNDICE REVEAL 2.0 COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR DE CUALQUIER CAUSA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Ivette Casafont Solé¹, Laura Calvo², Anne Riveros¹, Judit Font¹, Pau Alcubilla³, Carlos de la Puente², Lourdes Mateo¹ e Ivan Castellví⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es la causa principal de mortalidad en los pacientes con esclerosis sistémica (ES). Para estratificar su pronóstico y supervivencia, se desarrolló el índice REVEAL 2,0, el cual clasifica cada paciente en bajo, mediano o alto riesgo de mortalidad al primer año de seguimiento. Demostró mejor discriminación respecto otras herramientas de estratificación de riesgo basadas en la estrategia de la European Society of Cardiology/European Respiratory Society (ESC/ERS). El índice REVEAL 2.0 ha sido validado en HAP-ES. Aun así, los pacientes con ES pueden desarrollar hipertensión pulmonar (HP) por otras causas distintas a la HAP. No hay estudios que apliquen el índice REVEAL 2.0 para estratificar el riesgo en HP asociada a ES distinta de la HAP.

Objetivos: Aplicar el índice REVEAL 2.0 en una cohorte HP-ES de cualquier causa y analizar su utilidad para predecir mortalidad al año del diagnóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico realizado en una cohorte de HP-ES de 3 centros expertos en manejo de ES. Los pacientes con HAP-ES fueron diagnosticados con cateterismo cardíaco derecho. Se recogieron datos clínicos, analíticos, hemodinámicos y ecográficos. El índice REVEAL 2.0 se aplicó al diagnóstico de la HP. Se comparó el índice REVEAL 2.0 con el índice ESC/ERS, así como la relación entre REVEAL 2.0 y la mortalidad tanto al año como durante el seguimiento.

Resultados: Se analizaron los datos de 49 pacientes con HP-ES. Las tablas recogen las características de la muestra. A lo largo del seguimiento, REVEAL 2.0 mostró que los pacientes con riesgo intermedio al diagnóstico presentaban un HR de 6,76 (IC95% 0,7-62,3, p = 0,09) para mortalidad en comparación con los de bajo riesgo. Los pacientes con alto riesgo mostraban una HR de 8,84 (IC95% 1,1-70, p = 0,039) respecto los de bajo riesgo. El modelo global fue estadísticamente significativo (p = 0,025). En relación al primer año de seguimiento, REVEAL 2,0 mostró que los pacientes con riesgo intermedio al diagnóstico tenían una HR de 10,10 (IC95% 1,1-90,4, p = 0,039) de mortalidad respecto a los de bajo riesgo. Los pacientes con alto riesgo presentaron un HR de 11,32 (IC95% 1,4-89,3, p = 0,021) respecto los de bajo riesgo. En cuanto al índice ESC/ERS durante el seguimiento, los pacientes con riesgo intermedio al diagnóstico no mostraron diferencias significativas con los de bajo riesgo (HR 5,88 (IC95% 0,73-47,3, p = 0,096)), mientras que los pacientes con alto riesgo mostraron un HR de 9,4 (IC95% 1,01-86,9, p = 0,048). Al año de seguimiento, no se objetivaron diferencias entre los pacientes con riesgo intermedio y bajo riesgo, HR 4,05 (IC95% 0,9-19, p = 0,077), pero se observó un mayor riesgo de mortalidad en los pacientes con alto riesgo comparado con los de bajo riesgo, HR 9,33 (IC95% 1,7-50,9, p = 0,01). Cuando comparamos los índices REVEAL 2,0 y ESC/ERS al diagnóstico de HP-ES, observamos una correlación para las categorías de bajo y alto riesgo, pero no para riesgo intermedio. Esto se podría explicar por el tamaño muestral.

Tabla 1. Datos clínicos, analíticos y hemodinámicos al diagnóstico de los pacientes con HP-ES

Sexo femenino (%)	91,8%
Edad al diagnóstico de HP (años)	67,4 ± 10,01
Afectación cutánea (%)	79,6% ES limitada 12,2% ES difusa 6,1% ES sin esclerodermia 2% Desconocido
Disnea (%)	93,9%
Clase funcional NYHA (%)	I: 16,3% II: 61,2% III: 18,4% IV: 4,1%
Edemas en miembros inferiores (%)	40,8%
Ingurgitación yugular (%)	26,5%
Reflujo hepatoyugular (%)	28,6%
Angina (%)	2%
Síncope (%)	4,1%
Tensión arterial sistólica (%)	> 110 mmHg: 75,5%
Frecuencia cardíaca (%)	> 96 bpm: 8,2%
Hospitalización por cualquier causa los 6 meses previos al diagnóstico de HP (%)	32,7%
NT-ProBNP (ng/mL)	1210,34 ± 2335,78
Filtrado glomerular (ml/min)	> 60 ml/min: 71,4%
Subgrupos hemodinámicos HP (%)	Precapilar: 59,2% Postcapilar: 10,2% HP combinada 30,6%
Presión media aurícula derecha (mmHg)	9,74 ± 4,78
Índice cardíaco (l/min/m ²)	3,26 ± 0,89
SVO2 (%)	> 65%: 75,5%
Presión media de la arteria pulmonar (mmHg)	32,74 ± 10,67
Presión capilar pulmonar (mmHg)	12,75 ± 5,38
Resistencias vasculares pulmonares (WU)	4,79 ± 3,32
Septostomía auricular (%)	0%
Trasplante pulmonar (%)	2%
Exitus (%)	28,6%
Mortalidad al primer año de seguimiento (%)	10,2%

Tabla 2. Subgrupos de estratificación del riesgo al diagnóstico de HP-ES

Índice REVEAL 2.0	
Bajo riesgo	49%
Riesgo intermedio	16,3%
Alto riesgo	34,7%
Índice ESC/ERS	
Bajo riesgo	49%
Riesgo intermedio	38,8%
Alto riesgo	12,2%

Conclusiones: El índice REVEAL 2.0 parece ser una buena herramienta para categorizar el riesgo de mortalidad por HP-ES de cualquier causa al año del diagnóstico de HP. Se correlaciona con el índice ESC/ERS para las categorías de bajo y alto riesgo, pero no para el riesgo intermedio. El índice REVEAL 2.0 parece tener mayor capacidad para predecir mortalidad al año y durante el seguimiento comparado con el índice ESC/ERS.

P102. EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE NEUMOLOGÍA-REUMATOLOGÍA SOBRE AFECTACIÓN PULMONAR EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Claudia María Gómez González, P. Cardoso Peñafiel, L. Cebrián Méndez, A.I. Higes Díaz, D. Martos Ruiz, C.A Araque Molina, M.L. Lojo Oliveira, E. Calvo-Aranda, M.A. Matías de la Mano, C. Marín Huertas, M. Sanz Jardón, M.T. Navío Marco y M.B López-Muñiz Ballesteros

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: Entre las complicaciones pulmonares de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) destaca la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) que puede aparecer en cualquier momento de la evolución. Clínicamente suele cursar de forma insidiosa, siendo los síntomas más frecuentes la tos seca y la disnea, inicialmente de esfuerzos.

Objetivos: Describir las características clínicas, radiológicas, tratamientos utilizados y grado de satisfacción de los pacientes con diagnóstico o sospecha de EAS y afectación pulmonar evaluados en consulta multidisciplinar de Neumología-Reumatología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de una cohorte de pacientes seguidos en consulta multidisciplinar de Neumología-Reumatología desde octubre de 2017 hasta septiembre de 2022. Se realizó una encuesta de calidad percibida de junio a septiembre de 2022, incluyendo datos demográficos y de satisfacción en relación con la asistencia.

Resultados: Se incluyeron un total de 185 pacientes, de los cuales 124 (67%) eran mujeres. 100 pacientes (54%) mayores de 60 años, con una media de edad de 62 años. En la tabla se muestra la prevalencia de las distintas EAS evaluadas y los distintos hallazgos radiológicos pulmonares encontrados. Recibieron tratamiento con corticoides 99 casos (53,5%), 21 en monoterapia (21,2%). En cuanto a los inmunosupresores recibidos: Metotrexato 4 (2,8%), micofenolato 35 (24,1%), rituximab 21 (14,5%), abatacept 4 (2,8%), azatioprina 5 (3,4%), tocilizumab 2 (1,3%), tofacitinib 1 (0,7%) y ciclofosfamida 6 (4,1%). Los antifibróticos (pirfenidona y nintedanib) se emplearon en 2 y 7 pacientes, respectivamente. 40 pacientes (21,6%) no recibieron tratamiento, con seguimiento clínico y radiológico en controles sucesivos. De los pacientes evaluados, fallecieron 26 (14,1%): 7 por infección por SARS-CoV-2, 5 por progresión de EPI, 2 por exacerbación de la misma, 4 por cáncer (3 de pulmón, 1 de colon), 5 por enfermedad cardiovascular y 3 por causa desconocida. En cuanto a calidad percibida, 53 pacientes cumplimentaron la encuesta. Se mostraron muy satisfechos con la consulta multidisciplinar 37 (69,8%) pacientes, 14 satisfechos (26,4%) y 2 no contestaron. Respecto al tiempo de atención dedicado, 32 pacientes (56,5%) declararon encontrarse muy satisfechos, 16 (30,5%) satisfechos y 5 (13%) no contestaron. El 71,7% contestaron estar total o parcialmente de acuerdo en ser atendidos conjuntamente por ambos especialistas, a 14 (26,4%) les resultó indiferente y 1 estuvo en desacuerdo.

Conclusiones: En la muestra estudiada en nuestra consulta multidisciplinar existe un número significativo de pacientes con EAS y afectación pulmonar, con destacada prevalencia de EPI, siendo el patrón NINE el más frecuente, coincidiendo con lo descrito en la literatura. La mayoría de pacientes se encuentra muy satisfecho con el modelo de atención conjunta, convirtiéndose en una importante herramienta de gestión para su mejor manejo y seguimiento.

Enfermedades	Total de pacientes (%)
Artritis Reumatoide	37 (20%)
Esclerodermia	33 (17.8%)
IPAF	20 (10.8%)
Sarcoidosis	18 (9.7%)
Vasculitis	17 (9.2%)
Sd. Antisintetasa	12 (6.5%)
Lupus	10 (5.4%)
Sjögren	9 (4.8%)
EMTC	5 (2.7%)
Sd. de Solapamiento	5 (2.7%)
Otras	19 (10.3%)
Total	185 (100%)
Hallazgos Radiológicos	Pacientes afectados (%)
Neumonía Intersticial No especificada (NINE)	71 (38,4%)
Neumonía Intersticial Usual (NIU)	25 (13,5%)
Neumonía Organizada (NO)	18 (9,7%)
Neumonía Intersticial Linfoide (NIL)	3 (1,6%)
Nódulos pulmonares	13 (7,02%)
Otros hallazgos	41 (22,2%)
Sin afectación pulmonar	14 (7,6%)
Total	185 (100%)

P102 Figura

P103. CARACTERIZACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA RECEPTOR CRÓNICA Y AUTOANTICUERPOS POSITIVOS

S. Pastor Navarro¹, M. Ibáñez Martínez¹, B. Miguel Ibáñez¹, C.C. Chacón Vélez¹, A. Turrión Nieves¹, O. Martínez González¹, S. Gómez Castro¹, C. Montilla Morales¹, B. Aparicio Hernández², S. Obregón Muñoz² y C. Hidalgo Calleja¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

²Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos tiene varias complicaciones, siendo una de las más graves la enfermedad injerto contra receptor (EICR) que implica el reconocimiento de las células T del donante. En algunas series, la EICR crónica (EICRc) puede estar asociada con autoanticuerpos positivos. Aunque sabemos que en las enfermedades autoinmunes esta positividad se asocia con la actividad y el pronóstico, no se conoce bien la utilidad de estos autoanticuerpos en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con EICRc.

Objetivos: Describir la prevalencia de autoanticuerpos positivos y sus características clínicas en una cohorte de pacientes con EICRc valorada en una consulta multidisciplinar.

Métodos: Se realiza un estudio observacional prospectivo y descriptivo de 22 pacientes con diagnóstico de EICRc y detección de autoinmunidad positiva. Se recogen de forma sistemática las variables demográficas junto con las características basales de la enfermedad y relacionadas con el trasplante y las características clínicas de la EICRc según los criterios diagnósticos del North American National Institute of Health (NIH) 2015. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de frecuencias usando el programa SPSS versión 25.

Resultados: Se determinaron autoanticuerpos en 123 (87,8%) de 140 pacientes en la cohorte de EICRc. 22 (17,8%) pacientes tuvieron autoinmunidad positiva durante el seguimiento. 19 (86,3%) tuvieron anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. Los patrones de inmunofluorescencia más frecuentes fueron el nucleolar 10 (45,5%) y el moteado 4 (18,2%). 3 (13,6%) pacientes tenían *blot* antiesclerosis positivo y 4 (18,2%) antimiositis positivo. La tabla muestra las características clínicas de la EICRc con autoinmunidad positiva.

Características de la cohorte de EICRc con autoanticuerpos positivos

	Total
N	22
Edad al diagnóstico, edad (rango)	50 (18-72)
Género (hombre/mujer)	13 (59,1%)/9(39,9%)
Diagnóstico	
LMA ¹ /LNH ²	11 (50%)/2 (9%)
LLA ³ /SMD ⁴	3 (15%)/2 (9%)
Otros	4 (17%)
Tipo trasplante	
Emparentado: haploidéntico	15 (68%): 1(4,5%)
No emparentado	7 (30,4%)
Régimen acondicionamiento	
Intensidad reducida	10 (45,5%)
Mieloablativo	12 (54,5%)
Fuente injerto células madre	
Sangre periférica	19 (86,3%)
Médula ósea	3 (13,6%)
Tiempo del alotrasplante al reclutamiento, meses (rango)	28,5 (7- 83)
Afectación	
ECOC ⁵ 0/1/2	8(36,3%)/10 (45,5%)/4 (13,6%)
BOCA	10 (45,5%)
Ojo	11 (50%)
Genitourinario	2 (9,1%)
Gastrointestinal	1 (4,5%)
Hígado	5 (25%)
Pulmón	4 (18,1%)
Articular/fascial	17 (77,3%)
Piel	17(77,2%)
Esclerodermiforme	12 (54,5%)
Liquenoide	3 (13,6%)
Ambos	5 (22,7%)
Score NIH ⁶ global:	
Leve/moderado/grave	5(22,7%)/4 (18,8%)/13 (59%)
Patrón ANA IFI: Hep-2: (1/160)	
Moteado/nucleolar/citoplasmático/sin patrón definido	4 (18,2%)/10 (45, %)/2 (9,1%)/6 (27,2%)
Anti-DNA	2 (9,1%)
Anti-Ro 52k	9 (40,9%)
Anti-NOR90	1 (4,5%)
Anti-RP155	2 (9,1%)
Antifibrillarina	1 (4,5%)
Anti-MDA5	1 (4,5%)
Anti-Mi2	1 (4,5%)
Anti-SAE	1 (4,5%)
Anti-NXP2	1 (4,5%)
p-ANCA	1 (4,5%)

1. Leucemia mieloide aguda. 2. Linfoma no Hodgkin 3. Leucemia linfoblástica aguda 4. Síndrome mielodisplásico 5. North American National Institute of Health.

Conclusiones: El pequeño tamaño muestral de nuestro estudio no permite correlacionar las variables clínicas con la actividad y la severidad de la EICrC. Cabe destacar una mayor positividad de autoanticuerpos en las formas esclerodermiformes y en la afectación fascial/articular. Sin embargo, consideramos que son necesarios más estudios para establecer la utilidad de los anticuerpos en el diagnóstico y pronóstico de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Hao *et al.* Potential value of autoantibodies as biomarkers of chronic graft-versus-host disease after allogeneic stem cell transplantation. *J Zhejiang Univ-Sci B.* 2019;20(10):849-60.
- Kuzmina *et al.* Clinical significance of autoantibodies in a large cohort of patients with chronic graft-versus-host disease defined by NIH criteria. *Am J Hematol* 2015;90(2):114-9.

P104. EL ESTUDIO INTEGRADO DEL PROTEOMA Y METABOLOMA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PERMITE IDENTIFICAR NUEVAS BIOMOLÉCULAS ASOCIADAS A SU PATOGENIA

Ismael Sánchez Pareja¹, Rafaela Ortega Castro¹, Font Ugalde Pilar¹, Tomás Cerdó¹, Laura Muñoz-Barrera¹, M. Carmen Ábalos-Aguilera¹, Christian Merlo¹, Pedro Ortiz Buitrago¹, Nuria Barbarroja Puerto², Eduardo Collantes Estévez¹, María A. Aguirre¹, Carlos Perez-Sánchez³ y Chary López-Pedreira¹

¹IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. Reumatología. Córdoba. ²IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Córdoba. ³IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Córdoba.

Introducción: La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad autoinmune multisistémica heterogénea, caracterizada por lesiones cutáneas extensas, fibrosis difusa y anomalías renales y vasculares. El análisis integrado de perfiles proteicos y metabólicos podría arrojar luz sobre la patogenia de la enfermedad y favorecer mejoras en su cuidado.

Objetivos: Caracterizar los perfiles proteómicos y metabólicos circulantes en pacientes con SSc y su asociación con distintas tipologías clínicas.

Métodos: En una cohorte constituida por 72 pacientes con SSc y 43 donantes sanos (DS), -ajustados por edad y sexo- se realizó el análisis de un panel específico de 92 proteínas séricas vinculadas a daño orgánico, [Proximity Extension Assay (PEA,Olink)] y 250 metabolitos, incluyendo biomoléculas implicadas en la glicólisis, aminoácidos, ácidos grasos y lipoproteínas (tecnología RMN, Nighthale). Se evaluaron las principales complicaciones clínicas de la enfermedad, incluyendo fibrosis pulmonar y cutánea, afectación renal, vascular y esofágica, así como la prevalencia de autoanticuerpos circulantes, parámetros demográficos e inflamatorios estándar. Se aplicaron metodologías computacionales avanzadas (Metaboanalyst software) para identificar subgrupos de pacientes y análisis ontológicos (gene ontology, GEO) a fin de obtener información acerca del significado biológico de las firmas moleculares alteradas.

Resultados: Dieciséis proteínas circulantes vinculadas a daño orgánico (9 aumentadas y 7 reducidas), así como 143 metabolitos (37 aumentados y 101 reducidos) se encontraron alterados en pacientes SSc en relación a DS. Los análisis de *clustering* no supervisado identificaron 3 grupos de pacientes con perfil proteómico distintivo (C1-C3). A nivel clínico, los pacientes pertenecientes al C1 mostraron prevalencia de afectación multiorgánica (84%) -en su mayoría fibrosis pulmonar y cutánea y dismotilidad esofágica- en relación con los C2 (52%) y C3 (43%), así como mayor porcentaje de positividad para anticuerpos anti-scl70. A nivel molecular, se identificaron 19 proteínas significativamente alteradas en el C1 en relación con C2 y C3, involucradas principalmente en proliferación celular, apoptosis,

adhesión, migración y respuesta inmune. Entre ellas, 2 estaban vinculadas funcionalmente a enfermedades cutáneas (CALR, BANK1), 2 a trastornos digestivos (FGR, STXBP3) y 3 a disfunción pulmonar (FOSB, SMAD1, FOXO1). Además, los niveles de varias proteínas sobrepresadas en el C1 (BID, INPPL1, ERBB2IP, BANK1 y FOSB) se relacionaron con positividad para anti-scl70, autoanticuerpo asociado a mal pronóstico y afectación multiorgánica en SSc. El análisis metabólico entre dichos clústeres permitió identificar 35 marcadores metabólicos desregulados, incluyendo diversos subtipos de lipoproteínas, esfingomielinas, colesterol, lactato y albúmina. Asimismo, se observaron correlaciones significativas entre los niveles de las proteínas y los metabolitos hallados alterados, sugiriendo una su participación conjunta en mecanismos subyacentes al desarrollo de la enfermedad.

Conclusiones: La estratificación molecular de pacientes SSc, basada en firmas proteicas y metabólicas circulantes, podría contribuir a una mejor clasificación clínica, así como a la identificación de nuevas dianas terapéuticas y biomarcadores para el desarrollo de terapias personalizadas.

Financiado por ISCIII (CD21/00187 and RICOR-RD21/0002/0033); RYC2021-033828-I, cofinanciado por FEDER.

P105. PAPEL DE LA PERIOSTINA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

Verónica Pulito-Cueto^{1,2}, David Iturbe-Fernández^{1,3}, Sara Remuzgo-Martínez^{1,2}, Fernanda Genre^{1,2}, Víctor M. Mora-Cuesta^{1,3}, Belén Atienza-Mateo^{1,2}, María Sebastián Mora-Gil^{1,2}, Virginia Portilla^{1,2}, Alfonso Corrales^{1,2}, Ricardo Blanco^{1,2}, José M. Cifrián^{1,3,4}, Raquel López-Mejías^{1,2} y Miguel A. González-Gay^{5,6}

¹Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Óseas Metabólicas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁵IDIVAL y Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁶Servicio de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

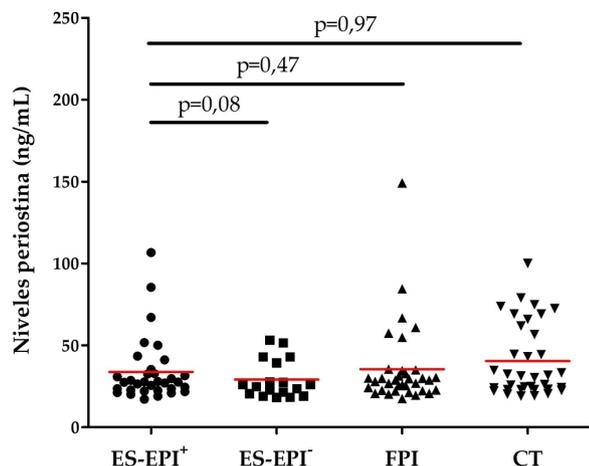
Introducción: La periostina es una proteína de la matriz extracelular que contribuye en el desarrollo y la reparación del tejido pulmonar¹. Trabajos previos han descrito a la periostina como un factor clave en la evolución aberrante de las vías respiratorias y la fibrosis parenquimatosa, estando implicada en la patofisiología de distintas enfermedades pulmonares crónicas tales como la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), una enfermedad pulmonar intersticial (EPI) muy grave¹⁻³. En este sentido, dado que la EPI constituye una de las manifestaciones más frecuentes y la principal causa de muerte en los pacientes con esclerosis sistémica (ES)⁴, resulta de gran relevancia evaluar la periostina como posible biomarcador de la ES-EPI⁺.

Objetivos: Estudiar el papel de la periostina en la susceptibilidad y el diagnóstico preciso de la ES-EPI⁺, así como evaluar la relación de la proteína con la severidad de la enfermedad.

Métodos: En este estudio se incluyeron 33 pacientes con ES-EPI⁺ y tres grupos control: 35 controles sanos (CT), 18 pacientes con ES-EPI⁻ y 35 pacientes con FPI. Todos los individuos fueron reclutados en los Servicios de Reumatología y Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. Los niveles séricos de periostina se determinaron mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas.

Resultados: Los pacientes con ES-EPI⁺ presentaron niveles de periostina similares a los CT (media ± desviación estándar: 33,80 ± 19,40 ng/mL vs. 40,46 ± 22,26 ng/mL, fig.). Tampoco se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en los niveles séricos de periostina entre los pacientes con ES-EPI⁺ y aquellos con ES-EPI⁻, así como con FPI, aunque tendieron a ser más altos en los pacientes con EPI (ES-EPI⁺: 33,80 ± 19,40 ng/mL; ES-EPI⁻: 29,13 ± 11,54ng/mL; FPI: 35,51 ± 24,76 ng/mL, fig.). Además, en los pacientes con ES-EPI⁺ no se observó una correlación entre los niveles de periostina y la capacidad vital forzada, el volumen espiratorio forzado en el primer segundo o la prueba de difusión de monóxido de carbono ($r = 0,18$, $r = 0,06$, $r = 0,21$, respectivamente, $p > 0,05$ en todos los casos).



Comparación de los niveles séricos de periostina en los pacientes con ES-EPI⁺ en relación con los pacientes con ES-EPI⁻ y FPI, así como con los CT. ES: esclerosis sistémica; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; FPI: fibrosis pulmonar idiopática; CT: controles sanos. La línea horizontal representa la media de cada grupo de estudio.

Conclusiones: La periostina no parece demostrar ser un biomarcador eficaz de susceptibilidad a ES-EPI⁺, ni de discriminación entre ES-EPI⁺ y ES-EPI⁻ o FPI en nuestra cohorte de pacientes. Además, tampoco parece ser útil para evaluar la gravedad de la enfermedad en los pacientes con ES-EPI⁺.

VP-C está financiada mediante fondos del PI18/00042 del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER); MSM-G está financiada por fondos de TRANSVAL 22/01 del IDIVAL; RL-M es beneficiaria de un contrato posdoctoral "Miguel Servet II" del ISCIII cofinanciado por el Fondo Social Europeo (FSE, "El FSE invierte en tu futuro") (CPII21/00004).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cell Mol Life Sci.2017;74(23):4305-14.
2. Respir Investig. 2015;53(2):73-81.
3. PLoS One. 2017;12(3):e0174547.
4. Am J Respir Crit Care Med. 2020;201(6):650-60.

PI06. EL ANÁLISIS DEL PERFIL METABOLÓMICO EN EL SUERO DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO PERMITE SU ESTRATIFICACIÓN EN BASE AL RIESGO ATERTROMBÓTICO

Rosario López Pedrera, M Ángeles Aguirre-Zamorano, Ismael Sánchez-Pareja, Tomás Cerdó, Laura Muñoz-Barrera, Pedro Seguí, Christian Merlo, Pedro Ortiz-Buitrago, Desirée Ruiz-Vílchez, M. Carmen Ábalos-Aguilera, Nuria Barbarroja Puerto, Rafaela Ortega Castro y Carlos Pérez-Sánchez

IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune sistémico asociado a hipercoagulabilidad y/o morbilidad obstétrica. Un diagnóstico oportuno y un seguimiento adecuado de la enfermedad son decisivos para mejorar la precisión de la terapia.

Objetivos: 1. Caracterizar el perfil metabólico presente en el suero de pacientes SAF y analizar su asociación con la fisiopatología de la enfermedad. 2. Investigar los efectos a corto plazo de la suplementación *in vivo* con ubiquinol [coenzima Q10 reducida (Qred)].

Métodos: En una cohorte conformada por 150 pacientes con SAF primario y 43 donantes sanos (DS), se realizó un análisis metabólico en suero (RMN, Nightingale) que involucró 250 metabolitos (biomoléculas asociadas a glucólisis, aminoácidos, ácidos grasos, fosfolípidos y lipoproteínas). En paralelo, se realizó un perfil clínico y analítico exhaustivo. Para evaluar la contribución de los perfiles metabólicos a la patogenia de la enfermedad, se realizaron análisis de agrupación o *clustering* no supervisado (Metaboanalyst). Finalmente, se evaluaron los cambios promovidos en el perfil metabólico en 33 pacientes con APS tratados durante un mes con Ubiquinol (Qred, CoQ10 reducido, 200 mg/día) como tratamiento adyuvante a la terapia estándar.

Resultados: Cincuenta y tres metabolitos se hallaron alterados en pacientes SAF en relación a DS, destacando la presencia de niveles reducidos de HDL ateroprotectoras, esfingomielinas, fosfolípidos e histidina, y altos niveles de VLDL proaterogénicas y ácidos grasos (MUFA, omega-3). El análisis de clústeres permitió identificar dos grupos de pacientes (C1 y C2) con perfiles metabólicos diferentes. A nivel clínico, los pacientes pertenecientes al C1 se caracterizaron por un mayor riesgo trombótico (aGAPSS > 12) y prevalencia de triple positividad para anticuerpos antifosfolípidos que los pacientes C2. Además, dichos pacientes mostraron preponderancia de trombosis arterial, así como mayor riesgo CV (elevada incidencia de placas de ateroma, dislipidemia, obesidad e hipertensión). A nivel molecular, se hallaron 143 metabolitos desregulados entre clústeres. Así, en comparación con C2, el C1 presentaba disminución de HDL y aumento VLDL y LDL, triglicéridos, ácidos grasos, apolipoproteínas (ApoB), metabolitos relacionados con glucólisis (glucosa y piruvato), y la inflamación (GlycA), aminoácidos (Leu, Tyr, Val, Phe, Ile), y otros lípidos implicados en la actividad de las células inmunes (fosfatidilcolinas, esfingomielinas, fosfoglicéridos y colinas). Asimismo, los análisis de regresión logística identificaron varios metabolitos cuyos niveles distinguían con gran precisión pacientes SAF que habían sufrido trombosis (VLDL y HDL, ácidos grasos, aminoácidos, glucosa y creatinina). *In vivo*, la suplementación con Qred revirtió parcialmente el perfil metabólico sérico hallado alterado y vinculado al desarrollo de aterosclerosis y trombosis en pacientes SAF.

Conclusiones: 1. Los pacientes con SAF presentan un perfil metabólico alterado, con anomalías asociadas a la patogénesis de la enfermedad, que son parcialmente modificadas *in vivo* por la suplementación con Qred. 2. La identificación por primera vez una huella metabólica capaz de estratificar a los enfermos de SAF en función de su riesgo aterotrombótico, podría facilitar el desarrollo de nuevas estrategias para su manejo clínico. Financiado por ISCIII (PI21/0591), y RICORS (RD21/0002/0033); RYC2021-033828-I, cofinanciado por FEDER.

PI07. ESPECTRO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javier Loricera García, Lara Sánchez-Bilbao y Ricardo Blanco

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

Objetivos: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una entidad inflamatoria y fibrosante con una patogenia no completamente dilucidada y con unas manifestaciones clínicas muy heterogéneas. Por ello, lamentablemente la ER-IgG4 es una entidad que sigue estando infradiagnosticada. Nuestros objetivos fueron: a) evaluar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de ER-IgG4 en un hospital, y b) comparar con las grandes series publicadas.

Características principales de los pacientes con ER-IgG4 en series de más de 100 pacientes y en serie actual

Referencia	Casos	Sexo		Edad, mediana [IQR] o media ± DE	Criterios diagnósticos	Número de órganos afectados	Valor de IgG4 sérica (mg/dL), mediana [IQR]
		Mujer (M)/ Varón (V)					
Lanzillotta <i>et al.</i> Rheumatology. 2020	131	M (n = 36), V (n = 95)		62 [53-70]	-Umehara: posible (46%), probable (2%), definitivo (52%)	-1 órgano (26%) -Más de 1 órgano (74%)	224 [115-382]
An <i>et al.</i> Orphanet J Rare Dis. 2022	127	M (n = 35), V (n = 92)		63 [55-69]	-Umehara: posible (82,6%), probable (2,3%), definitivo (11,8%)	-1 órgano (20%) -2-4 órganos (68%) -Más de 5 órganos (9%)	980 [390-1.520]
Zongfei <i>et al.</i> Clin Rheumatol. 2021	102	M (n = 25), V (n = 77)		62 [54,1-65,8]	-Okazaki (100%)	Mediana [IQR]: 2 [1-3]	399 [199-776]
Wang <i>et al.</i> Arthritis Res Ther. 2018	215	M (n = 67), V (n = 148)		54 [46-62]	-Umehara: posible (47,9%), probable (4,7%), definitivo (47,4%)	-1-2 órganos (36%) -3-4 órganos (47%) -5 o más órganos (17%)	896 [350-1.860]
Inoue <i>et al.</i> Medicine (Baltimore). 2015	235	M (n = 189), V (n = 46)		67	-Síntomas + laboratorio + imagen/histología compatible (100%)	-1 órgano (41%) -2 o más órganos (59%)	470 [ND]
Wallace <i>et al.</i> Arthritis Rheumatol. 2015	125	M (n = 49), V (n = 76)		50,3 ± 14,9	-Síntomas + laboratorio + imagen/histología compatible (100%)	-1 órgano (38%) -2 órganos (24%) -3 o más órganos (38%)	ND
Serie actual	11	M (n = 7), V (n = 4)		57 [54,5-73,5]	-Okazaki: 45% -Umehara: posible (18%), probable (18%), definitivo (9%) -ACR/EULAR 2020 (9%) -Síntomas + laboratorio + imagen/histología compatible (54%)	-1 órgano (36%) -2 órganos (27%) -3 o más órganos (36%)	66,3 [22,2-116,3]

ND: no datos.

Métodos: Estudio de pacientes diagnosticados de ER-IgG4 de un hospital de referencia y revisión de la literatura. El diagnóstico se realizó según los siguientes criterios: a) Okazaki; b) Umehara; c) ACR/EULAR 2020; y/o d) hallazgos clínicos, de laboratorio y de imagen sugestivos (1-3). Para la revisión bibliográfica se realizaron búsquedas en PubMed y en la biblioteca Cochrane desde su inicio hasta el 31 de diciembre de 2022, seleccionando aquellas series con mayor número de pacientes.

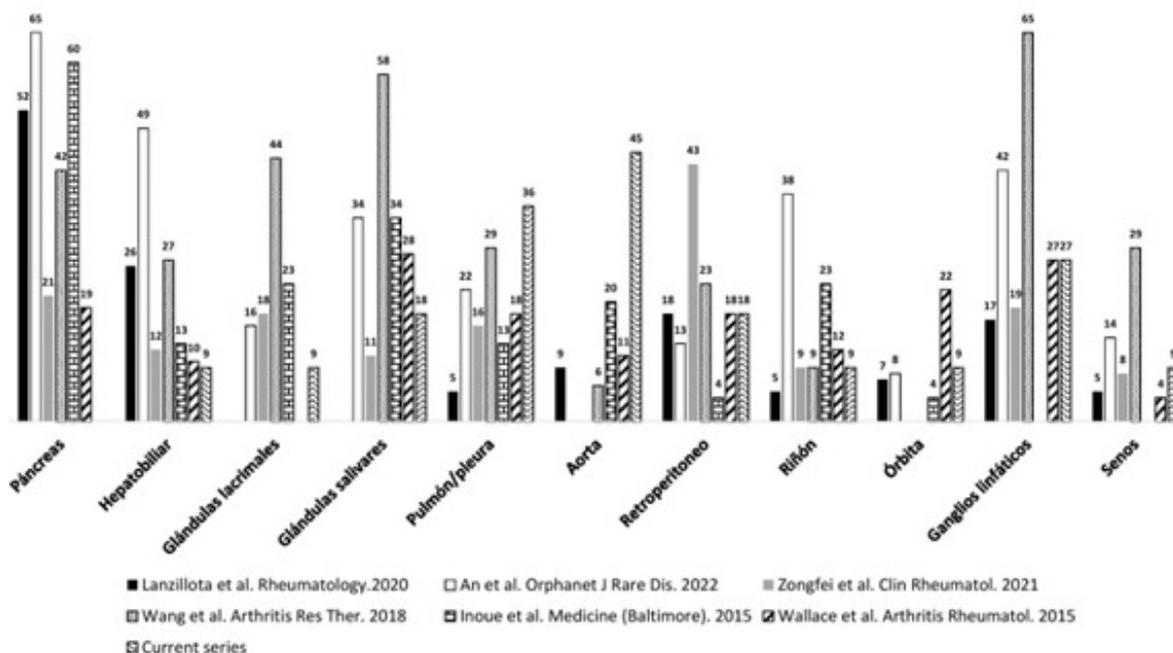
Resultados: Incluimos 11 pacientes (7 mujeres/4 varones) (edad media ± DE; 61,2 ± 15,6 años) diagnosticados de ER-IgG4. Los órganos afectados en el momento del diagnóstico fueron: aorta (n = 5), pleura/pulmón (n = 4), ganglios linfáticos (n = 3), glándulas salivales (n = 2), retroperitoneo (n = 2), glándulas lagrimales (n = 1), vía biliar (n = 1), riñón (n = 1), órbita (n = 1), subglotis (n = 1), pericardio (n = 1), mesenterio (n = 1), senos maxilares (n = 1). Los valores de IgG4 estaban aumentados en 2 (18%) pacientes (mediana [IQR]; 250,5 [201,0-300,1] mg/dL) (valor normal < 135 mg/dL). Los plasmoblastos en

sangre estaban aumentados en 8 (73%) pacientes (mediana; 831 [785-1.218] células/mL) (valores normales < 653 células/mL). En la revisión bibliográfica se seleccionaron 6 series de más de 100 pacientes cada una. Los principales datos de las distintas series se recogen en la tabla. La figura muestra los órganos más frecuentemente afectados en las diferentes series. El páncreas fue uno de los más frecuentemente afectados. En cambio, en nuestra serie, la afectación aórtica seguida de la pulmonar/pleural fueron las más frecuentes.

Conclusiones: La ER-IgG4 es una enfermedad muy heterogénea con afectación de prácticamente cualquier órgano de la anatomía, que suele presentarse con afectación de más de un órgano. A pesar del nombre de la entidad, la IgG4 sérica no siempre está elevada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Okazaki K, *et al.* Int J Rheumatol. 2012. PMID: 22690221.
2. Umehara H, *et al.* Mod Rheumatol. 2012. PMID: 21881964.
3. Wallace ZS, *et al.* Arthritis Rheumatol. 2020. PMID: 31793250.



Órganos implicados en las series de más de 100 pacientes y en la serie actual. Datos en %.

P108. RIESGO DE ICTUS ISQUÉMICO Y USO DE GLUCOSAMINA Y CONDROITÍN SULFATO: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO

Josep Vergés Milano¹, F. J. de Abajo², Ramón Mazzuchelli³, Sara Rodríguez-Martín², Diana Barreira-Hernández² y Nina Martínez¹

¹OAFI (Osteoarthritis Foundation International). Barcelona. ²Departamento de Ciencias Biomédicas. Universidad de Alcalá (IRYCIS). Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Introducción: Desde hace años, en España se vienen utilizando el sulfato de condroitina (CS) y la glucosamina (GS) en el tratamiento de la artrosis. Estos medicamentos que en nuestro país son de prescripción, han demostrado ser seguros y eficaces para el control de los síntomas de la OA como el dolor y han demostrado una mejoría de la funcionalidad. Por otro lado, diversos estudios han comunicado que el CS y GS reducen la inflamación sistémica y la progresión de la arterosclerosis, pudiendo tener una acción preventiva de la fisiopatología de ciertas enfermedades cardiovasculares, como el infarto agudo de miocardio. En esta línea sería pertinente preguntarse si el uso de CS y GS reduce el riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares como el ictus isquémico.

Objetivos: Evaluar la hipótesis de que el uso de GS y/o CS reduce el riesgo de ictus isquémico.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles anidado en una cohorte de pacientes de 40 a 99 años registrados en la Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP) durante el periodo 2002-2015. Se identificaron casos incidentes de ictus isquémico y se muestrearón aleatoriamente cinco controles por caso, emparejados individualmente con los casos por edad exacta, sexo y fecha del ictus. Se calculó el *odds ratio* ajustado (ORA) y el intervalo de confianza (IC) del 95% asociado a los usuarios actuales de GS o CS (última prescripción en los 30 días anteriores a la fecha índice) mediante una regresión logística condicional. Solo se consideraron nuevos usuarios de GS o CS.

Resultados: Se incluyeron un total de 13.952 casos que sufrieron ictus isquémico y 69.199 controles. De ellos, 106 casos (0,76%) y 803 controles (1,16%) eran usuarios actuales de GS o CS, dando lugar a un ORA de 0,66 (IC95%: 0,54-0,82) (para GS, ORA: 0,55; 0,39-0,77; y para CS, ORA: 0,77; 0,60-0,99). Esta reducción de riesgo de ictus isquémico se observó en ambos sexos (hombres, ORA: 0,69; 0,49-0,98; mujeres, ORA: 0,65; 0,50-0,85), en individuos mayores y

menores de 70 años (ORA: 0,69; 0,53-0,89 y AOR: 0,59; 0,41-0,85, respectivamente), en individuos con factores de riesgo vascular (ORA: 0,53; 0,39-0,74) y en pacientes que concomitantemente tomaban antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (ORA: 0,71; 0,55-0,92). La reducción de riesgo de ictus isquémico se observó en los usuarios de corta duración (< 365 días, ORA: 0,61; IC95%: 0,48-0,78) pero se desvaneció y dejó de ser significativa en los usuarios de larga duración (> 364 días ORA: 0,86; IC95%: 0,57-1,31).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio apoyan la hipótesis de que el uso de GS y CS se asocia con una reducción del riesgo de ictus isquémico tanto en hombres como en mujeres como en personas mayores y menores de 70 años. Es importante destacar que dicha reducción del riesgo de ictus isquémico se observó tanto en pacientes con factores de riesgo vascular preexistente, como incluso en pacientes usuarios actuales o recientes de AINE.

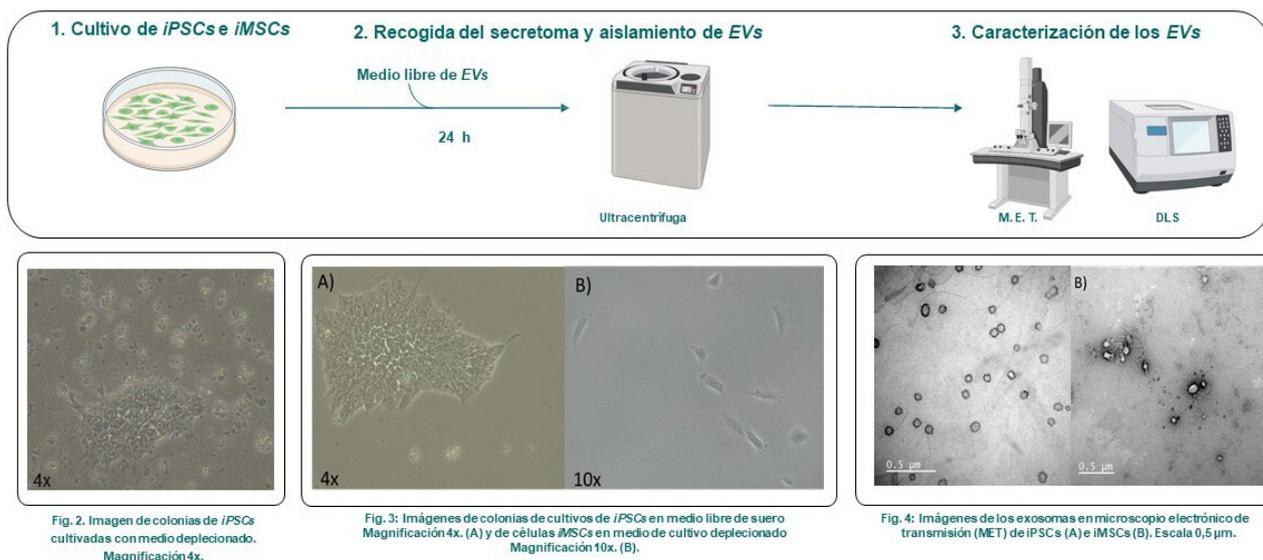
Financiación: estudio financiado por OAFI. Disponibilidad de datos: este estudio está basado en datos procedentes de la BIFAP, un programa público para la investigación independiente financiado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Los resultados, discusión y conclusiones de este estudio son los considerados por los autores únicamente y no representan en ningún modo la posición de la AEMPS.

P109. AISLAMIENTO Y CARACTERIZACIÓN DE VESÍCULAS EXTRACELULARES PEQUEÑAS AISLADAS DE DIFERENTES TIPOS CELULARES

C. Sanjurjo-Rodríguez^{1,2,3,4}, I. Gómez Seoane^{1,3,4}, I.M. Fuentes-Boquete^{1,2,3,4,5}, F. J. de Toro^{1,3,5,6}, F. J. Blanco^{1,3,4,5,6} y S. Díaz-Prado^{1,2,3,4,5}

¹Grupo de Investigación en Terapia Celular y Medicina Regenerativa. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). ²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad da Coruña. ³Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña- Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), A Coruña. ⁴Centro de Investigaciones Científicas Avanzadas (CICA). A Coruña. ⁵Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas. Universidade da Coruña, A Coruña. ⁶Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), A Coruña.

Introducción: Una de las líneas de investigación más prometedoras en el campo de la medicina regenerativa del cartílago se basa en el desarrollo de terapias libres de células, que serían más seguras que



P109 Figura

las terapias actuales basadas en células madre. Varios estudios demostraron que las células madre contribuyen a la reparación de tejidos no solo mediante el reemplazo celular sino también mediante la liberación de factores paracrinos que estimulan las células endógenas. Entre estos factores, se ha prestado especial atención a la investigación del potencial terapéutico de las vesículas extracelulares pequeñas (SEV) en la reparación de tejidos. El propósito de este estudio fue aislar y caracterizar SEV a partir de células madre pluripotentes inducidas (iPSC) y células estromales mesenquimales de médula ósea inmortalizadas (iMSC), como un primer paso para el desarrollo de una terapia libre de células en la regeneración del cartílago.

Métodos: Se cultivaron las líneas de iMSC e iPSC libres de células alimentadoras, ambas generadas en nuestro grupo de investigación a partir de pacientes sin artrosis. Cuando se obtuvo una confluencia del 50%, se añadió medio previamente desprovisto de vesículas extracelulares. Después de 24 horas, se recogió el secretoma de ambos tipos de células y se aislaron los SEV mediante ultracentrifugación en serie. Posteriormente, estos SEV se caracterizaron mediante microscopía electrónica de transmisión para el análisis de morfología, así como mediante DLS (Dynamic Light Scattering) para el análisis de tamaño (fig. 1).

Resultados: Después de cultivar ambos tipos de líneas celulares con medios deplecionados (sin EV), se observó que las iPSC sufrieron una alta mortalidad (fig. 2). Esto se resolvió cultivando iPSC en medios sin suero, que no tienen EV. Por otro lado, el cultivo de la línea de iMSC no se vio afectado por la adición de medios deplecionados en EV (fig. 3). Mediante análisis morfológico se observó la característica forma redondeada y el pequeño tamaño de las EV (fig. 4). Además, se confirmó que el tamaño de los SEV era inferior 200 nm, demostrando el aislamiento de los SEV.

Conclusiones: Los SEV se aislaron con éxito a partir de iMSC e iPSC mediante ultracentrifugación; esto fue confirmado por el análisis de caracterización morfológica. Se necesitarán más estudios centrados en el análisis de carga para determinar las diferencias entre las vesículas secretadas por ambos tipos de células.

Agradecemos a nuestras agencias financiadoras: Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y Promoción de la Investigación-Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) "Una forma de hacer Europa" (PI20/00933 y PI17/02197) y Grupos con Potencial de Crecimiento, Xunta de Galicia (ED431B 2020/55).

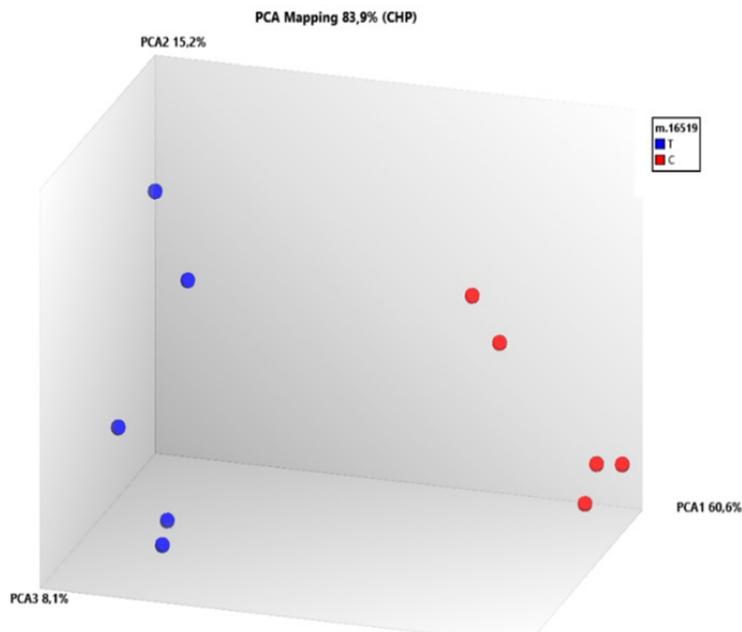
P110. ALTERACIONES GENÉTICAS MITOCONDRIALES Y FENOTIPO DE ARTROSIS DE RODILLA CON PROGRESIÓN RÁPIDA. ¿POSIBLE IMPACTO DE LA INFLAMACIÓN?

Alejandro Durán Sotuela, Mercedes Fernández-Moreno, Tamara Hermida-Gómez, Lucía Lourido-Salas, Cristina Ruiz-Romero, Juan Fernández-Tajes, Sara Relajo, Jorge Vázquez-García, Natividad Oreiro, María del Carmen de Andrés-González, Francisco J. Blanco e Ignacio Rego-Pérez

Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña (UDC). As Xubias. A Coruña.

Introducción: Recientemente se ha demostrado una asociación entre la variante mitocondrial m.16519C y el fenotipo de artrosis de rodilla con progresión rápida (ARPR). La variante puede afectar a procesos de biogénesis, fusión y fisión mitocondrial, así como a la producción del anión superóxido y la supervivencia celular bajo estrés oxidativo. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la variante mitocondrial m.16519C en el transcriptoma de los cíbridos transmitocondriales.

Métodos: Los cíbridos se generaron fusionando la línea celular de osteosarcoma humano 143B.TK-Rho-0 con plaquetas de donantes sanos portadores del haplogrupo H con o sin la variante m.16519C. El ADN mitocondrial (ADNm) de las dos líneas generadas se secuenció en la plataforma Ion S5XL. El ARN de los cíbridos (cinco clones por grupo) se aisló y se retrotranscribió antes de generar las librerías. Finalmente, se emplearon 70 pM de las librerías en el RNAseq. Los datos del RNAseq se agruparon mediante un análisis PCA. Para identificar genes diferencialmente expresados (DEG) se analizaron los datos en el software Transcriptome Analysis Console v.4. Se consideraron como diferencialmente expresados aquellos genes que mostraron un *Fold change* (Fc) > ± 2 y un p-valor ajustado (FDR) < 0,05 entre los dos grupos de cíbridos. La lista de DEG se cargó en el software Enrichr web-based tool para identificar procesos biológicos alterados. Se llevó a cabo una validación de la expresión génica de IL6 y COX2 en un LightCycler® 480, usando como referencia GAPDH. Se usó el kit Millipore's MILLIPLEX MAP High Sensitivity Human Cytokine multiplex para comparar los niveles séricos basales de IL6 entre 25 pacientes con ARPR y 204 pacientes con las mismas características radiológicas basales pero que no progresaron



P110 Figura 1. Análisis de componentes principales de los datos de RNA-seq de los cíbridos transmitocondriales estudiados.

rápidamente, pertenecientes a la cohorte Osteoarthritis Initiative. Se utilizó el criterio GIR-blanco (KL basal 0-I que aumenta hasta KL III/IV o KL basal II que aumenta hasta IV en 48 meses o menos) para definir ARPR.

Resultados: La secuenciación completa del ADNmt de los cíbridos identificó 17 variantes mitocondriales diferenciales entre ambos grupos, confirmando la presencia de la variante m.16519C en unos (cíbridos C) pero no en los otros (cíbridos T). El primer componente del PCA, que resumió hasta el 60,9% de la varianza, determinó dos grupos de muestras que se correspondían con los cíbridos T y C (fig. 1) El análisis de la expresión diferencial reveló un total de 460 DEG (167 sobreexpresados y 293 reprimidos en los cíbridos C). Estos DEG afectan a procesos involucrados en la regulación positiva de la respuesta inflamatoria aguda (GO:0002675), la regulación positiva de la migración de leucocitos (GO:0002687) y la regulación negativa de procesos celulares (GO:0048523). Los resultados de validación confirmaron la sobreexpresión, en los cíbridos C, de IL6 (Fc = 14,06; p-val = 0,0285) y COX2 (Fc = 3,029; p-val = 0,02857) (fig. 2). Es de destacar que los pacientes ARPR mostraron niveles más altos de IL6 en el suero a visita basal que los pacientes progresores no rápidos (p-valor = 0,045; OR = 2,627; IC95% = 1,021-6,760) (tabla).

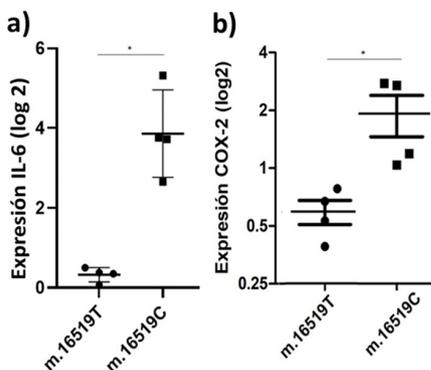


Figura 2. Análisis mediante qPCR de los niveles de IL6 (A) y COX2 (B) entre los clones de las dos líneas de cíbridos m.16519. *significación estadística < 0,05.

Análisis multivariante de los niveles basales de IL6 séricos de los 229 participantes analizados de la cohorte OAI.

Variable	p	OR	IC95%	
			Inferior	Superior
Edad	0,017*	1,063	1,011	1,118
IMC	0,027*	1,121	1,013	1,240
Sexo (femenino)	0,264	1,699	0,670	4,306
Artrosis contralateral (sí)	0,031*	2,715	1,094	6,738
WOMAC dolor	0,136	1,117	0,966	1,291
Mediana IL6	0,045*	2,627	1,021	6,760

Se analizó el efecto de los niveles de IL6 en la progresión rápida mediante una regresión logística binaria, usando como variable dependiente el tipo de progresión, y como variables predictoras la edad, el IMC, el sexo, la contralateralidad, el WOMAC y la mediana de IL6; *: significación estadística nominal < 0,05; IMC: índice de masa corporal; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; IC95%: intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratio.

Tabla P111

		Total (N = 85)			CNV (N = 48)			PTR (N = 37)		
		N	WOMAC	PCS	N	WOMAC	PCS	N	WOMAC	PCS
Sinovitis	No	28	31,89 ± 18,93	13,43 ± 7,86	15	21,67 4,16	9,87 6,62	13	43,69 12,93	17,54 7,33
	Sí	57	40,93 ± 18,88	16,84 ± 11,36	33	34,91 3,67	13,21 10,89	24	49,21 15,83	21,83 10,22
	p		0,041	0,111		0,025	0,278		0,281	0,19
Subdivisión sinovitis	0 (no derrame, no hipertrofia)	28	31,89 ± 18,93	13,43 ± 7,86	15	21,67 ± 17,50	9,87 ± 6,62	13	43,69 ± 12,93	17,54 ± 7,33
	1 (hipertrofia > 4 mm)	28	38,64 ± 20,93	11,75 ± 8,99	19	32,95 ± 18,77	9,79 ± 8,99	9	50,67 ± 21,14	15,89 ± 7,93
	2 (derrame > 4 mm)	6	33,17 ± 11,30	16,67 ± 11,60	5	32,20 ± 12,36	18,00 ± 12,45	1	38	10
	3 (hipertrofia y derrame)	23	45,74 ± 17,13	23,09 ± 11,18	9	40,56 ± 22,41	17,78 ± 12,22	14	49,07 ± 12,53	26,50 ± 9,35
	p		0,071	< 0,001		0,111	0,079		0,633	0,01

Media (desviación estándar) de las variables WOMAC y PCS en los diferentes grupos estudiados. Se han sombreado los análisis que han mostrado diferencias estadísticamente significantes. En negrita se muestran los grupos que son significativamente diferentes respecto al de referencia (grupo 3). PCS: pain catastrophizing scales, CNV: conservador, PTR: prótesis total de rodilla.

Conclusiones: En nuestro estudio, la variante m.16519C se asoció con la expresión diferencial de 460 genes relacionados con procesos eminentemente inflamatorios. Esta variante mitocondrial parece predisponer a los sujetos a un estado inflamatorio basal aumentado que puede incrementar el riesgo de desarrollar el fenotipo de ARPR.

P111. EL DERRAME SINOVIAL JUEGA UN PAPEL MÁS IMPORTANTE QUE LA HIPERTROFIA SINOVIAL EN LA CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA

Biola Alejandra Ojeda Morillo¹, L. Tío², Francisco Castro Domínguez³, Luciano Polino^{1,2} y J. Monfort^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Investigación celular en inflamación y cartílago. Programa de Recerca Clínica Translacional. IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). PRBB. Centro Médico Teknon. Barcelona.

Introducción: La sinovitis desencadena varios síntomas y signos clínicos de la artrosis (OA). En pacientes con artrosis de rodilla (KOA), valores mayores en el índice de catastrofismo ante el dolor (PCS), o el WOMAC, así como la presencia de dolor crónico asociado a la KOA, se han asociado a una mayor posibilidad de prótesis total de rodilla (PTR)^{1,2}.

Objetivos: Estudiar si la presencia de sinovitis (según definición del grupo de expertos OMERACT: hipertrofia de la membrana sinovial (HS) y/o derrame sinovial (DS) > 4 mm), en pacientes con KOA, se asocia a una peor clínica que conlleva a mayor riesgo de indicación de PTR.

Métodos: Se reclutaron pacientes con KOA y KL 2-3 tanto con tratamiento conservador (CSV) como pendientes de someterse a una PTR. Se realizó una visita clínica en la que se evaluó sus características clínicas así como una ecografía articular. Los pacientes se clasificaron según definición previa de sinovitis, y también teniendo en cuenta cada componente por separado: 0: No HS ni DR; 1: solo DS, 2: solo HS, 3: HS y DS. Se evaluaron las diferencias entre grupos en las variables clínicas estudiadas, mediante análisis de la varianza (ANOVA) y chi². Posteriormente se realizó un estudio de correlaciones bivariada de Spearman. El protocolo obtuvo la aprobación del CEIC (2016/6747/I).

Resultados: La tabla muestra las principales características de los grupos estudiados. Los pacientes con sinovitis presentaban valores de WOMAC superiores (9,04 (Intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,36-17,71), p-valor: 0,041). Este efecto se mantiene en los pacientes en tratamiento CSV, pero no en el grupo PTR. Al subdividir la sinovitis, según la HS y DS, observamos que los pacientes con HS y DS presentaban valores de WOMAC rigidez (1,93 (IC95% 0,37-3,49) p: 0,007) y de PCS (9,66 (IC95%:2,44-16,87), p 0,003) significativamente más altos que los pacientes sin ambas características. En el caso de la PCS, esta significación se observa también en sus 3 subescalas (rumiación, magnificación y desesperación) y cuando se compara con pacientes que presentan únicamente hipertrofia sinovial (11,34 (IC95%:4,12-18,55) p < 0,001). En este caso, la asociación con PCS se

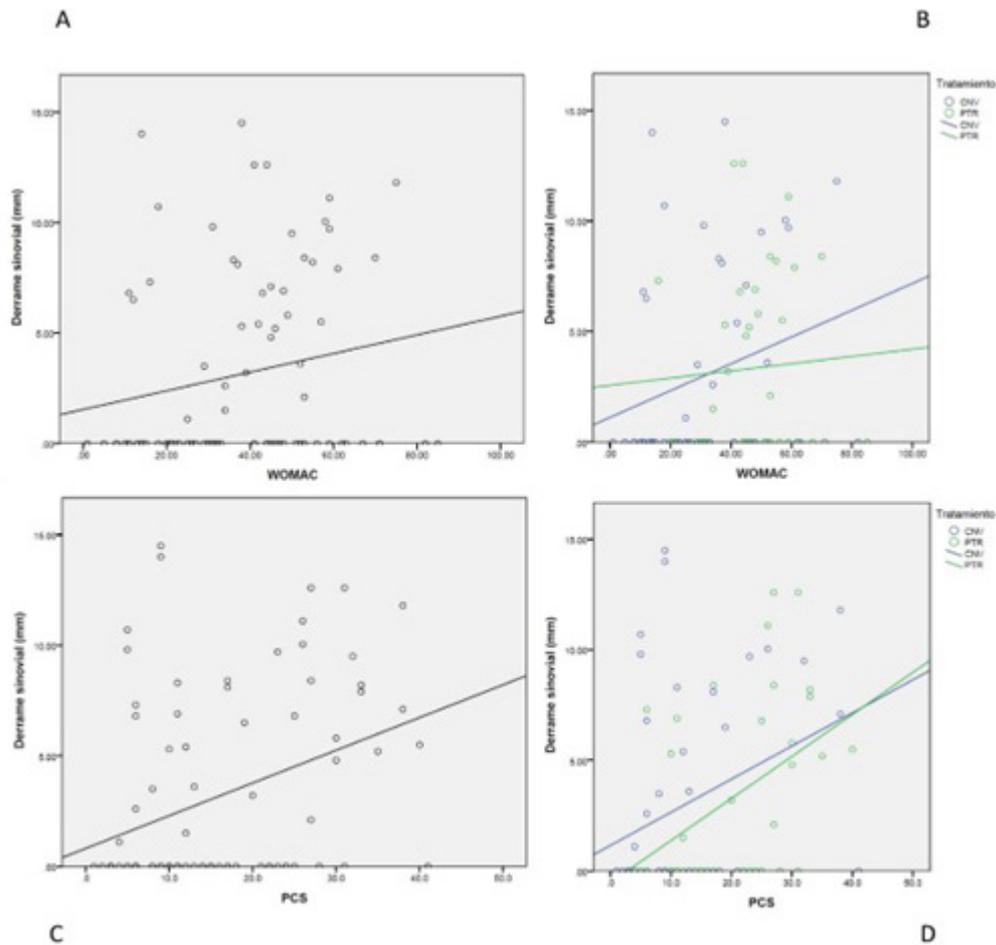


Figura 1.- Diagrama de correlación entre derrame sinovial y WOMAC (A ,B) y PCS (C , D). Se ha analizado con todos los pacientes (A y C) y agrupados por tratamiento (B y D)

P111 Figura

mantiene únicamente en los pacientes del grupo PTR. Por último, el estudio de correlación muestra que solo el componente de rigidez del WOMAC se asocia a la HS (coeficiente de correlación (r) 0,256, p-valor 0,018) mientras que tanto el WOMAC (r 0,228; p 0,036) como el PCS (r 0,343; p-valor 0,001) presentan correlaciones significativas con el DS (fig.).

Conclusiones: El presente estudio muestra que la presencia de DS y/o de HS juegan un papel en la valoración del WOMAC. Sin embargo, la puntuación de PCS únicamente está afectada por la presencia de derrame sinovial. La inclusión de esta variable puede ser importante en la descripción de un algoritmo de riesgo de PTR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koh HS, Choi YH, Park D, Jeong MG. Orthopedics. 2022;45(4):197-202.
2. Tío L, Castro F, Tassani S, Martínez S, *et al.* Annals of the Rheumatic Diseases. 78;1877-78.

P112. DISREGULACIÓN DE GLIPICANOS Y NOTUM EN ARTROSIS DURANTE LA DIFERENCIACIÓN OSTEOGÉNICA DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES

Irene González Guede, M. López-Ramos, L. Rodríguez-Rodríguez, L. Abasolo-Alcázar y B. Fernández-Gutiérrez

UGC de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos. IDISSC. Madrid.

Introducción: La artrosis (OA) es una enfermedad que afecta al órgano articular y se caracteriza por pérdida de cartílago y remodelación

anormal del hueso. Entre las anomalías moleculares que están involucrados en la OA, se ha encontrado una excesiva activación de la vía Wnt/ β -catenina¹. Esto implica que las células madre mesenquimales (CMM) se diferencien preferente a osteoblastos y no a condrocitos, resultando una mayor formación de tejido óseo². Además, existe una alteración en los componentes de esta vía durante la diferenciación osteogénica³. Entre los mediadores más importantes que regulan la vía Wnt/ β -catenina se encuentran los glipicanos (GPC1-GPC6) localizándose tanto unidos a membrana celular como en el medio extracelular⁴. Por su lado, NOTUM actúa como un regulador negativo muy específico de la vía Wnt, cuya función es liberar a los glipicanos de la superficie celular⁵.

Objetivos: Determinar si en pacientes con artrosis (OA), durante la osteogénesis de CMM, existen alteraciones en los niveles de expresión y en el medio extracelular de GPC1-GC6 y de NOTUM.

Métodos: Se extrajeron CMM a partir de médula ósea. Las células fueron purificadas mediante gradiente Ficoll-Paque. Las células pertenecían a pacientes con OA sometidos a reemplazo articular o a pacientes control con fracturas subcapitales de cadera. Tras 24 horas en medio de cultivo normal, se recogen parte de las CMM como valor basal t = 0. En el resto se añadió medio de diferenciación osteogénica y se recogen a los tiempos de 7, 14 y 21 días. En el sobrenadante del cultivo se analizó mediante ELISA la presencia de moléculas de GPC1-GPC6 y NOTUM. En las células se determinó la expresión génica por qPCR mediante el método fold change 2^{-ddCt}. En el análisis estadístico de ambos ensayos se analizaron los datos con GraphPad Prism 8.0. utilizando el método t-test.

Tabla P112

Niveles de GPC1-GPC6 y NOTUM en el medio extracelular. Comparativa de CNT vs. OA durante la diferenciación osteogénica analizado con la prueba t-test

	Día 0			Día 7			Día 14			Día 21		
	Cnt (SD)	OA (SD)	p-value	Cnt (SD)	OA (SD)	p-value	Cnt (SD)	OA (SD)	p-value	Cnt (SD)	OA (SD)	p
GPC2 (ng/ml)	0,22 (0,03)	0,20 (0,03)	0,2436	0,15 (0,01)	0,07 (0,02)	< 0,0001	0,06 (0,03)	0,07 (0,03)	0,8791	0,06 (0,03)	0,05 (0,02)	0,4661
GPC3 (ng/ml)	0,21 (0,03)	0,71 (0,05)	< 0,0001	0,16 (0,04)	0,66 (0,02)	< 0,0001	0,14 (0,02)	0,67 (0,02)	< 0,0001	0,13 (0,01)	0,66 (0,04)	< 0,0001
GPC5 (ng/ml)	11,66 (5,86)	7,53 (6,15)	0,1903	14,05 (8,61)	3,40 (3,26)	0,0089	6,84 (5,43)	1,55 (2,06)	0,0311	9,70 (5,10)	6,11 (3,32)	0,1448
NOTUM (pg/ml)	3.873,63 (1.631,90)	2.256,58 (1.368,51)	0,0497	6.707,16 (669,58)	5.784,29 (964,92)	0,0432	6.726,86 (448,01)	5.542,67 (1.012,00)	0,0136	6.263,56 (332,10)	5.867,63 (592,51)	0,1215

GPC1, GPC4 y GPC6 no presentes.

Resultados: Se reclutaron a 5 mujeres y 3 hombres de cada grupo, con edad media en pacientes con OA 72,50 ± 8,04 y en los controles 69,50 ± 10,30. Los niveles de expresión OA frente a controles durante la osteogénesis muestran una disminución de GPC3 en todos los tiempos. En GPC4 (t = 14,21d) y GPC2, GPC5, GPC6 y NOTUM a los 14 días hubo un aumento significativo (fig.). En los niveles de glipecanos y NOTUM en el sobrenadante se observa una disminución de los glipecanos GPC2 (t = 7d) y GPC5 (T = 7, 14d) y un aumento en GPC3 en todos los tiempos. A t = 0, 7 y 14 días se obtuvo una regulación negativa de NOTUM. GPC1, GPC4 y GPC6 no se encuentran presentes en ninguno de los grupos (tabla).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran una alteración generalizada de los glipecanos y NOTUM durante la diferenciación osteogénica. Existe una relación a la inversa entre los niveles de expresión y los valores observados en el medio extracelular en GPC2, GPC3, GPC5 y NOTUM. A tiempo basal, el aumento de GPC3 y disminución de NOTUM en el sobrenadante de pacientes con OA, indican que estas alteraciones provienen desde antes de la diferenciación. Estas alteraciones son de vital importancia para proponer nuevas estrategias terapéuticas con el fin de regular la vía Wnt/β-catenina, íntimamente relacionada con la fisiopatología de la artrosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wang Y, et al. Cell Commun Signal. 2019;17(1):97.
2. Hill TP, et al., Dev Cell. 2005;8(5):727-38.
3. Tornero-Esteban P, et al. PLoS One. 2015;10(9):e0137170.
4. Filmus J, et al. Genome Biol. 2008;9(5):224.
5. Traister A, et al. Biochem J. 2008;410(3):503-11.

P113. PROYECTO IASARC: SUERO AUTÓLOGO RICO EN CITOQUINAS (SARC) EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA REFRACTARIOS A CORTICOIDES INTRAARTICULARES

Ester Costa Moya¹, S. Garcia-Cirera¹, J. Calvet¹, A. Berenguer-Llgero², L. Uriel³, C. Orellana¹, N. Navarro¹, M. Rusiñol¹, A. Llobell¹, A. Garcia-Pinilla¹ y J. Gratacós¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Barcelona. ³Departamento Bioestadístico y Bioinformático de Reumatología. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I³PT). Sabadell. ⁴Tecnología Regenerativa QREM S L. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con artrosis de rodilla con mala respuesta a la analgesia convencional y que no son tributarios de prótesis presentan pocas opciones terapéuticas. El suero autólogo rico en citoquinas (SARC) es un derivado de las plaquetas y los glóbulos blancos de la sangre del propio paciente que puede administrarse vía inyección intraarticular. Se trata de un suero con alta concentración de citoquinas antiinflamatorias y factores de crecimiento, sin contener plaquetas, células ni fibrinógeno.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes infiltrados con SARC que consiguen una mejoría en los parámetros de dolor y discapacidad funcional a los 3 y 6 meses post infiltración.

Métodos: Estudio prospectivo abierto no controlado, en 40 pacientes afectados de artrosis de rodilla refractarios a tratamiento intraarticular con corticoides en el último año. Se dividieron en 2 grupos de

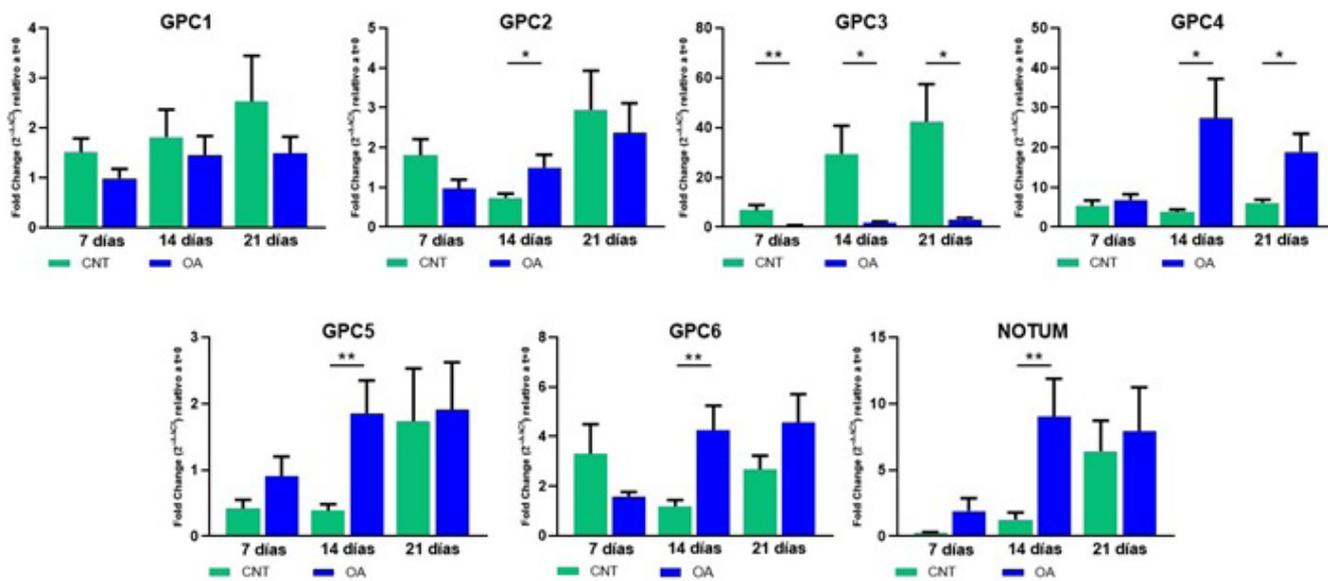


Figura 1. Niveles de expresión génica CNT vs OA durante la diferenciación osteogénica de CMM. Valores de GPC1-GPC6 y NOTUM medida por qPCR a 7, 14 y 21 días, en pacientes con artrosis (n= 8) y controles (n=8). Datos normalizados con genes β-actin y RNA185S. Método 2^{-(ddCt)} relativo a t=0. Prueba t-test; *p < 0,05, **p<0,01, ***p < 0,001. Mean±SEM.

Tabla 1. Diferencias en el KOOS dolor entre los pacientes que recibieron 1 o 3 inyecciones de SARC en las diferentes visitas de seguimiento. Visita 0: basal; Visita 1: 15 días; Visita 2: 30 días; Visita 3: 3 meses; Visita 4: 6 meses

	1 inyección				3 inyecciones				Total			
	N	Beta diff [IC95%]	SE	p	N	Beta diff [IC95%]	SE	p	N	Beta diff [IC95%]	SE	p
Visita1-Visita0	20	-17,37 [-25,37,-9,37]	4,08	< 0,01	20	-16,75 [-24,63,-8,88]	4,02	< 0,01	40	-17,06 [-22,67,-11,45]	2,86	< 0,01
Visita2-Visita0	20	-13,81 [-21,81,-5,82]	4,08	< 0,01	19	-24,14 [-32,14,-16,15]	4,08	< 0,01	39	-18,98 [-24,64,-13,33]	2,88	< 0,01
Visita3-Visita0	17	-11,01 [-19,44,-2,59]	4,30	0,01	19	-16,92 [-24,92,-8,92]	4,08	< 0,01	36	-13,97 [-19,78,-8,16]	2,96	< 0,01
Visita4-Visita0	13	-6,92 [-16,13,2,29]	4,70	0,14	16	-17,74 [-26,19,-9,29]	4,31	< 0,01	29	-12,33 [-18,58,-6,08]	3,19	< 0,01

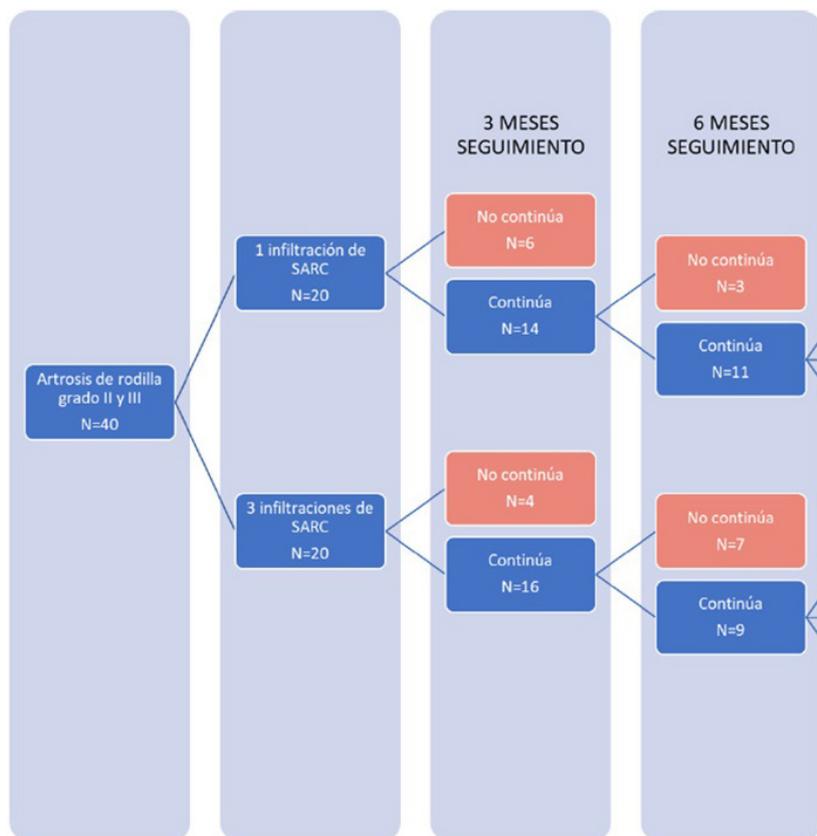
Tabla 2. Diferencias en el KOOS funcionalidad entre los pacientes que recibieron 1 o 3 inyecciones de SARC en las diferentes visitas de seguimiento. Visita 0: basal; Visita 1: 15 días; Visita 2: 30 días; Visita 3: 3 meses; Visita 4: 6 meses

	1 inyección				3 inyecciones				Total			
	N	Beta diff [IC95%]	SE	p	N	Beta diff [IC95%]	SE	p	N	Beta diff [IC95%]	SE	p
Visita1-Visita0	19	-16,3 [-25,09,-7,62]	4,46	< 0,01	20	-13,97 [-22,49,-5,45]	4,34	0,01	39	-15,16 [-21,26,-9,06]	3,11	< 0,01
Visita2-Visita0	19	-14,30 [-23,08,-5,51]	4,48	0,01	19	-23,73 [-32,38,-15,08]	4,41	< 0,01	38	-19,01 [-25,18,-12,85]	3,15	< 0,01
Visita3-Visita0	16	-7,29 [-16,59,2,59]	4,74	0,12	19	-19,87 [-28,52,-11,22]	4,42	< 0,01	35	-13,58 [-19,93,-7,23]	3,24	< 0,01
Visita4-Visita0	13	-6,92 [-16,13,3,31]	5,08	0,19	16	-21,92 [-31,05,-12,78]	4,66	< 0,01	29	-14,29 [-21,04,-7,53]	3,45	< 0,01

20 pacientes, uno recibió 1 inyección intraarticular de SARC el otro recibió 3 inyecciones en un intervalo de 14 días. El SARC se obtuvo mediante el sistema comercial QREM CYTOKIN. Se recogieron variables como la severidad clínica y funcional de la artrosis de rodilla mediante el KOOS dolor y funcional. Presentamos los resultados comparativos entre la visita basal y las distintas visitas de seguimiento (a los 15 días y a los 1, 3 y 6 meses) de los pacientes que seguían en el estudio.

Resultados: De los 40 pacientes incluidos, 20 de ellos discontinuaron después de 6 meses postratamiento (fig.). El 82,5% fueron mujeres, con una edad mediana basal de 70,94 años e IMC de mediana de 30,86. El 60% de los pacientes presentaba un estadio Kellgren-Lawrence grado 3, mientras que el 37,5% presentaba un estadio grado 2. La puntuación en el KOOS dolor y funcional fue de 41,67 (9,38, 71,88) y de 39,71 (11,76, 60,94) respectivamente. En la evaluación del KOOS dolor (tabla 1), los pacientes que recibieron 3 inyecciones de

SARC presentaron una mejoría estadísticamente significativa mantenida hasta la 4ª visita de seguimiento (6 meses) ($p < 0,01$). Los que recibieron 1 inyección de SARC, presentaron una mejoría estadísticamente significativa mantenida solo hasta los 3 meses ($p = 0,01$). En la evaluación del KOOS funcional (tabla 2), la mejoría fue estadísticamente significativa en aquellos que recibieron 3 inyecciones de SARC, mantenida hasta los 6 meses de seguimiento ($p < 0,01$). En cambio, en los que recibieron 1 inyección de SARC, los resultados no fueron estadísticamente significativos a los 3 meses. Un 15% de los pacientes que recibieron 3 inyecciones tuvieron una reducción del 50% del KOOS dolor a los 6 meses de seguimiento y ninguno de los que recibieron 1 inyección. Se consiguió una reducción del 20% a los 6 meses en el 50% de pacientes que recibieron 3 inyecciones y en el 25% de los que recibieron 1 inyección. Presentaron una reducción del 50% en el KOOS funcionalidad a los 6 meses un total del 20% y 15% de los pacientes que recibieron 3 inyecciones o 1 inyección respectivamente. Se



obtuvo una reducción del 20% en el 60% de los pacientes que recibieron 3 inyecciones y en el 20% de los que recibieron 1 inyección.

Conclusiones: Observamos un perfil de pacientes que si se podrían beneficiar del tratamiento con infiltraciones con SARC, ya que hasta el 50% de estos pacientes refractarios experimentan cierto grado de mejoría a los 6 meses. De todos modos, la búsqueda de biomarcadores de respuesta que nos permitan seleccionar posibles candidatos para este tratamiento es obligada.

P114. NUEVAS METODOLOGÍAS PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES ARTRÓSICOS (OA) MEDIANTE TÉCNICAS PROTEÓMICAS Y APRENDIZAJE AUTOMÁTICO

Valentina Calamia¹, P. Quaranta¹, P. Fernández-Puente², F. Picchi¹, C. Ruiz-Romero¹, L. Lourido-Salas¹, R. Paz-González¹, N. Oreiro³, M. Silva-Díaz³, M. Freire³, M. Crespo³, J. Díaz³, E. Míguez Rey³, A. Mena de Cea³, A. Soto³, G. Vázquez³, F. Blanco^{1,2,3} y V. Calamia¹

¹Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). A Coruña.

²Universidade da Coruña (UDC). A Coruña. ³Hospital Universitario de A Coruña (HUAC). A Coruña.

Introducción: La manifestación simultánea de un conjunto de enfermedades crónicas e inflamatorias en un mismo paciente puede originar potenciales fenotipos clínicos diferentes de artrosis (OA).

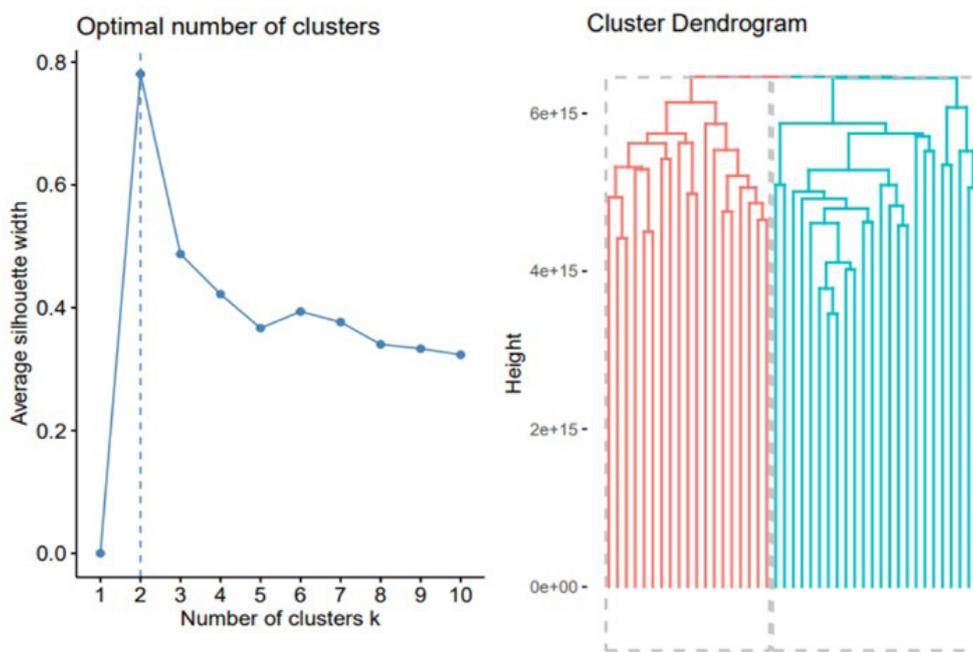
Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es descubrir firmas moleculares específicas útiles para la estratificación de pacientes en una cohorte de sujetos con OA y con comorbilidades asociadas.

Métodos: Las muestras analizadas en este estudio pertenecen a la cohorte de muestras del proyecto PIE16/00054 y proceden de diferentes colecciones: enfermedades reumáticas (osteoartritis), insuficiencia cardíaca avanzada y trasplante cardíaco (cardiomiopatía isquémica o cardiomiopatía dilatada idiopática), enfermedades metabólicas (dislipidemia), diabetes/obesidad y factores de riesgo cardiovascular (diabetes tipo II) y enfermedades infecciosas (infección por VIH). Los pacientes con infección por VIH sirven como modelo de envejecimiento acelerado. El estudio ha sido evaluado favorablemente por el Comité de Ética de la Investigación de A

Coruña-Ferrol (Código: 2020/507). 45 pacientes diagnosticados de OA radiográfica de rodilla con grado K/L ≤ 2 fueron seleccionados para el análisis proteómico. Las muestras de plasma se analizaron mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas en tándem (LC-MS/MS). Las proteínas se identificaron y cuantificaron con el software DIANN. Se empleó la aplicación web LFQ-Analyst para el análisis estadístico del conjunto de datos. Posteriormente, mediante técnicas de aprendizaje automático no supervisado, se aplicaron diferentes algoritmos de agrupamiento para encontrar patrones ocultos (*cluster*) a partir de los datos proteómicos.

Resultados: Se realizó un análisis proteómico al azar en 45 muestras de plasma procedentes de pacientes de distintos servicios del HUAC, todos ellos con diagnóstico radiográfico de OA de rodilla. Se identificaron un total de 1075 proteínas plasmáticas y se cuantificaron, de forma relativa, 821 de ellas. El análisis de componentes principales (PCA) no mostraba relación entre el perfil proteico de las muestras OA analizadas y las comorbilidades asociadas (cardiomiopatía, dislipidemia, diabetes, VIH), evidenciándose cierto grado de superposición entre los 5 grupos. El análisis de expresión diferencial por pares reveló que las muestras que presentaban el perfil plasmático más característico eran las de los pacientes artrósicos con cardiomiopatía asociada respecto a las otras cohortes. Posteriormente, el análisis de agrupamiento no supervisado permitió la identificación de 130 proteínas que evidenciaban claramente la presencia de dos *clusters* (o endotipos) entre los 45 pacientes OA (fig.). Todas las proteínas resultaron expresadas de manera diferencial entre estos pacientes, sin detectarse asociación significativa con ninguna de las comorbilidades estudiadas, y todas ellas significativamente aumentadas en el *cluster* 1 (p ajustada $\leq 0,05$). La mayoría de ellas eran proteínas secretadas por las plaquetas y componentes estructurales del músculo estriado.

Conclusiones: Hemos demostrado la existencia de dos endotipos diferentes (*cluster* 1 y *cluster* 2) entre los pacientes OA de nuestra cohorte de estudio, aparentemente no relacionados con sus comorbilidades. Tras la fase de validación en la que nos encontramos actualmente, los datos proteómicos se integrarán con datos clínicos y genómicos para desarrollar una plataforma de *big data*.



P114 Figura. Estrategias de aprendizaje automático para descifrar nuevos endotipos de OA. En rosa se indica el cluster 1 y en azul el cluster 2.

P115. EMBARAZO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DESCRIPCIÓN Y COMPARACIÓN DE COMORBILIDADES CON OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS-RESULTADOS DE UNA CONSULTA DE CONSEJO PRECONCEPCIONAL MULTIDISCIPLINAR

Cristiana Isabel Sieiro Santos², Berta Magallares^{1,3}, Hyesang Park^{1,3}, Helena Marco⁴, Elisa Llurba⁵, Montserrat Díaz⁴, Sandra Ros¹, Patricia Moya^{1,3}, Jose Luís Tandaipan^{1,3,6}, Cesar Díaz-Torné^{1,3}, Conxita Pitarch⁶, Susana Fernández¹, Ana Laiz^{1,3}, Julia Torguet^{1,7}, Helena Codes¹, Ivan Castellví^{1,3} y Hèctor Corominas^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de León. ³Universitat Autònoma de Barcelona. ⁴Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona. ⁵Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Mayo. Barcelona. ⁷Hospital Mutua de Terrassa.

Introducción: El embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) puede asociar un alto riesgo de complicaciones. El asesoramiento preconcepcional y la estratificación del riesgo realizados en un entorno multidisciplinar con reumatólogos, obstetras y nefrólogos es esencial para mejorar los resultados del embarazo y reducir las complicaciones maternas y perinatales en pacientes con LES.

Objetivos: Describir las comorbilidades clínicas, obstétricas, maternas en pacientes con LES y compararlas con pacientes con otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a pacientes diagnosticadas con LES que acudieron a nuestra consulta de consejo preconcepcional multidisciplinar. Se recogieron variables clínicas, inmunológicas y obstétricas, así como los datos relacionados con los resultados del embarazo, el parto y la actividad de la enfermedad. Se realizó una descripción de la muestra y una comparación entre grupos. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para la distribución variable.

	LES (n = 19)	Otras EAS (n = 22)	p
Información sociodemográfica			
Edad en 1ª visita (años)	36,8 ± 4,61	34,4 ± 3,93	0,08
Edad de diagnóstico (año)	24,7 ± 9,6	31,7 ± 6,7	0,02
Tiempo entre diagnóstico-1ª visita (años)	9,78 ± 5,95	5,09 ± 6,09	0,004
Tiempo entre último brote- 1ª visita (meses)	48 ± 41,76	19,4 ± 32,5	0,01
Previo a consulta preconcepcional			
Abortos (n, %)	6 (33,3)	7 (45,75)	0,987
Pretérmino (n, %)	5 (71,43)	0	0,06
Bajo peso al nacer (n, %)	2 (28,5)	0	0,239
Tratamiento, n (%)			
c/tsDMARD	8 (42,1)	3 (13,64)	0,049
HCQ	8 (26,3)	3 (13,64)	0,049
bDMARDs	2 (26,3)	9 (40,41)	0,04
Glucocorticoides (n, %)	14 (73,7)	7 (31,82)	0,009
Ciclofosfamida previa (n, %)	5 (26,3)	0	0,06
Riesgo durante embarazo (n, %)			
Bajo	8 (42,1)	13 (59,1)	0,28
Moderado	8 (42,1)	8 (36,4)	0,71
Alto	3 (15,8)	1 (4,55)	0,25
Posterior a consulta preconcepcional			
Valoración (n, %)			
Apta para embarazo	7 (36,8)	12 (54,6)	0,26
No apta para embarazo	6 (31,58)	4 (18,2)	0,32
Apta para embarazo tras cambio de tratamiento	3 (15,8)	2 (9,1)	0,52
Embarazada en 1ª visita			
Embarazada en 1ª visita	3 (15,8)	4 (18,2)	0,83
Complicaciones durante embarazo (n, %):			
Medicas	2 (15,5)	0	0,24
Obstétricas	0	3 (10,7)	
Abortos (n, %)	1 (7,69)	0	0,44
Pretérmino (n, %)	2 (10,5)	0	0,24
Bajo peso al nacer (n, %)	2 (10,5)	0	0,24

Resultados: Un total de 41 pacientes acudieron a nuestra consulta externa de consejo preconcepcional. La comparación y descripción de las comorbilidades, la valoración previa a la concepción y los resultados del embarazo se resumen en la tabla. Un total de 19 (43,2%) pacientes estaban diagnosticadas de LES. Se observó nefritis lúpica en

el 47% de los pacientes y el 11% había recibido trasplante renal. Se observó una actividad medida por SLEDAI moderada (> 4) en el 44,4%. 7 (37%) quedaron embarazadas después de un tiempo medio de 7,3 ± 6 meses desde la primera visita. Los pacientes con LES eran significativamente mayores que los pacientes con otras EAS en su primera visita a nuestra consulta. Además, las pacientes con LES exhibieron un mayor tiempo desde el último brote cuando fueron evaluadas en la clínica de embarazo. Se observaron diferencias significativas en el tratamiento entre ambos grupos: en el grupo LES se utilizó más hidroxicloquina, FAME sintéticos y esteroides. No se observaron diferencias significativas en el asesoramiento previo a la concepción ni en los resultados adversos del embarazo.

Conclusiones: Las pacientes con LES tardaron más tiempo desde el diagnóstico y desde el último brote para buscar el embarazo que las pacientes con otras EAS.

P116. REGISTRO NACIONAL DE BELIMUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

María Cruz Laiño Piñeiro¹, Mónica Enguita¹, Javier Loricera², Clara Moriano³, Carmen Lasa², Vanesa Calvo², Francisco Javier Narváez⁴, Pablo Navarro⁵, Ivette Casafont⁶, Judit Font⁶, Adela Gállego⁷, Irene Carrión⁸, Patricia Quiroga⁹, Santos Castañeda⁹, Ángel García¹⁰, Joaquín Belzunegui¹¹, Marta López¹², Juan Ramón de Dios¹², Samuel Hernández¹³, Sergi Heredia¹⁴, Aaron Fariña¹⁵, Francisco Navarro¹⁶, Rafaela Ortega¹⁷, Leticia del Olmo¹⁸, Valvanera Pinillos¹⁹, Eztizen Labrador¹⁹, María Carmen Ortega²⁰, Patricia Castro²⁰, Juan Blanco²¹, Marcos Paulino²², María Ángeles Matías²³, Cilia Peralta²⁴, Silvia García²⁵, Jordi Camins²⁶, Ana Urruticoechea²⁷, Miguel Medina²⁸, Piter Cossio²⁹, Eva Pérez³⁰, Blanca Varas³¹, Carlos Vázquez³², Jerónimo Balsalobre³³, Nuria Vegas³⁴, Olga Rusinovich³⁵, Emilio Giner³⁶, José Ramón Lamúa³⁷ y Vicente Aldasoro¹

¹Reumatología. Hospital Universitario de Navarra/Navarrabiomed-Unidad de Metodología. Pamplona. ²Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ⁶Reumatología. Hospital Universitaria German Trias i Pujol. Badalona. ⁷Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ⁸Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁹Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ¹⁰Reumatología. Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ¹²Reumatología. Hospital Universitario Araba. Álava. ¹³Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹⁴Reumatología. Complex Hospitalari Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹⁵Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ¹⁶Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ¹⁷Reumatología. Hospital Reina Sofía. Sevilla. ¹⁸Reumatología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. ¹⁹Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. ²⁰Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. ²¹Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²²Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²³Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ²⁴Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²⁵Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ²⁶Reumatología. Hospital General de Granollers. ²⁷Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²⁸Reumatología. Hospital de Calahorra. ²⁹Reumatología. Hospital Reina Sofía. Tudela. ³⁰Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³¹Reumatología. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. ³²Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³³Reumatología. Hospital Universitario Hospiten Tenerife. ³⁴Reumatología. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. ³⁵Reumatología. Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. ³⁶Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ³⁷Reumatología. Hospital del Henares. Madrid.

Introducción: El belimumab (BLM) es un anticuerpo monoclonal que inhibe el factor estimulante de linfocitos B (BlyS) aprobado como tratamiento específico para el lupus eritematoso sistémico (LES) desde el año 2011. Presentamos la experiencia en práctica clínica real de pacientes con LES tratados con BLM en una cohorte española.

Objetivos: Describir las características demográficas, eficacia y seguridad de BLM en pacientes con LES en la población española desde su aprobación.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico en pacientes diagnosticados de LES según criterios de clasificación EULAR/ACR 2019, SLICC y/o ACR 1997. Los datos se recogieron de las historias clínicas (2011-2022). Se evaluaron las características demográficas, la eficacia, las variables de laboratorio, el SLEDAI, la afectación renal, la dosis de esteroides, las vías de administración y la seguridad. Para evaluar si la tendencia en la prescripción de BLM había cambiado o no con el tiempo, se analizaron dos períodos de tiempo: 2011-2016 (período1) y 2017-2022 (período2).

Resultados: Las características basales de los pacientes se resumen en la tabla. Se incluyeron un total de 477 pacientes (37 hospitales), 51,1% recibieron BLM por vía intravenosa (IV), 34,2% por vía subcutánea (SC) y 14,7% cambiaron vía IV a SC. La mediana del número de uso de csDMARD pre-BLM fue de 2 (2-3), siendo la hidroxicloroquina (HCQ) la más utilizada (96,5%). Cincuenta y cuatro pacientes fueron tratados con ciclofosfamida IV con una mediana de 6 bolos recibidos. En el momento del inicio de BLM, 446 pacientes recibieron prednisona, con una dosis mediana de 5,6 mg (5-10). Se observó una disminución significativa de la dosis de prednisona, SLEDAI y anticuerpos antiDNA desde el inicio hasta la última visita, mientras que los valores de C3 y C4 del complemento aumentaron (figs.). Un total de 127 pacientes (28,5%) presentaron afectación renal con una mediana de proteinuria de 1 g/día (0,5-2,2). La biopsia renal se realizó en 105 pacientes, siendo la clase IV (40,4%), la clase III (21,2%) y la clase V (11,5%) las más fre-

cuentes. Tras el inicio de BLM, el 73,5% de estos pacientes mejoró (mediana de proteinuria de 0,2 g/día, 0,1-0,7). En el período1, 102 pacientes comenzaron BLM frente a los 365 pacientes que lo iniciaron en el período2. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de LES hasta el inicio de la BLM fue de 6,7 (3,9 a 13,6) y 6,5 (2,2 a 14,3) años, respectivamente (p = 0,44). Encontramos una tendencia a usar más FAMESc antes del tratamiento de BLM en el período 1 frente al período2: 2,5 (2-3) vs. 2 (2-3) (p = 0,05). Un total de 133 (27,9%) pacientes interrumpieron el tratamiento, principalmente debido a ineficacia (56,5%) e infecciones (12,3%). De hecho, 121 pacientes desarrollaron infecciones, la mayoría de ellas leves. Dieciséis pacientes tuvieron COVID-19, 17 presentaron infecciones graves, hubo 4 fallecimientos y otros 4 pacientes desarrollaron tumores requiriendo la interrupción del tratamiento.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con LES en práctica clínica real, BLM ha sido eficaz, seguro y parece ser una buena alternativa para tratar la afectación renal. Esta es la cohorte más amplia del mundo hasta la fecha, en pacientes con LES tratados con BLM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarra SV, Guzmán RM, Gallacher AE, *et al.* Lancet. 2011;377 (9767):721-31.
- 2.-Furie R, Rovin BH, Houssiau F, *et al.* N Engl J Med. 2020;383 (12):1112-7.

Edad al diagnóstico de LES (años)**	34,4 (24,7 – 44,1)
Edad al inicio de BLM (años)**	44 (35,7 – 52,9)
Sexo (mujer) n, (%)	409 (85,7)
Tiempo desde el diagnóstico hasta inicio de BLM (años)**	6,5 (2,4 – 14,0)
ANA título**	1/640 (1/320-1/1280)
ANA positivo, n (%)	415 (89,8)
DNA positivo, n (%)	385 (85,5)
Síndrome antifosfolípido, n (%)	51 (11,3)
Anticuerpos antifosfolípido, n (%)	128 (312)
("aB2GPI-", "ACL-", "AL+")	30 (7,3)
("aB2GPI+", "ACL+", "AL-")	16 (3,9)
("aB2GPI+", "ACL+", "AL+")	40 (9,8)
("aB2GPI-", "ACL+", "AL-")	25 (6,1)
("aB2GPI-", "ACL+", "AL+")	6 (1,5)
("aB2GPI+", "ACL-", "AL-")	7 (1,9)
("aB2GPI+", "ACL-", "AL+")	4 (1,0)
Afectación renal, n (%)	127 (28,5)
Afectación articular, n (%)	384 (84,2)
Afectación hematológica, n (%)	225 (51,8)
Afectación cutánea, n (%)	236 (53,6)
Ciclofosfamida, n (bolos)**	54 (4-8)
DMARDb, n (%)	83 (19,0)
- Rituximab	71 (85,5)
- Otros	12 (14,5)
DMARDc pre BLM, n (%)	463 (97,5)
- Hidroxicloroquina	447 (96,5)
- Metotrexato	251 (54,2)
- Azatioprina	164 (35,4)
- Micofenolato mofetilo/ácido micofenólico	143 (30,9)
- Leflunomida	56 (12,1)

** Median (IQR)

Figura 1. Características basales de los pacientes.

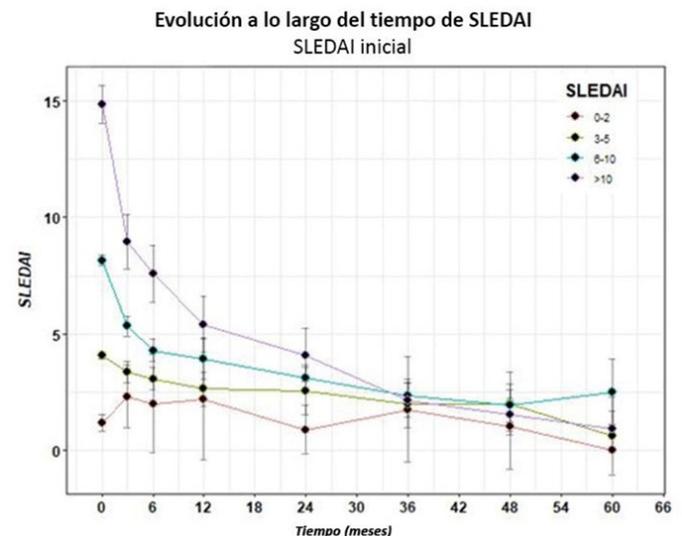
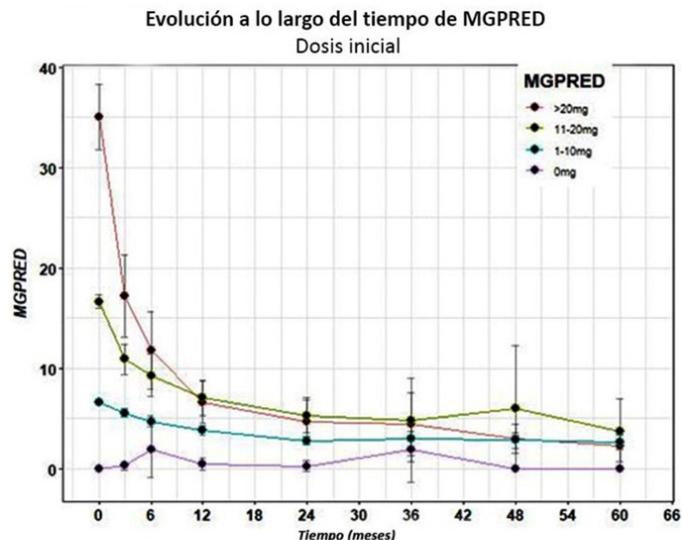
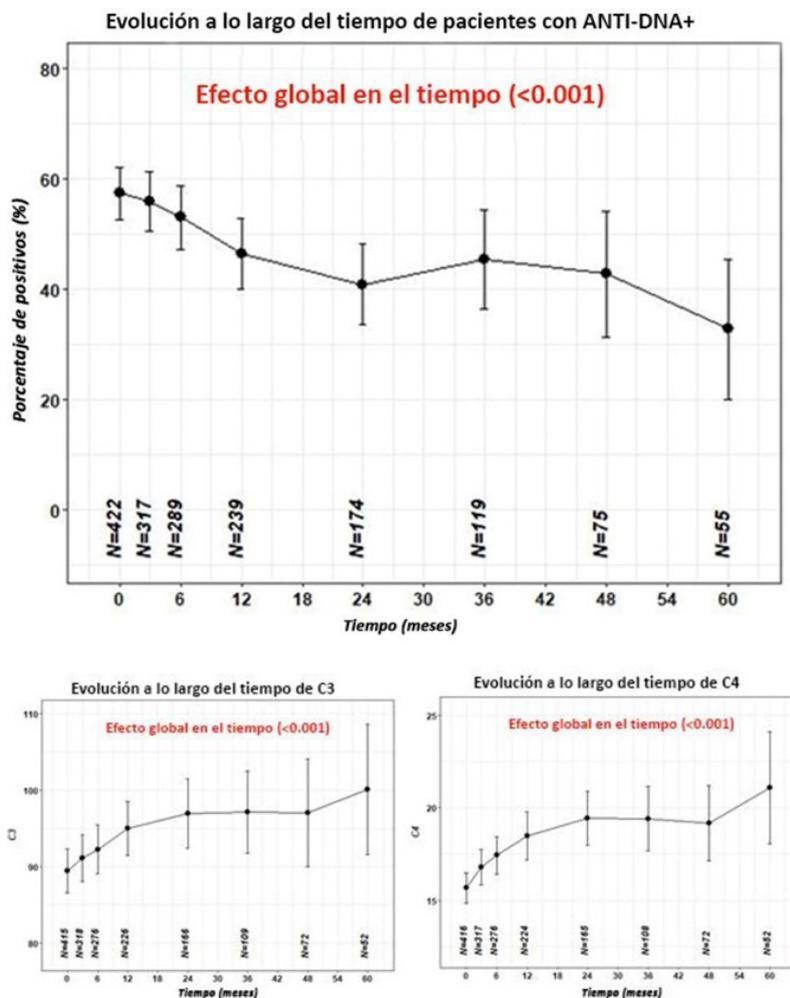


Figura 2. Evolución prednisona, SLEDAI.



P116 Figura 3. Evolución DNA y complemento.

P117. EFFECTIVENESS OF BELIMUMAB IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS OF A MULTICENTER SPANISH COHORT

Irene Altabás-González^{1,2}, Jose M. Pego-Reigosa^{1,2}, Norman Jiménez², Coral Mouriño-Rodríguez^{1,2}, Andrea Hernández-Martín³, Judit Font-Urgelles⁴, Ivette Casafont-Solé⁴, Jose Andrés Román Ivorra⁵, Marta de la Rubia Navarro⁵, Maria Galindo⁶, Tarek Carlos Salman Monte⁷, J. Narváez⁸, Paola Vidal Montal⁸, Maria Jesus Garcia Villanueva⁹, Sandra Garrote Corral⁹, Maria Angeles Blazquez-Cañamero⁹, Carlos Marras Fernández Cid¹⁰, Maria Mercedes Piqueras Garcia¹⁰, Julia Martínez-Barrio¹¹, Marina Sánchez Lucas¹¹, Josefina Cortés-Hernández¹², Eleonora Penzo¹², Jaime Calvo¹³, Juan Ramon de Dios Jimenez de Aberasturi¹³, Belen Álvarez Rodríguez¹³, Margarida Vasques Rocha¹³, Eva Tomero Muriel¹⁴, Raúl Menor-Almagro¹⁵, Myriam Gandia Martínez¹⁵, José A Gómez-Puerta¹⁶, Beatriz Frade-Sosa¹⁶, Consuelo Ramos Giráldez¹⁷, Carmen Trapero¹⁷, Clara Moriano¹⁸, Elvira Diez Álvarez¹⁸, Alejandro Muñoz Jimenez¹⁹ and Iñigo Rúa-Figueroa³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Rheumatology. Vigo. ²IRIDIS Group . IISGS. Vigo. ³Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Rheumatology. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Rheumatology. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁶Rheumatology. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁷Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona. ⁸Rheumatology. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁹Rheumatology. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁰Rheumatology. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹¹Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

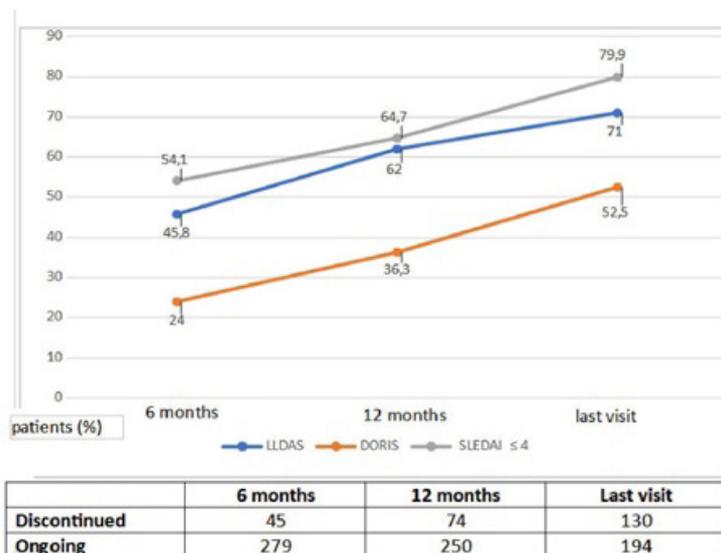
¹²Rheumatology. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹³Rheumatology. Araba University Hospital. Gasteiz. ¹⁴Rheumatology. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹⁵Rheumatology. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. ¹⁶Rheumatology. Hospital Clínic de Barcelona. ¹⁷Rheumatology. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ¹⁸Rheumatology. Hospital Universitario de León. ¹⁹Rheumatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introduction: Belimumab (BLM) is a recombinant human IgG-1λ monoclonal antibody that inhibits B-cell activating factor, approved for the treatment of systemic lupus erythematosus (SLE). It is effective in reducing disease activity, flares, damage prevention and a steroid-sparing agent. A treat to target (T2T) approach in the care of SLE patients is important in terms of improving short and long-term outcomes.

Objectives: To evaluate belimumab (BLM) effectiveness in SLE patients from a Spanish multicenter registry.

Methods: A longitudinal retrospective multicenter cohort including SLE patients treated with belimumab from 18 Spanish rheumatology departments. Demographic, clinical and serological data were collected at baseline, 6, 12 and in the last visit available. Changes in SLEDAI-2K; LLDAS and DORIS 2021 states and global response according to physician criteria were compared between visits, as well as changes in damage and glucocorticoids used. T-test was used for numerical variables and Fisher's test for categorical variables. This study was approved by the Ethics Committee of the Dr. Negrín Hospital.

Results: 324 patients were included: 295 (91%) females with a mean (± SD) age of 42.4 (± 12.9) years. Mean follow-up was 3.8 (± 2.7) years



P117 Figure Rates of therapeutic targets attained by patients in treatment with Belimumab.

and mean time with BLM was 2.7 (± 2.4) years. At baseline, mean SLEDAI-2K was 10.4 (± 5.25), 68.2% had elevated anti-double-stranded DNA (anti-dsDNA) antibodies and 69.8% had complement consumption. BLM was initiated concomitant to other DMARD in 67.9% (n = 220) of patients. Mean reduction in SLEDAI-2K score was 5.0 (± 5.1), 6.1 (± 5.5) and 7.13 (± 5.3) points at 6, 12 months and in the last visit, respectively (p < 0.05 for all comparisons). Rates of achievement of LLDAS, DORIS and clinical response according to physician criteria, significantly increased from baseline to 6, 12 months, and to the last visit (Table). Anti-dsDNA antibodies and inflammatory markers (ESR, CRP), significantly decreased from baseline to 6, 12 months and in the last visit. Complements increased over the follow up but without statistical significance. A total of 107 (45.9%) patients discontinued GC. At 6 months, 58.9% (n = 155) of patients reduced the dose of GC with respect to baseline and 72.8% (n = 131) of patients did it at the last visit. Mean (± SD) prednisone dose was significantly reduce over the visits: 12.3 (± 12.16); 7.42 (± 5.36); 5.8 (± 4.42) and 4.7 (± 3.7) mg/day at baseline, 6 and 12 months and in the last visit, respectively. Median (IQR) SDI score at the end of the observation period did not change from baseline visit: 0 (0-1) and 0 (0-1), respectively (p = 0.97). Neither were changes observed in the percentage of patients with damage between the beginning and the end of the observation period: at baseline 47.5% (n = 152) patients presented damage and, in the last visit, 45.6% (n = 99).

Clinical response and changes in GC dose

Disease activity Mean (± SD) or number (%); n = 324	Baseline	6 months	12 months	Last visit
SLEDAI reduction; mean (± SD)	10 (± 5.25)	5.0 (± 5.1)*	6.1 (± 5.5)*	7.13 (± 5.3)*
LLDAS	6 (1.9%)	137(45.8%)*	145 (62%)*	177 (73.1%)*
DORIS	6 (1.9%)	72 (24%)*	85 (36.3%)*	127 (52.5%)*
Response according to physician		212 (65.4%)*	185 (57.1%)*	165 (50.9%)*
Number of swollen joints; mean (± SD)	3.3 (± 3.6)	1.2 (± 2.8)*	0.69 (± 1.95)*	0.55 (± 1.82)*
Prednisone dose (mg/day); mean (± SD)	12.3 (± 12.16)*	7.4 (± 5.36)*	5.8 (± 4.42)*	4.75 (± 3.74)*

SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index. cSLEDAI: clinical SLEDAI; LLDAS: Lupus Low Disease Activity State. DORIS: Definition of remission in SLE. *p < 0.05.

Conclusions: Real-world data of SLE patients confirm belimumab efficacy in real world, reducing clinical and serological activity in the short and medium-term. Add-on therapy with BLM leads to

high rates of LLDAS and DORIS at 6 months, that continue increasing over time. BLM has an important GC sparing effect and prevents organ damage accrual. All these data shows that BLM is useful to achieve the therapeutic goals of a T2T strategy.

P118. BASELINE PROFILE OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS ON TREATMENT WITH BELIMUMAB OF A SPANISH MULTICENTER COHORT

Irene Altabás-González^{1,2}, Jose M. Pego-Reigosa^{1,2}, Norman Jiménez², Coral Mouriño-Rodríguez^{1,2}, Andrea Hernández-Martín³, Judit Font-Urgelles⁴, Ivette Casafont-Solé⁴, Jose Andrés Román Ivorra⁵, Marta de la Rubia Navarro⁵, Maria Galindo⁶, Tarek Carlos Salman Monte⁷, J. Narváez⁸, Paola Vidal Montal⁸, Maria Jesus Garcia Villanueva⁹, Sandra Garrote Corral⁹, Maria Ángeles Blázquez-Cañamero⁹, Carlos Marras Fernández Cid¹⁰, Maria Mercedes Piqueras Garcia¹⁰, Julia Martínez-Barrio¹¹, Marina Sánchez Lucas¹¹, Josefina Cortés-Hernández¹², Eleonora Penzo¹², Jaime Calvo¹³, Juan Ramon de Dios Jimenez de Aberasturi¹³, Belen Álvarez Rodríguez¹³, Margarida Vasques Rocha¹³, Eva Tomero Muriel¹⁴, Raúl Menor-Almagro¹⁵, Myriam Gandia Martínez¹⁵, José A Gómez-Puerta¹⁶, Beatriz Frade-Sosa¹⁶, Consuelo Ramos Giráldez¹⁷, Carmen Trapero¹⁷, Clara Moriano¹⁸, Elvira Diez Álvarez¹⁸, Alejandro Muñoz Jimenez¹⁹ and Iñigo Rua-Figueroa³

¹Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²IRIDIS Group. IISGS. Vigo. ³Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Rheumatology. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Rheumatology. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁶Rheumatology. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁷Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona. ⁸Rheumatology. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁹Rheumatology. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁰Rheumatology. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹¹Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹²Rheumatology. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹³Araba University Hospital. Rheumatology. Gasteiz. ¹⁴Rheumatology. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ¹⁵Rheumatology. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. ¹⁶Rheumatology. Hospital Clínic de Barcelona. ¹⁷Rheumatology. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ¹⁸Rheumatology. Hospital Universitario de León. ¹⁹Rheumatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introduction: Belimumab (BLM) is a recombinant human IgG-1λ monoclonal antibody that inhibits B-cell activating factor. It is commonly used for treatment of systemic lupus erythematosus (SLE) patients with inadequate control to first-line treatments and inability to taper GC daily dose to acceptable levels. More recently it has been approved for patients with active lupus nephritis.

Objectives: To report baseline profile of SLE patients treated with BLM enrolled in a SLE Spanish registry.

Methods: Multicenter retrospective and longitudinal cohort study including SLE patients treated with BLM in 18 Spanish rheumatology units. Demographic, clinical data and treatments were collected at baseline, 6, 12 months and in the last visit available. Patients starting BLM in different periods (2010-2015 and 2016-2021) were compared regarding the reason of prescription of the drug. This study was approved by the Ethics Committee of the Dr. Negrín Hospital and of the participating centres that required it.

Results: 324 patients (91% female, 84.8% Caucasian) were enrolled. Mean (± SD) age at diagnosis: 31.8 years (± 11.9); mean disease duration of 8.7 years (± 9.07) and mean follow-up 3.8 (± 2.7). A total of 319 (98.45%) subjects met SLE 1997 ACR or SLICC 2012 criteria; 217 (68.2%) were anti-dsDNA positive and 224 (69.8%) had low complement levels. At baseline, the mean SLEDAI-2K score was 10.4 (± 5.25); 152 (47.5%) of patients had damage with a mean SDI score of 0.83 (± 1.2). A total of 289 patients (89.2%) had received disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) before BLM: conventional (cDMARDs) in 282 patients (87%) and biologic DMARDs (bDMARDs) in 74 patients (22.8%); 164 (51.9%) had received more than one cDMARDs, methotrexate being the most frequently used (44.4%). Other cDMARDs used were: mycophenolate mofetil in 104 (37.01%), azathioprine in 91 (32.38%), leflunomide in 29 (10.32%), cyclophosphamide in 28 (9.92%) and calcineurin inhibitors in 13 (4.6%) of patients. The most frequent bDMARDs used was Rituximab in 80%. Most patients were receiving antimalarials (83.2%) and glucocorticoids (GC) (91.2%), with a mean dose of 12.3 mg/day. A total of 209 (67.9%) patients were receiving more than 5 mg/day and 180 (58.4%) more than 7.5 mg/day of prednisone. BLM was used in monotherapy in 99 (30.5%) subjects. It was initiated due to disease activity in 307 patients (95%) and/or as a GC sparing agent in 191 patients (59%). Most patients initiated BLM for several concurrent reason; only a few patients received BLM just for maintenance (4/322) or save GC (8/322). At baseline, only 6 patients (1.9%) were in DORIS-21-remission and LLAS. The main reasons of prescription for ongoing activity were arthritis (65.4%), cutaneous (40.7%) or both (81%). There were no statistically significant differences in any of the prescription reasons when comparing the periods 2010-2015 and 2016-2021.

Type and reasons of prescription of Belimumab

	N (%) or mean (± SD) (n = 324 patients)
Age at prescription of Belimumab (years)	42.3 (± 12.9)
Intravenous Belimumab	215 (66.35%)
Subcutaneous Belimumab	110 (33%)
Reasons of prescription* (multiple response allowed)	
Disease activity	307 (95%)
Maintenance	197 (61%)
Glucocorticoid sparing	191 (59%)
Activity	
Cutaneous	132 (40.7%)
Articular	212 (65.4%)
Renal	58 (17.9%)
Hematological	60 (18.5%)
Serosal	47 (14.5%)
Other	29 (8.82%)

Conclusions: In the majority of patients, belimumab was prescribed after the use of other DMARDs and more than 50% of patients had received at least 2 DMARDs and were receiving GC at medium doses. One third of patients received BLM as monotherapy. It was

prescribed due to active disease in the vast majority of patients and/or as GC sparing agent. Activity in articular and cutaneous domains were the main reasons of indication. No changes in prescription habits were identified over time.

P119. INFECCIÓN GRAVE Y COVID19 EN PACIENTES TRATADOS CON BELIMUMAB EN UNA AMPLIA COHORTE MULTICÉNTRICA ESPAÑOLA DE PACIENTES CON LES, EN SITUACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Iñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa¹, Irene Altabás González², Norman Jiménez Otero², Judit Font Urgelles³, Ivette Casafont Sole³, Marta de la Rubia Navarro⁴, José Andrés Roman Ivorra⁴, Andrea Hernández-Martín¹, María Galindo Izquierdo⁵, Tarek Salman Montes⁶, Javier Narváez⁷, Paola Vidal-Montal⁷, María Jesús García Villanueva⁸, María Ángeles Blázquez Cañamero⁸, Carlos Marras Fernández⁹, María Piqueras García⁹, Julia Martínez Barrio¹⁰, Marina Sánchez Lucas¹⁰, Josefina Cortés Hernández¹¹, Eleonora Penzo¹¹, Jaime Calvo Alén¹², Margarida Vasques Rocha¹², Eva Tomero¹³, Raúl Menor Almagro¹⁴, Myriam Gandía Martínez¹⁴, José A. Gómez-Puerta¹⁵, Beatriz Frade-Sosa¹⁵, Consuelo Ramos Giráldez¹⁶, Carmen Trapero Pérez¹⁶, Elvira Díez Álvarez¹⁷, Clara Moriano¹⁷, Alejandro Muñoz Jiménez¹⁸ y José María Pego Reigosa²

¹Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²IRIDIS Group. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ³Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁵Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital del Mar. Barcelona. ⁷Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁸Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁹Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁰Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹²Hospital Universitario Araba. Álava. ¹³Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ¹⁴Hospital Universitario de Jerez. ¹⁵Hospital Clínic de Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ¹⁷Hospital Universitario de León. ¹⁸Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El belimumab (BLM) es un anticuerpo monoclonal IgG-1λ anti BAF que se ha mostrado eficaz en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), siendo utilizado de manera creciente. Aunque se trata de un agente biológico con buen perfil de seguridad, existen datos limitados en lo referente a infección grave, particularmente en lo que concierne a COVID-19.

Objetivos: Analizar la incidencia de infección grave y COVID19 en pacientes con LES sometidos a tratamiento con BLM y explorar factores asociados.

Métodos: Estudio multicéntrico (18 centros) longitudinal retrospectivo de pacientes con LES tratados con BLM en servicios de reumatología españoles. Se registraron las características demográficas, clínicas, situación de actividad (AM-SLEDAI), daño orgánico (SLICC/ACR/DI) (SDI), tratamientos, desenlaces y efectos adversos potencialmente atribuibles a BLM, con especial hincapié en eventos infecciosos. Se definió infección grave (incluyendo COVID19) como aquella que provoca la hospitalización o la muerte del paciente. Los datos fueron recopilados basalmente (VB), a los 6 (V6M) y 12 meses (V12M) y en la última visita disponible (VF). Se realizó un análisis bivariable (chi² o test de Fisher) de factores potencialmente asociados a infección grave durante el tratamiento con BLM.

Resultados: 324 pacientes con LES (98%, criterios ACR-97 o SLICC-12) tratados con BLM fueron incluidos en el análisis; 91% mujeres; media edad (± DE): 42,4 (± 12,9) años. Mediana de seguimiento: 3,2 años (1,4-5,9). Mediana de tiempo transcurrido entre V12M y VF: 26,2 meses. Tiempo medio de tratamiento con BLM: 2,7 (± 2,4) años. Un total de 106 pacientes (32,7%) suspendieron BLM, 22 (6,8%) por efectos adversos, de los cuales 4/22 (18,2%) fueron infecciones graves, ninguna de ellas oportunista. Un total de 51/324 pacientes

(15,7%) presentaron ≥ 1 infección grave en algún momento del seguimiento, con un total de 53 infecciones graves registradas. Densidad de incidencia: 7,9 por 100 pacientes-año (calculada para el primer año). Las infecciones graves fueron numéricamente más frecuentes en el período de 6-12 meses comparando con el período de 0-6 meses: 25/215 (7,4%) versus (5/276) (1,8%) ($p = 0,00015$, test de igualdad de proporciones). Localizaciones (registradas) más frecuentes: 18/59 respiratorias, 17/59 urinarias, 9/59 bacteriemia. Padecieron COVID19 94/297 pacientes (31%), de los cuales solo 4 resultaron graves, no estando ninguno de ellos bajo tratamiento activo con BLM en el momento de la infección por SARS-CoV-2. No se produjo ningún fallecimiento por infección. En el análisis bivariable, infección grave no se asoció a edad, sexo, tabaco, AM-SLEDAI, filtrado glomerular ni uso de FAME concomitante. Por el contrario, si resultó asociada a daño (SDI mediana (1 (0-2) vs. 0 (0-1) ($p = 0,023$; 95%CI: 0,10-1,33) y, de forma más robusta, al empleo de glucocorticoides (GC) durante todo el período de seguimiento ($p = 0,035$; OR 2,25, IC95%: 1,04-5,17), sin diferencias, sin embargo, en la dosis media de GC.

Conclusiones: 1º La tasa de incidencia de infección grave de los pacientes con LES tratados con BLM no difiere de lo comunicado a la fecha, resultando más alta entre los 6 y los 12 meses de tratamiento. 2º La presencia de daño orgánico y al empleo de glucocorticoides se asociaron a infección grave. 3º La suspensión de BLM por infección fue infrecuente. 4º Remarcablemente, ningún paciente presentó COVID19 grave o falleció a consecuencia de una infección.

P120. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN MAYORES DE 80 AÑOS: COHORTE RETROSPECTIVA DE 31 PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Antía Crespo Golmar¹, C. Moriano Morales², X. Larco Rojas², C. Sieiro Santos², P. Pérez García² y E. Diez Álvarez²

¹Musculoskeletal Pathology Group. Institute IDIS. Santiago University Clinical Hospital. Santiago de Compostela. ²Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: Se conoce como lupus eritematoso (LES) de inicio tardío a aquel que debuta a partir de los 50 años¹. Se han apreciado diferencias en cuanto al tipo de manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad y mortalidad con respecto a los casos de inicio más precoz.

Objetivos: Retratar clínica y epidemiológicamente a nuestros pacientes diagnosticados de LES a partir de los 80 años. Delimitar el tiempo medio de supervivencia y la mortalidad, así como la causa principal de fallecimiento.

Métodos: Cohorte retrospectiva de 31 pacientes diagnosticados de LES con una edad de debut superior a 80 años y a seguimiento en el Hospital de León entre 1997-2022. Todos cumplen criterios de clasificación ACR 1992 y SLICC 2012.

Resultados: Los pacientes eran mayoritariamente de sexo femenino, con una ratio mujer/hombre de 2,1, y una edad media al diagnóstico de $84,32 \pm 2,79$ años. Las manifestaciones clínicas más prevalentes fueron las artritis/artralgias inflamatorias (48,4%) y la afectación dermatológica (45,1%), como el lupus cutáneo agudo (35,7%), discoide (7,1%) y otras reacciones de fotosensibilidad no especificadas (57,1%). También fueron relevantes la leucolinfopenia (45,1%) y trombopenia (29,3%). Por otro lado, fueron anecdóticos los casos de alopecia (3,2%), anemia hemolítica (6,45%), enfermedad pulmonar intersticial difusa (3,2%), polineuropatía sensitiva (3,2%) y corea (3,2%). La aftosis oral estuvo presente en el 12,9% de los pacientes, igual que los casos de afectación renal (1 con hematuria microscópica, 1 con proteinuria $> 0,5$ mg/dL, 1 síndrome nefrótico y 1 nefrítico). La serositis afectó al 16,1% (4 pleuritis y 2 pericarditis). Nadie refirió síndrome seco o fenómenos trombóticos,

aunque sí Raynaud (16,1%). En cuanto a criterios inmunológicos, destacaban: ANA 97%, DNA 38%, Sm 10% e hipocomplementemia 29%. Los anticuerpos antifosfolípidos eran positivos en el 42%, presentando un 6,5% triple positividad. El tiempo de supervivencia medio fue de 4,5 años, con una diferencia estadísticamente significativa a favor de las mujeres (7 vs. 3,4 años; $p = 0,0024$; figs.). Se registraron 11 pérdidas de seguimiento y 10 fallecimientos, de los cuales 7 eran varones. Las causas fundamentales de la muerte se certificaron en 4 casos como etiología infecciosa, 1 insuficiencia cardíaca y 1 insuficiencia respiratoria global. En 4 casos la causa de la muerte fue desconocida.

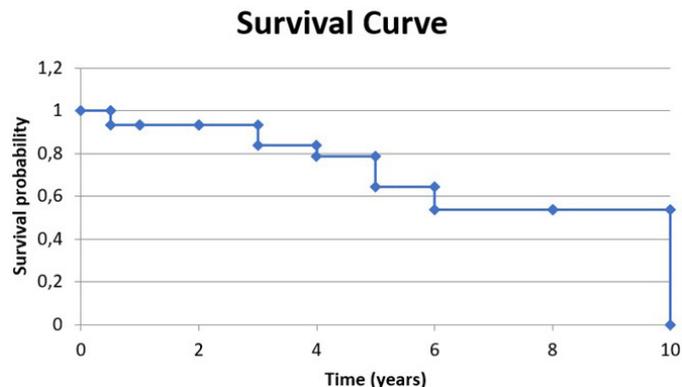


Figura 1. Supervivencia media empleando el método de Kaplan-Meier en todos los pacientes.

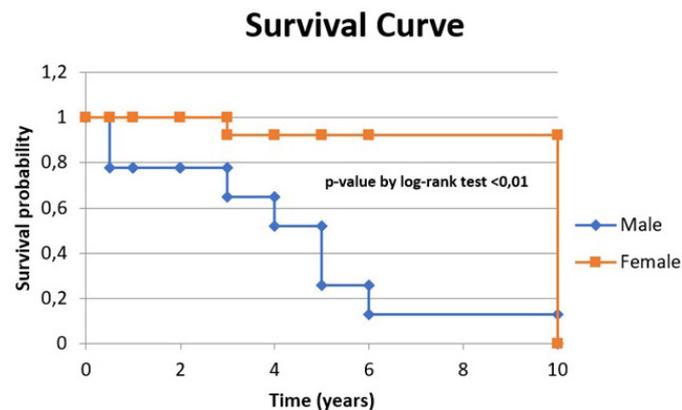


Figura 2. Supervivencia media empleando el método de Kaplan-Meier con los pacientes segregados por sexo.

Conclusiones: El LES de inicio tardío diagnosticado en mayores de 80 años es más frecuente en mujeres (2,1:1), aunque existe una mayor proporción de hombres que en casos de debut precoz¹. Las manifestaciones más presentes en nuestra cohorte fueron las afectaciones articular, cutánea y hematológica. El tiempo de supervivencia medio fue de 4,5 años. La causa fundamental de muerte fue de origen infeccioso. El sexo masculino se asoció con un peor pronóstico, una mayor mortalidad (70%) y una supervivencia significativamente menor. Se necesita ampliar nuestro conocimiento del LES en esta franja de edad y esclarecer hasta qué punto la sobremortalidad en varones puede ser debida a la carga de la enfermedad o se ve influenciada por otros factores (menor esperanza de vida, hábitos tóxicos, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Riveros Frutos A, et al. Late-onset versus early-onset systemic lupus: characteristics and outcome in a national multicentre register (RELESSER). Rheumatology (Oxford). 2021;60:1793-803.

P121. ¿TENER ANTI-DNADS POR ELISA EQUIVALE A TENER UN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO? LA UTILIDAD DE MEDIR ANTI-DNADS MEDIANTE LA TÉCNICA POR INMUNOFUORESCENCIA CON CRITHIDIA LUCILAE - AMPLIACIÓN DE DATOS

Annika Nack¹, V. Ortiz-Santmaria², J. Climent-Martí¹, A. Prior-Español¹, L. Mateo Soria¹, M. Martínez-Morillo¹, L. Gifre¹, M. Aparicio-Espinar¹, A. Riveros¹, I. Casafont¹, J. Camins-Fàbregas², J Font-Urgelles¹, M Mihaylov¹, I. Peralta-García¹, R. Ugena¹, C. Calomarde-Gómez¹ y S. Holgado¹

¹Hospital Univeristari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Hospital General de Granollers.

Introducción: Los anticuerpos anti-DNA de doble cadena (anti-DNAd) son uno de los marcadores serológicos detectados con mayor frecuencia en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES). En la práctica clínica se suelen determinar mediante la técnica de ELISA con una especificidad del 91-96%. Sin embargo, es frecuente que los pacientes presenten anti-DNAd por ELISA positivos y el diagnóstico no sea LES.

Los anti-DNAd también se determinan mediante la técnica de inmunofluorescencia (IFI) utilizando el parásito Crithidia Lucilae (CL) cuya especificidad es del 98-100%.

Objetivos: Determinar los anticuerpos anti-DNA mediante IFI-CL en pacientes con ANA y anti-DNAd por ELISA positivos y analizar si hay una relación entre cumplir los criterios para LES ACR-EULAR 2019 y la positividad de los anti-DNAd por IFI-CL. Determinar si existen diferencias entre los pacientes más jóvenes y los mayores de 65 años y si los anti-DNA CL son útiles en esta población.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo bicéntrico realizado en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y el Hospital General de Granollers. Se incluyeron todos los pacientes que entre 2018 y 2021 que obtuvieron unos niveles de ANA ≥ 1/320 y ELISA-DNA ≥ 100 IU/mL. A todos ellos se les realizó un test de IFI-CL. Se recogieron datos analíticos y clínicos y se aplicaron los criterios para LES de ACR-EULAR 2019. Posteriormente se estratifican los pacientes en función de la edad, marcando el punto de corte en 65 años y se analizan los datos.

Tabla 1. Características clínicas y analíticas relacionadas con el test IFI-CL. *estadísticamente significativo

Características	IFI-CL positivo	IFI-CL negativo
N	31	80
Edad ± DE (años)	58,11 ± 22	65 ± 17
Mujeres/hombres (%)	74/26	69/31
Manifestaciones clínicas más frecuentes (%)	Afectación articular (65) Serositis (16)	Afectación articular (25) Aftas orales (4)
Marcadores de inflamación (media)	PCR 17,5 ± 33 mg/L VSG 49 ± 32 mm*	PCR 11 ± 24 mg/L VSG 29 ± 28 mm*
ANA 1/320 (%)	19	35
ANA 1/640 (%)	10	24
ANA 1/1280 (%)	19	20
ANA 1/2560 (%)	52	21
DNA con ELISA (media)	749 ± 1.450 UI/mL*	269 ± 503 UI/mL*
ENA positivos (n)	55%	16%
	Anti-nucleosoma (n = 10)	Anti-Ro52(6)
	Anti-histona (n = 8)	Anti-Ro60 (4)
	Anti-Ro52 (n = 6)	Anti-DNAd (4)
	Anti-Ro60 (n = 6)	Antinucleosoma (3)
	Anti-DNAd (n = 6)	Anti-RNP(2)
Anticuerpos antifosfolípidos o anticoagulante lúpico positivo (%)	52*	24*
Complemento bajo (C3/C4 o ambos; %)	43*	16*
Criterios de clasificación para LES ACR-EULAR-2019 (puntuación ± DE)	16 ± 8*	9 ± 4*
Diagnóstico de LES (%; n)	58;18*	11;9*

Tabla 2. Estratificación por edad y análisis de la relación entre la determinación de IF-CL y la aplicación de criterios clasificatorios ACR-EULAR 2019 para LES

		Cumplen criterios LES ACR-EULAR 2019	No cumplen criterios LES ACR-EULAR 2019
≤ 65 años (n = 57)	IF- CL positivo% (n)	88,2 (15)	11,8 (2)
p < 0,005	IF-CL negativo% (n)	12,5 (5)	87,5 (35)
> 65 años	IF- CL positivo% (n)	21,4 (3)	78,6 (11)
p = 0,273	IF-CL negativo% (n)	90 (36)	4 (10)

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes, de los cuales 78 eran mujeres y 33 eran varones. 80 pacientes tuvieron un resultado IFI-CL negativo y de esos solo un 11,3% (n = 9) cumplían criterios clasificatorios de LES. De los pacientes con un test IFI-CL positivo (n = 31), el 85% cumplía criterios clasificatorios de LES, y se objetivó una relación estadísticamente significativa entre tener un test IFI-CL positivo y cumplir criterios de LES (p < 0,05). Se realizó posteriormente una estratificación por edad marcando el corte en 65 años. En los pacientes ≤ 65 años, el 87,5% (n = 35) con un test CL negativo no cumplían criterios de LES y solo el 12,5% (n = 5) sí los cumplía. Por el contrario, el 88,2% de pacientes con un test positivo CL cumplían criterios de LES (p < 0,005 con test exacto de Fisher). Llama la atención que en pacientes > 65años no se observaran relaciones estadísticamente significativas entre la positividad del test y cumplir criterios de LES (p = 0,273).

Conclusiones: Según nuestro estudio, en pacientes ANA ≥ 1/320 y anti-DNA positivos por ELISA con edad < 65 años el test anti-DNAd IFI-CL positivo tiene clara utilidad para reforzar el diagnóstico de LES, siendo poco habitual el diagnóstico de LES en aquellos con anti-DNAd IFI-CL negativo. Sin embargo, no sería de utilidad en pacientes > 65 años.

P122. IMPACTO DEL NIVEL DE HIDROXICLOROQUINA EN EL INTERVALO QT DEL ECG EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS REUMÁTICAS: UN ESTUDIO EN VIDA REAL

María del Carmen Raya Santos¹, J. Rosas¹, M. Marco², A. Pons¹, R. Gallego-Campuzano¹, J.C. Cortés-Quiroz¹, M.J. Shalabi², J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, L. Pons-Canet¹, J.A. Bernal¹, X. Barber³, J.A. García-Gómez³ y Grupo AIRE-MB

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

Objetivo. Analizar el impacto del nivel sérico de HCQ en el intervalo QTc, en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas reumáticas (EASR), tratados con dicho fármaco de forma prolongada.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, entre pacientes con EASR, tratados con HCQ ≥ 1 año, dosis 200-400 mg/día (casos). El nivel sérico de HCQ se midió por cromatografía líquida y el intervalo QTc del ECG. Pacientes con EASR no tratados con HCQ se incluyeron como grupo control para QTc: peso, tratamiento actual y se realizó ECG para obtención del QTc. En pacientes con EASR se recogió: 1) Datos epidemiológicos del paciente. 2) EASR: diagnóstico, año de diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, datos clínicos y de autoinmunidad, tratamiento y dosis. 3) HCQ: tiempo en tratamiento, toxicidad, síntomas y nivel sérico. 4) ECG: QTc y frecuencia cardíaca (FC).

Resultados. Se incluyen 142 pacientes tratados con HCQ durante una media de 8,3 (DE: 6,4) años, a una dosis media de 245 µg/L (83,8) y 3,7 (1,3) mg/kg/día. 129 (91%) son mujeres, con edad media: 57 (14,5) años, peso: 66 (15) kg. Distribución de diagnósticos de EASR: LES: 72 (50%) pacientes, AR: 37 (26%), síndrome de Sjögren: 18 (13%), reumatismo palindrómico: 4 (3%), artritis psoriásica: 3 (2%), síndrome antifosfolípido: 2 (1%) y otras: 2 (1%) pacientes. Nivel sérico medio de HCQ: 185,6 µg/L (124): 25 (28%) con un nivel < 100 µg/L (media: 58 [DE: 28,5] µg/L) y 117 (72%) > 100 µg/L (media: 224 µg/L [116]). En el ECG, la FC media: 72 lpm (11) y el intervalo QTc medio: 419 (33) ms, prolongándose (> 440 ms) en 39 (27%) pacientes (rango: 441-510 ms). Diez (7%) pacientes refirieron síntomas: palpi-

taciones: 7 (70%), sensación de mareo en 2 (20%) y 1 (10%) paciente un cuadro seudoincocal aislado (QTc: 441 ms); 58 (41%) pacientes en tratamiento con un fármaco relacionado con el riesgo de prolongación del QTc: Posible (P: a dosis autorizadas, sin riesgo de TdP): 8 (14%) paciente, Condicional (C: riesgo en determinadas circunstancias): 44 (76%), Definido (D: riesgo de TdP cuando se usa en indicaciones autorizadas): 1 (2%). Cinco (8%) pacientes recibieron varios de estos medicamentos en combinación. Al comparar el resultado medio de QTc del grupo tratado con HCQ y el grupo control sin HCQ (n: 32), no se detectaron diferencias (419,4 [33] vs. 436 [51], p = 0,072). Entre los pacientes con nivel de HCQ > 100 µg/L (n: 117/82%) frente a < 100 µg/L (n: 25/18%), la dosis diaria media de HCQ (250 mg [87,7] frente a 220 mg [57,7], p = 0,33) y el ajustado al peso en ambos es mayor (3,76 [1,4] mg/kg vs. 3,18 [1] mg/kg, p = 0,016). No se observó relación entre el nivel de HCQ y el resultado de QTc (tabla). Los 39 (27%) pacientes con QTc > 440 ms vs. los 103 (73%) con QTc ≤ 440 ms eran significativamente mayores (61 [14] años vs. 55 [14] años, p = 0,007) y tenían mayor frecuencia cardíaca (75 [12] lpm frente a 71 [10,6] lpm, p = 0,016). No se detectaron diferencias entre el resultado de QTc y la dosis o nivel de HCQ (tabla).

	QTc >440 ms N: 39 (27%)	QTc ≤440 ms N: 103 (73%)	P
Edad, media (DE)	61 (14.4)	55 (14)	0.007
Mujer, n (%)	36 (92)	93 (90)	0.85
QTc, media (DE)	455.7 (14.8)	405 (28)	0.0001
Frecuencia cardíaca, media (DE)	75 (12)	71 (10.6)	0.016
Peso, media (DE)	70.4 (15.4)	68.5 (15.2)	0.61
HCQ;			
Dosis mcg/L, media (DE)	246.5 (88.4)	244.6 (82.5)	0.15
Mg/kg HCQ, media (DE)	3.61 (1.44)	3.68 (1.3)	0.79
Años en HCQ, media (DE)	8.7 (6.3)	8.2 (6.5)	0.48
Nivel sérico HCQ mcg/L, media (DE)	192.5 (131.5)	182.3 (121.5)	0.67
Rango	10-603	10-658	-
	HCQ >100 mcg/L N: 117 (82%)	HCQ ≤100 mcg/L N: 25 (18%)	P
Nivel sérico HCQ, media (DE)	224.1 (116)	58 (28.4)	0.0001
QTc, media (DE)	417 (34)	427.5 (28)	0.10
Dosis mcg/L, media (DE)	250.4 (87.7)	220 (57.7)	0.033
Mg/kg HCQ, media (DE)	3.76 (1.4)	3.18 (1.0)	0.016
Años en HCQ, media (DE)	8.03 (6.4)	9.81 (6.4)	0.20
Peso, media (DE)	68.4 (15)	72 (16)	0.30

Características de los pacientes según el resultado del QTc y el nivel de HCQ.

Conclusiones. En pacientes con EASR tratados con dosis de mantenimiento de HCQ: 1) El nivel sérico de HCQ no está relacionado con la prolongación del intervalo QTc del ECG. 2) QTc está significativamente relacionado con la edad y la frecuencia cardíaca. 3) El 40% de los pacientes con tratamiento prolongado con HCQ también reciben otros fármacos que pueden influir en el QTc, sin embargo, no parece provocar síntomas de interés. 4) La EASR per se, no afecta el resultado de QTc.

Table P123

Patient characteristics according remission status at baseline

	Remission by DORIS (n = 177)	Remission by SLAQ (n = 184)	Remission by both criteria (n = 27)	p-value
Age at diagnosis (years), mean (SD)	34.6 (14.87)	36.64 (13.74)	33.77 (13.12)	0.181
Female sex, n (%)	160/176 (90.9%)	166/182 (91.2%)	27/27 (100%)	0.004
Disease duration (yrs), mean (SD)	15.26 (8.18)	13.71 (7.7)	19.8 (7.66)	0.069
Highest education	57/172 (33.1%)	40/180 (22.2%)	13/26 (50%)	< 0.001
Medication, n (%)				
Off-therapy	0/177 (0%)	36/182 (19.8%)	0/27 (0%)	1
Antimalarials	79/176 (44.9%)	100/182 (54.9%)	14/27 (51.9%)	< 0.001
Immunosuppressants (AZA, MTX, MMF)	63/175 (36%)	36/180 (20%)	12/27 (44.4%)	< 0.001
Biological therapy (rituximab, belimumab)	14/176 (8%)	8/178 (4.5%)	4/27 (14.8%)	< 0.001
Obesity (BMI > 30), n (%)	18/162 (11.1%)	44/176 (25%)	3/24 (12.5%)	0.003
Hospital admission, n (%)	57/176 (32.4%)	40/182 (22%)	7/26 (26.9%)	< 0.001
SLEDAI, mean (SD)	1.66 (1.66)	3.28 (3.78)	1.78 (1.5)	< 0.001
SLAQ, mean (SD)	26.15 (2.55)	27.98 (1.81)	27.63 (1.96)	< 0.001
EQ-5D	67.53 (19.31)	63.22 (20.12)	64.54 (17.7)	0.041
LIT	26.68 (21.76)	34.37 (20.34)	31.3 (18.34)	0.0007
SLICC/ACR Damage Index	1.57 (1.74)	1.42 (1.84)	1.37 (1.9)	0.437
Mortality	0/177 (0%)	0/184 (0%)	0/27 (0%)	1

AZA azathioprine, MTX methotrexate, MMF mycophenolate, BMI body mass index, EQ-5D EuroQoL-5D, LIT lupus impact tracker.

P123. PREVALENCE OF REMISSION ACCORDING TO PHYSICIAN AND PATIENT AND LEVEL OF AGREEMENT IN A REAL-WORLD MULTICENTER LUPUS REGISTRY

Julia Martínez Barrio¹, Isabel Castrejon^{12,3}, Jose M Pego-Reigosa⁴, María Galindo- Izquierdo⁵, Esther Uriarte Isacelaya⁶, Elena Aurrecoechea⁷, Natalia Mena-Vázquez⁸, Irene Altabás González⁴, Jose Rosas⁹, Silvia Gómez-Sabater¹⁰, Mónica Ibáñez Barceló¹¹, Vicenç Torrente Segarra¹², J. Narváez¹³, Clara Sanguesa¹⁴, Joan Calvet¹⁵, Mercedes Freire González¹⁶, Clara Moriano¹⁷, Carlota Laura Iñiguez¹⁸, Eva Tomero Muriel¹⁹, Ana Pérez Gómez²⁰, José Luis Andréu Sánchez²¹, Maria Jesús García Villanueva²², Tatiana Cobo-Ibáñez²³, Gema Bonilla Hernán²⁴, Nuria Lozano Rivas²⁵, Loreto Horcada²⁶, Carlos A. Montilla-Morales²⁷, Francisco J. Toyos Sáenz de Miera²⁸, Lorena Expósito²⁹, Esther Ruiz Lucea³⁰, José Eloy Oller³¹, Angela Pecondon-Español³², Ricardo Blanco³³, Sergio Machin³⁴, Eva Salgado Pérez³⁵, Irene Carrión Barberà³⁶, Raúl Menor-Almagro³⁷, Jaime Calvo³⁸, Alejandro Muñoz Jimenez³⁹, Jorge Juan Fragió Gil⁴⁰ e Iñigo Rua-Figueroa⁴¹

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid. ⁴Department of Rheumatology. Hospital Meixoeiro. Vigo. ⁵Department of Rheumatology. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Department of Rheumatology. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ⁷Department of Rheumatology. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁸Department of Rheumatology. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁹Department of Rheumatology. Hospital Marina Baixa. Alicante. ¹⁰Department of Rheumatology. Hospital General Universitario de Alicante. ¹¹Department of Rheumatology. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹²Department of Rheumatology. Hospital Moisès Broggi/Consorti Sanitari Integral (CSI). Sant Joan Despí. ¹³Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ¹⁴Department of Rheumatology. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁵Department of Rheumatology. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona. ¹⁶Department of Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁷Department of Rheumatology. Complejo Asistencial Universitario de León. ¹⁸ Department of Rheumatology. Hospital Lucus Augusti (Anterior Xeral-Calde). Lugo. ¹⁹Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ²⁰Department of Rheumatology. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²¹Department of Rheumatology. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²²Department of Rheumatology. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²³Department of Rheumatology. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²⁴Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²⁵Department of Rheumatology. Hospital Clínico Universitario

Virgen de la Arrixaca. Murcia.²⁶Department of Rheumatology. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.²⁷ Department of Rheumatology. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.²⁸ Department of Rheumatology. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.²⁹Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.³⁰Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.³¹Department of Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.³²Department of Rheumatology. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.³³Department of Rheumatology. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.³⁴Department of Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.³⁵Department of Rheumatology. Complejo Hospitalario de Orense.³⁶Department of Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona.³⁷Department of Rheumatology. Hospital Jerez de la Frontera.³⁸Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Araba. Vitoria.³⁹Department of Rheumatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.⁴⁰Department of Rheumatology. Hospital La Fe. Valencia.⁴ Department of Rheumatology. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introduction: Improvement on health-related quality of life (HRQoL) in patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) remains a challenge. There is limited data on the level of agreement on remission according to physician and patient and remission impact on HRQoL and long-term outcomes.

Objectives: To investigate the prevalence and level of agreement between remission according to physician and patient criteria and to evaluate the impact of remission on HRQoL in patients with SLE.

Methods: Prospective study of patients included in RELESSER-PROS, a multicenter register of SLE patients. Protocol of the register has been previously described (1). Remission according to the physician was defined in agreement with DORIS 2021 criteria (2): clinical SLEDAI 0, physician global assessment ≤ 2 on a 0-10 Likert scale (equivalent to ≤ 0.5 on a 0-3 scale), stable low-dose prednisone (≤ 5 mg) and stable immunosuppressive/biologic agents if remission on therapy. Remission according to the patient was defined as SLAQ (Systemic Lupus Activity Questionnaire) question 1 with no flare in the last 3 months (score 0). Patients were classified in three groups according to remission status by DORIS, SLAQ or both. Level of agreement was assessed using kappa statistics. Acceptable level of agreement was considered if kappa > 0.60 . RELESSER Registry was approved by the Ethics Committee of the Dr. Negrín Hospital and participating centres that required it.

Results: A total of 1,102 patients, with a follow-up of at least 2 years (data from 3 visits available) were included in this analysis. Patient characteristics according to remission status at baseline are presented in the table. At baseline, remission by DORIS was present in 16.1%, by SLAQ 16.7% and 2.45% by both. Remission by DORIS was more frequent among patients with higher education, on immunosuppressant and biological therapy and patients with history of hospitalization; remission by SLAQ was more frequent among women, obese patients, and those on antimalarials ($p < 0.05$). Symptoms reported in patients who considered themselves in remission were mainly cutaneous and articular (53.3%). Mean SLEDAI in patients on remission by SLAQ was 3.28 (3.78). Patients in remission by DORIS had significantly better results in patient reported outcomes (PRO) measured by EQ-5D and LIT ($p < 0.05$). Level of agreement in remission according to physician and patient was 78.04% ($k = 0.061$) at baseline, 63.39% ($k = 0.039$), and 62.73% ($k = 0.099$) in year 2 and 5 respectively. Kappa level of agreement was low.

Conclusions: Our results reflect low level of agreement between physician and patients in terms of remission status with increasing disagreement in the follow-up. Patients in remission by DORIS shows better results in EQ-5D and LIT.

REFERENCES

- Rúa-Figueroa I, et al. Reumatol Clin. 2014;10(1):17-24.
- van Vollenhoven RF, et al. Lupus Sci Med. 2021;8(1):e000538.

P124. PUNTO DE CORTE ÓPTIMO PARA UN ELECTROCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA

Alba Herrero Morant, Jon Zubiaur-Zamacola, Adrián Margarida-de Castro, Raquel Pérez-Barquín y Ricardo Blanco
 Reumatología y Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La hidroxicloroquina (HCQ) es un fármaco ampliamente utilizado en el lupus eritematoso sistémico (LES) que puede causar alteraciones cardíacas como episodios arrítmicos a corto plazo y miocardiopatía dependiente de la dosis a medio y largo plazo. Se desconocen las implicaciones cardiológicas de la acumulación de HCQ en estos pacientes a medio y largo plazo.

Objetivos: Evaluar el punto de corte óptimo para un electrocardiograma (ECG) en pacientes con LES en tratamiento con HCQ para prevenir complicaciones arrítmicas.

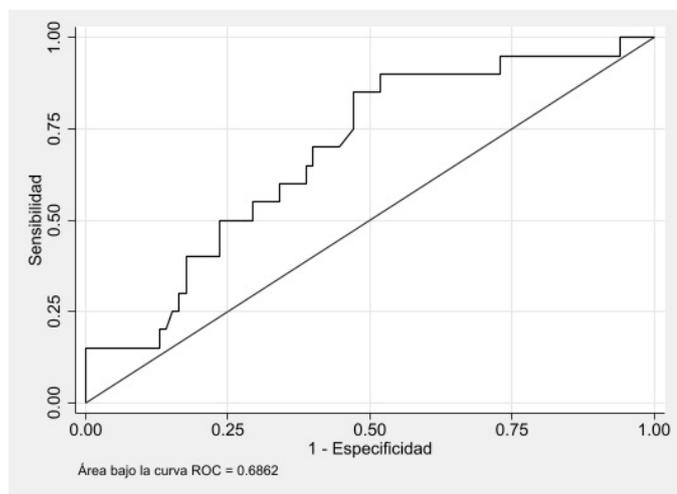
Métodos: Estudio observacional en un único hospital universitario de todos los pacientes consecutivos con LES que tuvieron un ECG al inicio y al menos un ECG durante el seguimiento. Se evaluaron nuevas alteraciones de la conducción mediante ECG, definidas como bloqueo auriculoventricular, bloqueo de rama o prolongación del intervalo QT. Los ECG se extrajeron de la historia clínica y se interpretaron al inicio y durante 15,2 años (IC95%: 13,24-17,16) de seguimiento. Definimos la HCQ acumulada (cHCQ) como el total de gramos de HCQ que se habían administrado. Se realizó un análisis de curva característica operativa del receptor (ROC) para determinar el punto de corte óptimo para la sensibilidad y la especificidad.

Resultados: Se estudiaron 105 (93 mujeres/12 hombres) pacientes con LES con una edad media (\pm DE) de 61,8 \pm 14,9 años. La dosis media diaria de HCQ en nuestra muestra fue de 256 mg al día (tabla). La curva ROC mostró una capacidad diagnóstica moderada para nuevas alteraciones de la conducción, con un área bajo la curva de 0,69 (IC95%: 0,59-0,77) (fig.). El punto de corte de mayor eficacia de cHCQ fue: 4.097 g (Sensibilidad 15%; Especificidad 100%) y el punto de corte óptimo de cHCQ fue: 901 g (Sensibilidad 85%; Especificidad 52,9%). Este punto de corte se alcanzó con un tratamiento medio con HCQ en nuestra muestra de 9,7 años. Se encontró bloqueo auriculoventricular de alto grado en 5 pacientes. En todos ellos la dosis de HCQ fue superior a 901 g.

Características clínicas de los pacientes con lupus eritematoso sistémico

Características generales	Global (N = 105)
Edad actual (media \pm DE)	61,8 \pm 14,9
Años de evolución del LES (media \pm DE)	16,3 \pm 10,3
Sexo, n (%)	93 (88,6)
Diabetes mellitus, n (%)	15 (14,4)
Hipertensión, n (%)	58 (55,2)
Dislipidemia, n (%)	47 (45,2)
Insuficiencia renal crónica, n (%)	10 (9,6)
Obesidad, n (%)	8 (7,8)
Consumo de alcohol, n (%)	3 (2,9)
Antecedentes de tabaquismo, n (%)	41 (39,0)
Tratamiento del LES	
Dosis de HCQ en mg/día (media \pm DE)	256 \pm 87,2
Tiempo en HCQ en meses (media \pm DE)	149,8 \pm 111,9
Dosis acumulada de HCQ en gramos (media \pm DE)	1.154,9 \pm 946,1
Dosis acumulada de HCQ en gramos, mediana (IQR)	913,1 (474, 1.473)
Prednisona, n (%)	30 (28,6)
Dosis de prednisona en mg/día (media \pm DE)	17,3 \pm 16,8
Otro inmunosupresor, n (%)	14 (13,3)

Conclusiones: Según nuestro estudio, 901g de cHCQ es un buen punto de corte para realizar un ECG protocolizado para descartar alteraciones de la conducción cardíaca en pacientes con LES y tratamiento crónico con HCQ. Esto equivale a 9,7 años de tratamiento con la dosis media de HCQ utilizada en nuestra muestra.



Curva característica operativa del receptor (ROC) sobre dosis acumulada de hidroxiquina y nuevas alteraciones de la conducción.

P125. USING PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN CLINICAL CARE: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Isabel Castrejón¹, Laura Cano², María José Cuadrado³, Joaquín Borrás⁴, María Galindo⁵, Tarek Salman-Monte⁶, Carlos Amorós⁷, Carmen San Román⁷ and Alejandro Muñoz⁸

¹Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid. ²Enfermería de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ³Reumatología. Hospital Clínica Universitaria de Navarra Madrid. ⁴Farmacia Hospitalaria. Hospital de Sagunto. ⁵Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁷GlaxoSmithKline. Madrid. ⁸Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introduction: The use of Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) in clinical practice may contribute to a better understanding of Systemic Lupus Erythematosus (SLE) management and thereby optimize disease control.

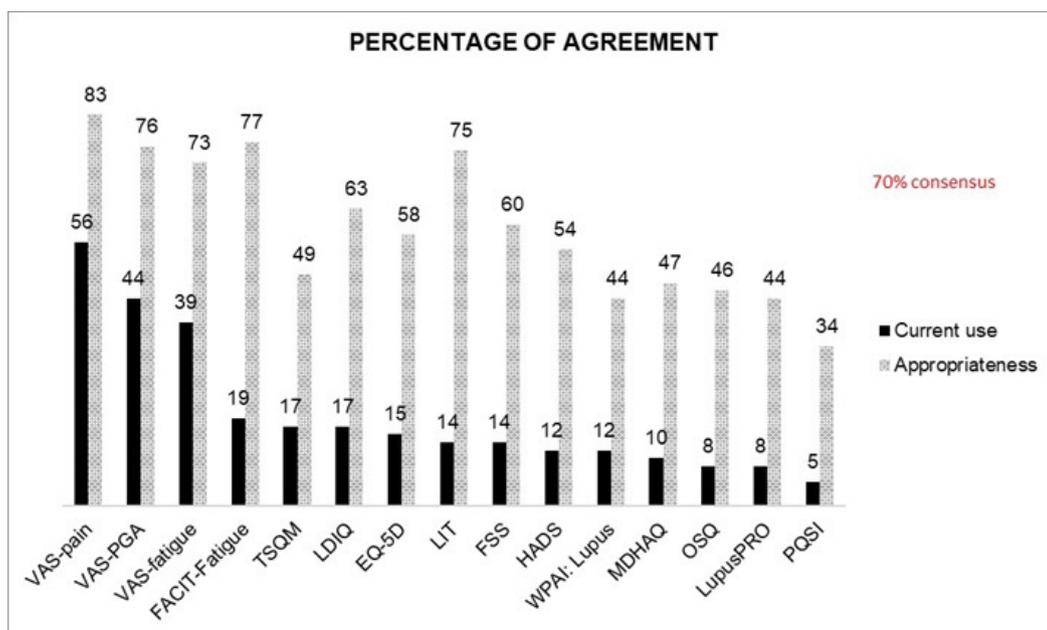
Objectives: To explore the current use of PROMs in routine care of patients with SLE and appropriateness and feasibility of different measures from healthcare professionals' perspective.

Methods: A Delphi questionnaire was developed by a scientific committee (n = 5 rheumatologists, 1 = hospital pharmacist and n = 1 nurse) based on a comprehensive literature review and a patient focus group (n = 9 SLE patients). The questionnaire included 15 PROMs and explored 3 different aspects: the current use in clinical practice, appropriateness for use in routine care, and feasibility according to available resources. The following PROMs were included: three Visual Analogue Scales for pain, fatigue, and patient's global assessment of the disease, EuroQoL-5 Dimensions (EQ-5D), Lupus Impact Tracker (LIT), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue (FACIT-Fatigue), Fatigue Severity Scale (FSS), Work Productivity and Activity Impairment: Lupus (WPAI: Lupus), Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ) Pittsburg Quality of Sleep Inventory, Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), Lupus Damage Index Questionnaire (LDIQ), LupusPRO, Multi-Dimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ). Consensus was reached when $\geq 70\%$ rated 6-7 (agreement) or 1-2 (disagreement).

Results: A total of 59 experts participated in the Delphi: 51% rheumatologist, 17% internal medicine, 8.5% nephrologist, 8.5% hospital pharmacists, 8.5% nurses, 3.4% dermatologist, 3.4% psychologists; 49.2% women, mean age 49.9 (SD:10), mean 18.34 years' experience managing SLE patients and 57.6% of participants working in lupus clinics. The 83% of participants agreed on using PROMs to improve the management of lupus patients. The PROMs more frequently used were VAS-pain (56%), VAS-PGA (44%) and VAS-fatigue (39%), other instruments below 20% (fig.). Consensus was reached regarding the appropriateness of VAS-pain (83%), FACIT-Fatigue (77%), VAS-PGA (76%), LIT (75%) and VAS-fatigue (73%) (Chart 1). With the actual available resources, only VAS-pain was considered feasible to use in clinical practice (78%).

Conclusions: Although experts agreed on the relevance of using PROMs, they are not widely used in current clinical practice. PROMs to assess pain, fatigue, PGA, and health-related quality of life were considered appropriate, however consensus was not reached regarding their feasibility. Including PROMs in clinical practice requires training and resources for healthcare professionals to promote implementation.

Funding: this project has been funded by GSK.



PROMs current use (black) and percentage of agreement on appropriateness (grey).

P126. VALIDATION ANALYSIS OF THE PHYSICIAN GLOBAL ASSESSMENT (PGA) SCALE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS INCLUDED IN RELESSER-PROS REGISTRY

Laura Cáceres Martín¹, Iñigo Rúa-Figueroa¹, Norman Jiménez², María Galindo Izquierdo³, Jaime Calvo Alen⁴, Raúl Menor Almagro⁵, Antonio Fernández Nebro⁶, Julia Martínez Barrios⁷, M^a Esther Rodríguez-Almaraz³, Esther Uriarte Isacelaya⁸, Elena Aurrecochea Aguinaga⁹, Natalia Mena Vazquez⁶, José Miguel Senabre Gallego¹⁰, José Antonio Bernal Vidal¹¹, Ana Cacheda¹², Vicente Torrente Segarra¹³, F. Javier Narváez García¹⁴, Clara Sangüesa Gómez¹⁵, Marta Arévalo Salaet¹⁶, Mercedes Freire González¹⁷, Clara Moriano Morales¹⁸, Carlota Iñiguez¹⁹, Eva Gloria Tomero Muriel²⁰, Ana Pérez Gómez²¹, José Luis Andreu Sánchez²², M^a Jesús García Villanueva²³, Tatiana Cobo²⁴, Gema Bonilla Hernán²⁵, Nuria Lozano Rivas²⁶, Loreto Horcada²⁷, Carlos Montilla Morales²⁸, Lorena Expósito²⁹, María Esther Ruiz Lucea³⁰, José Eloy Oller³¹, Ángela Pecondón Español³², Javier Loricera³³, Francisco Javier Novoa³⁴, Eva Salgado³⁵, Tarek Carlos Salman Montes³⁶, Alejandro Muñoz Jiménez³⁷, Jorge Frágio Gil³⁸ and José M^a Pego Reigosa³⁹

¹Division of Rheumatology. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²IRIDIS Group (Investigation in Rheumatology and Immune-Diseases). Health Research Institute (IISGS). Vigo. ³Division of Rheumatology. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Division of Rheumatology. Hospital Universitario de Araba. Vitoria. ⁵Division of Rheumatology. Hospital de Jerez de la Frontera. ⁶Division of Rheumatology. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁷Division of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁸Division of Rheumatology. Hospital Universitario Donostia. ⁹Division of Rheumatology. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ¹ Division of Rheumatology. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ¹¹Division of Rheumatology. Hospital General Universitario de Alicante. ¹²Division of Rheumatology. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹³Division of Rheumatology. Hospital Moisès Broggi/Consorci Sanitari Integral (CSI). Sant Joan Despí. ¹⁴Division of Rheumatology. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁵Division of Rheumatology. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁶Division of Rheumatology. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ¹⁷Division of Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁸Division of Rheumatology. Complejo Asistencial Universitario de León. ¹⁹Division of Rheumatology. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²⁰Division of Rheumatology. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ²¹Division of Rheumatology. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Meco. ²²Division of Rheumatology. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. ²³Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²⁴Division of Rheumatology. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ² Division of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²⁶Division of Rheumatology. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. ² Division of Rheumatology. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ²⁸Division of Rheumatology. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ²⁹Division of Rheumatology. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ³⁰Division of Rheumatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ³¹Division of Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ³²Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³³Division of Rheumatology. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³⁴Division of Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ³⁵Division of Rheumatology. Complejo Hospitalario de Orense. ³ Division of Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona. ³⁷Division of Rheumatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³⁸Division of Rheumatology. Hospital La Fe. Valencia. ³⁹Division of Rheumatology. Hospital Meixoeiro. Vigo.

Introduction: There is currently no agreement on which scale should be used to evaluate systemic lupus erythematosus (SLE) disease activity. PGA describes an instrument for a global assessment of the

degree of disease activity by the clinician and it is generally regarded as the gold standard. Despite its wide use and some degree of validation, the psychometric properties of this scale have not been formally evaluated and it is unclear whether more commonly used analogue scales for global assessment of rheumatic disease activity by the clinician, such as a VAS from 0 to 10, would be more appropriate.

Objectives: The aim of this study was to assess the construct and criterion validity of the physician global assessment (PGA), from 0 to 10, in a wide sample of SLE patients from Spain, analyzing the correlation with SLEDAI, health-related quality of life (QoL) and its ability to predict damage in order to promote its more widespread use.

Methods: An observational, longitudinal and prospective design was carried out. A total of 1,821 patients from the RELESSER-PROS registry and data from 5 annual consecutive visits were tested. Activity was estimated using PGA from 0 to 10 transformed to AM-PGA (mean-adjusted PGA)(AMP), and AM-SLEDAI (mean-adjusted SLEDAI) (AMS); damage through SLICC/ACR Damage Index (SDI) and QoL by means of EuroQoL 5D y Lupus Impact Tracker (LIT) tools. The correlation between indices and their ability to predict damage progression (defined as any increase of 1 unit in SDI from baseline) and QoL was calculated. Pearson's or Spearman's correlation coefficients were calculated for each variable in comparison.

Results: The correlation between PGA and SLEDAI was higher for lower PGA values and there was a correlation between AMP and AMS, ranging 0.4 and 0.5. AMS explains a percentage of AMP variation that rises to 27% when introducing the number of domains affected by SLEDAI, in non-parametric model. AMS and AMP values are discrepant, especially for patients with low AMS and high AMP values and differs significantly in 3 domains: serological, neuropsychiatric, and renal. Excluding patients from the model, who were marked as discrepant, a significant linear relationship between AMS and AMP, around 0.5 shown up. Regarding damage, the correlation between AMP, AMS and SLICC/ACR (SDI) explained only 13% of SDI variance. SLEDAI accounts for a higher percentage of SDI variance than PGA (10.18% vs. 5.65% in smoothed model), but both do it independently. Analysis the discrepant and non-discrepant patients showed a fairly discrete linear relationship, less than 3%, between the AMS and AMP with the LIT and the EQ5D6 only for the non-discrepant patients.

Conclusions: The correlation between PGA and SLEDAI is low and both should be used together. PGA could improve the assessment of disease activity and its use adds the possibility to improve damage prediction.

REFERENCES

1. Chessa E, Piga M, Floris A, Devilliers H, Cauli A, Arnaud L. Use of Physician Global Assessment in systemic lupus erythematosus: a systematic review of its psychometric properties. *Rheumatology (Oxford)*. 2020; 59(12):3622-32.

P127. FIBROMYALGIA AND GLUCOCORTICOIDS USE DRIVES SELF-PERCEIVED DEPRESSION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: INSIGHTS FROM A LARGE, PROSPECTIVE AND MULTICENTER STUDY USING RELESSER-PROS REGISTER'S DATABASE

Íñigo Rúa-Figueroa¹, Julia Martínez-Barrio², Norman Jiménez³, María Galindo-Izquierdo⁴, Esther Uriarte Isacelaya⁵, Antonio Fernández-Nebro⁶, Jaime Calvo-Alén⁷, Sara Manrique⁶, José Rosas⁸, Rocío Caño-Alameda⁹, Javier Narváez¹⁰, Inmaculada Ros¹¹, Elena Aurrecochea¹², Vicenç Torrente Segarra¹³, Clara Sangüesa¹⁴, Mercedes Freire¹⁵, Eva Tomero¹⁶, Loreto Horcada¹⁷, Clara Moriano¹⁸, Mireia Moreno¹⁹, Carlota Iñiguez²⁰, Ricardo Blanco²¹, Ana Pérez-Gómez²², José Luis Andréu²³, Sandra Garrote-Corral²⁴, Santiago Muñoz-Fernández²⁵, Gemma Bonilla²⁶, Nuria Lozano-Rivas²⁷, Carlos Montilla-Morales²⁸, Oihane Ibaranguoitia²⁹, Lorena Expósito³⁰, Elia Valls-Pascual³¹, Angela Pecondon-Español³², Sergio Machin³³, Eva Salgado Pérez³⁴, Celia Erausquin¹, Tarek Salman³⁵, Raúl Menor-Almagro³⁶, Alejandro Muñoz-Jiménez³⁷, Irene Altabás³⁸, Jorge Frágio³⁹ and Jose M. Pego-Reigosa³⁸

¹Rheumatology. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Rheumatology. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ³Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. IRIDIS Group. Vigo. ⁴Rheumatology. University Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁵Rheumatology. Donostia Unibertsitate Ospitalea. Donostia. ⁶Rheumatology. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁷Rheumatology. Araba University Hospital. Gasteiz. ⁸Rheumatology. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁹Rheumatology. General University Hospital of Alicante. ¹⁰Rheumatology. Bellvitge University Hospital. L'Hospitalet de Llobregat. ¹¹Rheumatology. Son Llàtzer Hospital. Palma de Mallorca. ¹²Rheumatology. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ¹³Rheumatology. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹⁴Rheumatology. Germans Trias i Pujol Hospital. Badalona. ¹⁵Rheumatology. CHUAC University Hospital of A Coruña. ¹⁶Rheumatology. Hospital de La Princesa. Madrid. ¹⁷Rheumatology. Navarra Hospital Complex. Pamplona. ¹⁸Rheumatology. University Hospital of León. ¹⁹Rheumatology. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ²⁰Rheumatology. Hospital de Lugo. ²¹Rheumatology. Marqués de Valdecilla University Hospital. Santander. ²²Rheumatology. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ²³ Rheumatology. Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital. Majadahonda. ²⁴Rheumatology. Ramón y Cajal Hospital. Madrid. ²⁵Rheumatology. Infanta Sofia University Hospital. San Sebastián de los Reyes. ²⁶Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid. ²⁷Rheumatology. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²⁸Rheumatology. Salamanca University Hospital. Salamanca. ²⁹Rheumatology. Basurto University Hospital. Bilbao. ³⁰Rheumatology. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³¹Rheumatology. Doctor Peset University Hospital. Valencia. ³²Rheumatology. Miguel Servet University Hospital. Zaragoza. ³³Rheumatology. Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ³⁴Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³⁵Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona. ³⁶Rheumatology. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ³⁷Rheumatology. Virgen del Rocío University Hospital. Sevilla. ³⁸Rheumatology. Hospital do Meixoeiro. Vigo. ⁹La Fe University and Polytechnic Hospital. Valencia.

Introduction: The prevalence of depression and associated factors in systemic lupus erythematosus (SLE) are not well known and there are no longitudinal studies addressing this subject in SLE.

Objectives: We aimed to evaluate the prevalence of self-perceived depression in patients with SLE and associated factors in a large, multicenter cohort (RELESSER-PROS).

Methods: Prospective longitudinal study of patients with SLE (1997 ACR criteria) answering positively to the depression question of the Lupus Impact Tracker (LIT) questionnaire (namely: "I was depressed", number 7) (LITQ7), over 4 years of follow-up (5 annual visits, V1 to V5). Self-perceived depression was addressed as "depression any time" or "depression most of time", according to the kind of answer to the LITQ7 (answers 1, 2, 3 or 4 and answers 3 or 4 respectively). Only patients with no missing values in the covariates, making possible run longitudinal models, were included in the multivariable analysis. The following covariates, covariates were considered: SLE-DAI, age, duration of the disease, SLICC/AR DI (SDI), fibromyalgia, Charlson index, smoking, BMI, menopause, sedentary lifestyle, marital status, unemployment and glucocorticoid use. Friedman test was used to test if the change in repeated measures was significant. Generalized estimating equation (GEE) models with binomial response, were built exploring the associations of individual longitudinal determinants with longitudinal assessment of depression. The best model was selected using quasi-likelihood under the independence model information criterion (QIC).

Results: A total of 1,463 were included. Mean age: 55 (DS ± 13.59) years, 90% were female. Mean duration of the disease: 14 (± 8.59) years. Fibromyalgia was present in 5.7% (76/1,343). Corticosteroids use ranged from 49.4% to 57%, depending on the visit. Median SLE-DAI ranged from 0 to 2 and SDI ranged from 1 to 2. Prevalence of

"depression any time" was 89.9% (1,104/1,228) and 34.6% (200/578) were in depression "most of time". Up to 26.5% (153/578) answered to LITQ7 "depression most of time" in the five visits; 89.7% of the patients which perceived themselves as depressed at least in 2 out of 5 visits. Only 6.9% of the patients with previous diagnosis of depression answered "0" to the Q7 of LIT ("none of the time"). Only following covariates showed changes, statistically significant, during the follow up: SLEDAI, SDI, Charlson and glucocorticoids use (Friedman test). Patients with "depression any time" develop more damage at V5 than patients without depression (answer to LITQ7 = 0) (p = 0.00931, T-test). In the GEE binomial analysis considering all the predefined covariates, that included only patients with no missing values for any of them (namely, 155 patients), fibromyalgia (OR 2.79; 95%CI: 1.28-6.05), unemployment (OR 1.95; 95%CI 1.02-3.73), and glucocorticoids use (OR 1.88; 95%CI 1.18-2.99) were significant associated with "depression any time". The best model (according QIC) displayed a statistically significant association only with fibromyalgia (OR 2.90; 95%CI: 1.58-5.33) and glucocorticoids use (OR 1.85; 95%CI 1.17-2.93). Neither SDI nor unemployment reached significance here (Table). Without entering glucocorticoids, SLEDAI turns significant in the model, suggesting collinearity.

Best multivariable GEE model

	OR	Lower limit	Upper limit
(Intercept)	0.121	0.028	0.529
SLEDAI	1.066	0.991	1.147
SLICC/ACR DI	1.138	0.962	1.346
Age	1.022	0.994	1.051
Fibromyalgia	2.898	1.576	5.328
BMI	1.485	0.685	3.219
Unemployment	1.86	0.972	3.56
low incomes	1.726	0.89	3.347
Glucocorticoids use	1.853	1.173	2.928
Single marital status	1.292	0.766	2.179

QICC: 1006.75

SLICC/ACR DI: SLICC/ACR damage index; BMI: body mass index

Conclusions: The prevalence of self-perceived depression is high in SLE. Longitudinal data analysis suggests a causal relationship between glucocorticoids use, fibromyalgia and self-perceived depression.

P128. COMORBIDITY CLUSTERS AND THEIR RELATIONSHIP WITH SEVERITY AND OUTCOMES OF THE INDEX DISEASES, IN ALARGE MULTICENTER SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS COHORT

Íñigo Rua-Figueroa¹, Natalia Pérez-Veiga², María Galindo-Izquierdo³, Esther Rodríguez-Almaraz³, Celia Erausquin¹, Antonio Fernández-Nebro⁴, Esther Uriarte⁵, Belén Serrano-Benavente⁶, Jaime Calvo-Alén⁷, Sara Manrique⁴, José M Senabre-Gallego⁸, José A Bernal⁹, J. Narváez¹⁰, Eva Tomero¹¹, Elena Aurrecochea¹², Mónica Ibañez-Barceló¹³, Vicenç Torrente¹⁴, Clara Sanguesa¹⁵, Mercedes Freire¹⁶, Maria J García-Villanueva¹⁷, Ricardo Blanco¹⁸, Marta Arévalo¹⁹, Clara Moriano²⁰, Carlota Iñiguez²¹, Ana Pérez-Gómez²², José L Andrés²³, Tatiana Cobo-Ibañez²⁴, Loreto Horcada²⁵, Gemma Bonilla²⁶, Nuria Lozano²⁷, Lorena Expósito²⁸, Carlos A. Montilla-Morales²⁹, Francisco J. Toyos³⁰, O. Ibarguengoitia³¹, Elia Valls-Pascual³², Francisco J Nóvoa³³, Eva Salgado³⁴, Tarek Salman³⁵, Raúl Menor-Almagro³⁶, Jose A Román-Ivorra³⁷, Alejandro Muñoz-Jiménez³⁸ and Jose M. Pego-Reigosa³⁹

¹Rheumatology. University Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Grupo de Reumatología y Enfermedades Inmuno-mediadas (IRIDIS). Statistical Unit. Vigo. ³Rheumatology. University Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁴Rheumatology. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁵Rheumatology. Donostia Unibertsitate Ospitalea. Donostia. ⁶Rheumatology. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. ⁷Rheumatology. Araba University Hospital. Gasteiz. ⁸Rheumatology. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁹Rheumatology. General University

Hospital of Alicante. ¹⁰Rheumatology. Bellvitge University Hospital. L'Hospitalet de Llobregat. ¹¹Rheumatology. Hospital de La Princesa. Madrid. ¹²Rheumatology. Sierrallana Hospital. Torrelavega. ¹³Rheumatology. Son Llàtzer Hospital. Palma de Mallorca. ¹⁴Rheumatology. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹⁵Rheumatology. Germans Trias i Pujol Hospital. Badalona. ¹⁶Rheumatology. University Hospital of A Coruña. ¹⁷Rheumatology. Ramón y Cajal Hospital. Madrid. ¹⁸Rheumatology. Marqués de Valdecilla University Hospital. Santander. ¹⁹Rheumatology. Hospital Parc Taulí Sabadell. ²⁰Rheumatology. University Hospital of León. ²¹Rheumatology. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²²Rheumatology. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ²³Rheumatology. Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital. Majadahonda. ²⁴Rheumatology. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ²⁵Rheumatology. Navarra Hospital Complex. Pamplona. ²⁶ Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid. ²⁷Rheumatology. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²⁸Rheumatology. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ²⁹Rheumatology. Salamanca University Hospital. Salamanca. ³⁰Rheumatology. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³¹Rheumatology. Basurto University Hospital. Bilbao. ³²Rheumatology. Doctor Peset University Hospital. Valencia. ³³Rheumatology. Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ³⁴Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³⁵ Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona. ³⁶Rheumatology. Hospital de Jerez de la Frontera. ³⁷Rheumatology. Hospital La Fe. Valencia. ³⁸Rheumatology. Virgen del Rocío University Hospital. Sevilla. ³⁹Rheumatology. Hospital do Meixoeiro. Vigo.

Introduction: Patients with Systemic lupus erythematosus (SLE) have a well-known increased risk of major comorbidities, but they are also very heterogeneous in term of prevalence of comorbid conditions. The relationship of the comorbidities with the outcomes and the severity of index disease is less known.

Objectives: To evaluate the interactions between comorbid conditions, on a large multicenter SLE cohort from RELESSER register, and its impact in severity and outcomes.

Methods: Data about 14 cumulative comorbidities, as previously defined (1), where derived from patients with SLE (ACR-97 criteria) included in the retrospective phase of RELESSER. Severity Katz Index (SKI) and SLICC/ACR Damage Index (SDI) were calculated. An unsupervised cluster analysis using K-means method was implemented to define clusters. ANOVA and Tukey tests were used to compare continuous numerical variables; Kruskal-Wallis test to discrete variables and the Chi-square test (or Fisher's exact test) to categorical ones.

Results: A total of 3,658 SLE patients (ACR-97 criteria) were included. Median SKI: 2 (interquartile range (IQR):1-3); median

SDI: 1 (IQR:0-2). Demographic data are shown in the table. The comorbidities considered and their prevalence were: Thyroiditis (8.3%), peptic ulcer (3.8%), severe hepatopathy (1.0%), obstructive pulmonary disease (2.7%), Diabetes (5.0%), cardiovascular event (CVE) (11.0%), cardiac arrhythmia (4.2%), pulmonary embolism (3.4%), dementia (0.7%), malignancy (5.9%); serious infection (19.3%), end stage renal disease (2.8%), osteoporosis (7.3%) and depression (17.1%). Four cluster, with markedly different comorbidity profiles and outcomes were identified (table 3): one subgroup was clustered around depression (100% of the cases) (cluster 2), another cluster (cluster 3) with > 1 serious infection (100%) and cluster 4, with 100% of CVE. In cluster 1, no patient had any of the 3 defining comorbidities in the rest of the clusters. There were no statistically significant differences between clusters in death by SLE. The clusters are characterized in more detail in the Table, where a just summary of the main comorbidities included in the analysis is displayed.

Conclusions: Cluster analysis identifies well-differentiated subgroups of SLE patients as regard comorbidities and associated mortality and severity of the disease.

REFERENCES

1. Rúa-Figueroa I, et al. National registry of patients with systemic lupus erythematosus of the Spanish Society of Rheumatology: objectives and methodology. *Reumatol Clin.* 2014;10(1):17-24.

P129. ANÁLISIS INTEGRADO DE REDES DE METABOLÓMICA Y PROTEÓMICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DESTACA LAS VÍAS METABÓLICAS Y DE INMUNIDAD ASOCIADAS CON PERFILES CLÍNICOS DISTINTIVOS

Tomás Cerdó Ráez, Carlos Pérez-Sánchez, M. Ángeles Aguirre-Zamorano, Pedro Seguí, Ismael Sánchez-Pareja, Laura Muñoz-Barrera, Christian Merlo, Pedro Ortiz-Buitrago, Desirée Ruiz-Vilchez, M. Carmen Ábalos-Aguilera, Pilar Font, Nuria Barbarroja Puerto, Eduardo Collantes Estévez, Rafaela Ortega Castro y Chary López-Pedreira

IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica grave, cuyo diagnóstico y tratamiento continúan siendo un reto sustancial debido a su heterogeneidad.

Objetivos: Caracterizar los perfiles proteómico y metabólico en suero de pacientes LES, a fin de identificar nuevos biomarcadores asociados a patrones clínicos relevantes.

Métodos: En una cohorte conformada por 133 pacientes LES y 27 donantes sanos (DS) se evaluaron los niveles séricos de 184 proteí-

Table P128

Cluster of comorbidities and outcomes, N (%) unless specified

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	p
Age, mean (SD)	44.8 (14.1)	49.8 (14.1)	46.7 (14.3)	46.7 (14.3)	< 0.001
Male sex	214 (9.2) ^{a,c}	25 (4.8)	51 (12.2) ^a	63 (16.3) ^{a,d}	< 0.001
Time with SLE (years), mean (SD)	129.2 (95.9)	159.3 (101.4) ^d	170.3 (100.3) ^d	169 (113) ^d	< 0.001
Cardiovascular event	0 (0) ^c	0 (0) ^c	0 (0) ^c	388 (100)	< 0.001
Cardiac arrhythmia	53 (2.3) ^{b,c}	17 (3.3) ^c	19 (4.5) ^{c,d}	61 (15.7)	< 0.001
Malignancy	110 (4.7) ^{a,c}	46 (8.9) ^d	25 (6.0)	31 (8.0) ^d	0.001
Serious infection	0 (0)	122 (23.6)	418 (100)	165 (42.5)	< 0.001
End stage renal disease	27 (1.2) ^{b,c}	11 (2.1) ^{b,c}	26 (6.2) ^{a,d}	34 (8.8) ^{a,d}	< 0.001
Osteoporosis	79 (3.4)	71 (13.8) ^d	41 (9.8) ^{c,d}	69 (17.8) ^{b,d}	< 0.001
Depression	0 (0) ^{a,c}	516 (100)	0 (0) ^{a,c}	94 (24.4)	< 0.001
Glucocorticoids	1,890 (86)	451 (91.3) ^{b,d}	400 (98)	354 (93.2) ^{b,d}	< 0.001
Cyclophosphamide or mycophenolate	501 (23.5)	145 (29.7)	216 (54.3)	139 (37.4)	< 0.001
Antimalarials	1,869 (85.4) ^{b,c}	433 (86.9) ^{b,c}	317 (78.3)	263 (71.1)	< 0.001
SKI*, mean (SD)	2.3 (1.4)	2.8 (1.8)	3.5 (1.8) ^{a,d}	3.5 (2) ^{a,d}	< 0.001
SDI**, mean (SD)	0.7 (1)	1.3 (1.8)	1.6 (1.8)	3.3 (2.5)	< 0.001
Death	46 (2.2)	27 (5.6)	45 (11.6)	90 (25.2)	< 0.001
Death by lupus	14 (36.8) ^a	8 (40) ^a	8 (19.5) ^a	24 (30.4) ^a	0.27

*Severity Katz Index; **SLICC/ACR Damage Index. Regarding age, the p-value for the comparison between group 1 and 3 is 0.0498. # no significant. a,b,c or d means the only significant comparison.

nas asociadas a inflamación y daño orgánico [proximity extension assay (PEA, Olink)] y 250 metabolitos [resonancia magnética nuclear (RMN, Nightingale), incluyendo metabolitos implicados en glicólisis, aminoácidos, fosfolípidos, colesterol, ácidos grasos y lipoproteínas]. En paralelo, se realizó un extenso perfil clínico y analítico de los sujetos reclutados. Para evaluar la contribución de los perfiles moleculares a la gravedad de la enfermedad, se desarrollaron análisis de clustering no supervisados (Metaboanalyst software). Se realizaron asimismo análisis ontológicos para identificar funciones moleculares de dichas biomoléculas y su asociación a la patogenia de la enfermedad (Gene ontology).

Resultados: Treinta y seis proteínas asociadas a inflamación y daño orgánico y 17 metabolitos se hallaron desregulados en el suero de pacientes LES en relación a DS. Los análisis de clustering identificaron 2 grupos de pacientes (C1 y C2) con diferentes perfiles proteómicos. A nivel clínico, los pacientes pertenecientes al C1 mostraron mayor actividad de la enfermedad (SLEDAI > 6) y prevalencia de positividad para anticuerpos anti-ENA y anti-dsDNA que los pacientes integrantes del C2, así como predominio de nefritis lúpica (LN), creatinina elevada y proteinuria. Además, este grupo C1 involucró pacientes LES con mayor riesgo CV (alta incidencia de placas de ateroma, dislipidemia e hipertensión). A nivel molecular, se identificaron 67 proteínas séricas diferencialmente expresadas. El análisis ontológico mostró en pacientes C1 mayor expresión de citoquinas inflamatorias y proteínas reguladoras de la actividad leucocitaria y procoagulante (i.e. IFN, IL-2RB, -6, -7, -17C, CSF-1, LIF-R, MCP-1, MCP-4, CCL, CXCL, MMP, PDL, 4E-BP1), así como de proteínas implicadas en daño renal e hipertensión (KIM1, LAT2, NPPC, ERBB2IP). El análisis comparativo del perfil metabolómico entre dichos clústeres caracterizó niveles elevados de varios subtipos de lipoproteínas VLDL y LDL proaterogénicas en C1, junto a niveles reducidos de lipo-

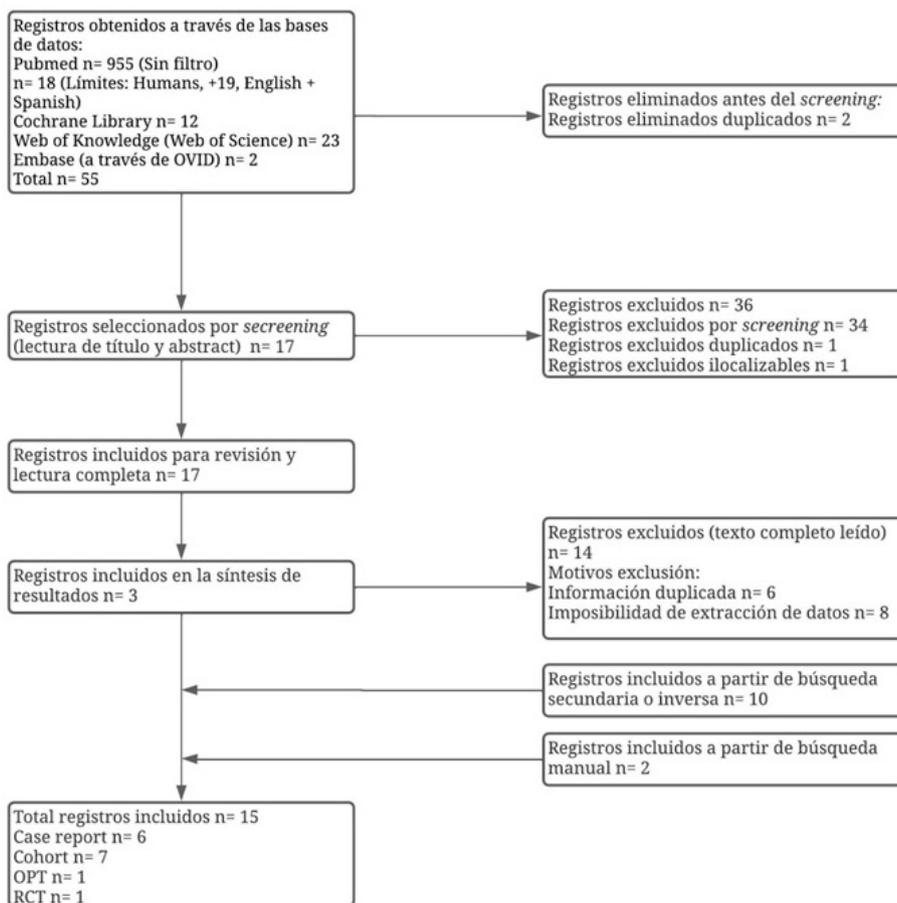
proteínas HDL antiaterogénicas, colesterol total, cuerpos cetónicos (acetato) y metabolitos relacionados con glicólisis (lactato). Los análisis de correlación mostraron que los niveles de proteínas y metabolitos desregulados se hallaban interrelacionados, sugiriendo posibles interconexiones vinculadas a la patogenia del lupus.

Conclusiones: El análisis proteómico y metabolómico integrado en el suero de pacientes LES permite identificar patrones moleculares distintivos asociados a la actividad de la enfermedad, la nefropatía lúpica y el riesgo cardiovascular. Dicho análisis también reveló nuevas proteínas y metabolitos como biomarcadores de severidad y daño orgánico en LES. El análisis del papel específico y la idoneidad de estos mediadores como biomarcadores de LES podría favorecer un mejor manejo de esta compleja alteración autoinmune. Financiado por ISCIII (PI21/00591, CD21/00187 y RICOR-RD21/0002/0033), RYC2021-033828-1, cofinanciado por FEDER.

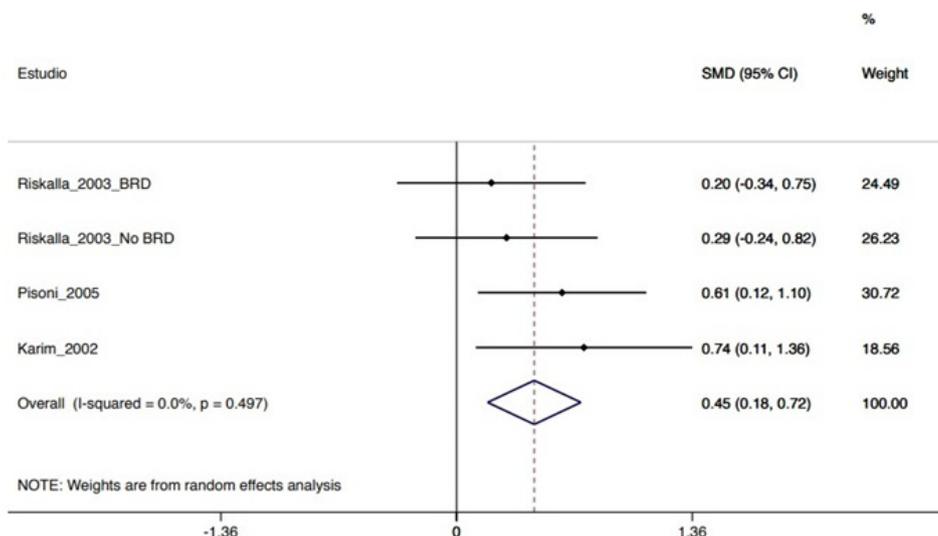
P130. EFICACIA DEL MIFENOLATO DE MOFETILO EN EL TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Mar Rodríguez Troncoso¹, David Fernández Fernández², Raquel Dos Santos Sobrín³, Ignacio González Fernández³, Alejandro Souto Vilas⁴, Eva M^a Pérez Pampín^{1,3} y Antonio Mera Varela^{1,3}

¹Universidad de Santiago de Compostela. ²Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.



P130 Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios incluidos en la revisión sistemática.



P130 Figura 2. Forest plot para el incremento de niveles de C3 a los 12 meses de tratamiento con MMF respecto terapia estándar (BRD = baseline renal disease).

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con una gran variedad de manifestaciones clínicas, pudiendo afectar a varios órganos y sistemas a lo largo de su evolución. Las manifestaciones generales, como fiebre o astenia, junto a la afectación dermatológica y articular pueden presentarse en un porcentaje amplio de pacientes con LES; asimismo manifestaciones renales, neuropsiquiátricas o hematológicas pueden comprometer la vida del paciente, lo que obliga a una frecuente vigilancia y a un control estrecho de la enfermedad por parte de los profesionales implicados en la asistencia. En los últimos años se ha tratado de ampliar el arsenal farmacológico del LES, constituyendo los antipalúdicos de síntesis como la cloroquina o Hidroxicloroquina (HCQ) el pilar de tratamiento, así como otras terapias como azatioprina (AZA), ciclofosfamida (CyC) y micofenolato de mofetilo (MMF) y/o anticuerpos monoclonales (rituximab, belimumab y anifrolumab) como parte de las opciones terapéuticas en el LES.

Objetivos: Analizar la eficacia del MMF en el tratamiento de las manifestaciones hematológicas (anemia, leucopenia, trombocitopenia) e inmunológicas hipocomplementemia a partir de los datos publicados en la literatura de pacientes afectados de LES.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la Literatura (RSL), siguiendo el consenso PRISMA¹, realizando una búsqueda en las principales bases bibliográficas electrónicas: PubMed, The Cochrane Library, Embase y Web of Science, Si se lograban datos comparables (al menos datos de eficacia procedentes de 3 estudios distintos al mismo tiempo de tratamiento para la misma dosis de MMF) se realizaría un metaanálisis con la herramienta informática STATA.

Resultados: Se realizó una RSL de la que obtuvieron un total de 55 referencias susceptibles de cumplir los criterios de inclusión, de las que finalmente 17 fueron seleccionadas para su lectura completa. Se obtuvieron datos procedentes de 3 estudios que cumplían los criterios establecidos previamente y se amplió la búsqueda a través de una búsqueda secundaria, mediante la revisión de las referencias bibliográficas procedentes de los artículos seleccionados (fig. 1). En el metaanálisis se obtuvieron resultados estadísticamente significativos favorables respecto al aumento en los niveles séricos de C3 a los 12 meses de tratamiento con MMF respecto a terapia estándar (SMD 0,449, IC95% 0,179-0,718, p = 0,001) (fig. 2), También se evidenció mejoría en las cifras de hemoglobina a los 3 meses de tratamiento (p = 0,0129) y plaquetas a 1 mes (p = 0,0067) de tratamiento.

Conclusiones: Hemos observado resultados estadísticamente significativos en la mejoría de cifras de complemento (C3), hemoglobina y plaquetas en los pacientes con LES tratados con MMF, lo que puede suponer un aumento en la evidencia del uso de este fármaco para el

tratamiento de las manifestaciones hematológicas del LES, especialmente en casos refractarios o con intolerancia a terapia estándar. La principal limitación de nuestro estudio es el escaso número de ensayos clínicos en pacientes con LES tratados con MMF en el que se estudien este tipo de manifestaciones, siendo necesarios más estudios para obtener resultados robustos que respalden su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. JCE. 2009;62:1-34.

P131. FIBROBLAST GROWTH FACTOR 23 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Claudia de Luis Zárate¹, Yolanda Fernández-Cladera², Fuensanta Gómez-Bernal², María García-González¹, Agustín F. González-Rivero², Juan Carlos Quevedo-Abeledo³ e Iván Ferraz-Amaro^{1,4}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²Servicio de Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ⁴Departamento de Medicina Interna. Universidad de La Laguna. Tenerife.

Introducción: El factor de crecimiento de fibroblastos 23 (Fibroblast Growth Factor -FGF₂₃-) es un péptido circulante, secretado por los osteocitos y osteoblastos en respuesta al calcitriol, cuya función principal es mantener la concentración sérica de fosfato. FGF₂₃ también ha sido relacionado con estados inflamatorios y con enfermedad cardiovascular. En el presente trabajo hemos evaluado FGF₂₃ en una serie de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) bien caracterizados. Nuestro objetivo fue analizar la relación de FGF₂₃ con las características de la enfermedad, incluyendo la actividad, el daño y la gravedad.

Métodos: Se reclutaron 284 pacientes con LES. Se midieron los niveles séricos de FGF₂₃. Se tipificó la expresión de la enfermedad mediante, entre otros, scores de actividad (SLEDAI), severidad (índice Katz) y daño (SLICC) de la enfermedad. Igualmente, mediante ecografía se determinaron grosor de íntima media y presencia de placa carotídea. Mediante análisis de regresión lineal multivariable se analizó la relación de FGF₂₃ con las características fenotípicas y de expresión clínica y laboratorio de la enfermedad, así como con ateromatosis carotídea.

Resultados. Los niveles séricos de FGF₂₃ fueron 88 (40-149) pg/ml. En el análisis univariable, la edad al estudio, la presencia de obesidad y uso de estatinas, así como, los niveles séricos de proteína C reactiva, se asociaron positivamente con niveles superiores de FGF₂₃. En lo que se refiere a características de la enfermedad, la presencia de un SLICC igual o superior a 1 se asoció significativamente con niveles superiores de FGF₂₃. Esta relación se mantuvo estadísticamente significativa tras ajuste multivariable (beta coef. 26 [IC95% 1-53] pg/ml, p = 0,045). Los índices de severidad y actividad de la enfermedad no se relacionaron con FGF₂₃ en el análisis univariable. No hubo relación entre perfil de autoanticuerpos, niveles séricos de complemento y uso de terapias con FGF₂₃. No obstante, el uso de prednisona, como variable binaria, mostró relación con niveles séricos superiores de FGF₂₃ de forma independiente tras ajuste (beta coef. 27 [IC95% 4-50] pg/ml, p = 0,021). Dado que los scores de la enfermedad representan la suma o combinación de varios aspectos de esta, analizamos la relación de sus ítems, uno por uno, con FGF₂₃. Así pues, en lo que concierne a SLEDAI, solo el ítem vasculitis, que estaba presente en un solo paciente, mostró relación con niveles superiores de FGF₂₃. En el índice Katz, la historia previa de cerebritis o epilepsia (n = 6) y un hematocrito inferior a 30% (n = 47), mostraron también relación estadísticamente significativa con niveles superiores de FGF₂₃. En lo que se refiere a SLICC, la presencia de un valor en el dominio ocular igual o superior a 1 (n = 22) o una proteinuria mayor de 3,5 g/24 h (n = 7), así como la presencia de artritis erosiva (n = 40) u osteoporosis (n = 23) se asociaron con niveles más altos de FGF₂₃. Se encontró, del mismo modo, una relación significa-

tiva con grosor de íntima media carotídea, pero no con presencia de placa de forma univariable. No obstante, esta relación se perdió tras ajuste.

Conclusiones: La presencia de daño orgánico en pacientes con LES, medido mediante SLICC, y el uso de prednisona, se asocian de forma independiente con niveles séricos elevados de FGF₂₃. FGF₂₃ podría representar un marcador de daño orgánico en estos pacientes.

P132. LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DEL PRODUCTO FINAL DE GLICACIÓN AVANZADA CARBOXYETIL-LISINA SE CORRELACIONAN CON ÍNDICES DE ACTIVIDAD Y MANIFESTACIONES ESPECÍFICAS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. Carrión-Barberà¹, L. Triginer², A. Ribes², C. Pérez¹, L. Polino¹, E. Beltrán¹, A. Pros¹, J. Monfort¹, T.C. Salman-Monte¹ y L. Tio²

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona.

Introducción: Se ha postulado que los AGES podrían tener un papel relevante como inductores de la vía inflamatoria crónica presente en diversas enfermedades -entre ellas, en enfermedades inmuno-mediadas como el lupus eritematoso sistémico (LES)- y que su concentración podría estar relacionada con algunos parámetros de la enfermedad como la actividad o el daño acumulado, mostrando resultados discrepantes los estudios hasta la fecha.

Tabla P132

Características descriptivas y de la enfermedad de nuestra cohorte, su distribución y correlaciones según terciarias de CEL

	Todos los pacientes N = 113	1º tercil [0,823, 2,57] N = 38	2º tercil [2,569, 4,19] N = 38	3º tercil [4,191,27,76] N = 37	p-valor M1	p-valor M2
Género femenino	106 (93,8%)	35 (92,1%)	37 (97,4%)	34 (91,9%)	0,355	0,466
Edad	51,6 (14,3)	55,9 (13,7)	51,7 (15,1)	47,0 (13,0)		
Duración de la enfermedad (años)	10,0 [4,00;16,0]	12,0 [6,00;19,8]	9,00 [4,00;16,0]	10,0 [1,00;17,0]	0,007	0,030
Tabaco	29 (25,7%)	2 (5,26%)	8 (21,1%)	19 (51,4%)	< 0,001	
Corticosteroides	29 (25,7%)	6 (15,8%)	13 (34,2%)	10 (27,0%)	0,719	0,841
Dosis corticosteroides	5,00 [2,50;10,0]	6,25 [5,00;7,50]	5,00 [2,50;7,50]	7,50 [5,00;10,0]	0,376	0,254
cSLEDAI:					0,031	0,043
0- Remisión	22 (19,5%)	12 (31,6%)	5 (13,2%)	5 (13,5%)		
1- Leve	39 (34,5%)	11 (28,9%)	13 (34,2%)	15 (40,5%)		
2- Moderado	41 (36,3%)	14 (36,8%)	17 (44,7%)	10 (27,0%)		
3- Grave	11 (9,73%)	1 (2,63%)	3 (7,89%)	7 (18,9%)		
SLICC/ACR	0,00 [0,00;1,00]	0,00 [0,00;1,00]	0,50 [0,00;1,00]	0,00 [0,00;1,00]	0,349	0,636
Alopecia	51 (45,1%)	17 (44,7%)	16 (42,1%)	18 (48,6%)	0,125	0,033
Afectación hematológica	82 (72,6%)	30 (78,9%)	30 (78,9%)	22 (59,5%)	< 0,001	0,005
ANA+	113 (100%)	38 (100%)	38 (100%)	37 (100%)		
Anti-dsDNA+	74 (65,5%)	22 (57,9%)	27 (71,1%)	25 (67,6%)	0,183	0,076
Anti-Sm+	22 (19,5%)	4 (10,5%)	8 (21,1%)	10 (27,0%)	0,271	0,143
Anti-Ro60+	42 (37,2%)	9 (23,7%)	20 (52,6%)	13 (35,1%)	0,451	0,203
Anti-Ro52+	23 (20,4%)	4 (10,5%)	13 (34,2%)	6 (16,2%)	0,610	0,320
Complemento bajo (C3, C4 o CH50)	60 (53,1%)	19 (50,0%)	18 (47,4%)	23 (62,2%)	0,304	0,407
PCR	0,14 [0,07;0,32]	0,14 [0,07;0,28]	0,15 [0,09;0,31]	0,12 [0,06;0,47]	0,742	0,937
VSG	9,50 [5,00;18,2]	8,00 [3,25;19,8]	11,0 [6,00;15,0]	11,0 [4,00;19,0]	0,064	0,015
Terciles VSG					0,036	0,015
[2, 7]	42 (37,5%)	18 (47,4%)	12 (32,4%)	12 (32,4%)		
[7,17]	39 (34,8%)	8 (21,1%)	17 (45,9%)	14 (37,8%)		
[17,81]	31 (27,7%)	12 (31,6%)	8 (21,6%)	11 (29,7%)		
CML	288 [202;438]	281 [195;402]	293 [243;394]	288 [180;610]	0,256	0,584
Interleucina 6 sérica	2,27 [1,51;3,89]	1,94 [1,40;3,71]	2,08 [1,81;2,96]	2,88 [1,86;4,63]	< 0,001	< 0,001
Pentosidina	1330 [1076;1744]	1323 [1100;1719]	1334 [1123;1580]	1324 [1046;1859]	0,983	0,653
RAGE	505 [356;720]	444 [346;634]	561 [391;778]	480 [267;724]	0,064	0,043
FACIT-F	18,0 [11,0;28,0]	16,0 [10,0;27,8]	19,0 [13,5;28,8]	20,0 [11,0;26,0]	0,993	0,655
mHAQ	0,38 [0,00;0,88]	0,25 [0,00;0,75]	0,62 [0,00;0,97]	0,38 [0,00;0,91]	0,207	0,139
Valoración global del médico (0-10)	2,00 [1,00;3,00]	1,00 [1,00;2,00]	2,00 [1,00;3,00]	2,00 [1,00;3,00]	0,373	0,262
Valoración global de pacientes (0-10)	3,00 [1,00;5,00]	3,00 [1,12;5,38]	2,75 [1,00;5,00]	3,00 [1,00;5,00]	0,788	0,962
Articulaciones tumefactas/28	26 (23,0%)	7 (18,4%)	8 (21,1%)	11 (29,7%)	0,184	0,180
Articulaciones dolorosas/68	33 (29,2%)	9 (23,7%)	9 (23,7%)	15 (40,5%)	0,242	0,368
Articulaciones tumefactas/28	20 (17,7%)	6 (15,8%)	4 (10,5%)	10 (27,0%)	0,012	0,021
Articulaciones dolorosas/68	21 (18,6%)	6 (15,8%)	4 (10,5%)	11 (29,7%)	0,012	0,032

c: categorizado; M1: ajustado por edad; M2 ajustado por edad y tabaco; SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLICC/ACR: The Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; CML: Nepsilon-(Carboximetil)lisina; RAGE: receptor de los productos de glicación avanzada; FACIT-F: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue; mHAQ: modified health assessment questionnaire.

Objetivos: Describir correlaciones entre las concentraciones del AGE carboxietil-lisina (CEL) en sangre y diversos parámetros relacionados con la enfermedad en una población de pacientes con LES.

Métodos: Las concentraciones séricas de CEL se determinaron usando un kit ELISA competitivo de AGEs específico de acuerdo con las instrucciones del fabricante en 113 pacientes con LES. Las correlaciones con los datos demográficos y clínicos se analizaron después de ajustar por edad y tabaquismo como posibles factores de confusión según análisis previos. Los índices se analizaron tanto como variables cuantitativas como categorizadas según categorías previamente establecidas o según medianas/terciles de acuerdo con la distribución de la variable en nuestra población. Las concentraciones de CEL se clasificaron en terciles. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital del Mar.

Resultados: En la tabla se muestran las características descriptivas y clínicas más relevantes de nuestra cohorte y su distribución según terciles de CEL. Las concentraciones de CEL correlacionaron inversamente con la duración de la enfermedad, así como con algunas manifestaciones del LES, directamente en el caso de la alopecia, e inversamente en el caso de las alteraciones hematológicas. Los valores de CEL se correlacionaron estadísticamente con varios marcadores de la actividad del LES: índice de actividad de la enfermedad del LES (SLEDAI), velocidad de sedimentación globular, IL-6 sérica y recuento de articulaciones inflamadas en el momento de la extracción de sangre, tanto según el Disease Activity Score 28 como con el 68. No se encontraron asociaciones con autoanticuerpos, otros cuestionarios de enfermedades o diferentes AGEs en sangre o el receptor de AGEs. En el modelo, los valores de CEL AGEs disminuyeron significativamente con la edad y aumentaron con el tabaquismo por lo que se han analizado todas las variables tras ajustar por ambos factores confusores.

Conclusiones: La correlación de los valores del AGE CEL con diferentes marcadores de actividad de la enfermedad en el LES podría indicar su potencial uso como biomarcador de actividad en esta enfermedad. También podría sugerir un fenotipo específico de pacientes con menos manifestaciones hematológicas y más alopecia.

Agradecimientos: Proyecto "PI18/00059" financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y por la Unión Europea, así como por la Ayuda a la Intensificación de la Actividad Investigadora de la Fundación Española de Reumatología otorgada en 2021.

P133. EFICACIA DEL RITUXIMAB EN LA NEFRITIS LÚPICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Raquel dos Santos Sobrín¹, Cristina Deus², David Fernández³, Ignacio González¹, Pablo Castro¹, María Sánchez¹, Jose Luis Puga¹, Alba Mata¹, Irene Álvarez¹, Verónica Busto¹, Alejandro Souto⁴, Jose Ramón Maneiro¹, Antonio Mera^{1,2} y Eva Pérez-Pampín^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

²Universidade de Santiago de Compostela. ³Hospital Clínico Universitario de Ourense. ⁴Hospital Clínico Universitario de Pontevedra.

Introducción y objetivos: La nefritis lúpica (NL) constituye una de las manifestaciones de más difícil manejo en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y con mayor comorbilidad. A pesar de contar con protocolos de tratamiento estandarizados, un porcentaje de los pacientes no consiguen la remisión o la respuesta completa. Por ello son importantes las nuevas terapias como el rituximab (RTX), que podrían ser clave en el tratamiento de estos pacientes refractarios^{1,2}. El objetivo principal del estudio es analizar la eficacia del RTX en el tratamiento de la NL.

Métodos: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura empleando las bases de datos de Medline (PubMed), Embase (Ovid), Cochrane Library y Web of Science. Tras una primera lectura de título y abstract, dos revisores independientes seleccionaron los artículos según los criterios de inclusión del estudio (diagnóstico de NL, tratamiento con RTX, evaluación del tratamiento prescrito). En aquellos registros con grupo control se realizó un metaanálisis empleando como medida la odds ratio (OR) y en los registros sin grupo control un metaanálisis de prevalencias.

Resultados: Se extrajeron datos y se realizó el análisis en 32/436 artículos obtenidos tras la búsqueda inicial. Se reportó una mayor tasa de respuesta total de los pacientes tratados con RTX VS control de forma significativa (p = 0,004), tras un seguimiento de 52 semanas (figs.). También se demostró mayor tasa de respuesta completa tras 52 semanas de seguimiento de los pacientes tratados con RTX vs. control pero de manera no significativa (p = 0,062). La tasa de respuesta parcial a las 52 semanas fue menor en los pacientes tratados con RTX VS control, de forma no significativa. Del análisis de los estudios sin grupo control podemos concluir que más de un 50% de los pacientes respondieron al RTX.

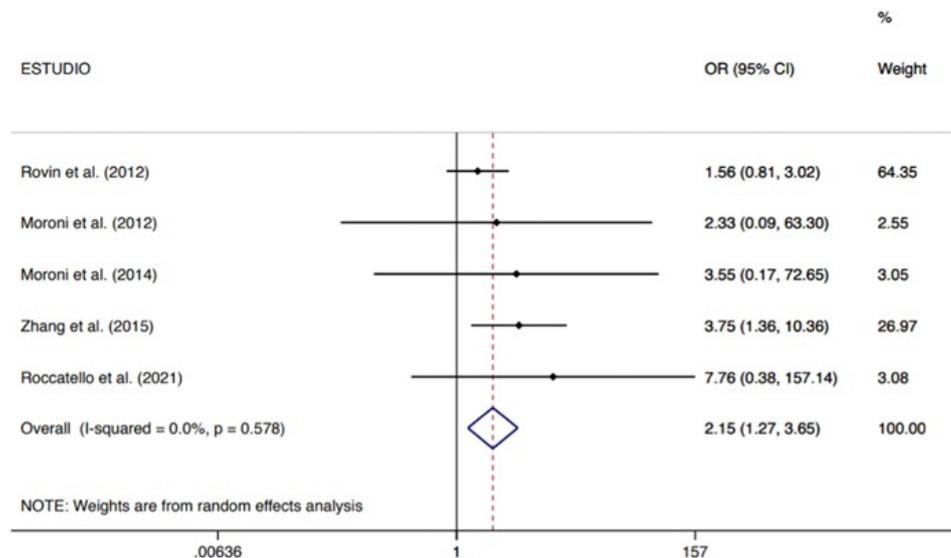


Figura 1: metaanálisis de las OR de respuesta total a las 52 semanas de los estudios con grupo control

P133 Figura 1

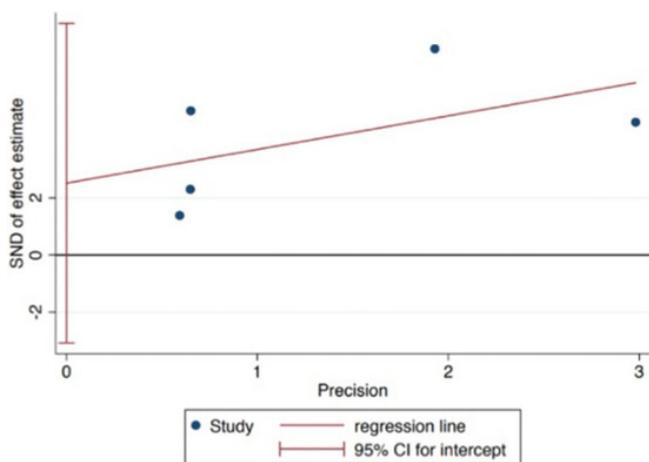


Figura 2: Test de Egger respuesta completa a las 52 semanas de los estudios con grupo control

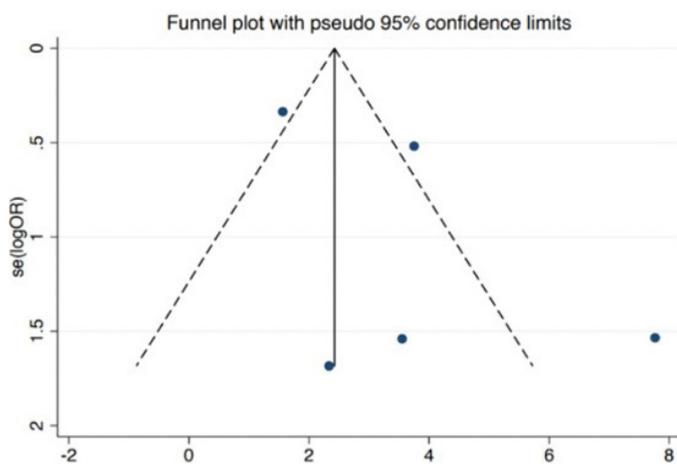


Figura 3: Gráfico de embudo respuesta total a las 52 semanas de los estudios con grupo control

Conclusiones: RTX parece ser eficaz en el tratamiento de la NL a largo plazo (52 semanas de seguimiento). Son necesarios más ensayos clínicos para poder extraer unas conclusiones de mayor valor.

BIBLIOGRAFÍA

- Durcan L, O'Dwyer T, Petri M. Management strategies and future directions for systemic lupus erythematosus in adults. *Lancet*. 2019; 393 (10188):2332-43.
- Almaani S, Meara A, Rovin BH. Update on Lupus Nephritis. *CJASN*. 2017;12(5):825-35.

Tabla 134

Descripción de las características basales de los pacientes

Variables	Grupos	No otro tratamiento que glucocorticoides, n = 10 (32,3%)				Todos, n = 31
		HCQ, n = 8 (25,8%)	IS, n = 6 (19,4%)	Biológico, n = 7 (22,6%)		
Sexo	Femenino	10 (100,0%)	8 (100,0%)	4 (66,7%)	5 (71,4%)	27 (87,1%)
Edad a la 3ª dosis de vacuna SARS-CoV-2		57,05 (45,51, 83,01)	48,67 (34,92, 66,50)	52,44 (45,22, 81,98)	46,14 (42,30, 61,11)	53,28 (34,92, 83,01)
GC	Sí	1 (10,0%)	1 (12,5%)	1 (16,7%)	2 (28,6%)	5 (16,1%)
Tiempo desde la 2ª dosis de vacuna SARS-CoV-2 hasta la 1ª muestra (meses)		3,27 (2,30, 4,34)	3,43 (3,25, 3,98)	4,11 (3,25, 4,44)	3,48 (3,09, 5,45)	3,48 (2,30, 5,45)
Tiempo desde la 3ª dosis hasta la 2ª muestra (meses)		4,53 (3,09, 7,03)	4,04 (3,42, 6,70)	3,42 (3,06, 3,78)	3,88 (2,79, 5,82)	3,88 (2,79, 7,03)

HCQ: Hidroxicloroquina. IS: Inmunosupresor.

P134. DISMINUCIÓN DE LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA A LA VACUNACIÓN SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRATADOS CON BIOLÓGICO

Alba García Pinilla¹, S. Garcia-Cirera¹, J. Calvet¹, A. Berenguer-Llargo², C. Galisteo¹, E. Costa¹, A. Llobell¹, M. Cabanillas¹ y J. Gratacós¹

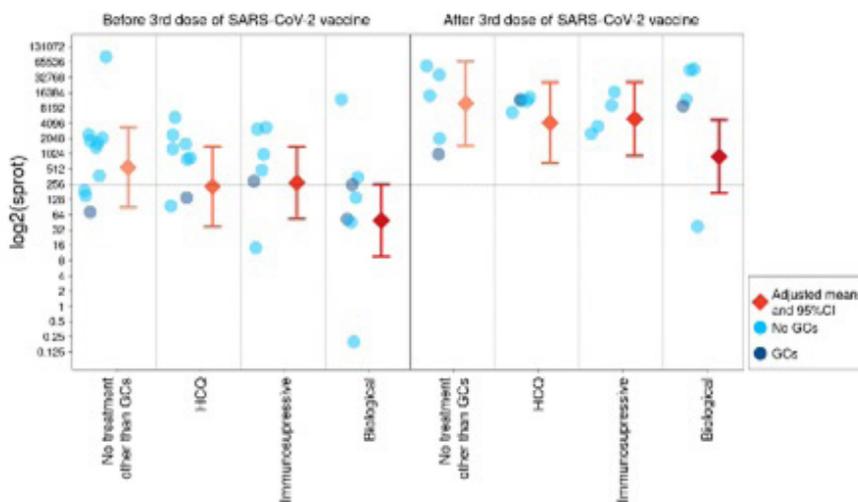
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT). Sabadell. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Departamento Bioestadístico y Bioinformático de Reumatología. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT). Sabadell.

Introducción: La respuesta inmunológica a la vacunación SARS-CoV-2 de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) ha sido objeto de estudio por nuestro grupo de trabajo, debido a que tanto la propia enfermedad autoinmunitaria como sus tratamientos suponen factores de riesgo para infecciones. Además, se atribuye a infecciones el 20-55% de las muertes de pacientes con LES. No obstante, pocos estudios han evaluado la eficacia de la vacunación para SARS-CoV-2 a largo plazo en esta población vulnerable^{1,2}.

Objetivos: Evaluar la respuesta inmunológica mantenida a la vacunación SARS-CoV-2 en pacientes con LES que siguen diferentes líneas de tratamiento.

Métodos: Se trata de un estudio longitudinal prospectivo realizado en 31 pacientes con LES, sin infección clínica previa por COVID-19. Se comparó el título de anticuerpos antiproteína S, así como los niveles de anticuerpos neutralizantes contra distintas variantes SARS-CoV-2 analizadas (B.1,1529, B.1,1.7, B.1,351, B.1,617.2 y P.1). Estas determinaciones se realizaron a los 3-6 meses de haber recibido la 2ª dosis de la vacuna SARS-CoV-2 y a los 3-6 meses de haber recibido la 3ª administración. Se incluyeron 10 pacientes no tratados, 8 en tratamiento con hidroxicloroquina (HCQ), 6 con medicamentos inmunosupresores (IS) y 7 con terapia biológica. Se permitió el tratamiento concomitante con glucocorticoides (GC) en todos los grupos, y se analizó de forma explícita.

Resultados: De los 31 sujetos con LES, 27 eran mujeres. La edad mediana a la 3ª dosis de vacuna SARS-CoV-2 fue de 53,28. El estudio descriptivo de los pacientes reclutados se muestra en la tabla. Se analizaron los niveles de anticuerpos frente SARS-CoV-2 después de 3,48 meses (de mediana) tras la 2ª dosis de la vacuna contra SARS-CoV-2 y después de 3,88 (de mediana) posteriores a la 3ª administración. Los resultados del análisis de anticuerpos antiproteína S, muestran que: antes de recibir la 3ª dosis de vacunación, aquellos pacientes tratados con HCQ, IS o sin otro tratamiento que GC, presentaban unos valores medianos de anticuerpos frente a la infección por SARS-CoV-2 por encima del nivel considerado como protector (250 UI); aunque de forma muy ajustada. No obstante, este umbral no era alcanzado por los pacientes que estaban con terapia biológica (fig.). Tras la 3ª dosis, se observó un aumento significativo de los títulos de anticuerpos en todos los grupos de tratamiento. Todos superaron claramente el nivel de protección, pero se objetivó que los pacientes con terapia biológica tenían un índice de respuesta inferior estadísticamente significativo respecto a los pacientes sin otro tratamiento que



P134 Figura. Título de anticuerpos anti proteína S antes y después de la 3ª dosis de vacuna SARS-CoV-2 en los diferentes grupos de tratamiento.

GC. Estos resultados observados son similares y extrapolables a los obtenidos analizando los anticuerpos neutralizantes contra las distintas variantes SARS-CoV-2, anteriormente mencionadas.

Conclusiones: Los pacientes con LES responden adecuadamente a la pauta de vacunación establecida actualmente. La menor respuesta inmunológica en pacientes con terapia biológica podría plantear la necesidad de controlar la seroconversión más estrictamente en este subgrupo, y plantear la necesidad de otro tipo de inmunización en estos pacientes, como serían las medidas de inmunización pasiva.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Cirera, S. et al. Sci Rep. 2022;12:14772.
- Fernández Nebro A, Galindo Izquierdo M. Lupus Eritematoso Sistémico (I). PDR. SER 2019.

P135. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA Y METAANÁLISIS

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

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica de etiología multifactorial, en la que la lesión tisular se produce por depósito de autoanticuerpos e inmunocomplejos pudiendo afectar a diversos órganos y tejidos¹. Las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES suponen un reto diagnóstico y terapéutico, entre las cuales se encuentra el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES). El PRES es un síndrome clínico radiológico que se caracteriza clínicamente por: cefalea, alteraciones visuales, alteración del nivel de conciencia, convulsiones y la presencia en neuroimagen de edema cerebral posterior². El tratamiento del PRES asociado al LES se basa en alcanzar la inducción de la remisión de la enfermedad mediante el uso de fármacos tales como la combinación de glucocorticoides y agentes inmunosupresores, como ciclofosfamida (CYC) o micofenolato de mofetilo (MMF); así como el tratamiento sintomático específico de las diferentes manifestaciones clínicas.

Objetivos: Analizar las características clínicas y el tratamiento del PRES como manifestación neuropsiquiátrica del LES a partir de los datos publicados en la literatura disponible.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica usando las principales bases de datos electrónicas para localizar

todos los artículos disponibles hasta el momento: Medline, Embase, Cochrane Library y Web of Science y se extrajeron resultados para evaluar la prevalencia de las siguientes manifestaciones clínicas del PRES: hipertensión arterial, enfermedad renal, alteraciones visuales, cefaleas, convulsiones y disminución del nivel de conciencia; así como los diversos tratamientos utilizados.

Resultados: De un total de 60 artículos identificados, 13 cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizados. En el metaanálisis se evidenció que la prevalencia del PRES como manifestación inicial del LES es de un 12% [IC95%: 3%, 21%]. La prevalencia de las diversas manifestaciones fue la siguiente: HTA 99% [IC95%: 97%, 100%]; enfermedad renal 84% [IC95%: 74%, 94%]; convulsiones 79% [IC95%: 69%, 89%]; cefalea 61% [IC95%: 44%, 78%]; disminución del nivel de conciencia 35% [IC95%: 19%, 52%] y alteraciones visuales 30% [IC95%: 19%, 41%]. Los diversos tratamientos empleados incluyeron: glucocorticoides 98% [IC95%: 95%, 100%], seguido de CYC 57% [IC95%: 29%, 85%], MMF 21% [IC95%: 2%, 41%] y rituximab 8,3%.

Conclusiones: En esta revisión se observa que el PRES es una manifestación grave dentro del contexto del LES por su prevalencia y la heterogeneidad de síntomas que precisa un diagnóstico precoz para un correcto manejo.

BIBLIOGRAFÍA

- Tratado de Enfermedades Reumáticas, 2ª ed. Editorial Médica Panamericana, 2022.
- Bortoluzzi A, Bergossi F, Chessa E, D'amico ME, Piga M, Scirè CA, et al. Outcome Measures in neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus. Ann Rheum Dis. 2019;78(Suppl 2):1419-20.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al., The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. J Clin Epidemiol. 2009;62:e1-e34.

P136. RIESGO DE RECIDIVA RENAL TRAS LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA EN RESPUESTA RENAL COMPLETA PROLONGADA

Paola Vidal Montal¹, Javier Narváez¹, Marian Tormo¹, Laura Farran¹, Xesca Mitjavila², Xavi Fulladosa³, Olga Capdevila², Joan Torra³, Montserrat Gomà⁴ y Joan Miquel Nolla

Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS).

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Tabla 1		
Respuesta renal completa definida por un cociente proteína/creatinina < 500-700 mg/g con normalización o estabilización (\pm 10%) de la creatinina sérica respecto a la basal a los 12 meses de haber iniciado el tratamiento (mejoría esperada de la proteinuria: al menos 25% a los 3 meses y 50% a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento).		
Gravedad de la recidiva renal		
Recidiva leve	Recidiva moderada	Recidiva grave
> 15 hematíes/campo, con \geq 2 hematíes dismórficos en campo de gran aumento y/o aparición de \geq 1 cilindro hemático, leucocituria (sin infección urinaria), o ambos	Si la creatinina basal es: < 2mg/dl, \uparrow de 0,2-1 mg/dl \geq 2 mg/dl, \uparrow de 0,4-1,5 mg/dl y/o Si el cociente Pr/Cr es: < 0,5: \uparrow de \geq 1 0,5-1: \uparrow de \geq 2, pero con incremento absoluto inferior a 5 > 1: \uparrow de 2 veces con cociente Pr/Cr < 5	Si la creatinina basal es: < 2 mg/dl, \uparrow de > 1 mg/dl \geq 2 mg/dl, \uparrow de > 1,5 mg/dl y/o un cociente Pr/Cr > 5
Ruiz- Irastorza G et al. Diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica. Nefrología 2012;32(Suppl.1):1-35		

P136 Figura 1

Tabla Cambios en la clasificación de la nefritis (ISN/RPS) de la primera a la segunda biopsia en los 25 pacientes rebiopsiados				
Biopsia inicial				
Rebiopsia	II	III	IV	V
II		1	1	
III		1	3	
IV	1		8	2
V		1	1	1
Mixta III/IV+V		2	1	2

P136 Figura 2

Introducción: De acuerdo con la última actualización de las recomendaciones EULAR/ERA-EDTA para el manejo de la nefritis lúpica (NL), en los pacientes con respuesta renal completa mantenida, se puede intentar la suspensión de la terapia inmunosupresora (IS) tras 3-5 años de tratamiento (Fanouriakis *et al.* Ann Rheum Dis 2020;79:713-23).

Objetivos: Analizar la frecuencia de recidivas renales y su gravedad en una cohorte pacientes con NL tras la retirada del tratamiento IS.

Métodos: De un total de 241 pacientes con NL confirmada con biopsia renal, se seleccionaron para su análisis aquellos en los que se suspendió el tratamiento IS tras una respuesta renal completa prolongada (> 3 años). La definición de respuesta renal completa, así como las de recidiva renal leve, moderada o grave se muestran en la tabla 1.

Resultados. Se identificaron 105 pacientes (86% mujeres) con una edad media (SD) al diagnóstico de la nefritis de 52 \pm 14 años. De acuerdo con el tipo histológico de NL, 14 enfermos (13,3%) tuvieron una clase II, 16 (15,2%) una clase III, 51 (48,6%) una clase IV y 23 (21,9%) una clase V. La duración (mediana) del tratamiento IS en el momento de su suspensión fue de 82 meses (rango intercuartílico o IQR 25%-75%: 52-126). La retirada del IS se realizó de forma rápida/abrupta en 15 casos (14,3%) y de forma progresiva (con disminución gradual de la dosis a lo largo de semanas/meses) en 90 (85,7%). Solo en 3 pacientes (2,8%) se realizó biopsia renal previa a la suspensión del tratamiento. Tras la retirada del IS, 32 (30,5%) enfermos presentaron una recidiva renal tras una mediana de 24 meses (IQR 25%-75%: 6,25-55): 3 (9,4%) de los que habían tenido una clase II, 6 (18,7%) de los que tuvieron una clase III, 14 (43,7%) una clase IV y 9 (28,2%) una clase V. En 9 (28%) de los casos el tratamiento IS se había retirado de forma rápida y en 23 (72%) de forma gradual o progresiva. De acuerdo con su gravedad, 6 (19%) fueron recidivas leves, 18 (56%) moderadas y 8 (25%) graves. Se realizó rebiopsia renal en 25 (78%)

pacientes, objetivándose persistencia de clase histológica en el 40% (10/25) de los casos (tabla 2). Tras el reinicio del tratamiento inmunosupresor, se consiguió una respuesta renal completa en el 76% (19/25) de los enfermos. Ninguno de los 6 restantes evolucionó a insuficiencia renal terminal. El tiempo de seguimiento tras la retirada del IS en los 70 pacientes que no recayeron fue de 107 meses (IQR 47-129,5). En el estudio multivariante, solo la suspensión rápida del IS se asoció con la aparición de una recidiva renal (OR: 1,48, IC95% 1,12-1,95; p = 0,002). Ni el tipo histológico, ni el índice de actividad/cronicidad en la biopsia inicial, ni el fármaco inmunosupresor utilizado para la inducción y el mantenimiento de la remisión, fueron factores predictivos de recidiva renal.

Conclusiones: En los pacientes con NL en los que se consigue una respuesta renal prolongada, la suspensión del IS tras 3-5 años de tratamiento implica un riesgo de recidiva renal que alcanza el 30,5%. El riesgo de recaída parece disminuir si se intenta la retirada del IS de forma gradual. En todos los casos, el pronóstico renal es bueno tras la reintroducción de la terapia inmunosupresora. Estos datos deben tenerse presente en el debate actual sobre la conveniencia de repetir la biopsia renal antes de la retirada de la inmunosupresión.

P137. ALTERACIONES EN EL PIE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO LONGITUDINAL DE 1 AÑO

Laura Cano García¹, M. Marcos-Lladro², F. Ortiz-Márquez¹, A. Reinoso-Cobo³, L. Ramos-Petersen³ y J. Fernández-Campos²

¹Hospital Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). ²Universidad Miguel Hernández. Instituto de Salud e Investigaciones Biomédicas de Alicante (ISABIAL). Alicante.

³Universidad de Málaga.

Introducción: El 95% de los pacientes con LES presenta afectación musculoesquelética. Un subgrupo de pacientes con LES que cada vez se ve con mayor frecuencia, desarrolla tardíamente una artropatía deformante como resultado de la laxitud de ligamentos y aparato peritendinoso que produce subluxaciones articulares y roturas tendinosas que forma parte del daño acumulado de la enfermedad.

Objetivos: Objetivo 1: conocer los cambios en la afectación del pie en los enfermos con LES tras 12 meses de seguimiento. Objetivo 2: conocer la relación entre la actividad inflamatoria medida en ecografía en metatarsofalángicas (MTF) con cuestionarios de funcionalidad del pie, deformidades en manos y actividad del LES.

Métodos: Serie longitudinal de 36 sujetos con diagnóstico de LES en la Unidad de Reumatología entre marzo y junio de 2021 y se le hizo un seguimiento a los 12 meses. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de LES según los criterios EULAR/ACR 2019, con al menos un año de evolución y edad igual o mayor a 18 años. Una enfermera de Reumatología recogió información sobre datos socio-demográficos y los cuestionarios en el momento basal y a los 12 meses. Los cuestionarios fueron: SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) y SLICC (Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus), calidad de vida: EQ-5D, función del pie: FFI (índice de función del pie), FAAM (cuestionario de medidas de capacidad del pie y el tobillo), FAAM deporte, FPI (food posture index). A los 12 meses, además se realizó estudio ecográfico del pie y se recogieron las malformaciones de las manos recogidas fueron: artropatía de Jaccoud, artritis no reductible, dedo en z, dedo en ojal, artritis no reductible, dedos en ráfaga y dedo en cuello de cisne. Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables, y una T-pareada o una Prueba t de Wicoxon, según procediera, entre la visita basal y la de 12 meses de seguimiento. Se realizó correlación R-Pearson de la ecografía con los cuestionarios seleccionados.

Resultados: Participaron 36 pacientes con LES (97,2% mujeres) con una media de edad (DE) de 49,31 (11,4) años con un rango 23-66 años. En relación con el tratamiento un total de 22/36 pacientes (66,2%) tenían tratamiento inmunosupresor, 4 (11,1%) terapia biológica y 26 (72,2%) tratamiento con hidroxicloroquina. Tras 12 meses de seguimiento, la enfermedad se mantuvo estable y no hubo diferencias significativas en los índices SLICC y SLEDAI del LES. Tampoco hubo diferencias significativas en los distintos cuestionarios del pie administrados: FAAM, FAAM deporte, FPI, FFI tras 12 meses de evolución. Solo se mostró un empeoramiento en el EVA EQ5D ($p = 0,028$) aunque no hubo cambios significativos en EQ5D ($p = 0,773$) (tabla 1). Un total de 30 pacientes (83,3%) mostraron al menos una sinovitis en MTF, la más frecuente la 2ª MTF izquierda (58,8%) y derecha (44,4%), seguida de la 1ª MTF derecha e izquierda (41,7%). El número de pacientes con y sin sinovitis ecográfica, así como el grado de sinovitis y señal doppler en cada articulación se muestran en la tabla 2. Se observó una correlación directa significativa entre la actividad inflamatoria con doppler en la 1ª MTF del pie derecho con el cuestionario SLICC ($r = 0,439$; $p = 0,007$) y SLEDAI ($r = 0,608$; $p < 0,001$); así como una relación inversa entre la sinovitis en el 1º dedo del pie derecho con el cuestionario FPI del pie derecho ($r = -0,340$; $p = 0,040$). Así mismo se observó una relación significativa entre la deformidad en manos dedo en ojal con la sinovitis de 5 MTFs derecha ($p = 0,042$) e izquierda ($p = 0,005$).

Tabla 1. Cuestionarios basales y a los 12 meses

	Basal (media ± DE)	12 meses (media ± DE)	p
EQ5D	0,54 ± 0,25	0,55 ± 0,23	0,773
EVAEQ5D	66,43 ± 21,61	57,36 ± 24,77	0,028
FFI	37,52 ± 25,23	36,24 ± 25,29	0,965
FAAM	0,65 ± 0,23	1,05 ± 2,57	0,322
FAAM deporte	0,51 ± 0,28	0,57 ± 0,28	0,779
FPI der	2,33 ± 2,19	2,37 ± 2,21	0,324
FPI izq	1,36 ± 1,85	1,37 ± 1,88	0,248
SLICC	0,86 ± 1,45	0,72 ± 1,16	0,257
SLEDAI	1,44 ± 1,94	1,02 ± 1,87	0,117

Tabla 2: Descripción de actividad inflamatoria por ecografía en metatarsofalángicas de 36 pacientes con LES

Variable	Sinovitis Grado 1	Sinovitis Grado 2	Sinovitis Grado 3	Doppler 1	Doppler 2
Pie derecho					
1ª MTF	3 (8,3%)	13 (36,1%)		2 (5,6%)	1 (2,8%)
2ª MTF	8 (22,2%)	6 (16,7%)	1 (2,8%)	2 (5,6%)	
3ª MTF	11 (30,6%)	3 (8,3%)			
4ª MTF	3 (8,3%)	4 (11,1%)	1 (2,8%)	1 (2,8%)	
5ª MTF	7 (19,4%)				
Pie izquierdo					
1ª MTF	6 (16,7%)	9 (25%)		1 (2,8%)	
2ª MTF	10 (27,8%)	9 (25%)			
3ª MTF	14 (38,9%)	2 (5,6%)	1 (2,8%)		
4ª MTF	3 (8,3%)	6 (16,7%)	1 (2,8%)		
5ª MTF	3 (8,3%)	1 (2,8%)			

Conclusiones: En los pacientes con LES con enfermedad estable a lo largo de un año de seguimiento, las evaluaciones de funcionalidad y capacidad del pie se mantienen sin cambios. La sinovitis por ecografía en MTFs es frecuente en los pacientes con LES y se relaciona con la actividad de la enfermedad, algunas deformidades y funcionalidad. Es importante integrar en la evaluación articular la valoración del pie por el alto impacto en la calidad de vida del paciente y en la funcionalidad del paciente.

P138. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA TROMBOCITOPENIA INMUNE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y MODELO PREDICTIVO PARA EVALUAR SU RIESGO DE APARICIÓN

Jesús Cornudella Lema^{1,2}, Irene Carrión-Barberà³, Sergio Vázquez Montes de Oca⁴, Francesc García Pallarols⁵, Blanca Sánchez-González⁵ y Tarek Carlos Salman-Monte³

¹Facultad de Medicina. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. ²Facultad de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Grupo de Investigación en Informática Biomédica. IMIM. Barcelona. ⁵Servicio de Hematología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con una gran variedad de manifestaciones, entre las cuales se encuentra la trombocitopenia inmune (PTI). Se ha descrito la presencia de PTI en un 7-40% de los pacientes con LES.

Objetivos: Determinar la prevalencia de PTI en la cohorte de pacientes con LES del H. del Mar, identificar aquellos factores de riesgo asociados a su desarrollo y construir un modelo predictivo capaz de evaluar el riesgo de padecer PTI en estos pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio de casos-controles en el cual se revisaron 407 historias clínicas de pacientes con LES: 34 habían desarrollado PTI (casos) y fueron apareados por sexo y edad con 2 controles con LES sin PTI. Para construir el modelo se seleccionaron los casos cuya PTI fue posterior al diagnóstico del LES y sus controles. El modelo consiste en un *random forest* corrido sobre una cohorte de 66 pacientes. Las variables utilizadas fueron aquellas que mostraron más disparidad de frecuencia de aparición entre casos y controles. El modelo se entrenó con el 70% de la cohorte y se testeó con el 30% restante. Las puntuaciones obtenidas se calcularon mediante la media de los resultados obtenidos tras 1.000 ejecuciones.

Resultados: En la tabla 1 están descritas las características y diferencias entre casos y controles; en la tabla 2 las características de los casos y controles usados para construir el modelo; en la Tabla 3 las características de la PTI. La prevalencia de PTI en nuestra cohorte fue de 8,35% y se diagnosticó a una edad de 43,14 ± 17,11 años. No se hallaron diferencias significativas en variables demográficas entre grupos. Al diagnóstico del LES, los controles presentaban una mayor prevalencia de artritis ($p = 0,02$), mientras que los casos presentaron una mayor proporción de anemia hemolítica ($p = 0,04$). A lo largo de la enfermedad, los casos presentaron mayor presencia de anticoagu-

lante lúpico (p = 0,01), anticardiolipina (p-val = 0,044) y anti-β2GP1 (p = 0,003). A su vez los casos obtuvieron un SLICC significativamente superior a los controles (p = 0,02). En referencia al tratamiento, los casos recibieron micofenolato (p = 0,02) y azatioprina (p = 0,045) más frecuentemente que los controles. Las variables que mostraron más disparidad e importancia para el modelo fueron: anemia hemolítica, C4 bajo, C50 bajo, anticardiolipina y anti-β2GP1 más frecuentes en casos y úlceras orales, artritis y fenómeno de Raynaud más descritas en controles. El modelo presentó una sensibilidad del 87,53%, un valor predictivo positivo del 81,92%, una especificidad del 80,50%, un área bajo la curva (AUC) del 83,92% y una exactitud del 83,68%. La AUC del modelo se representa en la figura.

Tabla 1: Características de los casos y controles

Variables	Casos (34)	Controles (68)	p
Sexo			1,00
Hombre	4/34 (11,76%)	8/68 (11,76%)	
Mujer	30/34 (88,24%)	60/68 (88,24%)	
Edad al diagnóstico LES ^a	43,14 ± 17,11	43,32 ± 17,06	0,77
Etnia			1,00
Caucásica	29/34 (85,29%)	57/68 (83,82%)	
Otros	5/34 (14,71%)	11/68 (16,18%)	
Índice de masa corporal ^a	26,01 ± 4,87	26,23 ± 4,54	0,82
Fumador			0,95
Sí	9/34 (26,47%)	18/68 (26,47%)	
No	20/34 (58,82%)	42/68 (61,76%)	
Exfumador	5/34 (14,71%)	8/68 (11,76%)	
Conectivopatía en familiares	5/34 (14,71%)	14/68 (20,59%)	0,59
Parámetros clínicos y bioquímicos al diagnóstico del LES			
Fotosensibilidad	13/34 (38,24%)	37/68 (54,44%)	0,14
Úlceras orales	6/34 (17,64%)	18/68 (26,47%)	0,45
Artritis	17/34 (50,00%)	50/68 (73,53%)	0,02*
Pericarditis	2/34 (5,71%)	2/68 (2,94%)	0,59
Pleuritis	3/34 (8,82%)	3/68 (4,41%)	0,39
Proteinuria	7/34 (20,59%)	10/68 (14,71%)	0,57
Nefritis	5/34 (14,71%)	6/68 (8,82%)	0,49
Anemia hemolítica	4/34 (11,76%)	1/68 (1,47%)	0,04*
Leucopenia	9/34 (26,47%)	18/67 (26,87%)	1,00
Linfopenia	17/34 (50,00%)	35/67 (52,24%)	1,00
Fenómeno de Raynaud	1/34 (2,94%)	10/68 (14,93%)	0,09
Complemento			
C3 bajo	14/33 (42,42%)	14/64 (21,88%)	0,06
C4 bajo	8/32 (25%)	6/64 (9,38%)	0,06
CH50 bajo	6/32 (18,75%)	4/61 (6,56%)	0,09
Parámetros clínicos e inmunológicos a lo largo del LES			
Anticuerpos			
Anticuerpos antinucleares			
Anti-dsDNA	34/34 (100%)	68/68 (100%)	1,00
Anti-Sm	20/34 (58,82%)	41/68 (60,29%)	1,00
Anti-Ro0	3/33 (9,09%)	11/67 (16,18%)	0,38
Anti-Ro52	10/33 (30,03%)	25/67 (37,31%)	0,51
Anti-Ro60	8/33 (24,24%)	19/66 (28,79%)	0,81
Anti-La	12/33 (36,36%)	29/66 (43,94%)	0,52
Anti-RNP	5/33 (15,15%)	14/68 (20,59%)	0,60
DNA-Crithidia	5/33 (15,15%)	20/67 (29,85%)	0,14
Anticuerpos SAF	8/33 (24,24%)	16/62 (25,81%)	0,49
Anticardiolipina	15/33 (45,45%)	17/68 (25,00%)	0,04*
ACA IgG	9/33 (27,27%)	7/68 (10,29%)	0,04*
ACA IgM	9/33 (27,27%)	8/68 (11,76%)	0,09
Anti-β2GP1	13/33 (39,39%)	8/66 (12,12%)	0,003*
β2GP1-IgG	10/33 (30,03%)	6/66 (9,09%)	0,01*
β2GP1-IgM	7/33 (21,21%)	5/66 (7,56%)	0,10
Anticoagulante lúpico	10/33 (30,03%)	6/66 (9,09%)	0,01*
SAF clínico	6/34 (17,65%)	6/66 (9,09%)	0,33
Otra conectivopatía	8/34 (23,53%)	23/68 (33,82%)	0,36
SLEDAI actual ^{a,b}	2,12 ± 2,58	1,75 ± 2,45	0,20
SLICC actual ^a	1,12 ± 1,72	0,41 ± 0,79	0,02*
Tratamientos a lo largo del LES			
Corticoides	23/34 (67,65%)	48/68 (70,59%)	0,82
Antimaláricos	29/34 (85,29%)	57/68 (83,82%)	1,00
Micofenolato	14/34 (41,18%)	12/68 (17,65%)	0,02*
Azatioprina	9/34 (26,47%)	7/68 (10,29%)	0,045*
Leflunomida	3/33 (9,09%)	8/68 (11,76%)	1,00
Metotrexato	4/34 (11,76%)	16/68 (23,53%)	0,19
Belimumab	2/34 (5,88%)	3/68 (4,41%)	1,00
Rituximab	6/34 (17,65%)	3/68 (4,41%)	0,06

*Indica diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles (nivel de confianza del 95%). A Indica media ± desviación típica. b SLEDAI-1 punto. PTI: trombocitopenia inmune. SAF: síndrome antifosfolípido. Anti-β2GP1: anticuerpo anti-β2-glicoproteína 1. ACA: anticuerpo anticardiolipina. SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index. SLICC: Systemic Lupus International Collaborating Clinics damage index.

Tabla 2. Características de los casos con PTI posterior al diagnóstico de LES y controles

Variables	Casos (22)	Controles (44)	p
Sexo			1,00
Hombre	4/22 (18,22%)	8/44 (11,76%)	
Mujer	18/22 (81,81%)	36/44 (81,81%)	
Parámetros clínicos y bioquímicos al diagnóstico del LES			
Fotosensibilidad	11/22 (50%)	28/44 (63,63%)	0,30
Úlceras orales	2/22 (9,09%)	12/44 (27,27%)	0,11
Artritis	13/22 (59,09%)	34/44 (77,27%)	0,15
Pleuritis	1/22 (4,54%)	1/44 (2,27%)	1,00
Pericarditis	1/22 (4,54%)	2/44 (4,54%)	1,00
Proteinuria	5/22 (22,72%)	6/44 (13,63%)	0,49
Nefritis	4/22 (18,18%)	4/44 (9,09%)	0,43
Anemia hemolítica	4/22 (18,18%)	0/44 (0%)	0,01*
Leucopenia	8/22 (36,36%)	13/43 (30,23%)	0,78
Fenómeno de Raynaud	0/22 (0%)	7/43 (16,28%)	0,08
Complemento			
C3 Bajo	10/21 (47,62%)	10/41 (24,39%)	0,09
C4 Bajo	4/20 (20%)	4/41 (9,76%)	0,42
CH50 Bajo	4/20 (20%)	3/38 (7,89%)	0,22
Parámetros clínicos e inmunológicos a lo largo del LES			
Anticuerpos			
Anticuerpos antinucleares			
Anti-dsDNA	22/22 (100%)	43/43 (100%)	1,00
Anti-Sm	13/22 (59,09%)	25/44 (56,81%)	1,00
Anti-Ro0	1/21 (4,76%)	6/43 (13,95%)	0,41
Anti-Ro52	7/21 (33,33%)	17/43 (39,53%)	0,79
Anti-Ro60	7/21 (33,33%)	14/43 (32,56%)	1,00
Anti-La	8/21 (38,09%)	20/43 (46,51%)	0,60
Anti-RNP	5/21 (23,81%)	9/44 (20,46%)	0,76
DNA-Crithidia	4/21 (19,05%)	11/43 (25,58%)	0,76
Anticuerpos SAF	6/21 (28,57%)	9/39 (23,08%)	0,76
Anticardiolipina	8/21 (38,09%)	10/44 (22,72%)	0,24
ACA IgG	6/21 (28,57%)	6/44 (10,29%)	0,18
ACA IgM	3/21 (14,29%)	3/44 (6,81%)	0,38
Anti-β2GP1	9/21 (42,86%)	5/44 (11,36%)	0,008*
β2GP1-IgG	7/21 (33,33%)	4/44 (9,09%)	0,03*
β2GP1-IgM	4/21 (19,05%)	4/44 (9,09%)	0,42
Anticoagulante lúpico	5/21 (23,81%)	5/43 (11,63%)	0,28
SAF clínico	4/22 (18,18%)	3/42 (7,14%)	0,22
Otra conectivopatía	6/22 (27,27%)	15/44 (34,09%)	0,78

*Indica diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles (nivel de confianza del 95%). SAF: síndrome antifosfolípido. Anti-β2GP1: anticuerpo anti-β2-glicoproteína 1. ACA: anticuerpo anticardiolipina.

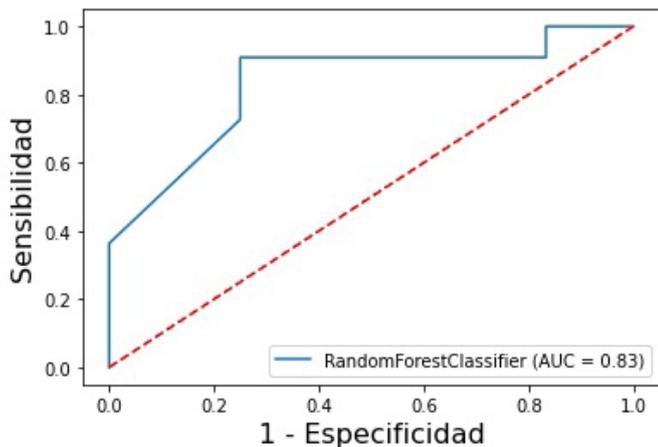
Tabla 3: Características de la PTI. A Indica media ± desviación típica

Variables	Frecuencia relativa
Edad al diagnóstico PTI ^a	43,35 ± 17,69
Tiempo al diagnóstico PTI ^b	4,76 ± 99,70
PTI antes	11/34 (32,35%)
PTI en el diagnóstico	10/34 (29,41%)
PTI después	13/34 (38,24%)
Gravedad PTI ^c	
Leve	13/34 (38,24%)
Moderada	8/34 (23,53%)
Grave	13/34 (38,24%)
< 10.000 plaquetas/mm ³ durante PTI	6/13 (46,15%)
Evento hemorrágico durante PTI	12/34 (35,30%)
Equimosis	5/34 (14,70%)
Hemorragia intracraneal	3/34 (8,82%)
Hemorragia pulmonar	2/34 (5,88%)
Hemorragia digestiva	1/34 (2,94%)
Hemorragia ginecológica	1/34 (2,94%)
Respuesta al tratamiento ^d	18/34 (52,94%)
Recadida PTI	18/34 (52,94%)

^aTiempo en meses desde PTI al diagnóstico del LES. ^c PTI grave (< 30.000 plaquetas/mm³); moderada (30.000-50.000 plaquetas/mm³); leve (> 50.000 plaquetas/mm³). ^d Recuento plaquetario > 100.000 plaquetas/mm³ en los primeros 45 días desde el inicio de tratamiento. PTI: trombocitopenia inmune.

Conclusiones: Los pacientes con LES que desarrollan PTI parecen poseer un fenotipo diferente a los que no la desarrollan, presentando menos artritis y más anemia hemolítica al diagnóstico, además de mayor positividad para los anticuerpos del síndrome antifosfolípido a lo largo de la enfermedad. Haber desarrollado PTI se asoció con un mayor SLICC y con recibir más frecuentemente tratamiento con micofenolato y azatioprina, indicando probablemente

una enfermedad más grave. Hemos creado un modelo predictivo capaz de evaluar el riesgo de desarrollar PTI en pacientes con LES. Mediante la combinación de 8 variables el modelo predice correctamente el 87,53% de los pacientes con LES que padecerán PTI con una exactitud del 83,68%.



Área bajo la curva. Relación entre sensibilidad y 1-especificidad.

P139. PROPUESTAS DE DEFINICIÓN DE ESTADOS DE ACTIVIDAD MODERADA Y GRAVE EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. IMPACTO SOBRE LOS BROTES Y OTROS DESENLACES

Ivonne Lourdes Mamani Velarde^{1,2}, Í. Rúa-Figueroa³, S. García Pérez^{1,2}, I. Altabás González^{1,2}, C. Mouriño Rodríguez^{1,2}, N. Jiménez², J. Martínez-Barrio⁴, M. Galindo-Izquierdo⁵, J. Calvo Alén⁶, C. Erausquin³, B. Serrano⁴, E. Uriarte Isacelaya⁷, E. Tomero Muriel⁸, M. Freire González⁹, R. Blanco Alonso¹⁰, E. Salgado-Pérez¹¹, P. Vela¹², A. Fernández-Nebro¹³, A. Olivé-Marqués¹⁴, C. Sangüesa¹⁴, J. Narváez¹⁵, R. Menor Almagro¹⁶, J. Rosas¹⁷, J. Á. Hernández Berriáin¹⁸, J. Manero Ruiz¹⁹, E. Aurrecoechea Aguinaga²⁰, O. Ibarquengoitia²¹, C. Montilla Morales²², G. Bonilla Hernán²³, V. Torrente-Segarra²⁴, A. P. CACHEDA²⁵, M. J. García-Villanueva²⁶, C. Moriano Morales²⁷, M.C. Fito Manteca²⁸, N. Lozano-Rivas²⁹, C. Bohórquez³⁰ y J.M. Pego-Reigosa^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²IRIDIS (Investigation in Rheumatology and Immune-Mediated Diseases) Group. Galicia Sur Health Research Institute-IISGS. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Araba. Vitoria. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Ourense. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Málaga. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital de Villajoyosa. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ²¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ²³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario La Paz. Madrid. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²⁷Servicio de Reumatología. Hospital de León. ²⁸Servicio de Reumatología. Complejo Universitario de Navarra. Pamplona. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: No existe una definición de estados de actividad moderada o grave en el lupus eritematoso sistémico (LES). Se desconoce cómo estos estados pueden influir en los diferentes desenlaces de la enfermedad.

Objetivos: Realizar una propuesta de definición de estados de actividad moderada y grave en LES y, utilizando la mayor cohorte nacional de pacientes con LES: describir la prevalencia de ambos estados

Tabla 1. Criterios y propuestas de definición de estados de actividad moderado y grave en el LES

Definición	Estado de actividad moderada del LES (en cada visita)	Estado de actividad grave del LES (en cada visita)
Criterios	Si se cumplen al menos 2 de los 3 criterios siguientes:	Si se cumplen al menos 2 de los 4 criterios siguientes:
SELENA-SLEDAI (Safety Of Estrogens In Lupus Erythematosus National Assessment-Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)	4 < SLEDAIc ≤ 8	SLEDAIc > 8
SLEDAIc: SLEDAI clínico, sin tener en cuenta la hipocomplementemia ni la positividad de los anticuerpos anti-dsDNA		
PGA (Physician Global Assessment, evaluación global de la actividad por el médico)	1 < PGA ≤ 2	PGA > 2
Dosis de glucocorticoides	<ul style="list-style-type: none"> 7,5mg/día < prednisona < 30mg/día, o pulsos ≤ 125mg. 	<ul style="list-style-type: none"> Prednisona ≥ 30mg/día, o pulsos > 125mg.
Manifestaciones graves no SLEDAI: <ul style="list-style-type: none"> anemia hemolítica, autoinmune con Hb <10 g/L, anemia hemolítica microangiopática y microangiopatía trombótica (PTT), aplasia pura de glóbulos rojos, hemorragia alveolar, neumonitis lúpica con hipoxemia, hipertensión pulmonar, shrinking lung syndrome, gastrointestinales (vasculitis, enteropatía pierde-proteínas), miocarditis, endocarditis de Libman-Sacks con disfunción valvular, mielitis transversa 	-	≥ 1 manifestación grave del LES no SLEDAI

P139 Figura 1

Tabla 2. Número medio de brotes (totales, leve-moderados y graves) en el tiempo de seguimiento (4 años) de acuerdo al estado de actividad.

	Actividad moderada ≥ 1 vez	Actividad moderada nunca	p	Actividad grave ≥ 1 vez	Actividad grave nunca	p
Número medio (DE) de brotes totales (V1-V5: 4 años)	3,2 (± 2,5)	1,3 (± 2,0)	<0,001	2,6 (± 3,0)	1,3 (± 2,0)	<0,001
Número medio (DE) de brotes leve-moderados (V1-V5: 4 años)	2,4 (± 2,4)	1,0 (± 1,8)	<0,001	1,4 (± 2,3)	1,1 (± 1,9)	0,442
Número medio (DE) de brotes graves (V1-V5: 4 años)	0,7 (± 1,0)	0,2 (± 0,6)	<0,001	1,2 (± 1,4)	0,2 (± 0,5)	<0,001

P139 Figura 2

Tabla 3. Resultados en acúmulo de daño, LLDAS, ingresos, LIT y mortalidad en el tiempo de seguimiento (4 años) en pacientes que han estado alguna vez en situación de actividad moderada o grave frente a los que no lo han estado.

	Actividad moderada ≥ 1 vez	Actividad moderada nunca	p	Actividad grave ≥ 1 vez	Actividad grave nunca	p
Acúmulo de daño ^a (V5-V1)	0.88 (± 1.19)	0.42 (± 0.88)	<0,001	1.18 (± 1.82)	0.42 (± 0.83)	<0,001
Situación de LLDAS ^b	2,5 (± 1,1)	3,7 (± 1,3)	<0,001	2,3 (± 1,3)	3,6 (± 1,3)	<0,001
Ingresos	2,4 (± 3,5)	0,85 (± 1,7)	<0,001	3,2 (± 3,8)	0,86 (± 1,7)	<0,001
Calidad de vida (LIT medio ^c)	40 (± 21,1)	28,9 (± 20,3)	<0,001	41,3 (± 20,8)	29,1 (± 20,4)	<0,001
Calidad de vida (LIT máximo ^c)	54,5 (± 24,6)	39,1 (± 24,0)	<0,001	54,0 (± 24,3)	39,5 (± 24,1)	<0,001
Mortalidad ^d	0,029 3/105 (2,86%)	0,029 40/1358 (2,95%)	0,959	0,06 4/67 (5,97%)	0,028 39/1396 (2,79%)	0,285

Valores en media ± DE.

^a SDI en V5 menos SDI en V1.

^b Número de visitas en LLDAS.

^c Mayor valor de LIT supone un mayor deterioro de la calidad de vida.

^d Tasa de mortalidad anual (por visita). n de fallecidos (%)

P139 Figura 3

de actividad y analizar el impacto de esta clasificación en: los brotes, el acúmulo de daño, conseguir un estado de baja actividad del LES (LLDAS), los ingresos, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y en la mortalidad.

Métodos: En la tabla 1, se presentan las definiciones propuestas de estados de actividad moderada y grave en LES. Para analizar el impacto de esta clasificación, se han utilizado los datos disponibles de la fase prospectiva del registro de pacientes con LES de la Sociedad Española de Reumatología (RELESSER-PROS), con 5 visitas anuales (V1-V5) durante 4 años. En cada visita, se recogieron el número de brotes y su gravedad (según SELENA Flare Index), daño acumulado (a través del SLICC/ACR Damage Index [SDI]), número de visitas en LLDAS, número de ingresos, CVRS (según Lupus Impact Tracker [LIT]) y mortalidad. Se usó el método T-test para las comparaciones entre grupos.

Resultados: 1.463 pacientes fueron incluidos, con edad media (± DE) de 56 (± 13,5) años, 90% de mujeres y duración media (± DE) del LES en V1 de 14 (± 8,5) años. Los pacientes tuvieron una media (± DE) de 4,2 (± 1,2) visitas y un seguimiento medio (± DE) de 2,5 (± 0,7) años. Mostraron actividad moderada 54 pacientes (3,7%) en V1, 20 pacientes (1,4%) en V2, 27 pacientes (1,8%) en V3, 5 pacientes (0,3%) en V4 y 11 pacientes (0,8%) en V5. Por su parte, mostraron actividad grave 40 pacientes (2,7%) en V1, 15 pacientes (1,0%) en V2, 13 pacientes (0,9%) en V3, 6 pacientes (0,4%) en V4 y 3 pacientes (0,2%) en V5. Según la tabla 2, tanto los pacientes con

actividad moderada como los pacientes con actividad grave en al menos 1 de las 5 visitas presentaron un número medio total de brotes significativamente mayor en el período V1 y V5 que aquellos que nunca la tuvieron (p < 0,001). Estos mismos resultados se dan en el caso de los brotes graves. Respecto a los brotes leve-moderados, los pacientes con actividad moderada y con actividad grave tuvieron un número medio mayor que los pacientes sin estas actividades, siendo estadísticamente significativo para la actividad moderada. Para el resto de las variables analizadas (tabla 3), tanto los pacientes con actividad moderada como los pacientes con actividad grave en al menos 1 de las 5 visitas presentaron, con diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001), mayor acúmulo de daño, menor número de visitas en LLDAS, mayor número de ingresos y peor calidad de vida en el período V1-V5 que aquellos que nunca la tuvieron. Los pacientes con actividad grave en al menos 1 de las 5 visitas presentaron una mayor mortalidad (diferencia no significativa).

Conclusiones: Los pacientes que se encontraron en al menos una ocasión en un estado de actividad moderada y/o grave tienen peores desenlaces en cuanto al número y gravedad de brotes, daño acumulado, ingresos y deterioro de la calidad de vida. Estos datos refuerzan la importancia de marcar objetivos alcanzables en la estrategia *Treat to Target* (T2T) del tratamiento del LES.

Análisis financiados por AstraZeneca Farmacéutica Spain. El registro RELESSER-PROS está financiado por GSK.

Jueves 11 de mayo de 2023

P140. VALOR CLÍNICO DE LAS VARIANTES DEL GEN DEL RECEPTOR DE IL-6 COMO BIOMARCADORES PREDICTIVOS DE TOXICIDAD A TOLICIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Luis Sainz^{1,2,3}, Pau Riera^{3,4,5}, Patricia Moya^{1,3}, Sara Bernal^{3,5,6}, Jordi Casademont^{2,3,7}, Cesar Díaz-Torné^{1,2,3}, Ana Milena Millán^{1,3}, Hye Sang Park^{1,3}, Ana Laiz^{1,2,3}, Berta Magallares^{1,3}, Ivan Castellví^{1,2,3}, Jose Luis Tandaiapan^{1,3}, Helena Codes^{1,2,3}, Asier García¹, Albert Casals¹, Sandra Ros^{1,3}, Susana Fernández¹, Adriana Lasa^{3,5,6} y Héctor Corominas^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. ³Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). Barcelona. ⁴Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER). Instituto de Salud Carlos III. ⁶Servicio de Genética. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada clínicamente por artritis crónica que puede producir daño articular irreversible y discapacidad. Actualmente existe un amplio arsenal terapéutico de fármacos para el tratamiento de la AR pero no existen biomarcadores útiles para dirigir el tratamiento de forma individualizada. El tocilizumab (TCZ) es un fármaco biológico antagonista del receptor de IL-6 que se usa de forma habitual para el tratamiento de la AR y podría ser clave conocer marcadores farmacogenéticos de toxicidad para brindar un abordaje terapéutico personalizado. El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar si polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en el gen del receptor de IL-6 pueden predecir la toxicidad farmacológica a TCZ en pacientes con AR.

Métodos: Hicimos un estudio de cohortes retrospectiva que incluyó a los pacientes con AR tratados con TCZ en el período entre enero de 2016 y enero de 2021 a partir de los registros de farmacia hospitalaria. Se incluyeron las características sociodemográficas y clínicas basales y se recogieron los siguientes efectos adversos (EAs): hepatotoxicidad, gastrointestinales, hematológicos, infecciones, reacciones de hipersensibilidad y dislipidemia. Además, se incluyeron datos correspondientes a la gravedad de los EAs siguiendo la terminología internacional Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAEs) versión 6.0: leves (grado 1), moderados (grado 2), severos (grado 3). Se extrajeron muestras de ADN genómico a partir de sangre periférica y se analizaron mediante PCR a tiempo real 6 SNPs de *IL6R* que fueron incluidos considerando la evidencia previa en la literatura: rs12083537, rs11265618, rs4329505, rs2228145, rs4537545 y rs4845625. Se usaron test paramétricos para evaluar la asociación entre los polimorfismos y la aparición de EAs. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución y también fue registrado en clinicaltrials.gov (protocol code: IIBSP-IIL-2020-148).

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes en el estudio. Los EAs más frecuentes fueron los hematológicos (n = 27), entre los que destaca la neutropenia (n = 23) y que no se registraron EAs graves, junto a la dislipidemia (n = 27). Los portadores del genotipo CC de la SNP rs4845625 desarrollaron menos frecuentemente dislipidemia (16,7%) en comparación con los portadores del alelo T (TT+CT) (36,7%) (p = 0,04). Por otra parte, los pacientes portadores del genotipo CC de la SNP rs11265618 mostraron una mayor aparición de EAs hematológicos en comparación con los portadores del alelo T (CT+TT) (36,7 vs. 14,3%, p = 0,032). De la misma forma, también tuvieron más EA hematológicos los portadores del alelo T en homocigosis en la SNP rs4329505 (36,1 vs. 14,8%, p = 0,044). Se detallan los resultados en la tabla. No se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas entre el resto de SNPs y EAs estudiados.

Conclusiones: Nuestros hallazgos indican el potencial valor clínico de SNPs en *IL6R* como biomarcadores predictivos de toxicidad de TCZ en pacientes con AR, con los polimorfismos de rs4845625 asociados con la aparición de dislipidemia y los de rs11255618 y rs4329505 con el desarrollo de EAs hematológicos.

P141. IMPACTO DE LOS TÍTULOS BASALES DE FACTOR REUMATOIDE Y DE LA ESTRUCTURA MOLECULAR DEL ANTI-TNF EN LA TASA DE RETENCIÓN DEL FÁRMACO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Jerusalem Calvo Gutiérrez¹, Rafaela Ortega Castro^{1,2,3}, M. Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2} Francisco J. Cepas^{1,3} Desirée Ruiz^{1,2}, Marta Rojas-Giménez^{1,2,3}, María Lourdes Ladehesa Pineda^{1,2,3}, Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

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

Introducción: El factor reumatoide (FR) es un anticuerpo contra la porción Fc de IgG que forma complejos inmunitarios que contribuyen en el desarrollo de la artritis reumatoide (AR). FR también se une a la región Fc de muchos anticuerpos monoclonales (mAB), lo que conduce a tener niveles más bajos de fármaco y a una posible suspensión temprana del mismo. Por el contrario, la ausencia de la porción Fc en certolizumab pegol (PEG) puede conducir a una mayor tasa de retención en comparación con otros fármacos en pacientes con AR con títulos de FR más altos.

Objetivos: a) Evaluar la tasa de retención a cualquier anti-TNF según los niveles basales de títulos de FR en pacientes con AR y b) comparar la tasa de retención a PEG versus otros anti-TNF en pacientes con títulos elevados de FR.

Métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes con diagnóstico de AR tratados con algún anti-TNF (mAB (adalimumab, golimumab e infliximab), proteína de fusión (etanercept) o PEG (certolizumab pegol)) entre 2007 y 2022. Se recogieron los niveles de FR antes del inicio del anti-TNF así como

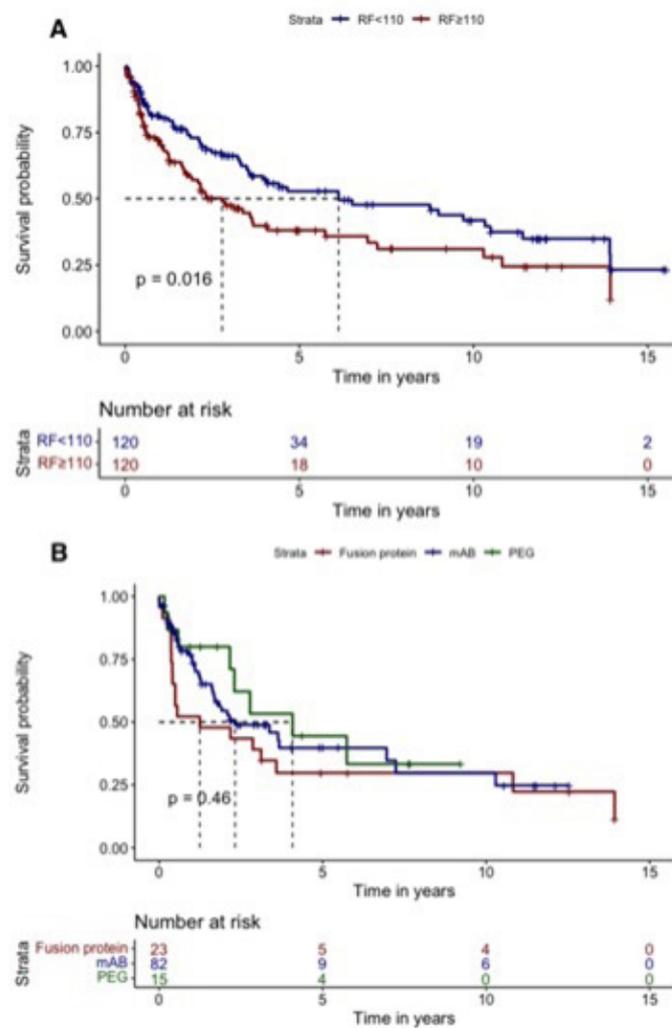
Tabla P140

SNPs	Genotipo (n)	Hepatotoxicidad				EAs hematológicos				Dislipidemia			
		%	Modelo genético	OR (95% CI)	p	%	Modelo genético	OR (95% CI)	p	%	Modelo Genético	OR (95% CI)	p
rs4845625	T/T (13)	7,7	Cod	-	0,048	38,5	Cod	-	0,712	23,1	Cod	-	0,051
	C/T (45)	33,3	Dom	4,07 (0,49-33,42)	0,161	26,7	Rec	1,03 (0,39-2,71)	0,946	42,2	Rec	3,05 (1,02 -9,17)	0,04
	C/C (30)	13,3				30				16,7			
rs11265618	C/C (60)	16	Cod	-	0,603	36,7	Cod	-	0,075	33,3	Cod	-	0,447
	C/T (25)	25	Dom	0,65 (0,21-2,02)	0,456	12	Dom	3,47 (1,07-11,36)	0,032	28	Dom	0,67 (0,24-1,83)	0,43
rs4329505	T/T (3)	33,3				33,3				0			
	T/T (61)	24,6	Cod	-	0,665	36,1	Cod	-	0,099	32,8	Cod	-	0,388
	C/T (24)	16,7	Dom	0,69 (0,23-2,16)	0,531	12,5	Dom	3,25 (1-10,64)	0,044	29,2	Dom	0,72 (0,26-1,98)	0,52
	C/C (3)	33				33,3				0			

Cod: codominante; Dom: dominante; OR: odds ratio; Rec: recesivo; SNP: single nucleotide polymorphism.

las fechas de inicio y retirada del tratamiento. Se realizó test log-rank test y curvas de Kaplan-Meier para evaluar la tasa de retención del tratamiento en pacientes FR positivo *versus* FR negativo, y entre FR < 110 UI/ml vs. FR ≥ 110 UI/ml (considerando la mediana del título de FR (110 UI/ml) como punto de corte). Además, se comparó la tasa de retención de cada estructura molecular en pacientes con títulos altos de FR (≥ 110 UI/ml).

Resultados: Se incluyeron un total de 356 pacientes con AR tratados con anti-TNF de los que disponíamos de los títulos de FR. La edad media fue de 52,0 (11,2) años y el 80,1% eran mujeres. Un total de 254 (71,3%) fueron FR positivos. La tasa de retención a cualquier anti-TNF fue similar en pacientes FR- frente a FR+ (mediana de 4,30 frente a 3,91 años, valor de p 0,580). Sin embargo, considerando títulos elevados de FR, aquellos con FR basal ≥ 110 UI/ml mostraron una menor tasa de retención en comparación con FR < 110 UI/ml (mediana 2,78 vs. 6,13 años, p = 0,020). En pacientes con títulos altos de FR (FR ≥ 110 UI/ml), se encontró una mayor tasa de retención con PEG en comparación con la proteína de fusión y con mAB, aunque estas diferencias no fueron significativas (mediana 4,08 en PEG, 2,33 en proteína de fusión y 1,24 en mAB, respectivamente; p = 0,460).



Tasa de retención a cualquier anti-TNF según los títulos de RF (A) y tasa de retención de cada estructura molecular en pacientes con niveles de títulos elevados (≥ 110 UI/L). **Conclusiones:** En pacientes con AR Los títulos más altos de FR antes del inicio del anti-TNF se asociaron con una tasa de retención más corta del biológico. Sin

embargo y aunque no se encontraron diferencias entre las estructuras moleculares, los pacientes tratados con PEG parecen tener una mayor tasa de retención. Estos resultados confirman el posible efecto del FR en la unión de la porción Fc del anticuerpo monoclonal del fármaco.

P142. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN VIDA REAL DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS Y TERAPIAS DIRIGIDAS EN REUMATOLOGÍA

E. Júdez¹, G. Sánchez Nieves¹, S Soro¹, I. Labiano¹, G. García-Consuegra¹, M.A García Morales¹, N Aviles¹, A Monroy¹, L. Cebrián¹ y F.A. Pretel²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Introducción: Los estudios de vida real (RWE) son imprescindibles para conocer el comportamiento de un fármaco en condiciones de práctica clínica habitual. Complementan los resultados eficacia y seguridad obtenidos en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Objetivos: Analizar la supervivencia de las terapias biológicas (TB) y terapias dirigidas (TD) en pacientes con enfermedades inmunomediadas en práctica clínica habitual. Describir los motivos de suspensión de dichas terapias. Buscar asociaciones entre variables clínicas y sociodemográficas y la supervivencia de las TB/TD así como los motivos de suspensión.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo que incluye a todos los pacientes que han iniciado tratamiento con TB y TD entre 2000-2022 en nuestro servicio de Reumatología (análisis del registro de terapias biológicas y terapias dirigidas). Se realizó análisis descriptivo, comparaciones con test estadísticos en función del tipo de variables, supervivencia mediante tablas de vida y Kaplan-Meier aplicando la prueba de comparación log-rank test y finalmente, análisis multivariado mediante regresión de Cox.

Resultados: Un total de 939 pacientes (55,5% mujeres, edad media al inicio del 1^{er} tratamiento de 55,35 (± 16,23 años) han iniciado 1672 TB y/o TD. Los pacientes han recibido una media de 1,78 (± 1,32) TB/TD. El 60% de los pacientes (n = 562) ha recibido una única TB/TD, el 22% (n = 209) una segunda línea de tratamiento y el 18% (n = 168) una tercera/sucesiva línea de tratamiento. Por prescripciones, adalimumab es el fármaco más prescrito 21,4% (n = 358), seguido de etanercept 20,2% (n = 339) e infliximab 14,7% (n = 246). Los anti IL-6 suponen el 7% al igual que los JAKi y los anti IL-17 un 3,5% del total de las TB/TD prescritas. Por diagnósticos, la AR es la patología más frecuente seguida de SPA, APS y Otros diagnósticos (tabla). Los pacientes con AR reciben de media más TB/TD que los pacientes con SPA u Otros diagnósticos (p < 0,05). La supervivencia de las TB/TD al 1^{er}, 3^{er}, 5^o y 10^o año fue del 73% [IC95%: 0,71-0,75], 56% [IC95%: 0,53- 0,58), 45% [IC95%: 0,43-0,48] y 32% [IC95%: 0,29- 0,35] respectivamente (fig. 1) con una mediana de supervivencia de 4,12 años [IC95%: 3,59-4,58]. La supervivencia fue mayor en los hombres que en mujeres (mediana 5,42 años [IC95%: 4,41- 6,75] vs. A 3,41 años [IC95%: 2,75- 4,17]; p = 0,0018, fig. 2) y menor en AR frente a otras patologías (mediana AR 3,50 años [IC95%: 2,75-4,08], mediana SPA 4,5 años [IC95%: 3,5-6,5] y mediana APS 6,83 años [IC95%: 3,84-8,0] (p = 0,018). No se observaron diferencias en la supervivencia entre las distintas TB/TD. El análisis multivariable confirmó la relación entre sexo femenino y AR y una menor supervivencia de las TB/TD (p < 0,05) Motivos de suspensión: la ineficacia (51%) y los acontecimientos adversos (AA) (26%) fueron los principales motivos de suspensión, seguido de otros motivos (18%) y remisión (5%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los motivos de suspensión en relación con la propia TB/TD, el sexo y la patología base.

Diagnóstico	n	%
AR	338	41,3%
SPA	322	34,3%
APs	139	14,8%
Otros (LES, ES, MII, Vasculitis,...)	89	9,48%

Diagnósticos.

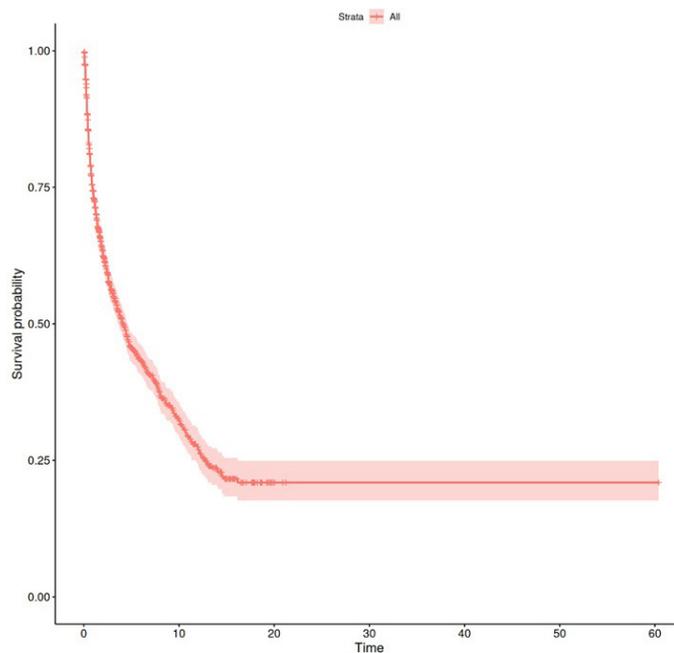


Figura 1. Supervivencia TB/TD.

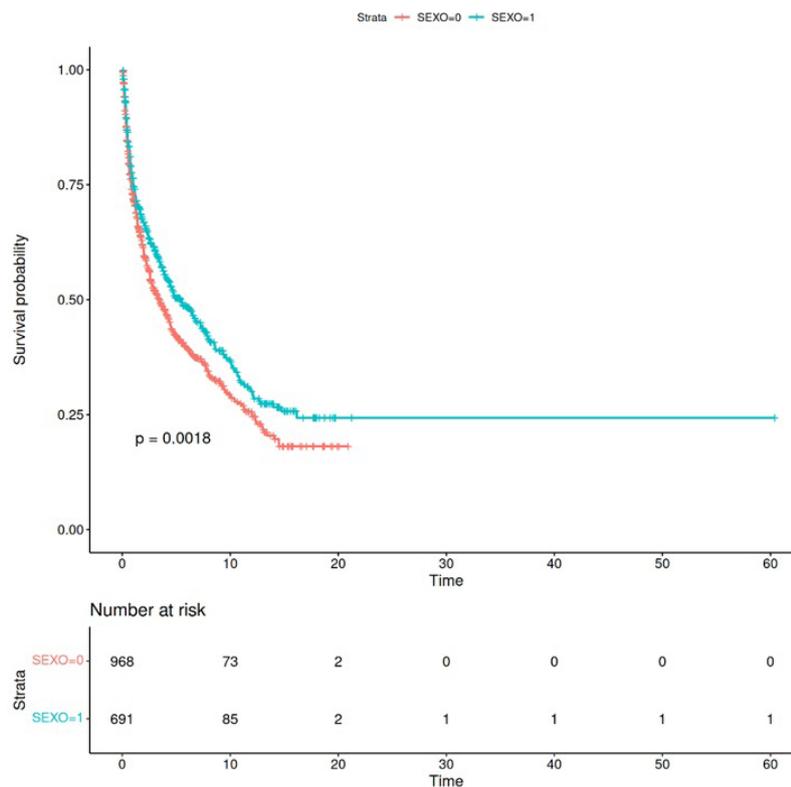
Conclusiones: La supervivencia global de las TB/TD en vida real a los 5 años es del 45%. No se han observado diferencias en cuanto a la supervivencia de los distintos tratamientos. Variables como el sexo y la enfermedad influyen en la supervivencia de dichas terapias. Se observan diferencias en cuanto a los motivos de suspensión en relación con la propia TB/TD y la patología de base.

P143. MACE AND VTE ACROSS UPADACITINIB CLINICAL TRIAL PROGRAMS IN RHEUMATOID ARTHRITIS, PSORIATIC ARTHRITIS, AND ANKYLOSING SPONDYLITIS

Ana Medina¹, Christina Charles-Schoeman¹, Ernest Choy², Iain McInnes³, Eduardo Mysler⁴, Peter Nash⁵, Kunihiro Yamaoka⁶, Ralph Lippe⁷, Nasser Khan⁸, Anna K Shmigel⁸, Hannah Palac⁸, Jessica Suboticki⁹ and Jeffrey R Curtis⁹

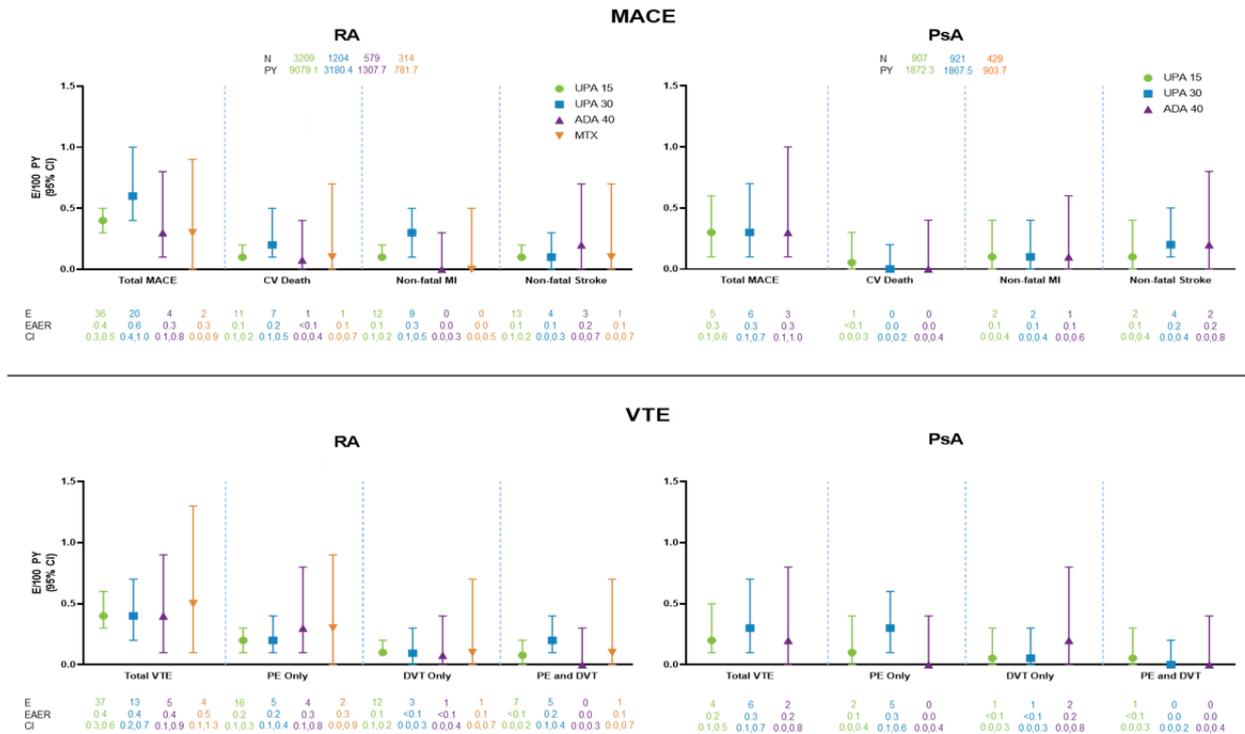
¹Division of Rheumatology. University of California. Los Angeles, CA. USA. ²Division of Infection and Immunity. CREATE Centre. Cardiff University. Cardiff. United Kingdom. ³Institute of Infection, Immunity and Inflammation. College of Medical. Veterinary and Life Sciences. University of Glasgow. United Kingdom. ⁴Department of Rheumatology. OMI (Medical Research Organization). Uruguay. Argentina. ⁵School of Medicine. Griffith University. Brisbane. Queensland. Australia. ⁶Department of Rheumatology and Infectious Diseases. Kitasato University School of Medicine. Kanagawa. Japan. ⁷AbbVie Deutschland GmbHospital & Co KG. Wiesbaden. Hesse. Germany. ⁸AbbVie Inc. North Chicago, IL. USA. ⁹Division of Clinical Immunology & Rheumatology. University of Alabama at Birmingham, AL. USA.

Introduction and objectives: Patients with untreated immune-mediated inflammatory diseases, such as RA, PsA, and AS, are at increased risk for major adverse cardiovascular events (MACE) and venous thromboembolic events (VTE) compared with the general population. The purpose of this analysis was to describe the events and risk factors for MACE and VTE in the RA, PsA, and AS clinical trial programs of the Janus kinase (JAK) inhibitor, upadacitinib (UPA).



P142 Figura 2. Supervivencia por sexo.

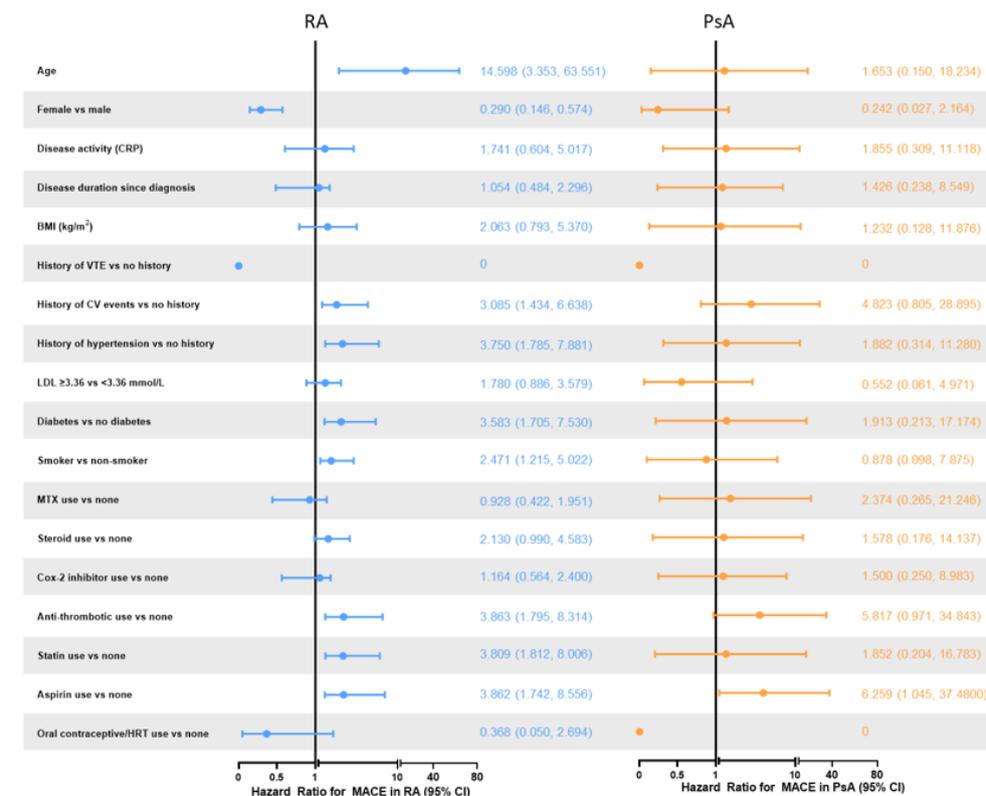
Figure 1. Breakdown of MACE and VTE in RA and PsA by Event Type^a



^aA single PE event occurred in the AS group (0.3 E/100 PYs; 95% CI, 0.0–1.7) with 0 events of MACE observed in AS. ADA, adalimumab; AS, ankylosing spondylitis; CV, cardiovascular; DVT, deep vein thrombosis; E, event; EAER, exposure-adjusted event rate; MACE, major adverse cardiovascular event; MI, myocardial infarction; MTX, methotrexate; PE, pulmonary embolism; PsA, psoriatic arthritis; PY, patient-years; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib; VTE, venous thromboembolism.

P143 Figure 1. Breakdown of MACE and VTE in RA and PsA by Event Type.

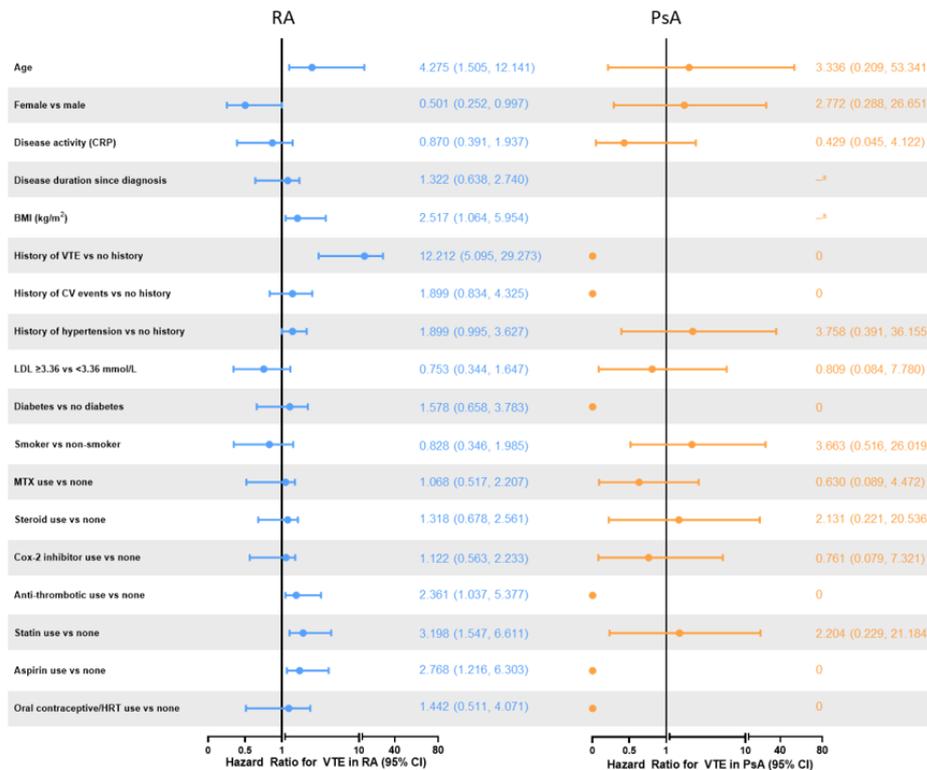
Figure 2. MACE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis)



BMI, body-mass index; CRP, C-reactive protein; CV, cardiovascular; HRT, hormone-replacement therapy; LDL, low-density lipoprotein; MACE, major adverse cardiovascular event; MTX, methotrexate; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib; VTE, venous thromboembolism.

P143 Figure 2. MACE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis).

Figure 3. VTE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis)



*Hazard ratios not estimated due to zero events in ≥ 1 parameter.
 BMI, body-mass index; CRP, C-reactive protein; CV, cardiovascular; HRT, hormone-replacement therapy; LDL, low-density lipoprotein; MTX, methotrexate; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib; VTE, venous thromboembolic event.

P143 Figure 3. VTE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis).

Methods: Treatment-emergent adverse events (TEAEs) of MACE and VTE from 9 (6 RA; 2 PsA; 1 AS) pivotal, randomized, controlled, phase 2b/3 trials were summarized for UPA 15 mg (approved rheumatology dose), UPA 30 mg, adalimumab (ADA) 40 mg, and MTX. TEAEs were defined as onset on or after the first dose of study drug and up to 30 or 70 days after last dose for UPA/MTX or ADA, respectively. TEAEs of MACE (cardiovascular [CV] death, non-fatal myocardial infarction, and non-fatal stroke) and VTE (pulmonary embolism [PE] and deep vein thrombosis [DVT]) were adjudicated by a blinded, independent cardiovascular adjudication committee. Patients were not censored at the time of event; data are presented as exposure adjusted event rates (EAERs) in events per 100 patient-years (E/100 PY), with a cutoff date of 30 June 2021. Time-to-event was analyzed using the Kaplan-Meier method, and EAERs were evaluated over 6-month increments. Given the limited number of events, Cox-regression were limited to univariable analyses and assessed the relationship between potential risk factors and occurrence of MACE and VTE in patients receiving UPA.

Results: Across trials, 4,298 patients received ≥ 1 dose of UPA 15 mg and 2,125 received UPA 30 mg, 1,008 patients received ADA 40 mg, and 314 patients received MTX. At baseline, 40-50% of patients had 2 or more CV risk factors, and the proportion of patients ≥ 65 years ranged from 6-23%. EAERs of MACE and VTE in RA and PsA are presented in Figure 1, with 0 MACE and 1 VTE (PE) reported in AS. Of the 41 MACE reported in the UPA 15 mg group across RA and PsA, only 2 RA patients did not have ≥ 1 CV risk factors at baseline. There were 2 fatal VTEs across trials, both occurring in the RA UPA 15 mg group. Overlapping confidence intervals were observed across UPA doses and comparators for rates of MACE as well as for rates of VTE in both RA and PsA. There was no pattern of time-to-event of EAERs by 6-month intervals over 42 months observed in patients receiving UPA (data not shown). In univariable analyses, factors potentially

associated with MACE or VTE occurrence in patients with RA receiving UPA 15 mg included age ≥ 65 years; baseline hypertension; diabetes *mellitus*; smoking; history of CV event or VTE; as well as use of aspirin, statins, or antithrombotics. In PsA, aspirin use was associated with increased risk of MACE. The full list of evaluated factors is presented in Figures 2 and 3.

Conclusions: Rates of adjudicated MACE and VTE with UPA were infrequent and consistent with background rates in RA, PsA, and AS populations. The patient characteristics found to be associated with MACE and VTE are known risk factors for these events. Continued follow-up is ongoing to further contextualize the risk of MACE and VTE in the UPA clinical programs.

P144. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN LOS NIVELES SÉRICOS DE COLESTEROL NOHDL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Francesco Fulvio Bizzarri, Nuria Molina Osorio, Ismael Aomar Millán, Enrique Raya Álvarez y Juan Salvatierra Ossorio

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Se estima que la artritis reumatoide (AR) aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en un 50% en comparación con la población general^{1,2}. El colesterol no HDL (CT noHDL) se ha convertido en un marcador innovador de riesgo cardiovascular (RCV). Según las recomendaciones de la ESC de 2022 (2), los pacientes con AR parten de un RCV intermedio y recomiendan niveles de CT noHDL < 130 mg/dL.

Objetivos: Evaluar el riesgo de ECV a largo plazo según los niveles de CT noHDL en una cohorte de pacientes con AR de reciente diagnóstico que iniciaron terapia biológica y describir sus características.

Métodos: Se revisaron 71 pacientes con AR bajo terapia biológica. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos en el momento del diagnóstico. Para estimar el RCV a largo plazo, aplicamos el modelo desarrollado por Brunner *et al.*³ (fig.). En base a ello, los pacientes fueron estratificados en 5 grupos de RCV según el CT noHDL y agrupados en tres rangos de edad. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando IBM-SPSS Statistics versión 26.

Resultados: Las características demográficas, clínicas, de laboratorio y grupos de RCV se indican en la tabla. En cuanto a la edad media según el grupo de RCV: en los 8 pacientes del grupo 1 fue de 38,13 ± 15,28 años - 7 con edad < 45 años y uno > 60 años -, en el grupo 2 fue 42,93 ± 11,76 años - 17 pacientes < 45 años, 10 entre 45 y 59 años y 2 ≥ 60 años -, en los 31 pacientes del grupo 3 fue 51,45 ± 11,49 años - 8 < 45 años, 15 entre 45-59 años y 8 ≥ 60 años -. Los 2 pacientes del grupo 4 tenían una edad media de 52,5 años (45-59) y el paciente del grupo 5 tenía 36 años al diagnóstico. No se encontraron correlaciones significativas entre los niveles de PCR, VSG, FR, ACPA y la presencia de erosiones radiográficas con los valores de CT noHDL. Se observaron diferencias significativas (valor de p < 0,01) entre los individuos más jóvenes (edad < 45 años) de los grupos 1 y 2 con respecto a los mayores de 60 años de los grupos de riesgo 3 o 4. La aplicación del modelo actual -Imagen 1- permitió estimar una probabilidad media de ECV del 9,7% a los 75 años con una reducción al 3,54% tras una disminución del 50% en el CT noHDL. Se registró un único evento cardiovascular fatal en un hombre obeso, hipertenso y diabético, clasificado en el grupo de riesgo 3.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con AR de reciente comienzo, la mayoría (46%) se clasificó en el grupo 3 de RCV (CT no HDL 145-184 mg/dl), a pesar de que aproximadamente el 50% tenía menos de 45 años. La exposición desde edades tempranas a un aumento moderado del CT noHDL induce un aumento del riesgo de ECV a largo plazo, no captado por la estimación del RCV a 10 años. Por todo ello, se debe hacer hincapié en el establecimiento de medi-

das para reducir el RCV guiadas por los niveles de CT noHDL en pacientes diagnosticados de AR.

		N	%
Demográficos	Número total de pacientes	71	
	Sexo Hombres	11	15,5%
	Mujeres	60	84,5%
Clínicos	Edad media al diagnóstico	46,28 ± 12,73	
	Erosiones radiográficas	24	33,8%
	Corticoterapia	45	63,38%
Analíticos	FR (+)	47	66,19%
	ACPA (+)	46	64,78%
			Media
	PCR	13,35 ± 19,06	6,74 IQR 15,90
	VSG	25,06 35 ± 16,56	20 IQR 17,00
	Colesterol total	203	
	Colesterol noHDL	144	
	Colesterol LDL	121,5	
Riesgo cardiovascular (RCV)	Evento CV previo	0	
	Estatinas	2	2,81%
	Tabaquismo activo	21	29,57%
	Hipertensión	13	18,30%
	Obesidad	15	21,12%
	Diabetes	2	2,81%
Grupo de RCV según niveles de colesterol no-HDL	Grupo 1 (< 100 mg/dL)	8	11,3%
	Grupo 2 (100-144 mg/dL)	29	40,8%
	Grupo 3 (145-184 mg/dL)	31	43,7%
	Grupo 4 (185-219 mg/dL)	2	2,8%
	Grupo 5 (≥ 220 mg/dL)	1	1,4%

BIBLIOGRAFÍA

1. Agca R, *et al.* Ann Rheum Dis 2017;76:17-28.
2. Visseren FLJ, *et al.* ESC Scientific Document Group. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022;75(5):429.
3. Brunner FJ, *et al.* Application of non-HDL cholesterol for population-based cardiovascular risk stratification: results from the Multinational Cardiovascular Risk Consortium. Lancet. 2019.

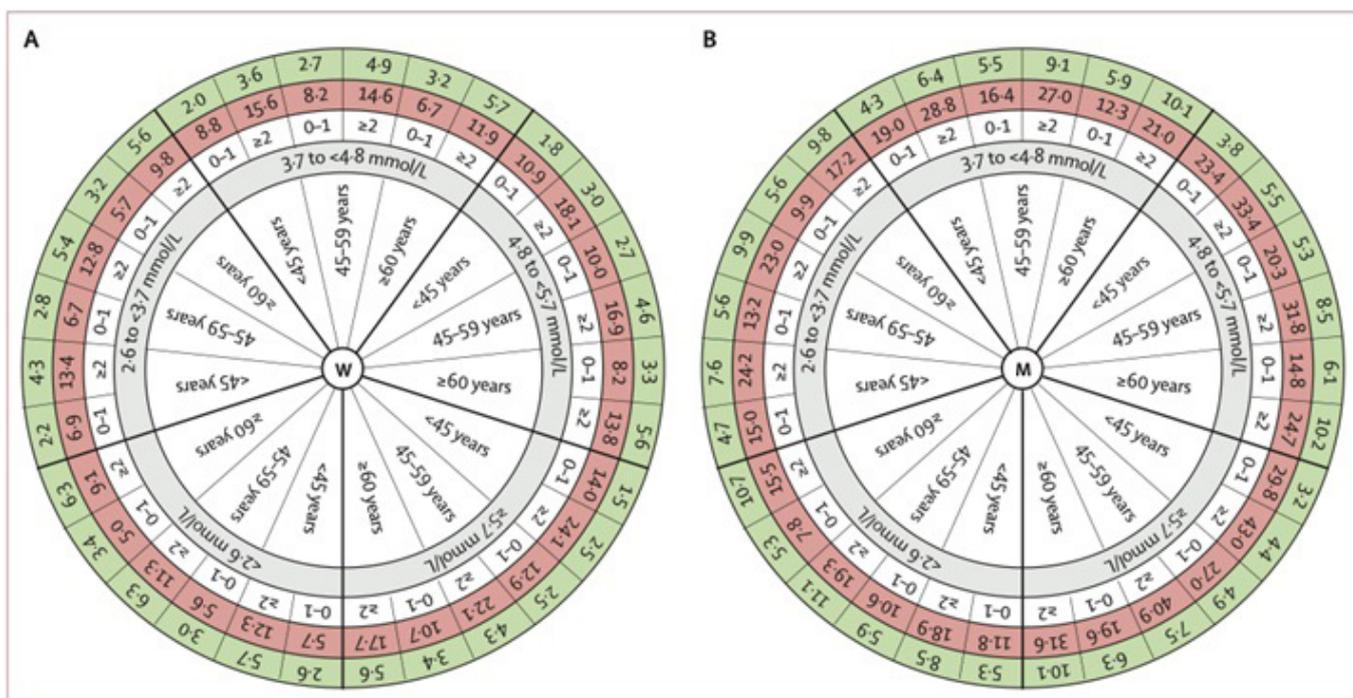


Figure 4: Model of long-term cardiovascular disease risk prediction and the benefit of lipid reduction
 Individual risk of fatal or non-fatal cardiovascular disease in women (A) and men (B) according to age, non-HDL cholesterol concentration, and the number of additional cardiovascular risk factors (daily smoking, arterial hypertension, diabetes, and obesity); white circle. The red circle represents the probability (%) of cardiovascular disease by the age of 75 years. The hypothetically achievable probability (%) for cardiovascular disease by the age of 75 years after 50% reduction of non-HDL cholesterol is given in the green circle. Corresponding 95% CIs are provided in the appendix (p 37).

Figura. Modelo de estimación del RCV a largo plazo según CT noHDL desarrollado por Brunner *et al.*

P145. ENDOTELINA-1: POTENCIAL BIOMARCADOR DEL DAÑO PULMONAR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Verónica Pulito-Cueto^{1,2}, Sara Remuzgo-Martínez^{1,2}, Belén Atienza-Mateo^{1,2}, Fernanda Genre^{1,2}, Víctor M. Mora-Cuesta^{1,3}, David Iturbe-Fernández^{1,3}, María Sebastián Mora-Gil^{1,2}, Virginia Portilla^{1,2}, Alfonso Corrales^{1,2}, Iván Ferraz-Amaro⁴, Ricardo Blanco^{1,2}, José M. Cifrián^{1,3,5}, Raquel López-Mejías¹ y Miguel A. González-Gay^{6,7}

¹Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Óseas Metabólicas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁶IDIVAL y Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁷Servicio de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una de las principales causas de mortalidad en los pacientes con artritis reumatoide (AR) y su diagnóstico precoz constituye un desafío para los clínicos¹. En este sentido, la activación del endotelio pulmonar es una de las fases fundamentales para la generación de las lesiones pulmonares^{2,3}. Así, la endotelina-1 (ET-1), el vasoconstrictor endógeno más potente, se ha descrito como una molécula profibrótica^{3,4}. Por lo tanto, es lógico pensar que la ET-1 podría contribuir al desarrollo de EPI en los pacientes con AR.

Objetivos: Estudiar el papel de la ET-1 como biomarcador de la fibrosis pulmonar en la AR-EPI⁺.

Métodos: En este estudio se incluyeron 21 pacientes con AR-EPI⁺ y dos grupos control: 25 pacientes con AR-EPI⁻ y 21 pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Todos los individuos fueron reclutados en los Servicios de Reumatología y Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. Los niveles séricos de ET-1 se determinaron mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas.

Resultados: Se encontraron niveles séricos de ET-1 más altos en los pacientes con AR-EPI⁺ en comparación con aquellos con AR-EPI⁻ ($p < 0,01$, fig. 1A). Se confirmó mediante un análisis de curvas ROC la capacidad de ET-1 para discriminar entre los pacientes con AR-EPI⁺ y aquellos con AR-EPI⁻ (AUC: 0,77, $p < 0,01$, fig. 1B). El valor óptimo de corte para la ET-1 sérica que reveló la mejor sensibilidad y especificidad fue de 1,02 pg/mL. Además, los pacientes con AR-EPI⁺ presentaron niveles de ET-1 similares a aquellos con FPI ($p = 0,50$, fig. 1A). Asimismo, se observó en los pacientes con AR-EPI⁺ una correlación negativa entre los niveles séricos de ET-1 y la capacidad vital forzada, así como con el volumen espiratorio forzado en el primer segundo ($r = -0,56$, $p = 0,04$ y $r = -0,65$, $p = 0,01$, respectivamente).

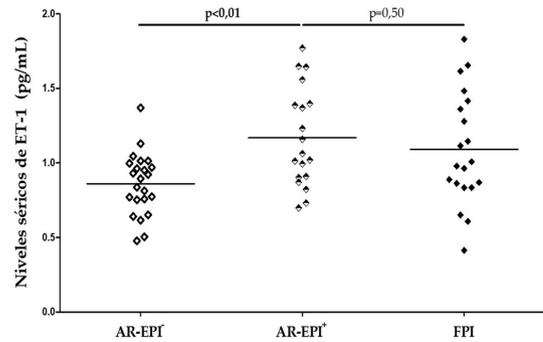
Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que los niveles de ET-1 están asociados con el daño pulmonar y un empeoramiento de la función pulmonar, apoyando su papel como posible biomarcador de la EPI en los pacientes con AR.

VP-C está financiada mediante fondos del PI18/00042 del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER); MSM-G está financiada por fondos de TRANSVAL 22/01 del IDIVAL; RL-M es beneficiaria de un contrato postdoctoral "Miguel Servet II" del ISCIII cofinanciado por el Fondo Social Europeo (FSE, "El FSE invierte en tu futuro") (CPII21/00004).

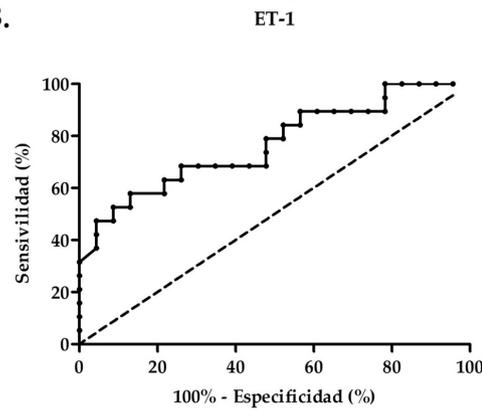
BIBLIOGRAFÍA

1. Expert Rev Clin Immunol. 2021;17(5):485-97.
2. JCI Insight. 2021;6(22):e125635.
3. Am J Respir Cell Mol Biol. 2010;42(1):16-20.
4. Int J Mol Sci. 2023;24:1275.

A.



B.



Papel de ET-1 en el diagnóstico de la AR-EPI⁺. Diferencias en los niveles séricos de ET-1 entre los pacientes con AR-EPI⁺ y aquellos tanto con AR-EPI⁻ como con FPI (A), así como el análisis de curvas ROC para la discriminación entre los pacientes con AR-EPI⁺ y AR-EPI⁻ (B). ET-1: endotelina-1; AR: artritis reumatoide; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; FPI: fibrosis pulmonar idiopática. Los resultados significativos se destacan en negrita.

P146. EL AGRUPAMIENTO JERÁRQUICO NO SUPERVISADO DEL PERFIL MOLECULAR CIRCULANTE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEFINE UN RIESGO CV PRECISO. EFECTOS DE TNFI, IL6RI Y JAKINIBS

Laura Muñoz-Barrera¹, Carlos Pérez-Sánchez¹, Tomás Cerdó¹, Rafaela Ortega Castro¹, Jerusalem Calvo Gutiérrez¹, Font Ugalde Pilar¹, Marta Rojas¹, Pedro Seguí¹, M. Carmen Ábalos-Aguilera¹, Desirée Ruiz¹, Sara Remuzgo-Martínez², Raquel López-Mejías², José Javier Pérez Venegas³, María Dolores Ruiz Montesinos³, Carmen Domínguez³, Carlos Rodríguez-Escalera⁴, Carmen María Romero-Barco⁴, Antonio Fernández-Nebro⁵, Natalia Mena-Vázquez⁵, Julia Uceda⁶, Charo Santos⁶, Javier Godoy⁷, Nuria Barbarroja Puerto¹, Iván Arias de la Rosa¹, María A Aguirre¹, Eduardo Collantes Estévez¹, Alejandro Escudero Contreras¹, Miguel A González-Gay⁸ y Chary López-Pedrerá¹

¹IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²IDIVAL. Grupo de investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis en enfermedades inflamatorias sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor. Santander. ³Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ⁵Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁶Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ⁷Hospital Universitario de Jaén. ⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: 1) Analizar el perfil inflamatorio circulante de pacientes con Artritis Reumatoide (AR), a fin de identificar fenotipos clínicos

distintivos asociados al riesgo CV; 2) Evaluar los efectos moduladores de inhibidores de TNF (TNFi -Etanercept-), JAK-STAT (JAKinibs, -baricitinib-) e IL-6Ri (IL6Ri -tocilizumab-); 3) Caracterizar los mecanismos moleculares subyacentes involucrados en la disfunción endotelial.

Métodos: Se reclutaron 208 pacientes AR y 45 donantes sanos (DS), a los cuales se evaluó el perfil inflamatorio en suero mediante el análisis de 27 citoquinas/quimioquinas-ensayos Luminex-y biomoléculas relacionadas con NETosis y estrés oxidativo-kits comerciales. En paralelo, se llevaron a cabo extensos análisis clínicos. El efecto de TNFi, JAKinibs e IL6Ri se evaluó tras 6 meses de tratamiento en 45, 20 y 17 pacientes respectivamente. Por último, se desarrollaron estudios mecanísticos *in vitro* en cultivos de células endoteliales (ECs); los cambios promovidos en expresión proteica fueron determinados en lisados celulares mediante tecnología de extensión de proximidad (PEA, Olink), analizando un panel de 88 proteínas relacionadas con enfermedad CV.

Resultados: El agrupamiento no supervisado identificó 3 clústeres de pacientes representativos de perfiles moleculares específicos en relación a mediadores inflamatorios, bioproductos de NETosis (elastasa y nucleosomas) y estrés oxidativo (lipoperóxidos). A nivel clínico, aún con un score de actividad similar (DAS28) y positividad para autoanticuerpos, el clúster 1 (C1) identificó pacientes con alta expresión de mediadores inflamatorios, el score de riesgo CV más elevado y preponderancia de placas de ateroma. Por el contrario, los pacientes en C3 mostraron el perfil inflamatorio y score de riesgo CV más bajos. C2 caracterizó un fenotipo intermedio. Los análisis comparativos con una cohorte de 90 pacientes AR con eventos CV previos demostraron que su perfil inflamatorio se asemeja en gran medida al observado en pacientes pertenecientes a C1, apoyando la asociación de esta firma alterada con el estatus de riesgo CV. *In vivo*, la terapia con ambos FAME biológicos y sintéticos redujo el score DAS28 y restableció niveles normales de varias biomoléculas alteradas, reflejando su papel clave en el control del riesgo CV. *In vitro*, el tratamiento con un pool de suero procedente de pacientes AR del C1 promovió un aumento en la expresión de un conjunto de proteínas relacionadas con riesgo CV en cultivos de ECs, asimismo prevenidas de forma específica por la preincubación con TNFi, JAKinibs e IL6Ri.

Conclusiones: El perfil inflamatorio sistémico de pacientes AR identificó subgrupos de pacientes con riesgo CV elevado, no asociándose a su estado de actividad de la enfermedad. La terapia con FAME sintéticos/biológicos reestableció niveles normales de las biomoléculas inflamatorias circulantes, reduciendo el riesgo CV en AR. Los estudios *in vitro* revelaron que los mediadores inflamatorios en suero inducen daño endotelial, el cual puede ser prevenido por efecto de ambos tratamientos con FAME sintéticos o biológicos. Por tanto, el análisis del perfil molecular circulante en pacientes AR podría contribuir a una mejora en el manejo clínico personalizado de estos pacientes y su riesgo CV. Financiado por ISCIII (PI21/0591, CD21/00187 y RICOR-RD21/0002/0033) y Junta de Andalucía (P20_01367). Cofinanciado por FEDER; RYC2021-033828-I; Fundación Andaluza de Reumatología (FAR).

P147. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL SUBCLÍNICA

Marta Rojas Giménez, Jerusalem Calvo-Gutiérrez, Rafaela Ortega-Castro, Clementina López-Medina, Lourdes Ladehesa-Pineda y Alejandro Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes con artritis reumatoide y enfermedad pulmonar intersticial (AR-EPI) clínica y subclínica y comparar la evolución y progresión de ambas.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR-EPI confirmada mediante pruebas de función respiratoria y tomografía computarizada de alta resolución (TCAR). De enero 2019- diciembre 2021 se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con estos diagnósticos de las consultas monográficas de AR. De forma retrospectiva se incluyeron datos sobre el inicio de la EPI y prospectivamente datos al final del seguimiento (última revisión). Se evaluó el% de pacientes que tenían EPI subclínica, definiendo esta como aquella afectación pulmonar por un TCAR solicitado sin ninguna clínica respiratoria previa. Desenlace: evolución de la EPI final: (1) mejoría (mejora en FVC ≥ 10% o DLCO ≥ 15% y no progresión radiológica); 2) no progresión (estabilización o mejora en FVC ≤ 10% o DLCO < 15% y no progresión radiológica); 3) progresión (empeoramiento de FVC > 10% o DLCO > 15% y progresión radiológica); o 4) muerte. Variables demográficas, datos de actividad (DAS28VSG acumulado 24 meses previos al diagnóstico de EPI), niveles de FR y ACPA, datos severidad de AR y tratamientos. Se realizó análisis descriptivo, χ² o t-Student, análisis multivariante de regresión logística para hallar variables predictoras de la evolución de EPI.

Características de los dos grupos de pacientes al diagnóstico de EPI-AR y evolución de EPI

Variables	EPI-AR clínica (n = 32)	EPI-AR subclínica (n = 18)	p
Edad al diagnóstico de AR (años), media (DE)	48,8 (13,7)	56,5 (11,4)	0,042
Edad al diagnóstico de EPI (años), media (DE)	61,7 (11,2)	65,2 (11,7)	0,311
Sexo (varón), n (%)	13 (40,6)	11 (61,1)	0,164
Tabaco, n (%)	18 (60)	13 (81,2)	0,143
Tiempo evolución AR (años), media (DE)	19,7 (11)	12,2 (7,5)	< 0,001
Tiempo desde diagnóstico de AR a EPI (años), media (DE)	16,3 (9,6)	8,7 (7,4)	< 0,001
Retraso diagnóstico de AR (años), media (DE)	1,3 (2,5)	1,4 (2,5)	0,952
FR positivo, n (%)	29 (90,6)	17 (94,4)	0,632
FR, media (DE)	247,3 (244)	339,2 (390)	0,338
ACPA positivo, n (%)	32 (100)	16 (88,9)	0,054
ACPA, media (DE)	395,6 (643)	468 (698)	0,740
Erosiones, n (%)	10 (31,2)	5 (27,8)	0,797
Nódulos reumatoides, n (%)	6 (18,8)	3 (16,7)	0,854
S. Sjögren secundario, n (%)	2 (6,2)	0	0,279
Osteoporosis, n (%)	10 (31,2)	3 (16,7)	0,259
DAS28-VSG acumulada, media (DE)	3,4 (1,1)	3,3 (1,2)	0,949
VSG acumulada, n (%)	26,6 (14,7)	19,1 (13,4)	0,097
PCR acumulada, n (%)	10,4 (8,9)	13,5 (9,8)	0,299
FAME, n (%)	23 (71,9)	16 (88,9)	0,163
Metotrexato, n (%)	13 (40,6)	12 (66,7)	0,077
Leflunomida, n (%)	9 (28,1)	5 (27,8)	0,979
Hidroxicloroquina, n (%)	4 (12,5)	6 (33,3)	0,077
Sulfasalacina, n (%)	1 (3,1)	0	0,448
FAMEb, n (%)	9 (28,1)	3 (16,7)	0,362
Rituximab, n (%)	1 (3,1)	0	0,448
Abatacept, n (%)	2 (6,2)	1 (5,6)	0,920
Anti-TNFα, n (%)	6 (18,8)	2 (11,1)	0,478
Glucocorticoides, n (%)	20 (69)	12 (66,7)	0,869
Dosis glucocorticoides, media (DE)	4,6 (2,2)	6,6 (4,3)	0,153
Patrón TCAR			0,407
NIU, n (%)	9 (28,1)	4 (22,2)	
Probable NIU, n (%)	8 (25)	1 (5,6)	
NIU indeterminada, n (%)	9 (28,1)	9 (50)	
NINE, n (%)	4 (12,5)	3 (16,7)	
Otros, n (%)	2 (6,2)	1 (5,6)	
DLCO-SB, media (DE)	66,1 (17,9)	80,3 (12,7)	0,013
CVF, media (DE)	86,4 (19,3)	90,6 (15,6)	0,461
CVF < 80%, n (%)	10 (40)	5 (38,5)	0,926
Evolución de EPI final del seguimiento (total)			
Mejoría, n (%)	8 (25)	4 (22,2)	
Estabilización, n (%)	11 (34,4)	8 (44,4)	0,896
Progresión, n (%)	10 (31,2)	5 (27,8)	
Mortalidad, n (%)	3 (9,4)	1 (5,5)	

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR-EPI, 18 (36%) eran EPI subclínicas. El motivo de petición de TCAR cuando se diagnosticaron fue alteración de la radiografía de tórax en 11 pacientes (61,1%) y crepitantes en 7 pacientes (38,8%). Las características basales de ambos grupos al diagnóstico de la EPI y la evolución se recogieron en la tabla 1. El tiempo de evolución de la EPI clínicas fue de 5,6

(5,2) años y las subclínicas de 3,5 (2,4) años (p = 0,053). Al diagnóstico de EPI, se modificaron los tratamientos en 10 pacientes con EPI clínicas y en 7 con EPI subclínicas (p = 0,593); se iniciaron un total de 8 abatacept, 7 rituximab y un antifibrótico. Un total de 13 pacientes (26%) progresaron y 25 (48%) se estabilizaron o mejoraron. Fallecieron 4 pacientes de causa no pulmonar. La única variable asociada de forma independiente a la progresión de la EPI en la muestra completa, ajustado por títulos de ACPA y edad al diagnóstico de EPI, fue presentar un patrón NIU [OR = 5,3 (IC95% 1,1-26,2), p = 0,037].

Conclusiones: En nuestra cohorte, la prevalencia de EPI subclínica fue alta (36%). Aunque al diagnóstico de EPI las PFR, en concreto los niveles de DLCO eran más altos en EPI subclínicas que en clínicas, la progresión al final del seguimiento fue igual en ambos grupos. El patrón NIU se asoció de forma independiente a progresión. Por tanto, teniendo en cuenta que la EPI es una de las principales causas de mortalidad en nuestros pacientes, debemos hacer una búsqueda activa de esta afectación para tratar de forma precoz y mejorar su pronóstico.

P148. EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES, TROMBOSIS E INFECCIÓN POR VIRUS DE HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON BARICITINIB

Nerea Alcorta Lorenzo¹, César Antonio Egües Dubuc¹, Luis María López Domínguez¹, Lina El Kadaoui El Ouariachi¹, Andrea De Diego Sola², Jesus Alejandro Valero Jaimes³, Olga Maíz Alonso¹, Jorge Jesús Cancio Fanlo¹, Esther Uriarte Isacelaya¹ y Joaquín María Belzunegui Otano¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Bidasoa. Hondarribia. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Zumárraga.

Introducción: El baricitinib (BARI) es un inhibidor selectivo y reversible de la janus quinasa (JAK)1 y 2. El estudio ORAL Surveillance reflejó que los pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con tofacitinib tienen un mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares mayores (MACE), tromboembolismo venoso e infección por virus de herpes zóster (VHZ) en comparación con los que reciben inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa¹. Por la alerta sanitaria publicada en noviembre de 2022, que define estos eventos como efectos de clase, interesa describir los eventos observados en

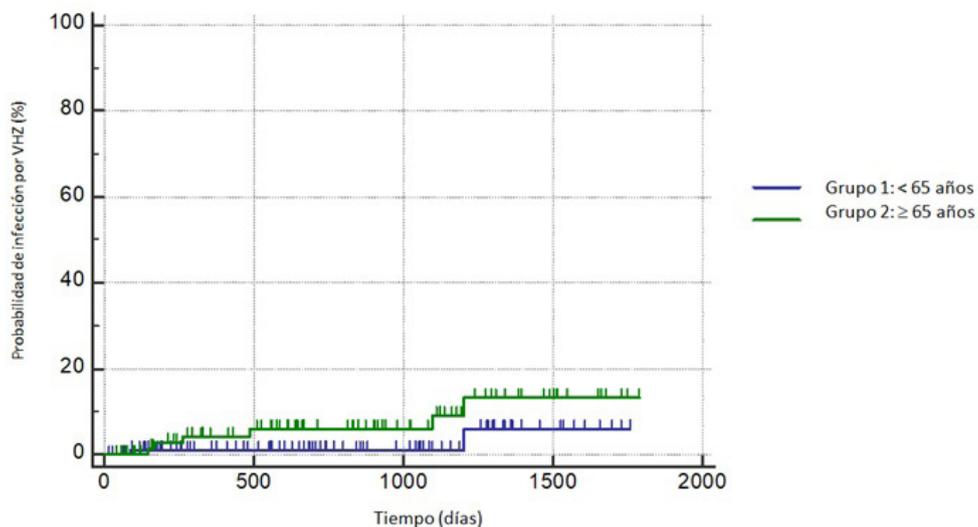
pacientes con BARI. Según los datos de seguridad publicados de BARI durante un periodo de hasta 9,3 años, la tasa de incidencia (TI) de MACE, trombosis y VHZ es de 0,005; 0,005 y 0,030 eventos/paciente-año, respectivamente².

Objetivos: Describir y analizar los MACE, trombosis e infección por VHZ en pacientes con AR que iniciaron tratamiento con BARI entre 01/11/2017 y 31/11/2021 en el Hospital Universitario de Donostia.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas hasta 01/01/2023. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, dosis inicial de BARI, duración del tratamiento, FRCV [tabaquismo activo, hipertensión arterial (HTA), High Density Cholesterol (HDL) < 40 mg/dL, diabetes mellitus (DM), manifestación extrarticular e historia de coronariopatía], desarrollo de MACE [infarto agudo de miocardio (IAM), ictus o muerte por cualquiera de ambos], trombosis y VHZ, y el tiempo bajo tratamiento hasta el desarrollo de los eventos. Las variables cualitativas se muestran con el valor absoluto y su porcentaje, las cuantitativas con la media y desviación estándar. Se ha calculado la tasa de incidencia por paciente año de los eventos, el tiempo hasta el evento de la infección con la curva de Kaplan Meier y la diferencia entre grupos de < 65 años y ≥ 65 años con la Hazard ratio.

Edad (años)	
· Media	63.18 ± 12.79
· ≥ 65 años	84 (45.4)
Sexo	
· Femenino	147 (79.5)
· Masculino	38 (20.5)
FRCV	
· Tabaco	33 (17.8)
· HTA	53 (28.6)
· HDL < 40 mg/dL	182 (98.4)
· DM	23 (12.4)
· Afectación extra articular	54 (29.2)
· Historia coronaria	11 (5.9)
Dosis inicial BARI (mg)	
· 2	39 (21.1)
· 4	146 (78.9)
Persistencia del tratamiento (años)	
	2.15 ± 1.28

Características demográficas, clínicas y FRCV.



Grupo 1	101	62	32	9	0
Grupo 2	84	58	32	10	0

P148 Figura 2. Probabilidad de infección por VHZ a lo largo del tiempo (días). Curva de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron un total de 185 pacientes. Las características demográficas, clínicas y FRCV se muestran en la tabla. Los pacientes presentaron de media $1,56 \pm 0,88$ FRCV. Se recogieron 2 MACE (1 IAM y 1 ictus); corresponde a una TI de 0,005 eventos/paciente-año. El IAM ocurrió en una mujer de 60 años con 3 FRCV (tabaquismo, HDL < 40 mg/dL y manifestación extrarticular) y tras 2,06 años de tratamiento con BARI 4 mg. El ictus ocurrió en una mujer de 83 años con 4 FRCV (HTA, HDL < 40 mg/dL, DM y manifestación extraarticular) y tras 2,82 años de tratamiento con BARI 2 mg. Se encontró una trombosis venosa en una mujer de 73 años con 4 FRCV (HTA, HDL < 40 mg/dL, DM y manifestación extraarticular) en tratamiento con BARI 2 mg, tras 1,88 años de tratamiento; corresponde a una TI de 0,003 eventos/paciente-año. Se registraron 8 infecciones por VHZ, TI de 0,020 eventos/paciente-año. Al año, la probabilidad de infección por VHZ fue del 2,5%, y a los dos años del 5,1%. La probabilidad por grupos de edad (< 65 años y \geq 65 años) se muestra en la figura; existe una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos [hazard ratio de 2,9, intervalo de confianza 95% (0,72-11,59), p 0,13].

Conclusiones: En nuestra serie, la TI de MACE es similar a la reportada en la literatura; la de trombosis e infección por VHZ es menor. Se observó mayor riesgo de infección por VHZ en pacientes \geq 65 años en comparación con < 65 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steven R. N Engl J Med. 2022;386:316-26.
2. Taylor PC. Ann Rheum Dis. 2022;81:335-43.

P149. LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVOS PRESENTAN UN PERFIL LIPÍDICO PROFUNDAMENTE ALTERADO, EL CUAL ES REVERTIDO CON ANTI-TNF, ANTI-IL6R E INHIBIDORES DE JAK

Carlos Pérez Sánchez¹, Laura Muñoz-Barrera², Tomas Cerdó², Rafaela Ortega Castro², Jerusalem Calvo², María A. Aguirre², Pedro Seguí Azpilcueta², Iván Arias de la Rosa², M. Carmen Ábalos-Aguilera², Marta Rojas², Desirée Ruiz², Christina Merlo², Pedro Ortiz Buitrago², José Javier Pérez Venegas³, Dolores Ruiz-Montesinos³, Carmen Domínguez³, Carlos Rodríguez-Escalera⁴, Carmen María Romero-Barco⁵, Antonio Fernández-Nebro⁵, Natalia Mena-Vázquez⁶, Julia Uceda⁶, Charo Santos⁶, Javier Godoy⁷, Nuria Barbarroja Puerto⁴, Eduardo Collantes Estevez², Alejandro Escudero Contreras² y Chary López-Pedrerá²

¹Biología celular, fisiología e inmunología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/ Universidad de Córdoba. ²Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía. Universidad de Córdoba. ³Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ⁵Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁶Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ⁷Reumatología. Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: Dado que el metabolismo de lípidos afecta la plasticidad de las células inmunes regulando su activación, diferenciación y función, el análisis pormenorizado del perfil lipídico utilizando técnicas metabolómicas de alta resolución en enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide (AR) podría contribuir a caracterizar mejor la patogénesis de la enfermedad.

Objetivos: Analizar el perfil lipídico completo en el suero de pacientes con RA, su asociación con la actividad de la enfermedad y su modulación por terapias biológicas y sintéticas dirigidas.

Métodos: En este estudio se incluyeron 250 pacientes consecutivos con AR. Se obtuvieron muestras de suero y datos clínicos (actividad de la enfermedad, reactantes de fase aguda, perfil autoinmune, etc.) de todos los sujetos. El perfil lipídico se analizó mediante espectroscopía de resonancia magnética nuclear (NMR) de la tecnología Nightingale LTD, que incluía más de 200 marcadores lipídicos. En

paralelo, se siguió prospectivamente a los pacientes con AR activos de esta cohorte después de 6 meses de terapia con biológicos [anti-TNF (n = 50), anti-IL6R (n = 15)] e inhibidores de JAK (JAKi, n = 20) y se obtuvieron muestras de suero antes y después de las mismas donde también se evaluaron los cambios en el perfil lipídico y clínico.

Resultados: Los pacientes con AR fueron estratificados de acuerdo a la actividad de la enfermedad en alta (68), moderada (117) y baja (65) y aproximadamente 100 marcadores de lípidos se encontraron significativamente alterados en el suero de pacientes de estos grupos. En concreto, la mayoría de los marcadores de lípidos se encontraron reducidos en el grupo de pacientes con alta actividad de la enfermedad, incluyendo apolipoproteínas, colesterol (libre y en lipoproteínas), ácidos grasos [ácidos grasos saturados (AGS), ácidos grasos monoinsaturados (AGMI), ácidos grasos poliinsaturados (AGPI), omega 3 y 6, ácido linoleico (AL), ácido docosahexaenoico (DHA)], triglicéridos (libre y en lipoproteínas), colinas, fosfolípidos, lipoproteínas [lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL), lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL)] y el contenido total de lípidos presentes en esas lipoproteínas. Estas alteraciones del perfil lipídico podrían estar asociadas entre otras con una función hepática anormal vinculada a un estado inflamatorio exacerbado. Además, se encontraron múltiples correlaciones entre estos marcadores de lípidos y parámetros inflamatorios [proteína C reactiva (CRP) y tasa de sedimentación de eritrocitos (ESR)] y autoinmunes [anticuerpos frente a péptidos citrulinados (ACPAS) y factor reumatoide (FR)]. Por otro lado, tras seis meses de terapia, de forma paralela a la mejoría en los perfiles clínicos y analíticos de pacientes con AR, se observó una modulación significativa de los marcadores de lípidos alterados, incluyendo moléculas comunes y distintas revertidas por cada fármaco.

Conclusiones: El perfil lipídico circulante de pacientes con AR activos se encuentra drásticamente reducido y directamente asociado a la actividad de la enfermedad, su perfil inflamatorio y autoinmune. Paralelamente a la mejoría clínica de la enfermedad, las terapias biológicas y los inhibidores JAK reestablecen dicho metabolismo lipídico alterado.

Financiado por: ISCIII (PI21/0591, CD21/00187, y RICORD21/0002/0033), RYC2021-033828-I y Junta de Andalucía (P20_01367) cofinanciado por FEDER; FAR.

P150. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A MULTIMORBILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA. DATOS DEL REGISTRO CRHREAR

Marta Rojas Giménez, Santiago Dans- Caballero, Mitndbaim Parra-Moreno Mónica Rico-Muñoz, María Ángeles Puche-Larrubia, Rafaela Ortega-Castro, Clementina López-Medina, Jerusalem Calvo-Gutiérrez, Lourdes Ladehesa-Pineda y Alejandro Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de multimorbilidad en una cohorte de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) y los factores asociados a esta.

Métodos: Estudio observacional trasversal de una cohorte de pacientes con AR según criterios ACR/EULAR 2010 del registro CRheAR (Cordobesian Rheumatoid Arthritis Registry) del HURS de Córdoba. Se definió multimorbilidad, según la OMS, como la presencia de dos o más enfermedades crónicas, además de la AR. Se recogieron comorbilidades incluidas en el índice de Charlson, además de otras como hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes mellitus, depresión, osteoporosis, enfermedad pulmonar intersticial y patología tiroidea. Otras variables: actividad de la enfermedad, tratamientos actuales y previos, FR y ACPA, erosiones, nódulos. Aná-

lisis estadístico: análisis descriptivo, bivalente y regresión logística multivariante para evaluar variables asociadas de forma independiente a multimorbilidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 233 pacientes, con una edad media de 63,6 (13,4) años y un 70,4% eran mujeres. Más de un 70% eran ACPA y FR positivo. Un 99,1% habían usado algún FAMEs y un 42,1% algún FAMEb. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 13,7 años (11,6). 192 pacientes presentaban alguna comorbilidad. 151 (64,8%) presentaban multimorbilidad, y el índice de Charlson medio ajustado por edad fue de 2,9 (2,4). La morbilidad más frecuente fue la HTA (45,1%) y la DL (47,6%), seguido de osteoporosis (27,5%) y EPI (16,7%). De las comorbilidades incluidas en el índice de Charlson las más frecuentes fueron la enfermedad cardiovascular (14,2%) y las neoplasias (11,2%). En la tabla se muestran las diferencias entre pacientes con multimorbilidad y sin ella. El análisis multivariante mostró que el retraso en el diagnóstico de la AR [OR 1,31; IC95 (1,1-1,7)], la edad [OR: 1,2; IC95 (1,1-1,23)] y el número de terapias biológicas utilizadas a lo largo del seguimiento [OR: 2,7; IC95 (1,7-4,3)] se asociaban de forma independiente a multimorbilidad, ajustado por sexo.

Tabla 1. Diferencias entre pacientes con multimorbilidad y sin multimorbilidad

Variable	Multimorbilidad (n = 151)	No multimorbilidad (n = 82)	P
Edad (años), media (DE)	68,8 (11,5)	53,8 (10,9)	< 0,001
Sexo (mujer), n (%)	96 (63,6)	68 (82,9)	0,002
Tabaco alguna vez, n (%)	70 (46,3)	29 (35,4)	0,123
Tiempo evolución AR (años), media (DE)	14,5 (9,5)	12,1 (14,6)	0,196
Retraso diagnóstico (años), media (DE)	3,4 (11,1)	0,9 (1,4)	0,013
Factor reumatoide positivo, n (%)	112 (74,2)	61 (74,4)	0,971
Factor reumatoide, media (DE)	145 (205)	156 (313)	0,805
ACPA positivo, n (%)	110 (72,8)	63 (76,8)	0,558
ACPA, media (DE)	240 (260)	260 (309)	0,674
Erosiones, n (%)	58 (38,4)	32 (39,02)	0,926
Nódulos, n (%)	13 (8,6)	11 (13,4)	0,249
DAS28-VSG, media (DE)	2,7 (1,1)	2,6 (1,1)	0,648
SDAI, media (DE)	10,5 (10,3)	8,4 (6,9)	0,086
CDAI, media (DE)	8,7 (7,2)	7,5 (6,3)	0,226
FAMEs al corte, n (%)	99 (65,6)	70 (85,4)	0,002
FAMEs alguna vez, n (%)	147 (98)	82 (100)	0,292
FAMEb al corte, n (%)	66 (97,3)	26 (31,7)	0,006
FAMEb alguna vez, n (%)	71 (47,01)	27 (32,9)	0,024
Índice de Charlson, media (DE)	1,5 (1,7)	0,3 (0,6)	< 0,001
Índice de Charlson ajustado por edad, media (DE)	3,9 (2,3)	1,2 (1,3)	< 0,001

Conclusiones: En nuestra cohorte la presencia de multimorbilidad fue elevada (64,8%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad pulmonar intersticial y osteoporosis. El retraso en el diagnóstico de AR, la edad y el número de terapias biológicas usadas se asociaron de forma independiente a la presencia de multimorbilidad.

P151. LA COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LOS JAK CON TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS COMO OPCIÓN SEGURA Y EFICAZ EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA RESISTENTE A MÚLTIPLES FÁRMACOS

Guadalupe Morote Ibarrola, Mohammad Usman Aamir, Amina Gsel, Bridgette Connaughton, Eleanor Sheehy y John J. Carey

Galway University Hospitals. Galway. Irlanda.

Introducción: El tratamiento de las artritis inflamatorias ha mejorado en los últimos años con el desarrollo y aprobación de nuevas y eficaces terapias biológicas y no biológicas. Sin embargo, aún son necesarios nuevos progresos, especialmente para aquellas formas severas y multirresistentes (AIMR). La combinación de biológicos e inhibidores de las JAK (CBJ) resulta, en este aspecto, un área de especial interés y que requiere ser investigada¹.

Objetivos: Revisar la eficacia y seguridad de la combinación CBJ en nuestro centro en los últimos 6 años.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes en seguimiento en nuestro Servicio desde 2017 a 2023.

Resultados: 80 pacientes (< 1% de los seguidos en nuestro Servicio) fueron tratados con una combinación de CBJ para su AIMR tras haber fallado a varios DMARDs convencionales sintéticos y biológicos. Tenían una edad media de 59 años (rango 25-87) y 56 eran mujeres. 46 tenía artritis reumatoide (RA) y 34 alguna espondiloartropatía (28 psoriásica, 4 espondilitis anquilosante, y 2 asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal). Cuatro pacientes (1 RA) no comenzaron con CBJ, 19 los suspendieron: 10 debido a eventos adversos, 7 por pérdida de eficacia y 2 por falta de adherencia al tratamiento. 19 sufrieron uno o más eventos adversos, principalmente infecciones leves-moderadas o síntomas gastrointestinales. Un paciente con AR y afectación pulmonar murió de COVID y otro de carcinoma metastásico de origen desconocido. EL 75% de los que comenzaron la terapia combinada continúan con el tratamiento y están satisfechos con él.

Resumen de la cohorte de pacientes y sus *outcomes*

Características	Artritis reumatoide	Espondiloartropatía
Número (%)	46 (57)	34 (43)
Mujeres (%)	34 (72)	22 (65)
Edad media en años (rango)	65 (33-87)	52 (25-81)
Duración media de la enfermedad en años (rango)	15 (1-43)	13 (4-29)
Número de DMARD no biológicos previos a CBJ	3 (1-6)	2 (0-7)
Número de DMARD biológicos previos a CBJ	3 (0-8)	3 (0-8)
Duración media de CBJ en meses (rango)*	24 (1-72)	19 (1-55)
Criterios EULAR de Buena o muy buena respuesta a CBJ (%)*	38 (81)	25 (80)

Expresa el % de aquellos que comenzaron el tratamiento.

Conclusiones: La combinación de biológicos e inhibidores de las JAK parece una opción segura y eficaz para pacientes con artritis inflamatoria resistente a múltiples tratamientos. Son necesarios estudios más extensos que aporten más información acerca de esta opción terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. EULAR Recommendations for the Management of Rheumatoid Arthritis: 2022 Update.

P152. A PATIENT REPORTED OUTCOMES BASED REFERRAL FORM TO IDENTIFY PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND FACILITATE EARLY REFERRAL FROM PRIMARY CARE: PRELIMINARY RESULTS

Isabel Castrejon^{1,2,3}, Teresa Schiaffino^{2,4}, Tamara del Río², Camille Bourgeois¹, Marina Sánchez-Lucas¹, Juan Molina-Collada^{1,2}, Julia Martínez-Barrio^{1,2}, Javier Rivera^{1,2} and Jose-Maria Alvaro-Gracia^{1,2,3}

¹Rheumatology Department. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Rheumatology. Madrid. ³Complutense University of Madrid. Department of Medicine. Madrid. ⁴Immunology Department. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid.

Introduction: Early referral to rheumatology of patients with symptoms suspicious for progression to rheumatoid arthritis (RA) is recommended for an early diagnosis and intensive treatment during the window of opportunity¹. However, the non-specific symptoms early in the disease and the lack of confidence can be a challenge for primary care physicians (PCPs) in order to adequately refer patients.

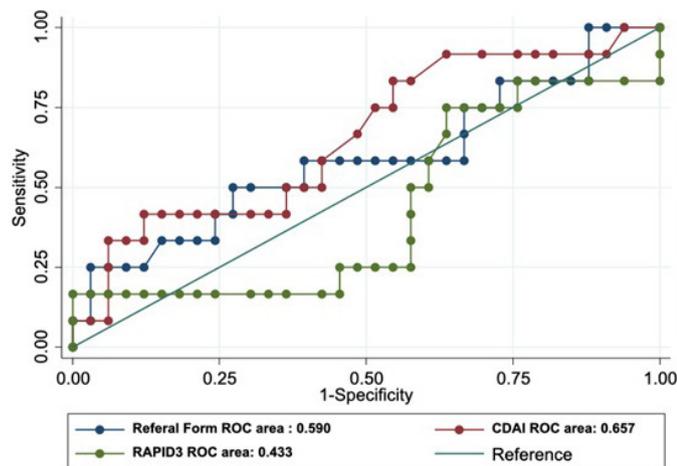
Objectives: To validate a referral form based only on patient reported outcomes (PROs) easily completed by patients as a tool to improve referral of patients with suspected RA by PCPs.

Methods: An early arthritis clinic (EAC) with direct access for PCPs in our area (180 in 11 primary care centres) was started in January 2022 for patients with suspected RA or undifferentiated arthritis. Referral criteria are strictly clinical, based on previous EACs, literature review and approved by a PCP committee. Patients can be referred if > 2 swollen joints, duration of symptoms < 2 years and no previous diagnosis by a rheumatologist explaining the symptoms. At baseline, patients complete a referral form based on PROs and a multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ) on a tablet. The referral form include an evaluation of affected joints, symmetry, morning stiffness, age and family history. In addition, a physical exam including joint counts and laboratory tests are performed. A descriptive analysis of the included patients by diagnostic group is presented. A receiver operating characteristic (ROC) analysis was performed to evaluate the ability of the referral form to discriminate between RA and other diagnosis.

Results: From January to December 2022, 50 (31%) over 164 patients fulfilled the inclusion criteria: 14 (28%) with RA, 23 (46%) with undifferentiated arthritis and 13 (26%) with other diagnosis. A detailed description by diagnosis is presented in the table. Patients in the RA group were older, with higher levels of ESR and CRP. Disease activity according to DAS28, CDAI and RAPID3 was moderate in the 3 groups. A comparison was performed to evaluate how the referral form discriminate RA from other diagnosis with an area under the curve of 0,5896, larger than the one for RAPID3 (0,4331) also based only on PROs, but smaller than the one for CDAI (0,6566) which require a physician's global assessment of disease activity and joint counts (fig.).

Patients demographics and clinical characteristics

	Rheumatoid Arthritis N = 14 (28%)	Undifferentiated Arthritis N = 23 (46%)	Other diagnosis N = 13 (26%)
Age, mean (SD)	53.5 (17.3)	44.4 (10.1)	52.9 (12.6)
Female, n (%)	11 (78%)	17 (74%)	6 (46%)
Rheumatoid Factor, n (%)	169 (190)	52 (63)	30 (33)
ACPA, n (%)	470 (968)	88 (250)	25 (0.4)
ESR, mean (SD)	30.9 (19.9)	16.0 (13.4)	25.0 (26.3)
CRP, mean (SD)	1.5 (3.0)	0.5 (0.2)	0.8 (0.7)
PATGL, mean (SD)	4.7 (2.9)	4.4 (2.7)	6.4 (2.7)
DOCGL, mean (SD)	2.1 (2.5)	1.6 (1.9)	1.8 (2.7)
Referral Score, mean (SD)	15.2 (11.5)	14.2 (10.7)	12.1 (7.5)
DAS28-CRP, mean (SD)	2.6 (0.9)	2.1 (0.6)	2.5 (0.8)
CDAI, mean (SD)	10.9 (9.5)	6.7 (5.9)	8.2 (7.1)
RAPID3, mean (SD)	11.0 (17.3)	8.9 (6.2)	15.8 (4.7)



ROC curves comparison for the referral form, RAPID3 and CDAI.

Conclusions: Our preliminary results show that a referral form based only on PROs and easily completed by patients on a tablet, can be useful to discriminate patients with RA. This tool may guide PCPs for an early referral of patients with suspected RA.

Acknowledgements: Approved by the HGUGM CEIC (02-08-2021, acta 03/2021). This work was supported by the following grants: PI20/00847 and RD21/0002/0034 from Instituto de Salud Carlos III and co-financed by the European Regional Development Fund. IC received funding for protected research time from the Spanish Society of Rheumatology (SER).

REFERENCES

1. van Steenberg HW, Aletaha D, Beart-van de Voorde LJJ, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:491-6.

P153. MARCADORES DE ACTIVACIÓN NEUTROFÍLICA (CALPROTECTINA Y NETS PLASMÁTICOS) Y SINOVITIS ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO O INHIBIDORES DE LA JAK

Andrés Ponce Fernández¹, Beatriz Frade-Sosa¹, Julio Ramírez¹, Sandra Myriam Farietta Varela¹, Estibaliz Ruiz-Ortiz², Odette Viñas², Jordi Yagüe², Josep M Auge³, Ana Azuaga¹, Juan C. Sarmiento-Monroy¹, Rosa Morlà¹ Virginia Ruiz-Esqueda¹, Patricia Corzo¹, Nuria Sapena¹ Yolanda Romero¹, Juan de Dios Cañete¹, José A. Gómez-Puerta¹ y Raimón Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología. ICEMEQ. Hospital Clínic de Barcelona. ²Immunologia-Autoimmunitat. Centre de Diagnòstic Biomèdic. Hospital Clínic de Barcelona. ³Oncobiologia Citoquines. Centre de Diagnòstic Biomèdic. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Estudios previos han demostrado relación entre la sinovitis medida por ecografía (US) y la calprotectina plasmática en pacientes con artritis reumatoide (AR)¹. Las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) pueden desempeñar un papel patogénico en la AR², pero no está clara su relación con la actividad de la enfermedad. No se ha analizado previamente la asociación entre los NETs y la sinovitis medida por US en la AR.

Objetivos: Analizar si la calprotectina plasmática y los NETs están asociados con la inflamación sinovial medida por US en pacientes con AR establecida en tratamiento con terapias biológicas o inhibidores de la JAK (JAKi).

Métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron consecutivamente pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) en tratamiento con inhibidores de la IL6 (IL6i), JAKi, inhibidores del TNF (anti-TNF) o rituximab (RTX), independientemente de la actividad de la enfermedad y de la terapia previa recibida. Se evaluaron los índices clínicos de actividad de la enfermedad (DAS28, SDAI, CDAI), los parámetros de laboratorio de inflamación, incluida la PCR de alta sensibilidad (hsCRP) y la calprotectina. Se determinaron los niveles plasmáticos de elastasa-ADN (EN-ADN) y complejo histona-ADN (H3-ADN) (remanentes de NETs) mediante ELISA propio. Se practicó US de manos, calculándose una puntuación de hipertrofia sinovial (HS) y de señal *power doppler* (PD) así como la puntuación total. Se definió como sinovitis activa una puntuación de HS ≥ 2 y señal PD ≥ 1³. Se estudió la correlación entre los marcadores de activación neutrofílica y las puntuaciones ecográficas.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes (91% mujeres, 86% seropositivos (FR y/o ACPA) edad media 55,4 años y duración media de 15,4 años). 78 recibieron biológicos (45 IL6i, 30 antiTNF y 3 RTX) y 23 JAKi. La media de DAS28, CDAI y SDAI fue 3,19, 12 y 13 respectivamente. La remisión o la baja actividad (CDA < 10) se encontró en 56 pacientes (54,5%). La puntuación total ecográfica fue de 12,7 ± 13,7 y la sinovitis US activa se vio en 69 pacientes (69,8%). Los niveles medios de calprotectina plasmática fueron de 0,98 µg/ml ± 1,4 y los niveles plasmáticos de NETs fueron 1,1 ± 0,4 (EN-DNA) y 0,9 ± 0,08 (H3-DNA). Los niveles plasmáticos de NETs no se correlacionaron con ninguna de las puntuaciones ecográficas, mientras que la calprotectina plasmática sí se correlacionó moderadamente (entre 0,54 y 0,60, p < 0,001). No se observó correlación entre los NETs y la calprotectina. Mientras que los pacientes con sinovitis US activa presentaron niveles

Tabla P153

Características clínicas, ecográficas y de laboratorio

	IL6i (n 45)	JAKi (n 23)	AntiTNF (n 30)	RTX (n 3)	Total (n 101)
Edad	56,4 ± 11,3	53,9 ± 12,5	55,4 ± 13,1	50,9 ± 14,3	55,4 ± 12,1
Mujer	42 (93,3)	20 (87)	27 (90)	3 (100)	92 (91,1)
Seropositiva (ACPA/FR)	39 (86,7)	22 (95,7)	23 (76,7)	3 (100)	101 (86,1)
Duración (años)	16,4 ± 8,1	12,2 ± 9,3	16,5 ± 11,6	14,6 ± 8,5	15,4 ± 9,51
28TJC	4,1 ± 5,8	3,7 ± 5,4	2,3 ± 3,7	14,3 ± 2,1	3,8 ± 5,4
28SJC	1,6 ± 2,3	2,0 ± 2,7	2,2 ± 0,5	9,3 ± 0,5	1,8 ± 2,7
DAS28	2,8 ± 1,2	3,7 ± 1,4	3,1 ± 1,1	6,3 ± 0,6	3,2 ± 1,3
CDAI	12,0 ± 10,6	12,4 ± 9,3	9,9 ± 9,4	40,1 ± 0,8	12,3 ± 10,1
SDAI	12,4 ± 10,7	13,1 ± 9,6	11,03 ± 11,1	42,8 ± 3,08	13,04 ± 11,6
hs PCR (mg/dL)	0,1 ± 0,2	0,4 ± 0,43	0,7 ± 2,5	2,3 ± 2,6	0,45 ± 1,4
Calprotectina plasma (µg/ml)	0,73 ± 0,64	0,93 ± 1,02	1,25 ± 2,24	2,47 ± 1,45	0,98 ± 1,45
EN-DNA	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,6	0,9 ± 0,1	1,1 ± 0,4
H3-DNA	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0,8 ± 0,5	1,1 ± 0,4
Hipertrofia Sinovial	6,20 ± 5,6	7,6 ± 7,6	6,83 ± 6,6	32,7 ± 8,1	7,5 ± 7,8
Power Doppler	4,9 ± 5,0	5,0 ± 6,1	4,35 ± 6,0	20,0 ± 10,5	5,2 ± 6,2
Total (HS+PD)	11,1 ± 10,3	12,6 ± 13,4	11,1 ± 12,4	52,7 ± 15,8	12,7 ± 13,6

Resultados en media ± desviación estándar o número de pacientes (%).

de calprotectina significativamente más elevados (1,28 ± 1,64 vs. 0,35 ± 0,18 µg/ml, p < 0,001) no sucedió así con la determinación de NETS (datos no mostrados.) La falta de correlación entre los NETS y las puntuaciones ecográficas se observó en todos los grupos terapéuticos.

Conclusiones: La calprotectina plasmática, y no los NETS, está asociada con la inflamación sinovial medida por US en pacientes con AR establecida en tratamiento con biológicos o JAKi. Estos dos marcadores de activación neutrofílica jugarían un papel patogénico diferente en la AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frade-Sosa B, et al. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2022.
2. Song et al. Frontiers in Immunology. 2021.
3. Ramirez J, et al. Arthritis Res Ther. 2014.

P154. INCIDENCIA, GRAVEDAD Y MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD BIOLÓGICO Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS

Gonzalo Jurado Quijano, A. Fernández Reboul-Fernández, J. Rodas Flores, I. Fernández-Maeztu Palacín, J.J. Pérez Venegas y B. Hernández Cruz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inmunomediada con un riesgo de infección que duplica el de la población sin AR. El riesgo se incrementa en relación con la edad, número de infecciones previas y el tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad de tipo biológico (FAMEb) y sintético dirigidos (FAMEsd) y glucocorticoides (GCC). Es interesante conocer las características de la infección por SARS-CoV-2 y la mortalidad asociada en pacientes con AR.

Objetivos: Analizar el número de casos de infección por SARS-CoV-2. Conocer la gravedad de la infección en términos de número de hospitalizaciones, requerimiento de ingreso en UCI y mortalidad. Identificar factores de riesgo asociados a la infección.

Métodos: Serie de casos retrospectiva de una cohorte de pacientes con AR en tratamiento con FAMEb o FAMEsd. Se revisaron los pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) en tratamiento con FAMEb o FAMEsd desde diciembre 2019 hasta el 15 enero de 2022, atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena. Se recabaron variables relacionadas con la AR y con la infección.

Resultados: Se analizan datos de 565 pacientes de 59,9 ± 12,8 años; 454 (80%) mujeres, 465 (82%) con FR y/o ACPA positivo, con una AR de 14,1 ± 10,7 años de evolución. Se encontraron 64 (11,3%) casos de infección SARS-CoV-2. 6 (1,6%) requirieron ingreso en planta durante 6,6 ± 3,8 días y ninguno ingresó en UCI. Dos (22%) fueron tratados con

ventilación no invasiva y ninguno con ventilación mecánica invasiva. El tratamiento inmunosupresor recibido en los 6 meses previos a la infección por SARS-CoV-2 consistió en prednisona en 22 (34,3%) casos a dosis de 4,8 ± 1,7 mg/día; MTX en 23 (35,9%) pacientes a dosis de 14,7 ± 5,7 mg/semana; fármacos anti-TNF en 23 (39%); anti IL-6 en 17 (26%); Inhibidores de JAK en 14 (22%); rituximab en 5 (8%) y abatacept en 3 (5%) pacientes. En 32 (50%) de ellos no se informó vacunación previa frente al virus. De los vacunados, uno (3%) tenía una dosis; 8 (25%) 2 dosis y 23 (71%) 3 dosis. Se registraron 13 (2,3%) defunciones del total de la cohorte; de las que 1 caso (0,18%) falleció por COVID. Este caso fue una mujer de 80 años, con una AR de 60 años de evolución que tenía EPID y múltiples manifestaciones extraarticulares y múltiple comorbilidad asociada. Recibía tratamiento con GCC (7,5 mg/día) más baricitinib (2 mg/día). Los pacientes con infección SARS-CoV-2 tuvieron menor edad (57,3 ± 11,7 vs. 60,3 ± 12,9 años, p < 0,05) y menor tasa de vacunación (50% vs. 93%, p < 0,0001). No hubo asociación con el tipo de AR, presencia de manifestaciones extraarticulares (entre ellas EPID) ni el número, presencia o tipo de comorbilidades. Respecto a los tratamientos se encontró asociación de riesgo entre la exposición previa a GCC y el empleo previo de fármacos inhibidores de JAK y protectora con los fármacos anti-TNF.

Variable	AR con COVID		AR sin COVID		p
	n	%	n	%	
Sexo	52	81	402	80	0,8
FR+	50	83	402	82	0,8
ACPA+	43	70	377	78	0,8
Comorbilidades	49	77	365	73	0,3
Tabaquismo	7	11	82	18	0,1
Hipertensión	20	31	213	43	0,08
Diabetes	10	16	69	14	0,6
Dislipemia	19	30	164	33	0,6
Obesidad	14	28	81	19	0,1
EPID	5	7	45	9	0,7
Pulmón (asma + EPOC)	9	14	86	17	0,5
Tratamiento					
Glucocorticoides	22	34	0	0	0,04
FAMEsc	52	100	415	99	0,5
Metotrexato	51	100	403	99	0,7
Leflunomida	17	71	183	83	0,1
FAMEb	64	100	501	88	0,1
Anti-TNF	25	39	273	54	0,01
Anti-IL6	17	27	99	20	0,2
Rituximab	5	8	35	7	0,7
Abatacept	3	5	35	7	0,3
FAMEsd	14	22	58	12	0,02
Vacunación vs. SARS-CoV-2	32	50	500	99	0,0001
Defunciones	1	1,5	12	2	0,6
	Media	DE	Media	DE	
Edad (años)	57	11,9	60,3	12,9	0,05
Duración de la AR (años)	13,7	11,7	14,1	10,6	0,8
Duración del FAMEb/ FAMEsd (meses)	71,9	61,1	76,6	63,6	0,5

Conclusiones: La frecuencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con AR tratados con FAMEb y FAMEsd fue similar a la de la población general. La infección fue leve/moderada, sin encontrar incremento en hospitalizaciones, necesidad de ventilación asistida o número de ingresos en UCI respecto a lo informado en la literatura. La mortalidad fue baja. Como factor de riesgo se encontró la ausencia de vacunación. Si bien se encontró asociación entre la infección y la exposición a prednisona e inhibidores de JAK y protector del anti-TNF dichas asociaciones habrán de confirmarse en estudios prospectivos.

P155. PERFIL DE UTILIZACIÓN Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE ETANERCEPT INNOVADOR O BIOSIMILAR EN ARTROPATÍAS REUMÁTICAS INFLAMATORIAS, SEGÚN LA PAUTA DE TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA O ASOCIADO A FAMES Y/O CORTICOIDES ORALES

Ana Fernández-Reboul Fernández, I. Fernández-Maeztu Palacín, P. Muñoz Reinoso, J.L. Rodas Flores, E. Fernández Panadero y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La eficacia y seguridad de etanercept han sido demostradas en numerosos ensayos y han surgido un número creciente de biosimilares. En los últimos años, se han publicado estudios que sugieren la posibilidad de individualizar las dosis en pacientes de larga evolución, reduciendo la misma para alcanzar la dosis mínima eficaz!

Objetivos: Analizar el perfil de pacientes con artropatías inflamatorias en tratamiento con una pauta optimizada de etanercept según la práctica habitual de un hospital terciario, y analizar la supervivencia de dicha pauta según si se encontraban en monoterapia o en combinación con FAMES y/o corticoides.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluye pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartritis (EA) axial y periférica, artritis idiopática juvenil (AIJ) y otras, atendidos en el servicio de Reumatología del HUVM que han recibido tratamiento con etanercept innovador o biosimilar. El

periodo analizado fue entre enero de 2001 y enero de 2023. Definimos tratamiento optimizado como aquella pauta con menor dosis o más espaciada que la pauta indicada en ficha técnica. Se realizó estadística descriptiva y análisis de supervivencia según el modelo de Kaplan-Meier. Para el análisis estadístico se ha utilizado el software estadístico R *commander*. El protocolo fue aprobado por el CEIC.

Resultados. Se incluyeron 289 pacientes. El 86,2% de los pacientes habían realizado tratamiento previo con FAMES y el 21,5% con FAMEb, de estos últimos el 6,9% con más de uno. El 53,6% de los pacientes se encuentra actualmente en monoterapia. El 67,8% (n = 196) de los pacientes han tenido en algún momento el tratamiento optimizado (tabla). Proporcionalmente, el grupo de AIJ fue el que tuvo mayor porcentaje de casos con etanercept optimizado (78,9%), seguida de EA axial (77,1%). El 66,3% (n = 130) de los pacientes optimizados continúan con esta pauta de tratamiento. La pauta optimizada de etanercept se mantuvo una media global de 71,1 meses. La EA axial fue la patología en la que la optimización duró más tiempo, con el 100% de pacientes en monoterapia (tabla). El 37,9% de los pacientes abandonaron la optimización con niveles de actividad alta/moderada. Los resultados de la curva de supervivencia mostraron diferencias en función del fármaco (Enbrel®, Benepali® y Erelzi®) (p < 0,05), probablemente por el distinto tamaño muestral de cada grupo (fig. 1, tabla). Sin embargo, no hubo diferencias en función de la monoterapia o combinación con FAMES y/o corticoides (p = 0,3) (fig. 2), ni según el diagnóstico (fig. 3).

Conclusiones. Los resultados demuestran que etanercept innovador o biosimilar permite la optimización terapéutica manteniendo la eficacia en un 62,1% de nuestra población optimizada. No encontramos diferencias en la supervivencia de la optimización en función de la monoterapia o combinación con FAMES ± corticoides ni por grupo de patología.

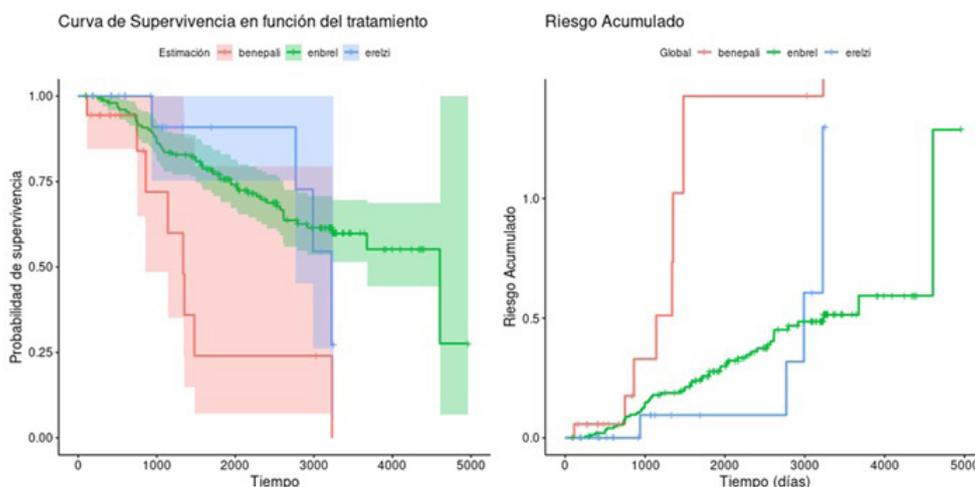
BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Cutillas J, *et al*. The use of adalimumab, etanercept, golimumab and infliximab in rheumatic pathologies: variation between label dosage and real-world use. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2015;15(5):851-8.

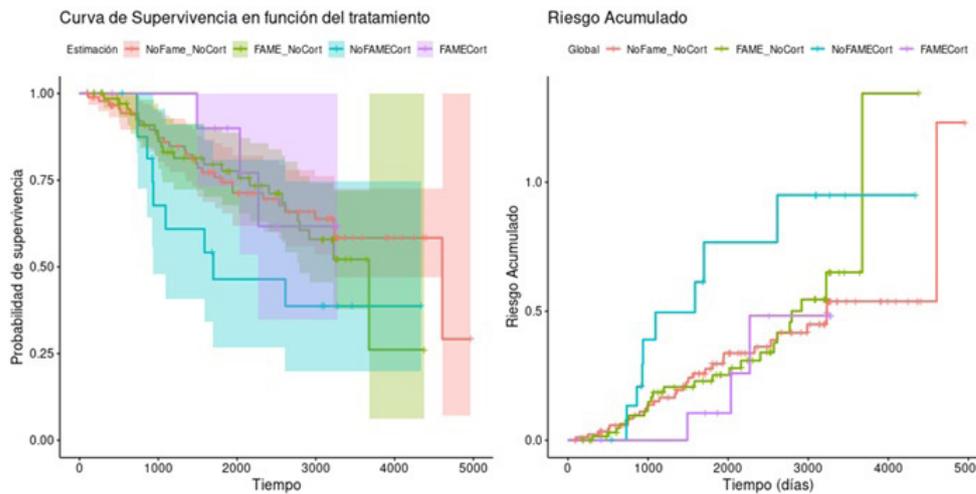
Tabla 155

Resumen de la distribución de la población estudiada y análisis descriptivo de la optimización por grupo de patología

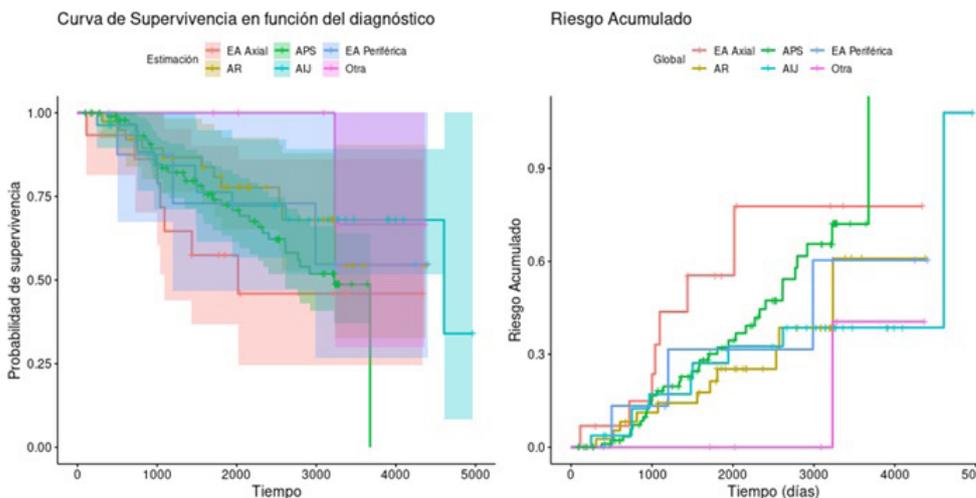
Patología	AR	APs	EA axial	EA periférica	AIJ	Otras	Total
Tamaño muestral, n (%)	145 (50,2%)	58 (20,1%)	35 (12,1%)	16 (5,5%)	20 (6,9%)	15 (5,2%)	289 (100%)
Optimizados total, n (%)	100 (51,0%)	39 (19,9%)	27 (13,8%)	9 (4,6%)	15(7,6%)	6 (3,1%)	196 (100%)
¿Continúan							
Sí	64 (32,6%)	28 (14,3%)	18 (9,2%)	6 (3,1%)	9 (4,6%)	5 (2,5%)	130 (66,3%)
No	36 (18,4%)	11 (5,6%)	9 (4,6%)	3 (1,5%)	6 (3,1%)	1 (0,5%)	66 (33,7%)
Duración de la optimización (meses, media)	60,8	65,8	82,7	72,7	51,3	93,3	71,1 (media global)
Fármaco							
Enbrel	92 (47,7%)	39 (20,2%)	28 (14,5%)	12 (6,2%)	15 (7,8%)	7 (3,6%)	193 (100%)
Benepali	31 (60,8%)	6 (11,8%)	4 (7,8%)	2 (3,9%)	3 (5,9%)	5 (9,8%)	51 (100%)
Erelzi	22 (50,0%)	13 (29,5%)	3 (6,8%)	2 (4,5%)	1 (2,3%)	3 (6,8%)	44 (100%)



P155 Figura 1. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier según fármaco. Las curvas de supervivencia son distintas en función del fármaco utilizado, p < 0,05.



P155 Figura 2. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier según monoterapia o combinación FAMES-corticoide. No se encontraron diferencias en función de si el paciente optimizado se encontraba en monoterapia o en combinación con FAMES y/o corticoides ($p = 0,3$).



P155 Figura 3. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier según el diagnóstico. No se encontraron diferencias significativas en función de la patología.

P156. ANTIFIBRÓTICOS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE 57 PACIENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Belén Atienza-Mateo¹, Ana Serrano-Combarro¹, María Martín López², Santos Castañeda³, Rafael B. Melero-Gonzalez⁴, Jesús Loarca Martos⁵, Natalia Mena Vázquez⁶, Carmen Carrasco-Cubero⁷, Carolina Díez Morrondo, David Castro Corredor⁹, Tomás Ramón Vázquez Rodríguez¹⁰, Andrea García Valle¹¹, Gema Bonilla¹², Marina Rodríguez López¹³, Juan Ramón de Dios¹⁴, Libe Ibarrola¹⁵, Carmen González Montagut¹⁶, Sergi Ordóñez¹⁷, Anahy M⁸ Brandy-García¹⁸, Fernando Lozano Morillo¹⁹, María López Lasanta²⁰, Cristina Campos²¹, Marta Garijo-Bufort²², Ivette Casafont-Solé²³, Mónica Calderón-Goercke²⁴, Carlota Iñiguez Ubiaga²⁵, Francisco Ortiz-Sanjuán²⁶, Emilio Giner-Serret²⁷, Ignacio Braña Abascal²⁸, Bryan Josué Flores-Robles²⁹, Mireia Moreno³⁰, Diego Ferrer³¹ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ⁷Servicio de Reumatología.

CHU Infanta Cristina. Badajoz. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital de León. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹⁰Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²¹Servicio de Reumatología. Consorcio Hospitalario General Universitario de Valencia. ²²Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. ²³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital José Molina Orosa. Lanzarote. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²⁷Servicio de Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. ³⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ³¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR). El abatacept y el rituximab son los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos más utilizados en la EPI-AR. Sin embargo, la EPI puede progresar a pesar de su administración. Un análisis de subgrupos del ensayo INBUILD ha demostrado un enlentecimiento en la disminución de la capacidad vital forzada (CVF) con el antifibrótico nintedanib (NINTE) en pacientes con EPI fibrosante progresiva asociada a enfermedades autoinmunes [Arthritis Rheumatol. 2022;74(6):1039-47].

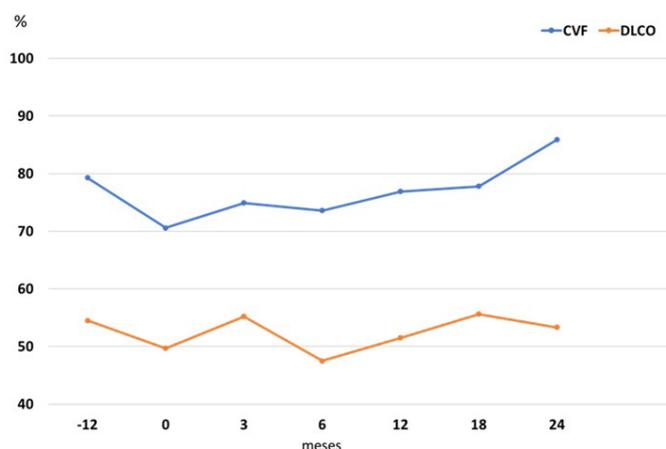
Objetivos: A) Evaluar la efectividad de los fármacos antifibróticos, NINTE y pirfenidona (PIRFE), en pacientes españoles con EPI-AR con fenotipo fibrosante progresivo en la práctica clínica (PC). B) Comparar el perfil de los pacientes con EPI-AR de la PC con los del subgrupo de EPI-AR del ensayo INBUILD.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional de pacientes con EPI-AR a los que se añadió NINTE o PIRFE debido al desarrollo de EPI fibrosante progresiva. Se recogieron las variables demográficas y clínicas de todos los pacientes. Estas características se compararon con las de los pacientes con EPI-AR del ensayo INBUILD (n = 89, 42 tratados con NINTE y 47 con placebo). La variable de desenlace principal fue la evolución de la CVF. Los resultados se expresan como porcentaje, media ± DE o mediana [RIC] según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (23 mujeres/34 hombres) (edad media; 69 ± 8 años) de la PC de varios hospitales nacionales. La mediana de duración de la EPI hasta el inicio de los antifibróticos fue de 48 [21-79] meses. NINTE fue el antifibrótico más utilizado (n = 52), combinado con tratamiento inmunosupresor en todos los casos: corticoides en 44, FAMEc en 16 (micofenolato de mofetilo = 6, leflunomida = 5, metotrexato = 3, hidroxiclороquina = 1, azatioprina = 1), FAMEb en 34 (abatacept = 26, rituximab = 6, anti-IL6R = 2) y JAKi en 4 (baricitinib = 2, tofacitinib = 1, filgotinib = 1). La CVF media fue de 79 ± 20 y de 71 ± 22 (%predicho) un año antes y en el inicio del NINTE, respectivamente. En la Tabla se muestra la comparación de pacientes con EPI-AR tratados con NINTE en la PC y en el ensayo INBUILD. La evolución de la CVF y la capacidad de difusión pulmonar del monóxido de carbono (DLCO) en la PC desde el año anterior al inicio del NINTE se muestra en la Figura. Tras una mediana de seguimiento de 15 [4-23] meses, no se observó descenso de los valores medios de la CVF ni de la DLCO. Además, el 84% de los pacientes presentó estabilización o mejoría de la disnea. NINTE se retiró en 9 pacientes debido a: eventos adversos gastrointestinales (n = 7), fallecimiento (n = 1) o riesgo de hemorragia (n = 1). PIRFE fue administrado en 5 pacientes (4 hombres), combinada con abatacept en 3 pacientes y metotrexato en 1. La CVF media fue de 72 ± 18 y de 70 ± 23 (%predicho) un año antes y en el inicio PIRFE, respectivamente. Al igual que con NINTE, se observó una estabilidad en la evolución de la función pulmonar. PIRFE se retiró en 2 pacientes debido a eventos adversos gastrointestinales.

Características basales de pacientes con EPI-AR y NINTE

	Práctica clínica (n = 52)	Ensayo INBUILD (n = 89, 42 NINTE, 47 PCB)
Edad, años media ± DE	69,0 ± 8,2	66,9 ± 9,6
Mujeres, n (%)	22 (42)	35 (39,3)
Tabaquismo, n (%)	39 (75)	57 (64)
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, años, media ± DE	4,8 ± 4,7	3,6 ± 3,2
FR, n (%)	47 (90)	ND
ACPA, n (%)	43 (83)	ND
CVF (% pred.), media ± DE	70,6 ± 21,7	71,5 ± 16,2
DLCO (% pred.), media ± DE	49,7 ± 13,6	47,7 ± 15,6
Escala de disnea (mMRC), mediana [RIC]	2 [2-3]	ND
Patrón de NIU en TCAR, n (%)	35 (67,3)	77 (86,5)
Tratamiento inmunosupresor concomitante, n (%)	52 (100)	79 (88,7)
Glucocorticoides	44 (84,6)	ND
FAME convencional	16 (30,7)	ND
FAME biológico	34 (65,4)	ND
JAKi	4 (7,7)	ND



Evolución de la CVF y DLCO en 52 pacientes con EPI-AR tratados con nintedanib en la práctica clínica habitual desde el año previo al inicio.

Conclusiones: Los antifibróticos, especialmente NINTE, parecen ralentizar la progresión de la EPI en pacientes con EPI-AR. En la PC, los pacientes reciben NINTE más tarde que en el ensayo clínico, pero los resultados son igualmente satisfactorios. La combinación de antifibróticos y FAMEs en la EPI-AR además de efectiva parece segura.

P157. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR Y EL VALOR DE KREBS VON DEN LUNGEN 6 EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEROPPOSITIVA

Irene Peralta García¹, Pere Serra Mitjà², María Martínez-Bujidos³, Pau Alcubilla⁴, Susana Holgado¹ e Ivette Casafont Solé¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) afecta al 0,5-1% de la población general. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a AR (EPID-AR) es su segunda causa de mortalidad, con una incidencia entre 1,06-4,1/1.000 pacientes. Recientemente se han publicado recomendaciones para el cribado de EPID-AR (Recomendaciones SER/SEPAR 2022) que se basan en factores clínicos y biológicos. Actualmente no disponemos de ninguna herramienta de cribado para su diagnóstico de rutina en práctica clínica habitual. En los últimos años se ha descrito la posible utilidad tanto de la ecografía pulmonar como de los valores de Krebs von den Lungen 6 (KL-6) para el diagnóstico de la EPID-AR.

Objetivos: Describir los hallazgos en ecografía pulmonar de pacientes con AR seropositiva. Analizar la relación de dichos hallazgos y los valores de KL-6 con la presencia de EPID-AR y su extensión por TC torácico de alta resolución (TCAR).

Métodos: Estudio exploratorio realizado en pacientes en seguimiento por Reumatología en un hospital de tercer nivel con AR seropositiva y TCAR reciente (< 2 años) que confirma o descarta EPID. A todos se les realizó una ecografía pulmonar simplificada, valorando 14 espacios intercostales, a cargo de un neumólogo experto ciego a los datos clínicos; se determinaron los niveles de KL-6 y se revisó la historia clínica y el TCAR.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (10 con EPID-AR y 10 con AR sin EPID). Las tablas describen las características de ambos grupos.

Tabla 1. Características clínicas y analíticas de la cohorte (n = 20)

Variable	EPID-AR (N = 10)	AR sin EPID (N = 10)	p
Edad, mediana (Q1,Q3)	75 (62,79)	75 (62,79)	
Sexo masculino, n (%)	7 (35)	2 (10)	
Fumador activo o exfumador, n (%)	7 (35)	5 (25)	
Tiempo de evolución AR, n ± DS	14,40 ± 6,99	21,10 ± 7,41	p = 0,05
Tiempo de evolución AR a EPID, n ± DE	10,20 ± 8,3	-	
DAS28-VSG, n ± DE	3,59 ± 1,33	3,03 ± 1,11	
Factor reumatoide + (> 10), n (%)	9 (45)	9 (45)	
Antipéptido cíclico citrulinado + (> 20), n (%)	8 (40)	9 (45)	
KL-6 (U/mL) ± DE	846,2 ± 468,3	487,1 ± 304,1	p = 0,028
FAMEs, n (%)	4 (20)	11 (55)	
FAMEb, n (%)	10 (50)	9 (45)	
Glucocorticoide actual, n (%)	7 (35)	5 (25)	

Debido al pequeño tamaño muestral, no fue posible medir la capacidad predictiva para EPID de ninguna de las variables analizadas de forma combinada, pero sí se realizaron varias observaciones. Los valores de KL-6 fueron superiores en el grupo EPID-AR (IC95% 467,18-866,11, p = 0,028). En la ecografía pulmonar se observó que todos los pacientes con > 10 líneas B/campo en algún cuadrante presentaban EPID (p = 0,003). La presencia de 5 a 10 líneas B/campo en algún cuadrante también resultó sugestivo de EPID (p = 0,002). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos para la presencia de irregularidades pleurales (p = 0,105), pero sí en la de engrosamientos pleurales (p = 0,035), siendo más frecuentes en el grupo EPID-AR. En nuestra cohorte, la afectación de campos anteriores por ecografía (paraesternal, medioclavicular y axilar anterior) es más frecuente en los pacientes con EPID-AR (fig.), pudiendo ser más específico de su presencia. Finalmente, se correlacionó la presencia de líneas B (5-10 y > 10 líneas/campo) en algún cuadrante con la extensión de la EPID en el TCAR. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de 5-10 líneas B/campo con la extensión por TCAR de cualquier grado y la presencia de > 10 líneas B/campo con afectación únicamente moderada o extensa (p = 0,001).

Conclusiones: En pacientes con AR la presencia en la ecografía de tórax de > 5 líneas B/campo es altamente sugestiva de EPID, siendo prácticamente definitoria cuando hay > 10 líneas B/campo. Existe una correlación entre la extensión por ecografía y por TCAR. La pre-

sencia de engrosamientos pleurales es más frecuente en los pacientes con EPID-AR que en los controles, no siendo así para la presencia de irregularidades pleurales. Podría ser que los campos anteriores fueran más específicos para la presencia de EPID-AR. Los valores de KL-6 fueron mayores en los pacientes con EPID que en los controles. Es necesario ampliar la muestra para poder confirmar dichas afirmaciones.

Tabla 2. Hallazgos en ecografía torácica y TCAR

Ecografía pulmonar	
Número de líneas B/campo	n (%)
< 3	4 (20)
3-5	13 (65)
5-10	11 (55)
> 10	6 (30)
Irregularidades pleurales	17 (85)
Engrosamiento pleural TCAR	11 (55)
Patrón EPID	
	n (%)
Neumonía intersticial usual	5 (50)
Neumonía intersticial no específica	3 (30)
Incipiente	2 (20)
Extensión por TCAR	
	n (%)
Leve (< 20%)	5 (50)
Moderada (20-50%)	3 (30)
Extensa (> 50%)	2 (20)

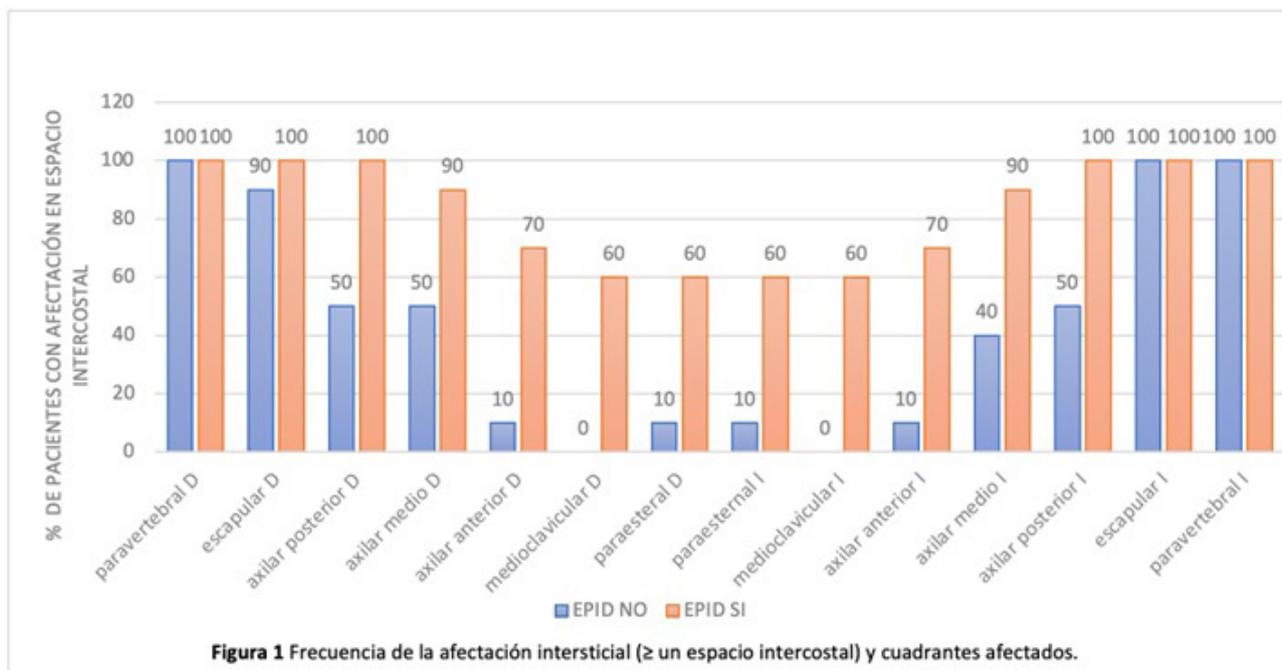


Figura 1 Frecuencia de la afectación intersticial (≥ un espacio intercostal) y cuadrantes afectados.

P158. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTE Y MÉDICO EN LA PERCEPCIÓN DE LA FATIGA Y LA DEPRESIÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Rosa María Morlá Novell, Beatriz Frade-Sosa, Núria Sapena Fortea, Chafik Chacur, Jose A. Gómez-Puerta y Raimon Sanmartí

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Se han descrito diferencias entre la percepción de la actividad de la artritis reumatoide (AR) por parte de los médicos y por parte de los pacientes. La fatiga y la depresión son dos de las comorbilidades informadas como síntomas importantes que experimentan los pacientes en relación a la enfermedad; sin embargo, no se evalúan sistemáticamente en la práctica clínica.

Objetivos: Estudiar la valoración de enfermedad de los pacientes y los médicos referente a estas dos comorbilidades además de en otras variables (biológicas, clínicas y autoinformadas) de actividad de enfermedad en un grupo de pacientes con AR establecida.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR, 2010) en seguimiento por la Unidad de Artritis de manera consecutiva durante 3 meses, que aceptaron participar en este estudio y que cumplimentaron 3 cuestionarios: 1. Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ), que incluye: 0-10 función física (FN) según HAQ modificado (0-10), escala analógica visual (EVA) 0-10 para dolor (PN), EVA 0-10 para fatiga (EVA-Fatiga) en la pregunta 9; fatiga elevada ≥ 53 y la evaluación global del paciente (VGP) para calcular el índice de actividad RAPID3, una revisión de 60 síntomas (ROS60) y la autoevaluación de 48 articulaciones periféricas (RADAI48). 2. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-FS), 13 preguntas con puntuación de 0-4 y global de 0-52; puntuaciones más bajas indican peor fatiga. 3. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9), 10 preguntas para cribado de depresión (PHQ9 ≥ 10). Se recogieron variables del examen físico articular (NAD28, NAI28), pruebas de laboratorio (PCR, VSG), índices compuestos de actividad de la enfermedad EULAR (DAS28PCR, DAS28VSG, CDAI y SDAI), demográficos (sexo, edad, IMC), características de la enfermedad del paciente y la evaluación global de la enfermedad por el médico (VGM). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y la correlación de Pearson entre VGM y VGP con el resto de variables estudiadas.

Resultados: Se reclutaron un total de 75 pacientes (84% mujeres) con AR, con una edad media de $62 \pm 11,6$ años, una duración media de la enfermedad de $14,6 \pm 5$ años y un IMC medio de $22,8 \pm 8,0$. El 64% estaban en tratamiento con FAMES biológicos y el 45,3% recibían tratamiento con glucocorticoides. Se observó depresión (PHQ9 ≥ 10) en 12 pacientes (16%) y en 31 pacientes (41,2%) se observó una fatiga elevada (VAS-fatiga $\geq 5/10$). La correlación entre la VGP y la fatiga medida con la EVA-fatiga ($r = 0,604, p < 0,001$) y para depresión con PHQ9 ≥ 10 ($r = 0,616, p < 0,001$) fue buena, y casi buena para FACIT-FS ($r = -0,517, p < 0,001$). En cambio, la correlación entre VGM fue menor con la fatiga (FACIT-FS): $r = -0,428, p < 0,001$; VAS-Fatiga: $r = 0,451, p < 0,001$ y con la depresión (PHQ9: $r = 0,477, p < 0,001$). La

correlación del resto de variables estudiadas (DAS28PCR, DAS28VSG, CDAI, SDAI, NAD28, NAI28, PCR, VSG y ROS60) fue menor para VGM que para VGP, excepto para NAI28 (tabla).

Conclusiones: La percepción del estado de la enfermedad por parte del paciente se correlaciona mejor que la percepción del médico con estas dos importantes comorbilidades asociadas a la AR, así como con los índices de actividad de la enfermedad. La evaluación de fatiga y depresión mediante escalas o cuestionarios debería tenerse en cuenta en la rutina clínica de los pacientes con AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inciarte-Mundo J. Ann Rheum Dis. 2020;79(Suppl 1).
2. Katz P. Arthritis Care Res. 2016.
3. Tournadre A. Joint Bone Spine. 2019.

P159. SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAK EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA: RIESGO INFECCIOSO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON IJAK

María José Pérez Quintana, M.C. Trapero Pérez, M. Berrocal Acedo, M.N. Roldán Ruiz y J. Uceda Montañés

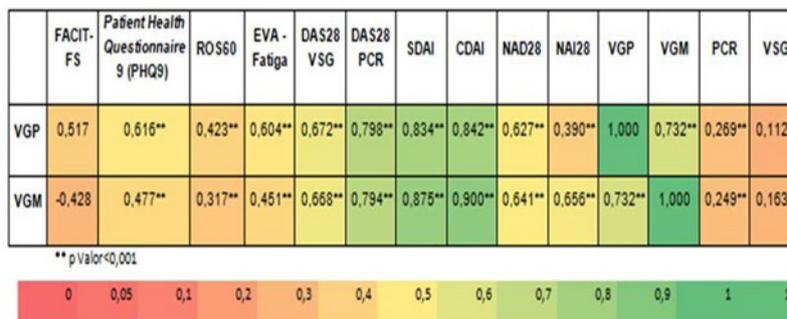
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La seguridad de los fármacos inhibidores de JAK (iJAK) con respecto a complicaciones infecciosas está ampliamente respaldada por ensayos clínicos sólidos. Aun así, conviene conocer el comportamiento de los iJAK en condiciones de práctica clínica habitual de cara a establecer estrategias adecuadas de prevención.

Objetivos: Describir los efectos adversos infecciosos (Eai) durante el tratamiento con iJAK para todas sus indicaciones en Reumatología y evaluar su supervivencia en relación con la aparición de estos Eai.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con enfermedades inflamatorias articulares (AR, APS y EspA) tratados con iJAK en seguimiento por la UGC de Reumatología del H. Virgen de Valme.

Resultados: Se trata de una muestra de 213 pacientes (164 M, 49H) tratados con iJAK: 88 (41,31%) con upadacitinib (UPA), 77 (36,15%) con tofacitinib (TOF), 28 (13,15%) con filgotinib (FIL) y 20 (9,39%) con bari-citinib (BAR). Un 37,56% eran tratados en monoterapia y un 62,44% con FAME combinado. El 60,09% recibió tratamiento esteroideo durante el seguimiento (un 72,66% a dosis $< 7,5$ mg prednisona/24h, y un 27,34% a dosis $\geq 7,5$ mg prednisona/24h). Se registran 130 procesos infecciosos en 67 pacientes (31,45%). De ellos 26 (38,80%) recibían UPA, 21 (31,34%) TOF, 10 (14,93%) FIL y 10 (14,93%) BAR. Las infecciones más frecuentes fueron las respiratorias (43,85%), siendo un 52,63% de vías altas, un 17,54% de vías bajas, un 26,32% COVID-19 y un 1,75% infección gripal. Las segundas más frecuentes fueron las herpéticas (14,62%, 11 de ellas por VVZ de las que 2 fueron oftálmicos) e infecciones urinarias (ITU, un 14,62%), seguidas de las infecciones de piel y partes blandas (10%), digestivas (4,62%), infecciones ORL (3,85%), odontológicas (3,85%), genitales (1,54%) y otras oftalmológicas (0,77%). Se han observado 7 Eai graves en 7 pacientes (5,38% del total, de edad media 58,71 años) que precisaron hospitalización (1 de ellos



P158 Figura. Mapa de calor de correlación entre la evaluación global del paciente (VGP), evaluación global del médico (VGM) e índices de fatiga, depresión, evaluación clínica y actividad de la enfermedad.

en UCI), de los que 4 (57,14%) eran mujeres y 3 (42,86%) hombres. De ellos 3 eran tratados con UPA, 3 con TOF y 1 con BAR; un 85,71% recibía tratamiento combinado con FAMEs y un 71,42% con corticoides (el 60% a dosis $\geq 7,5$ mg prednisona/24h). De los EAi graves 5 fueron infecciones respiratorias (71,43%), 1 COVID-19, 1 infección de piel y partes blandas (absceso) y 1 infección digestiva. El tratamiento con iJAK se suspendió en 112 pacientes: en 53 (47,32%) por ineficacia, en 53 (47,32%) por EA (11 por EAi -9,82%- y 42 por EA no infeccioso -37,5%-, destacando la intolerancia digestiva y las reacciones de hipersensibilidad como causas más frecuentes) y 6 (5,36%) por FRCV. De los 11 pacientes que suspendieron iJAK (8 TOF, 2 UPA y 1 BAR) por EAi, 5 fueron por EAi graves, 3 por VVZ y por 3 infecciones de repetición (las más frecuentes respiratorias e ITU).

Conclusiones: Los EAi han sido los segundos EA observados más frecuentes, la mayoría de tipo leve-moderado, ocasionando únicamente 7 EAi graves en 213 pacientes y ningún *exitus*. En línea con otras series, los EAi más frecuentes fueron las infecciones respiratorias, seguidas de las herpéticas, reafirmando así las recomendaciones actuales de vacunación frente a microorganismos causantes de infecciones respiratorias y VVZ en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor. La edad, el tratamiento concomitante con otros FAMEs y el tratamiento esteroideo (aún más a dosis $\geq 7,5$ mg/24h PDN) se postulan como factores de riesgo asociados a EAi graves en pacientes tratados con iJAK.

P160. CAMBIO EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA NEUTROPENIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL SIGLO XXI ¿CONSECUENCIA DE LA ESTRATEGIA TREAT TO TARGET?

Jorge Luis Rodas Flores, B. Hernández-Cruz, I. Fernández-Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández, E. Fernández Panadero y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La neutropenia en pacientes con artritis reumatoide es un fenómeno que se observa en la práctica clínica, pero importante a tener en cuenta por la posibilidad de ocasionar dificultades en el correcto manejo de la enfermedad. Su complicación más frecuente es la presencia de infecciones que pueden ser fatales. La etiología de la neutropenia es variada: farmacológica, autoinmune (síndrome de Felty), hematológica, infecciosa, etc.

Objetivos: Describir la frecuencia de neutropenia en una muestra de pacientes de práctica clínica habitual del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) en pacientes con artritis reumatoide (AR), identificar sus características clínicas, biológicas e inmunológicas, haciendo especial énfasis en su etiología y relación con los tratamientos.

Métodos: Se seleccionó una muestra aleatoria calculada según la prevalencia estimada de neutropenia del 10% de la base de datos de enfermos con AR atendidos en el servicio desde enero de 2014 hasta noviembre de 2022. Se recabaron datos demográficos, clínicos, laboratorio y específicos de neutropenia a partir de la historia clínica digitalizada. Se definió episodio de neutropenia si el recuento absoluto de neutrófilos (RAN) era menor a 1.500/mm³ en una determinación; aguda si la neutropenia persistía < 3 meses y crónica si persistía ≥ 3 meses. El Síndrome de Felty se definió como una AR con ACPA o FR positivo más neutropenia atribuida a la actividad. El diseño del estudio fue observacional, retrospectivo y analítico. Se realizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: De una base de 858 pacientes con AR se seleccionaron aleatoriamente 270 (30%). Se encontró al menos un episodio de neutropenia en 50 enfermos (18,5%), con un total de 99 episodios. El DAS28 al momento de la neutropenia tuvo una mediana de 2,18 (p25 1,76-p75 2,96). A continuación, detallamos los 99 episodios de neutropenia de los que en 58 fue aguda y en 41 crónica. El RAN más bajo alcanzó una mediana de 1,240 (p25 1,000- p75 1,390) mm³. En

32 (32%) hubo otra citopenia asociada. En los 50 enfermos se registraron 12 infecciones (12%), la mayoría de carácter leve a excepción de una neumonía por *K. pneumoniae* y una queratitis herpética. La etiología fue atribuida a fármacos en 82 (83%), a la AR en 13 (13%), a infecciones virales en 3 (3%), a neoplasia hematológica en 1 (1%). Los fármacos asociados al episodio de neutropenia se muestran en la tabla. De ellos 79% se asociaron con FAMEb, 62% en monoterapia sobre todo fármacos Anti-IL6 y 44 con FAMEsc, sobre todo MTX. De los 99 episodios de neutropenia 85 (86%) se habían resuelto y 14 (14%) persistían al momento del estudio; 59 (69%) de los episodios resueltos lo hicieron sin aplicar ninguna medida y 26 (31%) aplicando alguna intervención. Se identificaron 5 (1,8%) pacientes con probable síndrome de Felty, y solo uno mostró la triada clásica de AR, neutropenia y esplenomegalia.

Tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) asociados a los episodios de neutropenia

Tipo	Monoterapia n (%)	Combinación de FAMEsc n (%)	Combinación FAMEsc + FAMEb n (%)	Subtotal n (%)
Metotrexate	9 (20)	1 (2)	18 (41)	28 (64)
Leflunomida	3 (7)	1 (2)	6 (14)	10 (23)
Hidroxicloroquina	0	1 (2)	5 (11)	6 (14)
Total	12 (27)	3 (7)	29 (66)	44

Tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) asociados a los episodios de neutropenia

Tocilizumab	32 (40)	15 (19)	47 (59)
Etanercept	9 (11)	5 (6)	14 (18)
Adalimumab	3 (4)	4 (5)	7 (9)
Sarilumab	5 (6)	2 (2)	7 (9)
Infliximab	0	3 (4)	3 (4)
Rituximab	1 (1)	0	1 (1)
Total	49 (62)	29 (37)	79 (100)

Tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos (FAMEsd) asociados a los episodios de neutropenia

Baricitinib	2 (66)	0	2 (66)
Upadacitinib	1 (33)	0	1 (33)
Total	3	0	3 (100)

Otros tratamientos

Rucaparib	1 (50)	0	1 (50)
Carboxiplatino/ placitacel	1 (50)	0	1 (50)
Total	2 (100)	0	2 (100)

Conclusiones: Se encontró una prevalencia de neutropenia en pacientes con AR del 18,5%, valor mayor a lo descrito en la literatura. La mayoría fueron atribuidas a los FAMEs, de carácter leve, se resolvieron sin necesidad de intervención y no se asociaron a complicaciones graves. La frecuencia de síndrome de Felty se encontró dentro de la informada en la literatura y en la mayoría de los casos la triada clásica estuvo ausente. Destacó que en los pacientes con neutropenia tenían un nivel de actividad de la AR bajo o en remisión.

P161. IMMUNE RESPONSE AFTER SARS-CoV-2 VACCINATION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY IMMUNE-MEDIATED DISEASES ON IMMUNOSUPPRESSIVE TREATMENT

Chamaida Plasencia Rodríguez¹, Ana Martínez-Feito², Marta Hernández³, Pilar Nozal², Lucía del Pino Molina^{4,5}, Marta, Novella-Navarro¹, Yolanda Serrano^{4,5}, Miguel González Muñoz², Diana Peiteado¹, Gema Bonilla¹, Irene Monjo¹, Laura Nuño¹, Carolina Tornero¹, Eduardo López Granados² and Alejandro Balsa¹

¹Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid. ²Immunology. La Paz University Hospital. Madrid. ³Canarias University Hospital. Tenerife. ⁴Center for Biomedical Network Research on Rare Diseases (CIBERER U767). Madrid. ⁵Lymphocyte Pathophysiology in Immunodeficiencies Group. La Paz Institute for Health Research (IdiPaz). Madrid.

Table 161
Patients' characteristics

	Controls (n = 38)	TNFi (n = 45)	RTX (n = 31)	Anti-IL6R (n = 5)	JAKi (n = 5)
Demographic and clinical characteristic					
Sex (female)*	30 (79%)	19 (42%)	27 (87%)	4 (80%)	5 (100%)
Age +	48 ± 14	53 ± 13	61 ± 12	52 ± 22	56 ± 10
BMI+	24 ± 2.4	26 ± 6.4	27 ± 5.4	26 ± 8.5	21 ± 1.6
Diagnosis					
RA*	---	15 (33%)	27 (54%)	3 (60%)	5 (100%)
SpA*	---	20 (45%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
PsA*	-	10 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Conectivopathies*	---	0 (0%)	4 (13%)	2 (40%)	0 (0%)
Treatment					
Methotrexate use	-	23 (51%)	16 (52%)	2 (40%)	4 (80%)
Corticosteroids use	---	6 (13%)	14 (45%)	2 (40%)	1 (20%)
Antibody titers against the SARS-CoV-2 vaccine					
After 2 ^a vaccine dose (UI/ml)	805.6 (405-932)	101 (43-204)	3.9 (0-46)	64 (61-64)	40 (18-40)
After 3 ^a vaccine dose (UI/ml)	-	79 (31.3 -204)	3.1 (0-27)	153 (12.4 -196)	35 (21-204)

Introduction: Some evidence indicates immunosuppressive therapy inhibits humoral response to vaccines. The degree to which this will translate to impaired COVID-19 vaccine responses is unclear and not all immunosuppressants have the same mechanism of action. It's important to elucidate whether these differences influence response to vaccines.

Objectives: To study the antibody-mediated protection and cellular response upon SARS-CoV-2 vaccination in patients with IMIDs treated with different types of immunosuppressive drugs.

Methods: This is an observational study including 86 patients with IMIDs [rheumatoid arthritis (RA), spondyloarthritis (SpA), psoriatic arthritis (PsA) and conectivopathies]. All patients were treated with b/tsDMARDs [TNF inhibitors (TNFi), rituximab (RTX), anti-interleukin 6 receptor (anti-IL6R) or JAK inhibitors (JAKi)]. Demographic, clinical, and treatment information were collected and also, the frequency and severity of SARS-CoV-2 infection. After 4-6 weeks of 2nd and 3rd vaccine dose, humoral response was assessed by the Thermo Scientific EISiA SARS-CoV-2-Sp1 IgG Test which was compared with data of 38 healthy controls (after 2nd vaccine dose). In addition, in patients with serum antibody levels under 100 UI/ml, we analysed the cellular response by the use of the QuantiFERON SARS-CoV-2 Starter Pack (Quiagen).

Results: A total of 86 patients (50 RA, 20 SpA, 10 PsA and 6 JAKi) under b/tsDMARDs and 38 healthy controls were included. Patients and controls' characteristics are in the table. Most patients received TNFi (45 with TNFi, 31 with RTX, 5 with anti-IL6R and 5 with JAKi). Anti-spike IgG antibodies were present in an 86% of the IMIDs patients and in 100% healthy controls (p = 0.017). However, 12 (14%) patients have undetectable serum antibody levels, being treated all of them with RTX (10 RA and 2 conectivopathies). In addition, serum antibody levels (IU/ml) were statistically lower in patients (Mdn (IQR): 54.5 (13.8-163) in patients vs. 625 (405-932) in controls, p < 0.001). The table shows these results in each treatment group; lower antibody levels were detected in patients treated with RTX (p < 0.001). Cell-mediated response to SARS-CoV-2 was evaluated in 32 patients with a poor humoral response. In 38% of patients a cell-mediated response was detected, being more frequent in patients treated with RTX (92%, p = 0.015). Disease flares after vaccination was no frequent in this cohort (18% and 7% after 2^a and 3^a dose, respectively). SARS-CoV-2 infection was reported in 43% of patients and 34% of controls after 2nd or 3rd vaccine dose. No healthy controls required hospitalization. Six (7%) patients required hospitalization, most of them treated with RTX (67%). Only 1 patient was admitted to the intensive care unit. This patient was treated with RTX and a humoral and cellular response was not detected.

Conclusions: Antibody titers against SARS-CoV-2 were lower in patients than in healthy controls, especially in patients treated with RTX. A cellular response can be detected despite having a poor humoral response, even in patients under RTX. Severe infections in

vaccinated patients with IMIDs are rare, being observed mainly in patients treated with RTX.

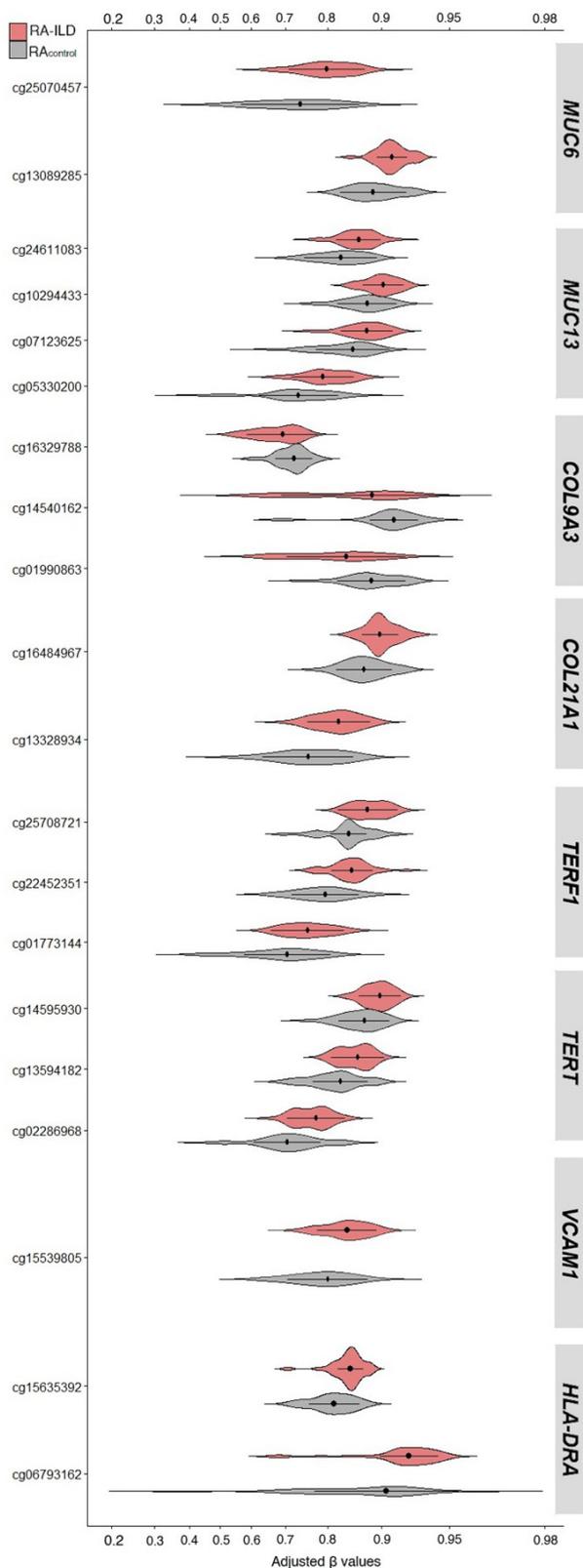
P162. PERFIL DE METILACIÓN DEL ADN EN LA SANGRE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE (EPI-AR)

Antonio González Martínez-Pedrayo¹, Bartosz Kaczmarczyk¹, Carlos de la Calle-Fabregat², Ana Catarina Duarte³, Natalia Mena Vazquez⁴, Antonio Fernández Nebro⁴, Ana Triguero-Martínez⁵, Santos Castañeda⁵, Raquel Dos Santos Sobrin¹, Antonio Mera Varela¹, Marta Rojas Giménez⁶, Alejandro Escudero Contreras⁶, Paloma Vela Casasempere⁷, María Molina⁸, Javier Narvaez⁸, Miriam Retuerto Guerrero⁹, José Luis Pablos Álvarez⁹, Juan C Sarmiento-Monroy¹⁰, Raimon Sanmarti¹⁰, Luis Gómez Carreras¹¹, Gema Bonilla Hernán¹¹, Sara Remuzgo Martínez¹², Miguel Ángel González-Gay¹², Virginia Leiro Fernández¹³, Nair Pérez Gómez¹⁴, Cristina Vadillo Font¹⁵, Lydia Abasolo¹⁵, Ivette Casafont-Solé¹⁶, Lourdes Mateo¹⁶, Ana Cristina Castillo González¹⁷, Carlos Marras Fernández-Cid¹⁷, Eva Pérez Pampín¹ y Esteban Ballestar², en nombre de la red MARILD

¹Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Josep Carreras Leukaemia Research Institute (IJC). Barcelona. ³Hospital Garcia de Orta. Almada. Portugal. ⁴University Regional Hospital of Málaga. Institute for Biomedical Research in Málaga (IBIMA). Malaga University. Málaga. ⁵Instituto de Investigación Sanitaria la Princesa. Hospital Universitario de la Princesa (IIS-IP). Madrid. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁷Dr. Balmis University General Hospital. Alicante Institute for Health and Biomedical Research (ISABIAL). Alicante. ⁸Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona. ⁹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ¹⁰Hospital Clinic e IDIBAPS. Barcelona. ¹¹Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IDIPAZ). Madrid. ¹²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ¹⁴Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. ¹⁵Hospital Clínico San Carlos-Instituto Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. ¹⁶Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁷Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide (EPI-AR) limita la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. Su patogenia es solo conocida en parte, pero incluye elementos como la fibrosis, el acortamiento de los telómeros, el gen de MUC5B, los anticuerpos típicos de la AR y el tabaquismo.

Objetivos: Nuestro objetivo es identificar sitios CpG diferencialmente metilados en los pacientes con EPI-AR. Los hallazgos indicarán genes y rutas de relevancia específica para la patogenia de la EPI.



Diferencia en los valores de metilación del ADN de sitios CpG individuales anotados en genes seleccionados. Se comparan los resultados en pacientes con EPI-AR y AR sin EPI. Se representan valores beta con una escala logit del eje X.

Métodos: Hemos comparado dos grupos de 32 pacientes con AR: pacientes con EPI diagnosticados menos de un año antes y pacientes sin EPI. Todos fueron evaluados mediante TAC de Alta Resolución (TACAR) y emparejados por sexo, edad, tabaquismo y estado de anti-CCP. Todos proporcionaron su consentimiento informado y el estudio

contó con la aprobación de los CEIC de todos los centros participantes. La metilación de 850.000 CpG se midió con Infinium Methylation Epic BeadChip (Illumina). Las posiciones diferencialmente metiladas (DMP) y las regiones diferencialmente metiladas (DMR) se identificaron usando la aplicación de R ShinyÉPICO¹. El análisis de enriquecimiento en conjuntos de genes (GSEA) se hizo con methylGSA².

Resultados: Se identificaron 6.679 DMP con una diferencia $\geq 2\%$ y un FDR $< 0,05$ en los cromosomas autosómicos. Además, se identificaron 119 DMR: 72 en cuerpos génicos, 32 en promotores y 15 en islas de CpG. Algunos de estos DMP y DMR estaban asociados con genes de conocida relevancia (fig.): genes de mucinas (*MUC6*, *MUC13*), de colágenos (*COL9A3*, *COL21A1*), del mantenimiento de los telómeros (*TERF*, *TERT*, *POT1*) y relacionados con procesos inmunes (*HLA-DRA*, *VCAM1*, *TGFBRI*...). El análisis GSEA mostró un enriquecimiento significativo de 62 términos en Gene Ontology (GO) y 49 rutas en Reactome que coincidieron en gran medida. Algunos de los conjuntos de genes más enriquecidos se relacionan con la detección de estímulos químicos implicada en la percepción sensorial. Otros corresponden a cambios cromosómicos durante la mitosis: duplicación de centrómeros, segregación de los cromosomas y a otros procesos de la fase M de la mitosis y de control del ciclo celular. Otro grupo de genes prominente incluye modificaciones postraduccionales de proteínas: incluyendo acetilación y desacetilación de histonas y ubiquitinación de proteínas. Finalmente, se encontraron otros conjuntos de genes enriquecidos significativamente como los de procesos catabólicos del ARNm transcrito en el núcleo y rutas del metabolismo del ARNm, el transporte de vesículas intracelulares y de localización en la célula tanto de proteínas, como de mitocondrias, ARN y cromosomas; la interacción del huésped con infecciones víricas, el silenciamiento génico por ARN pequeños, la SUMOilación y el ciclo de RHO GTPasa.

Conclusiones: Hemos observado diferencias significativas en la metilación del ADN comparando muestras de sangre de pacientes con EPI-AR y AR sin EPI emparejados. Algunas de estas diferencias se relacionan con genes potencialmente interesantes así como con procesos biológicos y rutas que nos ayudarán a entender la patogénesis de la EPI-AR.

Financiación: estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ayudas PI20/01268, RD16/0012/0014, y RD21/0002/0003) con cofinanciación de la Unión Europea.

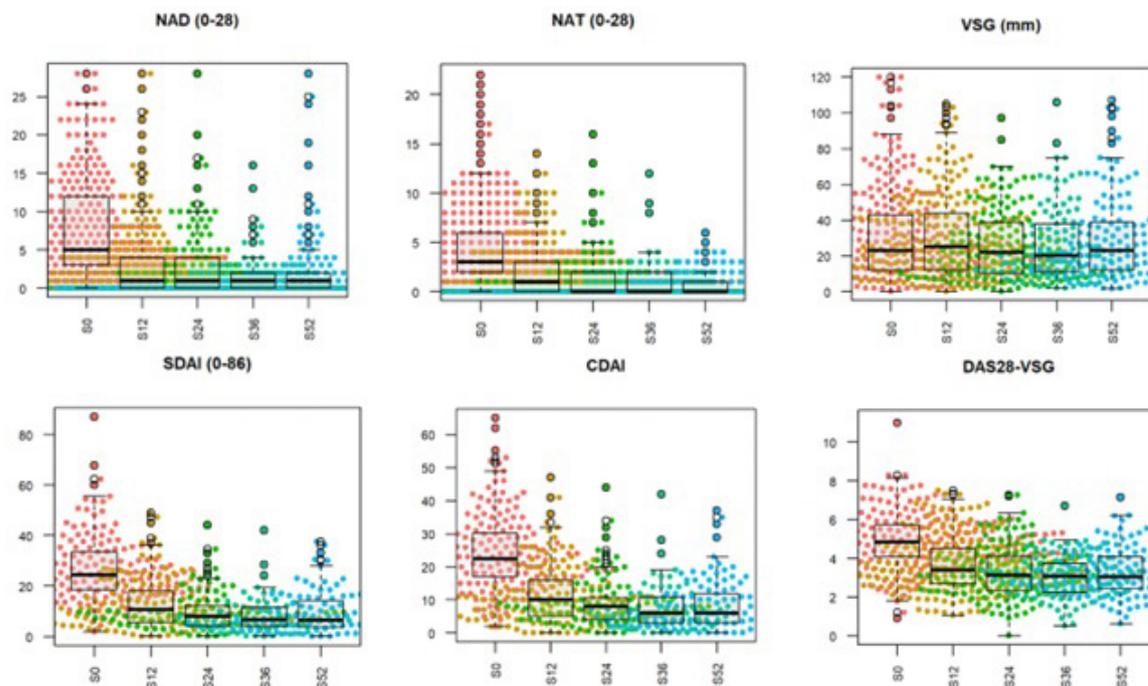
Referencias:

1. Morante-Palacios O, Ballestar E. *Bioinformatics*. 2021;2:257-9.
2. Ren X, Kuan PF. *Bioinformatics*. 2019;11:1958-9.

P163. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL USO DE INHIBIDORES DE JAK KINASAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

María López Lasanta¹, H. Borrell Paños¹, M. Salles Lizarzaburu², V. Ruiz-Esquide³, D. Roig⁴, A. Nack⁵, C. Pérez García⁶, J. Bernárdez⁷, A. García Guillén⁸, J. Rovira Aguilar⁹, A. Cuervo Aguilera¹⁰, M. Vallis Roc¹¹, C. García Gómez¹², S. Mínguez Blasco², R. Morlà Novell³, P. Estrada Alarcón⁴, M. Martínez Morillo⁵, C. Pitarch Grau⁸, S. Sandoval¹, N. Busquets Pérez¹⁰, J. Gómez Puerta³, S. Holgado Pérez⁵, R. Sanmartí³, L. Mateo⁵, C. Diaz Torné⁸, H. Corominas⁸ y G. Salvador Alarcón⁷

- ¹Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.
- ²Servicio de Reumatología. Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.
- ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.
- ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Moisès Broggi. Barcelona.
- ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.
- ⁶Servicio de Reumatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona.
- ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Mutua de Terrassa.
- ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Sant Pau-Dos de Maig. Barcelona.
- ⁹Unidad de Reumatología. Hospital de Mollet.
- ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers.
- ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Josep Trueta. Girona.
- ¹²Servicio de Reumatología. Hospital de Terrassa.



NAD: Número de articulaciones dolorosas; NAT: Número de articulaciones tumefactas; VSG: velocidad de sedimentación globular; SDAI: Simplified Disease Activity Index; CDAI: Clinical Disease Activity Index

Para cada variable se ha calculado la media y la desviación típica -mean(sd)- junto al intervalo de confianza para la media al 95% -IC [.] - y la mediana y el rango intercuartílico, median [IQR].

Figura 1. Evolución de parámetros e índices por semana de tratamiento.

Introducción: Los fármacos inhibidores de janus kinasa (JAKi) están aprobados para su uso en adultos con artritis reumatoide (AR) de actividad moderada a severa. Los estudios de práctica clínica son necesarios ya que proporcionan datos de gran interés que complementa la información proporcionada por los ensayos clínicos de registro.

Objetivos: Analizar el uso de los JAKi para el tratamiento de la AR en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de una cohorte de pacientes con AR tratados con un JAKi y con seguimiento en n = 12 Servicios de Reumatología, miembros del Grupo de Trabajo de AR (GT-ARCat) de la Sociedad Catalana de Reumatología (SCR). Se han incluido datos de pacientes que han realizado un JAKi entre mayo de 2014 y noviembre de 2022. Se han recogido variables epidemiológicas y clínicas desde la semana basal (S0) hasta la 52 (S52) de tratamiento. Se ha realizado el análisis del uso de un primer JAKi.

Resultados: Se incluyeron 256 pacientes (87% mujeres), con una media de edad de 57,31 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 12,17 años. Las características de la cohorte se detallan en la tabla 1. Un 53,5% de la cohorte había recibido baricitinib, un 41,8% tofacitinib y un 4,7% upadacitinib. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características epidemiológicas y clínicas según tipo de JAKi. El 65,6% de los pacientes tenía al menos una de las siguientes características (edad ≥ 65 años, fumador o exfumador, HTA, dislipemia, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, neoplasia, accidente vascular cerebral o trombosis). Un 36% había realizado ≥ 4 terapias biológicas (TB) de forma previa. Durante el tiempo en seguimiento, se retiró el tratamiento con un JAKi en un 39,1% (n = 100) de los casos incluidos. El principal motivo de retirada fue la ineficacia en el 57% (31% primaria, 26% secundaria), seguido de 26% efectos adversos y 17% otros motivos. Tras la retirada del tratamiento con un JAKi, en la mayoría de pacientes (31,3%) se inició un fármaco anti-TNF, seguido de un inhibidor de IL6 (20,2%) u otro JAKi (18,2%).

En relación a la eficacia del tratamiento con JAKi se observó una reducción de los parámetros e índices de actividad a lo largo del seguimiento según se muestra en la figura 1. Se detalla la proporción de pacientes respondedores en las semanas de seguimiento en las tablas 2 y 3. El análisis comparativo entre respondedores y no respondedores no mostró diferencias estadísticamente significativas en las variables descriptivas y de la enfermedad, excepto el nº de TB (2 [RIQ 0,3] vs. 2 [RIC 1,4], p = 0,041, el uso previo de antiTNF (57,8 vs. 76,8%, p = 0,011) y rituximab (7,4 vs. 23,2%, p = 0,003). Se observa un mayor porcentaje de pacientes con DAS28 ≤ 2,6 en el grupo de monoterapia respecto a tratamiento combinado (30,3% vs. 17%, p 0,037). La mediana de supervivencia fue de 3,15 años y mayor en monoterapia, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (fig. 2).

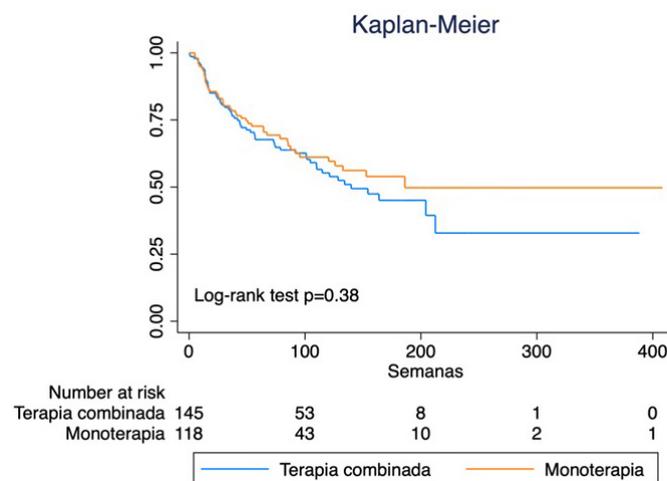


Figura 2. Supervivencia del JAKi según monoterapia o terapia combinada.

Tabla 1. Características epidemiológicas y clínicas de la cohorte

Variable	N (%) [IC95%]	N
Factor reumatoide positivo	191 (74,9%) [69,1;80,1]	255
ACPA positivo	201 (79,4%) [73,9; 84,3]	253
Erosivas	156 (61,7%) [55,4; 67,7]	253
Tabaquismo		248
No fumador	163 (65,7%) [59,5; 71,6]	
Fumador	51 (20,6%) [15,7; 26,1]	
Exfumador	34 (13,7%) [9,7; 18,6]	
HTA	68 (26,6%) [21,3; 32,4]	256
Dislipemia	69 (27%) [21,6; 32,8]	256
Diabetes mellitus	18 (7%) [4,2; 10,9]	256
Cardiopatía isquémica	10 (3,9%) [1,9; 7,1]	256
Fractura vertebral	15 (5,9%) [3,3; 9,5]	255
Fractura no vertebral	26 (10,3%) [6,8; 14,7]	253
Depresión	54 (21,2%) [16,3; 26,7]	255
Úlcera péptica	7 (2,7%) [1,1; 5,6]	256
Neoplasia		252
No	236 (93,7%) [89,9; 96,3]	
Pasada	15 (6%) [3,4; 9,6]	
Activa	1 (0,4%) [0; 2,2]	
Enfermedad pulmonar no EPID	31 (12,2%) [8,4; 16,8]	255
Accidente vascular cerebral	3 (1,2%) [0,2; 3,4]	254
Enfermedad articular degenerativa	65 (25,5%) [20,3; 31,3]	255
Herpes zoster previo	15 (6%) [3,4; 9,7]	250
Trombosis	2 (0,8%) [0,1; 2,8]	256
Manifestaciones extraarticulares		235
Escleritis/epiescleritis	2 (0,9%) [0,1; 3]	
Pleuritis	4 (1,7%) [0,5; 4,3]	
Pericarditis	1 (0,4%) [0; 2,3]	
Vasculitis	2 (0,9%) [0,1; 3,1]	
Amiloidosis	1 (0,4%) [0; 2,4]	
EPID	7 (3%) [1,2; 6,1]	
Portador de prótesis articulares	23 (9,8%) [6,3; 14,4]	234
1 prótesis	14 (60,9%) [38,5;80,3]	
2 prótesis	6 (26,1%) [10,2; 48,4]	
3 prótesis	1 (4,3%) [0,1; 21,9]	
4 o más	2 (8,7%) [1,1; 28]	
Síndrome seco	32 (14,1%) [9,8; 19,3]	227
Luxación atloaxoidea	7 (3%) [1,2; 6,1]	232
Tratamiento previo con biológicos	195 (76,5%) [70,8; 81,5]	256
Número de biológicos, mediana [IQR]	2 [1,3]	256
AntiTNF	167 (65,2%) [59,1; 71,1]	
AntiIL6	79 (30,9%) [25,3; 36,9]	
Abatacept	72 (28,1%) [22,7; 34,1]	
Rituximab	32 (12,5%) [8,7; 17,2]	
Número de FAMEs convencionales previos, mediana [IQR]	2 [1,3]	254
Monoterapia	113 (44,1%) [38; 50,5]	256
Tipos de tratamiento combinado		
Metotrexato	91 (35,5%) [29,7; 41,7]	
Leflunomida	57 (22,3%) [17,3; 27,9]	
Salazopirina	2 (0,8%) [0,1; 2,8]	
Hidroxicloroquina	15 (5,9%) [3,3; 9,5]	
Corticoides actual	159 (62,4%) [56,1; 68,3]	255
Dosis corticoides actual, N media (DE) [IC95% media]	5,9 (4) CI [5,2;6,5]	
Ha discontinuado alguna vez el tratamiento	48 (18,9%) [14,3; 24,3]	254
< 1 semana	7 (14,6%) [6,1; 27,8]	48
1-4 semanas	32 (66,7%) [51,6; 79,6]	
≥ 4 semanas	9 (18,8%) [8,9; 32,6]	
Herpes zoster durante el JAKi	11 (5,1%) [2,6; 8,9]	216

Tabla 2. Proporción de pacientes respondedores y no respondedores a JAKi en S12, n = 204

Criterio de valoración	N (%) [exact CI]
CDAI	
Respondedor	111(54,4) [47,3; 61,4]
No respondedor	93(45,6) [38,6; 52,7]
Respuesta EULAR	
Buena/moderada	135(66,2) [59,2; 72,6]
No respuesta	69(33,8) [27,4; 40,8]

Tabla 3. Proporción de pacientes en remisión, baja, moderada o alta actividad según CDAI y semana de seguimiento

	S12	S24	S36	S52
CDAI N (%) [Exact CI]				
< 2,8	16 (11,2%) [6,5; 17,5]	13 (13,1%) [7,2; 21,4]	14 (20%) [11,4; 31,3]	25 (24%) [16,2; 33,4]
> 2,8 ≤ 10	60 (42%) [33,8; 50,5]	61 (61,6%) [51,3; 71,2]	36 (51,4%) [39,2; 63,6]	45 (43,3%) [33,6; 53,3]
> 10 ≤ a 22	48 (33,6%) [25,9; 41,9]	18 (18,2%) [11,1; 27,2]	17 (24,3%) [14,8; 36]	29 (27,9%) [19,5; 37,5]
> 22	19 (13,3%) [8,2; 20]	7 (7,1%) [2,9; 14]	3 (4,3%) [0,9; 12]	5 (4,8%) [1,6; 10,9]
N	143	99	70	104

Conclusiones: Los JAKi han sido eficaces en diferentes perfiles de pacientes con AR manteniendo un buen perfil de seguridad. En nuestra cohorte, aunque según las últimas recomendaciones de la EMA (European Medicines Agency), en más de la mitad de pacientes el uso de JAKi estaría limitado, la tasa de retirada por efecto adverso ha sido baja, si bien sería necesario un mayor tiempo de seguimiento.

P164. TIEMPO HASTA LA DISCONTINUACIÓN INTERRUPTIÓN Y EFICACIA DE BARICITINIB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: DATOS EUROPEOS DE 12 MESES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO E INTERNACIONAL

Rieke Alten¹, Gerd R. Burmester², Marco Matucci-Cerinic³, Andrew Östör⁴, Liliana Zaremba-Pechmann⁵, Tamas Treuer⁶, Khai Jing Ng⁶, Jens Gerwien⁶, Kathryn A. Gibson⁶, Bruno Fautrel⁷ y Susana Holgado Pérez⁸

¹Departamento de Medicina Interna y Reumatología. Schlosspark-Klinik. University Medicine Berlin. Alemania. ²Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica. Charité Universitätsmedizin Berlin. Alemania. ³División de Reumatología. Universidad de Florencia. Unidad de Inmunología, Reumatología. Alergia y Enfermedades Raras (UnIRAR). Hospital IRCCS San Raffaele. Milán. Italia. ⁴Cabrini Hospital. Monash University & Emeritus Research. Melbourne. Australia. ⁵HaaPACS GmbH. Schriesheim. Alemania. ⁶Eli Lilly and Company. Indianápolis. EE. UU. ⁷Universidad de la Sorbona-Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Pitie Salpetriere Hospital. Departamento de Reumatología. París. Equipo PEPITES. Instituto de Epidemiología y Salud Pública Pierre Louis. París. Francia. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivos: RA-BE-REAL es un estudio de 3 años internacional, prospectivo y observacional de pacientes (ptes.) adultos con artritis reumatoide (AR) en el que se evaluó el tiempo hasta la interrupción del tratamiento inicial de la AR. El baricitinib (BARI), un inhibidor oral selectivo de JAK1/2, está aprobado para el tratamiento de adultos con AR activa moderada o grave. Este análisis informa del tiempo hasta la discontinuación y la eficacia en pacientes con AR reclutados en Europa tras 12 meses (M) de BARI o un fármaco biológico (b) antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) o cualquier otro FAME sintético dirigido (sd).

Métodos: Los ptes. de la cohorte A iniciaron tratamiento con BARI (2 mg o 4 mg en monoterapia o en combinación con cualquier FAME sintético convencional [sc]). Los ptes. de la cohorte B iniciaron tratamiento con algún FAMEb (inhibidor del factor de necrosis tumoral (iTNF o FAMEb no iTNF) o algún otro FAMEsd por primera vez. El inicio del tratamiento y los cambios se hicieron a criterio de los ptes. o del médico. El tiempo hasta la discontinuación en los ptes. de la cohorte A y la cohorte B se analizó tanto en los ptes. sin tratamiento previo con FAMEb como en los ptes. ya tratados. Se determinaron las tasas de respuesta de la remisión y de la actividad baja de la enfermedad (BAE) con el Índice clínico de actividad de la enfermedad a los 12M. Este análisis provisional previamente especificado recoge datos descriptivos a los 12M utilizando estadísticos de resumen, sin ninguna prueba inferencial.

Resultados: A los 12M, el porcentaje de ptes. que interrumpieron el tratamiento fue similar con 2 mg (25,4%) y 4 mg (26,9%) de BARI, ya

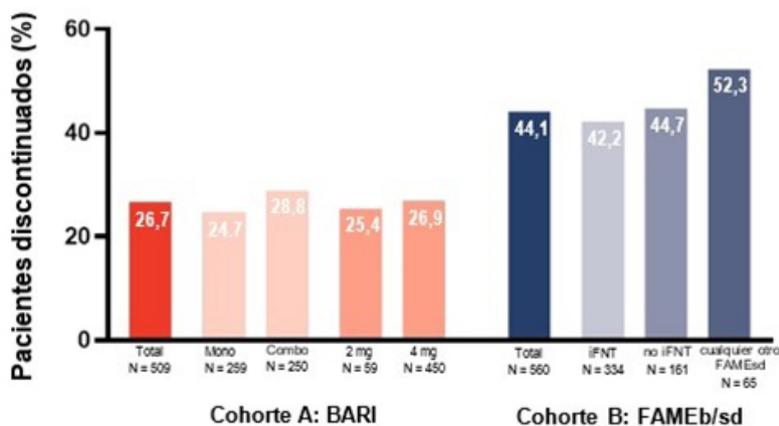
fuera en monoterapia (24,7%) o en combinación con cualquier FAMEsc (28,8%) (fig. 1). En la cohorte B, el 42,2%, 44,7% y 52,3% de los ptes. que recibieron iTNF, no iTNF o cualquier otro FAMEsd, respectivamente, interrumpieron el tratamiento a los 12M (fig. 1). En ambas cohortes, los ptes. sin tratamiento previo con FAMEb/sd eran quienes tenían menos probabilidades de interrumpir el tratamiento, mientras que los que habían recibido > 2 tratamientos previos con FAMEb/sd eran quienes tenían más probabilidades de interrumpirlo (fig. 2). Los motivos más frecuentes de discontinuación del tratamiento fueron la falta de respuesta primaria (cohorte A: 6,3%; cohorte B: 8,3%, no iTNF 10,6%, cualquier otro FAMEsd; 10,6%) y los acontecimientos adversos (cohorte A: 6,3%; cohorte B: iTNF; 5,1%, no iTNF; 7,5%, cualquier otro FAMEsd; 13,6%). A los 12M, las tasas de remisión fueron del 21,8%, 18,0%, 4,0% y 18,2% en los pacientes en monoterapia con BARI, iTNF, no iTNF y cualquier otro FAMEsd,

respectivamente. Con el tratamiento combinado, las tasas de remisión fueron del 26,2%, 19,0%, 15,9% y 13,6% para los pacientes tratados con BARI, iTNF, no iTNF y con cualquier otro FAMEsd, respectivamente (fig. 3).

Conclusiones: Aunque la cohorte A (BARI) tenía una edad más avanzada y más experiencia con FAMEb¹, las tasas de discontinuación fueron inferiores, mientras que la remisión fue mayor que en la cohorte B. Las tasas de discontinuación fueron consistentes independientemente de la dosis de BARI o de si el tratamiento se utilizaba en monoterapia o en combinación. Las tasas de discontinuación aumentaron con el número de FAMEb/sd previos en ambas cohortes, con tasas de discontinuación a los 12M numéricamente inferiores en los ptes. tratados con BARI.

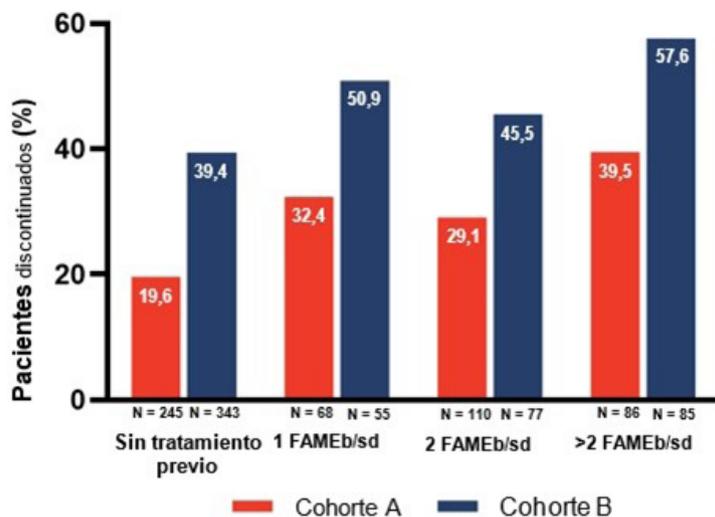
BIBLIOGRAFÍA

1. Alten R, et al. Ann Rheum Dis. 2021;80:1157.



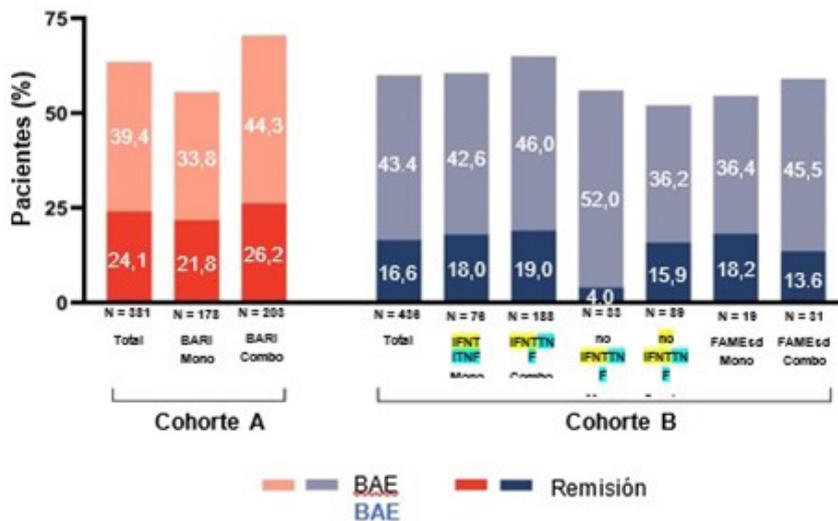
Nota al pie: Los valores se presentan como porcentaje de cada cohorte. BARI, baricitinib; FAMEb/sd, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos/sintéticos dirigidos; Mono, monoterapia; Combo, tratamiento combinado con cualquier FAME sintético convencional; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; FAMEsd, fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético dirigido.

Figura 1. Porcentaje de pacientes de las cohortes A y B que interrumpieron el tratamiento de la AR a los 12M.



Nota al pie: Los valores se presentan como porcentaje de cada cohorte. BARI, baricitinib; FAMEb/sd, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos/sintéticos dirigidos.

Figura 2. Porcentaje de pacientes que interrumpieron el tratamiento de la AR a los 12M en función de la experiencia previa con FAMEb/sd.



Nota al pie: Los valores se presentan como porcentaje de cada cohorte. BARI, baricitinib; Mono, monoterapia; Combo, tratamiento combinado con cualquier FAME sintético convencional; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; FAMEsd, fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético dirigido.

P164 Figura 3. Porcentaje de pacientes de las cohortes A y B que lograron una actividad baja de la enfermedad (BAE y la remisión a los 12M.

P165. EFICACIA DE LOS FÁRMACOS ANTIFIBRÓTICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Raquel dos Santos Sobrín¹, Pablo Rodríguez², David Fernández³, Ignacio González¹, Pablo Castro¹, María Sánchez¹, Jose Luis Puga¹, Alba Mata¹, Irene Álvarez¹, Verónica Busto¹, Alejandro Souto⁴, Jose Ramón Maneiro¹, Antonio Mera^{1,2} y Eva Pérez-Pampín^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Universidad de Santiago de Compostela. ³Hospital Clínico Universitario de Ourense. ⁴Hospital Clínico Universitario de Pontevedra.

Introducción y objetivos: El manejo del tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a la artritis reumatoide (AR) se realiza, principalmente, con el tratamiento propio de las manifestaciones articulares. Se han descrito múltiples similitudes entre la fibrosis pulmonar idiopática y la EPID-AR, lo que implica un potencial beneficio de los fármacos antifibróticos para el tratamiento de esta entidad¹⁻³. El objetivo principal del estudio es evaluar

la eficacia de nintedanib y pirfenidona en el tratamiento de pacientes diagnosticados con EPID-AR.

Métodos: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura de las publicaciones obtenidas de las bases de datos Medline, Cochrane Library, Web of Science, Embase y de los abstracts pertenecientes a EULAR y ACR. El único límite que se puso a la búsqueda fue el idioma (artículos escritos en inglés o castellano). Tras eliminar duplicados, y un primer cribado por título y resumen, se incluyeron los registros en la selección final tras lectura completa de los mismos. Finalmente se realizó metaanálisis cuando al menos se encontraron 2 medidas comparables.

Resultados: 24 registros se incluyeron en la revisión cualitativa, de los cuales 7 corresponden a 2 ensayos clínicos aleatorizados y controlados, 1 serie de casos prospectivos, 4 reportes de casos y 12 revisiones bibliográficas. Se realiza una revisión cuantitativa (metaanálisis) con los datos obtenidos de 2 registros, uno por ensayo clínico. Se reportó un menor descenso de la capacidad vital forzada (CVF) media en los pacientes con EPID-AR a tratamiento con fármacos antifibróticos en comparación con placebo, y de forma significativa (SMD -3,42; 95%CI -4,19,-2,64; p = 0,000) (fig.).

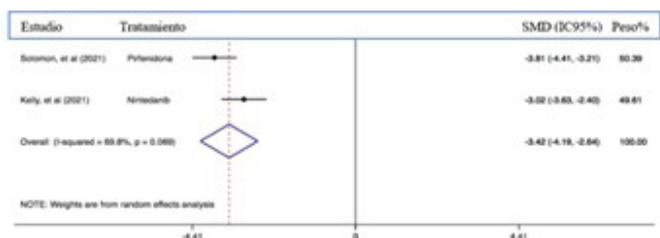
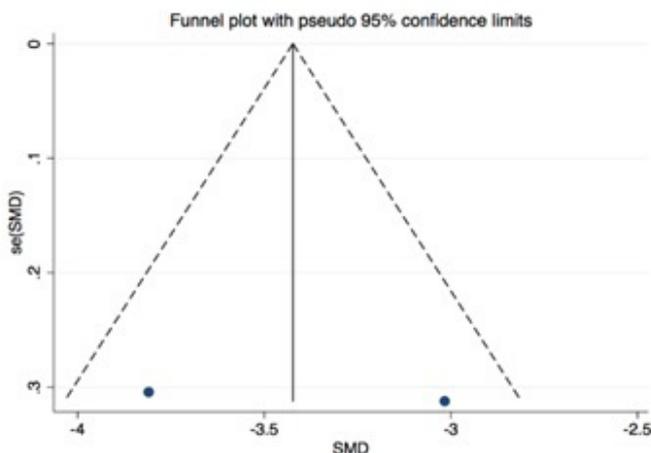


Figura 1: gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) de la evaluación de CVF.

P165 Figura. Gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) de la evaluación de CVF.

Conclusiones: existen diferencias estadísticamente significativas en la progresión de la fibrosis pulmonar, valorada mediante parámetros espirométricos, entre los pacientes tratados con antifibróticos y el grupo placebo a favor de los primeros. Son necesarios más estudios con mayor significación estadística para una correcta comprensión.

BIBLIOGRAFÍA

- Solomon JJ, Danoff SK, Goldberg HJ, Woodhead F, Kolb M, Chambers DC, *et al.* The design and rationale of the Trail1 trial: a randomized double-blind phase 2 clinical trial of Pirfenidone in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Advances in therapy.* 2019;36(11):3279-87.
- Flaherty KR, Wells AU, Cottin V, Devaraj A, Walsh SL, Inoue Y, *et al.* Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. *N Engl J Med.* 2019;381(18):1718-27.
- Kelly CA, Saravanan V, Nisar M, Arthanari S, Woodhead FA, Price-Forbes AN, *et al.* Rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease: associations, prognostic factors and physiological and radiological characteristics a large multicentre UK study. *Rheumatology.* 2014;53(9):1676-82.

P166. CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIFFICULT-TO-TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS IN REAL LIFE: DATA FROM THE BIOBADASER REGISTRY

Fernando José Montero Reyes¹, Pablo Rodríguez-Merlos¹, Lucía Otero-Varela², Francisco Javier Manero Ruiz³, Paloma Vela-Casasempere⁴, Cristina Campos Fernández⁵, Sara Manrique Arijia⁶, Carlos Rodríguez-Lozano⁷, Olga Martínez González⁸, Jerusalem Calvo Gutiérrez⁹, Jose Campos Esteban¹⁰, Diana Sueiro Delgado¹¹, Fernando Sánchez-Alonso² and Isabel Castrejon¹

¹Rheumatology. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Rheumatology. Miguel Servet University Hospital. Zaragoza. ⁴Rheumatology. General University Hospital of Alicante. Alacant. ⁵Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia. ⁶Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁷Rheumatology. University Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁸Rheumatology. Salamanca University Hospital. Salamanca. ⁹Rheumatology. University Hospital Reina Sofía. Murcia. ¹⁰Rheumatology. Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital. Majadahonda. ¹¹Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introduction: In the last decade there have been multiple attempts to characterize patients with refractory rheumatoid arthritis (RA). In 2020, EULAR proposed a definition for difficult-to-treat RA (D2T-RA) to standardize this population. The mechanisms leading to D2T RA are varied and not fully understood. A better understanding of clinical profile of this specific population may be helpful to support rheumatologists in their clinical decisions.

Objectives: To determine the prevalence of D2T-RA in a multicenter national registry (BIOBADASER) and to investigate the influence of the initial successive lines of treatment (LoT) in the development of D2TRA.

Methods: Longitudinal and prospective cohort study of patients with RA from BIOBADASER (a multicenter national registry of adverse events of biologics and targeted therapies in rheumatic diseases). Patients were classified as refractory if failure to at least 2 biologics or targeted synthetic disease modifying antirheumatic drugs (b/tsDMARDs) with different mechanisms of action (MoA) and as D2TRA if refractory RA who presented moderate to high disease activity according to DAS 28-ESR at their last visit. The com-

Table 1. Demographic, clinical and therapeutic characteristics in the refractory RA, D2TRA and non-D2TRA population

	Refractory RA (n= 892)	D2TRA (n=348)	Non-D2TRA (n=544)	p-value
Age (years), mean ± SD	63.1 (12.8)	64.2 (12.8)	62.5 (12.8)	0.047
Sex (female), n (%)	712 (79.8)	286 (82.18)	426 (78.31)	0.160
FR positivity, n (%)	159 (22.3)	51 (18.3)	108 (24.8)	0.104
aCCP positivity, n (%)	523 (73.6)	207 (74.29)	316 (73.29)	0.108
Smoking habit, n (%)				0.88
Smoker	565 (63.3)	219 (62.93)	346 (63.6)	
Non-smoker	159 (17.8)	68 (19.54)	91 (16.73)	
Former smoker	129 (14.5)	47 (13.51)	82 (15.07)	
Charlson Index, mean ± SD	0.3 ± 0.8	0.4 ± 0.8	0.3 ± 0.8	0.215
DAS28-ESR, mean ± SD	2.1 ± 0.7	4.3 ± 0.9	3.0 ± 0.8	<0.001
Concomitant csDMARD, n (%)	470 (52.7)	194 (55.8)	276 (50.7)	0.144
Time to first b/tsDMARD (years)	6.6 (7.1)	6.9 (7.3)	6.5 (7.0)	0.374
Lines of treatment				0.145
TNFi -> other bDMARD	583 (65.4)	233 (67.0)	350 (64.3)	
TNFi -> JAKi	138 (15.5)	46 (13.2)	92 (16.9)	
Other bDMARD -> TNFi	75 (8.4)	34 (9.8)	41 (7.5)	
Other bDMARD -> JAKi	23 (2.6)	8 (2.3)	15 (2.8)	
JAKi -> TNFi	15 (1.7)	2 (0.6)	13 (2.4)	
JAKi -> other bDMARD	8 (0.9)	5 (1.4)	3 (0.69)	
other bDMARD-> other bDMARD	50 (5.6)	20 (5.8)	30 (5.5)	

P166 Figure. Demographic, clinical and therapeutic characteristics in the refractory RA, D2TRA and nonD2TRA population.

parator group included patients with refractory RA but low disease activity/remission. The therapeutics groups were established as TNF inhibitors (TNFi), JAK-inhibitors (JAKi) and other biological therapies non-TNFi bDMARD. Demographic, clinical and therapeutical data on the 1st and 2nd LoT were compared between groups.

Results: A total of 3,852 patients with RA with at least one year follow up were included in the analysis, 1,612 (42%) had refractory RA and 348 (9%) D2TRA. Patient and therapeutic characteristics are shown in the Table. No differences were found between D2TRA and non-D2TRA in clinical variables except for age, being patients with D2TRA significantly older. The use of JAKi as their first or second LoT was more frequent in patients with non-D2TRA, although no statistical significance was reached.

Conclusions: Around 40% of patients were classified as refractory RA in our registry but only 9% as D2T-RA. Earlier treatment with JAKi was more frequent in the non-D2TRA group. Further research should analyse the influence of LoT on the development of D2TRA.

P167. PERSISTENCIA DE LA TERAPIA AVANZADA Y MOTIVOS DE INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

José Miguel Senabre Gallego¹, Juan Carlos Cortés-Quiroz¹, Ana Pons-Bas¹, Gregorio Santos-Soler¹, José Antonio Bernal¹, Carmen Raya-Santos¹, Rocio Gallego-Campuzano¹, Lara Pons-Canet¹, José Alberto García-Gómez², Xavier Barber-Vallés², Jose Rosas¹ y Grupo AIRE-MB

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

Introducción: Existe escasa evidencia científica que compare la eficacia de las terapias avanzadas en las artropatías inflamatorias. Las tasas de retención de fármaco obtenidas en estudios observacionales son indicadores del éxito del tratamiento.

Objetivos: Analizar las tasas de retención del fármaco y las causas de interrupción del tratamiento en nuestro registro local de terapia avanzada en artropatías inflamatorias.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Todos los pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis (EspA) que reciben terapia avanzada (tratamiento biológico y sintético dirigido) en nuestra sección son incluidos en un registro local. Se recogieron datos demográficos, datos clínicos y la fecha de

inicio e interrupción del tratamiento. Las tasas de retención del fármaco se estimaron mediante la función de supervivencia de Kaplan-Meier. Las variables que pudieran influir en la retención del fármaco se analizaron utilizando el modelo de Cox.

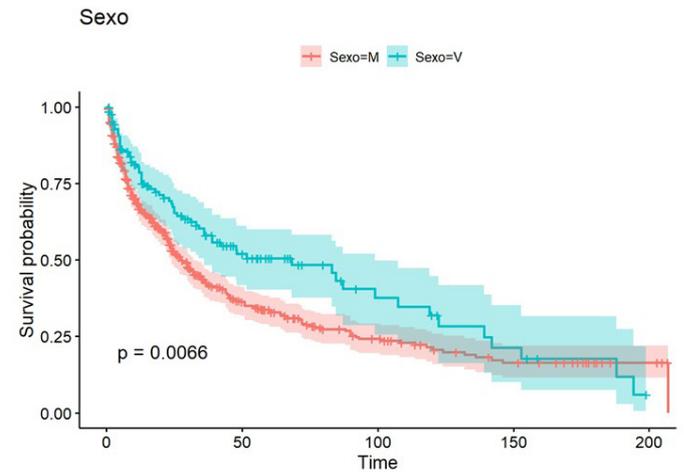


Figura 1. Función de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada según el sexo.

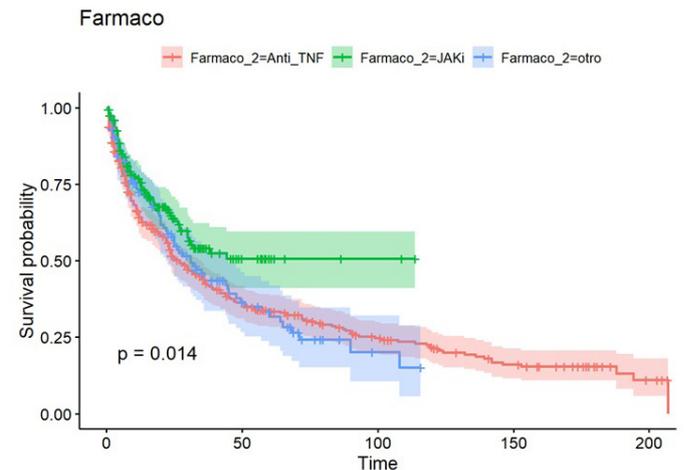


Figura 2. Función de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada según el fármaco.

Tabla P167

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes

	Total	AR	APs	EspA
Pacientes (%)	706	349 (49,43)	107 (15,16)	250 (35,41)
Mujeres (%)	447 (63,31)	271 (77,65)	61 (57,01)	115 (46,0)
Edad inicio ± DE (años)	52,74 ± 13,82	57,6 ± 16,34	50,7 ± 15,71	46,64 ± 16,24
Tpo evol ± DE (años)	7,5 ± 9,16	8,3 ± 8,69	5,5 ± 6,83	7,12 ± 9,86
HLAB27 positivo (%)	-	-	-	168 (87,96)
FR positivo (%)	-	250 (73,75)	-	-
ACPA positivo (%)	-	230 (70,77)	-	-

Tabla P167

Tabla 2. Porcentaje y motivos de interrupción del tratamiento

	Total	AR	APs	EspA
Tratamientos	1373	694	234	445
Interrumpen (%)	869 (62,34)	445 (64,21)	156 (66,67)	268 (60,22)
Motivo de interrupción				
Ineficacia	477 (54,89)	232 (52,14)	93 (59,62)	152 (56,72)
Evento adverso	262 (30,15)	148 (33,26)	42 (26,92)	72 (26,87)
Perdida	54 (6,21)	33 (7,42)	6 (3,85)	15 (5,60)
Abandono	33 (3,8)	12 (2,70)	7 (4,49)	14 (5,22)
Decisión médica	24 (2,76)	10 (2,25)	5 (3,21)	9 (3,36)
Remisión	19 (2,19)	10 (2,25)	3 (1,92)	6 (2,24)

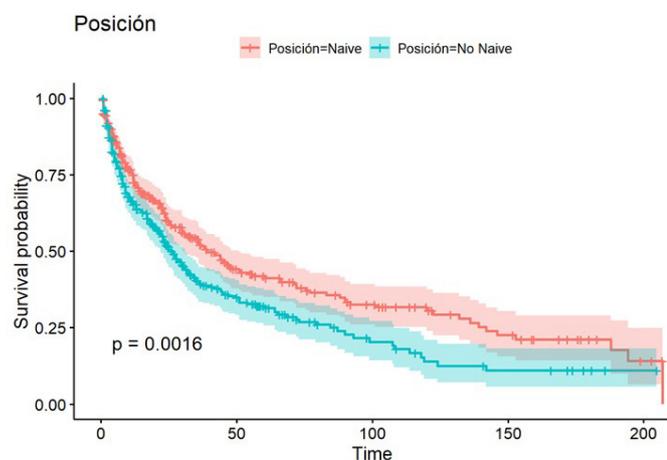


Figura 3. Función de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada según la línea de tratamiento.

Resultados: Desde noviembre del 2000 hasta diciembre de 2022, 706 pacientes con artropatías inflamatorias iniciaron terapia avanzada en nuestra sección. Las características demográficas y clínicas de los pacientes se muestran en la tabla 1. En total se iniciaron 1.373 tratamientos avanzados. Las causas de interrupción del tratamiento se muestran en la tabla 2. Se realizó un modelo de Cox multivariante incluyendo: sexo, edad al inicio, tipo de fármaco (anti-TNF, inhibidor JAK y otros), fecha de inicio del tratamiento (anterior o posterior a 2010), la línea de tratamiento (1ª línea vs. sucesivas) y la positividad del FR, ACPA y HLAB27. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la persistencia según el diagnóstico. En los pacientes con AR, el sexo masculino (HR 0,70; $p < 0,01$), la 1ª línea de tratamiento (HR 0,74; $p < 0,01$) y el tratamiento con inhibidor JAK (HR 0,65; $p < 0,01$) se relacionaron con mayor persistencia del tratamiento. Las funciones de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada en AR según el sexo, fármaco y la línea de tratamiento se muestran en las figuras 1, 2 y 3 respectivamente. En los pacientes con EspA el sexo masculino se relacionó con mayor persistencia del tratamiento (HR 0,76; $p = 0,04$). No se encontraron variables que se relacionaran con la persistencia del tratamiento en los pacientes con APs.

Conclusiones: En la AR el sexo masculino, la 1ª línea de tratamiento y el tratamiento con inhibidores de JAK se relaciona con mayor persistencia del tratamiento avanzado. En las EspA el sexo masculino se relaciona con mayor persistencia del tratamiento avanzado. No se encontraron variables relacionadas con la persistencia del tratamiento en los pacientes con APs.

Agradecimientos: el presente estudio ha sido apoyado por una beca de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

P168. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES JAK EN UN CENTRO TERCIARIO

Irene Piñeiro Bugallo¹, Libe Ibarrola Paino¹, Guillén Sada Urmeneta¹, Uxue Astigarraga Urquia¹, Marta López Gómez², Javier Mendizábal¹, Natividad del Val del Amo¹, Laura Garrido Courel¹, Inmaculada Paniagua Zudaire¹, Loreto Horcada¹, Ricardo Gutiérrez¹ y Concepción Fito Manteca¹

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

Introducción: Los inhibidores de JAK son fármacos que están aprobados para varias enfermedades inflamatorias inmunomediadas crónicas, entre las que se encuentra la artritis reumatoide. Actualmente se dispone de pocos datos sobre la seguridad de dichos fármacos, sin embargo, un estudio reciente (ORAL Surveillance) ha

puesto de manifiesto un aumento de efectos adversos mayores en pacientes predispuestos. Son necesarios más estudios para evaluar la seguridad de dichos fármacos.

Objetivos: Evaluar los efectos adversos mayores ocurridos en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con inhibidores JAK (JAKi) en un único centro terciario.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se han analizado 195 tratamientos con JAKi (baricitinib, filgotinib, tofacitinib y upadacitinib) en pacientes diagnosticados de AR entre 2018 y 2022. Se han recogido los datos de las historias clínicas en un único centro terciario. Se han evaluado los factores de riesgo cardiovascular, tratamientos previos y concomitantes, y la incidencia de eventos adversos mayores ocurridos desde el inicio del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 195 tratamientos con JAKi en pacientes diagnosticados de AR. La edad media al diagnóstico fue de 46,7 años (DE 13,8) y la edad media al inicio de los JAK fue de 56,6 años (DE 12,1) (tabla 1). Previo al inicio del inhibidor JAK, la totalidad de los pacientes habían recibido tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMES), 183 pacientes (98,8%) con metotrexato y 115 (59%) con leflunomida. Posteriormente, recibieron tratamiento con Fármacos Biológicos: 93 pacientes (47,7%) con etanercept, 87 (44,6%) con abatacept y 83 (42,6%) adalimumab. Y en menor medida, 57 pacientes (29,4%) recibieron tocilizumab y 34 (17,4%) certolizumab. El 32,4% de la muestra llevó de forma concomitante al JAKi un FAMES, 36 pacientes metotrexato (59%) y 22 (36,1%) leflunomida. Respecto a los JAKi, 59 pacientes (30,2%) recibieron tratamiento con baricitinib 4 mg, 43 (22%) con baricitinib 2 mg, 51 (26,1%) con tofacitinib 5 mg, 24 (12,3%) con upadacitinib 15 mg, 16 (8,2%) con filgotinib 200 mg, 1 (0,6%) con filgotinib 100 mg y 1 (0,6%) con upadacitinib 30 mg. Los principales motivos de suspensión de los JAKi fueron por ineficacia (62,8%), intolerancia (12,8%) y aparición de un efecto adverso mayor (12,8%). Se han objetivado 22 eventos adversos importantes (11,28%). 1 paciente (0,5%) sufrió un infarto agudo de miocardio, 3 pacientes (1%) accidentes cerebrovasculares, 4 pacientes (2%) trombosis arterial, 4 pacientes (2%) trombosis venosa, 3 pacientes (1,5%) desarrollaron algún tipo de neoplasia y 7 pacientes (3,4%) reactivación del virus herpes zoster.

Tabla 1. Características basales

	N = 195
Mujer	163 (83,6%)
Raza caucásica	177 (90,8%)
Tabaco	52 (26,9%)
Alcohol	3 (1,5%)
Hipertensión	48 (24,6%)
Dislipemia	75 (38,5%)
Diabetes mellitus	24 (12,3%)
Obesidad	44 (22,6%)

Tabla 2. Tratamiento con FAMES previo al inicio de JAKi

Metotrexato	183 (93,8%)
Leflunomida	115 (59,0%)
Hidroxicloroquina	36 (18,5%)
Sulfasalazina	20 (10,3%)
Ciclosporina	8 (4,1%)
Azatioprina	4 (2,1%)
Apremilast	1 (0,5%)

Tabla 3. Tratamiento con fármacos biológicos previos al inicio del JAKi

Etanercept	93 (47,7%)
Abatacept	87 (44,6%)
Adalimumab	83 (42,6%)
Tocilizumab	57 (29,4%)
Certolizumab	34 (17,4%)
Golimumab	27 (13,8%)
Infliximab	25 (12,8%)
Rituximab	21 (10,8%)
Sarilumab	16 (8,2%)
Guselkumab	3 (1,5%)
Ixekizumab	2 (1%)
Secukinumab	1 (0,5%)
Ustekinumab	1 (0,5%)
Anakinra	1 (0,5%)

Conclusiones: En nuestra muestra, 22 pacientes sufrieron efectos adversos mayores, de los cuales, el 68,2% estaban bajo tratamiento con baricitinib. El más frecuente fue la reactivación del virus herpes zoster, seguido de la trombosis arterial y venosa.

P169. ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR: ¿ES POSIBLE MEDIR LA PERCEPCIÓN DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LOS REGISTROS?

Marta Novella Navarro, Natalia López-Juanes, Elisa Fernández-Fernández, Carolina Tornero, Alejandro Villalba, Chamaida Plasencia-Rodríguez y Alejandro Balsa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La definición de artritis reumatoide difícil de tratar (D2TRA) cuenta con 3 criterios: el fallo a ≥ 2 fármacos modificadores de enfermedad biológicos y/o sintéticos dirigidos (FAMEb/sd); la objetivación de datos de actividad o progresión de la enfermedad. Y un tercer criterio en el que se tiene en cuenta la percepción del manejo de la enfermedad como problemática por el médico y/o paciente. Este es un punto difícil de considerar cuando se trata de registros retrospectivos ya que no se han definido los datos que puedan ser extrapolables para esta valoración.

Objetivos: Definir mediante los datos de valoración global del médico (VGM) y valoración global del paciente (VGP) un punto de corte como marcador subrogado de percepción de manejo problemático de la enfermedad que sea extrapolable a los registros de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con D2TRA. Se tuvo en cuenta el motivo por el cual cumplían criterios de D2TRA diferenciando entre fallo a ≥ 2 FAMEb/sd por ineficacia o por otros motivos (reacciones adversas, falta de adherencia, comorbilidades...). Se recogió la VGP y VGM (valores de 0 a 100) disponibles en la base de datos de los pacientes de la Unidad de Terapias Complejas en el momento en el que los pacientes cumplían criterios D2TRA. Se realizó un análisis descriptivo de estos datos con el fin de explorar la media, mediana y moda de dichas variables y poder establecer así un valor de punto de corte. Se analizaron las diferencias entre los pacientes con valores VGP-VGM inferiores al punto de corte y superiores. Y posteriormente se analizaron las posibles asociaciones con otras variables relacionadas con la actividad de la enfermedad.

Resultados: De los 88 pacientes con D2TRA, 58 lo fueron por ineficacia (65,9%) y 30 por otros motivos (34,1%). La media de VGP al clasificarse como D2T fue de $57,3 \pm 24,1$, la mediana de 61,0 y la moda 80 (el valor más repetido en 11 pacientes). La media de VGM fue de $54,5 \pm 21,5$ mediana 60,0 y moda 60 (valor más repetido en 20 pacientes). En cuanto al DAS28 la media al D2T fue de $4,6 \pm 1,3$. Se observó una correlación positiva entre los valores VGP-VGM ($r = 0,49, p < 0,01$), entre VGM y DAS28 ($r = 0,46, p < 0,01$) y entre VGP y DAS28 ($r = 0,66, p < 0,01$). Se consideró como valor de corte la combinación de VGP y/o VGM = 50. El 74% de los pacientes al D2T tenían una VGM y/o VGP ≥ 50 . Al analizar los subgrupos de pacientes según el motivo de D2TRA se observó que el 80% de pacientes D2T-ineficacia tuvo valor VGM y/o VGP ≥ 50 , mientras que esto se cumplió en el 61% de los pacientes D2T otros motivos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,04$). En los pacientes D2T-ineficacia la media de los valores VGP, VGM y DAS28 fue mayor que en los pacientes D2T-otras causas, siendo además esta diferencia estadísticamente significativa en VGM y DAS28, no así en VGP cuya variación fue menor (tabla).

	D2TRA-ineficacia	D2TRA-otros motivos	p-valor
VGP (media, DE)	59,3 \pm 21,1	53,2 \pm 28,8	0,31
VGM (media,DE)	58,8 \pm 19,0	46,6 \pm 23,9	0,02
DAS28 (media,DE)	4,8 \pm 1,3	4,2 \pm 1,2	0,04

Conclusiones: Los pacientes D2TRA constituyen un grupo heterogéneo, no obstante, la percepción del control de la enfermedad del paciente es similar independientemente del motivo por el que sean D2T y se correlaciona con la percepción del médico y con los índices compuestos de la enfermedad. Además, este estudio muestra una aproximación para considerar un valor numérico como marcador subrogado de la percepción del manejo de la enfermedad problemática por el médico y/o por el paciente que pueda ser utilizado en los registros.

P170. ANALISISITIS*: LA NUEVA EPIDEMIA REUMATOLÓGICA

Fernando Pérez Ruiz, Cristina Vázquez Puente y Maria del Consuelo Modesto Caballero

Servicio Asistencial de Reumatología. Osakidetza. OSI Enkarterri-Ezkerraldea Cruces.

Introducción: La solicitud de exploraciones complementarias no apropiadas puede derivar en actuaciones ineficientes, diagnósticos erróneos y consultas no procedentes.

Objetivos: Analizamos la evolución de la solicitud y los resultados de anticuerpos antinucleares (ANA) previa a la primera consulta de pacientes con una enfermedad con alta fiabilidad de diagnóstico clínico (Perez-Ruiz *et al*, Reumatol Clin 2009): la gota.

Métodos: En una cohorte de inceptión de pacientes con gota reclutados prospectivamente, se incluyeron en 2013 variables sobre la solicitud y resultados de análisis previos a la primera visita. En la década 2013-2022 se dispone de datos de 504 pacientes. Se analizan las variables asociadas a la solicitud y la evolución de la tasa de solicitudes por bienios.

Resultados: En la década 2013-2022 se dispone de datos de 504 pacientes, 66 (13,7%) mujeres y 415 hombres (86,3%), con edades medias de 73 ± 14 y 65 ± 14 años, respectivamente. Se había solicitado AAN en 114 (23,7%) casos, en 28/66 (42,4%) mujeres y 86/415 hombres ($p < 0,001$). No se apreciaron diferencias en otras variables como edad, tiempo de evolución, distribución, ataques o tofos. La tasa de solicitud tampoco fue diferente respecto al diagnóstico previo de derivación: artralgias (24,4%), artritis (21,7%) o gota (25,3%). 31/114 (27,2%) solicitudes fueron AAN+, solo en un caso llevaron a un diagnóstico nuevo (hepatitis autoinmune) y dos tenían diagnóstico preexistente (Sjögren primario y lupus sistémico). La tasa de positividad fue mayor en mujeres (12/28, 42,9%) que en varones (19/86, 22,1%). El análisis de solicitudes por bienios mostraba un incremento progresivo y significativo ($p = 0,007$), desde el 11,3% en 2012-14, 21,4% en 2015-16, 34,9% en 2016-2017 y 31,1% en 2021-22. Solo se apreció una caída de la tasa de solicitudes en el bienio 2019-2020 (19,7%).

Conclusiones: En una enfermedad con alta tasa de concordancia clínica (gota), la solicitud no justificable de AAN previa a la derivación es muy elevada, se solicita con mayor frecuencia en mujeres, que a su vez muestran alta tasa de positividad clínicamente no relevante y es independiente del contexto clínico. Esta situación puede ser extrapolable a otras patologías articulares y la causa de una alta frecuencia de solicitud de consultas a reumatología.

P171. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON GOTA

Fernando Pérez Ruiz, Cristina Vázquez Puente y Maria del Consuelo Modesto Caballero

Servicio Asistencial de Reumatología. Osakidetza. OSI Enkarterri-Ezkerraldea Cruces.

Introducción: La adherencia al tratamiento prescrito en la gota ha sido ampliamente estudiada, pero no así la adherencia a la prescripción de seguimiento.

Tabla P171

	B	Sig.	Exp(B)	IC95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad (por año)	-0,029	0,001	0,972	0,955	0,989
Derivación desde A. Primaria	-1,651	0,008	0,192	0,057	0,647
Adherencia (MPR > 0,8)	-1,120	0,000	0,326	0,186	0,572
Evolución (poliarticular)	-0,358	0,107	0,699	0,416	0,117
Sin derivación (petición propia)	,089	0,803	1,093	0,545	2,192
Comorbilidad elevada (estratos 3-4)	0,199	0,519	1,220	0,666	2,234
Tratamiento previo	-0,196	0,477	1,217	0,709	2,089
Sexo (masculino)	0,256	0,566	1,292	0,539	0,988
Etanol > 20 g/día	0,005	0,987	0,995	0,543	1,823

Objetivos: Analizar los factores asociados a la pérdida para el seguimiento programado de los pacientes con gota en reumatología, con el fin de poder realizar intervenciones dirigidas.

Métodos: En una cohorte de inceptión de pacientes con gota reclutados prospectivamente en una consulta monográfica, se incluyen variables sobre la procedencia de los pacientes, datos generales, de comorbilidad, de características de la gota, así como de hábitos de vida. Se realizó inicialmente un análisis bivariante y finalmente aquellas variables que mostraron $p < 0,20$ en el análisis inicial se incluyeron en un análisis de regresión logística multivariable. Los pacientes fallecidos con cita programada (219, 15,2%) durante el seguimiento no se consideraron abandonos.

Resultados: Población de 1.442 pacientes, de los cuales se perdió el seguimiento, con una consulta programada, en 354 (24,5%). El tiempo de seguimiento en el momento del abandono fue de 32 meses, frente a un seguimiento medio de 49 meses para el resto de pacientes. La edad, el género, la estratificación por comorbilidad, la distribución clínica de la gota, la ingesta de etanol > 20 g/d, la adherencia al tratamiento y la procedencia se asociaron a pérdida de seguimiento en el análisis bivariante. Las variables excluidas del análisis multivariable, por falta de asociación significativa previa, fueron el tiempo de evolución, la presencia de tofos, número de ataques/año, prescripción de tratamiento previo y el tratamiento prescrito tras la primera consulta. En el análisis multivariable, solo una mayor edad (+2,8% por cada década), una mejor adherencia (+77% si adherencia > 0,8) y haber sido referido por atención primaria (+81%) se asociaron de forma independiente a una menor tasa de abandono del seguimiento prescrito (tabla). La mayor gravedad de la gota (enfermedad poliarticular) se asoció también a una menor tasa de abandono del seguimiento, aunque de forma no significativa ($0,05 < p < 0,20$).

Conclusiones: En nuestro entorno, el perfil del paciente con gota que abandona el seguimiento prescrito en atención especializada de reumatología es más joven, con peor adherencia al tratamiento, que ha sido remitido a través de un “atajo asistencial” (no procedente de atención primaria) y con menor gravedad de enfermedad.

P172. CONDROCALCINOSIS. UNA ENFERMEDAD IGNORADA

Cristina Vázquez Puente, Fernando Pérez Ruiz y Consuelo Modesto Caballero

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya

Introducción: La aparición de dolor articular agudo es una causa frecuente de consulta desde otros Servicios a Reumatología en pacientes hospitalizados, teniendo como causa, en muchas ocasiones, las artritis microcristalinas. Si bien la gota puede ser ya conocida por el propio paciente, la condrocalcinosis en sus múltiples formas de presentación, podría no diagnosticarse hasta la aparición del evento agudo.

Objetivos: Analizar el número de pacientes diagnosticados de gota aguda o condrocalcinosis entre las consultas hospitalarias realizadas a Reumatología en el período 2021-2022. Establecer cuántos

pacientes habían sido diagnosticados previamente de gota o condrocalcinosis y por qué facultativo/especialidad.

Métodos: Estudio transversal con recogida de datos prospectiva desde 01/12/2021 a 01/12/2022. Se incluyeron variables demográficas, servicio que realiza la interconsulta, motivo de la misma, diagnóstico por parte de Reumatología, diagnóstico ya conocido (SI/NO), procedencia del diagnóstico. Se realizó un estudio estadístico descriptivo de las variables junto con un análisis de chi cuadrado en la comparación gota-condrocalcinosis.

Resultados: Del número total de consultas realizadas (278), 146 (52,52%) correspondieron a artritis microcristalinas. El principal motivo de consulta fue el dolor articular agudo en 182 casos (65,47%). La mediana de edad de los pacientes fue de 71 años y el cociente hombre/mujer de 174/103. El servicio que más consultas realizó fue Urgencias (24%), seguido de Enfermedades Infecciosas (18%). En el caso de los pacientes con gota, el 75,76% ya habían sido diagnosticados previamente, mientras que solo el 17% de las condrocalcinosis eran conocidas ($p < 0,001$). La procedencia del diagnóstico previo fue, en el caso de la gota, principalmente desde Atención Primaria (68,42%). En la condrocalcinosis el diagnóstico se había realizado en la consulta especializada (Reumatología) en un 46,67% de los casos, y solo un 13% en Atención Primaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: Siendo la gota y la condrocalcinosis dos entidades frecuentes, los datos sugieren que se debe incidir en la educación a nivel de Atención Primaria de la existencia y manifestaciones de la artritis por depósito de pirofosfato cálcico.

P173. EFICIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS ARTRITIS MICROCRISTALINAS

Cristina Vázquez Puente, Fernando Pérez Ruiz y Consuelo Modesto Caballero

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción: En las últimas dos décadas, gracias a la eficacia de los nuevos tratamientos en las artritis inflamatorias, se ha producido un descenso importante en el número de hospitalizaciones por esta causa. Sin embargo, la tasa anual de hospitalización por gota se ha duplicado tanto en Europa como en los Estados Unidos.

Objetivos: Analizar el número de consultas realizadas desde Reumatología a otros servicios del hospital, y de ellas cuántas correspondían a brote de artritis microcristalina (gota/condrocalcinosis). Estimar el gasto no-realizado debido al diagnóstico y tratamiento precoz de estas dos entidades.

Métodos: Estudio transversal con recogida de datos prospectiva desde 01/12/2021 al 01/12/2022. Se creó una base de datos con anonimización de los pacientes, en la que se incluyeron las siguientes variables: a) datos demográficos (edad, sexo); b) servicio que realiza la consulta; c) motivo de la misma; d) diagnóstico reumatológico; e) tiempo desde la petición de consulta a su realización; f) tiempo hasta la resolución del problema; g) estimación del gasto no-realizado en base al número de días en que se pudo reducir el ingreso y el gasto promedio por día de hospitalización. Se realizó un análisis

Tabla P173

	Todos	Condro	Gota	p
Número	146	47	99	
Mediana (25-75 IQ)	4.813,94 (2.058,79-5.892,38)	6.360,38 (4.702,33-7.479,26)	4050,13 (2.010,34-5.003,61)	< 0,001

estadístico descriptivo de las variables y test de Mann-Whitney en la comparación de grupos.

Resultados: El número total de consultas realizadas fue de 278, de las cuales 146 (52,52%) correspondían a artritis microcristalinas. La mediana de edad fue de 71 años, El cociente hombre/mujer de 174/103. El servicio que más consultas realizó fue Urgencias (24%), seguido de Enfermedades Infecciosas (18%). El principal motivo de consulta fue el dolor articular agudo (65,47%). El tiempo hasta la realización de la consulta fue de 1,23 horas (rango IQ 0,69-2,53) y el tiempo hasta la resolución del problema de 18,88 horas (rango IQ 0,00-46,20). La estimación del gasto no-realizado por paciente se recoge en la tabla.

Conclusiones: El dolor articular agudo debido a brote de gota o condrocalcinosis es el motivo más frecuente de consulta en el medio hospitalario. El diagnóstico y tratamiento precoz permite su pronta resolución y reducción importante del gasto por paciente, tanto en condrocalcinosis como en gota.

P174. LA ESCALA ACTUALIZADA DE ESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR “SCORE2” NO MEJORA LA PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON GOTA

María del Carmen López González¹, Ernesto Tovar Sugrañes², Cristina Rodríguez Alvear¹, Elisabet Perea Martínez¹, Mar Monzó Pérez³, Antonio Avilés Hernández¹ y Mariano Andrés Collado¹

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Hospital Universitario Y Politécnico La Fe. Valencia. ³Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Introducción: Los pacientes con gota presentan un mayor riesgo cardiovascular (CV) en comparación con la población general al acumular factores de riesgo CV y por tener inflamación persistente. Por ello, es necesario disponer de estrategias de evaluación que categoricen de forma precisa el riesgo CV de los pacientes con gota para así optimizar su tratamiento. En estudios previos, hemos visto que las escalas habituales de evaluación del riesgo CV (SCORE y Framingham Heart Study) son poco precisos a la hora de detectar pacientes con gota y placa de ateroma carotídeo (PMID: 28093417). La versión SCORE2, actualización de la herramienta SCORE, no fue más precisa prediciendo la presencia de placas¹, aunque se desconoce su capacidad predictiva de eventos CV en pacientes con gota.

Objetivos: Evaluar la precisión de la herramienta SCORE2 en la predicción de eventos CV en pacientes con gota y comparar con las escalas SCORE y Framingham Heart Study.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre nuevos pacientes con diagnóstico de gota probada por cristales, provenientes de nuestra cohorte de inicio centrada en la evaluación estructurada de su riesgo CV. El periodo de reclutamiento fue de junio de 2014 a febrero de 2018. Para el presente trabajo seleccionamos a pacientes que fueran candidatos al cálculo de SCORE2 (sin enfermedad CV establecida, diabetes con afectación vascular ni enfermedad renal grave), y recogimos los eventos CV mayores (infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), arteriopatía periférica (AP), accidente cerebrovascular (ACV) y *exitus* de origen cardiovascular) acontecidos desde la inclusión en el estudio hasta el 31/03/2022. La finalidad del trabajo era analizar los eventos CV mayores y estimar su incidencia tras la inclusión en la cohorte, así como estimar la capacidad predictiva de eventos de las herramientas SCORE, REGICOR (ecuación Framingham calibrada para la

población española) (PMID: 2622955) y SCORE2 mediante un modelo de regresión de Cox estimando el Hazard ratio con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados: De la muestra inicial de 356 pacientes, 193 (54,2%) fueron seleccionados para este estudio. El grupo estaba formado principalmente por hombres (94,8%) de mediana edad (edad media 56,8 años), con una media de 8,2 años desde el primer ataque de gota. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 6,41 años (p25-75 5,12-7,08). Casi todos los pacientes provenían de regiones geográficas de bajo riesgo CV. Durante el seguimiento, 10 pacientes presentaron eventos CV (2 IAM, 2 ICC, 2 AP, 3 ACV es y un paciente falleció por causa CV). La tasa de incidencia de eventos CV fue de 0,83 casos por 100 pacientes-año. En cuanto a la predicción de eventos CV en pacientes con gota, la puntuación de SCORE2 no se asocia con la aparición de estos eventos y no parece mejorar los resultados de las escalas SCORE y REGICOR (tabla).

	Hazard ratio (IC95%)	p
SCORE2	1,10 (0,99-1,21)	0,068
Categorías SCORE2		
SCORE2_bajo	1,00 (ref)	-
SCORE2_moderado	0,97 (0,19-5,01)	0,973
SCORE2_alto	2,34 (0,39-14,05)	0,351
SCORE2_alto (sí/no)	2,39 (0,62-9,27)	0,207
SCORE	1,09 (0,91-1,29)	0,349
Categorías SCORE		
SCORE_bajo	1,00 (ref)	-
SCORE_moderado	0,70 (0,07-6,72)	0,757
SCORE_alto	1,74 (0,20-14,87)	0,615
SCORE_muy alto	15,20 (0,94-244,85)	0,055
SCORE_muy alto (sí/no)	13,70 (1,72-109,02)	0,013
REGICOR	1,10 (1,00-1,22)	0,059
Categorías de REGICOR		
REGICOR_bajo	1,00 (ref)	-
REGICOR_moderado	2,58 (0,67-9,98)	0,171
REGICOR_alto	0,00	0,988
REGICOR_moderado-alto (sí/no)	2,47 (0,64-9,57)	0,190

Conclusiones: La herramienta SCORE2 no estima correctamente el riesgo de eventos CV en pacientes con gota y no mejora la precisión de las escalas SCORE y REGICOR en este grupo específico de pacientes. La baja incidencia de eventos detectada obliga a replicar estos datos en estudios de mayor tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tovar E, *et al.* The Updated Cardiovascular Risk Tool SCORE2 Provides No Advantage in Identifying Patients with Gout and Carotid Atheroma Plaques. Abstract ACR 2022 ID: 1272286.

P175. APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS CLASIFICATORIOS ACR/EULAR 2022 PARA LA ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE PIRÓFOSFATO CÁLCICO (CPPD) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA

H. Codes-Méndez¹, L. Sainz¹, H.S. Park^{1,2}, M. Millan¹, B. Magallares^{1,2}, P. Moya^{1,2}, J.L. Tandaipan^{1,2}, S. Fernández¹, S. Ros¹, A. Laiz^{1,2}, I. Castellvi^{1,2}, H. Corominas^{1,2} y C. Díaz-Torné^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: El grupo ACR/EULAR presentó los primeros criterios clasificatorios provisionales para la enfermedad por depósito de pirófosfato cálcico (CPPD) en el congreso ACR de noviembre del 2022. Estos criterios se basan en un sistema de puntuación por

Tabla P175

Características de la muestra según el cumplimiento o no de los nuevos criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD

	Total (n = 95)	AR seronegativas con CPPD* (n = 18)	AR seronegativas sin CPPD (n = 77)	p
Sexo femenino, n (%)	71 (74,7%)	16 (88,8%)	55 (71,4%)	0,142
Edad al diagnóstico (años), p50	63	69,5	61	0,048
Tiempo de evolución (años), p50	7	6	7	0,952
Evolución temporal, n (%)				0,01
Artritis persistente	38 (40%)	4 (21,1%)	34 (44,5%)	
1 brote típico	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
> 1 brote típico	39 (41,1%)	13 (72,2%)	26 (33,8%)	
Otros	18 (18,8%)	1 (5,3%)	17 (22,1%)	
Erosiones, n (%)	29 (30,5%)	8 (44,4%)	21 (27,3%)	0,091
Tratamiento, n (%)				0,854
Prednisona	21 (21,9%)	4 (21,1%)	17 (22,1%)	
FAMEs	45 (46,9%)	10 (52,6%)	35 (45,5%)	
FAMEb	19 (20%)	3 (16,6%)	4 (20,8%)	
Combinado	10 (10,4%)	1 (5,3%)	9 (11,7%)	

dominios ajustados incluyendo características demográficas, clínicas, radiológicas, y análisis de cristales en líquido sinovial. El diagnóstico diferencial en CPPD se debe hacer con la artritis reumatoide (AR) y la enfermedad por depósito de urato monosódico.

Objetivos: Estudiar qué porcentaje de pacientes con diagnóstico de AR seronegativa cumplen los nuevos criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD (puntuación final ≥ 57). Determinar las diferencias clínicas y demográficas entre pacientes con diagnóstico de AR seronegativa que cumplen o no criterios clasificatorios para CPPD.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo observacional que incluye todos los pacientes de una consulta monográfica de AR entre septiembre y diciembre del 2022. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y de imagen (radiología simple y ecografía). Se aplicaron los criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD.

Resultados: Se identificaron 364 pacientes con AR y se excluyeron aquellos con seropositividad para FR y/o ACPA. Se incluyeron un total de 96 (24,4%) pacientes, siendo el 74,7% de sexo femenino y con una media de edad al diagnóstico de 59,3 ($\pm 16,4$) años y de 8,35 años de evolución de la enfermedad. Un total de 18 pacientes (18,9%) cumplían criterios clasificatorios para CPPD. Las características y diferencias entre los enfermos según el cumplimiento o no de criterios se muestran en la Tabla 1. Los enfermos que cumplían criterios de CPPD eran de edad más avanzada ($p = 0,048$) y tenían una presentación clínica diferente ($p = 0,010$) en cuanto a la evolución temporal de la afectación articular (artritis persistente, 1 brote típico, > 1 brote típico, otros). No se han demostrado diferencias significativas entre grupos en la localización de afectación clínica articular. Se demostró asociación estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre la presencia de condrocalcinosis radiológica (CC) y el cumplimiento de criterios para CPPD, detectándose en 66,6% de los pacientes con CPPD versus ninguno con AR seronegativa sin CPPD. De forma similar, se demostró asociación significativa ($p = 0,000$) entre la artrosis en localizaciones típicas por CPPD (radiocarpiana bilateral, escafo-trapecio/trapezoide sin rizartrosis, 2ª MCF y 3ª MCF) y el cumplimiento de criterios para CPPD, detectándose en 55,5% de los pacientes con CPPD. Se detectó mayor prevalencia de erosiones en pacientes con CPPD (44,4%) versus AR seronegativa sin CPPD (27,3%), sin significación estadística. No se observaron diferencias significativas del tratamiento en ambos subgrupos. Un 74,5% de pacientes con criterios para CPPD estaban en tratamiento con un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) sintético o biológico.

Conclusiones: Un total de 18 (18,9%) pacientes con AR seronegativa de una consulta monográfica de AR cumplen los nuevos criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD. La edad al diagnóstico y la presentación clínica fueron diferentes entre los enfermos con AR que cumplían criterios para CPPD y los que no.

P176. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN ECOGRÁFICA MÁS APROPIADA PARA LA HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA CON DEPÓSITOS DE CRISTALES DE URATO MONOSÓDICO?

M^a Luisa Peral Garrido¹, S. Gómez-Sabater^{3,4}, R. Caño-Alameda^{3,4}, S. Bermúdez-García^{3,4}, T. Lozano^{5,6}, R. Sánchez-Ortiga⁷, M. Perdiguero^{8,9}, E. Caro¹⁰, C. Ruiz¹¹, R. Francés^{12,13}, E. Pascual^{4,14} y M. Andrés^{3,4,12}

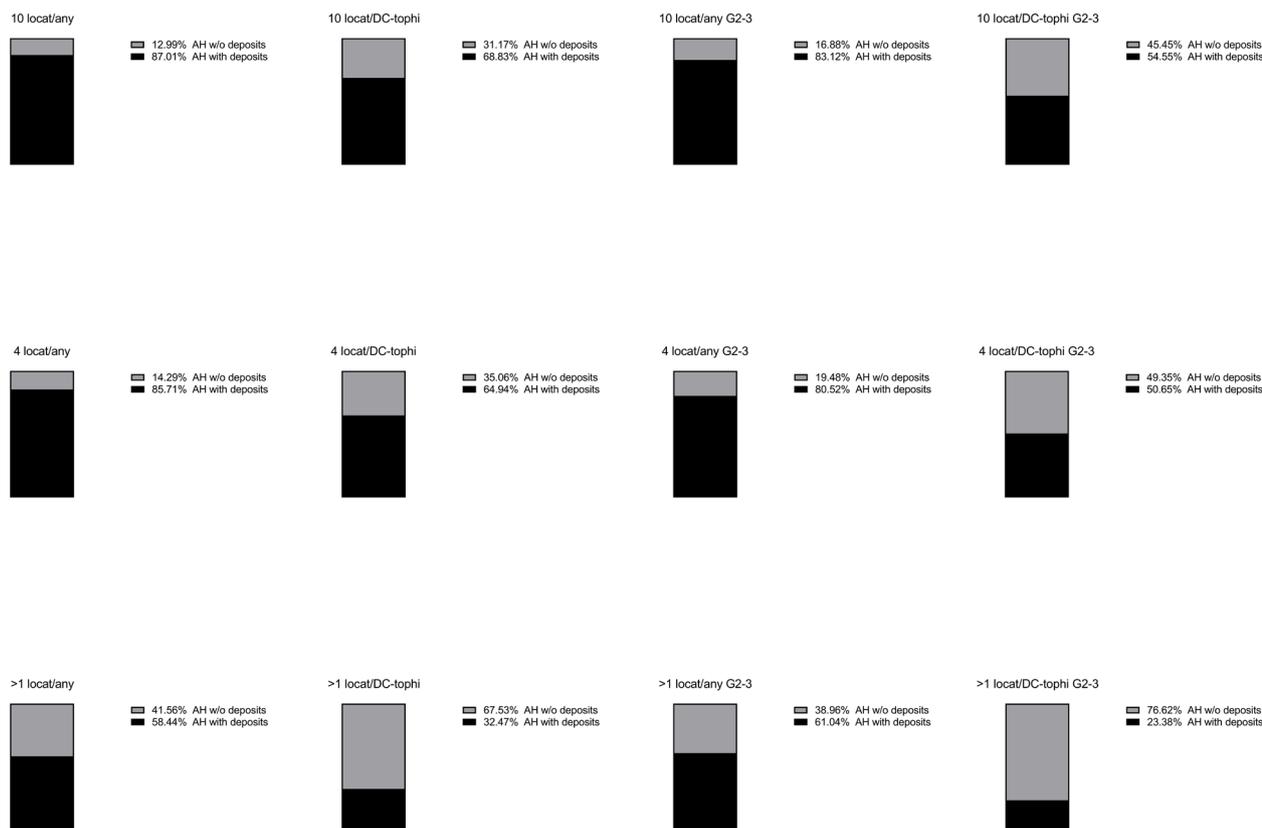
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. ²Estudiante de doctorado. Universidad Miguel Hernández. Sant Joan d'Alacant. ³Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁴Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Enfermedades Reumáticas y Autoinmunes. ⁵Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁶Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares. Alicante. ⁷Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁸Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁹Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Nefrología. Alicante. ¹⁰Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Vicent-HACLE. Sant Vicent del Raspeig. ¹¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campoamor. Alicante. ¹²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández (UMH). Sant Joan d'Alacant. ¹³Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Immunobiología Hepática e Intestinal. Alicante. ¹⁴Universidad Miguel Hernández (UMH). Sant Joan d'Alacant.

Introducción: Los datos acumulativos indican que el 20-30% de sujetos con hiperuricemia asintomática (HA) presenta depósitos de cristales de urato monosódico (UMS) silentes¹. Para su estudio, se han utilizado varios esquemas de exámenes ecográficos², y la evaluación de la primera articulación metatarsofalángica (MTF) y cóndilo femoral para signo de doble contorno (DC), más 1ª MTF para tofos, muestra la mayor prevalencia y discriminación en comparación con sujetos normouricémicos. Sin embargo, queda por definir cómo deberíamos clasificar ecográficamente HA con depósitos de cristales.

Objetivos: Comparar la variación en la prevalencia de depósitos ecográficos en HA en función de diferentes esquemas de clasificación.

Métodos: Estudio observacional, transversal. Pacientes con HA fueron reclutados consecutivamente de consultas y hospitalización de medicina interna, cardiología, nefrología, endocrinología, reumatología y atención primaria, pertenecientes a un hospital terciario. Se incluyeron sujetos con un nivel de urato sérico ≥ 7 mg/dL en analítica más reciente, excluyendo aquellos con terapia hipouricemiante y/o colchicina o con gota u otras enfermedades reumáticas inflamatorias. La ecografía fue realizada por un reumatólogo ecografista experto, ciego a datos clínicos y de laboratorio, siguiendo las defini-

Rate of sonographic deposits in AH across different definitions



Global p=1.020e-005

P176 Figura. Tasa de depósitos ecográficos en HA según diferentes definiciones.

ciones de OMERACT de 2021 para las lesiones elementales de gota (signo de DC, tofos, agregados) y graduación 0-3³. Las localizaciones examinadas bilateralmente fueron rodillas incluyendo tendones rotulianos, tobillos incluyendo tendones de Aquiles y 1ª y 2ª articulaciones MTFs. Se aplicaron diferentes definiciones en relación con depósitos (cualquier depósito; solo signo DC y/o tofos; solo depósitos de grado 2-3; solo signo de DC y/o tofos de grado 2-3) y número de localizaciones (10 localizaciones; esquema reducido de 4 articulaciones incluyendo rodillas y 1ª MTFs; más de 1 localización con depósitos). Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de chi².

Resultados: Se estudiaron 77 participantes con HA, 55 varones (71,4%), con edad media de 59,8 años (DE 17,3). El índice de masa corporal medio fue 31,2 kg/m² (DE 5,2), y el 37,66% y 29,9% padecían enfermedad cardiovascular y renal crónica, respectivamente. La uricemia media fue de 7,6 mg/dl (DE 1,6) con una excreción fraccionada de ácido úrico del 5,6% (DE 2,2). En cuanto a las lesiones elementales, la mediana (p25-75) del número de localizaciones con signo de DC, tofos o agregados fue 0 (0-1), 1 (0-2) y 1 (1-2), respectivamente. Para las lesiones de grado 2-3, los números fueron 0 (0-0), 1 (0-1) y 1 (0-2), respectivamente. Como se muestra en la figura, la proporción de depósitos ecográficos varió en gran medida según las diferentes clasificaciones consideradas para definir HA con depósitos, oscilando desde 23,38% hasta 87,01%, de manera estadísticamente significativa (p < 0,050).

Conclusiones: En una muestra multidisciplinar de sujetos con HA, las tasas de depósitos ecográficos variaron drásticamente en función de las diferentes clasificaciones utilizadas, destacando la necesidad de una definición consensuada y validada que facilite futuras investigaciones en este contexto.

BIBLIOGRAFÍA

- Bengana B, *et al.* Rev Rhumat. 2022; doi: 10.1016/j.rhum.2022.09.015.
- Stewart S, *et al.* Semin Arthritis Rheum. 2019;49(1):62-73.
- Christiansen SN, *et al.* Semin Arthritis Rheum. 2021;51:644-9.

P177. DIAGNÓSTICO DE GOTA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Maria Antonia Pou Giménez¹, Daniel Martínez-Laguna², Mertixell Aivar³, Jose Luis Estébanez⁴, Angeles Conesa², Raquel Gayarre¹, Jordi Hoyo⁵, Cristina Carbonell⁶, Carlen Reyes⁷ y César Díaz-Torne⁸

¹EAP Encants. Barcelona. ²CAP Sant Martí. Barcelona. ³CAP Sants. Barcelona. ⁴CAP Vila de Gracia. Barcelona. ⁵CAP Numància. Barcelona. ⁶EAP Via Roma. Barcelona. ⁷IDIAPI Jordi Gol. Barcelona. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con un diagnóstico de gota en su historia clínica (HC) de Atención Primaria (AP) que cumplen los criterios EULAR/ACR 2105.

Métodos: Estudio observacional transversal llevado a cabo en siete equipos de AP de ámbito urbano. Se seleccionaron aleatoriamente individuos de al menos 15 años con un diagnóstico de gota (CIE-10 CM: M10.0 o M1A.0 y subcategorías) realizado entre los años 2011 a 2021. Se determinó si los enfermos cumplían los criterios EULAR/ACR 2015 de clasificación de la gota por medio de los datos registrados en la historia clínica y de una entrevista telefónica. Se recogieron las siguientes variables: 1) Demográficas (edad y sexo); 2) Clínicas (fecha del diagnóstico, número y localización de los ataques, filtrado glomerular y uricemia en el momento del diagnóstico y el último disponible, consumo de alcohol (no enol, consumo bajo y bebedor de riesgo), tratamiento reductor de la uricemia (fármaco y dosis), presencia de tofos, estudios de imagen (radiología simple, ecografía y DECT) y estudio del líquido sinovial. Se calculó que era necesaria una muestra de 289 individuos para estimar con una confianza del 95% y una precisión de ≥ 5 unidades porcentuales un porcentaje poblacional que se previó alrededor del 75%.

Resultados: Se incluyeron 289 usuarios. La media de edad al diagnóstico fue de $71,6 \pm 12,2$ años y 235 (81,3%) fueron hombres. Cincuenta (23,6%) presentaban un filtrado glomerular < 60 ml/mn/m². Setenta y nueve (9,5%) eran bebedores de riesgo y 140 (57,9%) presentaban un consumo bajo de alcohol. Ciento noventa (65,7%) pacientes habían presentado podagra y 45 (15,6%) inflamación en medio pie o tobillo. En 8 (2,6%) pacientes se describían tofos. La uricemia media en el momento del diagnóstico fue de $8,1 \pm 1,7$ mg/dl y en el momento de la evaluación de $6,7 \pm 1,8$ mg/dl. En un 72% se recogió alguna uricemia $> 6,8$ mg/dl en la historia clínica. El 71% (205) de los sujetos con un diagnóstico de gota cumplían criterios diagnósticos EULAR/ACR 2015. Al combinar el diagnóstico de gota en la HC con la presencia de hiperuricemia en algún registro el porcentaje aumentaba hasta un 78,4%.

Conclusiones: El 71% de las personas con un diagnóstico de gota en la historia clínica informatizada de Atención Primaria cumplían criterios EULAR/ACR 2015 de gota. Al combinar el diagnóstico de gota con la presencia de hiperuricemia en al menos un registro aumentaba el porcentaje hasta un 78,4%.

P178. ¿COMO TRATAMOS A LOS PACIENTES CON GOTTA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

María Antonia Pou Giménez¹, Ángeles Conesa², Jordi Hoyo³, Raquel Gayarre¹, Carlen Reyes⁴, Cristina Carbonell⁵, Meritxell Aivar⁶, Jose Luis Estebanez⁷, Daniel Martínez-Laguna² y César Diaz-Torné⁸

¹EAP Encants. Barcelona. ²CAP Sant Martí. Barcelona. ³CAP Numància. Barcelona. ⁴IDIAPI Jordi Gol. Barcelona. ⁵EAP Via Roma. Barcelona. ⁶CAP Sants. Barcelona. ⁷CAP Vila de Gracia. Barcelona. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes gotosos que están recibiendo tratamiento reductor de la uricemia en una cohorte de enfermos seguidos en Atención Primaria. Determinar el porcentaje que han conseguido alcanzar el objetivo terapéutico (< 6 mg/dl) y relacionarlo con el tratamiento que están recibiendo.

Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo de individuos de al menos 15 años, que tenían registrado un diagnóstico de gota en la historia clínica informatizada y cumplían los criterios diagnósticos EULAR/ACR 2015, en siete equipos de Atención Primaria (AP) de ámbito urbano. Se recogieron las siguientes variables: 1) Demográficas (edad y sexo); 2) Clínicas (fecha del diagnóstico, filtrado glomerular y uricemia en el momento del diagnóstico y el último disponible y tratamiento reductor de la uricemia (fármaco y dosis).

Resultados: La media de edad fue de $64,3 \pm 12$ años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de $6,6 \pm 3,9$ años. Ciento setenta y dos (83,9%) eran hombres. Siete (3,9%) enfermos presentaban un filtrado glomerular entre 15 y 30 ml/mn/m² y 61 (33,9%)

< 60 ml/mn/m². El ácido úrico medio en el momento del diagnóstico fue $8,5 \pm 1,5$ mg/dl y en el momento de la recogida de datos fue de $6,7 \pm 1,8$ mg/dl. Sesenta y dos (39,2%) pacientes consiguieron niveles < 6 mg/dl, 127 (62%) presentaban mal control y en 16 (7,8%) no se recogían uricemias. Sesenta (29,8%) enfermos no tenían pautado tratamiento reductor de la uricemia, ochenta (42,2%) recibían alopurinol 100 mg/día, 6 (3%) alopurinol 150 mg/día, 32 (15,6%) alopurinol 300 mg/día y un enfermo recibía 400 mg/día. Un enfermo estaba en tratamiento con febuxostat 40 mg/día y 17 (8,5%) con febuxostat 80 mg/día. El porcentaje de enfermos que conseguían el objetivo terapéutico según fármaco recibido se muestra en la tabla.

Tratamiento, mg/día	Total	Buen control (< 6 mg/dl)	Porcentaje, %
Sin tratamiento	54	12	22
Alopurinol 100 mg/día	79	18	23
Alopurinol 150 mg/día	5	3	60
Alopurinol 300 mg/día	31	16	52
Alopurinol 400 mg/día	1	0	0
Febuxostat 40 mg/día	1	0	0
Febuxostat 80 mg/día	18	13	72
Todos los tratados	135	55	41

Conclusiones: El control de la uricemia en los enfermos con gota en Atención Primaria fue subóptimo y el uso de la terapia reductora de uricemia insuficiente.

P179. UTILIDAD DE LA PLATAFORMA YOUTUBE PARA REFORZAR LA EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS QUE PRECISAN TERAPIAS BIOLÓGICAS

Begoña Carballal Platas¹, M.L. Uriondo Martínez¹, T. Díaz Díez¹, G. González-Arribas¹, D. Dios-Santos¹, C. San José-Méndez¹, F.J. de Toro Santos¹ y E. González Rodríguez²

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña (UDC). As Xubias. A Coruña.

²Dirección de Procesos de Enfermería. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña (UDC). A Coruña.

Introducción: En la actualidad disponemos de numerosas dianas terapéuticas en enfermedades como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondiloartritis axial o el lupus que pueden bloquearse con moléculas biológicas mediante su administración subcutánea. En estos casos, es de especial relevancia que el paciente disponga de una información clara sobre el uso correcto de los diferentes dispositivos para conseguir la eficacia deseada que se explica durante la consulta de enfermería. La plataforma más popular de vídeos online, YouTube, tiene como objetivo compartir, comentar y visualizar vídeos. El personal sanitario tiene que rentabilizar esta plataforma como un instrumento fundamental para reforzar el aprendizaje autónomo de pacientes que precisan estos tratamientos subcutáneos.

Objetivos: Mejorar las competencias de los pacientes en el uso adecuado de los dispositivos de tratamiento subcutáneos.

Métodos: Hemos creado un canal: "reumatología chuac" en la web YouTube, para subir y alojar vídeos educativos. Elaboramos vídeos demostrativos de corta duración mediante una tableta electrónica o con videocámara. Fueron editados con un sencillo programa. Creamos 4 listas de reproducción de las cuales una está dedicada a pacientes en la que se incluye información sobre lo que son las enfermedades reumáticas y sobre la técnica correcta para realizar el tratamiento con agujas subcutáneo.

Resultados: El canal fue creado el 14 de enero de 2013. Hay 42 vídeos alojados. Hemos tenido 2.680.881 visitas con un total de 107.800 horas de visualización y con una retención media de la

audiencia de 2,45 minutos en cada visita a 29 de enero de 2023. La fuente fundamental de búsqueda es la web YouTube (49%). El material fue visto fundamentalmente desde México (22,9%) y España (18,7%). Tenemos 15.900 suscriptores. El tercer video más visitado es para pacientes sobre el aprendizaje del uso correcto de la administración adecuada de fármacos biológicos subcutáneos con 379.981 visitas (14,2%) que nosotros utilizamos como refuerzo a las instrucciones señaladas en la consulta de enfermería y que fue agregado en agosto de 2018. Si analizamos los datos de este último año, es el segundo vídeo más visitado con el 23,3% de visualizaciones por detrás del primero con el 24,2% del total.

Conclusiones: El papel de la enfermería reumatológica ha ido tomando un protagonismo creciente en el cuidado del paciente con enfermedades reumáticas. Su labor de entrenamiento para la administración correcta de los tratamientos biológicos es fundamental para asegurar la eficacia, adherencia y la seguridad. La utilización de la plataforma YouTube para reforzar los mensajes facilitados en la consulta de enfermería es muy útil para complementar el aprendizaje autónomo de pacientes que precisan estos tratamientos subcutáneos. Es importante mejorar las competencias digitales de los profesionales sanitarios para innovar en actividades docentes y formativas.

Agradecimientos: iniciativa del servicio de reumatología del área sanitaria de A Coruña con la colaboración de Galápagos.

P180. ATENCIÓN EN LA OSTEOPOROSIS: DE LA PATOLOGÍA AL CUIDADO

Maria Raquel Sanz Berruete, Ane Guinea Urtizberea, Sonia Azcárate Jiménez, Tania Herrera Barcia, Beatriz Arrillaga Domínguez, Ane Aldasoro-Ruiz y Joaquín Belzunegui Otano

OSI Donostialdea. Osakidetza. Ambulatorio de Gros.

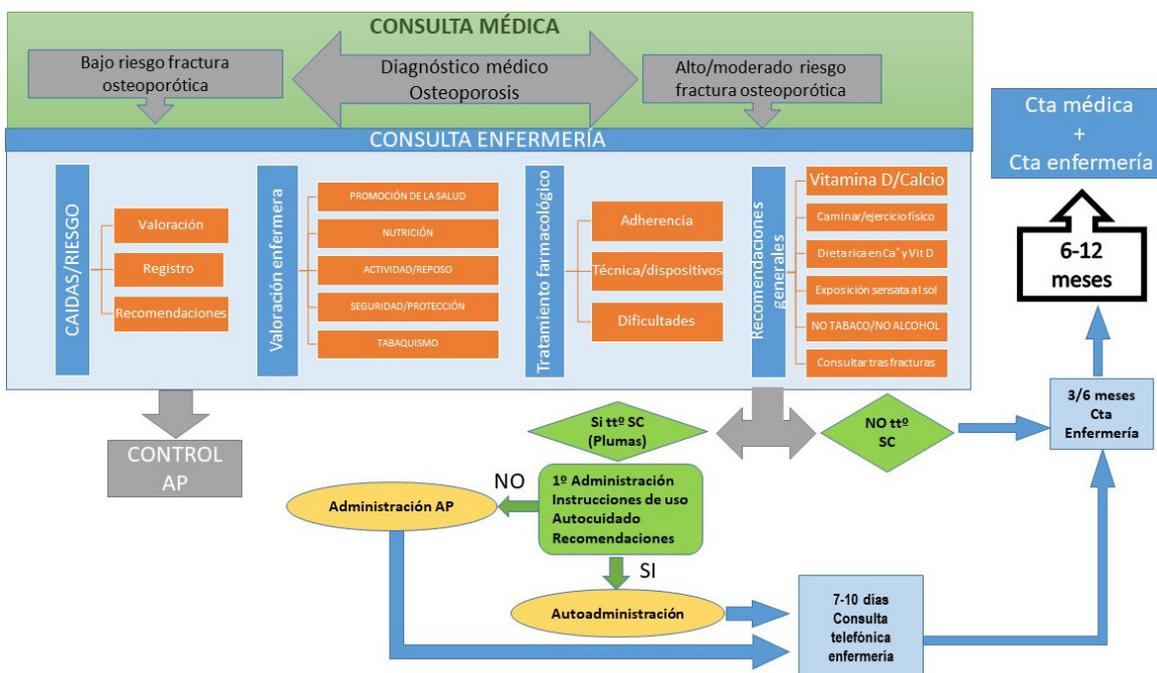
Introducción: La osteoporosis (OP) es una enfermedad esquelética difusa caracterizada por una disminución generalizada de la resistencia ósea que predispone a un mayor riesgo de fracturas por fragilidad (Sociedad Española de Reumatología SER). La incidencia de fractura por fragilidad está aumentando debido fundamentalmente

a una mayor esperanza de vida. En los últimos años se han producido avances en el diagnóstico y tratamiento de la OP. Las terapias biológicas requieren de un personal formado en su manejo, monitorización y evaluación del enfermo, y en el control de efectos adversos. Como centro comprometido con la excelencia en cuidados-BPSO y ligado a la implantación de la guía de Atención centrada en la persona en el área de la reumatología, somos conscientes de la necesidad de estructurar nuestro trabajo siguiendo las directrices y recomendaciones de la misma.

Objetivos: Identificar y establecer las intervenciones enfermeras dirigidas a la persona con op que ayuden a abordar, prevenir y minimizar el impacto de la enfermedad en su proceso vital.

Métodos: Se definió el grupo de trabajo formado por enfermeras de reumatología, una enfermera líder de la guía, una referente de consultas y médicos del servicio de reumatología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversos buscadores. Se revisaron Guías de práctica clínica (Fisterra, Servicio Nacional de Salud, RNAO) y de publicaciones de Sociedades científicas (SER) seleccionando aquellas áreas con evidencia científica y susceptibles de abordaje enfermero. Se debatió el rol de la enfermería en el diagnóstico, tratamiento, valoración, limitaciones, condicionantes y cuidados. Se definieron los aspectos principales de valoración (Dominios OSANAIA) y las actividades e intervenciones enfermeras. Se establecieron los contenidos educativos y de promoción de la salud. Se analizaron las distintas prestaciones de las agendas de Osakidetza relacionadas con las actividades.

Resultados: Se han definido las actividades a realizar en la cta enfermera. Las áreas de valoración enfermera por dominios OSANAIA. Promoción de la salud. Tratamiento farmacológico: adherencia, técnicas/dispositivos, dificultades. Nutrición: dieta. Recomendaciones: vitamina D/calcio. Actividad/reposo: actividad física. Recomendaciones: seguridad/protección, caídas. Valoración y recomendaciones. Registro riesgo de caídas en HC. Circuito de administración de biológicos s/c y seguimiento. Se ha elaborado el algoritmo de derivación, citación e intervenciones y el circuito de administración de biológicos subcutáneos. Se ha creado la agenda de Consulta de Enfermería definiendo las distintas prestaciones relacionadas con las intervenciones. Se han definido los distintos apartados de los informes enfermeros a incluir en la HC.



P180 Figura. Algoritmo abordaje enfermería osteoporosis.

Conclusiones: La creación y puesta en marcha de este proceso nos ha permitido unificar criterios y actuaciones basadas en la evidencia, disminuyendo la variabilidad en la práctica diaria. Proporcionar cuidados personalizados a las personas afectas que precisan de una atención multidisciplinar en la que no solo se atiende a sus patologías sino también a sus cuidados y necesidades. Mejorar la actividad asistencial y fomentar el trabajo colaborativo facilitando la continuidad de la atención y disminuyendo la variabilidad clínica. Posibilitar el desarrollo y la implantación de la actividad enfermera en otros procesos.

P181. TIXAGEVIMAB Y CILGAVIMAB: USO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Concepción Vidal Castell, Carolina Alfonso González, Vera Ortiz-Santamaría, Jordi Camins-Fàbregas, Noemí Busquets-Pérez, Andrea Cuervo y Katherine Cajiao

Hospital de Granollers.

Introducción: Tixagevimab y cilgavimab (TyC) es una combinación de dos anticuerpos monoclonales de acción IgG1K prolongada, derivados de células B de pacientes convalecientes con infección por SARS-CoV2. Es conocido que los pacientes en tratamiento inmunosupresor presentan una respuesta inadecuada (RI) a la vacunación siendo candidatos a tratamiento adyuvante. Según indicaciones del CatSalut en el documento "Tratamiento farmacológico de la infección por SARS-CoV-2" del 14 de septiembre de 2022, se elaboró un protocolo de administración de tixagevimab y cilgavimab en Hospital General de Granollers en pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento inmunosupresor.

Objetivos: Conocer la respuesta vacunal de pacientes en tratamiento inmunosupresor con inmunomoduladores biológicos que pueden presentar una RI, en particular fármacos como rituximab, abatacept y belimumab. Administrar TyC según protocolo.

Métodos: Se incluyeron los pacientes en seguimiento en Reumatología en un hospital comarcal con un área de referencia de 230.000 habitantes. Criterios de inclusión: pacientes > 12 años y > 40 kg con alto grado de inmunosupresión, por patología o tratamiento y sin respuesta adecuada a la vacunación, definido como título anticuerpos < 260 BAU/ml. Pacientes con mínimo 3 dosis de vacuna y con título de anticuerpos inadecuados. Procedimiento: revisar la historia clínica de pacientes con inmunomoduladores biológicos. Confirmar tratamiento, valorar antecedentes cardiológicos mayores e histórico de infecciones por SARS-CoV-2. Confirmar vacunaciones anti-SARS-CoV-2 administradas, dosis según posología, marca farmacéutica suministrada, y programar vacunación. Realización de analítica Ac IgG SARS-CoV-2. Comprobación de la respuesta vacunal. Administración de TyC según protocolo.

Resultados: Incluidos 51 pacientes de los cuales el 84% eran mujeres con una edad media de 65 años \pm 5 años con los siguientes diagnósticos: 41 AR, 6 LES, 1 síndrome Sjögren, 1 síndrome antisintetasa y 2 ES. Excluidos 12 pacientes: 4 rechazaron la vacunación, 3 traslado de comunidad, 3 insuficiencia cardíaca y 2 *exitus*. De los pacientes que se incluyeron en el estudio, 19 de ellos recibían rituximab, 4 belimumab y 16 abatacept. El 94% de los pacientes con abatacept respondieron a la vacunación con niveles superiores a 260 BAU/ml y por lo tanto no se administró TyC. Únicamente un paciente (6%) presentó niveles < 260 BAU/mL recibiendo el fármaco. Este paciente había recibido dosis de vacunación de población general (1/2 dosis). De 4 que recibían tratamiento con belimumab, el 100% presentaron una respuesta adecuada a la vacunación. De los 19 pacientes con rituximab, 53% presentaron una respuesta AcIgGSARS-CoV2 > 260 BAU/mL por lo que no se administró TyC mientras que el 47% restante (9 pacientes) presentó una respuesta inadecuada. De estos 9, 6 habían recibido únicamente tres dosis de vacuna anti-SARS-CoV-2 (No la 4ª dosis bivalente) y 3 de ellos recibieron 1/2 dosis, que se

administra a población general. De todos los pacientes valorados, se administró tixagevimab y cilgavimab en 10 de ellos.

Conclusiones: De nuestra muestra, los pacientes en tratamiento con rituximab solo presentan respuesta vacunal en el 53%, especialmente tras recibir la pauta completa de vacunación (cuatro dosis). Los pacientes en tratamiento con abatacept y belimumab mayoritariamente presentaron respuesta vacunal, el 94% y 100% respectivamente. El análisis de la respuesta vacunal nos permitió determinar a qué pacientes administrar tixagevimab y cilgavimab.

P182. ¿SON ADHERENTES LOS PACIENTES AL TRATAMIENTO CON JAKINIBS? ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS 4 TIPOS DE INHIBIDORES DE LAS JAKS QUINASAS

Carmen Domínguez Quesada¹, C. López-Martín¹, F. Fernández-Palacín², P. Cejas Cáceres¹, M. Moreno-Galeano¹ y J.J. Pérez-Venegas¹

¹FISEVI (Fundación de ayuda a la investigación de Sevilla) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Departamento de estadística. Universidad de Cádiz.

Introducción: Los inhibidores de Jak quinasas constituyen una nueva alternativa de tratamiento para los pacientes con patología inflamatoria articular. Se ha descrito falta de adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, que se relacionan con múltiples factores y esto puede conllevar a no conseguir objetivos terapéuticos. Existen diferentes herramientas para la evaluación indirecta de la adherencia, como el test de Morisky-Green (MG) y el Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR-19), que está validado en la AR.

Objetivos: Evaluar la tasa de adherencia en los pacientes tratados con inhibidores de jakinibs (baricitinib, tofacitinib, upadacitib y filgotinib) en un hospital de tercer nivel mediante CQR-19.

Métodos: Estudio transversal observacional. Se incluyeron pacientes con AR, APS y EA en tratamiento con jakinib durante el año 2022 que acudieron a las consultas de reumatología. Criterios de exclusión: Pacientes con inicio de tratamiento inferior a 3 meses y dependientes. Variables. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), diagnóstico y tratamiento, antigüedad de diagnóstico divididos en reciente diagnóstico (2019-actualidad), diagnóstico establecido (2012-2018) y larga evolución (anterior a 2012). (tabla). Se midió actividad de la enfermedad con DAS-28, DAPSA y ASDAS y función física con cuestionario Health Assessment Questionnaire (HAQ). Se evaluó la adherencia al tratamiento mediante CQR-19 y test de MG. Se consideró paciente adherente si CQR-19 mayor o igual 80% y test de MG sin ningún error. La tasa de adherencia se definió como el número de pacientes adherentes dividido por el número total de pacientes. Análisis estadístico: descriptivo y test de comparaciones múltiples de Tuckey para comparar CQR entre los distintos grupos de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes en tratamiento con un jakinib durante el año 2022 de los cuales 49 (77,7%) eran mujeres con una mediana de edad fue de 59 años (rango 26-84 años). De los 63 pacientes, 1 no completó cuestionario por haber suspendido el tratamiento meses previos. El 95,1% de los pacientes presentaron puntuaciones que mostraban adherencia al tratamiento. La puntuación media del CQR-19 de nuestros pacientes fue de 91,1 con una desviación típica de 6,59, mínimo de 68,4, mediana de 91,2 y máximo de 100 (fig. 1). Cuando se compara el resultado del CQR-19 entre los diferentes grupos de tratamiento, usando el test de comparaciones múltiples de Tuckey se observan diferencias significativas ($p = 0,03$) entre tofacitinib y baricitinib a favor del primero (fig. 2). Al comparar CQR de los 3 grupos aplicando test de Kruskal-Wallis de comparación de medianas, el resultado es $p = 0,15$. Aunque no es significativo, la adherencia aumenta con la antigüedad del diagnóstico.

Variable	N = 63
Mujer	49 (77,7%)
Edad mediana (años)	59 (26-84)
CQR mediana	91,2 (Mín 68,4-Máx 100)
Diagnóstico AR	52 (82,5%)
Pacientes con TOFA	11 (17,4%)
Pacientes con BARI	18 (28,4%)
Pacientes con UPA	30 (47,6%)
Pacientes con FILGO	4 (6,34%)
Años de evolución enfermedad	15 (1-48 años)
Remisión por DAS-28 PCR	39 (61,9%)
Fallo a 1 o + biológicos	49 (79%)
Jakinib en monoterapia	50 (79,4%)
HAQ 0-0,9	31 (50%)

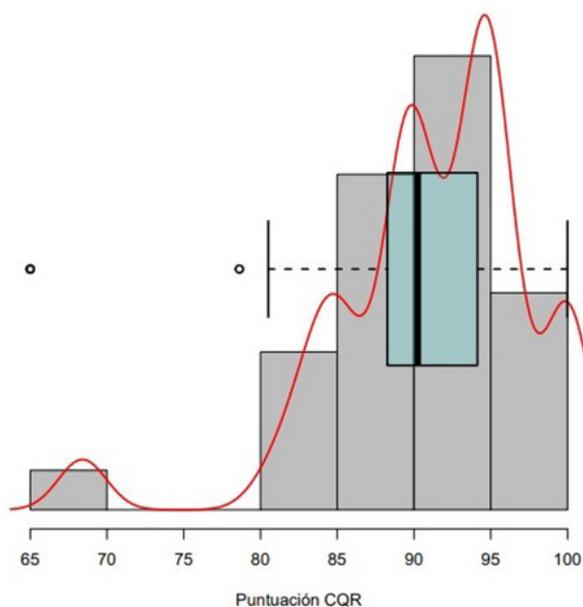


Figura 1. CQR-19.

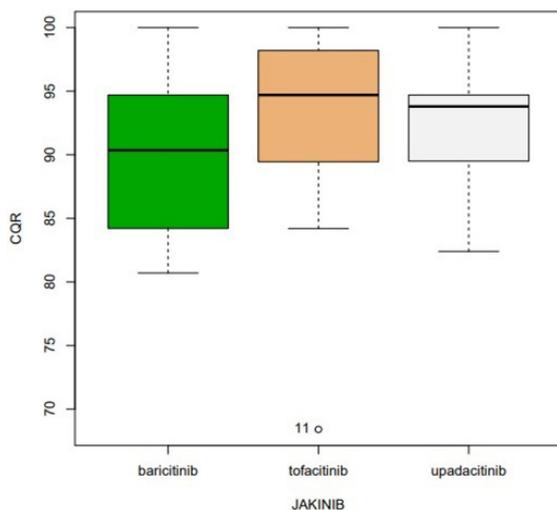


Figura 2. Comparación CQR entre tofacitinib, baricitinib y upadacitinib.

Conclusiones: La adherencia de los pacientes en tratamiento con jakinib es elevada y no está relacionada con edad, actividad de la enfermedad ni años de evolución, aunque sí se ha observado que los pacientes con más años de evolución de la enfermedad parecen ser más adherentes y confiar más en los tratamientos para su patología reumática. EL grupo de pacientes con tofacitinib muestra mayor puntuación en CQR-19 que baricitinib. Hacen falta más estudios a largo plazo y con un mayor tamaño de muestra para confirmar estas

diferencias, ya que de filgotinib aún hay pocos datos en la práctica habitual. CQR-19 puede ser un cuestionario útil en la práctica habitual para medir adherencia.

P183. FATIGA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. PREVALENCIA Y FACTORES DETERMINANTES

Lidia Valencia Muntalà, Carmen Gómez Vaquero, Maribel Mora, Laura Berbel, Emma Brugarolas, Paola Vidal, Pol Maymó, Judith Palacios, Javier Narváez, Jesús Rodríguez Moreno, Antoni Rozadilla, Carmen Moragues, Xavier Juanola y Joan M. Nolla
 Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La fatiga impacta de forma muy acentuada en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y no suele formar parte de la evaluación sistemática de los pacientes en práctica asistencial.

Objetivos: Analizar, en una cohorte de pacientes con AR: a) la prevalencia de fatiga, b) su relación con la edad, el IMC, los índices de actividad y discapacidad de la enfermedad, los valores de hemoglobina y los parámetros con que se evalúa la presencia de sarcopenia.

Métodos: Se consideraron objeto de estudio 237 pacientes atendidos de forma consecutiva en las consultas externas de Reumatología de un hospital universitario. Criterios de inclusión: 1) edad ≥ 50 años, 2) cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2010 para la clasificación de la AR, 3) clase funcional I-III, y 4) ausencia de comorbilidades relevantes. En cada paciente se analizó: 1) edad; 2) género; 3) IMC; 4) Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -FACIT, cuestionario autoadministrado para la valoración de la fatiga que consta de 13 ítems y se basa en una escala Likert de 5 puntos (de 0 “nada” a 4 “muchísimo”). La puntuación oscila entre 0 y 52 puntos. Una puntuación alta representa un bajo nivel de fatiga. No existe un punto estandarizado que marque la existencia de fatiga; se han considerado valores inferiores a 40 y a 30); 5) hemoglobina; 6) variables relacionadas con la AR (duración, DAS28; HAQ; y RAPID3). El Routine Assessment of Patient Index Data 3 -RAPID3-, es un índice de actividad de la AR, autoadministrado, que incluye función física, dolor y evaluación global de la enfermedad por parte del paciente. Una puntuación alta refleja una actividad elevada; 7) Variables relacionadas con la sarcopenia (cuestionario SARC-F y Skeletal Muscle Mass Index -SMI). El cuestionario SARC-F es autoadministrado y consta de cinco preguntas. Valora la probabilidad de que exista sarcopenia. La puntuación oscila entre 0-10; valores iguales o superiores a 4 comportan alta posibilidad de padecer sarcopenia. El SMI (n: 108; 17 hombres y 91 mujeres), evaluado mediante absorciometría fotónica dual de fuente radiológica (DXA) se define por el cociente masa muscular apendicular/altura². Se consideran patológicos valores ≤ 7,23 kg/m² en hombres y ≤ 5,67 kg/m² en mujeres.

Resultados: Ver tabla. Se observó una correlación significativa entre los valores de FACIT y los valores del DAS28 (r: -0,39; p < 0,001), del RAPID3 (r: -0,70; p < 0,001) y del HAQ (-0,43; p < 0,001). También se correlacionó con SARC-F (r: -0,62; p < 0,001) y SMI (r: -0,27; p < 0,01). No se observó correlación con la edad, el IMC, la duración de la enfermedad ni los niveles de hemoglobina. La intensidad de la fatiga fue significativamente superior en mujeres (FACIT: 35,3 ± 11,0) que en hombres (FACIT: 41,6 ± 6,7) (p < 0,001).

Conclusiones: En la cohorte de pacientes con AR analizada, la prevalencia de fatiga, evaluada mediante FACIT, fue relevante. Se observó en el 53% de los pacientes, siendo especialmente intensa en el 21%. La fatiga fue independiente de la edad de los enfermos, de su IMC y de los valores de hemoglobina que presentaban y se correlacionó de forma significativa con los índices de valoración de la actividad de la enfermedad, con la discapacidad funcional y con los parámetros con los que se evalúa la sarcopenia. Dados los resultados

observados, en nuestra opinión, el análisis de la fatiga debería incluirse en la valoración sistemática de los pacientes con AR en práctica asistencial.

Edad	68,8 ± 9,1 años
Género	
Hombres	76 (32%)
Mujeres	161 (68%)
IMC	27,63 ± 4,67 kg/m ²
FACIT	37,33 ± 10,2
FACIT < 40	53%
FACIT < 30	21%
Hemoglobina	13,6 ± 1,31 g/L
Variables relacionadas con la AR	
Duración	15,1 ± 10,4 años
DAS28	2,75 ± 1,18
RAPID3	8,48 ± 6,75
HAQ	0,11 ± 0,24
Variables relacionadas con la sarcopenia	
SARC-F	2,45 ± 2,1
SARC-F ≥ 4	30%
SMI	5,73 ± 0,95 Kg/m ²
SMI bajo	63%

P184. ANÁLISIS DE INCIDENCIAS COMUNICADAS AL OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. PAPEL ENFERMERO

Manuel Moreno Galeano, Carmen Vargas Lebrón, Carmen Domínguez Quesada, María Dolores Ruíz Montesino y José Javier Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La seguridad del paciente se considera una dimensión clave, esencial y transversal de la calidad asistencial. Se estima que en España uno de cada 10 pacientes que ingresa en un hospital y uno de cada 100 pacientes que acude a una consulta de atención primaria sufre un daño mientras recibe atención médica sin que esté relacionado con el motivo de la asistencia y pueden llegar a evitarse en más de un 40% y de un 70% respectivamente¹. El Sistema de Notificación de Incidentes y aprendizaje para la Seguridad del Paciente de Andalucía (NotificASP), es una herramienta de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA) que permite comunicar y gestionar riesgos de seguridad y eventos adversos de la atención sanitaria². Se han identificado referentes de seguridad, que en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena son un facultativo y un enfermero. Según la Sociedad Española de Reumatología, una actividad fundamental de Enfermería es controlar posibles efectos secundarios³.

Objetivos: Analizar las notificaciones de seguridad y su gestión comunicadas en notificASP en un Servicio de Reumatología de un hospital terciario durante los años 2021 y 2022.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron las notificaciones de seguridad realizada por nuestra unidad en los años 2021 y 2022, realizadas a través de la herramienta notificASP como parte de la ESSPA.

Resultados: Se realizaron un total de 17 notificaciones de seguridad, de los cuales el 94,12% han sido evaluados y comunicados por Enfermería. El 58,82% afectaron a mujeres con edad media de 71,5 (± 13,65) años, y en el caso de los hombres la edad media es de 60,57 (± 11,25) años. El incidente ha llegado a impactar en el paciente en el 58,82% de los casos, con una afectación leve (60%), moderada (10%) o sin ningún daño (30%). El resto de incidentes que no impactaron se asumen como riesgos. El diagnóstico predominante en las notificaciones es AR con el 64,70%; el resto son EA, APs, polimialgia, oligoartritis, fibromialgia y conectivopatía indiferenciada. Los motivos de notificaciones más frecuentes son: falta de comunicación entre

especialidades (Oncología, Ginecología, Estomatología, Urología, Maxilofacial, Hematología) (35,29%), errores en prescripción (23,53%), reacción adversa (17,65%) y errores de medicación por pacientes (11,76%). Para este último caso, se tratan de mujeres de edad avanzada (77 años), polimedicadas y con dificultades familiares. El 100% de los errores de prescripción no ha llegado a impactar en el paciente. Durante la gestión de incidentes, el 47,06% de las notificaciones no precisaron la incorporación de acciones de mejora. Para el resto, se han elaborado 3 acciones de mejora: errores de medicación por pacientes, errores de prescripción, y notificación de neoplasia en pacientes con inmunosupresores.

Conclusiones: Los incidentes más frecuentes se deben a una falta de comunicación entre distintas especialidades, sobre todo en la coexistencia de enfermedad tumoral y enfermedad reumática; y a los errores de prescripción. Casi la mitad de las notificaciones no precisaron de acciones de mejora, siendo suficientes las medidas establecidas en nuestra unidad para asumirlas como riesgos. Este registro nos ha servido para poner en marcha estrategias de mejora que disminuya el riesgo a la población atendida y confirma el papel de la Enfermería en la estrategia de seguridad del paciente.

P185. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES FUMADORES REMITIDOS A UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA PARA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Susana Fernández Sánchez¹, Berta P. Magallares López¹, Hye-Sang Park¹, Sandra Ros Abarca¹, Ana M^a Laiz Alonzo¹, César Díaz-Torné¹, Patricia Moya Alvarado¹, Ivan Castellví Barranco¹, Ana Milena Millán Arciénagas¹, Luis Sainz Comas¹, Helena Codes-Méndez¹, Cristina Rios Balada², Fermín Rodríguez Muñoz² y Héctor Corominas Macías¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Supervisión de Enfermería. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Conocer las características demográfico-clínicas, los niveles de ansiedad/depresión, la calidad percibida y el historial tabáquico de pacientes fumadores remitidos a una consulta de enfermería reumatológica para consejo anti tabáquico.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en la consulta de enfermería del Servicio de Reumatología de un hospital universitario. Se recogieron los datos de pacientes fumadores con enfermedad inflamatoria autoinmune remitidos por el reumatólogo desde enero 2019 hasta diciembre 2022. Variables demográfico-clínicas evaluadas: sexo, edad, peso, índice masa corporal (IMC), factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular, neoplásica o reumática y tratamiento concomitante. Se evalúan la ansiedad y la depresión mediante las escalas HADs y BDI. La variable calidad de vida se evaluó con el cuestionario EQ-5D. Variables evaluadas relacionadas con el hábito tabáquico: inicio del hábito, intentos previos para dejarlo, días máximos de abstinencia, motivo de recaída, tratamientos de ayuda utilizados, valoración del entorno familiar (fumador o no fumador), test de Fagerström, número de cigarrillos/día, nivel de monóxido de carbono (CO), test de Russell y fase de Prochaska.

Resultados: Fueron remitidos 42 pacientes, 62% mujeres con media de edad de 56 años (± 13 a), peso medio de 69 kg (± 13) e IMC de 25 kg/m² (± 4). Los factores de riesgo cardiovascular y los antecedentes de enfermedad cardiovascular o neoplásica se describen en las Tablas 1 y 2 y las enfermedades reumáticas en la figura 1; el 38% llevaba tratamiento con corticoides y un 59% con otro inmunosupresor. La ansiedad obtuvo una media de 8,58 (± 4,3) y la depresión una media de 6 (± 2,9) en Escala HADs mientras que en el BDI fue de 12,47 (± 6,9). La media en la escala analógico visual del estado de salud fue de 62,63 (± 16). Las dimensiones se describen en la tabla 3. La media de edad en el inicio del hábito tabáquico fue de 18 años (± 6 a.). Número de intentos previos: el 22% no lo había intentado

nunca y hasta 5 veces el 67,5%. Media de abstinencia de 576 días. El 22% había utilizado algún tratamiento farmacológico de ayuda siendo los substitutivos de nicotina el más frecuente (12,5%). Los motivos de recaída más frecuentes fueron por indulgencia (34%) y para relajarse (29%). Un 37,5% tenía un entorno familiar fumador. En la tabla 4 se describen la media y la desviación estándar de las variables de dependencia física, en la figura 2 las variables de dependencia psíquica y en la figura 3 la fase de cambio para dejar de fumar en la que se encuentra el individuo.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de enfermedad cardiovascular o neoplásica.

	n (%)
Hipertensión arterial	8 (20)
Dislipemia	11 (28)
Diabetes mellitus	4 (10)
Antecedente de enfermedad cardiovascular	0 (0)
Antecedente de enfermedad neoplásica	3 (7)

Tabla 2. Número de factores cardiovasculares (HTA, DLP, DM) presentes en un mismo paciente n (%)

0 factores	24 (62)
1 factor	8 (21)
2 factores	6 (15)
3 factores	1 (3)

Tabla 3. EQ-5D: estado de salud

Dimensión	Sin problemas n (%)	Algunos o moderados n/%	Graves n (%)
Movilidad	29 (76,3)	9 (23,7)	0 (0)
Cuidado-personal	36 (94,7)	2 (5,3)	0 (0)
Actividades diarias	24 (63,2)	14 (36,8)	0 (0)
Dolor/Malestar	10 (26,3)	23 (60,5)	5 (13,1)
Ansiedad/Depresión	14 (36,8)	20 (52,6)	4 (10,6)

Tabla 4. Variables de dependencia física a la nicotina

	Media ± DE
Test Fagerström	7 ± 1,8
Nº cigarrillos/día	17 ± 7
CO ppm	20,6 ± 7,4

Conclusiones: El perfil del paciente con enfermedad inflamatoria autoinmune que fuma y que había sido remitido para consejo anti tabáquico con enfermería fue: 1. Mujeres de edad media que además de fumar tenían sobrepeso y algo menos de la mitad de estas ya presentaban un factor de riesgo cardiovascular. Las patologías más frecuentes fueron la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante y las vasculitis. 2. Los resultados obtenidos indicaron presencia de sintomatología ansiosa. 3. Más de dos terceras partes de los pacientes expresaban un buen estado de salud. 4. Empezaban su hábito hacia la mayoría de edad, habían intentado en más de una ocasión dejar de fumar, tenían una dependencia moderada-grave y contemplaban que lo deberían dejar pero no creían que fuera el momento adecuado para hacerlo.

Figura 1. Enfermedad reumática

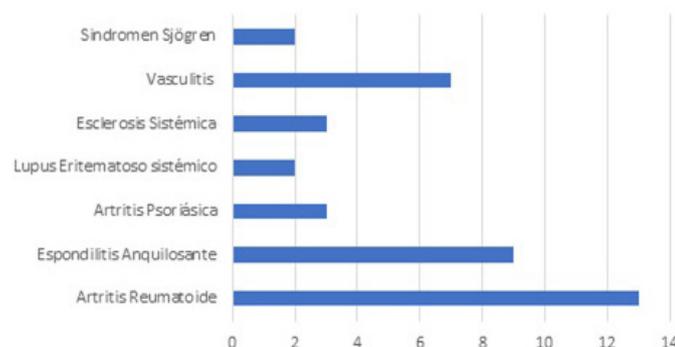


Figura 2. Test de Russell (valora la dependencia psíquica).

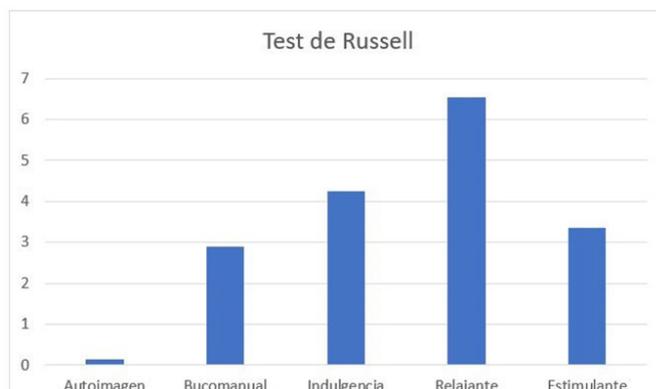


Figura 3. Test de Prochaska (valora la fase de cambio en el individuo).



P186. WHAT SHOULD A DEFINITION OF MODERATE PSORIATIC ARTHRITIS INCLUDE IN ORDER TO BE VALID AND APPLICABLE?

Ana Urruticoechea Arana¹, José Luis Álvarez-Vega², Maria Luz García-Vivar³, José Antonio Pinto-Tasende⁴, Eva Pascual⁵ and Rubén Queiro⁶

¹Hospital Can Misses. ²Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ³Rheumatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁴Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁵Amgen Inc. Madrid. ⁶Rheumatology. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

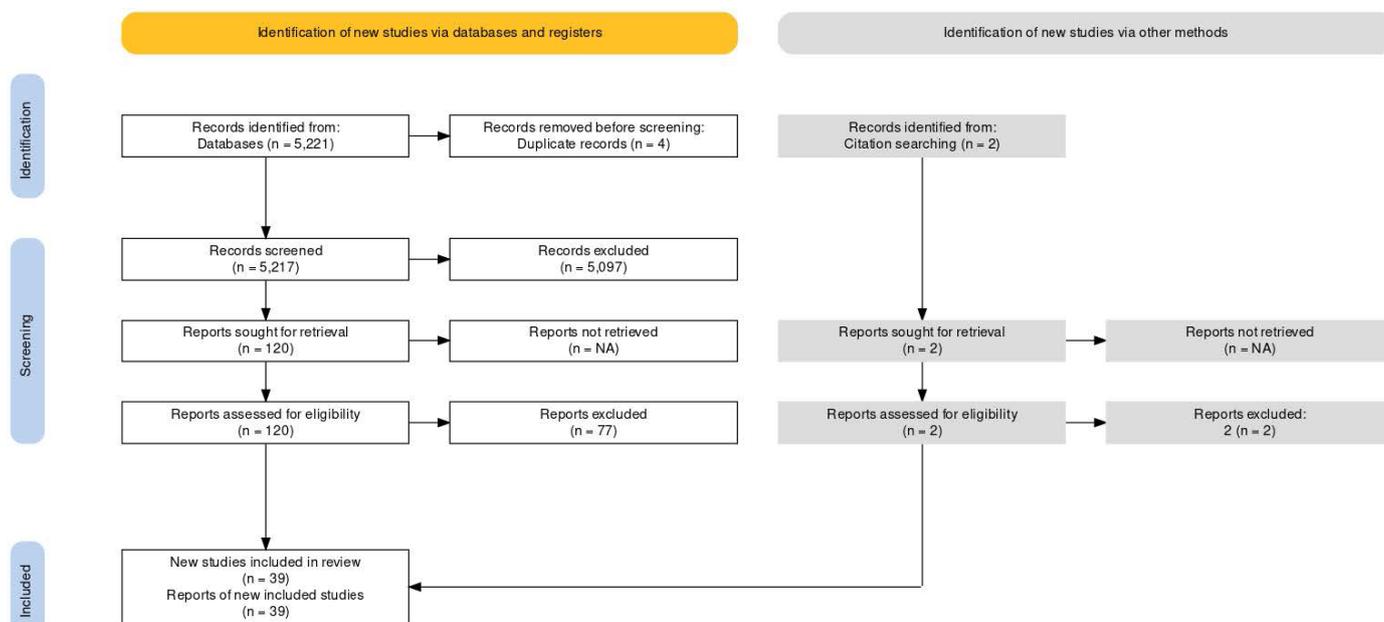
Introduction: Evidence-based treatment recommendations for psoriatic arthritis (PsA) suggest individualizing treatment but acknowledge the difficulty of correctly defining levels of disease activity (mild, moderate, and severe). Moreover, an inability to correctly define disease levels may prevent some patients from receiving suitable treatment(s).

Objectives: To recommend the items or domains of PsA that should be included in a future definition of moderate disease.

Methods: We conducted a literature review to identify classification tools/indexes used in PsA across clinical practice. We searched Medline, Embase, and Cochrane Library (from inception to 21-04-2021) for original articles published in English or Spanish, using

Table P186
Indices and potential definitions of disease activity

Index	Domains/items	Cut-offs	Limitations
BSA	Body surface area	Mild: < 3% Moderate (various): 3%-10% ≥ 5% and < 10% 3-10 palms Severe: > 10% Very severe: > 10%	Only measures skin involvement. Self-reported. Variability of cut-off points. No discrimination data.
PASI	Skin involvement	PASI: 10-20 PASI: 7-12 PASI: > 10	Only skin involvement Variability of cut-off points. No discrimination data.
AMDF	Joint counts (66/68) Quality of life Function VAS arthritis VAS skin PASI Global VAS	Low: ≤ 2.3 Moderate: > 2.3 and < 4.7 High: ≥ 4.7	Calculation complexity. No discrimination data.
ASDAS	Low back pain Morning stiffness Global VAS Peripheral pain/tender CRP	Moderate: < 2.1	Same criteria for different SpA. No discrimination data.
CDAI	Joint counts (28) VAS patient VAS physician	Low: > 2.8 y ≤ 10 Moderate: > 10 y ≤ 22 High: > 22	No discrimination data.
CPDAI	Arthritis (count-HAQ) Skin (PASI; DLQI) Enthesitis (count-HAQ) Dactylitis (count-HAQ) Axial (BASDAI-ASQoL)	Each domain is scored from 0 (absent) to 3 (severe) Total score: 0-15 Mild: < 5 Moderate: 5-6 Severe: > 6	Independent domains. Calculation complexity (multiple indices/domain). The total score does not reflect ≠ severity in ≠ domains. No discrimination data.
DAPSA	Joint counts (66/68) VAS pain Global VAS CRP	Low: > 4 y ≤ 14 Moderate: > 14 and ≤ 28 High: > 28	Only joint involvement. Gold standard: clinical assessment. No discrimination data.
c-DAPSA	Joint counts (66/68) VAS pain Global VAS	Low: > 4 y < 13 Moderate: > 13 y ≤ 27 High: > 27	Removes CRP from DAPSA. No discrimination data.
DAS28	Joint counts (28) VAS activity APR (ESR/CRP)	Low: ≤ 3.2 Moderate: > 3.2 and ≤ 5.1 High: > 5.1 Low: ≥ 2.4 y < 2.9 Moderate: ≥ 2.9 and ≤ 4.6 High: > 4.6	Variability of cut-off points. No discrimination data.
GRAPPA	Joints Skin Axial Dactylitis Enthesitis	Each domain is scored from 0 (absent) to 3 (severe) Total score: 0-15 Mild: < 5 Moderate: 5-6 Severe: > 6	OMERACT core set. Independent domains. Calculation complexity (multiple indices/domain). The total score does not reflect ≠ severity in ≠ domains. No discrimination data.
m-CPDAI	Joints Skin Enthesitis Dactylitis	Each domain is scored 0-3 Total score 0-12 Mild: ≤ 3.2 Moderate: > 3.2 y < 6.4 High: ≥ 6.4	GRAPPA domains except axial. No discrimination data.
PASDAS	Joint counts (66/68) Enthesitis Dactylitis Quality of life VAS global (patient) VAS global (physician) C-RP	Remission: ≤ 1.9 Low: > 1.9 y < 3.2 Moderate: ≥ 3.2 y < 5.4 High: ≥ 5.4	Calculation complexity. No discrimination data.
PsAID	Pain Fatigue Skin Work/Leisure Function Discomfort Sleeping problems Coping Anxiety Feeling of shame Social involvement Depression	Low: > 1.4 y ≤ 4.1 Moderate: > 4.1 y ≤ 6.7 High: > 6.7	It measures impact, not activity.
RAPID3	Function: HAQ VAS (pain) VAS (global)	Low: 0-2 Moderate: 2.1-4 Severe: 4.1-10	Self-reported measures. No discrimination data.
SDAI	Joint counts VAS (patient) VAS (physician) CRP	Low: > 3.3 y ≤ 11 Moderate: > 11 y ≤ 26 High: > 26	No discrimination data.



P186 Figure. PRISMA Flow diagram.

keywords for PsA indexes of disease activity (controlled vocabulary and free text). No restrictions were applied regarding publication date; the reference lists of included articles were checked for supplementary relevant publications. The following data were extracted from the eligible articles: definition or index, domains, cut-offs for different levels of disease activity, strengths, and limitations. Based on the results, and after discussion with a steering committee, rheumatologists from the Spanish rheumatology society, who were experts in PsA were surveyed regarding the level of validation and applicability of the definitions and tools (using scales of 0 to 100) for patients with PsA who do not achieve the therapeutic target (i.e., remission by Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score (DAPSA) or minimal disease activity (MDA)), as well as the perceived utility for clinical practice of the items contained in the different indices.

Results: Of 5,221 articles identified in the literature review, 39 met the inclusion criteria (5,097 articles excluded after screening, 77 excluded after detailed reading, 2 identified through hand-searching) (Figure). The eligible articles included 15 indices for disease activity (with different domains, items, and cut-offs) (Table), and 3 working definitions; none were properly validated. Of 150 experts surveyed, 42 (28%) responded. The panel considered, that the domains/items with maximum utility (based on literature and expert opinion) to include in a definition of moderate PsA were the number of 1) active joints and 2) inflamed entheses; 3) physician global rating (by visual analogue scale); 4) dactylitis; 5) skin surface affected by psoriasis (body surface area, BSA); 6) psoriasis in special locations; 7) absence of hip involvement. Based on the average scores for validity and applicability, the Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis (DAPSA) score and the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) index were considered the most relevant measures to include in a definition of moderate disease.

Conclusions: There is large variability in the domains and cut-offs included in the definition of moderate PsA used in clinical practice. The lack of a gold standard definition likely has a detrimental impact on patient care, including treatment. We report what a panel of experts would accept in a definition of moderate PsA. Our findings could be the starting point for further development and validation.

P187. EFECTIVIDAD Y PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA: DATOS DE VIDA REAL

Francisca Sivera¹, Victoria Núñez Monje², Cristina Campos-Fernández³, Isabel Balaguer-Trull³, Montserrat Robustillo Villarino⁴, Marta Aguilar-Zamora⁵, Marta Garijo-Bufort⁵, Juan Miguel López-Gómez¹, Carolina Peña-González⁶, Isabel de la Morena⁷, Diego Bedoya-Sanchís⁷, Liliya Yankova-Komsalova⁸, Arantxa Conesa-Mateos⁹, Anna Martínez-Cristóbal¹⁰, Francisco Javier Navarro-Blasco¹¹, Jose Miguel Senabre-Gallego¹² y Juan José Alegre-Sancho²

¹Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. ²Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Reumatología. Hospital Universitario de la Plana. Villarreal. ⁵Reumatología. Hospital de Sagunto. ⁶Reumatología. Hospital Comarcal Francesc de Borja. Gandía. ⁷Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁸Reumatología. Hospital de Dénia-Marina Salud. Dénia. ⁹Reumatología. Hospital General Universitario de Castellón. ¹⁰Reumatología. Hospital Universitario La Ribera. Alzira. ¹¹Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ¹²Reumatología. Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.

Introducción: El espectro de la espondiloartritis axial (EspAax) incluye la espondilitis anquilosante (EA), con alteraciones en la radiografía de columna y/o sacroilíacas, y la EspAax no radiográfica (EspAax-nr), sin daño estructural radiográfico. Aunque los pacientes con EspAax-nr no presentan una sacroilitis radiográfica definitiva, tienen una carga de enfermedad comparable a la de los pacientes con EA. En abril de 2020, secukinumab (SEC), fármaco inhibidor de la interleuquina-17A (IL-17A), fue aprobado para el tratamiento de EspAax-nr en Europa. La evidencia en práctica clínica del uso de SEC en esta población es aún limitada.

Objetivos: Describir el uso, efectividad y persistencia de SEC. en pacientes con EspAax-nr tratados en práctica clínica hasta los 12 meses.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en 12 centros de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EspAax-nr y tratados con secukinumab hasta

junio de 2021. Los datos de uso de SEC, perfil del paciente, efectividad (evaluada por BASDAI, [0-10] y dolor medido con escala visual analógica [EVA, 0-100]) y persistencia fueron extraídos de las historias clínicas. Se presentan medidas de tendencia central y dispersión (media [desviación estándar; DE] o mediana [Q1-Q3]) para variables continuas y frecuencias y porcentajes (n; %) para variables categóricas. Se proporcionan los intervalos de confianza (IC) al 95% para la tasa de persistencia, calculada mediante un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: Un total de 39 pacientes fueron incluidos (mediana de edad [Q1-Q3]: 41,4 [31,2-46,7] años, 59% hombres). El tiempo medio (DE) desde el diagnóstico hasta el inicio de SEC fue de 2,4 (2) años. La mayoría de los pacientes iniciaron tratamiento con la dosis de 150 mg (n = 36; 92%) y en monoterapia (n = 30; 77%). El 41% de los pacientes iniciaron secukinumab como primera línea de biológicos, mientras que el 36% y 23% de los pacientes recibieron SEC como segunda o ≥ tercera línea, respectivamente. Tras el inicio de SEC, la mediana de BASDAI (Q1-Q3) disminuyó desde 7,1 (5,4-7,9) hasta 5,0 (3,0-6,8) y 3,2 (3,0-5,0) a los 6 y 12 meses, respectivamente. En la basal, el 3% de pacientes tenía BASDAI < 4, aumentando esta cifra a 39% a los 6 meses y 44% a los 12 meses de tratamiento. La EVA de dolor mediana (Q1-Q3) era de 70,0 (60,0-80,0) en la basal y disminuyó a 50,0 (20,0-68,8) a los 6 meses y a 30,0 (7,5-60,0) a los 12 meses. La tasa de persistencia (IC95%) de secukinumab fue del 92% (IC95%, 83-100) y del 80% (IC95%, 67-93) a los 6 y 12 meses, respectivamente.

Conclusiones: El secukinumab, hasta un año de tratamiento, es efectivo y tiene una alta persistencia en pacientes con EspAax-nr tratados en condiciones de práctica clínica habitual, reforzando así sus datos de ensayo clínico.

P188. EFECTIVIDAD Y PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: DATOS DE VIDA REAL

Juan José Alegre-Sancho¹, Victoria Núñez Monje¹, Cristina Campos-Fernández², Isabel Balaguer-Trull³, Montserrat Robustillo Villarino³, Marta Aguilar-Zamora⁴, Marta Garijo-Bufort⁴, Teresa Pedraz-Penalva⁵, Carolina Peña-González⁶, Isabel de la Morena⁷, Diego Bedoya-Sanchís⁷, Liliya Yankova-Komsalova⁸, Arantxa Conesa-Mateos⁹, Anna Martínez-Cristóbal¹⁰, Francisco Javier Navarro-Blasco¹¹, Jose Miguel Senabre-Gallego¹² y Francisca Sivera⁵

¹Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

²Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

³Reumatología. Hospital Universitario de la Plana. Villarreal.

⁴Reumatología. Hospital de Sagunto. ⁵Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. ⁶Reumatología. Hospital Comarcal Francesc de Borja. Gandía. ⁷Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁸Reumatología. Hospital de Dénia-Marina Salud. Dénia.

⁹Reumatología. Hospital de Dénia-Marina Salud. Dénia. ¹⁰Reumatología. Hospital General Universitario de Castellón.

¹¹Reumatología. Hospital General Universitario de Elche.

¹²Reumatología. Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por trastornos musculoesqueléticos heterogéneos que incluyen: artritis periférica, enfermedad axial, dactilitis, entesitis; así como manifestaciones extraarticulares, principalmente en piel y uñas. El secukinumab (SEC), un inhibidor de la interleuquina-17A (IL-17A), fue aprobado en Europa en 2015 para el tratamiento de la APs. A pesar de la amplia evidencia en ensayo clínico sobre la eficacia y seguridad de SEC, los datos sobre su uso en la población española son limitados.

Objetivos: Describir el uso, efectividad y persistencia de SEC según dosis de inicio en pacientes (pts) con APs tratados en práctica clínica real, con un seguimiento a 2 años de tratamiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en 12 centros de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron pts adultos tratados con SEC hasta junio de 2021. Los datos de uso de SEC, perfil del paciente, efectividad (DAS28-PCR, número de articulaciones dolorosas [NAD28] y tumefactas [NAT28], dolor medido con escala visual analógica [EVA], presencia de entesitis, dactilitis, y manifestaciones en piel y uñas), y persistencia se extrajeron de las historias clínicas. Se presentan medidas de tendencia central y dispersión (media [desviación estándar; DE]) para variables continuas, y frecuencias y porcentajes (n; %) para variables categóricas. Se proporcionan los intervalos de confianza (IC) al 95% para la tasa de persistencia, calculada mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 178 pts diagnosticados de APs. El 49% de los pts iniciaron el tratamiento con SEC a dosis de 150 mg y el 51% iniciaron con la dosis de 300 mg. El 48% de los pts que iniciaron tratamiento con 300mg eran obesos frente al 32% de pts que iniciaron con 150 mg. Además, el 68% de los pts que iniciaron con 300 mg presentaban alguna comorbilidad, frente al 46% de pts que iniciaron con 150 mg, siendo la hipertensión, dislipidemia y depresión las más comunes en ambos grupos. En el momento de iniciar SEC 300 mg el 79% y el 36% de los pts tenían afectación cutánea y ungueal, respectivamente, en comparación con el 61% y el 28% de los pts que iniciaron con SEC 150 mg. Las características basales de los pts se resumen en la tabla. El 61% de los pts que iniciaron tratamiento con SEC 150 mg eran *naïve* a fármaco modificador de la enfermedad biológico (FAMEb) (2ª línea: 16%; ≥ 3ª línea: 23%), mientras que la mayoría de los pts que recibieron SEC 300mg eran refractarios a FAMEb (*naïve*: 12%; 2ª línea: 27%; ≥ 3ª línea: 61%). El tratamiento con SEC aumentó el porcentaje de pts en baja actividad de enfermedad (DAS28-CRP ≤ 3,2) de 21% (150 mg) y 28% (300 mg) hasta 78% (150 mg) y 71% (300 mg) a los 24 meses (M). Asimismo, ambas dosis de SEC disminuyeron de forma similar el número medio de NAD28 y NAT28 y aumentaron el porcentaje de pts con resolución completa de entesitis y dactilitis. La dosis de SEC 300mg fue especialmente efectiva en disminuir el porcentaje de pts con afectación cutánea (basal: 79%; 6M: 9%; 24M: 0%) y ungueal (basal: 36%; 6M: 9%; 24M: 0%). La tasa de persistencia de SEC 150 mg y 300 mg fue de 84% y 71% al año y del 76% y 58% a los 2 años, respectivamente.

Características basales de la población

Parámetro	150 mg	300 mg
	N = 88; 49%	N = 90; 51%
Varones, n (%) [N]	40 (46) [88]	47 (52) [90]
Edad, media (DE) [N]	51 (10,2) [88]	51,9 (10,8) [90]
IMC (kg/m ²), media (DE) [N]	28,7 (4,8) [60]	28,9 (4,7) [48]
Obesidad (IMC ≥ 30), n (%) [N]	19 (32) [60]	23 (48) [48]
Tiempo desde el diagnóstico al inicio del tratamiento con SEC, años, media (DE) [N]	6,5 (7) [81]	8,2 (5,9) [89]
Afectación axial, n (%) [N]	35 (40) [88]	35 (39) [90]
Afectación articular periférica, n (%) [N]	77 (88) [88]	83 (92) [90]
Entesitis, n (%) [N]	15 (22) [69]	21 (27) [77]
Dactilitis, n (%) [N]	16 (23) [70]	14 (18) [78]
Afectación cutánea, n (%) [N]	49 (61) [80]	65 (79) [82]
Afectación ungueal, n (%) [N]	22 (28) [79]	28 (36) [78]
DAS28-PCR, media (DE) [N]	3,8 (0,9) [42]	4 (1,2) [58]
EVA global del paciente, media (DE) [N]	60,9 (21,2) [43]	51,7 (30,1) [39]
EVA de dolor, media (DE) [N]	59,4 (25) [52]	57,6 (25,3) [59]
EVA global del médico, media (DE) [N]	47,9 (21,3) [29]	45,1 (26,1) [37]
FAMEb previo, n (%) [N]	34 (39) [88]	79 (88) [90]
Comorbilidades, n (%) [N]	40 (46) [88]	61 (68) [90]

DE: desviación estándar; EVA: escala visual analógica; SEC: secukinumab.

Conclusiones: Ambas dosis de SEC han demostrado ser efectivas en diferentes perfiles de pacientes con APs, mostrando además una buena persistencia a los 24 meses de tratamiento, en práctica clínica real.

P189. EFICACIA A LARGO PLAZO DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS UNGUEAL O DE CUERO CABELLUDO: RESULTADOS DE VOYAGE 1 Y 2 DURANTE 5 AÑOS

Sabela Díaz Castroverde¹, Luis Puig², Peter Foley³, Megan Miller⁴, Yin You⁴, Ya-Wen Yang⁵, Andrew Blauvelt⁶ y Christopher E.M. Griffiths⁷

¹Departamento Médico Janssen. Madrid. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. ³Universidad de Melbourne. St. Vincent’s Hospital Melbourne and Proby Medical Research. Skin Health Institute. Carlton. VIC. Australia. ⁴Janssen Research & Development. LLC. Spring House. PA. EE- UU. ⁵Immunology Global Medical Affairs. Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson. Horsham. PA. EE. UU. ⁶Oregon Medical Research Center. Portland, OR. EE. UU. ⁷Dermatology Centre. University of Manchester. Manchester. Reino Unido.

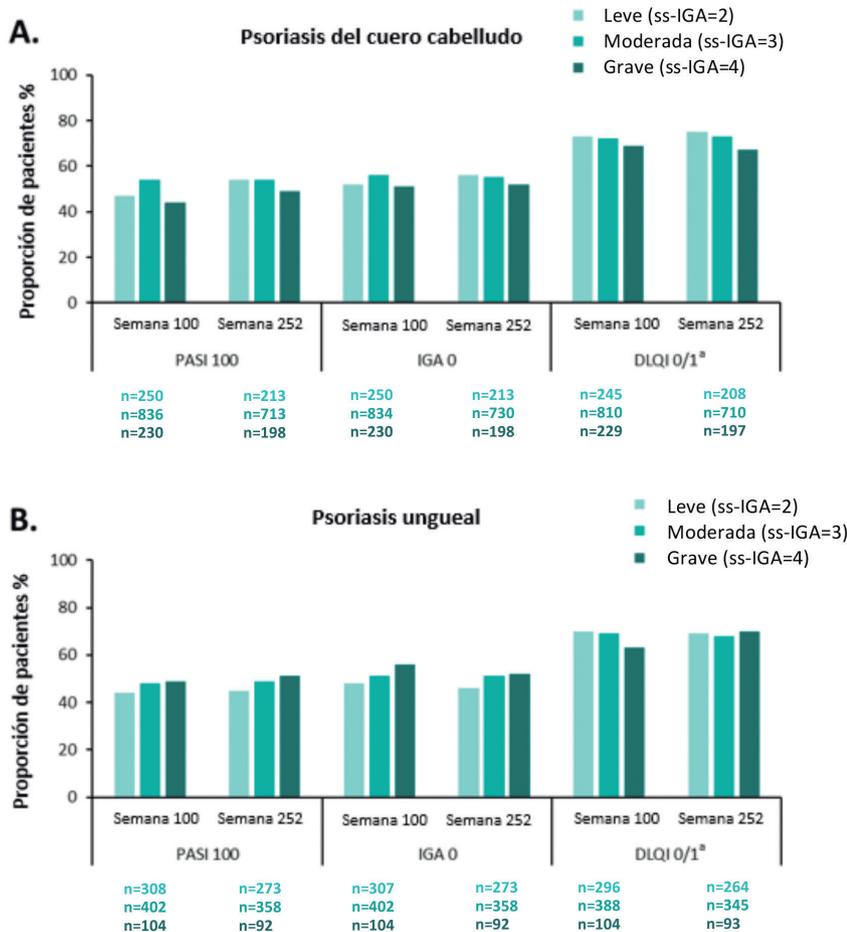
Introducción: El guselkumab (GUS) es un anticuerpo monoclonal completamente humano que se une a la subunidad p19 de la interleucina-23. Gus está aprobado para el tratamiento de la psoriasis (PsO) en placas de moderada a grave. VOYAGE 1 y 2 son estudios de fase 3, aleatorizados y controlados, que compararon GUS con placebo (PBO) o adalimumab (ADA) en pacientes con PsO. En la semana (s) 24, se obtuvo una puntuación de aclaramiento o casi aclaramiento (0/1) en la evaluación global del investigador específica del

cuero cabelludo (ss-IGA) en una mayor proporción de pacientes de los que recibieron GUS que ADA (85% vs. 69% respectivamente; p < 0,001); además se observó una puntuación de 0/1 en la evaluación global del médico de las uñas (f-PGA) en el 60% vs. 64% de los pacientes, respectivamente¹. Este análisis *post hoc* evaluó también la respuesta a GUS a largo plazo en pacientes con PsO de cuero cabelludo y/o ungueal basal.

Métodos: En los estudios VOYAGE 1 y 2, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a GUS 100 mg en las s0 y 4, y luego cada 8 semanas (c8s); o PBO en las s0, 4 y 12, y luego GUS 100 mg en s16 y 20, y luego c8s; o ADA 80 mg en s0, 40 mg en la s1 y 40 mg c2s. En VOYAGE 1, los pacientes que recibieron ADA c2s hasta la s47 recibieron GUS 100 mg c8s a partir de la s52. En VOYAGE 2, todos los pacientes entraron en un periodo aleatorizado de retirada y retratamiento con GUS desde la s28 hasta la s72; desde la s76 hasta el final del estudio, todos los pacientes recibieron GUS c8s. En ambos estudios la última dosis de GUS se administró en la s252. Se analizaron los datos de eficacia agrupados de todos los pacientes tratados con GUS (n = 1721), incluidos los pacientes asignados inicialmente a GUS, los que cambiaron de PBO a GUS y los que cambiaron de ADA a GUS.

Resultados: De los pacientes tratados con GUS en VOYAGE 1 y 2, el 50% alcanzó PASI 100, 54% IGA 0 y el 72% (con DLQI > 1 basal) DLQI 0/1 en s100. De los pacientes tratados con GUS evaluables en la s100, 1316 tenían PsO del cuero cabelludo (ss-IGA ≥ 2 basal) y 814 tenían

Figura 1. Eficacia en función de la gravedad de la enfermedad en pacientes con psoriasis en el cuero cabelludo (A) o ungueal (B) en el momento basal



ss-IGA = Evaluación Global del Investigador específica del cuero cabelludo; PASI = Índice de la severidad del área de Psoriasis
 IGA = Evaluación Global del Investigador; DLQI = Índice de Calidad de Vida en Dermatología
 f-PGA = Evaluación Global del Médico de las uñas
^aEn pacientes con DLQI>1 basal

PsO ungueal (f-PGA ≥ 2 basal). En s100, las proporciones de pacientes tratados con GUS con PsO del cuero cabelludo basal que alcanzaron PASI 100 o IGA 0 eran comparables independientemente de la gravedad de la enfermedad al inicio del estudio (fig. 1A). Las respuestas en s100 fueron similares entre los pacientes tratados con GUS con PsO ungueal basal, independientemente de la gravedad de la PsO basal (fig. 1B). Se mantuvieron niveles comparables de respuesta hasta la s252 en los pacientes con PsO inicial del cuero cabelludo o de las uñas (fig. 1). En s100 se observó una mejoría en el DLQI (de > 1 basal a 0/1 [sin deterioro de la calidad de vida]) con GUS en aproximadamente el 70% de los pacientes con afectación del cuero cabelludo o las uñas; la proporción de pacientes con mejoría del DLQI fue comparable con independencia de la gravedad de la PsO del cuero cabelludo o las uñas basal y se mantuvo constante hasta la s252. En s252 se observaron niveles de respuesta comparables en los pacientes con PsO del cuero cabelludo o las uñas basal (fig. 1B).

Conclusiones: Las respuestas al tratamiento con GUS en pacientes con afectación inicial del cuero cabelludo o las uñas fueron similares con los publicados previamente con el total de pacientes incluidos en VOYAGE 1 y 2 y fueron comparables independientemente de la gravedad de la enfermedad al inicio. Las respuestas de aclaramiento cutáneo completo se mantuvieron durante 5 años.

P190. ANTICUERPOS TERAPÉUTICOS DIRIGIDOS A LA IL-23: DIFERENCIACIÓN

Sabela Díaz Castroverde¹, J. Krueger², K. Eyerich^{3,4}, C. Greving⁵, K. Sachen⁵, D. Hammaker⁵, P. Bao⁵, E. Lacy⁵, M. Elloso⁶, Y. Orlovsky⁶, I. McInnes⁷, S. Diaz-Castroverde¹ y A. Fourie⁵

¹Departamento Médico Janssen. Madrid. ²Universidad Rockefeller. Nueva York. EE. UU. ³Universidad Técnica. Múnich. Alemania. ⁴Instituto Karolinska. Estocolmo. Suecia. ⁵Janssen R&D. San Diego. EE. UU. ⁶Janssen R&D. Spring House. EE. UU. ⁷Universidad de Glasgow. Reino Unido.

Las diferencias clínicamente relevantes entre anticuerpos terapéuticos dirigidos a la misma diana pueden estar relacionadas con sus atributos moleculares individuales correspondientes a cada uno de ellos. Se han observado diferencias en el perfil terapéutico en los dominios de la enfermedad psoriásica entre guselkumab (GUS) y risankizumab (RIS). Para explorar los posibles mecanismos subyacentes estudiamos GUS, una IgG1 completamente humana específica de IL-23 con una región Fc nativa y RIS, una IgG1 humanizada anti-IL-23 con una región Fc mutada. Se compararon las características funcionales y de unión al antígeno y a las regiones Fc de estos anticuerpos. GUS y RIS mostraron afinidades picomolares comparables en la unión de IL-23 mediante ensayos KinExA y de resonancia de plasmón superficial y una potencia equivalente (IC₅₀ 0,2 nM) para la inhibición de la fosforilación de STAT3 inducida por IL-23 en células mononucleares de sangre periférica humana. Sin embargo, en células transfectadas con receptores Fc (FcγRs) individuales, GUS mostró una unión más fuerte a CD64 (FcγR1), mientras que RIS mostró una unión insignificante a cualquier FcγR, debido a su región Fc mutada. Además, en monocitos humanos gIFN, GUS mostró una unión a CD64 dependiente de dosis, evaluado mediante citometría de flujo; mientras que RIS no. La unión de GUS al CD64 de los monocitos no desencadenó su activación, como se demostró mediante la falta de producción de citocinas o quimiocinas. Es importante señalar que GUS unido a CD64 fue capaz de unirse a IL-23, detectado mediante técnicas de tinción para anti-p40. En conclusión, en comparación con RIS, GUS se une de forma única tanto a las células mieloides CD64⁺ como a la IL-23. Los fagocitos mononucleares CD64⁺ están enriquecidos en la piel psoriásica y constituyen la fuente dominante de IL-23. En conjunto, es posible que la presencia de GUS se encuentre enriquecida en el microambiente tisular inflamado al unirse a CD64, neutralizando la IL-23 en su fuente celular, lo que podría dar

lugar a una respuesta duradera y a las diferencias terapéuticas observadas dentro de la clase. Nuevos estudios serán necesarios para generar pruebas adicionales que respalden esta hipótesis.

P191. EFFICACY AND SAFETY OF UPADACITINIB IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS WITH INTOLERANCE TO AND/OR LACK OF EFFICACY OF PRIOR BIOLOGIC THERAPY: A SUBGROUP ANALYSIS

Ana Medina¹, Xenofon Baraliakos¹, Fabiana Ganz², Hideto Kameda³, Jessica A. Walsh^{4,5}, Manish Jain⁶, Kristin D'Silva⁷, Peter Wung⁷, Xianwei Bu⁷, Jayne Stigler⁷ and Désirée van der Heijde⁸

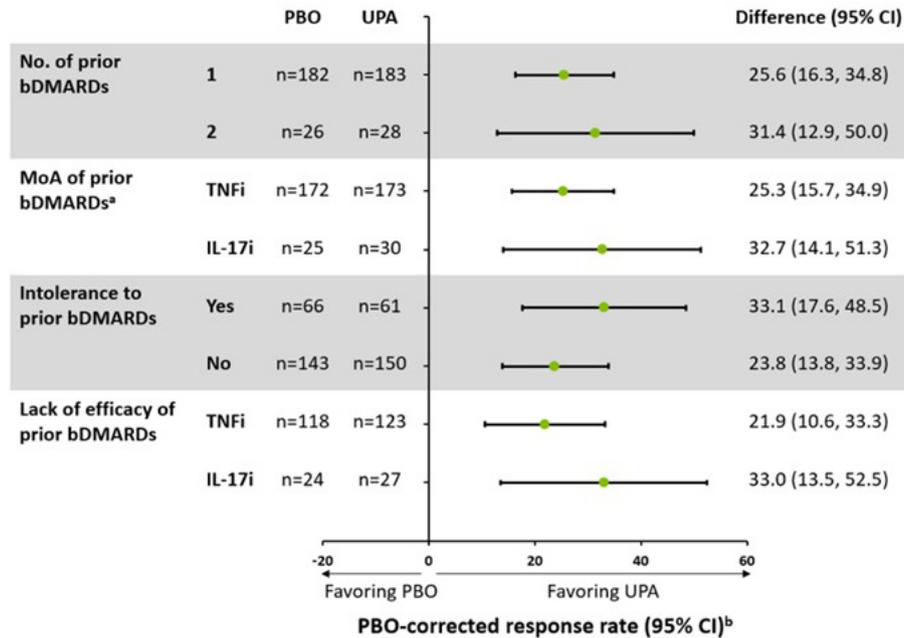
¹Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Germany. ²AbbVie AG. Immunology. Baar. Switzerland. ³Division of Rheumatology. Department of Internal Medicine. Faculty of Medicine. Toho University. Tokyo. Japan. ⁴Division of Rheumatology. Salt Lake City Veterans Affairs Health. Salt Lake City. Utah. USA. ⁵University of Utah School of Medicine. Salt Lake City. Utah. USA. ⁶Great Lakes Clinical Trials. Chicago. Illinois. USA. ⁷AbbVie Inc. Immunology. North Chicago. Illinois. USA. ⁸Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden. The Netherlands.

Introduction and objectives: Upadacitinib (UPA), an oral Janus kinase inhibitor, has been evaluated in the treatment of AS both in patients (pts) naïve to biologic DMARDs (bDMARDs)¹ and in those with an inadequate response (IR; defined as intolerance to and/or lack of efficacy [LoE] of) to bDMARDs (bDMARD-IR)². This post hoc analysis evaluated the efficacy and safety of UPA in selected subgroups of pts with bDMARD-IR AS based on experience with prior therapy.

Methods: In the ongoing Phase 3 SELECT-AXIS 2 trial (NCT04169373), pts with bDMARD-IR AS who met the modified New York criteria for AS (N = 420) were randomized 1:1 to receive UPA 15 mg once daily (n = 211) or placebo (PBO; n = 209) for 14 weeks (wks). Eligibility criteria included LoE after ≥ 12 wks of treatment with 1 prior bDMARD (TNF or IL-17 inhibitor [TNFi or IL-17i]) and/or intolerance to 1 or 2 prior bDMARD(s) regardless of treatment duration. LoE of 2 bDMARDs was not permitted. The primary study endpoint was Assessment of SpondyloArthritis international Society score (ASAS)40 response at Wk 14. This post hoc analysis evaluated ASAS40 and the following secondary endpoints, all at Wk 14, in subgroups determined by prior therapy: low disease activity (defined as ASDAS using CRP [ASDAS-CRP LDA] < 2.1), and improvement from baseline (BL) in pts' assessment of total back pain, BASFI, and Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) MRI spine inflammation score. Subgroup analyses were performed by number (1 or 2), mode of action (TNFi or IL-17i), and LoE (TNFi or IL-17i) of, and intolerance to (yes or no), prior bDMARDs.

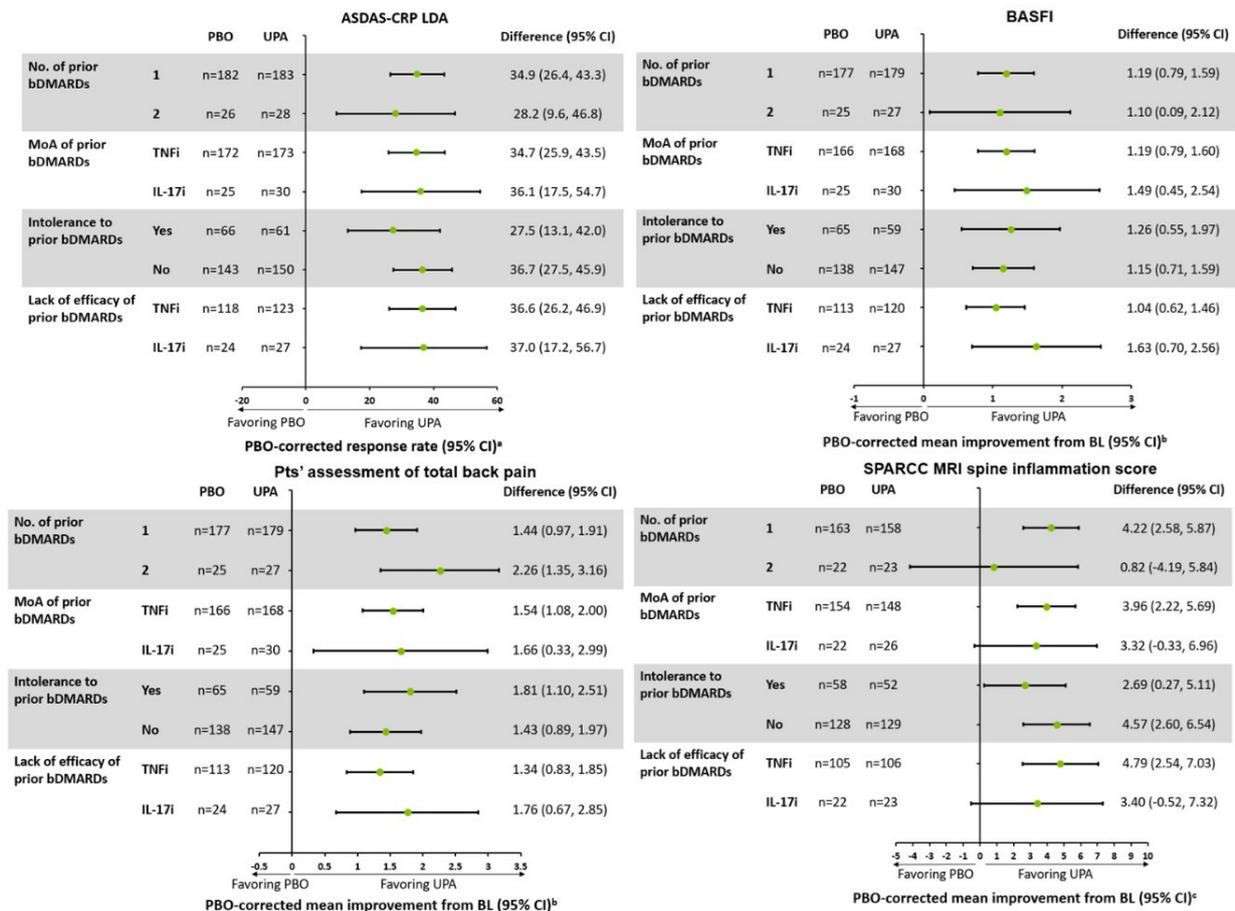
Results: BL characteristics were similar in the UPA and PBO groups². The majority of pts had prior exposure to 1 TNFi (UPA: 73%, PBO: 76%); 4% and 5% of pts receiving UPA and PBO, respectively, had prior exposure to both 1 TNFi and 1 IL-17i. ASAS40 response rates were increased with UPA vs. PBO (difference range: 22-33%) at Wk 14 across all subgroups examined (Figure 1). ASDAS-CRP LDA response and improvement from BL in BASFI, pts' assessment of total back pain, and SPARCC MRI spine inflammation score were also increased with UPA vs. PBO in all subgroups (difference range: 28-37%, 1.0-1.6, 1.3-2.3, and 0.8-4.8, respectively) (Figure 2). Adverse event (AE) rates were higher with UPA vs. PBO regardless of tolerance to prior bDMARDs; however, AEs leading to the withdrawal of study treatment were similar in pts with vs. without intolerance to prior bDMARDs (0% vs. 1.5% and 0% vs. 1.4%, respectively, with UPA vs. PBO) (Table). AEs, serious AEs (SAEs), infection, and serious infection rates were higher in UPA recipients with vs. without intolerance to prior bDMARDs (52% vs. 36%, 5% vs. 2%, 20% vs. 13%, and 5% vs. 1%, respectively). No deaths occurred.

Figure 1. PBO-corrected response rate for ASAS40, by subgroup



^aPrior exposure was based on exposure to one or two TNFis or one or two IL-17is. ^bNRI-MI.

CI, confidence interval ; NRI-MI, non-responder imputation-multiple imputation.



^aNRI-MI.

^bMixed effects model repeated measurement analysis with unstructured variance-covariate matrix.

^cAnalysis of covariance model.

Table 1. AEs by tolerance to prior bDMARD therapy

	Pts with intolerance to prior bDMARDs		Pts without intolerance to prior bDMARDs	
	PBO (n=66), n (%)	UPA (n=61), n (%)	PBO (n=143), n (%)	UPA (n=150), n (%)
Any AE	28 (42.4)	32 (52.5)	49 (34.3)	54 (36.0)
Serious AE	0 (0.0)	3 (4.9)	1 (0.7)	3 (2.0)
AE leading to withdrawal of study treatment	1 (1.5)	0 (0.0)	2 (1.4)	0 (0.0)
AE leading to death	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
AESIs occurring in ≥2 pts^a				
Infection	7 (10.6)	12 (19.7)	20 (14.0)	19 (12.7)
Serious infection	0 (0.0)	3 (4.9)	0 (0.0)	2 (1.3)
COVID-19-related AE	3 (4.5)	4 (6.6)	3 (2.1)	8 (5.3)
Hepatic disorder	0 (0.0)	2 (3.3)	2 (1.4)	4 (2.7)
Anemia	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	3 (2.0)
Neutropenia	1 (1.5)	2 (3.3)	1 (0.7)	4 (2.7)
Lymphopenia	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)	1 (0.7)
Herpes zoster	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.3)

^aAESIs occurring in ≥2 pts in either study arm in any subgroup.

AESI, AE of special interest.

P191 Figure 3

Conclusions: In SELECT-AXIS 2, UPA demonstrated improved efficacy vs. PBO at Wk 14 across all evaluated subgroups of pts with bDMARD-IR AS. The safety profile of UPA was consistent with the overall study findings, regardless of tolerance to prior bDMARDs. While the ability to draw conclusions is limited by the small size of some of the subgroups, UPA demonstrated a generally favorable benefit-risk profile in pts with AS refractory to prior advanced therapies.

REFERENCES

1. van der Heijde D, et al. Lancet. 2019;394:2108-17.
2. van der Heijde D, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81(Suppl 1):402-3.

P192. SEX DIFFERENTIAL IMPACT OF CO-MORBIDITIES ON DISEASE ACTIVITY IN SPONDYLOARTHRITIS: DATA FROM COMOSPA STUDY

M. Llop¹, J. Gratacós^{1,2}, M. Moreno¹, M. Arévalo¹, J. Calvet^{1,2}, A. Berenguer-Llergó³, M. Dougados⁴, A. Moltó⁴ and C. López-Medina^{4,5}

¹Rheumatology Department, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Sabadell. ²Medicine department Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. ³Biostatistics and Bioinformatics Rheumatology Department, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Sabadell. ⁴Rheumatology Department, Hôpital Cochin, Paris, France. ⁵Rheumatology Department, Hospital Universitario Reina Sofía/IMIBIC/Universidad de Córdoba.

Introduction: Previous studies have examined the distinct phenotypes and the factors linked to disease activity and response to treatment in spondyloarthritis (SpA), some reporting several differences between men and women. However, there is still scarce literature on sex differences in SpA co-morbidities such as cardiovascular (CV) risk factors, osteoporosis, neoplasms or infections, or exploring sex differential impacts of these co-morbidities in the disease activity of SpA patients.

Objectives: To characterize differences in SpA associated co-morbidities between male and female patients and to evaluate the existence of a differential impact of these comorbidities on the disease activity between SpA gender.

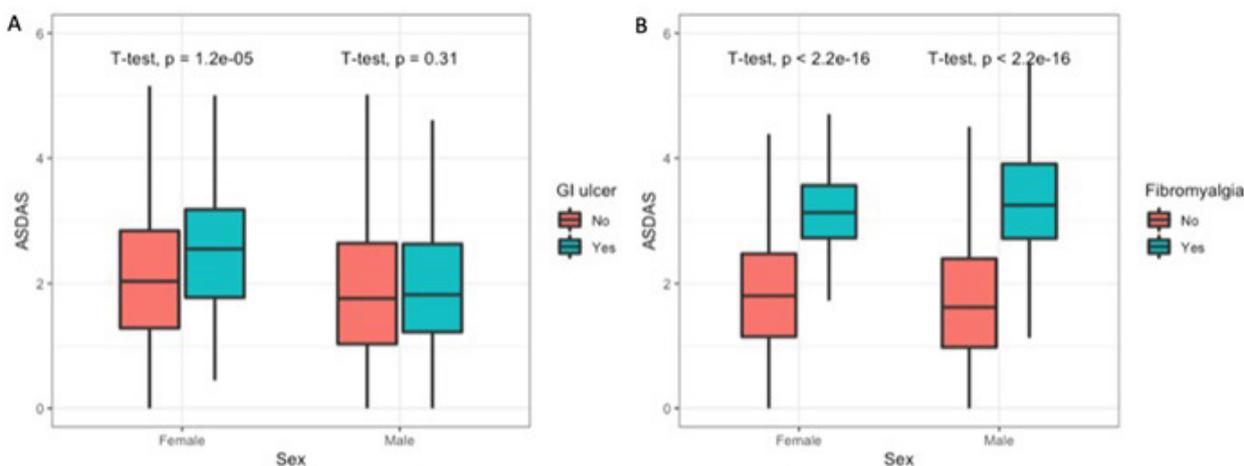
Methods: This is a post-hoc analysis of the COMOSPA study which included 3,982 patients with SpA, 2588 male patients and 1,394 female patients. Differences in co-morbidities regarding sex were assessed using logistic regression models. Co-morbidities were evaluated for their impact on disease activity indexes with linear models, which included sex and the comorbidity as explanatory variables, as well as their interaction. Age and treatment with bDMARDs were included as confounders. We retrieved odds ratios (OR) and group differences from these models to measure the magnitude of the effects and determined statistical significance at a level of p < 0.05 using Wald tests.

Results: After statistical control for age and bDMARDs, our analysis found that men had a higher prevalence of several cardiovas-

Table P192

	SpA patients		p-value	OR adjusted for age and ever bDMARDs	p-value
	Male, n = 2,588	Female, n = 1,394			
Age, years	42.9 (14.1)	45.1 (13.4)	< 0.001		
Hypertension	590/2,570 (23%)	292/1,388 (21%)	NS	1.47 (1.23-1.77)	< 0.001
Diabetes	147/2,570 (5.7%)	72/1,387 (5.2%)	NS	1.27 (0.94-1.72)	NS
Dyslipidemia	438/2,556 (17.1%)	218/1,380 (15.8%)	NS	1.29 (1.07-1.56)	0.009
Renal deficiency	74/2,571 (2.9%)	20/1,387 (1.4%)	0.005	2.36 (1.46-4.01)	< 0.001
Ischemic heart disease	85/2,569 (3.3%)	21/1,386 (1.5%)	0.001	2.77 (1.72-4.65)	< 0.001
Stroke	37/2,570 (1.4%)	13/1,381 (0.9%)	NS	1.86 (1.00-3.66)	NS
History of tuberculosis	79/2,548 (3.1%)	21/1,382 (1.5%)	0.003	2.34 (1.45-3.95)	< 0.001
Hospitalized for severe infection	76/2,556 (3%)	39/1,385 (2.8%)	NS	1.08 (0.73-1.61)	NS
Any neoplasm*	60/2,486 (2.4%)	26/1,342 (1.9%)	NS	1.51 (0.94-2.48)	NS
Osteoporosis	341/2,574 (13.2%)	188/1,388 (13.5%)	NS	1.06 (0.87-1.29)	NS
Any GI (diverticulitis or GI ulcer)	291/2,558 (11.4%)	174/1,376 (12.6%)	NS	0.93 (0.76-1.14)	NS
FM (extreme PRO definition)	265/2569 (10.3%)	271/1,384 (19.6%)	< 0.001	0.47 (0.39-0.57)	< 0.001

Figure 1. Co-morbidities affecting ASDAS with differential impact depending on sex



P192 Figure

cular comorbidities such as hypertension (OR 1.47, 95%CI 1.23-1.77), dyslipidemia (OR 1.29, 95%CI 1.07-1.56), ischemic heart disease (OR 2.77, 95%CI 1.72-4.65) and renal deficiency (OR 2.36, 1.46-4.01). Additionally, a greater proportion of men had a history of tuberculosis (OR 1.59, 95%CI 1.45-3.95), and a lower prevalence of fibromyalgia (OR 0.47, 95%CI 0.39-0.57). However, we did not find differences between men and women in terms of prevalence of neoplasms, osteoporosis, gastrointestinal disease, or severe infection (Table). Several co-morbidities were associated with disease activity equally in both sex, including CV conditions, severe infection, osteoporosis, chronic obstructive pulmonary disease, gastrointestinal disease and fibromyalgia. When comparing men and women patients, gastrointestinal ulcer and fibromyalgia associates with ASDAS and BASDAI and have a differential impact depending on sex. Specifically, fibromyalgia has a higher impact in men (ASDAS: 1.367 vs. 1.612; BASDAI: 4.28 vs. 4.70) (Figure).

Conclusions: Our data show that co-morbidities occur similarly in men and female SpA patients, except for a higher frequency of CV co-morbidities in men and a higher prevalence of fibromyalgia in women. Moreover, fibromyalgia and gastro-intestinal ulcer evidenced a sex-specific association with disease activity among all the co-morbidities studied.

P193. ANÁLISIS EN VIDA REAL DE UPADACITINIB. ESTUDIO UPAREAL

Cristina Martínez González¹, Alicia García Dorta¹, Elena Naveda González², Andrea Hernández Martín², Sonia I. Peña Montelongo³, Enrique Gonzalez-Dávila⁴, Federico Díaz González¹, Carlos Rodríguez Lozano² y M. Vanesa Hernández Hernández¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Unidad de Reumatología. Hospital Virgen de la Peña. Fuerteventura. ⁴Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. La Laguna.

Introducción: El upadacitinib (UPA) es un inhibidor selectivo y reversible de las JAK1 y JAK3 aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartropatías axiales radiológicas y no-radiológicas (SpA) en base a ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Los estudios en vida real complementan a los ECA al generar evidencia sobre efectividad y seguridad en pacientes que presentan comorbilidades que suelen ser criterios de exclusión de estos últimos. El UPA está disponible en España hace

escasamente dos años, por lo que datos sobre efectividad y seguridad en condiciones de vida real son escasos.

Métodos: El estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico incluyó pacientes con diagnóstico de AR, APs y SpA según criterios ACR 2010, CASPAR y ASAS respectivamente, que recibieron UPA como parte de la práctica clínica diaria por actividad de la enfermedad durante al menos 6 meses entre el 1 de enero de 2021 y 31 de diciembre de 2022. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de riesgo cardiovascular, datos sobre la enfermedad (diagnóstico, tiempo de evolución, actividad clínica por índices combinados y sus componentes basales y en el seguimiento), medicación concomitante, línea de tratamiento con UPA y eventos adversos. La tabla 1 muestra las características de la población incluida en el estudio.

Resultado: Se analizó un total de 82 pacientes, 84% (n = 69) AR y 16% SpA (n = 13, 8 SpA-rx, 1 SpA-no rx y 4 APs). La edad media fue de 53,2 ± 10,7 (DE) años. De los 69 pacientes con AR, 20 (29%) habían finalizado el periodo de estudio, siendo el tiempo de persistencia medio de 17,9 ± 1,10 (ES) meses. De los 13 pacientes con SpA todos continuaban con el tratamiento en el momento de finaliza-

ción del estudio con un seguimiento medio de 8,8 ± 1,10 (ES) meses. La figura 1 muestra las curvas de Kaplan-Maier de persistencia del UPA en AR y SpA (log rank test, p = 0,08). El análisis de regresión de Cox sobre los factores basales que condicionaban la supervivencia de los pacientes con AR (edad, sexo, tiempo de evolución, DAS28 al inicio, línea de tratamiento y BMI) solo mostró una tendencia a una menor persistencia del UPA al utilizarse en 2ª o superior línea de tratamiento (HR: 7,1 IC95% 0,98-52,08, p = 0,052). Respecto a la efectividad de UPA, los pacientes con AR mostraron un descenso significativo y mantenido de la actividad clínica valorada por DAS28 y sus componentes (VSG, PCR, NAD y NAT), al igual que la calidad de vida evaluada por HAQ (tabla 2). Respecto a las causas de discontinuación, 20 pacientes finalizaron el UPA, 8 (40%) por efectos adversos (2 por infecciones respiratorias altas, 2 por toxicidad analítica, 1 por intolerancia digestiva y 3 por otras causas), 8 (40%) por ineficacia (1 primaria, antes de los 3 meses y 7 secundarias, el 75% de los abandonos por ineficacia en 2ª línea o superiores), 1 por deseo de embarazo y 3 por abandono del seguimiento.

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

	AR (N= 69)	SpA (N = 13)	p-valor	Total (N = 82)
Edad (años), media ±DS	54,0 ± 10,7	49,5 ± 10,4	0,167	53,2 ± 10,7
Mujeres, n (%)	59 (86)	6 (46)	0,004	65 (79)
Tiempo de evolución (años), mediana (RIQ)	14,2 (8,8; 20,3)	14,3 (6,3; 20,5)	0,877	14,2 (8,6; 20,3)
Tipo de patrón, n (%)				
Axial radiológico		8 (61)		
Axial no radiológico		1 (8)		
Periférico		3 (23)		
Mixto		1 (8)		
Actividad clínica, mediana (RIQ)				
NAD	4 (2; 8,5)	2,5 (0; 12,5)	0,410	3 (2; 8,5)
NAT	2 (0,8; 3,3)	0,5 (0; 1,8)	0,098	2 (0; 3)
Índices de Actividad de la enfermedad, media ± DS				
DAS-VSG	4,37 ± 1,35			
DAS-PCR	4,21 ± 1,09			
ASDAS-PCR		4,01 ± 1,14		
BASDAI	-	6,11 ± 1,86		
BASFI	-	6,03 ± 2,67		
Actividad biológica, mediana (RIQ)				
VSG mm/h	16 (6; 28)	11,5 (2; 44,5)	0,4956	16 (5,5; 29)
PCR mg/L	6,4 (1,6; 13,3)	5,5 (2; 21,2)	0,661	6,1 (1,6; 16,1)
Factor Reumatoide +, n (%)	59 (87)			
Valor	74,2 (31,9; 167,2)			
Anti-CCP +, n (%)	45 (69)			
Valor	165,9 (16,6; 320)			
HAQ	1,35 ± 0,71			
UPA en monoterapia, n (%)	23 (35)	7 (54)	0,197	30 (38)
Glucocorticoides	42 (64)	3 (23)	0,012	45 (57)
Dosis mg/día, media, DS	8,1 ± 5,4	9,2 ± 5,2	0,745	8,2 ± 5,3
Línea de UPA, n (%)			0,263	
1	11 (16)	-		11 (14)
2	12 (18)	2 (15)		14 (17)
≥ 3	45 (66)	11 (85)		56 (69)
Factores de riesgo cardiovasc				
IMC, media (DS)	26,7 ± 4,6	27,6 ± 4,4	0,540	26,9 ± 4,5
≥30, n (%)	13 (20)	3 (25)	0,708	16 (21)
Fumadores, %			0,046	
Actual, %	11 (16)	6 (46)		17 (21)
Exfumadores, %	13 (19)	2 (15)		15 (18)
HTA, %	23 (33)	3 (46)	0,528	29 (35)

Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier de persistencia de UPA en AR y SpA.

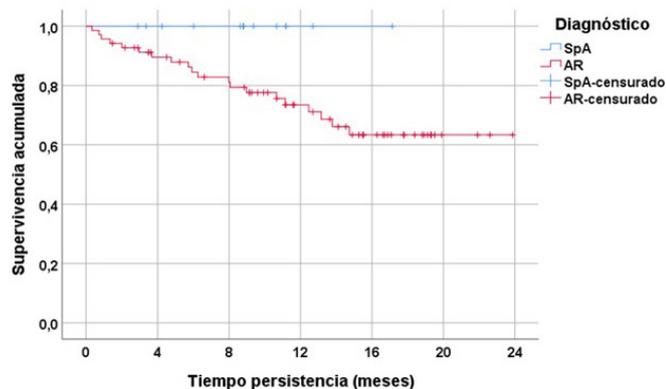


Tabla 2. Variación de la actividad de la AR durante el tratamiento con UPA.

Actividad de la enfermedad	Basal	6 meses	>12 meses	p-valor
	(N=69)	(N=50)	(N=31)	
DAS-VSG, media ± DS	4,37 ± 1,35	2,81 ± 1,42	2,62 ± 1,20	<0,01
DAS-PCR, media ± DS	4,21 ± 1,09	2,76 ± 1,38	2,40 ± 1,08	<0,01
VSG, mediana (RIQ)	16 (6; 28)	6 (3; 12)	7,5 (6; 14,7)	<0,01
PCR, mediana (RIQ)	6,4 (1,6; 13,3)	1,2 (0,5; 3,5)	1,8 (0,5; 4,5)	<0,01
NAD (RIQ)	4 (2; 8,5)	1 (0; 4)	0,5 (0; 2,7)	<0,05
NAT (RIQ)	2 (0,8; 3,3)	0 (0; 2)	0 (0; 1)	0,12
HAQ, media ± DS	1,35 ± 0,71	0,89 ± 0,67	0,84 ± 0,53	0,048

Conclusiones: En práctica clínica diaria, UPA muestra efectividad mantenida en pacientes con AR y SpA, siendo su perfil de seguridad similar al de los ECA. En AR su persistencia parece estar solo condicionada por su uso en 2ª o superior línea de tratamiento. Aunque con un número bajo de pacientes, la persistencia del UPA en SpA parece superar al de la AR. Estudios en vida real que incluyan un mayor número de pacientes y con un seguimiento más prolongado son necesarios para determinar mejor la efectividad y seguridad de UPA en la práctica clínica diaria.

P194. IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON MAYOR PROBABILIDAD DE RETENCIÓN DE GOLIMUMAB EN EL LARGO PLAZO

Federico Díaz-González¹, Enrique González-Dávila², Marta Sánchez-Jareño³, Luis Cea-Calvo³, Manuel Pombo-Suárez⁴, Fernando Sánchez-Alonso⁵ e Isabel Castrejón⁶

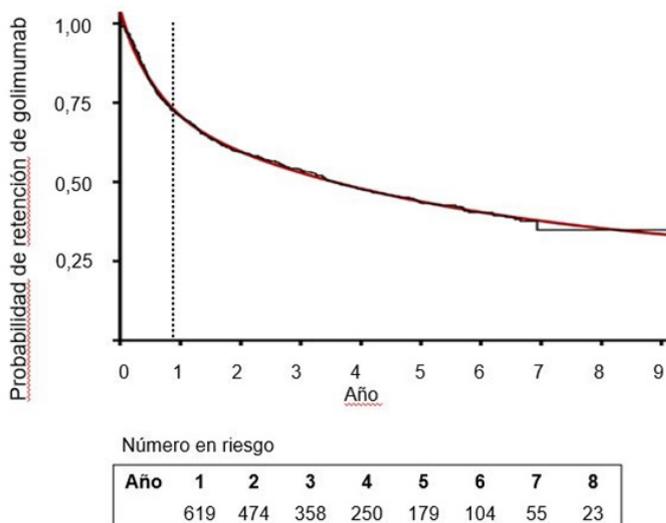
¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ²Departamento de Medicina Interna. Dermatología y Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Tenerife. ³Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. Tenerife. ⁴Medical Affairs. MSD. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ⁶Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología (SER). Madrid. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos. La selección de pacientes con mayor probabilidad de retención de un biológico es importante por coste-efectividad. Analizamos la curva de Kaplan-Meier de retención de golimumab ajustada a una curva de declive exponencial de dos fases, para identificar el mes en que la curva cambia de declive rápido a lento y estudiar los factores relacionados con la retención de golimumab en ese punto, que identifican perfiles de pacientes con más probabilidad de retener golimumab a largo plazo.

Métodos: Los datos de golimumab se analizaron retrospectivamente del registro BIOBADASER. La retención se evaluó con la prueba de Kaplan-Meier y la curva se ajustó a una curva de caída exponencial de dos fases. Se calculó el coeficiente de determinación (porcentaje de varianza predicho por el modelo, R²). El cambio de caída rápida a lenta se identificó con la fórmula: Retention₀-SpanFast = Retention₀ (Retention₀ - Plateau) * PercentFast * 0,01. Donde Retention₀ es la retención a tiempo cero, Plateau el valor de retención en tiempo infinito, y PercentFast la fracción donde la caída de la curva es más rápida. Las variables asociadas a la retención en el punto de cambio de caída rápida a lenta se estudiaron con análisis de regresión de Cox. Finalmente, se calcularon las tasas de retención estratificadas por las variables identificadas.

Resultados. Se incluyeron 885 pacientes (473 mujeres, 53,5%), con artritis reumatoide (AR, 30,2%, n = 267), espondiloartritis (EsA) axial (41,8%, n = 370) y artritis psoriásica (APs, 28,0%, n = 248). La curva de Kaplan-Meier ajustada a una curva de caída exponencial de dos fases arrojó un coeficiente de determinación (R²) = 0,99 e identificó el mes 10 como punto de cambio de la curva de caída rápida a lenta (figura). La tasa de retención de golimumab en ese momento fue 73,4% (IC95%: 70,5-76,3). EsA axial y APs se analizaron en conjunto como espondiloartropatías. En la regresión de Cox, la interrupción de golimumab antes del mes 10 se asoció con diagnóstico de AR, uso de golimumab en segunda o tercera/posterior línea, actividad de enfermedad > mediana y uso de corticosteroides al inicio de golimumab (tabla 1). Las tasas de retención de golimumab en el mes 10 estratificadas por la combinación de estas variables identificadas en la regresión de Cox se muestran en la tabla 2, identificando perfiles de pacientes que probablemente tengan mayor persistencia a largo plazo). En pacientes con AR, actividad > mediana y uso de golimumab en tercera/siguiente línea, la tasa de retención en el mes 10 fue 25,0% si los pacientes estaban tratados con corticosteroides al inicio de golimumab, pero de 63,2% si no lo estaban. La retención al mes 10 fue superior (75% o más) en pacientes con espondiloartropatías, excepto en aquellos con actividad de la enfermedad > mediana, uso de golimumab en tercera/siguiente línea y tratamiento con corticoides (42,9%).

Conclusiones: Este análisis identificó el mes 10 como punto en que la curva de retención de golimumab cambia de declive rápido a lento. Las tasas de retención de golimumab en ese punto fueron más altas en pacientes con espondiloartropatías, con golimumab como tratamiento de primera línea, con actividad por debajo de la mediana y sin corticosteroides al inicio de golimumab.



Curva de Kaplan Meier que muestra la probabilidad de retención de golimumab. La línea roja representa el ajuste de la curva de supervivencia de Kaplan-Meier al modelo de ecuación de declive exponencial de dos fases (R² = 0,99).

TABLA P194

Tabla 1. Análisis de regresión de Cox. Factores asociados a la discontinuación de golimumab en el momento en que la curva cambia de caída rápida a lenta (mes 10)

	Hazard ratio	Intervalo de confianza 95%	p
Diagnóstico (AR frente a espondiloartropatías [espondiloartritis axial y artritis psoriásica])	1,98	1,43-2,74	< 0,001
Segundo frente a primer fármaco biológico	1,75	1,19-2,58	0,005
Tercero o posterior frente a primer fármaco biológico	2,44	1,69-3,53	< 0,001
Actividad de la enfermedad > mediana al inicio de golimumab	1,44	1,07-1,92	0,015
Corticosteroides al inicio de golimumab	1,40	1,00-1,93	0,048

Tabla P194

Tabla 2. Tasas de retención (intervalos de confianza del 95%) en el momento en que la curva cambia de caída rápida a lenta (mes 10) estratificadas por combinación de variables asociadas en el análisis de regresión de Cox

Diagnóstico	Actividad de la enfermedad	Línea de tratamiento biológico	Corticosteroides al inicio de golimumab
Artritis reumatoide	< mediana 61,9 (56,0-67,8)	Primera	No 78,6 (57,0-100)
			Sí 74,7 (60,4-89,0)
		Segunda	No 60,6 (73,9-83,3)
			Sí 70,7 (46,4-95,0)
		Tercera o posterior	No 63,6 (35,2-92,0)
			Sí 56,3 (28,1-84,5)
	> mediana 68,5 (59,7-77,3)	Primera	No 69,2 (44,1-94,3)
			Sí 75,0 (57,8-92,2)
		Segunda	No 81,8 (59,1-100)
			Sí 44,4 (21,5-67,3)
		Tercera o posterior	No 63,2 (41,4-85,0)
			Sí 25,0 (7,8-42,2)
EsA	< mediana 78,4 (75,1-81,7)	Primera	No 91,3 (85,6-97,0)
			Sí 86,7 (69,5-100)
		Segunda	No 83,1 (75,1-91,1)
			Sí 78,6 (57,0-100)
		Tercera o posterior	No 75,4 (65,0-85,8)
			Sí 90,9 (73,8-100)
	> mediana 84,3 (80,0-88,6)	Primera	No 85,7 (77,5-93,9)
			Sí 76,9 (54,0-99,8)
		Segunda	No 74,7 (64,9-84,5)
			Sí 82,4 (64,4-100)
		Tercera o posterior	No 74,9 (65,3-84,5)
			Sí 42,9 (17,0-68,8)

EsA = espondiloartropatías (espondiloartritis axial y artritis psoriásica).

Agradecimientos: BIOBADASER está financiado por la Sociedad Española de Reumatología, la Agencia Española del Medicamento y diferentes compañías farmacéuticas. Este estudio fue financiado por MSD, España.

P195. EFFICACY AND SAFETY OF RISANKIZUMAB FOR ACTIVE PSORIATIC ARTHRITIS: 100-WEEK RESULTS FROM THE KEEPSAKE 1 AND KEEPSAKE 2 TRIALS

Ana Medina¹, Lars Erik Kristensen¹, Kim Papp², Douglas White³, Cecilia Asnal⁴, Wenjing Lu⁵, Ahmed M Soliman⁵, Byron Padilla⁵, Michael M Chen⁵ and Andrew Östör⁶

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

Introduction: PsA is a chronic, systemic inflammatory disease with a variety of clinical manifestations including arthritis, enthesitis, and dactylitis and is associated with skin and nail psoriasis. Risankizumab (RZB) is a humanized immunoglobulin G1 monoclonal antibody that specifically inhibits interleukin 23 by binding to its p19 subunit and is approved to treat adults with active PsA.

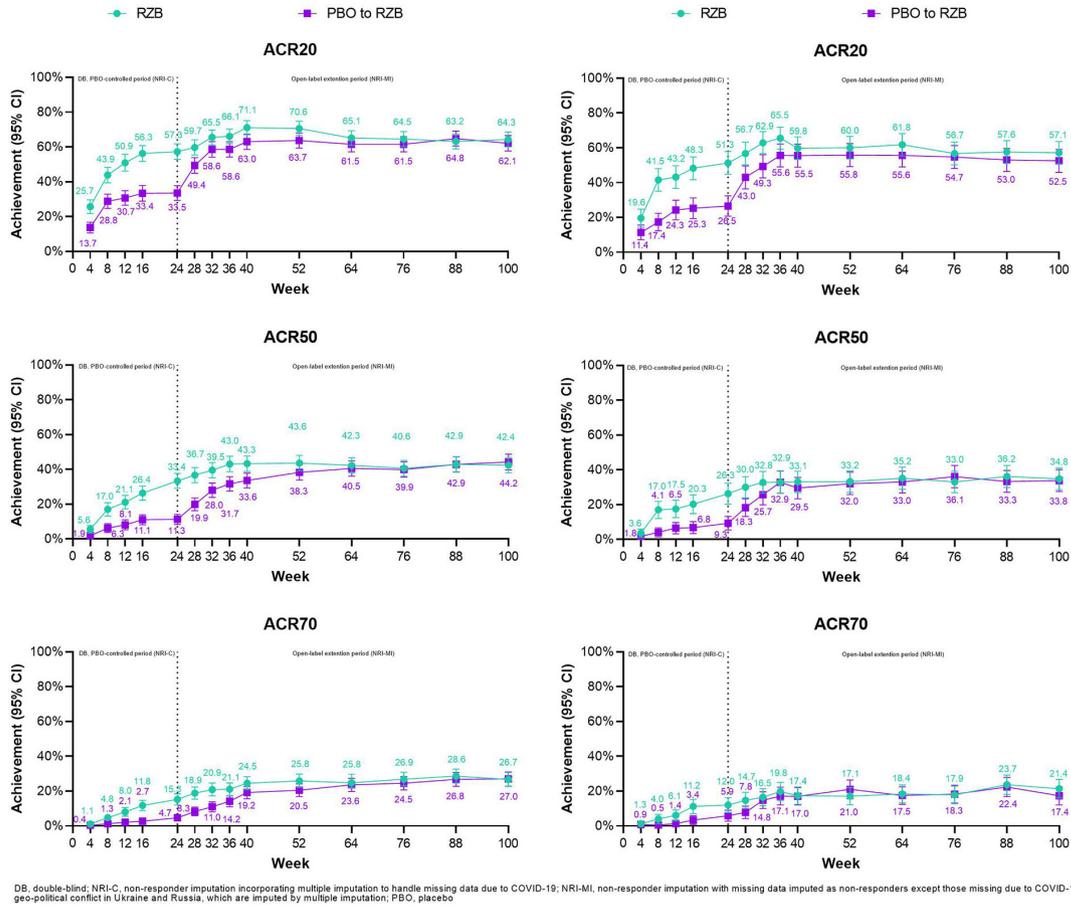
Methods: KEEPSAKE 1 and 2 are ongoing phase 3 trials evaluating the efficacy and safety of RZB versus placebo (PBO) for the treat-

ment of active PsA. Both trials enrolled adults with active PsA (symptom onset ≥ 6 months before screening, meeting Classification Criteria for PsA [CASPAR], and ≥ 5 tender and ≥ 5 swollen joints) and plaque or nail psoriasis. Patients enrolled in KEEPSAKE 1 had an inadequate response or intolerance to ≥ 1 conventional synthetic disease modifying antirheumatic drug (csDMARD-IR). KEEPSAKE 2 enrolled csDMARD-IR and/or patients with an inadequate response or intolerance to 1 or 2 biologic therapies (Bio-IR). Patients were randomized 1:1 to receive blinded subcutaneous RZB 150 mg or PBO at weeks 0, 4, and 16. Starting at week 24, all patients received open-label RZB 150 mg every 12 weeks. Efficacy and safety results reported here are analyzed in patients who received ≥ 1 dose of study drug through week 100. Statistical reporting and imputation methods are labeled and defined with their respective efficacy outputs. Treatment-emergent adverse events (TEAEs) were summarized using exposure-adjusted event rates (EAERs, events/100 patient-years [PYs]).

Results: At week 100, patients in KEEPSAKE 1 (RZB N = 483; PBO/RZB N = 481) and KEEPSAKE 2 (RZB N = 224; PBO/RZB N = 219) had similar results to those reported at week 52 (Table 1). Achievement of ACR20, 50, and 70 overtime results for both studies are presented in Figure 1. In KEEPSAKE 1, ACR20 at week 100 was achieved by 64.3% and 62.1% of RZB and PBO/RZB patients, respectively. In KEEPSAKE 2, 57.1% of RZB and 52.5% of PBO/RZB patients achieved ACR20 at week 100. PASI 90 achievement levels in KEEPSAKE 1 were 71.3% for RZB patients and 67.8% for PBO/RZB patients. In KEEPSAKE 2, 67.5% of RZB and 61.3% of PBO/RZB patients achieved PASI 90. Patients also maintained HAQ-DI scores in both KEEPSAKE 1 (RZB -0.41, PBO/RZB -0.36) and KEEPSAKE 2 (RZB -0.26, PBO/RZB -0.31).

KEEPSAKE 1

KEEPSAKE 2



DB, double-blind; NRI-CI, non-responder imputation incorporating multiple imputation to handle missing data due to COVID-19; NRI-MI, non-responder imputation with missing data imputed as non-responders except those missing due to COVID-19 or geo-political conflict in Ukraine and Russia, which are imputed by multiple imputation; PBO, placebo

Table 1. Efficacy Results for KEEPSAKE 1 and 2 at Week 52 and Week 100

	KEEPSAKE 1				KEEPSAKE 2			
	Week 52		Week 100		Week 52		Week 100	
	RZB 150 mg (N=483)	PBO to RZB 150 mg (N=481)	RZB 150 mg (N=483)	PBO to RZB 150 mg (N=481)	RZB 150 mg (N=224)	PBO to RZB 150 mg (N=219)	RZB 150 mg (N=224)	PBO to RZB 150 mg (N=219)
ACR20, % (n) ^a	70.6 (341)	63.7 (307)	64.3 (311)	62.1 (299)	60.0 (135)	55.8 (122)	57.1 (128)	52.5 (115)
ACR50, % (n) ^a	43.6 (211)	38.3 (184)	42.4 (205)	44.2 (212)	33.2 (74)	32.0 (70)	34.8 (78)	33.8 (74)
ACR70, % (n) ^a	25.9 (125)	20.5 (99)	26.7 (129)	27.0 (130)	17.1 (38)	21.0 (46)	21.4 (48)	17.4 (38)
Change in HAQ-DI, mean (95% CI) ^b	-0.41 (-0.46, -0.37)	-0.32 (-0.36, -0.27)	-0.41 (-0.45, -0.36)	-0.36 (-0.41, -0.32)	-0.26 (-0.32, -0.19)	-0.34 (-0.41, -0.28)	-0.26 (-0.33, -0.19)	-0.31 (-0.38, -0.24)
PASI 90, % (n) ^{1,c}	67.9 (185/273)	60.7 (165/272)	71.3 (195/273)	67.8 (184/272)	65.0 (80/123)	59.7 (71/119)	67.5 (83/123)	61.3 (73/119)
Change in mNAPSI, mean (95% CI) ^{d,e}	-12.73 [N=291] (-13.69, -11.76)	-11.33 [N=311] (-12.25, -10.40)	-14.30 [N=258] (-15.31, -13.29)	-13.54 [N=286] (-14.51, -12.58)	-	-	-	-
Change in PGA-F, mean (95% CI) ^{d,e}	-1.2 [N=292] (-1.3, -1.1)	-1.1 [N=311] (-1.2, -1.0)	-1.4 [N=258] (-1.5, -1.3)	-1.3 [N=286] (-1.4, -1.2)	-	-	-	-
Resolution of enthesitis, % (n) ^{1,f}	55.0 (244/444)	57.4 (257/448)	57.7 (256/444)	58.9 (264/448)	-	-	-	-
Resolution of dactylitis, % (n) ^{1,g}	76.6 (144/188)	72.8 (149/204)	76.2 (143/188)	75.3 (154/204)	-	-	-	-
MDA, % (n) ^a	38.3 (185)	28.0 (135)	38.2 (184)	35.2 (169)	27.2 (61)	33.8 (74)	33.0 (74)	33.3 (73)
Change in SF-36 PCS, mean (95% CI) ^b	8.43 (7.77, 9.09)	7.34 (6.68, 8.01)	8.40 (7.72, 9.09)	7.53 (6.84, 8.22)	6.27 (5.21, 7.32)	7.33 (6.24, 8.41)	6.42 (5.25, 7.59)	6.45 (5.23, 7.67)
Change in FACIT-Fatigue, mean (95% CI) ^b	8.0 (7.2, 8.8)	6.5 (5.7, 7.3)	7.8 (6.9, 8.6)	6.9 (6.0, 7.7)	5.7 (4.6, 6.9)	7.0 (5.8, 8.2)	5.4 (4.1, 6.7)	6.3 (5.0, 7.7)
Change in PsA-mTSS, mean (95% CI) ^{d,h}	0.21 [N=375] (0.04, 0.38)	0.27 [N=385] (0.10, 0.44)	0.34 [N=372] (0.17, 0.52)	0.45 [N=383] (0.28, 0.62)	-	-	-	-
PsA-mTSS ≤ 0, % (n) ^{1,i}	91.7 (344/375)	89.9 (346/385)	90.6 (337/372)	86.9 (333/383)	-	-	-	-
PsA-mTSS ≤ 0.5, % (n) ^{1,i}	93.6 (351/375)	92.5 (356/385)	91.9 (342/372)	89.3 (342/383)	-	-	-	-

All changes are least square mean changes from baseline.

^aReported by as observed with missing data imputed as non-responders except those missing due to COVID-19 or geo-political conflict in Ukraine and Russia, which are imputed by multiple imputation (NRI-MI)

^bReported by mixed-effect model repeated measurement (MMRM)

^cAmong patients with ≥ 3% of body surface area affected by psoriasis at baseline

^dEvaluated in KEEPSAKE 1 only

^eAmong patients with nail psoriasis at baseline

^fPooled from KEEPSAKE 1 and KEEPSAKE 2 for patients with baseline Leeds Enthesitis Index > 0 at baseline

^gPooled from KEEPSAKE 1 and KEEPSAKE 2 for patients with baseline Leeds Dactylitis Index > 0 at baseline

^hRadiographic data from reading session 3

ⁱRadiographic data from reading session 3, reported by as observed (AO)

ACR20/ACR50/ACR70, ≥ 20/50/70% improvement in American College of Rheumatology score; FACIT-Fatigue, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Questionnaire; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; MDA, minimal disease activity; mNAPSI, modified Nail Psoriasis Severity Index; PASI 90, ≥ 90% reduction in Psoriasis Area Severity Index; PBO, placebo; PGA-F, Fingernail-Physician Global Assessment; PsA-mTSS, modified Total Sharp Score, adapted for psoriatic arthritis; RZB, risankizumab; SF-36 PCS, 36 Item Short-Form Health Survey Physical Component Summary.

Table 2. Safety Events Through Week 100

Parameter, (Events/100PYs)	KEEPsAKE 1	KEEPsAKE 2
	N=946 PYs=1708.4	N=419 PYs=810.1
Any TEAE	2223 (130.1)	1462 (180.5)
Serious TEAE	130 (7.6)	80 (9.9)
TEAE leading to discontinuation of study drug	36 (2.1)	10 (1.2)
COVID-19 related TEAE	137 (8.0)	72 (8.9)
Any MACE	2 (0.1)	4 (0.5)
Any serious infection	39 (2.3)	13 (1.6)
Opportunistic infections excluding TB and herpes zoster	1 (<0.1)	2 (0.2)
Active TB	0	0
Malignant tumors		
Including NMSC	9 (0.5)	15 (1.9)
Excluding NMSC	7 (0.4)	2 (0.2)
All Deaths	7 (0.4) ^a	1 (0.1) ^b

^aA 61-year-old male died on day 696 and a 33-year-old male died on day 550 of COVID-19 pneumonia. A 41-year-old male died suddenly on day 502. A 66-year-old male died from diverticular disease on day 807. A 66-year-old male died of multi-organ failure on day 809. A 73-year-old male died from acute leukemia on day 482. All deaths were deemed to have no reasonable possibility of being related to the study drug.

^bA 55-year-old female died of cardiac arrest on day 615 and was deemed to have no reasonable possibility of being related to the study drug.

TEAEs were defined as an adverse event with an onset that is on or after the first dose of RZB and up to 140 days after the last dose of RZB if the patient discontinued the study drug prematurely.

MACE, major adverse cardiovascular events; NMSC, non-melanoma skin cancer; PYs, patient-years; RZB, risankizumab; TB, tuberculosis; TEAE, treatment-emergent adverse events.

P195 Figure 3

For patients with nail psoriasis at baseline both PGA-F scores (KEEPSAKE 1 RZB -1.4, PBO/RZB -1.3) and mNAPSI scores (KEEPSAKE 1 RZB -11.33, PBO/RZB -13.54) were maintained. Resolution of enthesitis for patients with enthesitis at baseline was seen in 60.6% of RZB and 62.1% of PBO/RZB patients in KEEPSAKE 1 and 51.7% of RZB and 53.2% of PBO/RZB patients in KEEPSAKE 2. Resolution of dactylitis for patients with dactylitis at baseline was seen in 75.4% of RZB and 77.9% of PBO/RZB KEEPSAKE 1 patients and 77.5% of RZB and 68.4% of RZB/PBO patients in KEEPSAKE 2. As of the week 100 cut-off, the EAERs of any TEAE in KEEPSAKE 1 patients was 130.1/100PY and 180.5/100PY for KEEPSAKE 2 patients (Table 2).

Conclusions: Long term treatment with RZB provides durable efficacy response in PsA through 100 weeks. RZB was generally well tolerated, and there were no new safety signals.

P196. EXPERIENCIA EN CONDICIONES DE VIDA REAL DE LOS INHIBIDORES DE IL-17 EN UN HOSPITAL TERCIARIO

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

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: La IL-17 es una de las dianas de elección en la terapéutica de las espondiloartritis tanto en sus manifestaciones axiales

como en las formas periféricas. Sin embargo, hay pocos estudios que recojan su efectividad en vida real, así como el *cycling* entre fármacos contra dicha citoquina.

Objetivos: Analizar la efectividad y supervivencia terapéutica de inhibidores de la IL-17 en condiciones de vida real, así como las causas de suspensión y los eventos adversos más relevantes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes que iniciaron tratamiento con inhibidores de la IL-17 (secukinumab e ixekizumab) desde noviembre de 2015 hasta octubre de 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas tanto al inicio del tratamiento como en la suspensión del mismo o, en su defecto, en la última visita registrada.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes con una mediana de 22,1 meses de seguimiento, de los cuales 59 eran artritis psoriásica (APs) y 10 espondiloartritis axial (EA) (tabla). De entre los HLA reportados (n = 29), 13 de ellos fueron B27 positivos. Se prescribieron 55 secukinumab y 14 ixekizumab, habiendo recibido la mayoría 1 fármaco biológico previo. Se suspendieron 19 tratamientos anti IL-17 (27,5%), 16 secukinumab debiéndose principalmente a fallo secundario (n = 10); y 3 ixekizumab, todos ellos por fallo primario. Únicamente 4 pacientes recibieron ambos anti-IL17, siendo en 2 de ellos un verdadero *cycling*, ambos de ixekizumab a secukinumab. De entre todos los eventos adversos reportados, las infecciones respiratorias de vías altas fueron el más frecuente (n = 18). Le siguieron 9 COVID, 5 ITU y 4 micosis, divididas en 2 candidiasis genitales, 1 candidiasis oral y 1 aspergilosis pulmonar. Se reportaron 2 eventos adversos graves, en forma de neumonía y neoplasia de mama. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

	Total de pacientes en tratamiento con anti IL-17 (N = 69)
Edad al inicio del tratamiento - años (de)	49,88 (12,35)
Tiempo de seguimiento - meses (de) (q1,q3)	22,09 (23,2)
	12 (5, 33)
Sexo femenino - n (%)	29 (42,03%)
Diagnóstico - n (%)	
Artritis psoriásica	59 (85,51%)
Espondiloartritis axial	10 (14,49%)
Comorbilidades-n (%)	
Hipertensión arterial	18 (26,09%)
Diabetes mellitus	5 (7,25%)
Dislipemia	21 (30,43%)
Tratamiento anti IL-17 - n (%)	
Secukinumab	55 (79,71%)
Ixekizumab	14 (20,29%)
Causa suspensión tratamiento - n (%)	
Fallo primario	7 (38,89%)
Fallo secundario	10 (55,56%)
Reacción adversa	1 (5,55%)
FAME concomitante - n (%)	
Metotrexato	18 (26,09%)
Leflunomida	4 (5,8%)
Salazopirina	2 (2,9%)
No	45 (65,22%)
Biológico previo - n (%)	42 (60,87%)
Anti IL-17 previo - n (%)	4 (5,8%)
Síntomas - n (%)	
Axiales	37 (53,62%)
Periféricos	62 (89,86%)
Entesis	24 (34,78%)
Síntomas extraarticulares - n (%)	55 (79,71%)
Tipo de manifestación extraarticular - n (%)	
Psoriasis cutánea	33 (60%)
Psoriasis ungueal	7 (12,72%)
Dactilitis	9 (16,36%)
Parestesias	2 (3,64%)
Uveítis	2 (3,64%)
SAPHO	1 (1,82%)
Alteraciones gastrointestinales	1 (1,82%)
HLA B27 - n (%)	13 (18,85%)
PCR (mg/L) - n (de)	
Al inicio	5,83 (10,99)
Última	4,46 (5,63)
Valor de VSG (mm/h) - n (de)	
Al inicio	16,06 (14,35)
Última	16,65 (13,59)
Eventos adversos - n (%)	49
Infección respiratoria	18 (36,73%)
COVID	9 (18,37%)
ITU	5 (10,2%)
Micosis	4 (8,16%)
GEA	2 (4,8%)
Síndrome constitucional	2 (4,8%)
Herpes	1 (2,4%)
Liquen plano	1 (2,4%)
Leishmaniasis visceral	1 (2,4%)
Cólico renal	1 (2,4%)
Leucoplasia oral	1 (2,4%)
Trombosis retiniana	1 (2,4%)
Parestesias	1 (2,4%)
Diverticulitis	1 (2,4%)
Absceso perianal	1 (2,4%)
Eventos adversos graves - n (%)	2
Neumonía	1 (50%)
Neoplasia de mama	1 (50%)

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes el secukinumab fue el tratamiento anti-IL-17 pautado mayoritariamente, y su causa más frecuente de suspensión fue el fallo secundario. Los casos de suspensión con ixekizumab han sido por fallo primario, realizándose un *cycling* a secukinumab en 2 ocasiones. Las infecciones respiratorias fueron el evento adverso más frecuente.

P197. THE IMPACT OF SECOND-LINE THERAPEUTIC ON DISEASE CONTROL AFTER DISCONTINUATION OF FIRST LINE TNF INHIBITOR IN PATIENTS WITH PSA: ANALYSIS FROM THE COREVITAS PSORIATIC ARTHRITIS/SPONDYLOARTHRITIS REGISTRY

Ana Medina¹, Alexis Ogdie¹, Robert R McLean², Taylor Blachley², Nicole Middaugh², Manish Mittal³, Jerry Clewell³, Sandra Ciecinski³ and Philip Mease⁴

¹University of Pennsylvania. Philadelphia. PA. USA. ²CorEvitas. LLC. Waltham. MA. USA. ³AbbVie Inc. North Chicago. IL. USA. ⁴Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Seattle. WA. USA.

Introduction and objectives: While evidence in patients (pts) with RA suggests that switching to a therapy with a different mechanism of action (MOA) may be more effective than cycling among TNF inhibitors (TNFi) after discontinuing a 1st line TNFi, the relative effectiveness of cycling vs. switching in pts with PsA is currently unknown. This study compared clinical outcomes between pts with PsA who initiated a TNFi vs. A non-TNFi biologic after discontinuing a 1st line TNFi in a real-world setting.

Methods: Pts with a clinical diagnosis of PsA enrolled in the CorEvitas Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry who initiated a 2nd line advanced therapy (baseline) after discontinuation of 1st line TNFi between May 2013-January 2022 were included. Eligible pts had a follow-up visit 6-months after initiating the 2nd line therapy. Pts were stratified into two cohorts: 1) those who initiated a 2nd line TNFi (cyclers) and 2) those who initiated a 2nd line non-TNFi biologic (switchers). Baseline characteristics were summarized descriptively and compared between the groups using standardized differences (d; 0.2, 0.5, 0.8 considered small, medium, and large effects). Multivariable adjusted Poisson regression models were used to calculate risk ratios (RR) and 95% confidence intervals (CI) estimating the association between cycling vs. switching status and clinical outcomes at 6 months.

Results: Among 394 eligible pts initiating a 2nd line therapy, there were 205 (52%) cyclers and 189 (48%) switchers. Groups were similar at baseline in mean age (55 years) and gender (54% female) (Table 1). Cyclers were on 1st line TNFi therapy for a shorter duration vs. switchers (11.4 vs. 14.7 months, d = 0.26). At baseline, switchers had greater severity of psoriasis (mean body surface area; 6.5 vs. 4.7) and worse disease activity, with lower proportions in a state of minimal disease activity (MDA; 22 vs. 28%) or low disease activity (clinical disease activity in PsA [cDAPSA] LDA; 26 vs. 30%) compared to cyclers, though differences were small (all d < 0.2). At the 6-month follow-up, switchers trended towards having an increased likelihood of achieving all clinical outcomes vs. cyclers, though most CIs included 1.0 (Table 2). Data suggest switchers had 70% greater likelihood of achieving MDA (RR [95% CI] = 1.7 [0.9, 3.1]) and a nearly 4 times higher likelihood of achieving a Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Enthesitis index score ≤ 1 (3.8 [1.1, 12.8]). Switchers vs. cyclers had 2 times the likelihood of achieving HAQ-DI ≤ 0.5 (2.1 [1.0, 4.8]) and a 30% greater likelihood of achieving a pt pain score ≤ 15 (1.3 [0.6, 2.6]); similarly, switchers had a greater likelihood of achieving MCID in HAQ-DI (1.7 [1.0, 3.0]), pt global assessment of arthritis (1.4 [0.9, 2.0]), and morning stiffness (1.5 [1.0, 2.3]) vs. cyclers.

Conclusion: Our findings in this sample of PsA pts in a real-world setting suggest that switching to a different MOA may lead to comparable or better outcomes vs. cycling among TNFi. While further confirmatory studies are warranted, our results indicate physicians may consider non-TNFi biologics as an appropriate option when pts discontinue 1st line TNFi therapy.

Funding statement: This study was sponsored by CorEvitas, LLC. CorEvitas is supported through contracted subscriptions with multiple pharmaceutical companies. The abstract was a collaborative effort between CorEvitas and AbbVie with financial support provided by AbbVie.

Table 1. Baseline demographic and clinical characteristics of patients with PsA stratified by those who cycled to a TNFi or switched to another MOA after discontinuation of first line TNFi

Characteristic	Cyclers N=205	Switchers N=189	Standard Differences ^a
Age [years], mean ± SD	55.0 ± 11.5	55.3 ± 11.9	0.021
Female, n (%)	110 (54)	102 (54)	0.004
White, n (%)	183 (89)	175 (93)	0.116
Time since diagnosis [years], mean ± SD	8.0 ± 8.8	7.6 ± 7.7	0.045
Time on first TNFi (months), mean ± SD	11.4 ± 10.5	14.7 ± 14.8	0.256
Reasons for discontinuation of first TNFi ^b , n (%)			
Safety	12 (6)	12 (6)	0.021
Efficacy	70 (34)	65 (34)	0.005
Other	31 (15)	37 (20)	0.118
BSA, mean ± SD	4.7 ± 11	6.5 ± 13.7	0.145
Minimal disease activity, n (%)	55 (28)	40 (22)	0.147
Very low disease activity, n (%)	18 (9)	9 (5)	0.169
Tender joint count (68), mean ± SD	5.8 ± 9.5	6.5 ± 9.6	0.077
Swollen joint count (66), mean ± SD	2.5 ± 3.5	3.1 ± 5.2	0.135
Patient global assessment of arthritis ^c , mean ± SD	41.7 ± 26.5	44.9 ± 26.1	0.122
SPARCC Enthesitis count, mean ± SD	0.9 ± 2.3	1.0 ± 2.3	0.034
cDAPSA Category, n (%)			0.163
Remission (cDAPSA ≤4)	31 (16)	20 (11)	
Low (4 < cDAPSA ≤13)	59 (30)	47 (26)	
Moderate (13 < cDAPSA ≤27)	69 (35)	78 (43)	
High (cDAPSA >27)	37 (19)	37 (20)	
Patient-reported pain ^c , mean ± SD	44.9 ± 28.4	49.9 ± 27.8	0.180
HAQ-DI, mean ± SD	0.8 ± 0.7	0.9 ± 0.7	0.145

^aA standardized difference of >0.2 was used to reflect meaningful differences between the groups. ^bAmong cyclers, 107 reported 1 reason (52%), 3 reported 2 reasons (1%), and 95 reported no reasons for discontinuation (46%); among switchers, 112 reported 1 reason (59%), 1 reported 2 reasons (1%), and 76 reported no reasons for discontinuation (40%). ^cMeasured using a 100-point VAS. BSA, body surface area; cDAPSA, clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; SPARCC, Spondyloarthritis Research Consortium of Canada; TNFi, tumor necrosis factor inhibitor; SD, standard deviation; VAS, visual analog scale.

P197 Figure 1

Table 2. Multivariable-adjusted risk ratios (95% CI) estimating the likelihood of achieving clinical outcomes at 6 months follow-up among patients with PsA who switched to another MOA vs cycled to a TNFi from a first line TNFi

Outcome	Adjusted Risk Ratio (95% CI) ^a
Minimal Disease Activity	1.7 (0.9, 3.1)
Tender joint count ≤1	1.1 (0.6, 2.0)
Swollen joint count ≤1	1.3 (0.8, 2.4)
Body surface area ≤3%	1.2 (0.6, 2.6)
Patient pain ≤15	1.3 (0.6, 2.6)
Patient global assessment of arthritis ≤20	1.5 (0.8, 3.0)
Patient global assessment of arthritis MCID (reduction ≥10 points)	1.4 (0.9, 2.0)
HAQ-DI ≤0.5	2.1 (1.0, 4.8)
HAQ-DI MCID (reduction ≥0.35)	1.7 (1.0, 3.0)
SPARCC Enthesitis Index ≤1	3.8 (1.1, 12.8)
Very low disease activity	1.3 (0.5, 3.1)
cDAPSA low disease activity	1.0 (0.4, 2.6)
Morning stiffness MCID (reduction ≥10 points)	1.5 (1.0, 2.3)

Reference group was the cycling treatment group. ^aThe model adjusted for race, education, history of anxiety, infections, fibromyalgia and psoriasis, current or prior use of analgesics, current or prior use of NSAIDs, concomitant therapy status, MDA status, and baseline measures of the variable being analyzed, in addition to baseline measures of cDAPSA, BSA, swollen joint count, Physician's Global Assessment of disease activity, Patient's Global Assessment of disease activity, dactylitis, patient-reported pain, stiffness, and % activity impairment. BSA, body surface area; cDAPSA, clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis; CI, confidence interval; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; MCID, minimal clinically important difference; MDA, minimal disease activity; MOA, mechanism of action; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; SPARCC, Spondyloarthritis Research Consortium of Canada; TNFi, tumor necrosis factor inhibitor.

P197 Figure 2

P198. MEASURE 2: SECUKINUMAB PROPORCIONA ALIVIO DE FORMA RÁPIDA Y SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS CLAVE DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA EN PACIENTES NAÏVE A ITNF DURANTE 5 AÑOS

Ricardo Blanco¹, Karel Pavelka², Alan Kivitz³, Renato Calheiros⁴, Erhard Quebe-Fehling⁵ y Patricia Pertel⁶

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Servicio de Reumatología. Santander. ²Institute of Rheumatology. Department of Rheumatology. Praga. República Checa. ³Altoona Center for Clinical Research. Altoona Center for Clinical Research. Duncansville, PA. Estados Unidos. ⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation. US Clinical Development and Medical Affairs. Rheumatology. East Hanover, NJ. Estados Unidos. ⁵Novartis Pharma AG. Global Medical Affairs Biostatistics in Global Drug Development. Basilea. Suiza. ⁶Novartis Pharma AG. Global Medical Affairs. Rheumatology. Basilea. Suiza.

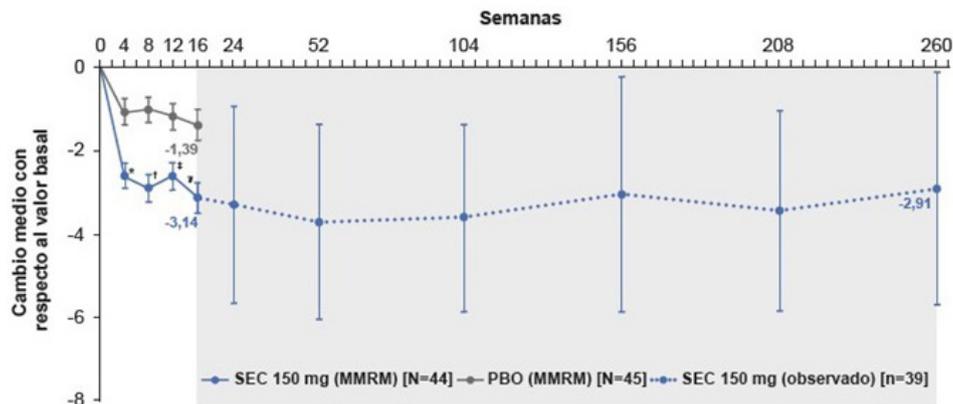
Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que produce síntomas clínicos debilitantes como dolor (70-83%), rigidez (54-90%) y fatiga (53-62%)¹⁻³. El secukinumab (SEC 150 mg) ha demostrado eficacia a largo plazo en múltiples indicaciones y está aprobado para el tratamiento de la EA activa en adultos que han tenido una respuesta inadecuada a los AINE^{4,5}.

Objetivos: El ensayo de fase 3 MEASURE 2 (NCT01649375) evaluó la eficacia, seguridad y tolerabilidad a largo plazo de SEC en pacientes (pts) con EA activa. Este análisis *post hoc* se realizó específicamente para evaluar la eficacia a largo plazo de SEC 150 mg en síntomas clínicos clave de dolor, rigidez matutina, función física y fatiga en pts *naïve* a iTNF durante 5 años.

Métodos: El diseño del estudio MEASURE 2 se ha presentado previamente.⁵ Este análisis *post hoc* evaluó los síntomas clínicos clave al inicio del estudio hasta la semana (s) 260. Las evaluaciones incluyeron dolor lumbar total y nocturno (escala visual analógica [0-100 mm]), dolor espinal general (cuello, espalda o cadera) por BASDAI y rigidez matutina (BASDAI promedio). También se presenta la función física (SF-36 PCS, BASFI), la fatiga (BASDAI, FACIT) y la actividad de la enfermedad (ASDAS-PCR). Los datos se presentan como cambio medio de mínimos cuadrados (MC) (± EE) utilizando medidas repetidas de modelos mixtos de s 4-16 y datos observados (media ± DE) de s 24-260.

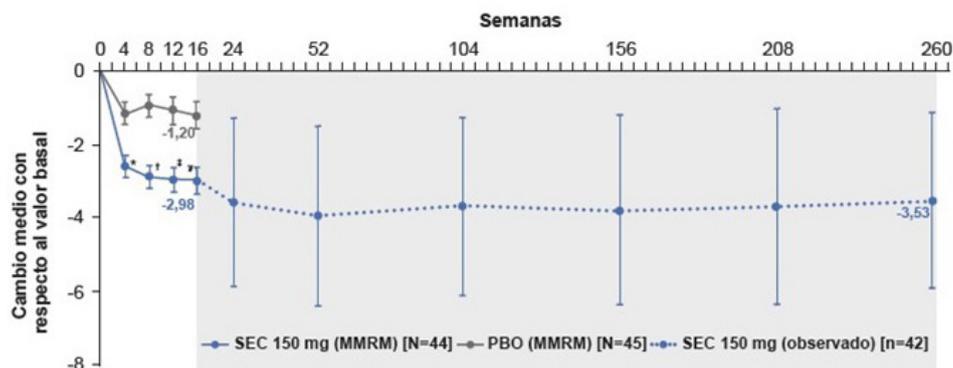
Resultados: De los pts no tratados con iTNF aleatorizados a SEC 150 mg, se incluyeron 89 en este análisis (SEC, n = 44, placebo [PBO], n = 45). De estos pts aleatorizados a SEC 150 mg, el 84% completó 5 años de tratamiento. Se observaron mejoras significativamente mayores en los pts tratados con SEC 150 mg frente a PBO en s 16 y se mantuvieron durante 5 años (fig., tabla).

Figura 1a. MEASURE 2: Cambio medio desde el inicio en el dolor espinal global (BASDAI) a lo largo de 5 años (secukinumab 150 mg frente a placebo) en pacientes naïve a iTNF



*p=0,0009; †p=0,0001; ‡p=0,0033; §p=0,0014; Cambio medio LS usando MMRM de las s 4-16 y datos observados (media ± DE) de las s 24-260 (área sombreada). Las barras de error representan EE de las s 4-16 y DE de las s 24-260. Valores basales medios: SEC 150 mg, 7,38; PBO, 7,48. SEC 150 mg, n=44; s 4-12, n=44; s 16, n=43; s 24-208, n=39; s 260, n=37. PBO N=45; s 4, n=44; s 8, n=43; s 12, n=42; s 16, n=42. Media LS, IC 95% y p-valor son de MMRM con el grupo de tratamiento, visita de análisis y TNF como factores, peso y valores basales como covariables, y tratamiento por visita de análisis y valor basal por visita de análisis como términos de interacción, así como estructura de covarianza no estructurada. BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index; DE, desviación estándar; EE, error estándar; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; LS, least squares, mínimos cuadrados; MMRM, mixed-effects model repeated measures, modelo mixto de medidas repetidas; N, número de pacientes aleatorizados; n, número de pacientes con medidas basales y en la correspondiente visita tras la visita de inicio; PBO, placebo; SEC, secukinumab; s, semana.

Figura 1b. MEASURE 2: Cambio medio desde el inicio en la rigidez matinal (BASDAI) a lo largo de 5 años (secukinumab 150 mg frente a placebo) en pacientes naïve a iTNF



*p=0,0017; †p=0,0000; ‡p=0,0003; §p=0,0011; Cambio medio LS usando MMRM de las s 4-16 y datos observados (media ± DE) de las s 24-260 (área sombreada). Las barras de error representan EE de las s 4-16 y DE de las s 24-260. Valores basales medios: SEC 150 mg, 8,91; PBO, 8,54. SEC 150 mg, n=44; s 4-12, n=44; s 16, n=43; s 24, n=42; s 52-208, n=39; s 260, n=37. PBO N=45; s 4, n=44; s 8, n=43; s 12, n=42; s 16, n=42. Media LS, IC 95% y p-valor son de MMRM con el grupo de tratamiento, visita de análisis y TNF como factores, peso y valores basales como covariables, y tratamiento por visita de análisis y valor basal por visita de análisis como términos de interacción, así como estructura de covarianza no estructurada. BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index; DE, desviación estándar; EE, error estándar; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; LS, least squares, mínimos cuadrados; MMRM, mixed-effects model repeated measures, modelo mixto de medidas repetidas; N, número de pacientes aleatorizados; n, número de pacientes con medidas basales y en la correspondiente visita tras la visita de inicio; PBO, placebo; SEC, secukinumab; s, semana.

Tabla P198

Puntuación de dolor, función física y fatiga

Criterio de valoración	Tratamiento	Media BL ± DE*	S 16 Media MC, EE (p-valor)					
			S 52 ± DE	S 104 ± DE	S 156 ± DE	S 208 ± DE	S260 ± DE	
Dolor lumbar								
Dolor lumbar total	SEC	66,86 ± 15,42	-33,99, 3,42 (p = 0,0000)	-40,56 ± 24,35	-37,74 ± 26,09	-39,03 ± 26,65	-37,77 ± 28,40	-36,78 ± 29,76
	PBO	67,69 ± 17,71	-12,75, 3,46	ND	ND	ND	ND	ND
Dolor lumbar nocturno	SEC	66,84 ± 14,17	-36,25, 3,50 (p = 0,0000)	-45,13 ± 23,92	-40,54 ± 25,23	-43,92 ± 25,10	-41,13 ± 24,87	-38,95 ± 28,91
	PBO	63,87 ± 18,78	-14,41, 3,54	ND	ND	ND	ND	ND
Función física								
SD-36 PCS	SEC	34,87 ± 6,58	7,90, 0,98 (p = 0,0012)	8,44 ± 7,48	8,95 ± 7,87	8,98 ± 8,17	9,39 ± 8,39	8,55 ± 9,32
	PBO	35,45 ± 6,51	3,23, 0,98	ND	ND	ND	ND	ND
BASFI	SEC	6,42 ± 1,95	-2,89, 0,31 (p = 0,0002)	-3,38 ± 2,38	-3,23 ± 2,39	-3,10 ± 2,49	-3,10 ± 2,47	-2,86 ± 2,61
	PBO	35,45 ± 6,51	3,23, 0,98	ND	ND	ND	ND	ND
Fatiga								
Nivel total (BASDAI)	SEC	7,00 ± 1,26	-2,39, 0,34 (p = 0,0095)	-3,44 ± 2,32	-3,30 ± 2,45	-3,16 ± 2,61	-3,12 ± 2,34	-2,92 ± 2,71
	PBO	7,18 ± 1,49	-1,12, 0,34	ND	ND	ND	ND	ND
FACIT	SEC	22,27 ± 8,02	10,62, 1,26 (p = 0,0052)	12,14 ± 9,76	11,00 ± 9,37	10,79 ± 8,91	12,39 ± 9,09	10,64 ± 10,66
	PBO	23,22 ± 7,94	5,48, 1,26	ND	ND	ND	ND	ND
Actividad de la enfermedad								
ASDAS-PCR	SEC	3,73 ± 0,82	-1,47, 0,14 (p = 0,0000)	-1,80 ± 1,16	-1,66 ± 1,21	-1,63 ± 1,35	-1,69 ± 1,24	-1,58 ± 1,36
	PBO	3,89 ± 0,76	-0,51, 0,14	ND	ND	ND	ND	ND

*Basal se refiere a la media ± DE de los valores observados. Cambio medio de MC usando MMRM para las 16 y datos observados (media ± DE) de s 24-260. SEC 150 mg, N = 44 y PBO, N = 45. ASDAS-PCR Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score-proteína C reactiva; BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI, Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; BL, basal; DE, desviación estándar; FACIT, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy; MC, mínimos cuadrados; MMRM, mixed-effects model repeated measures; ND, no disponible; PBO, placebo; s, semana; SEC, secukinumab; SF-36 PCS, Short Form-36 Physical Component Summary.

Conclusiones: Los pacientes naïve a iTNF con EA activa tratados con SEC 150 mg experimentaron mejoras rápidas en una variedad de síntomas clínicos clave que incluyeron medidas de dolor, función física y fatiga, y que se mantuvieron durante 5 años.

Referencias

1. Deodhar A, et al. 2020 BMC Rheumatol. 2020;4:19.
2. Ward M, et al. Arth Care Res. 1999;12:247-55.
3. van Tubergen A, et al. Arth Rheum 2002;47:8-16.
4. Cosentyx SmPC (2020) [Accessed: 24 Jan 22].
5. Baeten D, et al. N Eng J Med. 2015;373:2534-48.

P199. EFECTO DE SECUKINUMAB SOBRE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA E INFLAMACIÓN EN LAS ARTICULACIONES SACROILÍACAS Y LA COLUMNA VERTEBRAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA: RESULTADOS DE IMÁGENES A DOS AÑOS DE UN ESTUDIO ALEATORIZADO DE FASE III

Ricardo Blanco¹, Juergen Braun², Helena Marzo-Ortega³, Lianne S. Gensler⁴, Filip Van den Bosch⁵, Stephen Hall⁶, Hideto Kameda⁷, Denis Poddubnyy⁸, Marleen G. H. Van de Sande⁹, Désirée Van der Heijde¹⁰, Tingting Zhuang¹¹, Anna Stefanska¹², Aimee Readie¹¹, Hanno Richards¹³ y Atul Deodhar¹⁴

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Servicio de Reumatología. Santander. ²Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. and Ruhr-University Bochum. Department of. Rheumatology. Bochum. Alemania. ³NIHR Leeds Biomedical Research Centre. Leeds Teaching Hospitals NHS Trust. LIRMM. University of Leeds. Reino Unido. ⁴University of California. Department of Rheumatology. San Francisco, CA. Estados Unidos. ⁵Department of Internal Medicine and Pediatrics. Ghent University. VIB Center for Inflammation Research. Gante. Bélgica. ⁶Monash University. Department of Medicine. Melbourne. Australia. ⁷Toho University. Division of Rheumatology. Tokyo. Japón. ⁸Charité-Universitätsmedizin Berlin. German Rheumatism Research Centre. Berlín. Alemania. ⁹Amsterdam UMC. University of Amsterdam. Amsterdam Rheumatology and Immunology Center. Amsterdam. Países Bajos. ¹⁰Leiden University Medical Center. Department of Rheumatology. Leiden. Países Bajos. ¹¹Novartis Pharmaceuticals Corporation. Rheumatology. New Jersey. Estados Unidos. ¹²Novartis Ireland Limited. Rheumatology. Dublin. Irlanda. ¹³Novartis Pharma AG. Rheumatology. Basilea. Suiza. ¹⁴Oregon Health & Science University. Division of Arthritis and Rheumatic Diseases. Portland. Estados Unidos.

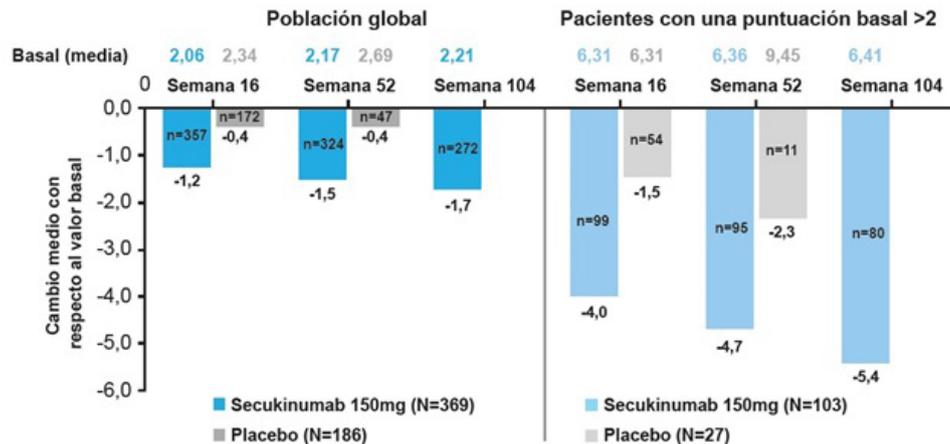
Introducción: La espondiloartritis axial (axSpA) se caracteriza por la inflamación (inf) de las articulaciones sacroilíacas (ASI) y columna. El tratamiento con secukinumab (SEC) demostró ser clínicamente eficaz y reducir el edema de médula ósea de ASI detectado por resonancia magnética (RM) en pacientes (pts) con SpA no radiográfica [(r)-axSpA] durante 52 semanas (s) en el estudio PREVENT (NCT02696031).

Objetivos: Presentar la progresión radiográfica (PR) y el curso de la inf evaluado por radiografía (Rx) e RM de ASI y columna durante 2 años en el estudio PREVENT.

Métodos: 555 pts fueron aleatorizados (1:1:1) a SEC 150 mg, con dosis de inducción (DI) o sin (NI), o placebo (PBO). Se permitió el cambio a SEC en régimen abierto (OL) o a tratamiento estándar (SoC) tras la s20. Todos los pts (excepto cambio a SoC) recibieron OL SEC desde la s52. Las Rx espinales y de ASI se tomaron al inicio (BL) y s104. Las RM espinales y de ASI en BL, s16, 52 y 104. Las Rx espinales se evaluaron con la puntuación (pt) de espondilitis anquilosante espinal modificada de Stoke (mSASSS) y las Rx de ASI según los criterios modificados de Nueva York (mNYC). Se excluyeron los pts cuyas Rx ASI basales cumplieron con los mNYC en la lectura de elegibilidad. Las RM espinales se evaluaron para detectar signos de inf con la pt de Berlín. El edema de médula ósea en ASI se evaluó según la pt de lesiones inflamatorias activas de Berlín. Todas las imágenes fueron evaluadas de forma ciega e independiente por 2 lectores centrales. Se presentan datos observados de la s104.

Resultados: La mayoría (98%) de los pts tratados con SEC 150 mg (DI y NI) no mostraron progresión estructural (cambio mSASSS total ≤ cambio detectable más pequeño (CDP) de 0,76 (nivel de acuerdo: 80%) durante 2 años). En BL, 62 pts (43 SEC, 19 PBO) presentaban ≥ 1 sindesmofito (≥ 1 unidad vertebral puntuada por ≥ 1 lector). Entre estos pts, 9 SEC (20,9%) y 7 PBO (36,8%) desarrollaron ≥ 1 nuevo sindesmofito a la s104. Entre los 237 pts SEC y 117 PBO sin sindesmofitos en BL, solo 4 SEC (1,7%) y 4 PBO (3,4%) desarrollaron ≥ 1 nuevo sindesmofito en s104. Las Rx de ASI mostraron que el 88% de los pst SEC y 86% en PBO no tuvieron progresión en ASI (cambio ≤ CDP (0,46) en la pt total de mNYC) en s104. Ningún paciente aumentó la pt total de mNYC ≥ 2. Al evaluar las Rx basales de pts elegibles junto con las imágenes post-BL en la lectura final, sobre el 25% de los pts (68/277 SEC y 34/139 PBO) se identificaron como mNY positivos (+) en el cribado (se consideraron mNY+ si ≥ 1 lector los evaluó mNY+). De estos, 11/68 pts SEC (16,2%) y 5/34 PBO (14,7%) fueron evaluados como mNY negativos (-) en s104. 202 SEC (96,7%) y 102 PBO (97,1%) que eran mNY- en el cribado permanecieron negativos hasta s104.

Figura. Cambio medio en la puntuación del edema de la médula ósea de la ASI mediante RM en la población general y en los pacientes con una puntuación inicial >2 hasta la semana 104



Los datos se presentan según lo observado. Secukinumab (agrupado) incluyó a los pacientes que continuaron con secukinumab hasta la semana 104. El placebo incluyó sólo a los pacientes asignados al azar a placebo que siguieron con él hasta la semana 52. En cada punto temporal, sólo se incluyeron los pacientes con un valor tanto al inicio como en ese punto temporal. ASI: articulación sacroiliaca; RM: resonancia magnética; N: número total de pacientes aleatorizados; n: número de pacientes evaluables.

P199 Figura

Solo 7 SEC (3,3%) y 3 PBO (2,9%) que fueron mNY- en BL fueron calificados mNY+ en s104. Menos pts progresaron de mNY- a mNY+ que de + a- lo que resultó en una progresión neta -. La inf espinal en la RM (pt de Berlín) fue baja en BL con una media de 0,82 (SEC) y 1,07 (PBO) sin cambios significativos hasta s104 (media: 0,56, SEC). SEC redujo la pt de edema de médula ósea ASI vs. PBO en s16 y s52 con una reducción sostenida hasta s104 en la población general, con una mayor reducción en pts con pt BL > 2 (fig.).

Conclusiones: La mayoría de los pts aleatorizados a SEC o PBO no mostraron PR a lo largo de 2 años. Hubo cierta discrepancia entre las lecturas de elegibilidad y eficacia de ASI. SEC redujo la inf de la ASI en la RM en pts con nr-axSpA activa.

P200. EFECTO DE SECUKINUMAB FRENTE A ADALIMUMAB BIOSIMILAR EN LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA: UN ESTUDIO ALEATORIZADO FASE IIIb

Victoria Navarro-Compán¹, Xenofon Baraliakos², Mikkel Østergaard³, Denis Poddubnyy⁴, Désirée van der Heijde⁵, Atul Deodhar⁶, Pedro M. Machado⁷, Kay Geert Hermann⁸, Mitsumasa Kishimoto⁹, Eun Young Lee¹⁰, Lianne S Gensler¹¹, Uta Kiltz², Marco Eigenmann¹², Patricia Pertel¹², Aimee Readie¹³, Hanno B. Richards¹², Brian Porter¹³ y Juergen Braun²

¹Department of Rheumatology. University Hospital La Paz. IdiPaz.

²Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Ruhr-Universität Bochum. Alemania.

³Copenhagen Center for Arthritis Research. Center for Rheumatology and Spine Diseases. Rigshospitalet. University of Copenhagen. Dinamarca.

⁴Charité-Universitätsmedizin Berlin and German Rheumatism Research Centre. Alemania.

⁵Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Países Bajos.

⁶Division of Arthritis and Rheumatic Diseases. Oregon Health & Science University. Estados Unidos.

⁷Centre for Rheumatology & Department of Neuromuscular Diseases. University College London. Reino Unido.

⁸Department of Radiology. University Hospital Charité-Campus Mitte. Charitéplatz. Alemania.

⁹Department of Nephrology and Rheumatology. Kyorin University School of Medicine. Japón.

¹⁰Division of Rheumatology. Department of Internal Medicine. Seoul National University College of Medicine. Corea del Sur.

¹¹Department of Medicine. Division of Rheumatology. University of California. San Francisco. Estados Unidos.

¹²Novartis Pharma AG. ¹³Novartis Pharmaceuticals Corporation.

Introducción: Los biológicos son clínicamente eficaces en pacientes (pts) con espondiloartritis axial (EspAax), incluida la EspAax radiográfica (EspAax-r). Existen datos limitados sobre su efecto en la inhibición de la progresión radiográfica (PR) en pts con EspAax-r. Los datos del MEASURE 1 a 2 años mostraron una baja PR con secukinumab (SEC)¹. Presentamos datos del estudio SURPASS², el primer ensayo *head-to-head* en EspAax-r, que comparó el efecto de SEC vs. adalimumab biosimilar (SDZ-ADL) en la PR de columna.

Métodos: En este estudio fase IIIb, pts *naïve* a biológico con EspAax-r activa con un índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (EA) de Bath (BASDAI) ≥ 4, puntuación de dolor espinal ≥ 4 (rango 0-10), puntuación de dolor lumbar total ≥ 40 mm (rango 0-100 mm) y con proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR-hs) ≥ 5 mg/l o ≥ 1 sindesmofitos (sdm) en la radiografía de columna se aleatorizaron (1:1) a SEC (150/300 mg; ciego a la dosis) o SDZ-ADL (40 mg; abierto). Las radiografías y RM fueron revisadas por 3 lectores centrales independientes ciegos al brazo de tratamiento (Tx) y la cronología de las imágenes. El objetivo principal fue la proporción de pts sin PR (cambio desde valor basal [CDB] en la puntuación del modified Stoke AS Spinal Score [mSASSS] ≤ 0,5; puntuación media de los lectores) en SEC vs. SDZ-ADL en la semana (s) 104 (test de superioridad). Los objetivos secundarios incluyeron CDB-mSASSS a la s104, proporción de pts con sdm ≥ 1 al inicio (BL) sin nuevos sdm en la s104, CDB-RM en la puntuación de Berlín de inflamación de la articulación sacroiliaca (SI), CBD-RM en la puntuación de actividad espinal de Berlín (ASpiMRI-a) y seguridad.

Resultados: En total, 859 pts recibieron SEC 150 mg (n = 287), 300 mg (n = 286) o SDZ-ADL (n = 286). Las características demográficas y basales de los pts estaban equilibradas. La población (78,5% varones, edad media 42,1 años, mSASSS 16,6, BASDAI 7,1, PCRhs 20,4 mg/L y 73% con ≥ 1 sdm) tenía un alto riesgo de PR. Las puntuaciones medias BL de edema (RM) fueron de 1,6 a 2,5 para SI y de 2,6 a 3,4 para columna. A la s104, la proporción de pts sin PR (CDB-mSASSS ≤ 0,5) fue de 66,1% (SEC 150 mg), 66,9% (SEC 300 mg) y 65,6% (SDZ-ADL) (tabla 1; p = ns, ambas SEC). La media de CDB-mSASSS fue de 0,54 (SEC 150 mg), 0,55 (SEC 300mg) y 0,72 (SDZ-ADL) (tabla 1). Se observaron tasas similares de CDB-mSASSS en todos los brazos (fig.). El 56,9% (SEC 150 mg), 53,8% (SEC 300 mg) y 53,3% (SDZ-ADL) de los pts con ≥ 1 sdm en BL no desarrolló nuevos sdm en la s104 (tabla 2). A la s16, las puntuaciones medias (EE) CDB-RM de SI y de la columna fueron -1,22 (0,14) y -1,43 (0,14) (SEC 150 mg), -1,10 (0,14) y -1,59 (0,15) (SEC 300 mg) y -1,51 (0,14) y -2,31 (0,15) (SDZ-ADL), respectivamente.

Tabla 1: Proporción de pts sin PR (progresión mSASSS ≤ 0,5) en la s104 y cambio en mSASSS desde el inicio en la s104

% pts sin PR*		Tasa sin progresión (%)	Media estimada (IC95%)	Comparación	Diferencia marginal	IC95%	p-valor nominal
Grupo de Tx	n						
SEC 150 mg (N = 287)	283	66,1	66,63 (60,73 a 72,54)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	1,51	-6,63 a 9,64	0,7164
SEC 300 mg (N = 286)	280	66,9	66,80 (60,45 a 73,14)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	1,67	-6,61 a 9,95	0,6925
SDZ-ADL 40 mg (N = 286)	283	65,6	65,13 (58,77 a 71,49)	-	-	-	-

Cambio en mSASSS desde el inicio†		En Tx		Contraste de Tx en la media MC				
Grupo de Tx	n	Media MC	EE	Comparación	Media MC	EE	IC95%	p-valor nominal
SEC 150 mg (N = 287)	283	0,54	0,175	Frente a SDZ-ADL 40 mg	-0,18	0,239	-0,646 a 0,293	0,4602
SEC 300 mg (N = 286)	280	0,55	0,180	Frente a SDZ-ADL 40 mg	-0,16	0,243	-0,639 a 0,315	0,5050
SDZ-ADL 40 mg (N = 286)	283	0,72	0,177	-	-	-	-	-

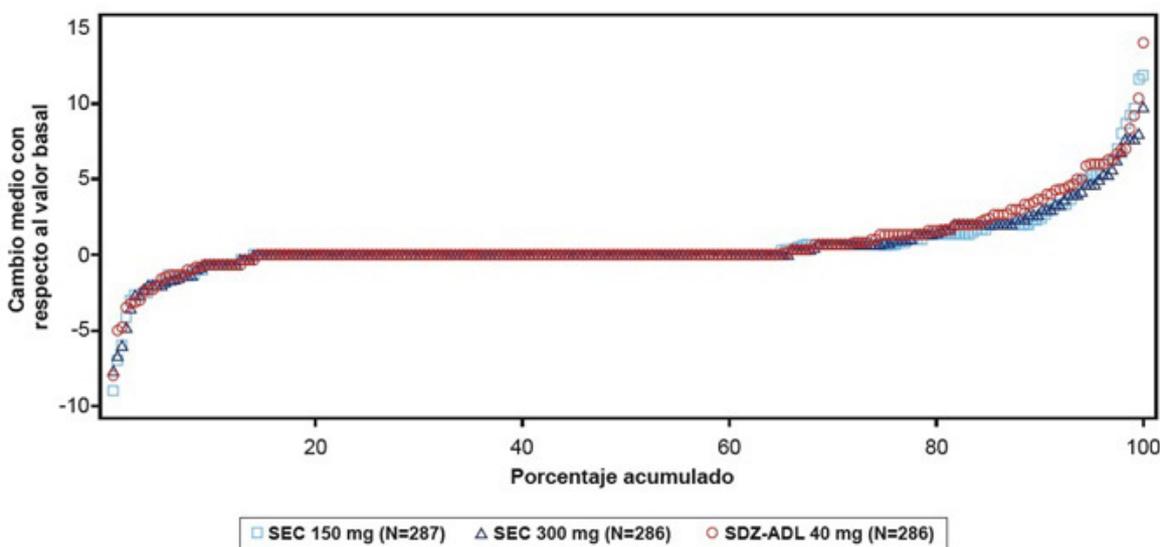
EE, error estándar; IC, intervalo de confianza; MC, mínimos cuadrados; mSASSS, puntuación de espondilitis anquilosante espinal modificada de Stoke; n, número de pts con datos en la visita de inicio; PR, progresión radiográfica; pts, pacientes; s, semana; SDZ-ADL, adalimumab biosimilar; SEC, secukinumab; Tx, tratamiento. Los valores de mSASSS están basados en la media de valores de 3 lectores. No se realiza adjudicación. *La media estimada, diferencia marginal, IC95% y p-valor de un modelo de regresión logística con el Tx como factor y la puntuación mSASSS basal como covariable usando el método de estandarización marginal. †La media MC, IC95% y p-valor de un modelo ANCOVA con el Tx como factor y la puntuación mSASSS basal como covariable.

Tabla 2: Pts con sdm al inicio y sin nuevos sdm en la s104

Grupo de Tx	n (%)	Pts sin nuevos sdm (%)	Media estimada (IC95%)	Comparación	Diferencia marginal	IC95%	p-valor nominal
SEC 150 mg (N = 287)	211 (73,5)	56,9	57,22 (50,16 a 64,28)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	4,32	-5,62 a 14,27	0,3938
SEC 300 mg (N = 286)	204 (71,3)	53,8	53,98 (46,19 a 61,78)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	1,09	-9,13 a 11,31	0,8345
SDZ-ADL 40 mg (N = 286)	212 (74,1)	53,3	52,89 (45,54 a 60,24)	-	-	-	-

IC, intervalo de confianza; mSASSS, puntuación de espondilitis anquilosante espinal modificada de Stoke; n, número de pts con datos en la visita de inicio; pts, pacientes; sdm, sindesmofitos; SDZ-ADL, adalimumab biosimilar; SEC, secukinumab. Se consideró que un paciente tenía un sdm si ≥ 1 lector evaluó una puntuación mSASSS ≥ 2 para alguna es-quina vertebral individual. La media estimada, diferencia marginal, intervalo de confianza al 95% y p-valor son de un modelo de regresión logística con el Tx como factor y el conteo basal de esquinias vertebrales con sdm como covariables usando el método de estandarización marginal.

Figura 1. Gráfico de probabilidad del cambio desde el inicio en el mSASSS en la semana 104



mSASSS, modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score; escala de progresión vertebral de la espondilitis anquilosante; SDZ-ADL, adalimumab biosimilar; SEC, secukinumab

El 79,7%, 81,8% y 84,2% de los pts tuvo ≥ 1 acontecimiento adverso (AA), y el 14,0%, 10,2% y 11,2% de los pts tuvo AA graves en SEC 150 mg, 300 mg y SDZ-ADL, respectivamente.

Conclusiones: La PR de columna al cabo de 2 años fue baja y no hubo diferencias significativas entre los brazos de SEC y SDZ-ADL.

La seguridad fue consistente con los perfiles de seguridad ya bien establecidos de SEC y SDZ-ADL.

Referencias

- Braun J, et al. Ann Rheum Dis. 2017;76(6):1070-77.
- Baraliakos X, et al. Clin Drug Investig. 2020;40(3):269-78.

P201. CARACTERIZACIÓN DE LA FASE PRECLÍNICA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE CXCL10 Y SINOVITIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

Javier Rueda-Gotor^{1,2}, Susana Armesto³, Verónica Pulito-Cueto², Sara Remuzgo-Martínez², Raquel López-Mejías², María Sebastián Mora-Gil², Javier Gonzalo Ocejó-Vinyals⁴, Alfonso Corrales-Martínez^{2,5}, Vanesa Calvo-Río^{2,5} Ana María Salas Martínez⁶, Marcos González López³, Cristina López-Obregón⁷, Elena Aurrecochea¹, Luis Rodríguez-Rodríguez⁷, Carolina Aguirre Portilla⁸, Miguel Ángel González-Gay^{9,10}, Ricardo Blanco^{2,5} y Fernanda Genre²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ²Grupo de investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis en enfermedades inflamatorias sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor. 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. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁸Escuela de Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander. ⁹IDIVAL y Universidad de Cantabria. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Santander. ¹⁰Servicio de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La citocina CXCL10 ha sido propuesta como un biomarcador predictor de artritis psoriásica (APs)¹. Se ha reportado una elevación de sus niveles en pacientes psoriásicos (PsO) desde años antes de la afectación articular, con una disminución progresiva hasta el debut de la APs y que persiste tras el diagnóstico, en paralelo con la duración de la enfermedad². Sin embargo, los niveles de CXCL10 permanecen estables en el tiempo en pacientes PsO que no desarrollarán artritis. La presencia de sinovitis subclínica en pacientes PsO se considera como un estadio prepatológico de la APs³. Los niveles de CXCL10 en pacientes en estos estadios precoces se desconocen.

Objetivos: Avanzar en la caracterización de la fase preclínica de la APs y conocer la relación entre los niveles de CXCL10 y la sinovitis subclínica en pacientes con PsO.

Métodos: 62 pacientes con PsO sin artritis y sin terapia biológica previa fueron incluidos en este estudio. En todos ellos se hizo una ecografía de carpos, articulaciones metacarpofalángicas (1^a-5^a), interfalángicas proximales (1^a-5^a) e interfalángicas distales (2^a-5^a) bilateralmente, analizando la presencia de sinovitis en escala de grises (EG) de forma semicuantitativa (0-3) utilizando la escala OMERACT. Los niveles de CXCL10 fueron determinados por ELISA en todos los casos.

Resultados: 31 varones y 31 mujeres fueron reclutados. La presencia de sinovitis en escala de grises (EG) ≥ 1 fue objetivada en 30 pacientes, 10 hombres y 20 mujeres, mientras que únicamente 7 tenían sinovitis EG ≥ 2, 4 hombres y 3 mujeres. La media de logCXCL10 fue inferior en los pacientes que mostraron cualquier grado de sinovitis, tanto en la cohorte completa como estratificando por sexo (tabla 1), aunque la diferencia fue significativa únicamente para la EG ≥ 1 en varones (p = 0,02) y EG ≥ 2 en mujeres (p = 0,02).

Conclusiones: Los pacientes con PsO y sinovitis subclínica tienen niveles de CXCL10 inferiores a los pacientes sin sinovitis, al igual que ocurre en los pacientes con APs establecida. Este hallazgo confirma la estrecha relación existente entre este biomarcador y la afectación articular en pacientes PsO y apoya su potencial uso como predictor de APs en el estadio prepatológico de la enfermedad.

Agradecimientos: este estudio ha sido financiado por el Instituto Carlos III (ISCIII) a través del proyecto PI20/00059, cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (ERDF) y por el IDIVAL a

través de la ayuda NVAL 19/22, concedida a JR-G, quien es beneficiario también del programa de intensificación financiado por la Fundación Española de Reumatología (FER). VP-C es beneficiaria de la subvención PI18/00042 (ISCIII), RL-M de CPII21/00004 (ISCIII), cofinanciado por el Fondo Social Europeo, y MSM-G de TRANSVAL22/01 (IDIVAL).

Grupo	Sinovitis subclínica	Categoría	LogCXCL10 Media ± DE	p	p*
PsO	Presencia de sinovitis EG ≥ 1 en manos	Sí (n = 30)	3,3 ± 1,1	0,07	0,13
		No (n = 32)	3,8 ± 1,1		
	Presencia de sinovitis EG ≥ 2 en manos	Sí (n = 7)	2,9 ± 0,9	0,15	0,22
		No (n = 55)	3,6 ± 1,1		
Varones	Presencia de sinovitis EG ≥ 1 en manos	Sí (n = 10)	2,9 ± 0,9	0,02	0,02
		No (n = 21)	3,9 ± 1,2		
PsO	Presencia de sinovitis EG ≥ 2 en manos	Sí (n = 4)	3,4 ± 0,5	1,00	0,96
		No (n = 27)	3,6 ± 1,3		
Mujeres	Presencia de sinovitis EG ≥ 1 en manos	Sí (n = 20)	3,5 ± 1,1	0,76	0,98
		No (n = 11)	3,6 ± 1,0		
PsO	Presencia de sinovitis EG ≥ 2 en manos	Sí (n = 3)	2,2 ± 0,8	0,02	0,03
		No (n = 28)	3,7 ± 1,0		

*Ajustado por edad y sexo en el grupo PsO y por edad en los grupos de varones y mujeres PsO.

P202. CAMBIOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON INHIBIDOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

Dalifer Dayanira Freites Núñez¹, M. Rodríguez¹, P. Álvarez¹, L. León², C. Martínez¹, G. Candelas¹, A. Madrid², B. Fernández¹ y L. Abásolo²

¹Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Fundación para la Investigación Biomédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una artritis inflamatoria crónica, caracterizada por diferentes manifestaciones clínicas y comorbilidades asociadas que requiere un tratamiento dirigido. La terapia con el inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNFi) representa una de las primeras opciones terapéuticas. Sin embargo, los pacientes con APs pueden experimentar fallos de TNFi, falta de eficacia o eventos adversos. Aunque los reumatólogos actualmente pueden elegir entre varios fármacos, faltan perfiles de pacientes estándar o algoritmos de tratamiento detallados que se puedan seguir cuando los pacientes necesitan cambiar sus regímenes de tratamiento.

Objetivos: Evaluar el cambio de tratamientos independientemente de la causa en pacientes con APs tratados con TNFi como primer agente biológico.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Sujetos: cohorte de pacientes atendidos en consulta externa de reumatología desde enero de 2006 hasta diciembre de 2021, y seguidos hasta junio de 2022, diagnosticados de APs según código CIE-10 y en tratamiento con TNFi. Resultado principal: cambio de régimen de tratamiento. Covariables: sociodemográficas y clínicas. Análisis estadístico: análisis descriptivo del cambio de terapia, global y estratificado por cursos de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes con diagnóstico de APs y en tratamiento con TNFi, el 52% eran mujeres, la edad media fue de 47,87 ± 13,29 años. 94 (75,20%) pacientes tenían antecedentes de psoriasis al inicio y 95 pacientes (76%) presentaban artritis periférica y 21 (16,80%) refirieron dolor lumbar inflamatorio como principal dominio clínico, el 50% de los pacientes presentaban al menos tres dominios PsA. Se registraron 232 cursos de tratamiento a lo largo del seguimiento. El TNFi fue el fármaco más utilizado con 184 (79,31%) ciclos, adalimumab 78 (42,39%), seguido de los inhibidores de la interleucina 17 (IL-17i) con 30 (12,93%) ciclos de tratamiento. 82 (65,60%) pacientes estaban en tratamiento concomitante con FAME convencionales. De los 125 pacientes, 49 registraron un cambio a un segundo

Tabla P202

Cursos de cambio de tratamiento en pacientes con APs tratados con TNFi

	Total Cursos de tratamiento N (%)	Primer ciclo de tratamiento N (%)	Segundo ciclo de tratamiento N (%)	Tercer ciclo de tratamiento N (%)
Abatacept	2 (0,86)	0	0	0
Inhibidores de la interleucina-17	30 (12,93)	0	3 (5,26)	27 (54)
Ustekinumab	4 (1,73)	0	0	4 (1,73)
Guselkumab	4 (1,73)	0	0	4 (1,73)
Inhibidores de JAK	8 (3,45)	0	0	8 (3,45)
Inhibidores del factor de necrosis tumoral	184 (79,31)	125 (67,93)	54 (29,35)	5 (2,72)
Total	232 (100)	125 (53,88)	57 (24,57)	50 (21,55)

régimen de tratamiento (32 cambiaron a un segundo TNFi y 17 a otra clase de medicamentos, principalmente IL-17i). Luego, 28 presentaron un tercer cambio (16 a un TNFi diferente y 12 cambiaron a otra clase de fármacos) y finalmente 14 pacientes tuvieron un cuarto cambio (8 pacientes recibieron un fármaco diferente al TNFi). Los datos de cambio de TNFi expresados en el transcurso del seguimiento se muestran en la tabla. El cambio después de la exposición a TNFi se debió principalmente a la falta de eficacia con 90 (84,11%) ciclos de tratamiento, seguido de eventos adversos con 11 (10,28%).

Conclusiones: En nuestro estudio, aunque la mayor parte del cambio de TNFi fue a un TNFi diferente, observamos que varios pacientes con APs recibieron otra clase de fármaco después de la exposición a TNFi, y esta acción es mayor en los ciclos de tratamiento posteriores.

P203. BAJA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA ESPINAL DESPUÉS DE UNA MEDIA DE 15 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Raquel Ena María Granados^{1,2,3}, Santiago Dans-Caballero^{1,2}, María Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2}, María Ángeles Puche-Larrubia^{1,2}, Desirée Ruiz-Vilchez^{1,2}, Mari Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}, Eduardo Collantes-Estevez^{2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigaciones Biomédica de Córdoba (IMIBIC). ³Universidad de Córdoba.

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) se caracteriza por un daño estructural progresivo en las articulaciones sacroilíacas y/o la columna vertebral. La progresión se valora por radiología convencional a través de escalas disponibles como el mSASSS (“modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score”) en columna. Sin embargo, los datos sobre la progresión radiográfica a largo plazo y los factores asociados con dicha progresión son escasos.

Objetivos: Evaluar la progresión radiográfica de la columna vertebral en pacientes con EspAax tras una media de 15 años de seguimiento así como los factores asociados a dicha progresión.

Métodos: Pacientes con EspAax incluidos de 2006 a 2007 en el registro multicéntrico español REGISPONSER, pertenecientes al Hospital Reina Sofía, fueron reevaluados en 2021-2022. Se obtuvieron radiografías de la columna (cervical y lumbar) con el objetivo de compararlas con las obtenidas en 2007. Dos lectores cegados capacitados calificaron el mSASSS en las radiografías de ambas visitas (línea de base y actual). Primero, se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (CCI) para evaluar la concordancia entre ambos lectores en mSASSS. La media de mSASSS de ambos lectores en ambos puntos de tiempo, se calculó, así como la progresión absoluta (Δ mSASSS). Además, se evaluó la progresión media y mediana por año dividiendo el Δ mSASSS por los años de seguimiento de cada paciente. Por último, la mediana de progresión por año se usó para dividir a los pacientes en “progresores moderados” y “progresores graves”. Las características iniciales entre estos dos grupos se compararon mediante análisis univariado.

Resultados: Se incluyó un total de 77 pacientes con EspAax con radiografías basales y actuales. Un total de 53 (68,8%) eran hombres,

con una duración media de la enfermedad de 10,15 (DE 9,2) años. Todos ellos eran naïve a bDMARD al inicio del estudio y el 38% tenía sacroilitis radiográfica. La media de años de seguimiento (es decir, el tiempo medio que separa las radiografías) fue de 15 años (DE 3,3). El CCI entre los dos lectores fue moderado para mSASSS al inicio (0,73, IC del 95%: 0,26-0,88) y en la visita de 15 años (0,65, IC95%: 0,11-0,84). Después de una media de 15 años de seguimiento, la progresión media fue de 0,54 (DE 0,55) puntos en mSASSS por año y la mediana de progresión fue de 0,38 puntos por año. Un total de 37 (48%) pacientes se consideraron “progresores moderados” (es decir, progresión mediana < 0,38 puntos por año) y 40 (52%) se consideraron “progresores graves” (es decir, progresión mediana \geq 0,38 puntos por año). La única variable significativa asociada con “progresión grave” fue el dolor lumbar antes del diagnóstico (82,5 vs. 48,6%, p 0,003). Ni el sexo, el tabaquismo, la duración de la enfermedad, HLAB27 o la proteína c reactiva se asociaron con el grupo de “progresión grave”.

Conclusiones: En esta población de EspAax establecida, la progresión media y mediana fue de 0,54 y 0,38 puntos en mSASSS por año respectivamente, lo que es inferior a lo informado en cohortes similares (es decir, cambio en 2 puntos en mSASSS). Solo el dolor lumbar se encontró como predictor de progresión radiográfica espinal.

Referencias:

1. Aouad K, Ziade N, Baraliakos X. Structural progression in axial spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*. 2020;87(2):131-6.

P204. BIMEKIZUMAB IN BDMARD-NAÏVE PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS AND SKIN INVOLVEMENT: ANALYSIS OF RADIOGRAPHIC PROGRESSION AT WEEK 16 OF BE OPTIMAL, A PHASE 3, MULTICENTER, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, ACTIVE REFERENCE STUDY

Clementina López Medina¹, Joseph F. Merola², Akihiko Asahina³, Paolo Gisondi⁴, Diamant Thaçi⁵, Dafna D. Gladman⁶, Barbara Ink⁷, Deepak Assudani⁷, Rajan Bajracharya⁷, Jason Coarse⁸ and Robert Landewé⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Harvard Medical School. Brigham and Women’s Hospital. Boston, MA, USA. ³Department of Dermatology. The Jikei University School of Medicine. Tokyo, Japan. ⁴Dermatology and Venereology. Department of Medicine. Università di Verona. Italy. ⁵Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University of Lübeck. Germany. ⁶Schroeder Arthritis Institute. Krembil Research Institute. University Health Network. Institute of Medical Science. University of Toronto. Ontario, Canada. ⁷UCB Pharma. Slough, UK. ⁸UCB Pharma. Raleigh, NC, USA. ⁹Amsterdam Rheumatology & Clinical Immunology Center. Amsterdam. and Zuyderland MC. Heerlen. The Netherlands.

Introduction: Approximately half of patients with PsA experience structural damage and functional impairment within 2 years of developing symptoms¹. Bimekizumab, a monoclonal IgG1 antibody that selectively inhibits interleukin (IL)-17F in addition to IL-17A, has demonstrated efficacy and tolerability to 24 wks in biologic-naïve patients with PsA in the phase 3 BE OPTIMAL study².

Objectives: To assess radiographic progression in patients with active psoriatic arthritis (PsA) treated with bimekizumab, com-

pared with placebo, at Week (Wk) 16. To assess the impact of baseline psoriasis severity on the efficacy of bimekizumab, as measured by radiographic progression, in patients with PsA.

Methods: BE OPTIMAL (NCT03895203) comprised 16 wks double-blind, placebo-controlled; 36 wks treatment-blind. Patients were randomized 3:2:1 bimekizumab 160 mg every 4 wks: placebo: reference arm (adalimumab 40 mg every 2 wks). Radiographic progression, measured using van der Heijde mean Total Sharp Score (vdHmTSS), reported to Wk16 by baseline psoriasis (radiographic set: patients who received ≥ 1 study drug dose and had valid radiographs of hands and feet at screening). Missing data imputed using non-responder (discrete) or multiple (continuous) imputation.

Results: Radiographic set comprised 824/852 (96.7%) patients: 269 placebo, 420 bimekizumab, 135 adalimumab. 409/824 (49.6%) with baseline psoriasis (body surface area [BSA] $\geq 3\%$): 50.2% placebo, 50.0% bimekizumab, 47.4% adalimumab. At Wk16, vdHmTSS mean (standard error) change from baseline (CfB), overall: 0.31 (0.09) placebo, 0.01 (0.04) bimekizumab, -0.03 (0.07) adalimumab; baseline BSA $< 3\%$: 0.18 (0.08), 0.01 (0.05), -0.01 (0.09); BSA $\geq 3\%$: 0.45 (0.15), 0.01 (0.06), -0.06 (0.11). At Wk16, patients with no radiographic progression (vdHmTSS CfB ≤ 0.5), overall: 78.8% placebo, 85.7% bimekizumab, 78.5% adalimumab; baseline BSA $< 3\%$: 82.8%, 88.1%, 81.7%; BSA $\geq 3\%$: 74.8%, 83.3%, 75.0%. Similar radiographic outcomes were observed in patients with BSA $\geq 3-10\%$ and BSA $> 10\%$.

Conclusions: Treatment with bimekizumab demonstrated inhibition of radiographic progression as early as Wk16 in biologic-naïve patients with PsA and skin symptoms, compared with placebo.

Funding: This study was funded by UCB Pharma. Medical writing support was provided by Costello Medical.

REFERENCES

1. Kane D. Rheumatology. 2003;42:1460-8.
2. McInnes IB. Ann Rheum Dis. 2022;81:206-7.

P205. ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE ARTRITIS ENTEROPÁTICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Paula Pérez García¹, Ismael González Fernández¹, Jose Ordas Martínez¹, Cristiana Sieiro Santos¹, Carolina Álvarez Castro¹, Clara Moriano Morales¹, María Eva Vallejo Pascual² y Elvira Díez Álvarez¹

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Facultad de CCEE. Universidad de León.

Introducción: Las artritis enteropáticas (eSpA), son un tipo de enfermedad articular inflamatoria que se relaciona con las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Tanto las espondiloartritis (SpA) como las EII comparten características clínicas, genéticas e

Características	Pacientes (n=56) Mediana; RIQ or n (%)
Sexo F/M	28(50)/28(50)
Fumadores	27(48,2)
Historia familiar	12(21,4)
Inicio previo de EII	32 (57,1)
Inicio previo de SpA	23 (41,1)
Tipo de EII:	
- Colitis ulcerosa (CU)	23(41,1)
- Enfermedad de crohn (EC)	33(58,9)
Patrón de SpA:	
- Axial	18(32,1)
- Periférica	23(41,1)
Periférica oligoarticular	9(16,1)
Periférica poliarticular	14(25)
- Mixta	15(26,8)
Artralgias	47(83,9)
HLAB27	16(28,6)
BASDAI (>4)	20(35,7)
Uveítis	8(14,3)
Psoriasis	9(16,1)
Dactilitis	0(0)
Afectación radiológica	30(53,6)
- Sacroilítis	27(48,2)
- Síndesmofitos	12(21,4)
Lesiones RNM (sacroilítis)	28(50)
FRCV	32(57,1)
- HTA	18(32,1)
- Dislipemia (DL)	22(39,3)
- Diabetes Mellitus (DM)	1(1,8)
- Obesidad	6(10,7)
Tratamiento	
- Corticoides	40(71,6)
- AINES	44(78,6)
- FAMES	51(91,1)
o Metotrexato	29(51,8)
o Azatioprina	21(37,5)
o 5-ASA	16(28,6)
o Leflunomida	1(1,8)
- FAMEb	41(73,2)
o antiTNF	41(73,2)
o Inhibidores IL12-23	9(16,1)
o Inhibidores JAK	7(12,5)
o Antagonistas de la integrina.	5(8,9)

P205 Figura. Características demográficas, clínicas, serológicas, afectación radiológica y tratamientos de los pacientes con eSpA.

inmunológicas. La artritis puede ocurrir antes, durante o después de la EII. El tratamiento está basado en el uso de AINES y corticoides, así como el uso de FAMES y FAMEB.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y serológicas, así como el patrón de aparición, la afectación radiológica, el hábito tabáquico, la actividad de la enfermedad y las comorbilidades como los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con eSpA. Además de analizar los fármacos más utilizados en estos pacientes y la respuesta terapéutica.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo de pacientes con eSpA diagnosticados en el Hospital de León entre 1980 y 2022. Las variables analizadas fueron sexo, fecha de inicio de la EII y de la SpA, tiempo transcurrido entre ambos diagnósticos, patrón de afectación de la SpA, tipo de EII, HLAB27, hábitos tóxicos, antecedentes familiares, artralgiás, uveítis, psoriasis, dactilitis, afectación radiológica (sacroilitis, sindesmofitos) y tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el índice BASDAI.

Resultados: Las características de los pacientes se muestran en la tabla. Se incluyeron 56 pacientes, 28 (50%) hombres. El 57,1% debutaron primero con EII, siendo la enfermedad de Crohn (EC) la más prevalente. El 41,1% de los pacientes presentaba una SpA periférica (16,1% artritis oligoarticular y 25% artritis poliarticular), el 32,1% una SpA axial y el 26,8% tenía un patrón mixto. La forma más prevalente fue la SpA periférica. El tiempo transcurrido entre la afectación articular y la EII fue ≤ 5 años en el 50% de la muestra analizada. El HLAB27 fue positivo en el 28,6% de la muestra y el 35,7% mostró un BASDAI > 4 . Encontramos uveítis y psoriasis asociadas en el 14,3% y 16,1% de los casos. El 57,1% de las eSpA presentaban FRCV, siendo el más prevalente la dislipemia (39,3%). El 53,6% tenía afectación radiológica (sacroilitis 48,2%, sindesmofitos 21,4%). La afectación radiológica fue significativamente mayor en los pacientes fumadores ($p = 0,003$), probablemente debido a una mayor actividad inflamatoria asociada. El 78,6% de los casos fueron tratados con FAMES siendo el metotrexato el más utilizado (51,8%), seguido de azatioprina, 5-ASA y leflunomida. El 73,2% de los casos recibieron FAMEB siendo anti-TNF los más utilizados (73,2%), seguido de los inhibidores de la IL12-23, los inhibidores de JAK y los antagonistas de la integrina. La causa más frecuente de interrupción de metotrexato fueron los efectos secundarios (16,1%), especialmente la intolerancia digestiva; mientras que en los pacientes tratados con anti-TNF fue el fallo secundario (19,6%).

Conclusiones: En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes con artritis enteropática presentaron primero síntomas intestinales. Los patrones más frecuentes fueron la espondiloartritis periférica y la enfermedad de Crohn, y encontramos HLA B27+ en alrededor de un tercio de la muestra. El tabaquismo se asoció a una mayor afectación radiológica en forma de sacroilitis y sindesmofitos. Estos resultados concuerdan con la literatura. El trabajo multidisciplinar entre digestivo y reumatología es esencial para el diagnóstico y tratamiento de las artritis enteropáticas.

P206. MODELOS MACHINE LEARNING PARA FÁRMACOS BIOSIMILARES Y ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

D. Castro Corredor¹, L.A. Calvo Pascual², V. Salas Manzanedo¹, M.A. Ramírez Huaranga¹, M. González Peñas¹, J. Seoane Romero¹, L. Martín de la Sierra López¹, J. Anino Fernández¹, E. Revuelta Evrard¹, M.D. Mínguez Sánchez¹, V.L. Áreas del Águila³ y M.A. Paulino Huertas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. ³Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: Un biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un medicamento biológico original previamente autorizado (medicamento de referencia). La similaridad respecto al medicamento de referencia debe ser establecida mediante un ejercicio de comparabilidad en términos de características de calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia. Las variables de actividad en pacientes con espondiloartritis y las variables relacionadas con los fármacos biosimilares (*switching*, *removal*, *change of biosimilar*, etc.) muestran su independencia usando técnicas de estadística tradicional, como por ejemplo un contraste de hipótesis chi-cuadrado y pruebas U de Mann Whitney (fig. 1). Otras inconveniencias de los modelos de regresión clásicos es que las mediciones son sensibles a *outliers*, y hay problemas de sesgo, multicolinealidad, heterocedasticidad, etc. Por ello, la mejor aproximación para estudiar las complejas relaciones entre la actividad de los pacientes y el uso de biosimilares es utilizar optimización bayesiana en modelos *machine learning* (ML), que permite obtener modelos con mejor ajuste y predicciones más precisas.

Objetivos: Predecir el *removal* del biosimilar a partir de la actividad de los pacientes de reumatología y, viceversa, predecir la actividad a las 24 semanas de los pacientes, teniendo en cuenta las variables relacionadas con los biosimilares. Para ello, emplearemos modelos *machine learning*, seleccionando las variables que más influyen en ambos casos y calculando los modelos clasificatorios con mejor ajuste.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se plantea realizar una revisión retrospectiva de la base de datos de pacientes con espondiloartritis, a los que se les ha realizado el intercambio de fármaco biológico anterior a un fármaco biosimilar de infliximab, etanercept y adalimumab, durante al menos 24 semanas, atendidos en las consultas externas del Servicio de Reumatología. Para la selección de las variables más importantes empleamos un test chi-cuadrado (fig. 2). Para la optimización bayesiana de los modelos emplearemos el paquete *classification tool* de Matlab. Este paquete minimiza el error RMSE, y maximiza el área bajo la curva ROC, entre un total de 32 modelos estándar de ML, optimizando hiperparámetros.

Resultados: Las variables que más influyen en el REMOVAL del biosimilar son: la actividad de los pacientes en el momento del *switching*, la gravedad RAM y el nivel ASDAS elevado. El mejor modelo *machine learning* es un modelo Kernel con un área bajo la curva de 0,79 y una

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,817 ^a	1	,009		
Corrección de continuidad ^b	6,151	1	,013		
Razón de verosimilitud	6,833	1	,009		
Prueba exacta de Fisher				,013	,007
Asociación lineal por lineal	6,789	1	,009		
N de casos válidos	241				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 47,01.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

P206 Figura 1. Contraste de hipótesis chi-cuadrado que muestra la independencia entre la variable *removal* biosimilar y la actividad a las 24 semanas.

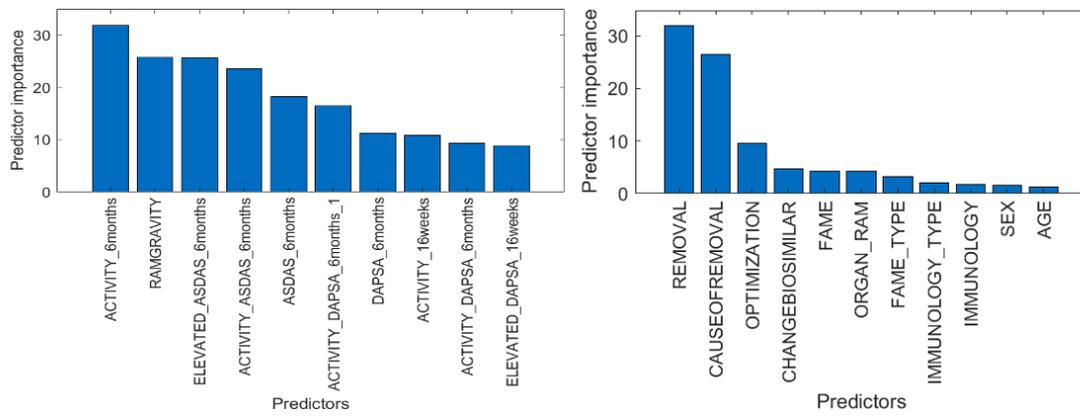


Figura 2. Selección de variables usando prueba chi-cuadrado para explicar el removal del biosimilar y la Actividad a las 24 semanas, respectivamente.

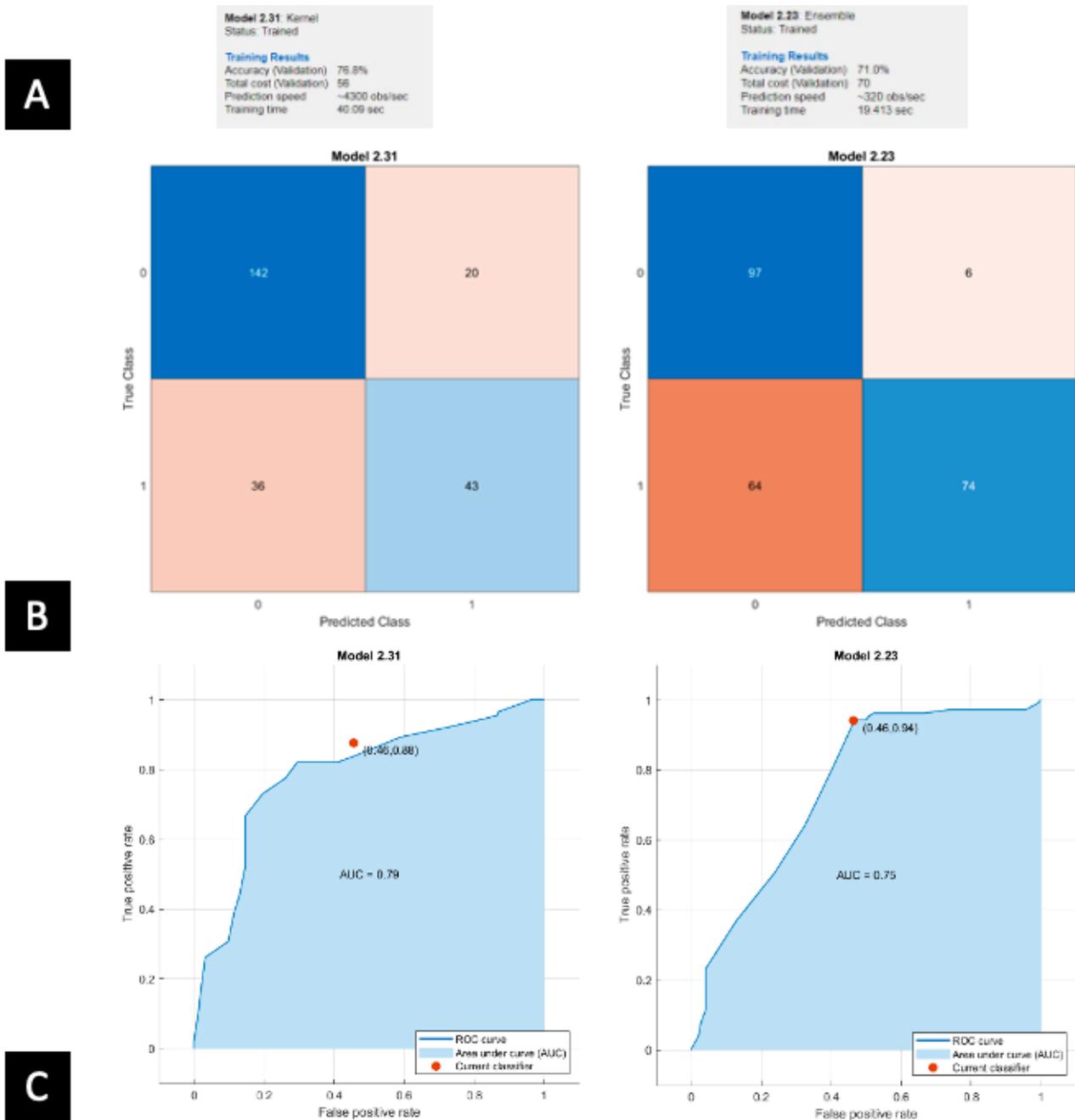


Figura 3. Especificaciones técnicas de los modelos ML para predecir REMOVAL y la actividad a las 24 semanas (A). Matrices de confusión de los modelos (B). Curvas ROC de los modelos (C).

precisión del 76,8%. (fig. 3 A, B y C). Las variables que más influyen en la actividad a las 24 semanas son *optimization*, *removal* y *cause of removal*. El mejor modelo ML obtenido es un ensemble (fig. 3 A, B y C) con un área bajo la curva de 0,75 y una precisión del 71%.

Conclusiones: Las variables relacionadas con biosimilares y las variables de actividad muestran su independencia con métodos estadísticos clásicos. Sin embargo, usando modelos *machine learning*, se obtienen relaciones más complejas, que permiten hacer predicciones con un grado más alto de precisión.

P207. UPADACITINIB EN ARTRITIS PSORIÁSICA REFRACTARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 134 PACIENTES DE PRÁCTICA CLÍNICA

Eva Galíndez Agirregoikoa¹, Diana Prieto-Peña², Maria Luz García-Vivar¹, L. Vega¹, Cristina Vergara³, Irati Urionaguena⁴, Consuelo Ramos Giráldez⁵, Raquel Almodóvar González⁶, Beatriz Joven-Ibáñez⁷, Rosario García-Vicuna⁸, Vega Jovani⁹, Teresa González¹⁰, À Martínez-Ferrer¹¹, Ana Urruticoechea-Arana¹², Bryan-Josué Flores Robles¹³, Cristina Campos¹⁴, Lilian Maria López Nuñez¹⁵, Joaquín Maria Belzunegui Otano¹⁶, Marina Pavía Pascual¹⁷, Esteban Rubio Romero¹⁸, Angel Ramos Calvo¹⁹, Noemí Busquets-Pérez²⁰, Ana Pérez Gómez²¹, Francisco Ortiz Sanjuan²², Rafael Melero²³, Cristina Macía²⁴, M. Ángeles Puche²⁵, J.A. Pinto Tasende²⁶, Cristina Fernández Carballido²⁷, Mari Paz Martínez-Vidal²⁷, Jaime Calvo Alén²⁸, Enma Beltrán Catalán²⁹, S. Perez Barrio³⁰, Iñigo Gorostiza³¹ y Ricardo Blanco²

¹Rheumatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²Rheumatology. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. ³Rheumatology. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ⁴Rheumatology. Hospital Universitario Galdakao. Bilbao. ⁵Rheumatology. Hospital de Valme. Sevilla. ⁶Rheumatology. Hospital Universitario Alcorcón. Madrid. ⁷Rheumatology. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Rheumatology. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁹Rheumatology. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ¹⁰Rheumatology. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ¹²Rheumatology. Hospital Can Misses. Ibiza. ¹³Rheumatology. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. ¹⁴Rheumatology. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ¹⁵Rheumatology. Hospital Universitario Son Llàtzer. Mallorca. ¹⁶Rheumatology. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ¹⁷Rheumatology. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ¹⁸Rheumatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁹Rheumatology. Complejo Hospitalario de Soria. ²⁰Rheumatology. Hospital de Granollers. ²¹Rheumatology. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²²Rheumatology. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²³Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²⁴Rheumatology. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²⁵Rheumatology. Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba. ²⁶Rheumatology. Hospital A Coruña. ²⁷Rheumatology. Hospital San Juan de Alicante. ²⁸Rheumatology. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ²⁹Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona. ³⁰Dermatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ³¹Investigation. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: La EMA ha autorizado recientemente (enero 2021) el upadacitinib (UPA) en la Artritis Psoriásica (APs)¹. UPA ha demostrado eficacia en la APs refractaria a anti-TNF en un ensayo clínico (EC)². Nuestros objetivos fueron a) estudiar la efectividad y seguridad del UPA en los primeros casos en España de práctica clínica (PC) b) comparar los pacientes de PC con los del EC².

Métodos: Estudio multicéntrico de 134 pacientes de PC con APs tratados con UPA en España. El diagnóstico de APs se realizó con criterios CASPAR. Se incluyeron pacientes con APs refractaria de 29

Servicios Nacionales de Reumatología (enero 2021-enero 2023) que habían recibido ≥ 1 dosis de UPA (15 mg/día) con al menos una visita de seguimiento. Se definió APs refractaria si no se había logrado baja actividad clínica o remisión con Fármacos Modificadores de Enfermedad (FAME) biológicos (b) y/o sintéticos dirigidos (sd). Los desenlaces fueron la efectividad, seguridad y ahorro de corticoides. Se realizó un estudio comparativo entre esta cohorte de PC y los del EC SELECT-PsA 2 (APs refractaria a anti-TNF (2)). Los resultados se expresan como porcentajes, media ± DE o mediana [IQR] en función de la distribución de la variable.

Resultados: Se estudiaron 134 pacientes (97 mujeres/37 hombres), edad media 51,8 ± 11,2 años (tabla 1). El patrón articular fue: periférico (61,9%), mixto (30,6%) y axial (7,5%). Durante la evolución de la APs, también presentaron entesitis (35,3%), dactilitis (25,4%), psoriasis (73,9%) y onicopatía (24,4%). Previamente al UPA recibieron corticoide oral (68,7%) (dosis media máxima de prednisona 13,4 ± 9,3) y una media por paciente de FAMES convencionales (1,8 ± 1,0) y FAME-b (3,3 ± 2,2). Los FAME-b fueron: adalimumab (n = 101), etanercept (53), certolizumab (37), infliximab (30), golimumab (26), secukinumab (66) ixekizumab (44), ustekinumab (44), guselkumab (2), abatacept (2) y brodalumab (1). Además recibieron FAME-sd; apremilast (n = 27) tofacitinib (29) y filgotinib (1). El UPA al inicio se asoció con a) prednisona (n = 58; 43,3% dosis media 8,3 ± 5,6 mg/d) b) FAME convencionales (n = 64; 47,8%); metotrexato (n = 39), leflunomida (19) y sulfasalacina (10) o en monoterapia (n = 70; 52,2%). Al inicio del UPA presentaban artritis periférica (78,4%) actividad axial (29,1%) psoriasis (25,4%) onicopatía (11,3%), entesitis (21,6%) y dactilitis (10,5%). Tras un seguimiento medio de 5,9 ± 5,1 meses se observó una mejoría rápida y mantenida en los índices de actividad (DAS28, DAPSA) (fig.) y en la PCR. Al 6º mes se observó mejoría de: afectación axial (35,7%) dactilitis (80%), entesitis (53,8%) psoriasis (69,2%) y ahorro de corticoides (p = 0,031) (tabla 2). Los pacientes de PC comparados con los del EC fueron en mayor proporción mujeres, refractarios a un mayor número de FAME-b previos y recibieron más corticoide concomitante (tabla 1). No se observaron efectos adversos (EA) graves. Se notificaron 1 o más EA menores en 23 (17,2%) pacientes. El UPA se suspendió en 44 (32,8%) (28 ineficacia, 4 decisión del paciente, 4 infección, 2 episodios *de novo* de uveítis anterior, 1 trombosis, 1 cirugía, 1 embarazo, 1 urticaria y 1 diarrea).

Tabla 1. Características basales

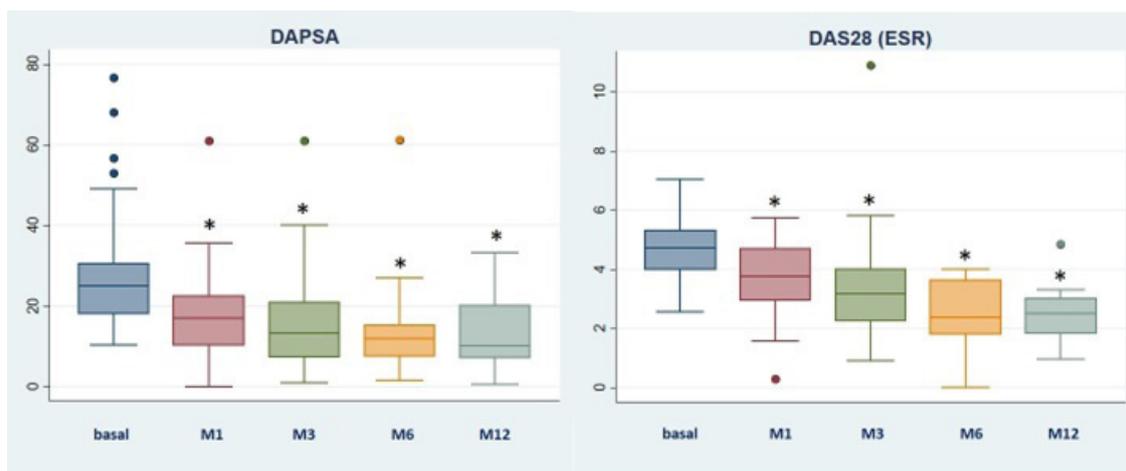
	Práctica clínica (n = 134)	Ensayo clínico (n = 211)	p
Características demográficas basales			
Edad, años (media ± DE)	51,82 ± 11,22	53,0 ± 12,0	0,362
Sexo, n (%) mujeres	97(72,4)	113 (53,6)	< 0,001
Características enfermedad			
Duración de APs, años (media ± DE)	9,94 ± 7,72	9,5 ± 8,4	0,625
HAQ-DI	1,00 ± 0,63	1,10 ± 0,6	0,140
Articulaciones tumefactas, media ± DE	4,33 ± 5,01	11,3 ± 8,2	< 0,001
Articulaciones dolorosas, media ± DE	6,10 ± 5,6	24,9 ± 17,3	< 0,001
Entesitis, n (%)	29 (21,6)	172 (81,5)	< 0,001
	(MASES)	(SPARCC)	
Dactilitis, n (%)	14 (10,5)	55 (26,1)	< 0,001
PASI score, media ± DE	0,95 ± 1,65	10,1 ± 9,2	< 0,001
PCR (mg/L), media ± DE	8,36 ± 14,47	11,2 ± 18,5	0,133
Uso glucocorticoides orales, n (%)	58 (43,28)	22 (10,4)	< 0,001
FAMES biológicos previos			
Uso previo de FAME biológico, n (%)	123 (91,8)	195 (92,4)	0,833
Número de FAME biológico previo, n (%)			
0	11 (8,2)	18 (8,5) *	0,916
1	22 (16,4)	135 (63,7)	< 0,001
2	21 (15,7)	35 (16,5)	0,822
≥ 3	80 (59,7)	24 (11,3)	< 0,001
UPA al inicio			
Monoterapia, n (%)	70 (52,24)	113 (53,6)	0,811
Combinado con FAMES convencionales, n (%)	64 (47,76)	98 (46,4)	0,811

*Pacientes con intolerancia, pero no con respuesta inadecuada a FAME biológico, HAQ-DI Health Assessment Questionnaire-Disability Index, PASI Psoriasis Area Severity Index, PCR, proteína C reactiva, FAME fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.

Tabla 207

Tabla 2. Evolución a los meses 1, 3, 6 y 12 respecto a basal

	Basal (n = 134)	1 mes (n = 89)	3 mes (n = 84)	6 mes (n = 55)	12 mes (n = 25)
Prednisona, n (%)	58 (43,28)	32 (35,95)	33 (39,28)	16 (29,09)	6 (24)
Dosis, mg/día, media ± DE	8,26 ± 5,58	7,73 ± 4,18 p = 0,049	5,60 ± 3,41 p = 0,003	6,16 ± 3,52 p = 0,031	5,42 ± 2,45 p = 0,141
Mejoría cutánea					
Mejoría n (%)	34 (25,37)	10 (52,63)	14 (87,50)	9 (69,23)	3 (50)
Mejoría onicopatía					
Mejoría n (%)	15 (11,28)	2 (20)	4 (57,14)	0 (0,0)	
Recuento articular					
Articulaciones tumefactas	3 [1,00; 6,00]	1 [0,00; 4,00]	0 [0,00; 2,00]	0 [0,00; 2,00]	0 [0,00; 2,00]
Mediana [IQR]	5 [2,00; 8,00]	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,003
p (vs. basal)		2 [0,00; 4,00]	2 [0,00; 6,00]	1 [0,00; 2,00]	2 [1,00; 4,00]
articulaciones dolorosas		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,014
mediana [IQR]					
p (vs. basal)					
Mejoría afect. axial, n (%)	39 (29,10)	9 (52,94)	10 (45,45)	5 (35,71)	3 (33,33)
Mejoría entesis, n (%)	29 (21,64)	9 (64,29)	10 (50)	7 (53,85)	4 (44,44)
Mejoría dactilitis, n (%)	14 (10,53)	7 (77,78)	4 (66,67)	4 (80)	1 (50)
PCR mg/L					
mediana [IQR]	2,90 [1,00; 8,95]	1,50 [0,43; 4,90]	2,02 [0,59; 5,12]	1,00 [0,3; 5,60]	1,00 [0,50; 5,50]
p (vs. basal)		p = 0,001	p = 0,235	p < 0,001	p = 0,006
DAS28					
mediana [IQR]	4,7 [3,97; 5,38]	3,77 [2,87; 4,76]	3,17 [2,16; 4,06]	2,38 [1,73; 3,68]	2,50 [1,76; 3,09]
p (vs. basal)		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,011
DAPSA					
mediana [IQR]	25 [18,06;30,60]	17 [10,10;22,60]	13,29 [7,32;21,27]	12 [7,27;16,00]	10,06 [7,00;20,30]
p (vs. basa)		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,015



* p<0.05 M vs baseline (Wilcoxon test)

P207 Figura

Conclusiones: En este estudio, los primeros pacientes tratados con UPA en APs en PC en España recibieron más corticoides simultáneamente y fueron refractarios a un mayor número de FAMEb que los del EC. Al igual que en el EC, UPA fue eficaz, rápido y relativamente seguro en APs refractaria en PC.

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.ema.europa.eu/en>
2. Mease. Ann Rheum Dis. 2021;80:312-20.

P208. SUPERVIVENCIA DE FÁRMACOS BLOQUEADORES DE TNFα BIOSIMILARES VS. ORIGINALES: RESULTADOS DEL REGISTRO BIOBADASER

María Paz Martínez Vidal¹, Cristina Fernández-Carballido¹, Lucía Otero-Varela², Francisco Javier Manero³, Carlos Rodríguez-Lozano⁴, Sara Manrique⁵, Cristina Campos⁶, Vega Jovani⁷, Lorena Expósito Pérez⁸, Bonifacio Álvarez Lario⁹, Javier García-González¹⁰, Fernando Sánchez-Alonso² e Isabel Castrejón¹¹

¹Rheumatology Department. Hospital Universitario San Juan de Alicante. ²Research Unit. Spanish Foundation of Rheumatology. Madrid. ³Rheumatology Department. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Rheumatology Department. Hospital Universitario Dr. Negrín. Canarias. ⁵Rheumatology Department. Hospital General Carlos Haya. Málaga. ⁶Rheumatology Department. Hospital General Universitario de Valencia. ⁷Rheumatology Department. Hospital General Universitario de Alicante. ⁸Rheumatology Department. Hospital Universitario de Canarias. ⁹Rheumatology Department. Hospital Universitario de Burgos. ¹⁰Rheumatology Department. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Rheumatology Department. Gregorio Marañón University Hospital. Madrid.

Introducción: Recientes datos de una extensa cohorte sueca mostraron que los biosimilares no tenían una supervivencia más corta que sus moléculas originales¹. Aunque la supervivencia de las terapias biológicas en la práctica real se ha analizado recientemente en pacientes españoles con enfermedades reumáticas², no sabemos si existen diferencias en la supervivencia del tratamiento, dependiendo de si los pacientes reciben un fármaco biológico original o biosimilar.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue comparar la tasa de retención entre las moléculas biosimilares bloqueadoras de TNF α subcutáneas y sus originales. El objetivo secundario fue analizar los factores asociados a la supervivencia de los fármacos.

Métodos: Análisis retrospectivo de la cohorte BIOBADASER, el registro prospectivo multicéntrico español de pacientes con enfermedades reumáticas con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos o sintéticos dirigidos. Se incluyeron pacientes que recibieron moléculas originales o biosimilares de etanercept o adalimumab durante al menos 6 meses hasta diciembre de 2020. Para evitar el efecto nocebo, se excluyeron los pacientes que habían cambiado de la molécula innovadora a la misma molécula biosimilar. La tasa de retención del fármaco se calculó considerando todos los motivos de suspensión como eventos de finalización, y se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier para la primera y posteriores líneas de tratamiento, ajustando por el uso concomitante de fármacos sintéticos convencionales (FAMEc) y corticosteroides (CS). Los cocientes de riesgo (HR) se estimaron utilizando un modelo de regresión de Cox, para identificar los factores asociados a las diferencias en las tasas de supervivencia de las moléculas biosimilares en comparación con las originales.

Resultados: Para este análisis se incluyeron un total de 4.566 ciclos de tratamiento (2.543 de adalimumab y 2.023 de etanercept) y 4.106 pacientes. Los biosimilares se utilizaron como 1ª línea de tratamiento en el 51,1% de los ciclos, como 2ª línea en el 39,2% y 3ª línea o posteriores en el 37,7%. El uso concomitante de FAMEc ocurrió en el 63,8% de los casos y de CS en el 37,3%. Las características demográficas y clínicas basales de los pacientes se muestran en la tabla. La razón principal para la interrupción fue la ineficacia o pérdida de eficacia (58,1%), seguida de los eventos adversos (18,8%), los embarazos (3,5%) y la remisión (3,3%). La supervivencia fue mayor para los biosimilares (HR 0,68, IC95% 0,53-0,98; p = 0,002). Ni el tipo de enfermedad, el sexo, la edad, la duración de la enfermedad ni los tratamientos concomitantes con CS o FAMEc influyeron en la tasa de retención. La supervivencia fue menor en fumadores (HR 1,23, IC1-1,52; p = 0,046), pacientes con sobrepeso (HR 1,3, IC95% 1,1-1,6; p = 0,006) y 3ª línea de tratamiento (HR 1,34, IC95% 1,1-1,7; p = 0,014). Entre los pacientes con adalimumab, la supervivencia se asoció a artritis idiopática juvenil (HR 0,37, CI 0,16-0,85; p = 0,015) y espondilitis anquilosante (HR 0,63, CI 0,43-0,91; p = 0,015).

	Alimumab+ Original	Etanercept Biosimilar	Total
Edad de inicio, años, media (DE)	48,2 (9,4)	51,4 (8,5)	8,50 (9)
Duración de enfermedad, años, media (DE)	14,6 (8,7)	13,7 (9)	9,00 (8,8)
Varones (%)	874 (52,1)	805 (47,9)	1.679 (47,9)
Mujeres (%)	1.247 (51,4)	1.180 (48,6)	2.427 (48,6)
AR (%)	826 (47,5)	912 (52,5)	1.738 (100,0)
AIJ (%)	138 (66,3)	70 (33,6)	208 (100,0)
EA (%)	543 (52,7)	487 (47,3)	1.030 (100,0)
APs (%)	614 (54,3)	516 (45,7)	1.130 (100,0)
Sobrepeso (%)	471 (41,5)	664 (58,5)	1.135 (100,0)
Obesidad (%)	332 (39,7)	505 (60,3)	837 (100,0)
Fumador (%)	420 (49,1)	436 (50,9)	856 (100,0)
Corticoides	909 (53,4)	794 (46,6)	1.703 (100,0)
Metotrexato	1.026 (54,2)	866 (45,8)	1.892 (100,0)
Otros FAMEc	547 (53,6)	474 (46,4)	1.021 (100,0)
Línea de tratamiento			
1ª	1.244 (48,9)	1.299 (51,1)	2.543 (100,0)
2ª	732 (60,8)	472 (39,2)	1.204 (100,0)
3ª o sucesivas	510 (62,3)	309 (37,7)	819 (100,0)

Conclusiones: En práctica clínica real, la supervivencia de las moléculas biosimilares bloqueadoras de TNF α adalimumab y etanercept es mayor en comparación con sus moléculas originales. El tabaquismo, el sobrepeso y el uso de tratamientos en 3ª línea o posteriores se asocian con una menor tasa de retención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Giuseppe D. Rheumatology (Oxford). 2022;6:3596.
2. Prior-Español A. Sci Rep. 2021;11:11091.

P209. CARACTERIZACIÓN DE LAS LUMBALGIAS DERIVADAS A UNA CONSULTA DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE ESPONDILOARTRITIS DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mirian Yaneth Orellana Gómez, Cristina Arciniega Larios, Delia Fernández Lozano, Raul Veroz Gonzalez, Sara Maria Rojas Herrera y Eugenio Chamizo Carmona

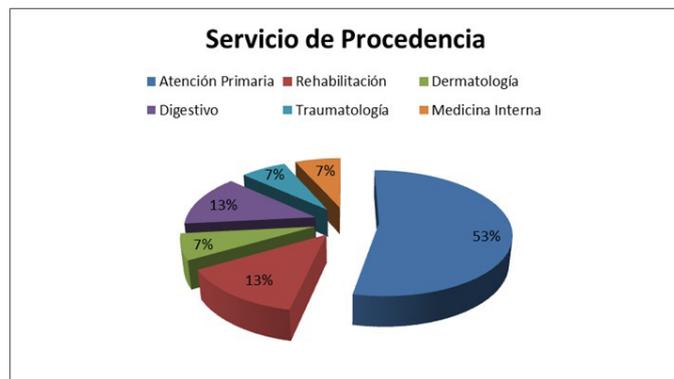
Hospital de Mérida.

Introducción: El dolor lumbar es uno de los padecimientos más antiguos y frecuentes de la humanidad, afectando hasta un 80% de la población en algún momento de su vida. La prevalencia de lumbalgia puntual estimada en la población española adulta (mayor de 20 años) es del 14,8% y la prevalencia estimada de personas con lumbalgia de características inflamatorias en la población general es del 0,8%.

Objetivos: Tipificar las características de las lumbalgias derivadas a nuestra consulta de diagnóstico precoz de espondiloartritis.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes con lumbalgia que han sido atendidos por primera vez en consulta de diagnóstico precoz de espondiloartritis entre enero y junio de 2020. Se recogieron diferentes variables demográficas, clínicas y analíticas mediante la revisión del historial clínico.

Resultados: Incluimos un total de 30 pacientes, 13 mujeres (43,3%) y 17 hombres (56,6%) con una edad media de 41 años (22-58 años). El 53% derivados desde Atención Primaria, el 13% desde Rehabilitación, el 13% desde Digestivo y el 7% desde Rehabilitación, Medicina Interna y Dermatología respectivamente. Entre los antecedentes personales, destacaban la psoriasis (7%) y la EII (13%) y un 10% de los pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedad reumológica. En cuanto a las características del dolor, el 50% era de carácter mecánico, el 15% inflamatorio y el 35% mixto. Con relación al tiempo de evolución, en el 26% de los casos era menor de un año, el 30% presentaban entre 1 y 5 años de evolución y mayor a 5 años en el 44%. Se realizó radiografía simple al 90% de los casos y resonancia magnética al 73%. Se objetivó elevación de reactantes de fase aguda en el 20% de los casos y se solicitó HLAB27 al 76% de los pacientes, resultando positivo en un 43%. Finalmente, el 77% de los pacientes fueron catalogados de patología no inflamatoria y el 23% se diagnosticó espondiloartritis axial. De las espondiloartritis diagnosticadas, el 57,1% de los casos fueron radiográficas y en el 100% el HLAB27 resultó positivo. En el 80% de los casos se realizó el diagnóstico durante los 12 primeros meses transcurridos desde la derivación.



Servicios que derivan.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes remitidos a nuestra consulta eran varones y procedían de Atención Primaria. La mayoría

de los casos presentaban una lumbalgia de características mecánicas de un tiempo de evolución mayor a 5 años. Las herramientas más empleadas para el diagnóstico fueron las pruebas de imagen y el HLA B27. Tan solo el 23% de los casos fueron diagnosticados de espondiloartritis axial, en su mayoría radiográficas, siendo el resto catalogados como patología no inflamatoria. Destaca el bajo porcentaje de pacientes derivados desde los servicios de Rehabilitación y Traumatología, siendo servicios con alta tasa de consultas por dolor lumbar. Resaltamos la importancia de la derivación precoz desde los diferentes servicios, así como la formación de equipos multidisciplinares del aparato locomotor para un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda García MD, *et al.* Registro Nacional de Pacientes con Espondiloartritis (REGISPONSER). Análisis descriptivo de los 2,367 pacientes españoles incluidos. Reumatol Clin. 2008;4 Supl 4:S48-55.

P210. OPTIMIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ESPONDILOARTRITIS MEDIANTE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO AUTOMATIZADO QUE INCLUYA MEDIDAS DE DESENLAJE

Francisco Javier de Toro Santos¹, G. González Arrivas¹, D. Dios Santos¹, C. San José Méndez¹, B. Aspe de la Iglesia¹, A. Atanes Sandoval¹, F. Blanco García¹, M. Freire González¹, J. Graña Gil¹, C. López Fernández¹, A. Lois Iglesias¹, N. Oreiro Villar¹, J.A. Pinto Tasende¹, C. Ventín Rodríguez¹, M.T. Silva Díaz¹, G.A. Sanclaudio Luhía² y A. Porta³

¹Servicio de Reumatología. INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Universidade da Coruña. ²Avances en Telemedicina e Informática Sanitaria (ATIS). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). A Coruña. ³Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Universidade da Coruña.

Introducción: Los pacientes con espondiloartritis axial (EspA-ax) precisan una monitorización periódica de la actividad de la enfermedad. En la práctica clínica se ha descrito una amplia variabilidad y una recogida insuficiente de las variables necesarias para realizar el seguimiento de los pacientes con EspAax. En España, el 87% de las historias clínicas no recogen un índice de actividad de la enfermedad o una valoración global del paciente; el 84% no incluyen un índice funcional; y el 60% no contienen una evaluación de la posible afectación articular. Con el objetivo de homogeneizar la práctica clínica habitual y mejorar el manejo y el pronóstico de la EspAax, se han publicado guías para el seguimiento de los pacientes. Las herramientas digitales pueden resolver problemas de recogidas de datos y facilitar el seguimiento de los pacientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el proceso asistencial de atención a pacientes con EspAax mediante metodología Lean Healthcare y desarrollar una solución informática para el seguimiento de estos pacientes que garantice la evaluación con los estándares recomendados por nuestra sociedad científica.

Métodos: Hemos creado un grupo de trabajo entre médicos y enfermeras de diferentes servicios hospitalarios (calidad, dirección, admisión, reumatólogos, digestólogos, dermatólogos, informáticos, farmacia, radiología) y de atención primaria, y revisado el proceso de seguimiento actual de las personas con espondiloartritis de nuestro hospital. Se ha utilizado la metodología Lean Healthcare con estrategias para detectar y ordenar los procesos y potenciar las fortalezas de la organización y de los profesionales y eliminar ineficiencias. Además, se ha diseñado un sistema informático de seguimiento de pacientes con EspAax (SIMON: sistema inteligente de monitorización) que facilita la recogida de los datos de los cuestionarios propuestos (BASDAI, BASFI) un sistema de indicadores (ASDASPCR) y un cuadro de mandos. Hemos analizado los resulta-

dos del seguimiento de una cohorte de pacientes que acudieron a una consulta monográfica creada a tal fin.

Resultados: En el proyecto se ha definido un nuevo flujo de atención a los pacientes utilizando la herramienta Value Stream Mapping, consolidado una consulta con agenda específica de pacientes con EspAax con la incorporación de los estándares aconsejados automatizados. Se han analizado con la herramienta de seguimiento SIMON a 29 pacientes durante 1 mes. El 58,6% eran hombres y el 41,4% mujeres, de ambiente rural el 51,7% y el 48,2% urbano. El 41,3% eran fumadores y otro 41,3% exfumadores mientras el 17,2% nunca habían fumado. De un total de 263 visitas, el 83,6% tenían incluidos cuestionarios o índices de evaluación. El cuestionario BASDAI lo tenían el 97% de los pacientes en su seguimiento y el ASDASPCR el 87%. El 27,5% tenía un ADASPCR inferior a 1,3.

Tiempo hasta diagnóstico	Días desde inicio síntomas a la derivación al especialista	Días desde inicio síntomas al diagnóstico	Días desde la derivación al especialista al diagnóstico	Edad al diagnóstico años
Media	906	1277	356	42
Mediana	702	1256	123	42
Max	2834	2922	2108	57
Min	3	61	0	18

Conclusiones: es importante utilizar un sistema de seguimiento automatizado para garantizar la recogida de variables clínicas, cuestionarios de evaluación (PROs) e índices de actividad de la enfermedad para tomar decisiones como el que hemos propuesto, SIMON. Previamente es importante analizar el proceso asistencial de atención a pacientes con Exp-ax de forma multidisciplinar con metodología reglada como la Lean Healthcare.

Agradecimientos: iniciativa del servicio de reumatología del Área sanitaria de A Coruña con la colaboración de Novartis y la Sociedade Galega de Reumatoloxía.

P211. LOS DOS LADOS DE LOS INHIBIDORES DEL TNF: EL RIESGO DEL INDUCIR ANAS Y LES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y CON PSORIASIS

Natalia Palmou-Fontana², Ana Elisabet López-Sundh¹, Susana Armesto-Alonso¹, Cristina Naharro Fernández¹, Alfonso Corrales², Marcos Antonio González-López¹ y Ricardo Blanco²

¹Dermatology Department. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Rheumatology Department. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Los fármacos anti-TNF α pueden inducir anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ADN de doble cadena y ocasionalmente lupus eritematoso sistémico (LES). Aunque la coexistencia de psoriasis (PsO) y el LES es raro, la presencia de ANA inducidos por anti-TNF α puede modificar esta relación. Sin embargo, la incidencia de ANA y LES inducidos por anti-TNF α en pacientes con diferente perfil de trastornos autoinmunes aún no está claro. Este escenario requiere atención, ya que el anti-TNF α debe suspenderse si aparecen ANA y LES durante el tratamiento.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de ANA inducidos por anti-TNF α en dos grupos de pacientes, uno con Artritis Psoriásica (APs) y otro con Pso solamente, y analizar el riesgo de desarrollar LES en ambos grupos.

Métodos: Estudio retrospectivo de 70 pacientes diagnosticados de APs según criterios CASPAR y 70 pacientes diagnosticados de PsO que recibieron fármacos anti-TNF α durante al menos 6 meses en los últimos diez años se llevó a cabo. Pacientes con antecedentes de otros trastornos autoinmunitarios concomitantes o enfermedad hepática fueron excluidos. Títulos de ANA antes y durante o después

del tratamiento anti-TNF α como así como se anotaron los datos clínicos obtenidos de la historia clínica que respaldan el LES. Un control grupo de 70 pacientes con APs que no habían recibido fármacos anti-TNF α y que fueron analizados por sexo y edad.

Resultados: De los 70 pacientes con APs, 11 (15,7%) tenían ANA positivos, frente a 20 de 70 (28,6%) en el grupo PsO. Sorprendentemente, 9 de los 70 pacientes del grupo tratado con PsA desarrollaron LES durante el seguimiento, y uno de ellos desarrolló también un síndrome antifosfolípido. Seis pacientes que criterios de LES presentados no mostraron ANA positivos. Por el contrario, ninguno de los pacientes del Serie Dermatología desarrollada LES. La presencia de ANA positivos en el grupo control de PsA fue de 4 de 70 (5,7%), y ninguno de los pacientes de este grupo desarrolló LES durante el seguimiento.

Conclusiones: Los fármacos anti-TNF α pueden inducir ANA durante su uso, pero no necesariamente aumentan el riesgo de desarrollar un LES clínico per se. Este riesgo, sin embargo, podría depender más del estado basal del paciente, IMC, perfil inmunológico. En nuestra serie, parece más probable que PsA pueda aumentar el riesgo de desarrollar LES después inducción de ANA anti-TNF α , y por lo tanto, PsO actúe como factor protector contra el LES. Sin embargo, nuestros resultados pueden estar sesgados por la limitación de ser un estudio retrospectivo. Serían necesarios estudios con cohortes más grandes que incluyan otras variables posiblemente relacionadas.

P212. EVALUACIÓN REDUCIDA DE SINOVITIS ARTICULAR VERSUS EL SCORE GLOBAL EULAR-OMERACT DE SINOVITIS (GLOESS) PARA PREDECIR LA RESPUESTA A SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA Y RESPUESTA INADECUADA A FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD CONVENCIONALES: RESULTADOS EXPLORATORIOS DEL ESTUDIO ULTIMATE

Esperanza Naredo Sánchez¹, M.A. D'Agostino², M. Boers³, G. Schett⁴, P.G. Conaghan⁵, P. Mandl⁶, P. Carron⁷, M. Backhaus⁸, A. López-Rodríguez⁹, P. Hanova¹⁰, P. Goyanka¹¹, B.G. Sahoo¹², C. Gaillez¹³ y W. Bao¹⁴

¹Department of Rheumatology and Joint and Bone Research Unit. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.
²Catholic University of Sacred Heart. Department of Rheumatology. Roma. Italia. ³Amsterdam Rheumatology and Immunology Center. Amsterdam UMC. Vrije Universiteit. Department of Epidemiology and Data Science. Amsterdam. Países Bajos. ⁴FAU Erlangen-Nürnberg and Universitätsklinikum Erlangen. Department of Internal Medicine ⁵Erlangen. Alemania. ⁶Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. Leeds. Reino Unido. ⁷Medical University of Vienna. Division of Rheumatology. Vienna. Austria. ⁸University Hospital Ghent. Department of Rheumatology. Ghent. Bélgica. ⁹Park-Klinik Weissensee. Department of Internal Medicine-Rheumatology and Clinical Immunology. Berlin. Alemania. ¹⁰PSOAPS Clinical and Research Psoriasis Center. Dermatologico Country. Guadalajara. México. ¹¹Institute of Rheumatology. Department of Experimental Rheumatology. Prague. República Checa. ¹²Novartis Healthcare Pvt Ltd. Clinical Project Management. Hyderabad. India. ¹³Novartis Healthcare Pvt Ltd. Biostatistics and Pharmacometrics. Hyderabad. India. ¹⁴Novartis Pharma AG. Immunology. Hepatology and Dermatology. Global Medical Affairs. Basel. Suiza. ¹⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation. Analytics- Global Medical Affairs. East Hanover. EE. UU.

Introducción y objetivos: El uso combinado de la ecografía en modo B (US) y en modo *power doppler* (PD); (PDUS) permite la visualización de cambios morfológicos y fisiopatológicos de la membrana sinovial. ULTIMATE (NCT02662985) ha sido el primer gran estudio fase IIIb de PDUS, aleatorizado, doble ciego y contro-

lado con placebo en artritis psoriásica, que ha demostrado que la puntuación global EULAR-OMERACT de sinovitis (GLOESS), una puntuación ecográfica a nivel de paciente, es sensible para detectar la disminución temprana y continua de la sinovitis en un entorno multicéntrico utilizando diferentes dispositivos de ecografía y evaluadores¹. Sin embargo, la evaluación ecográfica necesaria para obtener el GLOESS conllevó mucho tiempo debido a la gran cantidad de articulaciones evaluadas. El objetivo de este estudio era investigar el valor de diversos grupos de articulaciones reducidas para predecir la puntuación GLOESS.

Métodos: ULTIMATE fue un estudio de 52 semanas de duración con un período de tratamiento doble ciego controlado con placebo de 12 semanas, seguido de una extensión abierta de 12 semanas y una extensión abierta de 6 meses¹. En el estudio se calculó GLOESS para 24 articulaciones emparejadas, con una puntuación potencial entre 0 y 144¹. Se construyeron una matriz de correlación de rangos de Spearman y un mapa de imágenes de *clusters* para identificar grupos de articulaciones altamente correlacionados según las puntuaciones PDUS combinadas. En función de los diferentes enfoques (mejor correlación, optimización del modelo, etc.), se seleccionaron articulaciones representativas de cada grupo, de lo cual se obtuvieron varias combinaciones correspondientes de articulaciones. Con estas series articulares reducidas se desarrollaron modelos lineales como predictores del GLOESS, utilizando datos del 60% de pacientes del estudio ULTIMATE seleccionados aleatoriamente. El 40% de los datos restantes se utilizó para la validación y el diagnóstico del modelo.

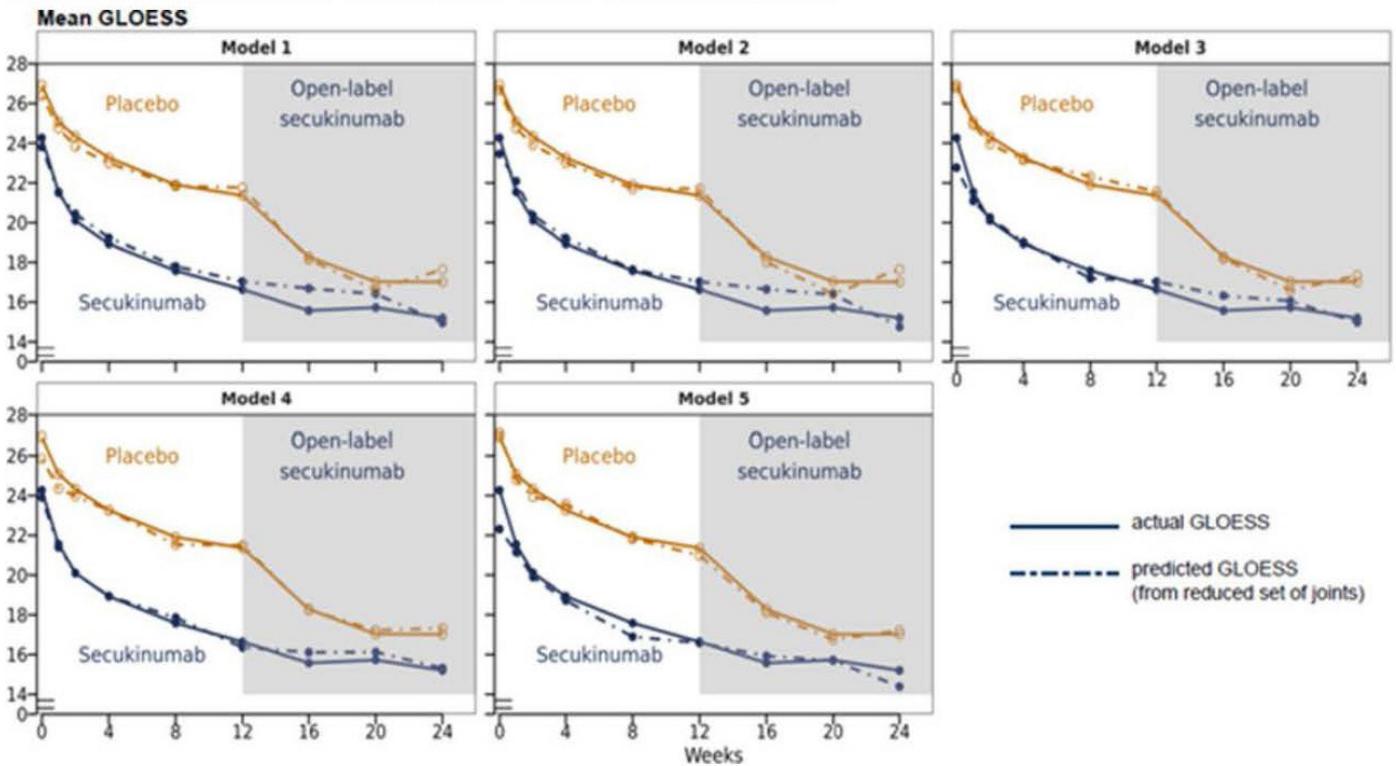
Resultados: Se establecieron 5 modelos con grupos reducidos de articulaciones emparejadas (9-13 pares). Las articulaciones incluidas en cada modelo lineal se resumen en la figura 1. Los 5 modelos de series de articulaciones reducidas mostraron una alta correlación con la puntuación GLOESS de R² de aproximadamente 0,95. La figura 2 muestra los 5 modelos de series reducidas de articulaciones para sinovitis detectada por PDUS vs. el GLOESS en los grupos de secukinumab y placebo-secukinumab, con puntuaciones GLOESS modificadas utilizando las series reducidas de articulaciones que demuestran cambios muy cercanos a los del GLOESS validado.

Figura 1. Articulaciones incluidas en cinco modelos lineales, indicadas con sombreado verde

Joint pairs	Model 1 (N=9)	Model 2 (N=9)	Model 3 (N=9)	Model 4 (N=13)	Model 5 (N=12)
Elbow					
Knee					
MTP2					
Wrist					
MCP1					
DIP4					
MTP4					
MCP2					
MCP4					
MCP5					
PIP3					
PIP4					
PIP1, PIP5					
DIP2					
DIP3, DIP5					
MTP1					
MTP5					
Shoulder					
Tibiotalar					

DIP, interfalángica distal; MCP, metacarpofalángica; MTP, metatarsfalángica; N, número de pares de articulaciones utilizados en el modelo; PIP, interfalángica proximal.

Figura 2. Series de puntuación de sinovitis articular reducida vs puntuación GLOESS



GLOESS, *Global OMERACT EULAR Synovitis Score*.

P212 Figura 2.

Conclusiones: Todos los modelos de grupos articulares reducidos para sinovitis detectada por PDUS predijeron bien el GLOESS. Los próximos pasos serán documentar la capacidad de respuesta y la capacidad de discriminar entre el tratamiento activo y el placebo.

BIBLIOGRAFÍA

1. D’Agostino MA, et al. *Rheumatology* (Oxford) 2021;keab628.

P213. DIFERENCIAS EN ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y DAÑO ESTRUCTURAL ENTRE PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON AINES Y TERAPIAS AVANZADAS. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE VIDA REAL DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Anastasia Mocritcaia, C.D. Adao Abe, Chafik Chacur, Ana Azuaga, Beatriz Frade-Sosa, Juan C. Sarmiento-Monroy, J.A. Gómez-Puerta, Raimon Sanmartí, Juan de Dios Cañete y Julio Ramírez

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Los AINE y las terapias avanzadas (inhibidores de TNF, IL17 y JAK) son las principales herramientas disponibles actualmente para el tratamiento de la espondiloartritis axial (axSpA).

Objetivos: Describir las diferencias en términos de características clínicas, actividad de la enfermedad y daño estructural entre pacientes con axSpA en tratamiento crónico con AINEs y terapias avanzadas.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ambulatorios reclutados de un hospital español de tercer nivel, con diagnóstico previo de axSpA según criterios ASAS. Se realizó una revisión de sus historias, analizando las características clínico-demográficas y el daño estructural valorado por mSASSS. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según el tratamiento de base: pacientes tratados con AINE y pacientes en terapia avanzada.

Las comparaciones entre grupos se realizaron a través de las pruebas χ^2 y t de Student.

Resultados: Se reclutaron 193 pacientes diagnosticados de axSpA [83% espondilitis anquilosante (EA)]. Sus características clínicas se describen en la tabla. El 44% estaba en tratamiento con AINE y el 56% con terapias avanzadas, principalmente anti-TNF (86,1%). Entre los pacientes en tratamiento con AINE, el 64,7% los consumía a demanda únicamente durante los brotes clínicos y el 17,6% los usaba a dosis plena de manera diaria. No hubo diferencias significativas entre grupos de tratamiento en cuanto a tiempo de evolución, prevalencia de HLA-B27, entesitis, artritis periférica o daño estructural valorado por mSASSS. En comparación con los pacientes en tratamiento crónico con AINE, los pacientes con terapias avanzadas eran principalmente hombres (69,4%, $p = 0,025$) y significativamente más jóvenes ($p = 0,033$). Además, los pacientes con terapias avanzadas tenían menos actividad de la enfermedad por ASDAS-PCR ($p = 0,047$), a pesar de que los valores de BASDAI y PCR no alcanzaron significación estadística. La distribución de la psoriasis (16 pacientes, 8,3%) y uveítis (46 pacientes, 23,8%) fue equitativa entre ambos grupos, aunque los pacientes con psoriasis presentaban niveles superiores de ASDAS-PCR ($p = 0,028$) y PCR sérica ($p = 0,019$). Cinco de los 6 pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal estaban en terapia biológica (golimumab y adalimumab). Tras comparar pacientes en tratamiento con dosis plenas de AINEs *versus* a demanda, se observó mayor daño estructural por mSASSS en el primer grupo ($p = 0,041$), pero con una actividad subjetiva de la enfermedad inferior por BASDAI ($p = 0,049$).

Conclusiones: No se encontraron diferencias en daño estructural entre los pacientes tratados de manera crónica con AINE y terapias avanzadas, aunque la actividad de la enfermedad fue inferior en los pacientes en tratamiento con terapias avanzadas. La mayoría de los pacientes en tratamiento crónico con AINE los usaban de forma

puntual durante brotes clínicos. Los pacientes en tratamiento con AINE a dosis plenas tenían mayor daño estructural y una menor puntuación del BASDAI.

Características clínico-demográficas de los pacientes con axSpA en tratamiento con AINEs y terapias avanzadas

	Total	AINE	Terapias avanzadas	p
n (%)	193 (100,0%)	85 (100,0%)	108 (100,0%)	
Edad (años ± DE)	51 ± 14,8	53,6 ± 16,4	49,0 ± 13,1	0,033
Varones (%)	119 (61,7%)	44 (51,8%)	75 (69,4%)	0,025
Mujeres (%)	74 (38,3%)	41 (48,2%)	33 (30,6%)	
r-axSpA (%)	160 (82,9%)	64 (74,1%)	96 (90,0%)	0,012
nr-axSpA (%)	33 (17,1%)	21 (25,9%)	12 (11,1%)	
Tiempo de evolución (años ± DE)	21,4 ± 14,2	20,7 ± 15,8	22 ± 13,0	0,582
Psoriasis (%)	16 (8,3%)	6 (7,1%)	10 (9,3%)	0,793
Enfermedad inflamatoria intestinal (%)	6 (3,1%)	1 (0,01%)	5 (4,6%)	0,235
Uveítis (%)	46 (23,8%)	20 (23,5%)	26 (24,1%)	1
Entesitis (%)	18 (9,3%)	10 (11,8%)	8 (7,4%)	0,323
Artritis periférica (%)	51 (26,4%)	19 (23,5%)	32 (29,6%)	0,326
HLA-B27 (%)	162 (84,0%)	70 (85,4%)	92 (87,7%)	1
BASDAI (U ± DE)	3,1 ± 2,1	3,2 ± 2,2	3,0 ± 2,1	0,669
PCR (mg/dL ± DE)	0,6 ± 0,6	0,7 ± 0,64	0,6 ± 0,6	0,182
ASDAS-PCR (U ± DE)	1,8 ± 0,9	2,1 ± 0,9	1,7 ± 0,9	0,047
mSASSS (U ± DE)	10,6 ± 14,7	7,8 ± 8,0	12,1 ± 17,2	0,176
AINEs (%)	107 (55,4%)	85 (100,0%)	22 (20,4%)	NA
Dosis plenas (%)	18 (9,3%)	15 (17,6%)	2 (1,8%)	
75% de dosis plena (%)	3 (1,5%)	3 (3,5%)	0 (0,0%)	
50% de dosis plena (%)	12 (6,2%)	12 (14,1%)	0 (0,0%)	
PRN (%)	160 (82,9%)	55 (64,7%)	20 (18,5%)	
Anti-TNF (%)	93 (48,2%)		93 (86,1%)	NA
Etanercept (%)	21 (10,9%)		21 (19,4%)	
Adalimumab (%)	41 (21,2%)		41 (38,0%)	
Infliximab (%)	9 (4,7%)		9 (8,3%)	
Golimumab (%)	19 (9,8%)		19 (17,6%)	
Certolizumab (%)	3 (1,6%)		3 (2,8%)	
Anti-IL17 (%)	14 (7,3%)		14 (13,0%)	NA
Secukinumab (%)	12 (6,2%)		12 (11,1%)	
Ixekizumab (%)	2 (0,1%)		2 (1,8%)	
Upadacitinib (%)	1 (0,05%)		1 (0,09%)	
Optimización de dosis (%)	35 (18,1%)		35 (32,4%)	
Duración del tratamiento avanzado (años ± DE)	5,4 ± 4,8		5,4 ± 4,8	
DMARDs (%)	6 (3,1%)	1 (1,2%)	5 (4,6%)	NA

P214. PERSISTENCIA EN LA VIDA REAL Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON TERAPIA CON ANTI-IL17: ESTUDIO PERFIL-17

B. Joven¹, C. Fito Manteca², E. Rubio³, E. Raya⁴, A. Pérez⁵, R. Hernández⁶, S. Manrique⁷, M. Núñez⁸, S. Díaz⁸, L. Trancho⁸, S. Moyano⁸, R García de Vicuña⁹ y A. Murcia⁸

¹Departamento de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ³Departamento de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁸Lilly España. Alcobendas. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital de la Princesa. Madrid.

Introducción: Los inhibidores de la interleucina 17 (anti-IL17) han proporcionado una opción de tratamiento adicional para la artritis psoriásica (APs). Este estudio tiene como objetivo describir el perfil de los pacientes, los patrones de tratamiento y la persistencia en pacientes con APs tratados con ixekizumab y secukinumab en la vida real.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico en 8 hospitales españoles. Entre enero de 2019 y marzo de 2020 fueron incluidas tres cohortes de pacientes adultos con APs que

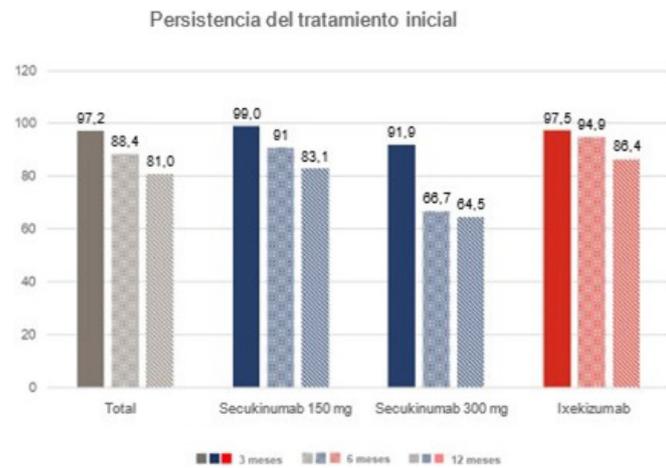
habían iniciado recientemente un tratamiento con un anti-IL17A (secukinumab 150 mg [SECU150], secukinumab 300 mg [SECU300], ixekizumab [IXE]). Se recopilaron los datos de los pacientes expuestos a fármacos anti-IL17 con una visita de seguimiento hasta marzo de 2021. Las características demográficas y clínicas, los patrones de tratamiento y la persistencia se analizaron de forma descriptiva. Los datos continuos se presentaron como media (desviación estándar [DE]) y las variables categóricas, como frecuencias con el porcentaje. Se calcularon las tasas de persistencia a los 3/6/12 meses.

Resultados: Se analizaron 221 pacientes con APs (SECU150: 103 [46,6%], SECU300: 38 [17,2%] e IXE: 80 [36,2%]). Los patrones de tratamiento difirieron según las características clínicas: Los pacientes con SECU150 presentaban una APs más moderada y menos daño articular periférico, mientras que en los pacientes con SECU300 la frecuencia de entesitis y psoriasis activa era mayor, y en los pacientes con IXE había transcurrido más tiempo desde el diagnóstico de APs y tenían más frecuentemente enfermedades concurrentes, daño articular y psoriasis diagnosticada (tabla). El 77,8% de los pacientes había recibido tratamiento previo con FAMEsc en monoterapia y el 72,9%, con FAMEb/FAMEsd (93,8% IXE, 68,4% SECU300 y 58,3% SECU150). El número medio de FAMEb/FAMEsd previos era de 2,4 (1,5), 1,7 (0,9) y 1,6 (1,0), respectivamente. La persistencia de anti-IL17 se muestra en la figura. El motivo más frecuente de interrupción fue la ineficacia (13,8%).

Características demográficas y clínicas basales de los pacientes

	Total n (%)	SECU150 n (%)	SECU300 n (%)	IXE* n (%)
Pacientes	221 (100,0)	103 (100,0)	38 (100,0)	80 (100,0)
Edad en el tratamiento inicial (años), media (DE)	51,5 (11,6)	51,8 (12,4)	46,1 (10,3)	53,7 (10,4)
Mujeres, n (%)	114 (51,6)	54 (52,4)	18 (47,4)	42 (52,5)
IMC (kg/m ²), media (DE); n	28,6 (6,3); 90	29,0 (6,8); 32	29,0 (6,7); 21	28,1 (5,9); 37
Tiempo de evolución de la APs desde el diagnóstico (años), media (DE)	8,1 (7,7)	6,9 (7,3)	6,5 (6,8)	10,5 (8,2)
Tiempo de evolución de la Ps desde el diagnóstico (años), media (DE); n	15,2 (13,9); 114	13,0 (13,3); 49	16,7 (13,6); 17	16,9 (14,6); 48
Comorbilidades, n (%)	183 (82,8)	82 (79,6)	30 (78,9)	71 (88,8)
Psoriasis diagnosticada				
Sí	191 (86,4)	82 (79,6)	33 (86,8)	76 (95,0)
No se sabe	9 (4,1)	6 (5,8)	2 (5,3)	1 (1,3)
PASI, media (DE); n	7,9 (6,0); 25	3,9 (3,2); 4	8,3 (6,5); 9	9,0 (6,2); 12
Psoriasis activa				
Sí	133 (60,2)	56 (53,4)	28 (73,7)	49 (61,3)
No se sabe	26 (11,8)	9 (8,7)	2 (5,3)	15 (18,8)
Gravedad de la artritis psoriásica				
Leve	46 (20,8)	18 (17,5)	13 (34,2)	15 (18,8)
Moderada	119 (54,3)	59 (56,8)	17 (44,7)	43 (53,8)
Grave	36 (16,3)	12 (11,7)	7 (18,4)	17 (21,3)
No se sabe	20 (9,0)	14 (13,6)	1 (2,6)	5 (6,3)
Daño articular				
Sí	206 (93,2)	92 (89,3)	35 (92,1)	79 (98,8)
Periférico	180 (81,4)	72 (69,9)	33 (86,8)	75 (93,8)
Axial	92 (41,7)	43 (41,7)	14 (36,8)	35 (43,8)
Dactilitis				
Sí	41 (18,5)	20 (19,4)	7 (18,4)	14 (17,5)
No se sabe	11 (5,0)	8 (7,8)	0 (0,0)	3 (3,8)
Entesitis				
Sí	56 (25,3)	20 (19,4)	15 (39,5)	21 (26,3)
No se sabe	14 (6,3)	9 (8,7)	1 (2,6)	4 (5,0)

Si no se dan los valores específicos de la N por variable, los datos corresponden a la muestra completa por cohorte. *160 mg como dosis inicial que permite cambiar a una dosis de mantenimiento de 80 mg posteriormente de acuerdo con el RCP. A Remisión de la enfermedad (DAS28 < 2,6, DAPSA ≤ 4), leve (DAS28 ≥ 2,6 y ≤ 3,2, DAPSA > 4 y ≤ 14), moderada (DAS28 > 3,2 y ≤ 5,1, DAPSA > 14 y ≤ 28), grave (DAS28 > 5,1, DAPSA > 28). IMC: Índice de masa corporal; PASI: Psoriasis Area and Severity Index.



Persistencia de los anti-IL17, en general y por cohortes del estudio a lo largo de un año de seguimiento.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con APs tratados con anti-IL17 en España tenía enfermedad moderada o grave, con afectación periférica predominante, compromiso cutáneo y tratamiento previo con al menos un FAMEb/FAMEsd. Al año de seguimiento, más del 80% de los pacientes continuaba con el tratamiento anti-IL-17. IXE mostró la tasa de persistencia más alta, seguido de SECU150 y SECU300.

P215. ANÁLISIS A POSTERIORI DE LAS PUNTUACIONES DE INFLAMACIÓN EN LA RM DE COLUMNA VERTEBRAL DEL SPARCC EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA TRATADOS CON IXEKIZUMAB: RESULTADOS DEL ESTUDIO COAST-V EN LA SEMANA 16

Helena Marzo-Ortega¹, Wen-Chan Tsai², Hideto Kameda³, Ayako Konomi⁴, Andrew James Bradley⁴, Khai Jing Ng⁴, Yves Schymura⁴, Soyi Liu Leage⁴, Walter P. Maksymowych⁵, Mikkel Østergaard⁶ y Xavier Juanola Roura⁷

¹NIHR Leeds Biomedical Research Centre. Leeds Teaching Hospitals NHS Trust y LIRMM. Universidad de Leeds. Reino Unido. ²División de Reumatología del Hospital Médico Kaoshiung. Departamento de Medicina Interna. Kaohsiung City. Taiwán. ³División de Reumatología. Departamento de Medicina Interna. Universidad de Toho. Tokio. Japón. ⁴Eli Lilly and Company. Indianápolis. EE. UU. ⁵Departamento de Medicina. Universidad de Alberta. Edmonton. Canadá. ⁶Universidad de Copenhague. Departamento de Medicina Clínica. Copenhague. Dinamarca. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Se ha demostrado que ixekizumab, un inhibidor de la interleucina 17A, es eficaz en la espondiloartritis axial radiográfica (EspAax-r) independientemente de la inflamación local basal, medida mediante las puntuaciones de inflamación en la resonancia magnética (RM) de columna vertebral del Consorcio de Investigación de la Espondiloartritis de Canadá (Spondyloarthritis Research

Tabla P215

		Placebo (N = 81)			Adalimumab (N = 82)			Ixekizumab C4S (N = 78)		
		Valor inicial bajo (N = 40)	Respuesta baja (N = 29)	Respuesta alta (N = 12)	Valor inicial bajo (N = 36)	Respuesta baja (N = 7)	Respuesta alta (N = 39)	Valor inicial bajo (N = 35)	Respuesta baja (N = 11)	Respuesta alta (N = 32)
Puntuaciones de RM de columna vertebral del SPARCC										
Valor inicial, media (DE)		0,7 (1,4)	26,7 (20,1)	34,5 (20,1)	0,7 (1,2)	15,9 (14,9)	38,5 (31,8)	0,4 (1,1)	11,2 (4,8)	31,8 (23,0)
CCRI en la semana 16, MMC (EE)		0,8 (0,3)	1,5 (0,9)	-13,2 (3,7)	-0,05 (0,4)	-1,5 (1,6)	-27,0 (2,1)	-0,15 (0,4)	0,8 (1,3)	-27,5 (2,4)
Proporción que alcanzó el objetivo de respuesta de eficacia, n (%)										
ASAS40	Semana 16	8 (20,0)	4 (13,8)	2 (16,7)	10 (27,8)	2 (28,6)	17 (43,6)	16 (45,7)	5 (45,5)	18 (56,3)
ASDAS < 2,1	Semana 16	7 (17,5)	2 (6,9)	0	12 (33,3)	0	19 (48,7)	15 (42,9)	5 (45,5)	15 (46,9)
BASDAI50	Semana 16	8 (20,0)	3 (10,3)	3 (25,0)	9 (25,0)	1 (14,3)	16 (41,0)	15 (42,9)	5 (45,5)	14 (43,8)
Puntuación inicial del criterio de valoración de la eficacia y CCRI										
ASDAS	Valor inicial, media (DE)	3,7 (0,7)	4,0 (0,7)	4,3 (0,8)	3,3 (0,8)	3,8 (0,4)	3,9 (0,9)	3,7 (0,8)	3,4 (0,4)	3,9 (0,7)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-0,6 (0,1)	-0,3 (0,2)	-0,4 (0,3)	-1,0 (0,1)	-0,7 (0,3)	-1,6 (0,2)	-1,3 (0,1)	-1,2 (0,3)	-1,7 (0,2)
BASDAI	Valor inicial, media (DE)	6,8 (1,3)	6,7 (1,3)	7,1 (1,1)	6,3 (1,4)	7,1 (0,9)	6,8 (1,6)	6,7 (1,4)	7,2 (1,0)	6,8 (1,3)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-1,6 (0,3)	-1,1 (0,4)	-1,4 (0,6)	-2,0 (0,3)	-1,7 (0,7)	-2,7 (0,3)	-2,8 (0,3)	-3,0 (0,6)	-3,0 (0,4)
Dolor de columna	Valor inicial, media (DE)	7,3 (1,5)	7,3 (1,5)	8,1 (1,4)	6,8 (1,6)	7,4 (1,1)	7,3 (1,6)	7,3 (1,5)	8,0 (0,9)	7,5 (1,3)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-1,9 (0,4)	-1,2 (0,4)	-1,8 (0,7)	-2,3 (0,4)	-2,0 (0,8)	-2,9 (0,4)	-2,8 (0,4)	-3,4 (0,6)	-3,5 (0,4)
BASFI	Valor inicial, media (DE)	6,3 (1,8)	6,4 (2,0)	6,6 (2,3)	5,3 (2,3)	7,1 (0,6)	6,5 (1,9)	6,2 (1,9)	6,0 (1,5)	6,1 (1,7)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-1,3 (0,3)	-0,7 (0,3)	-1,4 (0,6)	-1,6 (0,3)	-1,4 (0,6)	-2,6 (0,3)	-2,2 (0,3)	-2,8 (0,5)	-2,7 (0,4)
SF-36 PCS	Valor inicial, media (DE)	31,4 (8,6)	32,2 (7,5)	31,9 (8,5)	35,2 (8,3)	31,1 (7,4)	32,4 (7,6)	32,7 (8,7)	36,0 (7,4)	34,1 (5,8)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	4,8 (1,1)	1,3 (1,3)	4,9 (2,1)	5,2 (1,1)	4,6 (2,5)	8,1 (1,2)	7,6 (1,1)	9,0 (2,0)	8,1 (1,4)

Las puntuaciones más bajas en ASDAS, BASDAI, dolor de columna y BASFI indican mejoría; las puntuaciones más altas en SF-36 PCS indican mejoría. Los CCRI se evaluaron mediante estadística descriptiva. ASAS40 = Evaluación en la Sociedad Internacional de Espondiloartritis 40%; ASDAS = Puntuación de la actividad patológica de la espondilitis anquilosante; BASDAI = Índice de la actividad patológica de la espondilitis anquilosante de Bath; BASFI = Índice funcional de la espondilitis anquilosante; CCRI = cambio con respecto al inicio; MMC = media de mínimos cuadrados; n = número de pacientes en la categoría especificada; N = número de pacientes en la población de análisis; DE = desviación estándar; EE = error estándar; SF-36 PCS = Resumen del componente físico del Cuestionario de salud abreviado de 36 ítems.

Consortium of Canada, SPARCC). En este análisis a posteriori se evaluó la eficacia de ixekizumab en pacientes con EspAax-r clasificados según la puntuación de la RM basal y el cambio con respecto al inicio (CCRI) a las 16 semanas (S).

Métodos: COAST-V (NCT02696785) fue un ensayo controlado y aleatorizado fase III en el que se inscribió a pacientes con EspAax-r activa sin tratamiento previo con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos, aleatorizados en una proporción de 1:1:1 a 80 mg de ixekizumab cada 2 semanas, 80 mg de ixekizumab cada 4 semanas (C4S), adalimumab o placebo durante el periodo de tratamiento ciego de 16S. Se definieron tres categorías según la puntuación de la inflamación en la RM de columna vertebral del SPARCC al inicio y el CCRI (según el cambio mínimamente importante publicado): 1) valor inicial bajo (puntuación inicial del SPARCC < 5,0 puntos), 2) respuesta baja (puntuación inicial del SPARCC ≥ 5,0 puntos y CCRI < 5,0 puntos), 3) respuesta alta (puntuación inicial del SPARCC ≥ 5,0 puntos y CCRI ≥ 5,0 puntos). Se determinaron las proporciones de pacientes que alcanzaron una Evaluación de la Sociedad Internacional de Espondiloartritis del 40% (Assessment in SpondyloArthritis international Society 40%, ASAS40), una Puntuación de la actividad patológica de la espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, ASDAS) < 2,1 y un Índice de actividad patológica de la espondilitis anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI) de 50. Se calcularon las medias al inicio y las medias de mínimos cuadrados en la S16 de los CCRI de ASDAS, BASDAI, dolor de columna, Índice funcional de la espondilitis anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, BASFI) y Resumen del componente físico del Cuestionario de salud abreviado de 36 ítems (Short Form Health Survey Physical Component Summary, SF-36 PCS). Para la ausencia de datos en la S16 de las variables discretas y continuas se utilizó la imputación de sujetos sin respuesta y la extrapolación de la observación inicial modificada respectivamente.

Resultados: De los 78 pacientes que recibieron ixekizumab C4S, 35 (44,9%), 11 (14,1%) y 32 (41,0%) eran pacientes con una puntuación inicial baja de RM del SPARCC, respuesta baja y respuesta alta, respectivamente. La proporción de pacientes tratados con ixekizumab en todas las categorías que lograron respuestas ASAS40, ASDAS < 2,1 y BASDAI50 en la S16 fue similar; en general, las mejoras en la S16 en otros criterios de valoración de la eficacia fueron similares, y los pacientes con respuesta alta mostraron mayores mejoras en el CCRI de ASAS40 y ASDAS (tabla). En los pacientes tratados con ada-

limumab, las mejoras en la S16 fueron menos pronunciadas en las categorías de valor inicial bajo y respuesta baja.

Conclusiones: Los pacientes con EspAax-r que recibieron ixekizumab C4S mostraron una reducción similar de los signos y síntomas de EspAax-r, independientemente de la categoría de la puntuación de inflamación en la RM de la columna vertebral del SPARCC en la S16.

P216. PROGRAMA INFORMÁTICO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS Y FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Erardo Ernesto Meriño Ibarra¹ y Abel Meriño Ibarra²

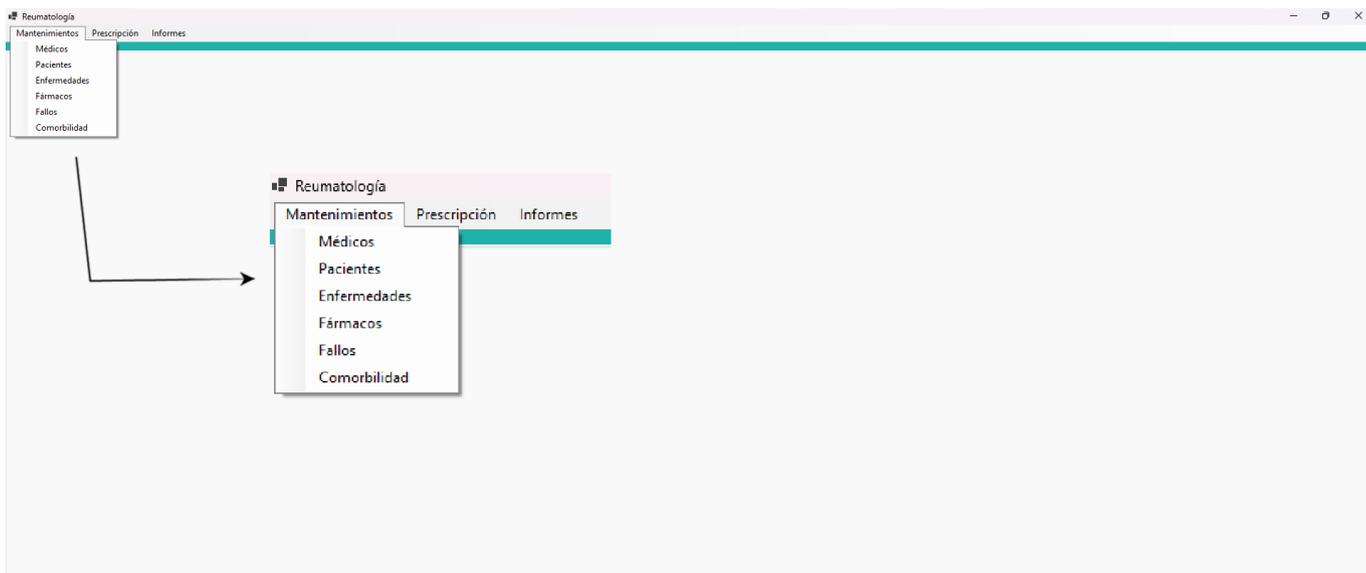
¹Hospital Universitario San Jorge. ²Informático.

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas pueden ir cambiando de medicación biológica en función de la actividad de la enfermedad, comorbilidad, efectos adversos, preferencias del paciente, etc., de forma que se necesita un control de los fármacos usados, los médicos responsables y de las diferentes variables que modifican la elección del fármaco biológico así como de los índices de actividad que podrían motivar el cambio de medicación.

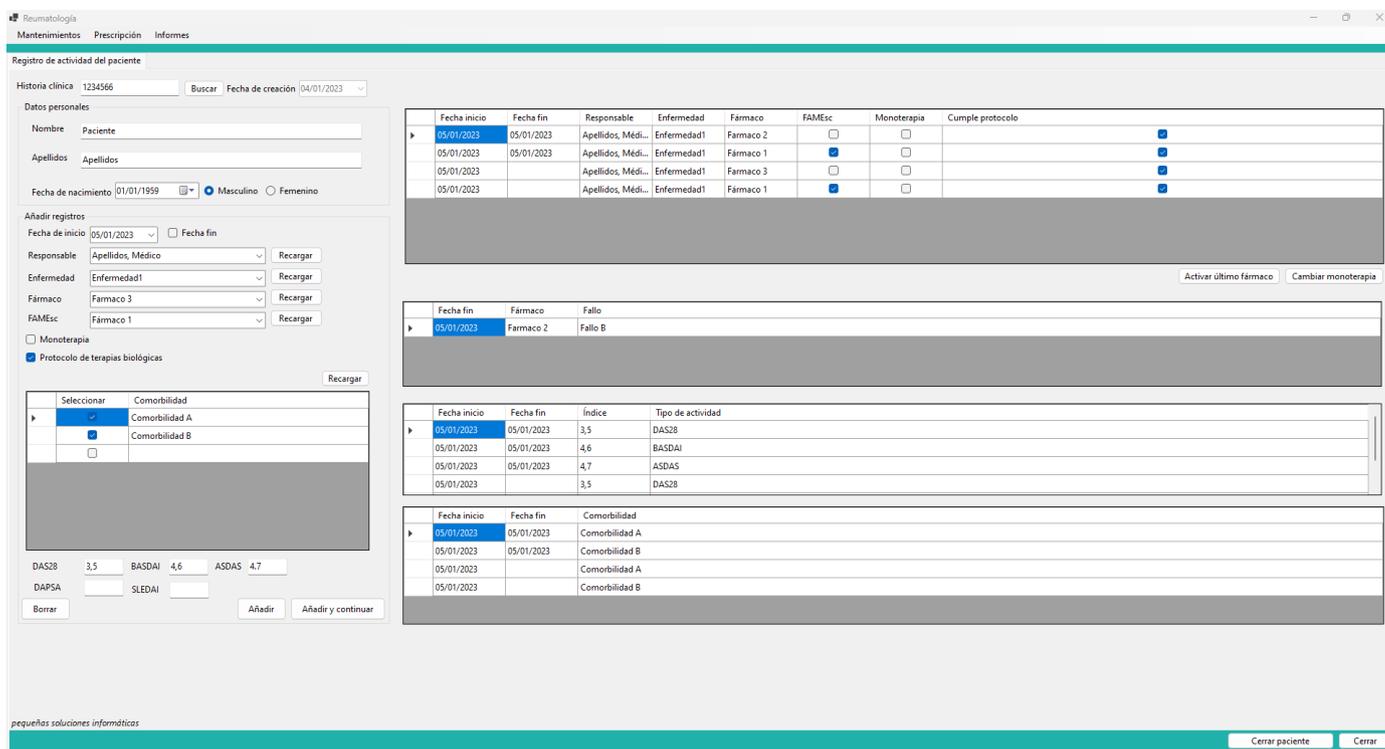
Objetivos: Creación de un programa para la gestión de pacientes con fármacos biológicos.

Métodos: El Programa es una aplicación de tipo Windows Forms (Escritorio) con base de datos en SQLite y está desarrollada en .Net 6, estructurada en tres capas: Capa de dominio: Donde se definen las propiedades y características (clases) que representan a los componentes (médico, paciente, comorbilidad, etc.) que intervienen en la aplicación. Capa de lógica: Donde se definen los métodos para la gestión de los datos (guardar y actualizar datos, extraer informes). Capa de presentación: Se definen los formularios de comunicación con el usuario. El programa está diseñado de forma tal que el código de la misma se pueda reutilizar para otros entornos, por ejemplo, teléfonos móviles, gracias a que la comunicación entre capas se realiza a través del patrón de diseño: Inyección de dependencias.

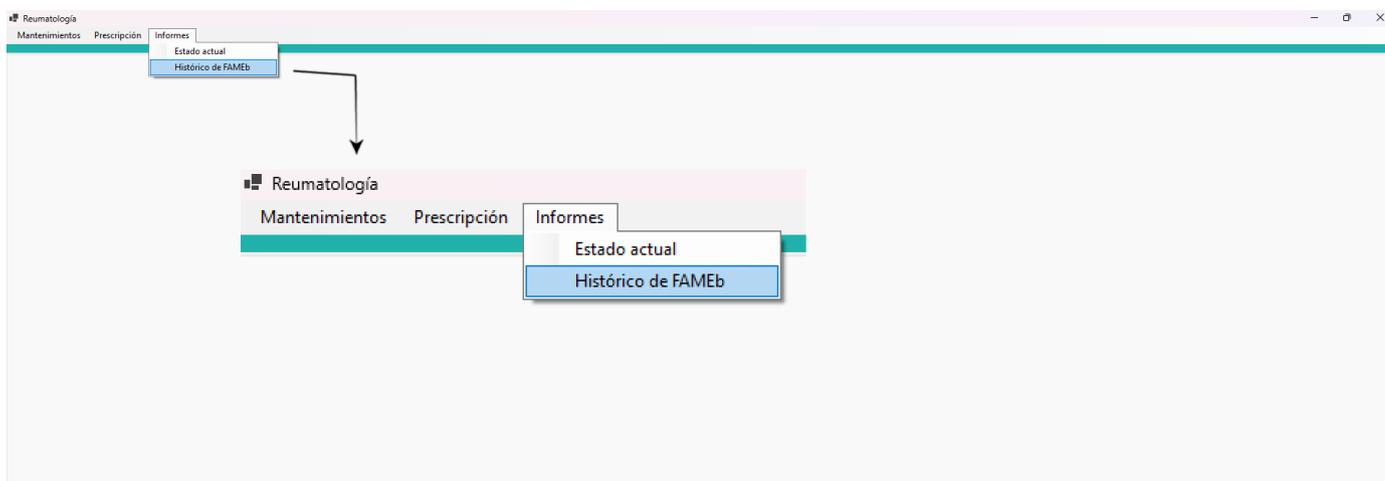
Resultados: Se crea un Programa para la gestión de pacientes con fármacos biológicos, con funcionalidad local, portable, sin necesidad de permisos de instalación y sin conexión a internet, con fechas de inicio y fin de los fármacos, diagnósticos, médico responsable, fármacos utilizados, índices de actividad y comorbilidad (figs.). Finalmente, permite la exportación a una hoja de cálculo de los datos recogidos, es gratuito y descargable *online* desde <https://psolucionessinformaticas.wordpress.com/en/la-sección-de-“Descargas”>.



P216 Figura 1. Captura de pantalla de la pestaña de Mantenimiento.



P216 Figura 2. Captura de pantalla del Registro de Actividad del paciente (pestaña Prescripción).



P216 Figura 3. Captura de pantalla de la pestaña de informes.

Conclusiones: La creación de un programa para la gestión de pacientes con fármacos biológicos permitirá llevar un control de estos pacientes y su exportación a una hoja de cálculo.

P217. CONTRACEPCIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDADES CRÓNICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Samantha Rodríguez Muguruza¹, Sonia Castro¹, María José Poveda¹, Nuria Del Castillo¹, Pilar Alamillo¹, Margarita Menacho², Gemma Valldosera², Miquel Just³, Nerea Mohino³ y Ramon Fontova¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

²Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

³Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción: La importancia del uso de métodos contraceptivos en pacientes con enfermedades crónicas inflamatorias inmunomedia-

das (ECII) radica en los posibles efectos perjudiciales de determinados fármacos en la evolución del embarazo. El conocimiento de los métodos anticonceptivos eficaces es de interés tanto para el médico tratante como para la paciente con la finalidad de encontrar la forma más segura y eficaz de contracepción.

Objetivos: Determinar: 1) la relación entre el riesgo teratogénico de los fármacos usados para la ECII y el grado de eficacia de los contraceptivos prescritos. 2) la frecuencia del uso de métodos contraceptivos en pacientes en edad fértil con una ECII.

Métodos: Estudio observacional transversal (mayo 2021-mayo 2022). Se invitaron a participar a pacientes mujeres entre 18 y 50 años con el diagnóstico de una ECII que acuden a las consultas externas de reumatología, dermatología o gastroenterología de un hospital universitario. Se define como ECII al diagnóstico de artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, psoriasis cutánea, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Se excluyeron a pacientes con antecedente de histerectomía, amenorreas primarias

o secundarias. La medicación prescrita para las ECII fue dividida de acuerdo al riesgo para la gestación (clasificación de la FDA): Clase A -B: segura durante el embarazo, C: estudios sobre animales demostraron eventuales riesgos fetales, no se ha probado en humanos, D y X: potencialmente teratogénicos por lo que están contraindicados durante la gestación. En el caso de más de un fármaco se consideró la de mayor riesgo teratogénico. El método anticonceptivo usado se clasificó según su eficacia (clasificación de la OMS): Altamente eficaces, moderadamente eficaces e ineficaces (tabla 1). Las pacientes que usen más de un método, serán clasificados según el de mayor eficacia. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Se dicotomizó el fármaco usado para el tratamiento de la ECII en: A, B, C: bajo riesgo y D, X: alto riesgo. Para determinar la relación entre los medicamentos potencialmente teratogénicos y la eficacia de contraceptivos se realizó un test de χ^2 .

Resultados: Participaron un total de 59 mujeres (los diagnósticos se resumen en la tabla 2), con una media de edad de 41,2 (DE 6,8) años. Cuarenta y un pacientes (69,5%) usaban algún método anticonceptivo (descritos en la tabla 2): 24 (58,5%) con eficacia moderada, 13 (31,7%) alta y 4 (9,8%) fueron ineficaces. Se prescribieron 73 fármacos para el tratamiento de la ECII (tabla 3). De las pacientes que usaban algún fármaco de alto riesgo, el 37,8% (14 pacientes) usaban un método considerado ineficaz o no usaban ninguno. La relación entre el potencial riesgo teratogénico de medicamentos para la ECII y la eficacia de la contracepción tuvo un p-valor 0,802 (tabla 4). Se reportaron 12 gestaciones durante el tratamiento de las ECII, 3 de ellas (25%) no planificadas.

Tabla 1. Frecuencia de método anticonceptivo

Método	N (%)	Clasificación de eficacia según OMS
Preservativo	15 (36,6)	Moderado
Anticonceptivos orales	7 (17,1)	Moderado
Ligadura de trompas	6 (14,6)	Alto
DIU	4 (9,8)	Alto
Interrupción del coito	3 (7,3)	Ineficaz
Vasectomía de la pareja	2 (4,9)	Alto
Aro vaginal	2 (4,9)	Moderado
Anticonceptivo de emergencia	1 (2,4)	Ineficaz
Implantes subdérmicos	1 (2,4)	Moderado

Tabla 2. Frecuencia del diagnóstico (N 59)

Diagnóstico	N (%)
Artritis reumatoide	20 (34,9)
Crohn	12 (20,3)
Psoriasis	11 (18,6)
Espondilitis anquilosante	8 (13,6)
Artritis psoriásica	7 (11,9)
Colitis ulcerosa	1 (1,9)

Tabla 3. Riesgo teratogénico según FDA de los tratamientos prescritos para ECII

Fármaco	N (%)	Clasificación riesgo teratogénico FDA	Clasificación para este estudio
Metotrexate	26 (35,6)	X	Alto
Adalimumab	13 (42,4)	B	Bajo
Azatioprina	8 (10,9)	D	Alto
Certolizumab	4 (5,5)	B	Bajo
Salazopyrina	4 (5,5)	B	Bajo
Etanercept	4 (5,5)	B	Bajo
Leflumomida	3 (4,1)	X	Alto
Hidroxicloroquina	2 (2,7)	C	Bajo
Mercaptopurina	2 (2,7)	B	Bajo
Infliximab	2 (2,7)	B	Bajo
Abatacept	1 (1,3)	C	Bajo
Ustekinumab	1 (1,3)	ND	--
Ixekizumab	1 (1,3)	B	Bajo
Secukinumab	1 (1,3)	B	Bajo
Tocilizumab	1 (1,3)	C	Bajo

Tabla 4. Relación entre la potencial teratogenicidad de los medicamentos recetados para las ECII y el grado de eficacia de la contracepción

	Alta efectividad de la contracepción	Moderada eficacia de la contracepción	Inefectividad o no uso de contracepción
Alto riesgo de teratogenicidad	9 (24,4%)	14 (37,8%)	14 (37,8%)
Bajo riesgo de teratogenicidad	4 (18,1%)	10 (45,5%)	8 (36,4%)

Conclusiones: La frecuencia del uso de contraceptivos fue de casi el 70%. La anticoncepción considerada como ineficaz fue la menos frecuente. Cerca del 40% de pacientes que usaban un medicamento con alto riesgo de teratogenicidad no usaban ningún método o el que usaban era ineficaz. No se encontró relación entre el grado de riesgo de teratogenicidad de los medicamentos recetados para la ECII y la eficacia del método anticonceptivo prescrito.

P218. ARTRITIS POR NEISSERIA GONORRHOEAE: UN PROBLEMA CRECIENTE

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* (comúnmente gonococo) han experimentado un aumento creciente en los últimos años como se constata en el último informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) publicado en junio de 2021 que recoge en el año 2019 un total de 12.359 casos de infección gonocócica (tasa: 28,88 por 100.000 habitantes, siendo las previas de 7,12, 11,14 y 18,80 por 100.000 habitantes en los años 2013, 2015 y 2017 respectivamente.). Por otro lado, se ha detectado en los últimos años un aumento en la tasa de resistencias de la bacteria a antibióticos, incluyendo cefalosporinas de espectro extendido, por lo que la infección gonocócica podría convertirse en una infección intratable. El presente estudio tiene como objetivo describir los casos de artritis gonocócica identificados en un servicio de Reumatología entre los años 2008 y 2022.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo, basado en revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de artritis por gonococo en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia entre 2008 y 2022. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, perfil de sensibilidad a antibióticos, antibioterapia utilizada y evolución de las infecciones.

Tabla 1. Distribución de articulaciones y vainas tendinosas afectas

Caso	Articulaciones afectas	Vainas tendinosas afectas
Caso 1	Carpo y tobillo izquierdos	Extensores carpo y pie izquierdos
Caso 2	2º MCF mano y codo izquierdos	No tenosinovitis
Caso 3	Rodilla izquierda	No tenosinovitis
Caso 4	Codo izquierdo	No tenosinovitis
Caso 5	2º a 4º MCF y 3º IFP mano derecha	Flexores 2º y 3º dedo mano derecha
Caso 6	Carpo izquierdo	No tenosinovitis
Caso 7	3º IFP derecha, 2º a 5º MCF ambas manos, carpo izquierdo, rodilla izquierda	Extensores muñeca derecha
Caso 8	Rodilla derecha y tobillo izquierdo	No tenosinovitis

MCF: metacarpofalángica. IFP: interfalángica proximal.

Resultados: Se registraron ocho casos de artritis por gonococo en el intervalo analizado, todos ellos diagnosticados en los años 2021 y 2022. Salvo un caso, todos fueron varones con edades comprendidas

Tabla P218

Tabla 2. Sensibilidades antibióticas, pautas de tratamiento administradas y duración del tratamiento, necesidad de cirugía y evolución de la infección

Caso	Sensibilidades antibióticas	Tratamiento hospitalario	Tratamiento ambulatorio	Cirugía	Evolución
Caso 1	Ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, gentamicina, azitromicina, doxiciclina	Ceftriaxona 6 días	Cefixima 14 días	No	Resolución
Caso 2	Ceftriaxona, ceftazidima, cefixima, ciprofloxacino, levofloxacino, azitromicina	Gentamicina + azitromicina 3 días	Ciprofloxacino 10 días	No	Resolución
Caso 3	Ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, azitromicina	Ceftriaxona 7 días	Cefixima + azitromicina 14 días	No	Resolución
Caso 4	Penicilina, ceftriaxona, cefotaxima, aztreonam, rifampicina, azitromicina, cloranfenicol	Cloxacilina + ceftriaxona 2 días, después ceftriaxona 4 días	Amoxicilina-ácido clavulánico 1 mes	Sí, artrotomía y desbridamiento de codo	Resolución
Caso 5	Ceftriaxona, cefotaxima, rifampicina, ciprofloxacina, clindamicina, azitromicina	Ceftriaxona 7 días	Ciprofloxacino 7 días	No	Resolución
Caso 6	No realizado	No ingreso	Azitromicina + cefixima dosis única	No	Resolución
Caso 7	Penicilina, ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, azitromicina	Ceftriaxona + cloxacilina + doxiciclina 2 días, después ceftriaxona 7 días	Ceftriaxona intravenoso 21 días	No	Resolución
Caso 8	Ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, azitromicina	Rechaza ingreso	Levofloxacino 14 días	No	Pérdida de seguimiento

entre 21 y 44 años. Constan antecedentes de infecciones de transmisión sexual en el 50% de los casos (el 75% de estos se habían infectado por sífilis y en el 25% restante constaba infección pasada por virus de hepatitis B). En el 50% de los casos la presentación fue como oligoartritis, 37,5% como monoartritis y 12,5% en forma de poliartritis. En el 37,5% de los pacientes se objetivó además componente de tenosinovitis. Respecto a la clínica extrartricular, solo un paciente refirió clínica genitourinaria, en forma de disuria. El 25% asoció lesiones cutáneas pustulosas en codos y manos y ningún paciente presentó clínica ocular. Se solicitaron hemocultivos en el 37,5% de los casos, y en ninguno de ellos se aisló *Neisseria gonorrhoeae*. Se realizó artrocentesis diagnóstica en el 87,5% de los casos y la rentabilidad del cultivo del líquido sinovial fue muy alta ya que solo en el 14,28% no se aisló la bacteria (los dos casos restantes fueron diagnosticados por aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en exudado uretral y faríngeo). Todas las infecciones fueron sensibles a cefalosporinas y azitromicina y mostraron una evolución favorable, salvo un caso en el que se perdió el seguimiento del paciente.

Conclusiones: Hemos detectado en nuestro servicio un aumento preocupante de casos de artritis por gonococo en los últimos dos años coincidiendo con la supresión de restricciones a los contactos tras superarse los peores momentos de la pandemia por COVID-19. A pesar de haberse descrito en los últimos años un aumento creciente de las resistencias del germen a antibióticos, en nuestro estudio el perfil de sensibilidades antibióticas fue favorable sin aislar cepas resistentes a cefalosporinas ni azitromicina.

P219. IMMUNE RESPONSES TO VACCINATION AGAINST HERPES ZOSTER (HZ) IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES UNDER TREATMENT WITH JAK-INHIBITORS: OUR PRELIMINARY RESULTS

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, Sara Calleja Antolín², Alejandra López Robles¹, Carolina Álvarez Castro¹, Elvira Díez Álvarez¹ and Jose María García Ruiz de Morales²

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Shingrix is a recombinant inactive vaccine available for the prevention of herpes zoster (HZ) infection, recently approved for patients with rheumatic diseases under treatment with JAK inhibitors. Because of its novelty, scant information is available on Shingrix vaccine responses in patients with immune-mediated rheumatic diseases (IMRD).

Objectives: To investigate the antibody responses to the HZ vaccine, including in selected rheumatic diseases treated with JAK-inhibitors (JAKi) pre- and post-Shingrix vaccination (weeks 4-6), and to identify factors associated with reduced immunogenicity.

Methods: Patients with selected rheumatic diseases under treatment with JAKi underwent two series of IM Shingrix vaccine (0.5 mL each) administered 2 months apart. Bloodwork was performed 4-8 weeks following 2nd dose of vaccine to assess post-vaccination antibody response. Pre and post-vaccination response was then compared using Anti Varicella Zoster Virus IgG Multiplex Flow Immunoassay (MFI). Blood lymphocyte distributions (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+) and NK cells, total serum IgG and IgM levels, and VZV-IgG and IgM, were investigated pre- and post-Shingrix vaccination (weeks 4-6).

Results: 38 patients were included, 79% were female with a median age at inclusion of 57 ± 10.5 years. Epidemiological, clinical, and treatment characteristics of patients are summarized in table 1 and VHZ IgG antibody levels and distributions of lymphocyte subpopulations in peripheral blood pre- and post-immunization are represented in table 2. Positive humoral responses were observed in 86% of patients. Mean changes VHZ-IgG antibody between post- and pre-vaccination sera were 4.6 ± 0.33 and 1.8 ± 1.98 (p < 0.0001), respectively. After immunization, the number of T cells (CD3+, CD4+, CD8+) and NK cells remained relatively unchanged however, the number of B cells (CD19+) increased significantly from 147.4 ± 156 to 780.62 ± 475.5 significantly (p < 0.0001). There was a 2.5-fold increase in antibody titers after immunization in RA patients, a 2.4-fold increase in SLE patients, a 2-fold increase in AP patients, a 2.5-fold increase in AS patients and a 3.5-fold increase in DM, with no significant difference between the different patients' subgroups. Results from multivariate regression analysis adjusted by age, gender, disease duration, treatments and glucocorticoid and MTX cumulative dose, showed a negative correlation between VHZ-IgG and age > 65 years (β = -0.34, p 0.03), disease duration (β = -0.58, p 0.04) and glucocorticoid cumulative dose (β = -0.42, p 0.02).

Table 1. Epidemiological, clinical and treatment characteristics of the 38 patients included

Female sex (n, %)	30 (79%)
Median age at inclusion (years)	57 ± 10.5
Mean disease time (years)	13.7 ± 13 years
Cumulative GC dose (mg)	21664 ± 9975 mg
Cumulative MTX dose (mg)	2770 ± 3770 mg
Median duration of treatment with JAKi (months)	8.5 ± 20.5
Type of JAKi	
Baricitinib (n, %)	14 (37%)
Tofacitinib (n, %)	15 (39%)
Upadacitinib (n, %)	9 (24%)
Diagnoses	
RA (n, %)	21 (55%)
SLE (n, %)	3 (8%)
AP (n, %)	6 (16%)
AS (n, %)	6 (16%)
DM (n, %)	2 (5%)

Table 2. Varicella zoster virus IgG Ab levels and distributions of lymphocyte subpopulations in peripheral blood pre- and post-immunization

	Pre-vaccination	Post-vaccination	P value
Total serum IgG (mg/dL)	958 ± 300	1,328.5 ± 308	0.04
Total serum IgM (mg/dL)	126 ± 98	118.5 ± 156	0.84
VZV IgG Ab (Ab Index)	1.8 ± 1.98	4.6 ± 0.33	0.0001
VZV IgM Ab (Ab Index)	0.32 ± 2.1	1.3 ± 3.4	0.72
CD3 (cells/mm ³)	1,065.5 ± 716.5	1,128 ± 721	0.63
CD19 (cells/mm ³)	147.4 ± 156	780.62 ± 475.5	0.0001
CD4 (cells/mm ³)	653 ± 584	783 ± 475.5	0.34
CD8 (cells/mm ³)	386.2 ± 260	392.7 ± 297.5	0.42
NK (cells/mm ³)	281.05 ± 189	284.52 ± 145.5	0.42

Conclusions: Our preliminary results show preserved seroconversion rates and VHZ-IgG antibodies and concurrently increase the number of CD19+ B-cells and total serum IgG in patients with rheumatic diseases on treatment with JAKi. Age > 65 years, disease duration and cumulative glucocorticoid dose are negatively correlated with humoral response.

P220. FIABILIDAD INTEROBSERVADOR Y SENSIBILIDAD AL CAMBIO DE UN ÍNDICE COMPUESTO DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA OCULAR: UVEDAI

Esperanza Pato Cour¹, Lara Borrego-Sanz², Marta Domínguez-Álvaro³, Fernando Sanchez-Alonso³, Fayna Rodríguez-González⁴, Marta Tejera-Santana⁴, Mar Esteban-Ortega⁵, Isabel Garcia-Lozano⁵, Lucía Martínez-Costa⁶, Samuel Gonzalez-Ocampo⁶, Maite Sainz-de-la-Maza⁷, Aina Moll-Udina⁷, Zulema Plaza³, Alejandro Fonollosa-Calduh⁸, Joseba Artaraz⁸, Teresa Díaz-Valle⁹, Maria Gurrea-Almela⁹, David Diaz-Valle² y Rosalía Méndez-Fernández²

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Unidad de Investigación de la SER. ⁴Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Gran Canaria. ⁵Servicio de Oftalmología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁶Servicio de Oftalmología. Hospital Doctor Peset. Valencia. ⁷Servicio de Oftalmología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁸Servicio de Oftalmología. Hospital de Cruces. Bilbao. ⁹Servicio de Oftalmología. Hospital de Móstoles.

Objetivos: Determinar la fiabilidad interobservador y demostrar la sensibilidad al cambio del índice UVEDAI.

Métodos: estudio observacional, longitudinal, prospectivo y multicéntrico en 7 hospitales españoles. Se reclutaron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de uveítis. Se realizó una visita basal completa por dos oftalmólogos que determinaron la actividad inflamatoria ocular con el índice UVEDAI de forma independiente y sin tener contacto entre ellos. Además, el oftalmólogo 1 realizó una nueva visita a las 4 semanas para determinar el cambio en el nivel de actividad inflamatoria uveal mediante el índice UVEDAI. El análisis de fiabilidad interobservador se realizó mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclase (CCI), con los valores de las variables y del índice UVEDAI obtenidos por el oftalmólogo 1 y el oftalmólogo 2 en el ojo activo en la visita basal. La sensibilidad al cambio de UVEDAI se evaluó a las 4 semanas desde el inicio del tratamiento farmacológico mediante la determinación del cambio clínicamente relevante (CCR) definido como una variación de UVEDAI de 0,8 puntos entre la visita basal y la visita de las 4 semanas.

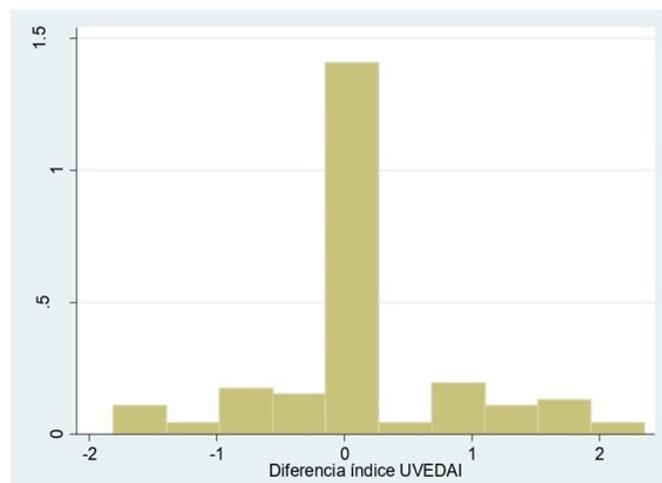
Resultados: Se incluyeron un total de 111 pacientes, de los cuales un 54,1% fueron hombres. La edad media en el momento de la visita fue de 49,9 años. De todas las uveítis, un 36,9% fueron uveítis idiopáticas, y un 58,6% de localización anatómica anterior. El valor del índice de actividad inflamatoria ocular UVEDAI se calculó a partir de la puntuación obtenida en las 7 variables del índice. El valor medio de UVEDAI recogido en el ojo activo en la visita basal por el oftalmólogo 1 fue de 1,9, siendo de 1,2 puntos en caso de las uveítis anterior-

res y 2,8 que en el caso de las uveítis intermedias/posteriores. En el análisis de la fiabilidad interobservador el CCI para el valor del índice UVEDAI fue de 0,9, y cuando se compararon los valores medios de UVEDAI obtenidos por los dos oftalmólogos para el ojo activo en la visita basal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p-valor > 0,05), ni para la muestra total ni diferenciando por localización anatómica. Respecto a la sensibilidad del cambio de UVEDAI, cuando se compararon los valores medios del índice UVEDAI del ojo activo medido por el oftalmólogo 1 en la visita basal y en la visita a las 4 semanas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,00), tanto en la muestra global como diferenciando por localización anatómica de la uveítis. En todos los casos, el valor del índice disminuyó significativamente más de 1 punto en la visita a las 4 semanas tras el tratamiento recibido para la uveítis.

Sensibilidad al cambio: valor medio y diferencia en el valor del índice UVEDAI medido por el oftalmólogo 1 en el ojo activo en la visita basal y las 4 semanas

Localización anatómica	Anterior	Intermedia/Posterior	Total
Índice UVEDAI visita basal oft.1*	1,2 ± 1,6	2,8 ± 1,8	1,9 ± 1,8
Índice UVEDAI visita 4 sem oft.1*	0,2 ± 0,5	1,2 ± 1,5	0,6 ± 1,1
Diferencia UVEDAI	1,04	1,54	1,25
p	0,00	0,00	0,00

*Media ± desviación estándar.



Fiabilidad interobservador: diferencias obtenidas en la puntuación del índice UVEDAI por el oftalmólogo 1 y 2 en la visita basal.

Conclusiones: La fiabilidad interobservador del UVEDAI fue alta la muestra total y en las distintas variables, aspecto importante para la validez del índice. Asimismo, el índice fue sensible en determinar el cambio de la actividad inflamatoria tras el tratamiento tanto en uveítis anteriores como en uveítis intermedias/posteriores/panuveítis. Creemos que es un índice de actividad que podría ser utilizado tanto en práctica clínica habitual y como en estudios y ensayos clínicos para comparar resultados de forma objetiva.

P221. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Marta Serrano Warleta¹, Ana Corral Bote¹, Lourdes Villalobos-Sánchez¹, Boris Blanco-Cáceres¹, Javier Bachiller-Corral¹, María Teresa Rodríguez Serrano¹, Mónica Vázquez-Díaz¹ y Pablo Lázaro y de Mercado²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Investigador independiente de servicios de salud. Madrid.

Objetivos: Las enfermedades reumáticas (ER) se encuentran entre las enfermedades crónicas más comunes en la población general, lo

que supone un gran consumo de recursos en Atención Primaria y Especializada. Las decisiones terapéuticas en Reumatología suelen estar basadas en niveles de actividad medida con herramientas específicas de enfermedad. No obstante, varios estudios han demostrado diferencias entre lo percibido por el médico y lo declarado por el paciente. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se

considera un indicador importante para valorar el estado de salud poblacional y medir el impacto de las actuaciones médicas. El principal objetivo de este estudio es conocer la CVRS de los pacientes con ER y compararla con la población general.

Métodos: Estudio observacional, transversal, unicéntrico, con inclusión consecutiva de pacientes ambulatorios mayores de

Variable	N	Categorías	n	%
Sexo	1.144	Mujer	820	71,68
		Hombre	324	28,32
Edad*	1.144	18-24 años	36	3,15
		25-34 años	74	6,47
		35-44 años	167	14,60
		45-54 años	255	22,29
		55-64 años	277	24,21
		65-74 años	182	15,91
		75-84 años	121	10,58
		85+ años	32	2,80
Pais de nacimiento	1.139	España	953	83,67
		Otro país	186	16,33
Ciudad de residencia	1.135	Madrid	1.046	92,16
		Otra	89	7,84
Estado civil	1.141	1. Casado/a	590	51,71
		2. Soltero/a	301	26,38
		3. Viudo/a	106	9,29
		4. Separado/a	94	8,24
		5. Divorciado/a	40	3,51
		6. NS/NC	10	0,88
Situación de convivencia	1.141	1. Solo/a	190	16,65
		2. Solo/a con su/s hijo/a/s	120	10,52
		3. Con su cónyuge o pareja	346	30,32
		4. Con su cónyuge o pareja con hijos/as	299	26,21
		5. Con su padre y/o madre	95	8,33
		6. Con cónyuge/pareja e hijos/as y otras personas	50	4,38
		7. Otra situación	38	3,33
		8. NS/NC	3	0,26
Nivel de estudios	1.125	1. No sabe leer o escribir	9	0,80
		2. Educación primaria incompleta	83	7,38
		3. Educación primaria completa	154	13,69
		4. Educación secundaria primera etapa	116	10,31
		5. Estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales	357	31,73
		6. Estudios universitarios o equivalentes	405	36,00
		7. NS/NC	1	0,09
Situación laboral	1.123	1. Trabaja (por cuenta propia o por cuenta ajena)	514	45,77
		2. Jubilado/a o pensionista (anteriormente ha trabajado)	285	25,38
		3. Pensionista (anteriormente no ha trabajado)	67	5,97
		4. Parado/a y ha trabajado antes	99	8,82
		5. Parado/a y busca su primer empleo	5	0,45
		6. Estudiante	31	2,76
		7. Trabajo doméstico no remunerado	58	5,16
		8. Otra situación	60	5,34
		9. NS/NC	4	0,36
Persona que aporta el mayor ingreso al hogar	1.117	1. El paciente	578	51,75
		2. Otra persona	488	43,69
		3. NS/NC	51	4,57
Clase social (grupo profesional al que pertenece o perteneció la persona que aporta más ingresos al hogar)	974	I. Director >10 empleados y profesión asociada licenciatura universitaria.	132	13,55
		II. Director <10 empleados y profesión asociada a diplomatura universitaria. Deportistas, artistas.	56	5,75
		III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.	129	13,24
		IV. Supervisor y trabajador en ocupaciones técnicas cualificadas.	194	19,92
		V. Trabajador cualificado.	234	24,02
		VI. Trabajador no cualificado.	88	9,03
NS/NC	141	14,48		

P221 Figura 1. Tabla 1. Descripción de la muestra: Variables sociodemográficas.

18 años atendidos en la consulta hospitalaria de reumatología. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, y CVRS medida con el EuroQoL de 5 dimensiones y 5 niveles (EQ-5D-5L) que incluye el EQ-Índice (escala 0-1) y una escala visual analógica (EVA, escala 0-100). Se realizó un análisis descriptivo y una comparación con la población española según la Encuesta Nacional de Salud (tablas 1 y 2).

Resultados: Se incluyeron 1.144 pacientes, 820 (71,68%) de los cuales fueron mujeres, con una edad media de 56,1 años (rango 18-95). 241 (25,44%) fueron pacientes nuevos. El diagnóstico más frecuente fue artropatías inflamatorias y microcristalinas (37,33%). En los pacientes con ER, la CVRS medida con el EQ-Index y con la EVA, fue 0,186 y 12 puntos menor, respectivamente, que en la población general (tabla 3). La CVRS afectó a las 5 dimensiones de salud, especialmente a “dolor/malestar”, seguida de “actividades cotidianas” y

“movilidad”. Esta reducción de la CVRS se mantuvo tanto en hombres y mujeres, y en todos los segmentos de edad, aunque fue mayor entre los 18 y 65 años. La reducción de CVRS afectó a todos los subtipos de ER, especialmente a la “Patología mecánica periférica y axial” y al grupo de “Patología de tejidos blandos”.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas declaran peor CVRS en comparación a la población general en todas las dimensiones de la CVRS. Los hallazgos de este estudio sugieren que la CVRS debe ser considerada como una variable fundamental en la descripción de la situación y como medida de resultado de las intervenciones que reciben los pacientes de todos los grupos de edad en las consultas de reumatología, entendiendo la repercusión de la enfermedad y su tratamiento. Consideramos muy importante saber qué efecto estamos produciendo con nuestros actos médicos en la vida de las personas.

Variable	N	Categorías	n	%
Tipo de consulta	1.144	Nuevo	291	25,44
		Revisión	853	74,56
Diagnóstico principal	1.144	1. Patología mecánica periférica y axial	265	23,16
		2. Patología de tejidos blandos	104	9,09
		3. Neuropatías	17	1,49
		4. Patología metabólica	101	8,83
		5. Patología infecciosa	1	0,09
		6. Artropatías inflamatorias y microcristalinas	427	37,33
		7. Vasculitis - conectivopatías	229	20,02
Estado del diagnóstico principal	1.144	Confirmado	1.088	95,10
		De sospecha	56	4,90
Diagnóstico secundario	507	1. Patología mecánica periférica y axial	254	50,10
		2. Patología de tejidos blandos	124	24,46
		3. Neuropatías	22	4,34
		4. Patología metabólica	23	4,54
		5. Patología infecciosa	2	0,39
		6. Artropatías inflamatorias y microcristalinas	31	6,11
		7. Vasculitis - conectivopatías	51	10,06
Estado del diagnóstico secundario	501	Confirmado	483	96,41
		De sospecha	18	3,59
Tabaco	1.099	Fuma diariamente	156	14,19
		Fuma, pero no diariamente	45	4,09
		No fuma actualmente, pero ha fumado antes	396	36,03
		No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual	502	45,68
Alcohol (Consumo de riesgo)	1.083	Sí	0	0,00
		No	1.083	100,00
Otras adicciones	1.057	Sí	8	0,76
		No	1.049	99,24
Actividad física	1.097	Actividad sedentaria (leer, ver televisión, ...)	264	24,07
		Actividad física o deportiva ocasional	580	52,87
		Actividad física o deportiva varias veces al mes	116	10,57
		Actividad física o deportiva varias veces a la semana	137	12,49
Índice de masa corporal	1.019	Peso insuficiente (IMC<18,5)	36	3,53
		Normopeso (IMC≥18,5 y <25)	420	41,22
		Sobrepeso (IMC≥ 25 y <30)	375	36,80
		Obesidad (IMC>30)	188	18,45
Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	1.134	Muy bueno	52	4,59
		Bueno	372	32,80
		Regular	477	42,06
		Malo	183	16,14
		Muy malo	50	4,41

P221 Figura 2. Tabla 2. Descripción de la muestra: Variables clínicas, hábitos, y estado de salud percibido.

		Pacientes del SR-HURyC			Población general adulta española (ENSE)				
		EVA			EVA				
Variable	Categoría	n	Media	D.E.	n	Media	D.E.	Diferencia de medias	p*
Sexo	Hombre	307	69,31	19,01	9.412	79,44	17,12	-10,13	0,000
	Mujer	750	63,60	22,29	11.175	75,72	19,69	-12,12	0,000
Edad (años)	18-24	36	78,31	17,04	1.236	88,16	12,12	-9,85	0,001
	25-34	72	77,97	18,80	2.757	85,37	13,51	-7,40	0,001
	35-44	154	69,18	20,48	3.951	81,41	15,74	-12,23	0,000
	45-54	237	66,74	20,84	3.574	77,17	17,44	-10,43	0,000
	55-64	260	62,37	20,75	3.173	73,16	18,58	-10,79	0,000
	65-74	157	64,62	20,26	2.731	69,82	19,08	-5,20	0,002
	75-84	112	56,26	22,98	2.350	62,57	20,69	-6,31	0,005
	85+	29	48,55	22,15	815	54,55	22,61	-6,00	0,162
Total		1.057	65,26	21,54	20.587	77,53	18,60	-12,27	0,000

		EQ-Index			EQ-Index				
		EQ-Index			EQ-Index				
Variable	Categoría	n	Media	D.E.	n	Media	D.E.	Diferencia de medias	p*
Sexo	Hombre	304	0,788	0,184	9.412	0,938	0,138	-0,150	0,000
	Mujer	755	0,703	0,236	11.175	0,892	0,159	-0,189	0,000
Edad (años)	18-24	36	0,858	0,143	1.236	0,976	0,098	-0,117	0,000
	25-34	73	0,818	0,178	2.757	0,970	0,109	-0,152	0,000
	35-44	164	0,746	0,203	3.951	0,950	0,127	-0,204	0,000
	45-54	241	0,740	0,214	3.574	0,928	0,141	-0,188	0,000
	55-64	257	0,698	0,227	3.173	0,899	0,150	-0,201	0,000
	65-74	158	0,756	0,213	2.731	0,865	0,154	-0,109	0,000
	75-84	102	0,659	0,271	2.350	0,781	0,167	-0,122	0,000
	85+	28	0,473	0,233	815	0,625	0,182	-0,152	0,002
Total		1.059	0,728	0,226	20.587	0,914	0,150	-0,187	0,000

P221 Figura 3. Tabla 3. Comparación de la Escala Visual Analógica y el EQ-Index del EQ-5D-5L en los pacientes del SR-HURyC, con la población general adulta española, según sexo y edad.

P222. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE TUI TS SOBRE FÁRMACOS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN TWITTER

Adrián Abbasi Pérez¹, Miguel Ángel Álvarez-Mon^{2,3}, Carolina Donat-Vargas⁴ y Melchor Álvarez-Mon Soto^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ²Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ³Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. ⁴IMDEA-Food Institute. Universidad Autónoma de Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.

Introducción: Twitter es una red social que permite la difusión de información a través de mensajes cortos. Su contenido es aportado por usuarios que pueden publicar contenido adecuado o, por el contrario, mensajes sin rigor científico. Su uso en Reumatología se ha extendido notablemente.¹

Objetivos: 1) Examinar el volumen y tipo de tuits relacionados con fármacos usados en Reumatología; 2) describir a los usuarios que tuitean y el contenido de sus tuits; 3) detectar si hay contenido falso (medicamento inapropiadas según los conocimientos actuales).

Métodos: Se analizó el contenido de los tuits publicados entre el 25 de enero y el 20 de febrero de 2020, en inglés o español, sobre 16 fármacos usados en Reumatología: metotrexato (MTX), adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, abatacept, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, sarilumab, tocilizumab, rituximab, anakinra, belimumab y canakinumab. Se obtuvo un total de 8.829 tuits originales (fig. 1). Para el estudio se utilizó una muestra aleatoria del 25% del total de tuits de cada fármaco, con al menos 100 tuits (si no, se analizaron 100). Este proceso llevó al análisis de 1.703 tuits, revisados por dos investigadores. Después se creó un codebook con las preguntas de investigación. En función de su contenido cada tuit se clasificó como clasificable o inclasificable. Con este método obtuvimos 1.089 tuits clasificables.

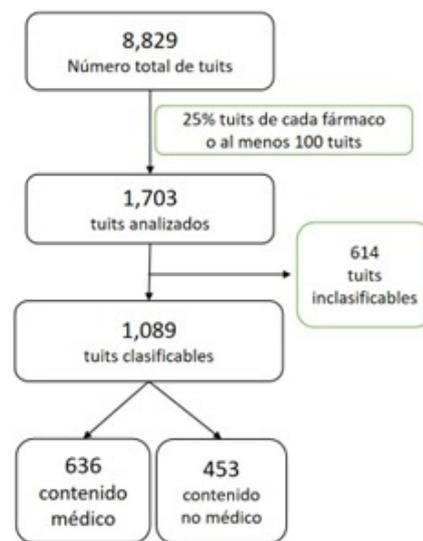


Figura 1. Flowchart.

Resultados: En primer lugar analizamos el número de tuits generados por los fármacos mencionados (F.2). El 24,7% de los tuits son sobre MTX. Hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de tuits emitidos según el tipo de usuario. Los pacientes y sus familiares publicaron principalmente tuits sobre MTX mientras que los profesionales e instituciones sanitarias y las asociaciones de pacientes publicaron más sobre anti-TNF. En cambio la industria farmacéutica centró sus tuits en los anti-IL17. Las revistas científicas y los medios de comunicación distribuyeron sus tuits de forma heterogénea. En cuanto a la proporción de contenido médico y no médico entre los fármacos hay diferencias estadísticamente significativas. El contenido médico prevaleció en todos los medicamentos salvo en

	MTX	Anti-TNF	Anti-CTLA	Anti-IL12	Anti-IL17	Anti-IL 6	Anti-CD20	Anti-IL1	Anti-BLYS	Anti-IL1	TOTAL
No determinado	10	10	8	0	2	0	3	0	0	0	33
Paciente	74	44	0	7	3	3	23	16	3	0	173
Familiar de paciente	12	4	0	0	0	0	12	1	1	0	30
Profesional de la salud	77	121	28	39	29	35	73	22	19	2	445
Institución sanitaria	7	10	12	6	7	12	3	2	1	0	60
Industria farmacéutica	3	6	0	2	7	1	2	0	0	0	21
Prensa generalista	42	40	11	22	13	13	4	2	6	3	156
Revistas científicas	32	21	5	2	13	20	8	4	4	2	111
Asociación de pacientes	12	25	0	6	3	0	10	0	3	1	60
Total	269	281	64	84	77	84	138	47	37	8	1.089

P222 Figura 2. Número de tuits sobre fármacos según el tipo de usuario.

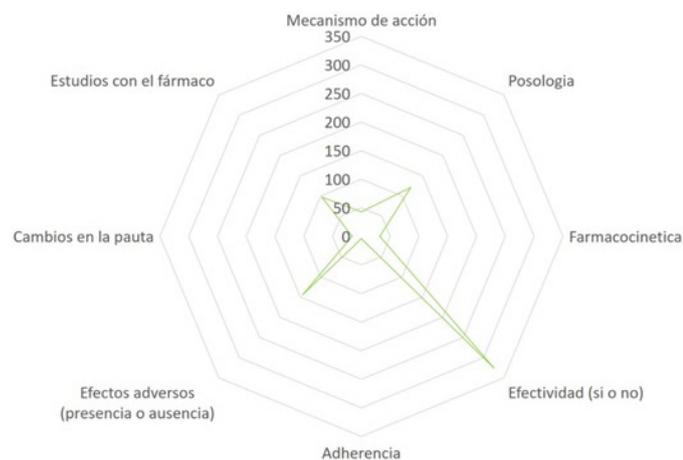


Figura 3. Distribución de los tuits según su contenido médico.

anti-CD20 y anti-IL1. Respecto al contenido médico, el tema más tratado fue la eficacia seguido de posología y efectos adversos (F.3) Del total de tuits en los que se hablaba de eficacia el 88,3% afirmaba que el fármaco era eficaz. De los 122 tuits que abordaban los efectos adversos el 85,5% describía la presencia de estos. El contenido no médico se distribuyó según el tipo de usuario. Los tuits de temas económicos prevalecieron en pacientes, sanitarios y empresas farmacéuticas. En el apartado de difusión de contenido destacaron los profesionales e instituciones sanitarias. En los tuits que expresaban opiniones personales predominó los negativos sobre los positivos, y la mayoría procedían de pacientes. Por último, la mayoría de tuits de

petición de ayuda eran de sanitarios. En contraste con otros trabajos del equipo la cantidad de tuits inapropiados fue muy bajo (8 en total)². **Conclusiones:** encontramos que (i) se tuitea más sobre MTX, tratamiento de primera línea en varias enfermedades; (ii) la distribución del contenido médico y no médico varía según el tipo de usuario; y (iii) la cantidad de contenido *fake* sobre fármacos es muy bajo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Arthritis Care Res. 2022;doi.org/10.1002/ACR.24868
2. Int J Environ Health Res. 2021;doi.org/10.3390/IJERPH18179094

P223. TRAS FALLO A JAK, ¿SWITCHING O CYCLING?

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

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

Introducción: La aparición de los inhibidores JAK (iJAK) en los últimos años ha demostrado una gran aplicabilidad clínica en patología reumática y se han convertido en una línea terapéutica novedosa y ampliamente utilizada. Sin embargo, existe una limitada evidencia en vida real de las alternativas terapéuticas a utilizar tras el fracaso a un primer iJAK: un segundo iJAK o el cambio de diana terapéutica. **Objetivos:** Analizar las alternativas de tratamiento tras fallo a iJAK en condiciones de vida real.



P223 Figura. Retención de fármacos en cycling y switching.

Tabla P223

Total de pacientes n = 95	ijAK cycling (n = 25)	Anti-TNF (n = 16)	Anti-IL6 (n = 15)	Anti-CTLA4 (n = 7)	Anti-IL12/23 (n = 1)	Anti-IL17 (n = 2)	Anti-IL23 (n = 3)	Otros (n = 13)	No (n = 5)
Edad al inicio del ijAK -años (DE)	51,56 (12,21)	52,81 (16,19)	55,07 (10,31)	62,57 (12,93)	69 (NA)	50,5 (7,78)	56,33 (4,16)	47,69 (16,6)	63,6 (16,46)
Sexo femenino-n(%)	24 (96)	11 (68,75)	12 (80)	6 (85,71)	1 (100)	1 (50)	1 (33,33)	9 (69,23)	5 (100)
Diagnóstico - n (%)									
AR	21 (84)	12 (75)	14 (93,33)	6 (86)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (62)	3 (60)
EA	0 (0)	2 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	2 (40)
APs	2 (8)	1 (6,25)	1 (6,67)	1 (14)	1 (100)	2 (100)	2 (67)	2 (15)	0 (0)
AIJ	1 (4)	1 (6,25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (23)	0 (0)
Otros	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Uso previo de FAMEb - n (%)									
Fallo a 1	3 (12,5)	4 (30,8)	5 (36)	2 (33)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	1 (20)
Fallo a 2	4 (16)	1 (7,7)	5 (38)	2 (33)	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
Fallo a 3	9 (37,5)	5 (33,33)	3 (21)	1 (17)	0 (0)	2 (100)	2 (67)	10 (77)	2 (40)
FAMEs concomitante - n (%)	13 (52)	10 (62,5)	6 (40)	4 (57,14)	1 (100)	0 (0)	2 (66,67)	7 (53,85)	2 (40)
Tipo de JAK de origen - n (%)									
Tofacitinib	17 (68)	12 (75)	8 (53)	6 (85,71)	1 (100)	2 (100)	1 (33,33)	6 (46,15)	2 (40)
Baricitinib	7 (28)	1 (6,25)	7 (47)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (46,15)	1 (20)
Upadacitinib	1 (4)	3 (18,75)	0 (0)	1 (14,29)	0 (0)	0 (0)	2 (66,67)	1 (7,69)	2 (40)
Causa de fin - n (%)									
Fallo 1º	3 (12)	7 (43,75)	4 (26,67)	1 (14,29)	0 (0)	0 (0)	1 (33,33)	3 (23,07)	0 (0)
Fallo 2º	14 (56)	2 (11,76)	3 (20)	1 (14,29)	0 (0)	1 (50)	1 (33,33)	5 (38,46)	0 (0)
Reacción adversa	6 (24)	5 (32,73)	6 (40)	4 (57,13)	1 (100)	1 (50)	1 (33,33)	4 (30,77)	3 (60)
Otros	2 (8)	2 (11,76)	2 (13,33)	1 (14,29)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	2 (40)

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal de pacientes que iniciaron tratamiento con ijAK y que suspendieron el mismo entre 2013 y 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas de la historia clínica electrónica. Se analizó el *switching* y el *cycling* en función del fármaco pautado tras el ijAK, agrupándolos en las siguientes dianas: anti-TNF, anti-IL6, anti-CTLA4, anti IL-12/23, anti IL-17, anti IL-23, otro ijAK u otras situaciones. Se analizó la retención del tratamiento a los 9 meses tras el cambio de terapia.

Resultados: De un total de 265 prescripciones de ijAK, 95 fallos a tratamiento con ijAK fueron incluidos en el estudio. La indicación más frecuente fue la AR (n = 71), y el ijAK con mayor proporción de fallo registrada fue el tofacitinib (n = 61) (tabla). La causa más frecuente de fin de tratamiento fue el sufrir una reacción adversa (34,74%), seguida por fallo secundario (28,42%) y fallo primario (21,05%). De entre todas las suspensiones de ijAK, lo más frecuente fue realizar un *cycling* a otro ijAK (n = 25), seguido por un *switching* a otras familias como anti-TNF (n = 16) y anti-IL6 (n = 15). A los 9 meses tras el cambio en la prescripción, el 83,33% de los *cycling* a otro ijAK y el 73,5% de *switching* a otra diana terapéutica continuaban con el tratamiento (fig.). La retención no fue estudiada en 17 pacientes dado que el tiempo transcurrido desde el cambio de terapia era inferior a 9 meses.

Conclusiones: Tras el fallo a un primer ijAK, en nuestra serie observamos que el *cycling* a otro ijAK es la alternativa mayoritaria, realizándose generalmente en pacientes que presentaron fallo secundario. En el caso de los pacientes cuya alternativa fue el *switching*, la retirada del ijAK se debió a efectos adversos. El 83,33% de los *cycling* y el 73,5% de los *switching* mantuvieron el tratamiento a los 9 meses tras la prescripción.

P224. COVID 19 E IJAK: ANÁLISIS TRAS TRES AÑOS DE PANDEMIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

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

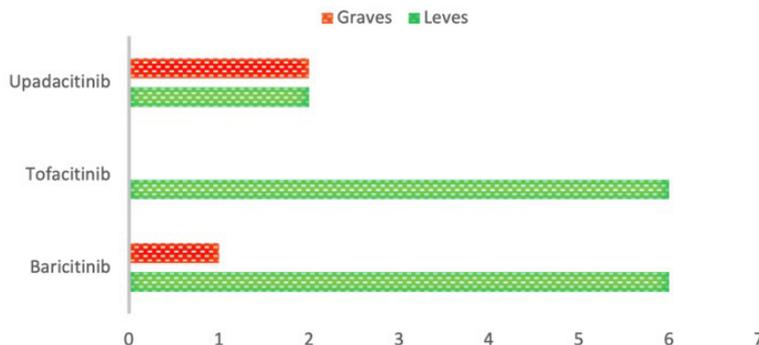
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: La pandemia del coronavirus (COVID-19) ha sido causada por el virus SARS-CoV-2 que desde hace tres años viene generando una revolución a nivel mundial en todos los ámbitos, especialmente en el de la salud. Es importante tener en cuenta esta entidad en pacientes inmunodeprimidos, como aquellos tratados con inhibidores de JAK (ijAK).

Objetivos: Analizar el impacto tras tres años de la pandemia COVID-19 en los pacientes en tratamiento con ijAK del servicio de Reumatología de un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de pacientes en tratamiento con ijAK desde diciembre de 2019 hasta diciembre de 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas de la historia clínica electrónica. Se analizó la incidencia de COVID-19 como evento adverso. Se categorizaron como COVID-19 grave aquellas infecciones que requirieron ingreso hospitalario o pusieron en riesgo la vida del paciente. Se analizó la proporción de vacunados de la muestra.

INFECCIONES POR COVID-19



P224 Figura. Infecciones por COVID-19 en cada ijAK.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes en tratamiento con iJAK cuyas características se describen en la tabla. La enfermedad más frecuente fue la artritis reumatoide (n = 162) y el iJAK más utilizado el tofacitinib (n = 89). 193 (92,34%) pacientes recibieron al menos 1 dosis de la vacuna. Se recogieron un total de 17 infecciones COVID-19 como evento adverso, siendo 3 de ellas infecciones graves. Ninguno de los pacientes que requirieron hospitalización estaban vacunados en el momento de la infección. Con respecto a las 14 infecciones leves, 7 estaban vacunados. Se registró un *exitus* no debido a la infección. Baricitinib (n = 7) fue el iJAK más frecuentemente relacionado con infecciones leves, mientras que Upadacitinib (n = 2) lo estuvo con infecciones graves (fig.).

	Total de pacientes n = 209
Edad - años (DE)	62 (8,20)
Sexo femenino - n (%)	165 (78,94%)
Diagnóstico	
Artritis reumatoide	162 (77,51%)
Artritis psoriásica	23 (11%)
Espondiloartritis axial	12 (5,74%)
Artritis idiopática juvenil	2 (0,95%)
Otros	10 (4,78%)
Comorbilidades - n (%)	
Dislipemia	64 (30,62%)
Hipertensión arterial	56 (26,79%)
Diabetes mellitus	20 (9,56%)
Tabaquismo	38 (18,18%)
Tipo de JAK - n (%)	
Tofacitinib	89 (42,58%)
Baricitinib	56 (26,79%)
Upadacitinib	60 (28,70%)
Filgotinib	4 (1,91%)
Tratamiento concomitante-n (%)	
FAME	107 (51,19%)
Corticoides	110 (52,63%)
Vacunación COVID-19	193 (92,34%)
Infecciones COVID-19	
Leves	14
Graves	3
Infecciones en pacientes vacunados	7
<i>Exitus</i>	1

Conclusiones: En nuestra serie de 209 pacientes, encontramos una incidencia de 17 infecciones por COVID-19, 3 de ellas graves. El 92,34% de la muestra estaba vacunada. No encontramos infecciones en pacientes en tratamiento con filgotinib, probablemente debido al escaso tiempo de comercialización y a los pocos pacientes tratados. Es remarcable el escaso número de infecciones reportadas, especialmente en la segunda mitad de la pandemia. Esto puede ser debido a la efectividad de la vacuna, al éxito de las campañas de vacunación y a la normalización de la patología, con el consecuente infradiagnóstico de la enfermedad.

P225. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LAS JAK QUINASAS

Ángel Almansa Ramírez¹, Cinthia Serrano Virlán², Marta Pastor Mena³, Cristina Fuentes Rodríguez³, Blanca Viejo Sosa³ y Clara Fuego Varela³

¹Hospital Torrecárdenas. Almería. ²Hospital Punta de Europa. Algeciras. ³Hospital de Jerez de la Frontera.

Objetivos: Evaluar el incremento del riesgo cardiovascular en los pacientes con patología reumática que han recibido tratamiento con FAMEs sintéticos dirigidos inhibidores de las proteínas JAK quinasas. Medir la aparición de nuevos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en estos pacientes que se puedan correlacionar con el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares futuros.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y multicéntrico de un total de 104 pacientes pertenecientes a las áreas sanitarias de la provincia de Almería y provincia de Cádiz, con diag-

nóstico de artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis y artritis idiopática juvenil en tratamiento con FAMEs sintéticos inhibidores de las JAK quinasas. Se han medido los FRCV previos al inicio del tratamiento y los FRCV que han aparecido durante el tratamiento, así como los eventos cardiovasculares.

Resultados: Se han incluido 104 pacientes, de los cuales un 76,9% son mujeres, con una mediana de edad de 55,5 años. De todos ellos, un 82,6% estaban diagnosticados de artritis reumatoide, un 13,4% artritis psoriásica, un 2,8% espondilitis anquilosante y un 0,9% artritis idiopática juvenil. En cuanto a los fármacos inhibidores de las JAK que reciben estos pacientes, un 27,8% estaba en tratamiento con baricitinib, un 11,5% con filgotinib, un 30,7% con tofacitinib y un 29,8% con upadacitinib. Estos pacientes han recibido tratamiento con fármacos inhibidores de las JAK quinasas durante una media de 19,7 meses y una mediana de 12,5 meses. De los 104 pacientes, un 55,7% no presentaba ningún factor de riesgo cardiovascular previo al tratamiento, un 26,9% presentaba al menos un factor de riesgo y un 17,3% dos o más FRCV. Tras la exposición a los fármacos inhibidores de las JAK quinasas un 69,2% permanecieron con los mismos FRCV, un 23% desarrolló un nuevo FRCV y un 7,6% desarrolló dos o más FRCV nuevos. De los 104 pacientes analizados solo se ha registrado un evento cardiovascular (ictus isquémico) bajo el tratamiento de los inhibidores de las JAK quinasas.

Conclusiones: De los datos obtenidos se puede concluir que los pacientes en tratamiento con inhibidores de las JAK quinasas presentan un riesgo similar a la población general de padecer eventos cardiovasculares. No se ha podido establecer una clara correlación en la aparición de nuevos factores de riesgo cardiovascular con la instauración del tratamiento con fármacos inhibidores de las JAK quinasas. En nuestra muestra de 104 pacientes, 72 pacientes permanecieron con los mismos FRCV que presentaban antes del tratamiento, 23 pacientes desarrollaron un FRCV más y 8 pacientes dos o más FRCV más. De la muestra analizada solo se ha registrado un evento cardiovascular (ictus isquémico) bajo el tratamiento de los inhibidores de las JAK quinasas.

P226. POTENCIAL DE UNA NUEVA TECNOLOGÍA PROTEÓMICA COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA EL DESARROLLO DE UNA MEDICINA DE PRECISIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Nuria Barbarroja¹, Yas Hanaee¹, Clementina López-Medina¹, Julio Manuel Martínez-Moreno¹, Jerusalem Calvo-Gutiérrez¹, Rafaela Ortega¹, Maria Lourdes Ladehesa-Pineda¹, Iván Arias-de la Rosa¹, María Ángeles Aguirre¹, María Dolores López-Montilla¹, M.A. Puche-Larrubia¹, Eduardo Collantes¹, Alejandro Escudero-Contreras¹, Chary López-Pedrerá¹ y Carlos Pérez-Sánchez^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología celular, fisiología e inmunología. Universidad de Córdoba. Campus de Excelencia Internacional Agroalimentario. ceiA3. Córdoba.

Introducción: Las enfermedades reumáticas como el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide (AR), la esclerosis sistémica (SSc), la espondiloartritis axial (EspAax) y la artritis psoriásica (APs) se caracterizan por una compleja heterogeneidad clínica y molecular. Las nuevas tecnologías disruptivas podrían contribuir al conocimiento de su patogénesis y al manejo clínico.

Objetivos: Evaluar el potencial de la innovadora tecnología proteómica "proximity extensión assay" (PEA) (Olink) para identificar biomarcadores y nuevas dianas terapéuticas, estratificar pacientes e incrementar el conocimiento sobre la patogénesis de las enfermedades reumáticas.

Métodos: 533 pacientes: 141 LES, 120 AR, 72 SSc, 100 EspAax y 100 APs y 50 donantes sanos (DS) fueron incluidos en el estudio donde se obtuvieron muestras de suero y datos clínicos. Una firma de 368 proteínas divididas en 4 paneles de 92 biomarcadores asociados con inflamación

(LES, AR, EspAax y DS), daño a órganos (LES, SSc y DS), enfermedad cardiovascular (AR, EspAax, APs y DS), y el cardiometabolismo (AR y DS) se analizó utilizando la tecnología PEA de Olink (Cobiomic Bioscience SL). La tecnología PEA reconoce proteínas utilizando pares de anticuerpos que contienen secuencias de ADN únicas que se amplifican mediante PCR en tiempo real. Los datos se analizaron mediante t-test, análisis de clúster no supervisado, curvas ROC y PCA, entre otros. **Resultados:** En pacientes con LES, el análisis de clúster no supervisado utilizando el proteoma circulante identificó 2 grupos con características clínicas distintivas en cuanto a actividad de la enfermedad y la presencia de daño renal. También se identificaron varias proteínas como nuevos biomarcadores no invasivos de la nefropatía lúpica. En SSc, un panel de proteínas relacionadas con el daño orgánico identificó un subgrupo de pacientes caracterizados por compromiso de múltiples órganos, incluida fibrosis pulmonar y cutánea y dismotilidad esofágica, junto con una preponderancia de positividad de anticuerpos anti-scl70. En pacientes con EspAax, los niveles de varias proteínas relacionadas con inflamación y enfermedad cardiovascular (ECV) se alteraron en comparación con los DS y se asociaron con características clínicas clave. En AR, una firma específica de quimioquinas antes de la terapia identificó a los pacientes que no respondieron a la terapia anti-TNF y metotrexato después de 3 meses de tratamiento, lo que señala su papel como predictor de la respuesta a la terapia. Además, varias proteínas asociadas con la ECV y el metabolismo fueron moduladas por el efecto del metotrexato y el tofacitinib, resaltando su papel como biomarcadores para el seguimiento del tratamiento. En pacientes con APs, numerosas proteínas relacionadas con ECV estaban incrementadas en relación con HD. Varias proteínas circulantes también distinguieron la presencia de resistencia a la insulina, alta actividad y mala respuesta al metotrexato y apremilast.

Conclusiones: La tecnología PEA podría impulsar el desarrollo de la medicina de precisión en enfermedades reumáticas a través de la identificación de nuevos biomarcadores de enfermedad y respuesta a la terapia y la estratificación de pacientes con características clínicas y moleculares clave.

Financiado por ISCIII PI21/0591, PI20/00079, PMP21/00119, RICORS, RD21/0002/0033 con-financiado por fondos FEDER, JA (P20_01367), RYC2021-033828-I, y MCIN/AEI/10,13039/501100011033 y la Unión Europea "NextGenerationEU"/PRTR.

P227. REMISIÓN EN MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA ANTI-HMGR POSITIVA SIN EL USO DE GLUCOCORTICOIDES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 24 PACIENTES

David Martínez López¹, Diana Prieto-Peña², Cristina Corrales-Selaya², Piotr Szczesny³, Antonella Notarnicola^{4,5,6}, Ricardo Blanco², Ingrid Lundberg^{4,5,6} y Maryam Dastmalchi^{4,5,6}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ³Department of Rheumatology. National Institute of Geriatrics. Rheumatology and Rehabilitation. Warsaw. Polonia. ⁴Department of Neurology. Medical University of Warsaw. Warsaw. Polonia. ⁵Division of Rheumatology. Department of Medicine. Karolinska Institutet. Solna. Suecia. ⁶Department of Gastro. Dermatology and Rheumatology. Karolinska University Hospital. Stockholm. Suecia. ⁷Center for Molecular Medicine. Karolinska Institutet. Stockholm. Suecia.

Introducción: La miopatía necrotizante inmunomediada (IMNM) inducida por estatinas es un subtipo de miopatía inflamatoria aso-

Variables	Total (n=24)	Grupo con glucocorticoides (n=19)	Grupo sin glucocorticoides (n=5)	P (esteroides vs sin esteroides)
Edad (años), media ± SD	68.2 ± 7.2	69.2 ± 6.9	64.4 ± 8	0.2
Sexo (mujeres), n (%)	10 (42)	8 (42.1)	2 (40)	0.67
Comorbilidades (n, %)				
- HTA	17 (70.8)	13 (68.4)	4 (80)	0.96
- Diabetes mellitus	15 (62.5)	11 (57.9)	4 (80)	0.7
- Enfermedad cardiovascular	7 (29.2)	6 (31.6)	1 (20)	0.96
Valores analíticos, media ±SD				
- CK (µkat/L)	114.3 ± 103.9	133.7 ± 107.8	40.3 ± 33.5	0.072
Tratamientos, n (%)				
- GC intravenosos	8 (33.3)	8 (42.1)	0	0.21
- GC orales // dosis media (mg/día) ±SD	19 (79.2) // 50 ± 18.2	19 (100) // 50 ± 18.2	0	0,0001
- MTX	18 (75)	15 (78.9)	3 (60)	0,77
- AZA	3 (12.5)	3 (15.8)	0	0,84
- IVIG	18 (75)	13 (68.4)	5 (100)	0,38
- RTX	4 (16.7)	3 (15.8)	1 (20)	0,65
Fuerza muscular, media ±SD				
- MMT-8 al diagnóstico	64.4 ± 12	63.7 ± 10.4	67.3 ± 19.4	0.6
- MMT-8 tras tratamiento	77.6 ± 4.2	77.2 ± 4.6	79.5 ± 1.5	0,33
Remisión				
- Pacientes en remisión, n (%)	21 (87.5)	16 (84.2)	5 (100)	0.84
- Tiempo desde el diagnóstico a la remisión (meses), media ± SD	5.2 ± 2.3	5.5 ± 2.5	4.1 ± 1.1	0.24
- Tiempo hasta la normalización de CK, media ± SD	4.1 ± 1.6	3.9 ± 1.7	4.9 ± 1.3	0.28

AZA: Azatioprina; CK: Creatin quinasa; GC: Glucocorticoides; HTA: Hipertensión; IVIG: Inmunoglobulinas intravenosas; MTX: Metotrexato; RTX: Rituximab

P227 Figura. Características generales de 24 pacientes diagnosticados de IMNM HMGR positiva.

ciada con autoanticuerpos anti-3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA reductasa (HMGR). Esta enfermedad se caracteriza por una debilidad muscular progresiva que conduce a una discapacidad grave. El tratamiento suele incluir altas dosis de glucocorticoides (GC). Los efectos secundarios del tratamiento son comunes y están relacionados con las altas dosis de GC. Las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) pueden ser eficaces en el tratamiento de la IMNM.

Objetivos: Comparar dos protocolos terapéuticos en IMNM; a) terapia estándar que incluye altas dosis de GC, y b) un protocolo sin uso de GC.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados consecutivamente de IMNM inducida por estatinas en dos centros de España y Suecia desde enero de 2017 hasta noviembre de 2022 y seguidos durante al menos 3 meses. La IMNM fue diagnosticada según la definición del European Neuromuscular International Workshop 2016¹. Los datos clínicos se extrajeron retrospectivamente de las historias clínicas de los pacientes. La remisión se definió como ausencia de actividad de la enfermedad de acuerdo con los criterios de respuesta ACR/EULAR 2016 en miositis^{2,3}. El tratamiento se asignó a los pacientes considerando las recomendaciones vigentes y las contraindicaciones de las terapias disponibles. En pacientes con comorbilidades que limitan el uso de glucocorticoides, mediante una decisión compartida entre el médico y el paciente, se acordó un tratamiento sin uso de esteroides.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes anti-HMGR positivos. Las características principales y el tratamiento de los pacientes se resumen en la tabla. En 5 (20,8%) pacientes se utilizó una pauta libre de GC basada en el uso de 2 g/kg de IVIG cada mes durante al menos 3 meses. El resto recibió tratamiento estándar incluyendo GC. Al inicio del estudio, los datos demográficos generales, los niveles de MMT-8 y CK fueron similares en ambos grupos. Las comorbilidades fueron mayores en los pacientes tratados con el protocolo libre de GC. La remisión o baja actividad de la enfermedad se logró en 21 pacientes (87,5%), incluidos los 5 pacientes que no recibieron GC (después de una media de 4,1 ± 1,1 meses). Sin embargo, 3 (15,8%) de los 19 pacientes que recibieron glucocorticoides no lograron remisión o baja actividad de la enfermedad. El tiempo de remisión o normalización de CK fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con IMNM anti-HMGR positiva, encontramos que los pacientes pueden alcanzar la remisión sin recibir tratamiento con glucocorticoides.

P228. NECROSIS ÓSEA AVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA RECEPTOR CRÓNICA TRAS TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS HEMOTOPOYÉTICAS

Marta Ibáñez Martínez, Sonia Pastor Navarro, Belén Miguel Ibáñez, Carolina Cristina Chacón Vélez, Ana Turrión Nieves, Olga Martínez González, Susana Gómez Castro, Carlos Montilla Morales y Cristina Hidalgo Calleja

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La enfermedad injerto contra receptor (EICR) es la complicación más frecuente tras un trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TCH). La forma crónica (EICRc) suele implicar un síndrome multisistémico. La primera línea de tratamiento para la EICR crónica moderada-grave suele ser el tratamiento con dosis altas y prolongadas de corticosteroides. La necrosis ósea avascular (NOA) es una complicación que aparece tras un TCH alogénico con una incidencia del 5% al 19%. El mecanismo exacto por el que se produce es desconocido y probablemente multifactorial. Sin embargo, se ha asociado con la presencia y el tratamiento de la EICRc.

Objetivos: Describir la prevalencia de necrosis ósea avascular y sus características clínicas en una cohorte de pacientes con EICRc valorados en una consulta multidisciplinar.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y prospectivo para describir la prevalencia y caracterización de la NOA en una cohorte de 132 pacientes con EICRc refractaria a esteroides en la consulta multidisciplinar. Se recogen variables relacionadas con la enfermedad de base, el trasplante y las manifestaciones clínicas de la EICRc.

Resultados: 14 (10,6%) desarrollaron NOA confirmada por resonancia magnética. Las características relacionadas con el trasplante y las características clínicas de la EICRc se detallan en la tabla. Todos ellos habían recibido esteroides. El tiempo medio transcurrido desde el trasplante hasta la aparición de la NOA fue de 2,5 años (rango 0-5,5). La edad media del diagnóstico de NOA fue de 46 años (17-65). Tres pacientes habían desarrollado la NOA antes de la primera visita; en el resto, el diagnóstico de la misma se produjo durante el seguimiento, con una media de aparición a los 23 meses (1-48). El 64,3% tenía más de una articulación afectada. La cabeza del fémur fue la zona más frecuentemente afectada (64,3%), seguida de la rodilla (35,7%). Otras áreas también afectadas fueron el codo, la cabeza del húmero y el tobillo, con un caso cada una. El 64,3% necesitó una sustitución articular.

Características basales y relacionadas con el trasplante

Variables	n (%) / media (rango)
Total	14
Edad de trasplante, años	43 (16-61)
Sexo (hombre/mujer)	10 (71,4%) / 4 (28,6%)
Diagnóstico	
LLA1, SMD2, LMA3	-5 (35,7%) / 3 (21,4%) / 2 (14,3%)
LLC4, LNHS5, SMP6, BTM7	-1 / 1 / 1 / 1 (7,1%)
Tipo TPH	
Relacionado (haploidéntico)	7 (50%) (1;7,1%)
No relacionado	7 (50%)
Régimen de acondicionamiento	
Mieloablativo	9 (64,3%)
Intensidad reducida	5 (35,7%)
Fuente de células madre del injerto	
Sangre periférica	12 (85,7%)
Médula ósea/cordón umbilical	1 / 1 (7,1%)
Tiempo desde alo-TCH hasta reclutamiento, meses	18 (4-46)
Zona implicada	
ECOG8:1/2/3	6 (42,9%) / 4 (28,6%) / 1 (7,1%)
Boca	8 (57,1%)
Ojo	8 (57,1%)
Tracto genital	2 (14,2%)
Gastrointestinal	4 (28,6%)
Hígado	1 (7,1%)
Pulmón	4 (28,6%)
BSA9: leve/moderado/grave	3 / 3 / 3 (21,4%)
ROM10: leve/moderado/grave	6 (42,9%) / 5 (35,7%) / 1 (7,1%)
Formas clínicas EICRc	
Esclerótica	9 (64,3%)
Articular	3 (21,4%)
Liquenoide	1 (7,1%)
Psoriasisiforme	1 (7,1%)
NIH11 global score: leve/moderado/grave	1 (7,1%) / 4 (28,6%) / 9 (64,3%)

¹Leucemia linfoblástica aguda, ²Síndrome mielodisplásico, ³Leucemia mieloide aguda, ⁴Leucemia linfocítica crónica, ⁵Linfoma no-Hodgkin, ⁶Síndrome mieloproliferativo, ⁷Beta-talasemia mayor, ⁸Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; ⁹Body Surface area; ¹⁰Range of Mobility; ¹¹National Institutes of Health

Conclusiones: La NOA en nuestra cohorte es una complicación relativamente frecuente y se presenta en la EICRc moderada-grave. Estos pacientes presentan dolor y limitación del rango de movimiento y estas manifestaciones también pueden aparecer en el contexto de la propia EICR. Su reconocimiento precoz es un reto para evitar diagnósticos erróneos y el riesgo de sobretratamiento con corticoides que aumentaría la progresión de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Law AD, et al. Moderate-severe grade of chronic graft versus host disease and younger age (less than 45 years old) are risk factors for avascular necrosis in adult patients undergoing allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Ann Hematol.* 2021;100(5):1311-9.
2. Bar M, et al. Bone Health Management After Hematopoietic Cell Transplantation: An Expert Panel Opinion from the American Society for Transplantation and Cellular Therapy. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2020;26(10):1784-802.

P229. UNA NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN ALPL CAUSANTE DE HIPOFOSFATASIA AUTOSÓMICA DOMINANTE EN ADULTOS EN UNA FAMILIA DEL SUR DE ESPAÑA: CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA

M^a de Nazaret Roldán Ruiz¹, Samuel Leal Rodríguez², Lucía Mayordomo¹ y Joaquín Bobillo-Lobato³

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²Unidad de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Análisis Clínico y Laboratorio. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La fosfatasa alcalina tisular no específica (TNSALP) es esencial para la mineralización de la matriz extracelular ósea y dental. Existen más de 400 variantes del gen que codifica TNSALP (ALPL), situado en el brazo largo del cromosoma 2. La baja actividad enzimática de la fosfatasa alcalina sérica (ALP) por mutaciones genéticas conduce a la hipofosfatasa (HPP), una condición clínica heterogénea que va desde formas adultas asintomáticas o leves hasta enfermedades perinatales graves. La clínica más típica en la HPP del adulto son las fracturas de estrés y la pérdida temprana de dentición.

Objetivos: Describir el fenotipo clínico y las características de laboratorio en una familia con HPP en la que se detectó una nueva variante genética.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de una familia perteneciente al área del Hospital Virgen de Valme (Sevilla), mediante la identificación primaria de un caso índice con bajo nivel de ALP, en el que se encontró una mutación novedosa del gen ALPL. Se determinó la ALP en miembros de tres generaciones familiares para identificar aquellos con niveles bajos que cumplieron criterios de laboratorio para HPP. Para evaluar la segregación familiar, el fenotipo y la relevancia clínica de esta mutación, se realizó el estudio genético de aquellos con niveles bajos de ALP confirmados, así como de tres miembros con niveles normales de ALP. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, de laboratorio y de estudio genético. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

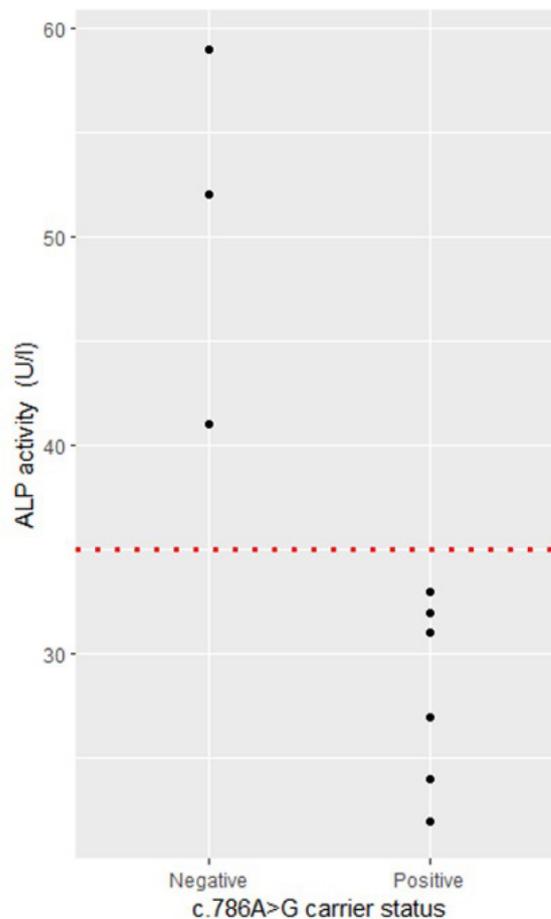
Resultados: Se estudiaron 16 miembros correspondientes a tres generaciones de una misma familia con sospecha de hipofosfatasa familiar. El caso índice fue un varón de 57 años con dolor crónico, problemas de dentición e historia previa de fracturas. El screening ALP resultó en 8/16 (50%) pacientes con nivel bajo. Se incluyeron en el estudio genético 7 pacientes con niveles bajos de ALP y 3 familiares con valores normales de ALP. Las características clínicas y de laboratorio de los siete portadores positivos se muestran en la tabla. La artralgia crónica fue la principal manifestación articular (100%). 6/7 (85%) tenían historia previa de fracturas, la mayoría tras traumatismos no menores. Todos los valores de laboratorio estaban dentro de la normalidad, descartando causas secundarias de HPP. Solo un paciente presentó piridoxal-5'-fosfato (PLP) elevado. El estudio genético demostró que todos los miembros de la familia con bajos niveles de ALP eran portadores de la variante c.786A>G del gen ALPL (fig.) y ninguno de los controles familiares con valores normales de ALP lo era.

Conclusiones: Presentamos una nueva mutación de herencia autosómica dominante en el gen ALPL causante de HPP. Se observa expresividad clínica variable con predominio de dolor crónico, fracturas recurrentes y problemas dentales. El diagnóstico temprano y el asesoramiento genético pueden ser importantes, aunque se requieren más estudios para establecer la relevancia patológica definitiva de esta variante.

Características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los portadores positivos de la mutación (n = 7)

Características basales (n = 7)			
Sexo	Hombre/Mujer	3 (42,9%)/4 (57,1%)	
Edad	(Media ± DE)	55,6 ± 13,2 años	
Pérdida temprana dentición	Sí	1 (14,3%)	
	No	6 (85,7%)	
Historia fracturas	Sí	4 (57,1%)	
	No	3 (42,9%)	
Manifestaciones articulares	Sí	7 (100%)	
	No	0 (0%)	
Valores de laboratorio			
	Media, DE	Mínimo	Máximo
ALP (U/l)	28 ± 4,16	22	33
PLP (nmol/l)	88 ± 49,1	26,5	178
Calcio (mg/dl)	9,83 ± 0,43	9,3	10,4
Fósforo (mg/dl)	3,72 ± 0,53	2,7	4,2
Magnesio (mg/dl)	1,91 ± 0,15	1,7	2,1
25-OH-Vit-D (ng/ml)	71,2 ± 10,8	57,5	87,2
PTH (pg/ml)	28,6 ± 8,01	15,3	34,5
Vitamina B12 (pg/ml)	489 ± 135	285	645
TSH (µU/ml)	1,73 ± 0,92	0,84	3,64
Cortisol (µg/dl)	13,3 ± 3,48	7,9	18

ALP: fosfatasa alcalina; PLP: piridoxal-5'-fosfato; 25-OH-VitD: 25-hidroxi-vitamina D; PTH: hormona paratiroidea; TSH: hormona estimulante de la tiroides.



Actividad enzimática de la ALP según el estado de portador de la mutación del gen. La línea punteada roja representa el límite inferior de laboratorio para ALP.

P230. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DAPSONA PARA LA VASCULITIS IGA PEDIÁTRICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Mireia López Corbeto¹, Laia Martínez Mitjana¹, Estefanía Moreno Ruzafa¹ y Beatriz García Palop²

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Farmacia. Hospital Infantil i Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La vasculitis por inmunoglobulina A (IgAV), o púrpura de Schonlein-Henoch, es una vasculitis sistémica de pequeño vaso caracterizada por el depósito perivascular de IgA. Los corticosteroides (CS) y el tratamiento antiinflamatorio (AINE), habitualmente reducen la gravedad de estos síntomas. Sin embargo, algunos pacientes presentan resistencia a los CS o AINE. La dapsona es un antimicrobiano de sulfona sintética que ha demostrado tener propiedades antiinflamatorias. Varios estudios han revelado que la dapsona es eficaz en la vasculitis IgAV, pero hay pocos datos de su utilidad en casos pediátricos refractarios al tratamiento convencional.

Objetivos: Reportar la eficacia y seguridad del tratamiento con dapsona en 6 pacientes con IgAV pediátrica refractarios al tratamiento convencional.

Métodos: Se incluyeron en el estudio los pacientes pediátricos diagnosticados de IgAV en un centro de referencia de patología reumática pediátrica entre octubre de 2018 y octubre de 2022, refractarios a dos líneas de tratamiento convencional durante al menos 2 semanas y tratados con dapsona. Se recogieron las variables clínicas, analíticas, líneas terapéuticas previas, así como los datos de eficacia y seguridad del tratamiento con dapsona. Se define la presencia de metahemoglobinemia (MetHb) como concentraciones de MetHb > 3% tras el inicio de dapsona. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando STATA versión 3.1.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes (4 niñas, 2 niños) con una media de edad al diagnóstico de 11,33 años (min 6, máx. 8). Todos los pacientes presentaron al debut púrpura palpable, el 83,33% artritis y dolor abdominal, el 33,33% hemorragia digestiva baja y un paciente presentó epididimitis. La afectación renal en forma de hematuria y proteinuria se objetivó en la mitad de los pacientes. 2 pacientes precisaron una biopsia renal y 4 pacientes precisaron de

ingreso hospitalario. En cuanto a los parámetros de laboratorio, la Hb al debut fue de media 12,6 g/dl (DE 2,43), VSG de 24,5 mm/h (DE 31,7), PCR 0,9 mg/dl (DE 1,02), IgA 255,66. (DE 151,04), C3 150 (62,03), CD 27,7 (15,64), proteinuria 333,75 mg/g de creatinina (DE 438,73). Previo al tratamiento con dapsona, todos los pacientes recibieron AINE y GC durante una media de 21 días, 2 pacientes realizaron además tratamiento con inmunosupresores. El motivo del inicio de la dapsona fue la refractariedad al tratamiento convencional para controlar la clínica cutánea en 2 pacientes, por persistencia de la clínica cutánea y abdominal en 2 pacientes, y por afectación cutánea, abdominal y renal en los 2 pacientes restantes. La dosis media de dapsona fue de 1,2 mg/kg/día (min 0,5-máx. 2), y se objetivó una mejoría de todos los dominios clínicos en una media de 3 días (min 1, máx. 8). Actualmente 2 pacientes continúan con el tratamiento y 4 lo han discontinuado por remisión. 2 pacientes presentaron metahemoglobinemia (MetHb 4% y 6,2%) a los 13 días (min 4, máx. 22) de haber iniciado el tratamiento y se resolvió al reducir la dosis o al interrumpir temporalmente el mismo.

Conclusiones: El tratamiento con dapsona fue altamente eficaz en todos los pacientes, logrando controlar de forma rápida varios dominios clínicos de moderada gravedad. La MetHb es el efecto secundario más frecuente y puede ser fácilmente controlado con una correcta monitorización. Son necesarios estudios farmacocinéticos, farmacodinámicos así como de eficacia y seguridad de este fármaco para la IgAV pediátrica.

P231. HACIA LA DEFINICIÓN DE LOS PUNTOS DE CORTE DE LOS ESTADOS DE ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA

Ana Isabel Rebollo Giménez, Yulia Vyzhga, Luca Carlini, Elisa Patrone, Silvia Rosina y Angelo Ravelli

Clínica de Pediatría y Reumatología. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Génova. Italia.

Introducción: La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) representa hasta el 15% de todos los pacientes con AIJ y se diferencia de las otras categorías de la enfermedad por la asociación de manifestaciones articulares y extraarticulares. La puntuación sistémica de la actividad de la artritis juvenil (sJADAS) es una puntuación com-

	ID	LDA	MDA	HDA
Número de pacientes (%)	87 (37.7)	39 (16.9)	46 (19.9)	59 (25.5)
Edad de inicio, años (media, DE)	6.17 (4.24)	5.44 (3.06)	5.11 (3.42)	5.36 (4.06)
MD global VAS (mean, SD)	1.08 (2.64)	2.5 (2.59)	5.03 (2.59)	6.61 (2.91)
MD systemic VAS (mean, SD)	0.06 (0.23)	0.88 (1.13)	3.08 (2.69)	7.52 (2.17)
Manifestaciones sistémicas (%)	1 (1.1)	7 (17.9)	22 (47.8)	56 (94.9)
Fiebre	0 (0)	0 (0)	19 (41.3)	55 (93.2)
Rash	0 (0)	4 (10.3)	9 (19.6)	29 (49.2)
Hepatomegalia	0 (0)	0 (0)	2 (4.3)	21 (35.6)
Esplenomegalia	0 (0)	1 (2.6)	4 (8.7)	14 (23.7)
Linfoadenopatía	1 (1.1)	2 (5.1)	5 (10.9)	20 (33.9)
Serositis	0 (0)	0 (0)	4 (8.7)	9 (15.3)
VES, mm/h (media, DE)	8.46 (7.63)	16.26 (14.43)	46.11 (34.53)	66.85 (32.4)
PCR, mg/dl (media, DE)	0.39 (0.85)	0.88 (1.93)	5.17 (7.03)	7.89 (6.06)
NAA > 1 (%)	1 (1.1)	13 (33.3)	34 (73.9)	53 (89.8)

Tabla. Comparación de las características clínicas y de laboratorio entre los distintos estados de actividad de la enfermedad (n = 231). MD global VAS= evaluación global de la actividad de la enfermedad por el médico; MD systemic VAS= evaluación global por el médico de la actividad de la enfermedad sistémica; VES= velocidad de eritrosedimentación; PCR= Proteína C reactiva; NAA= Número de articulaciones activas; ID= enfermedad inactiva; LDA= baja (o mínima) actividad de la enfermedad; MDA= actividad moderada de la enfermedad; HDA= alta actividad de la enfermedad.

P231 Figura

puesta de la actividad de la enfermedad validada específicamente para su uso en la AIJs que incluye, cuatro componentes del JADAS original, un quinto ítem destinado a cuantificar la carga de las características sistémicas. La interpretación de las puntuaciones del sJADAS requiere criterios que identifiquen los estados de actividad de la enfermedad. Estos criterios pueden utilizarse para monitorizar el curso de la enfermedad a lo largo del tiempo y para definir objetivos terapéuticos.

Objetivos: Comparar los datos clínicos y de laboratorio de cada estado de actividad de la enfermedad en los pacientes incluidos en el estudio multinacional dirigido a definir los puntos de corte sJADAS.

Métodos: Se incluyeron los datos de pacientes diagnosticados de AIJs según los criterios ILAR que fueron reclutados entre febrero de 2022 y noviembre de 2022 en diferentes centros de referencia a nivel internacional de reumatología pediátrica. En la visita del estudio, cada paciente fue categorizado subjetivamente por el médico que lo atendía en uno de los siguientes estados de actividad: inactiva (ID), baja (o mínima) (LDA), moderada (MDA) o alta actividad de la enfermedad (HDA). Los datos del estudio se recogieron mediante un formulario estándar de notificación de casos y se introdujeron en una base de datos electrónica.

Resultados: Se reclutó a un total de 231 pacientes en 29 centros de 12 países. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 5,63 años. 87 pacientes (37,7%) tenían ID, 39 (16,9%) LDA, 46 (19,9%) MDA y 59 (25,5%) HDA. En la tabla se comparan las principales características clínicas y de laboratorio de los pacientes con los cuatro estados de actividad de la enfermedad. En general, la presencia de manifestaciones extraarticulares fue más frecuente en los pacientes con MDA y HDA ($p < 0,00001$), mientras que la fiebre, la erupción cutánea, la hepatoesplenomegalia y la linfadenopatía fueron más frecuentes en los pacientes con HDA ($< 0,00001$). El recuento de articulaciones activas aumentó progresivamente de ID a HDA ($p < 0,00001$). Los valores medios de la evaluación global médica de la actividad de la enfermedad y de las manifestaciones sistémicas, así como los valores medios de los reactantes de fase aguda, fueron más elevados en los pacientes con HDA, con una disminución gradual de MDA a LDA y a ID.

Conclusiones: El análisis preliminar de los datos del estudio indica que la evaluación subjetiva del estado de la enfermedad por parte de los médicos permitió discriminar a los pacientes con diferente nivel de actividad de la enfermedad de forma fiable. Por lo tanto, esta evaluación servirá de referencia para los análisis posteriores destinados a identificar los puntos de corte para los principales estados de actividad de la enfermedad en la AIJs.

Agradecimientos: este trabajo ha contado con el apoyo parcial de la Fundación Española de Reumatología (FER).

P232. LA PRESENCIA DE ENTESITIS Y DACTILITIS SE ASOCIA A UNA PEOR CALIDAD DE VIDA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA JUVENIL

María Paz Collado Ramos¹, Natalia Palmou², Pablo Mesa del Castillo³, Berta Magallares⁴, Inmaculada Calvo⁵, Gisela Diaz-Cordobes⁶, Estefanía Moreno⁷, Martina Steiner⁸ y Juan Carlos López-Robledillo⁹

¹Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

²Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

³Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de la Arrixaca. Murcia.

⁴Reumatología. Hospital Universitario Sant Pau. Barcelona.

⁵Reumatología Pediátrica. Hospital Politécnico Universitario La Fe. Valencia.

⁶Reumatología. Hospital Regional de Málaga.

⁷Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

⁸Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

⁹Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica juvenil (APsJ) es uno de los tipos menos frecuentes de AIJ -alrededor 5%. La información sobre APsJ es

principalmente clínica, pero escasa en lo referente al impacto que ejercen las manifestaciones musculoesqueléticas sobre la calidad de vida infantil.

Objetivos: Evaluar el impacto de factores clínicos y ecográficos (US) sobre la calidad de vida de niños con APsJ.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes con APsJ incluidos consecutivamente, desde enero-2020 hasta mayo-2022. Criterios de inclusión: 1/edad de inicio menor de 17 años, 2/diagnóstico según criterio del médico habitual basado en uno de los 2 sistemas de clasificación diagnóstica para APsJ (ILAR y Vancouver). Se utilizaron los cuestionarios de calidad de vida, PsAID (1) y función física, CHAQ y escalas de intensidad del dolor (EVA). Se testó si las características clínicas y US estaban asociadas con la función física y el estado de salud. Para el análisis se identificó el PsAID (Psoriasis Arthritis Impact of Disease) como la variable dependiente.

Resultados: Se incluyeron 48 niños (edad media 11, desviación estándar 4 años). La mediana (md) del tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue de 1 año; rango intercuartil (RIC) de 0,5-2. Únicamente en 3 (5%) pacientes había antecedentes de síntomas axiales inflamatorios, y solo en uno de ellos se confirmó sacroilitis unilateral por RM. La mitad de los pacientes tomaban metotrexato y 20 de ellos llevaban algún biológico asociado en el momento de inclusión. La población mostró baja actividad clínica (índice de actividad, DAPSA md 3,5; RIC 0-25) y ecográfica (número de articulaciones, md 3; RIC 0-7). Las puntuaciones en los distintos cuestionarios fueron bajas; EVA-dolor (md 1; RIC 0-5), CHAQ (md 0,12; RIC 0-0,4) y PsAID (md 0,4; RIC 0-3,2). El índice PsAID (mínimo 0, máximo 9,2) mostró baja correlación con CHAQ (r 0,3) y alta con DAPSA (r 0,7); Sin embargo, la correlación entre el PsAID y el recuento total articular tanto clínico como US fue baja (r 0,4). La correlación entre PsAID y el recuento total entésico por la clínica fue moderada (r 0,5) y baja (r 0,4) por US. Los niños con presencia de entesitis y dactilitis clínica obtuvieron una puntuación promedio PsAID superior a que aquellos que no lo presentaron (dactilitis; $p = 0,002$, y entesitis; $p < 0,001$).

Conclusiones: La entesitis y la dactilitis tienen impacto sobre la calidad de vida del niño independientemente de la afectación articular. Para confirmar estos hallazgos se necesitarán estudios longitudinales con un mayor tamaño muestral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gossec L, *et al*. A patient-derived and a patient-reported outcome measure for assessing psoriatic arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriasis Arthritis Impact of Disease, PsAID questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:1012.

P233. DESARROLLO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE ACTIVIDAD DE LA DERMATOMIOSITIS JUVENIL DIRIGIDO A LOS PADRES

Ana Isabel Rebollo Giménez¹, Silvia Rosina¹, Letizia Tarantola², Roberta Naddei³, Alessandro Consolaro^{1,2}, Angela Pistorio⁴ y Angelo Ravelli⁴

¹UOC Reumatologia e Malattie Infiammatorie. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Genova. Italia. ²Università di Genova. Italia. ³Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali. Università degli Studi di Napoli Federico II. Napoli. Italia. ⁴Direzione Scientifica. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Genova. Italia.

Introducción: En los últimos años se ha prestado más atención al desarrollo de puntuaciones compuestas de actividad de la enfermedad centradas en padres e hijos para la evaluación del estado de salud de niños con enfermedades reumáticas.

Objetivos: Desarrollar y probar un índice de actividad compuesto de la enfermedad centrada en los padres para la dermatomiositis juvenil (DMJ), denominado Índice de Actividad de la DermatoMiositis Juvenil de los padres (parJDMAI). Se evaluaron dos versiones.

	Cohorte multicéntrica		Cohorte monocéntrica	
	Spearman r	N	Spearman r	N
Parent JDMAI1 vs JDMAI1	0.70	402	0.83	68
Parent JDMAI1 vs JDMAI2	0.69	350	0.82	65
Parent JDMAI2 vs JDMAI1	0.69	394	0.80	71
Parent JDMAI2 vs JDMAI2	0.67	347	0.79	68
Parent JDMAI1 vs DAS total	0.51	395	0.72	69
Parent JDMAI2 vs DAS total	0.51	400	0.71	72
Parent JDMAI1 vs Physician Global VAS	0.48	419	0.73	71
Parent JDMAI2 vs Physician Global VAS	0.49	420	0.74	74
Parent JDMAI1 vs JDMAI1-3-Items	0.49	402	0.72	68
Parent JDMAI1 vs JDMAI2-3-Items	0.49	350	0.67	65

P233 Figura. Correlación de Spearman entre parJDMAI1 y parJDMAI2 y otras medidas resultado.

Métodos: Tanto el parJDMAI1 como el parJDMAI2 incluyen: 1) evaluación por los padres de la actividad cutánea (presencia/ausencia de: i) erupción en párpados, ii) nariz/mejillas, iii) nudillos, iv) tronco/brazos, v) ulceración cutánea-puntuación 0-5); 2) evaluación por los padres de la enfermedad muscular (presencia/ausencia de: i) fatiga/malestar, ii) debilidad muscular, iii) dolor muscular, iv) cambio de voz, v) dificultad para tragar-puntuación 0-5); 3) valoración de los padres de la fatiga del niño en una escala analógica visual (EVA) de 0-10 (0 = sin fatiga; 10 = fatiga máxima). Como cuarto ítem, el parJDMAI1 incluye la valoración global de los padres del bienestar del niño, medida en una EVA de 0-10 (0 = mejor; 10 = peor), mientras que el parJDMAI2 incluye la valoración global de los padres de la actividad de la enfermedad, medida en una EVA de 0-10 (0 = sin actividad; 10 = máxima actividad). Para dar el mismo peso a los cuatro componentes, se duplicaron las puntuaciones de las escalas cutánea y muscular. Así, la puntuación total de ambos instrumentos oscila entre 0 y 40. La validación inicial se llevó a cabo en una muestra de 213 pacientes seguidos en 13 centros internacionales de reumatología pediátrica y evaluados prospectivamente (número de visitas = 577), y en una muestra monocéntrica que incluía 50 pacientes, todos ellos evaluados al inicio y 32 evaluados también tras una mediana de 3,9 meses (número de visitas = 82). Para la validación se incluyó el cálculo de las correlaciones entre los ítems individuales de parJDMAI y las medidas de DMJ del médico, y entre parJDMAI1 y parJDMAI2 con la de las puntuaciones compuestas globales de actividad de la enfermedad para DMJ denominadas JDMAI1 y JDMAI2. Dado que tanto JDMAI1 como JDMAI2 incluyen la evaluación global de los padres sobre el bienestar del niño, que también forma parte de parJDMAI1, probamos las correlaciones de parJDMAI1 con versiones reducidas de JDMAI1 y JDMAI2, que incluían solo 3 ítems centrados en el médico. Las correlaciones de Spearman se definieron como bajas, moderadas o altas cuando r_S era $< 0,4$, $\geq 0,4$ y $\leq 0,7$, o $> 0,7$, respectivamente.

Resultados: Las correlaciones entre los componentes individuales de parJDMAI1 y parJDMAI2 y las medidas resultado de DMJ del médico fueron de bajas a moderadas en la muestra multicéntrica, pero moderadas en la muestra monocéntrica. Asimismo, las correlaciones entre las puntuaciones de parJDMAI1 y parJDMAI2 y las de las versiones original y reducida de JDMAI1 y JDMAI2 fueron fuertes en la muestra monocéntrica, pero moderadas en la muestra multicéntrica.

Conclusiones: Las puntuaciones de parJDMAI1 y parJDMAI2 revelaron propiedades de medición satisfactorias. El hecho de que las

correlaciones con las medidas de resultados del médico y las versiones de JDMAI fueran mayores en la muestra monocéntrica que en la multicéntrica indica que las herramientas deben probarse en diferentes entornos clínicos y culturales antes de recomendar su uso. Este trabajo ha contado con el apoyo de la Fundación Española de Reumatología.

P234. BIOMARCADORES EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: DESCRIPCIÓN DE GRUPOS CON DISTINTOS GRADOS DE DISCORDANCIA ENTRE CALPROTECTINA SÉRICA Y PROTEÍNA C REACTIVA

H Codes-Méndez¹, B Magallares^{1,4}, HS Park^{1,4}, L Martínez-Martínez^{2,4}, Y Alvaro², E Molto², V Calahorra¹, S Boronat¹, P Moya^{1,4}, A Laiz^{1,4}, JL Tandaipan^{1,4}, S Fernández¹, C Díaz-Torné^{1,4}, I Castellvi^{1,4} y H Corominas^{1,4}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: No existen biomarcadores específicos de actividad de la enfermedad para la artritis idiopática juvenil (AIJ), por lo que es importante identificar nuevas moléculas que nos ayuden en la práctica clínica habitual a ofrecer opciones de tratamiento individualizado. La calprotectina sérica (Calpro) es un biomarcador emergente en la medida de la inflamación. Estudios recientes¹ sugieren que la actividad de la enfermedad en AIJ se correlaciona mejor con Calpro que con los reactantes de fase aguda sistémicos clásicos como la proteína C reactiva (PCR).

Objetivos: Determinar las características clínicas de los pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil que presentan discordancia entre calprotectina sérica y proteína C reactiva.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico incluyendo pacientes con AIJ de una consulta monográfica de reumatología pediátrica entre 2017 y 2021. Se incluyeron 25 pacientes que tenían al menos una determinación de Calpro en práctica clínica habitual. Se recogieron datos demográficos, analíticos y clínicos. Se recogió del índice JADAS por exploración física y ecografía en los pacientes con afectación articular periférica.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, siendo el 48% de sexo femenino y con una edad media de 11,5 (± 4,6) años. Un total de 11 (44%) de pacientes presentaron discordancia entre Calpro y PCR. De entre

ellos, 9 (81,8%) tenían Calpro alta y PCR baja, mientras que solamente 2 (18,2%) tenían Calpro baja y PCR alta. En el momento de la determinación analítica un 44% de pacientes tenían actividad de la enfermedad. El subtipo de AIJ oligoarticular es el que presentó mayor porcentaje de pacientes (54,5%) con discordancia y Calpro elevada. Los detalles de las características clínicas y analíticas según la presencia o no de discordancia entre Calpro y PCR están descritos en la tabla. En el subgrupo de pacientes con discordancia y Calpro elevada había 3 (33,3%) pacientes activos. Un 66,7% eran de sexo femenino y todos ellos tenían diagnóstico de AIJ oligoarticular. Uno de ellos estaba en brote tanto a nivel articular como oftalmológico en el momento de la determinación analítica. Ninguno de ellos estaba en tratamiento con corticoides ni FAME (fármaco antirreumático modificador de la enfermedad).

Características de la muestra según la presencia o no de discordancia entre Calpro y PCR

	No discordancia	Discordancia	Discordancia	No discordancia
	Bajos (n = 11)	Calpro baja (n = 2)	Calpro alta (n = 9)	Altos (n = 3)
Edad (años), media (DE)	12,2 (± 4,6)	8,0 (± 11,1)	10,3 (± 3,5)	14,4 (± 3,0)
Subtipo AIJ, n (%)				
ERA + EA juvenil + APs	5 (45,4)	0 (0)	2 (22,2)	0 (0)
Oligoarticular	3 (27,3)	1 (50)	5 (55,6)	2 (66,7)
Poliarticular	2 (18,2)	1 (50)	1 (11,1)	1 (33,3)
Sistémica	1 (9,1)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)
Biomarcadores, mediana (RIQ)				
PCR (mg/L)	0,5 (0,6)	8,2 (5)	1,7 (2,1)	6,3 (11,8)
VSG (mm/h)	5 (8)	28 (32)	13 (12)	21 (56)
Calprotectina (µg/mL)	1,4 (0,8)	0,9 (1,6)	4,3 (1,7)	4 (2,3)
Actividad AIJ según clínico, n (%)				
Activos	4 (36,3)	2 (100)	3 (33,3)	2 (66,7)
Inactivos	7 (63,6)	0 (0)	6 (66,7)	1 (33,3)
Actividad AIJ según JADAS, n (%)				
JADAS: actividad	0 (0)	2 (100)	2 (22,2)	1 (33,3)
JADAS Eco: actividad	0 (0)	2 (100)	1 (11,1)	1 (33,3)
Uveítis, n (%)				
Episodio previo	1 (9,1)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)
Brote activo	0 (0)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)
Tratamiento, n (%)				
PDN	2 (18,2)	1 (50)	1 (11,1)	1 (33,3)
FAME	6 (54,5)	1 (50)	3 (33,3)	3 (100)
FAMEb	3 (27,3)	0 (0)	2 (22,2)	1 (33,3)

Conclusiones: Hasta un 44% de la muestra presentaba discordancia entre Calpro y PCR. De entre ellos, la mayoría (81,8%) tenían elevación de Calpro sin elevación de PCR. El subtipo de AIJ que presentaba discordancia con Calpro elevada era el oligoarticular. Un total de 3 (33%) pacientes estaban activos en el grupo con discordancia y Calpro alta, estando uno de ellos en brote tanto a nivel articular como oftalmológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. La C, Lê PQ, Ferster A, Goffin L, Spruyt D, Lauwerys B, et al. Serum calprotectin (S100A8/A9): a promising biomarker in diagnosis and follow-up in different subgroups of juvenile idiopathic arthritis. RMD Open. 2021;7(2):e001646.

P235. ACTIVIDAD EN AIJ EN LA UNIDAD DE TRANSICIÓN

Karen Samantha Carpio Astudillo¹, Daniel Clemente Garulo², Juan Carlos López-Robledillo², Camille Bourgeois Avella¹, Laura Trives Folguera¹, Amparo López López¹, José María Álvaro-Gracia¹, Indalecio Monteagudo Sáez¹ y Juan Carlos Nieto-Gonzalez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) consiste en un grupo heterogéneo de artritis inflamatorias de inicio en la infancia, cuya actividad experimentaría una mejoría progresiva conforme los pacientes alcanzan su edad adulta¹. Nuestra unidad de transición está conformada por pacientes en las edades comprendidas entre los 18 y los 25 años de edad que han sido diagnosticados de alguna patología reumatológica durante la infancia. Nuestro objetivo primario fue describir el grado actividad de los pacientes con AIJ en los años previos a su transferencia a la unidad, así como en los años posteriores.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo y longitudinal a partir de una cohorte de pacientes con AIJ transferidos a nuestra unidad de transición provenientes de nuestra consulta reumatología pediátrica así como de otras unidades de reumatología pediátrica. Los pacientes seleccionados debían tener al menos una visita y encontrarse en seguimiento activo. Se recogieron datos demográficos, el subtipo de AIJ y los tratamientos utilizados tanto previamente como durante la transición. La actividad de la enfermedad tanto de los años previos como los posteriores a la transferencia fue registrada en forma de brotes tanto a nivel articular como ocular y la remisión fue definida según los criterios de Wallace².

Resultados: Entre diciembre de 2016 y diciembre del 2021 nuestra unidad de Transición recibió un total de 113 pacientes con diagnóstico de AIJ. Las características demográficas de los pacientes en el momento de la transferencia se muestran en la tabla. En la transferencia (primeras 2 consultas en transición) hasta un 79,6% de los pacientes cumplían los criterios Wallace³ de remisión, y el 20,4% (23 pacientes) presentaba actividad inflamatoria. En los 3 años previos a la transferencia 48 pacientes (42,47%) habían experimentado al menos un brote, 43 (89,58%) por brotes articulares y 5 (10,41%) por uveítis. De estos 48 pacientes con brotes previos, 11 pacientes (22,9%) estaban activos durante la transferencia y 20 pacientes (41,6%) tuvieron al menos un brote en los 3 años posteriores a la transferencia. Sin embargo, de los 65 pacientes en remisión durante los 3 años previos a la transferencia, 12 pacientes (18,5%) tuvieron actividad durante la transferencia y 18 (27,7%) durante los 3 años posteriores. A su vez aproximadamente un 42% de estos pacientes persistían con actividad durante su seguimiento en la consulta de transición.

Características demográficas de los pacientes con AIJ incluidos en el estudio en función de la actividad inflamatoria en el momento de la transferencia

	Total (n: 113)	Activos (n:23)	Inactivos (n:90)
Sexo (femenino) n (%)	77 (68,1)	15 (65,2)	62 (68,9)
Edad al diagnóstico media (DE)	8,22 (5,0)	8,91 (5,1)	8,01 (4,9)
Edad en la transferencia media (DE)	19,64 (3,1)	19,18 (1,9)	19,76 (3,3)
FAMEc previo a la transferencia n (%)	94 (83,2)	22 (95,7)	72 (80)
FAMEb previo a la transferencia n (%)	67 (59,3)	11 (47,8)	56 (62,2)
Uveítis	19 (16,8)	8 (34,8)	11 (16,9)
Subtipo de AIJ n (%)			
Oligoarticular persistente	39 (34,5)	8 (34,8)	31 (34,4)
Oligoarticular extendida	13 (11,5)	1 (4,3)	12 (13,3)
Poliarticular FR -	24 (21,2)	6 (26,1)	18 (20)
Poliarticular FR +	5 (4,4)	1 (4,3)	4 (4,4)
Asociada a entesitis	19 (16,8)	6 (26,1)	13 (14,4)
Sistémica	6 (5,3)	0 (0)	6 (6,6)
Psoriásica	7 (6,2)	1 (4,3)	6 (6,6)

Conclusiones: Uno de cada cinco pacientes presentan inflamación articular en el momento de la transferencia. Los pacientes con actividad inflamatoria en los 3 años previos tuvieron una probabilidad de casi el 42% de tener actividad inflamatoria en los 3 años posteriores a la transferencia, frente al casi 28% de los pacientes en remisión durante los 3 años previos a la transferencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabbagh S, Ronis T, White PH. Pediatric rheumatology: addressing the transition to adult-orientated health care. Research and Reviews. 2018;10 83-95.

2. Wallace CA, et al. Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance, Pediatric Rheumatology International Trials Organization, Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group. Preliminary criteria for clinical remission for select categories of juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol.* 2004;31:2290-4.

P236. WHAT TO EXPECT WHEN SYSTEMIC TREATMENT IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IS WITHDRAWN?

Ana Isabel Ramos Lisbona¹, Daniel Clemente Garulo², Alina Boteanu³, Laura Trives-Folguera¹, Antía García-Fernández³, Pablo González Navarro⁴, Juan Carlos López Robledillo², Indalecio Monteagudo-Saéz¹ y Juan Carlos Nieto-González¹

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Pediatric Rheumatology Unit. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Biostatistical Unit. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid.

Objectives: The goal of juvenile idiopathic arthritis (JIA) treatment is to maintain clinical remission. It is also important to reduce drug exposure, whenever possible, in order to avoid or decrease potential side effects. We aimed to analyze remission survival after systemic treatment withdrawal and to determine which factors can influence on it.

Methods: We conducted a multicenter, observational, longitudinal study. All patients diagnosed with JIA were included. We analyzed remission survival using Kaplan-Meier curves according to the systemic treatment received (methotrexate alone or in combination with biologics (bDMARD) and JIA subgroups (oligoarticular and polyarticular course, juvenile spondyloarthritis and systemic).

Results: We included 404 JIA patients, 370 of them (92%) had received systemic treatment at some point and half of them (185 patients) had stopped it on at least one occasion. There were 110 patients who flared (59%) with a median time of 2.3 years. There were no differences of remission survival between JIA subcategories but flares were more frequent when uveitis or joint injections were present (table). 29% of JIA patients who received methotrexate and

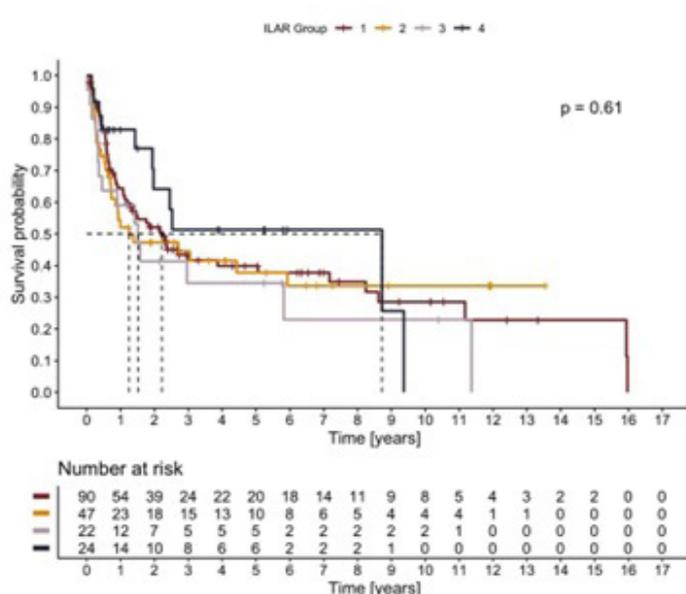
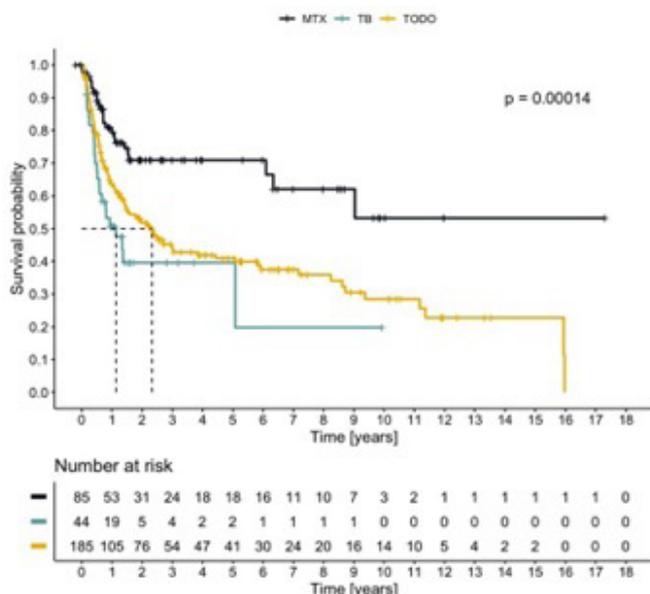
bDMARD in which methotrexate alone was withdrawn flared, median time to flare of 6.3 years. However, if only bDMARD was withdrawn, flares occurred 57% of the time, median time to flare of 1.1 years (fig.).

Demographic characteristics of juvenile idiopathic arthritis (JIA) patients who ever had systemic treatment withdrawn, divided according to flares

	Total (n:185)	Remission (n:75)	Flared (n:110)	p [†]
Age at disease onset	3.4 (1.8-7.6)	4.7 (2.4-9.4)	3.0 (1.7-6.1)	0.0033
Median (IQR)				
Sex (female)	131 (71)	51 (68)	80 (73)	0.52
N (%)				
Uveitis	30 (16)	5 (6.7)	25 (23)	0.0042
N (%)				
ANA	79 (42.7)	35 (47)	44 (40)	0.42
N (%)				
Joint injections ever	107/160 (67)	31/62 (50)	76/98 (78)	0.0012
n/N (%)				
Methotrexate ever	176 (95)	70 (93)	106 (96)	0.54
N (%)				
Biological therapy ever	80 (43)	29 (39)	51 (46)	0.32
N (%)				
JIA groups				0.42
N (%)				
Oligoarticular course	90 (48.6)	34 (47)	56 (51)	
N (%)				
Polyarticular course	47 (25.4)	19 (26)	28 (25)	
N (%)				
Juvenile Spondyloarthritis	22 (12)	7 (9.6)	15 (14)	
N (%)				
Systemic	24 (13)	13 (18)	11 (10)	
N (%)				

ANA: Antinuclear antibody; IQR: Interquartile range. ¹n/N (%); Median (IQR). ²Pearson's Chi-squared test. ³Wilcoxon rank sum test. ⁴Fisher's exact test.

Conclusions: Flares are frequent when systemic treatment is withdrawn, and uveitis or joint injections could be related risk factors. In methotrexate, biological-naïve patients, the frequency of flares occurred in more than half of patients, although they were less frequent when clinical remission lasted for more than a year.



P236 Figure. Kaplan-Meier curves of remission depending on the systemic treatment stopped and the ILAR subcategory.

P237. REGISTRO DE PACIENTES ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (JUVENSER). METODOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Juan José Bethencourt Baute¹, Nuria Montero², Andrea M. Zacarias³, Juan Carlos Nieto⁴, Mireia López-Corbeto⁵, Alina Boteanu⁶, Marta Medrano⁷, Gisela Díaz-Cordovés Rego⁸, Carmen Vargas-Lebron⁹, Sergio Machín-García¹⁰, Lorena Expósito¹, Ana Paula Cacheda¹¹, Pilar Bernabeu¹², Raúl Veroz-González¹³, Olaia Fernández¹⁴, Eugenia Enríquez Merayo¹⁵, Vicenç Torrente-Segarra¹⁶, María Dolores Fernández-Alba¹⁷, María Luz Gamir⁶, Juan Carlos López-Robledillo¹⁸, Jordi Antón¹⁹, Lucía Otero² y Sagrario Bustabad¹

¹Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Hospital Sant Joan de Déu. Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁷Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁸Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹⁰Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. ¹¹Hospital Universitario Son Llàtzer. Mallorca. ¹²Hospital General Universitario de Alicante. ¹³Hospital de Mérida. ¹⁴Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹⁵Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ¹⁶Hospital Comarcal Alt Penedès Garraf. Vilafranca del Penedès. ¹⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁸Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ¹⁹Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en pediatría. Sin embargo, el manejo de los pacientes adultos jóvenes diagnosticados de AIJ no se encuentra todavía bien definido. La limitada información disponible en estos pacientes durante esta etapa de la vida, en relación a la actividad de la enfermedad y al daño estructural, puede resultar de interés para establecer las bases que permitan explicar el desarrollo de complicaciones y otros problemas asociados a los pacientes que sufren estas patologías. Por este motivo se ha puesto en marcha el proyecto JUVENSER, registro de pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de AIJ.

Objetivos: Describir la metodología del registro, las características sociodemográficas, clínicas, y la actividad de la enfermedad, así como describir el manejo terapéutico de pacientes diagnosticados con AIJ en la infancia en España que alcanzan su etapa de transición a la vida adulta.

Métodos: Estudio longitudinal, prospectivo y multicéntrico en el que se incluirán visitas de seguimiento semestrales durante la duración del trabajo de campo del estudio. Población de referencia. Pacientes adultos jóvenes entre 16 y 25 años con diagnóstico de AIJ en cualquiera de sus categorías, atendidos en consultas de reumatología de 16 centros hospitalarios españoles participantes en el estudio. Variables. Número de articulaciones y entesis dolorosas y tumefactas, escala analógica visual (EVA) de actividad de la enfermedad según el paciente y el médico (0-10), escala de calidad de vida SF-12, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), JADAS 27 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score), HAQ (Health Assessment Questionnaire) y registro de manifestaciones extraarticulares (afectación ocular, gastrointestinal, cutánea).

Resultados: Se han incluido 534 pacientes, consiguiendo así el objetivo de reclutamiento del registro (n > 500). La tabla muestra la descripción de los pacientes, siendo un 64,6% mujeres (n = 345). La mediana de edad al diagnóstico fue de 9,2 [3,8-13,6] años y la mediana de edad a la entrada del registro fue de 19,7 [18-21,6] años. La forma de AIJ más frecuente fue la oligoarticular persistente (194 pacientes, 36,3%) seguida de la artritis relacionada con entesitis (103 pacientes, 19,3%). La terapia más frecuente entre estos pacientes es el uso de FAMEb con FAMEc (27,2%), estando sin tratamiento 70 pacientes (13,1%).

Propiedades de los pacientes incluidos en JUVENSER

Pacientes		
Total de pacientes, n		534
Sexo	Femenino, n (% DE)	345 (64,6%)
	Masculino, n (%)	189 (35,4%)
Edad a la entrada en el registro (años)	Media (DE)	19,8 (3,2)
	Mediana [RIQ]	19,7 [18-21,6]
Edad al diagnóstico (años)	Media (DE)	8,7 (5,7)
	Mediana [RIQ]	9,2 [3,8-13,6]
Categoría según la ILAR al debut de la enfermedad, n (%)		
Oligoarticular persistente		194 (36,3%)
Artritis relacionada con entesitis		103 (19,3%)
Poliarticular factor reumatoide negativo		65 (12,2%)
Oligoarticular extendida		57 (10,7%)
Artritis psoriásica		34 (6,4%)
Poliarticular factor reumatoide positiva		30 (5,6%)
Sistémica		27 (5,1%)
Artritis indiferenciada		24 (4,5%)
Tratamiento al inicio, n (%)		
Biológico con tratamiento concomitante FAMEc		145 (27,2%)
Solo biológico (monoterapia)		103 (19,3%)
Solo FAMEc		86 (16,1%)
Sin tratamiento		70 (13,1%)

Conclusiones: Este registro constituye una cohorte de pacientes adultos jóvenes con AIJ, que permitirá evaluar las características clínicas y respuesta a tratamiento de los pacientes con inicio de su enfermedad en edad pediátrica que llegan a las consultas de adultos.

P238. SEGUIMIENTO A DOS AÑOS DE LA PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FACTORES DE RIESGO DE BAJA MASA ÓSEA

Júlia Torguet Carbonell¹, B. Magallares^{1,3}, I. Gich⁴, H.S. Park^{1,3}, H. Codes-Méndez¹, S. Boronat^{3,5}, S. Ros¹, A.M. Millán^{1,6}, J. Malouf⁶, C. Sierio^{1,7}, P. Moya^{1,3}, A. Laiz^{1,3}, C. Díaz-Torné^{1,3}, I. Castellvi^{1,3}, J.L. Tandaiapan^{1,3}, Susana Fernández¹ y H. Corominas^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ³Universitat Autònoma de Barcelona. ⁴Departament de epidemiologia clínica y salud pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁶Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: Un correcto seguimiento de la población pediátrica con factores de riesgo para baja masa ósea (BMO) es necesario para asegurar la adquisición del pico de masa ósea y prevenir posibles fracturas en el futuro¹. Sin embargo, no se disponen de datos de seguimiento en nuestro entorno.

Objetivos: Describir la evolución a 2 años de una cohorte de pacientes pediátricos en estudio de BMO/osteoporosis infantil (OPI) secundaria.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico incluyendo pacientes a los que se les había realizado una densitometría ósea (DXA) para el estudio de patología metabólica ósea de una consulta monográfica de reumatología pediátrica entre 2016 y 2018. Se incluyeron pacientes con al menos una DXA y se recogieron datos demográficos, densitométricos y clínicos a los 2 años.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes, 52% de sexo femenino y con una edad media de 9,8 (± 4,7) años en la DXA basal. 38 (40%) pacientes mantenían seguimiento a los 2 años, con una mediana de seguimiento de 24 meses en el 67,3% de la muestra (rango intercuartílico: 12-24). Se realizaron 3 DXAs de seguimiento en 2 (5,3%) pacientes, 2 en 12 (31,6%) y 1 en 6 (15,8%). La evolución densitométrica de los pacientes en seguimiento y el diagnóstico basal y a los 2 años se recogen en las tablas 1 y 2. De los 57 pacientes que no realizaban seguimiento, el 75,4% habían recibido el alta de consultas y el 24,6% habían

perdido el seguimiento. De los pacientes en seguimiento, 3 (7,9%) habían mejorado su condición y otros 3 (7,9%) habían empeorado de normalidad a BMO. De ellos, 2 presentaban inicialmente DXA normal pero Z score $\leq -1,7$ y presentaron una adherencia irregular a los suplementos de calcio y vitamina D. En el otro paciente el empeoramiento se atribuyó a aumento en la necesidad de toma de corticoides. En todos los pacientes cuya DXA mejoró de BMO a normalidad se observó una correcta adherencia a la suplementación. Durante el seguimiento 4 (10,5%) pacientes presentaron nuevas fracturas. 2 fracturas en 2 de ellos y 1 fractura en los otros 2. Ninguno de estos pacientes cumplió criterios para modificar su diagnóstico óseo a OPI. Los suplementos prescritos en la cohorte de pacientes están descritos en la tabla 3. El 50% de los pacientes presentaron una correcta adherencia a los suplementos durante el seguimiento. En un 10,5% se intensificó este tratamiento, mientras que en un 2,6% se disminuyó. Un 5,3% precisó tratamiento antirresortivo con ácido zoledrónico y un 2,6% recibieron otros bifosfonatos.

Tabla 1. Evolución densitométrica a 2 años

	Basal Media (\pm DE)	2 años Media (\pm DE)	p
Z score cuerpo entero (n = 17)	-1,67 (\pm 1,16)	-1,14 (\pm 1,28)	0,045
Z score vertebral (n =)	-1,21 (\pm 1,23)	-1,3 (\pm 1,13)	0,067

DE = desviación estándar.

Tabla 2. Evolución de los diagnósticos en 2 años

	Diagnóstico basal, n (%)	Diagnóstico 2 años, n (%)
Sin patología	80 (84,2%)	27 (71,1%)
Baja masa ósea	8 (8,4%)	8 (21,1%)
Osteoporosis infantil	3 (3,2%)	2 (5,3%)
DXA normal pero z score $\leq -1,7$	4 (4,2%)	1 (2,6%)

Tabla 3. Suplementos de calcio y vitamina D

	Suplementos n (%)
Solo dieta	11 (28,9%)
Calcio/VitD + vitamina D	9 (23,7%)
Calcio/VitD	3 (7,9%)
Vitamina D	15 (39,5%)

Conclusiones: Observamos una alta pérdida de seguimiento de hasta el 24,6% en pacientes evaluados en consultas de Reumatología Pediátrica para control de patología metabólica ósea. Existe un posible sesgo en este sentido por cierre de consultas por COVID durante 2020. La adherencia a los suplementos fue tan solo del 50% en nuestra cohorte. Los valores densitométricos mejoraron significativamente a nivel de cuerpo entero y se mantuvieron estables a nivel vertebral. El porcentaje de diagnósticos de BMO se mantuvieron estables, con un 7,9% de pacientes con mejoría. El 7,9% de pacientes con DXA normal pero factores de riesgo empeoraron a BMO.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Ciancia S, et al. Osteoporosis in children and adolescents: how to treat and monitor? Eur J Pediatr. 2022. PMID: 36472650.

P239. OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE (CRMO): REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL MANEJO TERAPÉUTICO

Cristina Sobrino Garijo¹, B. Miguel Ibáñez¹, M. González González^{1,2,3}, M. Garrido Martín¹, R. Martín Holguera³, O. Martínez González¹, S. Pastor Navarro¹, M. Ibáñez Martínez¹, C. Chacón Vélez¹, S. Gómez Castro¹, C. Hidalgo Calleja¹, C. Montilla Morales¹ y A. Turrión Nieves^{1,2,3}

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca CAUSA y Universidad de Salamanca- USAL. Salamanca. ²Consulta de Reumatología Pediátrica y de transición Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y USAL. Salamanca. ³Profesor Asociado Medicina USAL. Salamanca.

Objetivos: Conocer a partir de una revisión sistemática estructurada cual es el manejo terapéutico ideal estandarizado de la osteomielitis crónica multifocal Recurrente (CRMO). La CRMO es una enfermedad infra diagnosticada con incidencia creciente al existir mayor sospecha clínica y mejoras en estudios diagnósticos dirigidos.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática estructurada de la evidencia existente en la literatura científica publicada desde 2015 al 2017. De 2.259 artículos obtenidos en la búsqueda inicial estructurada mediante pregunta PICO se seleccionaron un total de 26.

Resultados y conclusiones: Las alternativas terapéuticas establecen 3 posibles líneas progresivas, todas tras fracaso de AINE aceptados como tratamiento inicial indiscutible. Se establece una escala de tratamiento como segunda línea; los estudios apoyan el uso de FARME sintéticos fundamentalmente en casos sin afectación vertebral o fracturas. Los bifosfonatos solos o combinados con FARME, son una buena alternativa en casos con afectación vertebral y otras lesiones. Los fármacos biológicos como anti-TNF se posicionan como tercera línea de tratamiento cuando no han sido efectivas las opciones anteriores o cuando se acompaña de cuadros con afectación sistémica o con comorbilidades. Existe la necesidad de estudios dirigidos para evaluación clínica y el tratamiento de estos pacientes. Debido a la baja casuística existente es de interés la realización de un registro a nivel nacional de casos con CRMO para optimizar el manejo terapéutico, mejorar su manejo y promover su investigación.

P240. DESARROLLO DEL PRIMER MODELO IN VITRO DE HETEROPLASIA ÓSEA PROGRESIVA A PARTIR DE CÉLULAS PRIMARIAS CON UNA DELECIÓN HETEROCIGOTA EN GNAS

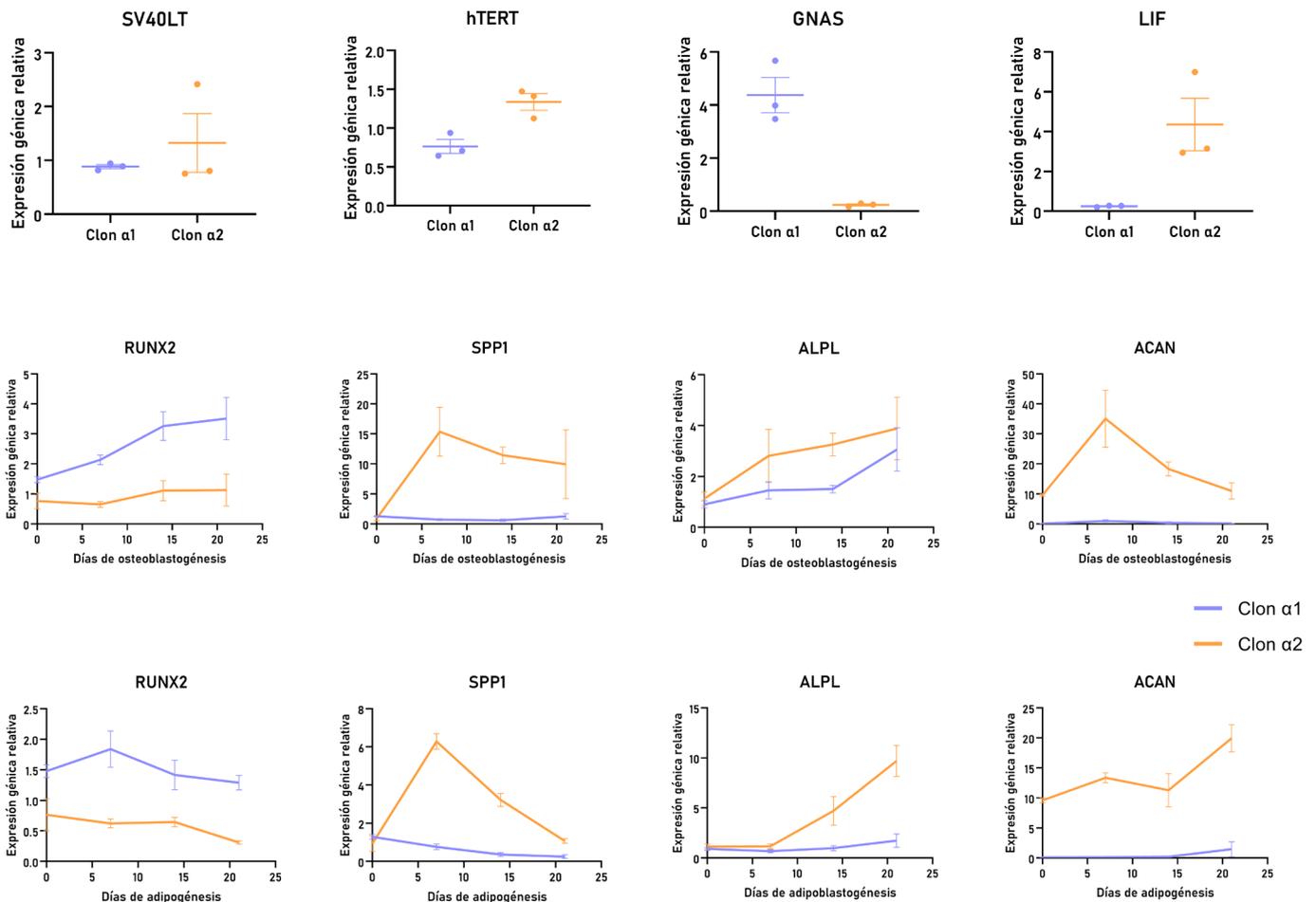
María Piñeiro Ramil, Ana Alonso Pérez, Andrés Pazos Pérez, Verónica López López, María Guillán Fresco, Miriam López Fagúndez, Antía Crespo Golmar, Alberto Jorge Mora y Rodolfo Gómez

Grupo de Patología Musculoesquelética. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela.

Introducción: La heteroplasia ósea progresiva (HOP) es una enfermedad congénita ultrarrara que se debe a mutaciones en el gen GNAS y que produce un crecimiento anormal de hueso en tejidos blandos. Actualmente, los mecanismos que inician y perpetúan la osificación heterotópica en esta enfermedad no se conocen en profundidad. Debido a la baja incidencia de esta patología, las muestras de pacientes con HOP son escasas, y tampoco existen líneas celulares portadoras de la mutación causante de esta enfermedad. Por ello, el objetivo de este estudio fue desarrollar una línea celular a partir de células primarias de un paciente con esta enfermedad, sin alterar la mutación ni su patrón de metilación asociado.

Métodos: Se aislaron células primarias a partir de una muestra de hueso ectópico obtenido de una paciente con POH, portadora de una delección de cuatro nucleótidos en el séptimo exón de GNAS. Las células se immortalizaron por inoculación centrífuga secuencial del antígeno T grande del virus SV40 (SV40LT) y de la transcriptasa reversa de la telomerasa humana (hTERT). Después de la selección de las células transducidas, se aislaron y expandieron dos clones derivados de las células immortalizadas, que se denominaron $\alpha 1$ y $\alpha 2$. Estos clones se sometieron a experimentos de diferenciación celular osteoblastogénica y adipogénica. Los niveles de expresión génica se analizaron mediante RT-PCR.

Resultados: Los dos clones derivados de las células immortalizadas mostraron una velocidad de proliferación similar y expresaron ambos transgenes (SV40LT y hTERT). Curiosamente, la expresión de GNAS en el clon $\alpha 1$ fue casi veinte veces más alta que en el clon $\alpha 2$. Por el contrario, el factor inhibitorio de la leucemia (LIF), que se ha descrito como inductor de los procesos de osificación, se encontró sobrexpresado en el clon $\alpha 2$ con respecto al clon $\alpha 1$. Además, el clon



P240. Figura. Niveles relativos de expresión génica de SV40LT, hTERT, GNAS, LIF, RUNX2, SPP1, ALPL y ACAN en los dos clones generados a partir de las células de la placa ósea ectópica.

α1 mostró una mayor expresión del factor de transcripción RUNX2, un marcador de osteoblastogénesis temprano, mientras que el clon α2 mostró una expresión más elevada de los marcadores osteoblastogénicos tardíos osteopontina (SPP1) y fosfatasa alcalina (ALPL). Asimismo, la expresión de agregano, proteoglicano característico del cartílago, también se vio significativamente incrementada en el clon α2, tanto en ambiente osteoblastogénico como en ambiente adipogénico (fig.).

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren la existencia de dos subpoblaciones celulares con diferente expresión de GNAS en las placas óseas ectópicas. Esta diferencia de expresión podría deberse a una pérdida de heterocigosis en el clon α2 (mosaicismo tipo 2). La subpoblación celular con menor expresión de GNAS presentó un elevado potencial osteoblastogénico, incluso en ambiente proadipogénico, lo que puede tener importantes implicaciones en la gravedad de la patología.

P241. ¿SECUELAS DE LA PANDEMIA? AUMENTO DE INCIDENCIA DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE EN NUESTRO CENTRO

Aina Darder Bennassar¹, Inés Burgos², Berta López², Miguel Martí^{2,3}, Lucía Lacruz², M. Isabel González^{2,3} e Inmaculada Calvo²

¹Hospital Universitari Son Llàtzer. Mallorca. ²Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ³Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La osteomielitis crónica multifocal recurrente (CRMO) es una forma severa de osteomielitis crónica no bacteriana

(CNO). Se trata de un trastorno inflamatorio crónico que afecta preferentemente a las metáfisis de huesos largos pudiendo conllevar su destrucción si no se trata. Afecta principalmente a niños entre 9 y 15 años con una incidencia alrededor de 1-5/10.000.

Objetivos: Identificar las principales características demográficas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento de los pacientes diagnosticados de CRMO en nuestro centro incidiendo en la tendencia del aumento del número de casos en los últimos años.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo de pacientes con edades comprendidas entre 3 y 15 años diagnosticados de osteomielitis multifocal crónica recurrente entre los años 2010 y 2022 en la unidad de Reumatología Pediátrica de un centro terciario. Para su diagnóstico se utilizaron los criterios de Jansson y Bristol basados en signos clínicos, radiológicos e histológicos.

Resultados: Entre 2010 y 2022 se diagnosticaron 27 casos de CRMO de entre los cuales el 49% son mujeres y el 51% son hombres con una edad media de 9'7 años (tabla 1). Por lo que hace a la distribución de los casos el 44% de los pacientes llegaron a nuestra consulta entre 2010 y 2019 y el 56% restante, entre 2020 y 2022. Al diferenciar según el inicio de la sintomatología los resultados no fueron tan dispares (figs. 1 y 2). La localización inicial más frecuente fue en la metáfisis tibial distal seguido por la clavícula y rama isquiopubiana (fig. 1). Además, hasta un 26% fueron monofocales, siendo en ese caso la clavícula la localización más frecuente. La presentación más habitual fue el dolor, pudiendo ir acompañado de tumefacción, impotencia funcional y/o fiebre. Entre ellos, 4 pacientes asociaron afectación cutánea, 3 en forma de psoriasis y 1 acné grave. Ningún paciente asocia otra enfermedad autoinmune aunque 9 presentan algún familiar de 1^{er} grado con enfermedades de este espectro,

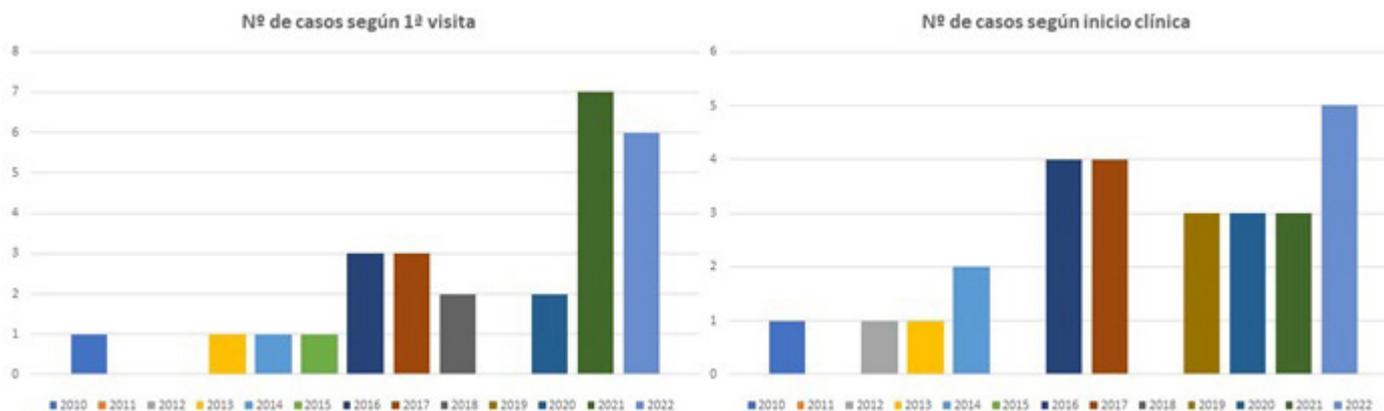


Figura 1. Distribución de los casos a lo largo del tiempo.

siendo la psoriasis la más frecuente. La técnica más utilizada para su diagnóstico fue la RMN siendo necesaria la biopsia en más de la mitad de los casos. En su debut el 55% presentaron elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó estudio genético al 52% de los pacientes siendo positivo en la mitad de los casos, presentando dos de ellos una variante del gen LPIN2 apoyando el diagnóstico de síndrome de Majeed (tabla 2). Respecto al tratamiento el 81,5% recibieron pamidronato, teniéndose que suspender en una ocasión por mala tolerancia (cuadro febril). En tres casos se necesitó progresar en el tratamiento con el uso de anti-TNF α (etanercept) suspendiéndose en una ocasión por efectos adversos (cefalea).

Tabla 1

	Resultados
Género	
Mujer	13 (49%)
Hombre	14 (51%)
Edad al inicio	9.7 (2.3-14.6) años
Afectación monofocal	7 (26%)
Clinica	
Dolor	12 (44%)
Tumefacción dolorosa	10 (37%)
Tumefacción indolora	2 (7.5)
Fiebre	3 (11%)
Afectación cutánea	4 (15%)
Psoriasis	3
Acné grave	1
Antecedentes familiares EA	9 (33%)
Psoriasis	6
Crohn	2
Artritis reumatoide	1
Uveítis	1
Hipotiroidismo	2
Vitiligo	1
Hallazgos analíticos	
Aumento PCR	13 (48%)
Aumento VSG	15 (55%)
Anemia	11 (40%)
Leucocitosis	2 (7.5%)
Bifosfonatos	22 (81.5%)
Anti-TNF α (etanercept)	3 (11%)

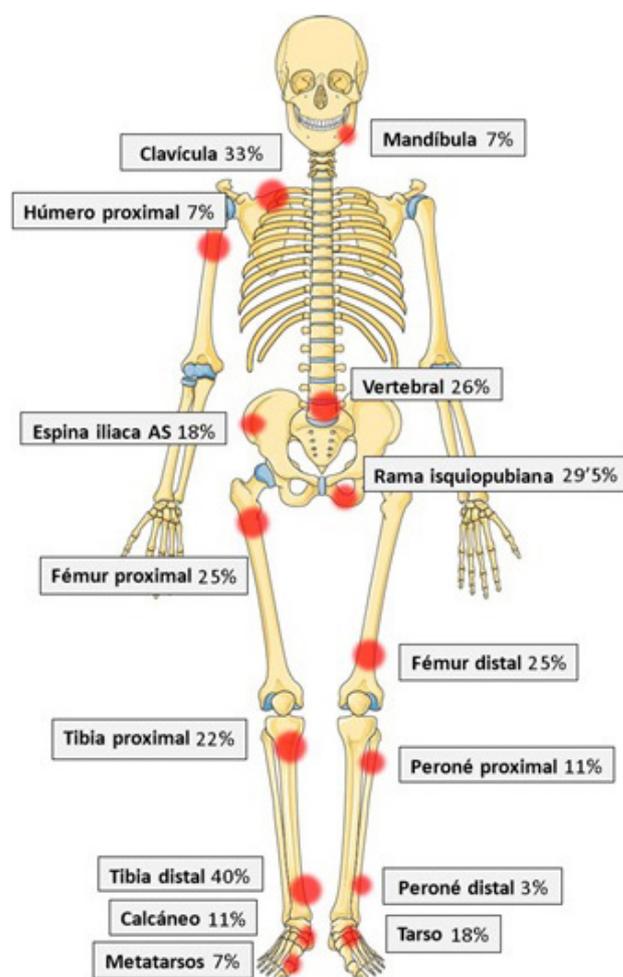


Figura 2. Localización afectada inicialmente según frecuencia.

Tabla 2

Gen	Variante	Hetero/Homocigosis	Anotación
MEFV	R202Q	Heterocigosis	Variante benigna
LPIN2	N/S	N/S	Variante de significado incierto
MEFV	E230K	Heterocigosis	Variante de significado incierto
NLRP4	G786V	Heterocigosis	Variante benigna vs. significado incierto
TNFRSF1A	R92Q	Heterocigosis	Variante de significado incierto
MEFV	R202Q	Heterocigosis	Variante benigna
	P369S	Heterocigosis	Variante de significado incierto
LPIN2	K387E	Heterocigosis	Variante sin clasificar

Conclusiones: Destaca el aumento de primeras visitas desde el 2020 de pacientes que acaban diagnosticándose de CMRO. En cambio, parece que si atendemos al inicio de la sintomatología la distribución es más homogénea sin poder establecer una relación directa con la infección por SARS-CoV-2. Estos datos muestran la existencia de un retraso diagnóstico importante que se pudo haber incrementado tras la situación excepcional que vivimos en 2020. Asimismo, el avance en el conocimiento de esta patología, así como en las herramientas diagnósticas también puede influir en el mayor diagnóstico de casos actual.

P242. INFECCIÓN POR VIRUS HERPES ZOSTER EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LA ERA POSCOVID-19

Estefanía Pardo Campo¹, Pablo González del Pozo¹, Stefani Burger¹, Ignacio Braña Abascal¹, Sara Murias Loza², Julián Rodríguez², Sara Alonso Castro¹, Rubén Queiro Silva¹ y Mercedes Alperi López¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: La afectación por virus herpes zoster en población pediátrica con patología autoinmune reumática es infrecuente. Sabemos que la situación de inmunosupresión de nuestros pacientes tanto por el mal control de la enfermedad reumática como por los tratamientos inmunosupresores puede predisponer a las infecciones. Sin embargo aunque la infección por VHZ es una manifestación infrecuente en pacientes con buen control de la enfermedad todavía no se conoce con exactitud la frecuencia de esta infección así como las características clínicas y la posible influencia de la disregulación inmune en pacientes reumáticos en edad pediátrica durante la pandemia del SARS-CoV-2. Sí está descrita y estudiada como complicación en pacientes de edad adulta. Por todo ello nuestro objetivo es describir las características clínicas de los pacientes pediátricos que han desarrollado infección por virus herpes zoster tras el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional de pacientes pertenecientes a la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Central de Asturias que han presentado infección por virus herpes zoster desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 hasta la actualidad. Obteniendo los datos de un total de 202 pacientes en seguimiento por nuestra unidad. Se han revisado las historias clínicas y seleccionamos aquellos que han presentado infección por VHZ.

	Nº pacientes (3)
Edad media (años)	11,3
Sexo	1 masculino 2 femenino
Diagnóstico	AIJ tipo artritis psoriásica inicio precoz Vasculitis con poliangeítis Lupus eritematoso sistémico con complicaciones graves
VSG y/o PCR elevadas	1/3
ANA positivo	2/3
Afectación cabeza y cuello	1/3
Afectación oftálmica	0/3
Afectación extensa	1/3
Afectación palmas y plantas	1/3
Enfermedad en baja actividad/remisión	2/3
Periodo tras inicio de pandemia	3/3
Corticoterapia	2/3
Metotrexato	0/3
Anti-TNF	1/3
Micofenolato de mofetilo	2/3
Ciclofosfamida	1/3
Antiviral posterior	3/3
Complicaciones posteriores	0/3

Resultados: Se detectaron 3 casos de pacientes en seguimiento por la Unidad de Reumatología Pediátrica que desarrollaron infección por virus herpes zoster padeciendo cada uno de ellos una entidad reumática diferente (tabla). El primer caso de infección por VHZ pertenece a una artritis idiopática juvenil, tipo artritis psoriásica de un total de setenta pacientes con AIJ en seguimiento, que presentaba remisión de la enfermedad a tratamiento en monoterapia con adalimumab 20 mg cada 14 días. (fig. 1). El segundo caso pertenece a una vasculitis con poliangeítis ANCA + tratada con ciclofosfamida intravenosa, micofenolato 2 gramos/día y prednisona 5 mg/día encontrándose en baja actividad de la enfermedad, de un total de 3 pacientes en seguimiento por vasculitis. El tercer caso pertenece a un lupus eritematoso sistémico a tratamiento con prednisona

12,5 mg además de hidroxicloroquina 200 mg y micofenolato 1 gramo/día de un total de 2 pacientes en seguimiento por esta patología. Esta última paciente se encontraba en actividad de la enfermedad, sufriendo afectación extensa así como de palmas y plantas (fig. 2). Los tres casos fueron tratados con aciclovir 250-500 mg/m²/8 horas durante 7 días con resolución completa sin afectación oftálmica ni secuelas posteriores.



Figura 1. Lesiones de VHZ vesiculares en fase inicial.



Figura 2. Afectación plantar lesiones en fase costrosa.

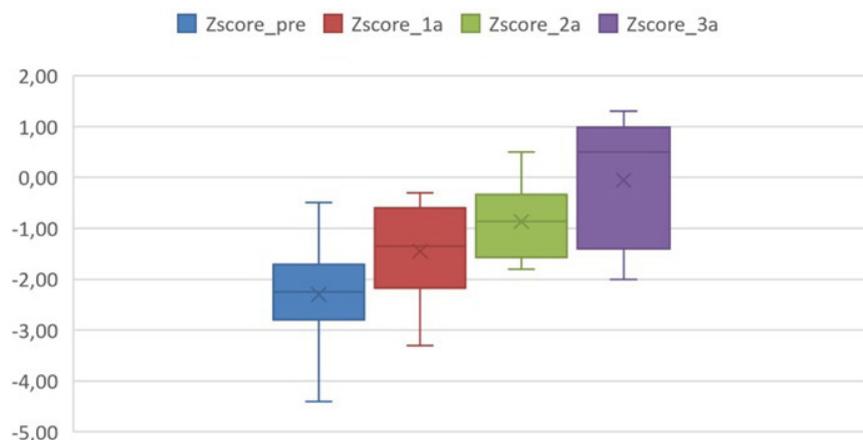
Conclusiones: La infección por virus herpes zoster está presente en nuestras consultas de Reumatología Pediátrica pudiendo manifestarse en diversidad de patologías. Son necesarios más estudios para poder relacionar el posible cambio inmunitario sufrido en nuestros pacientes a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2 con la incidencia de infecciones como la del VHZ. En nuestra consulta es necesario preguntar de manera activa por infecciones previas y realizar una exploración completa a todos los pacientes. Podría plantearse en un futuro cercano la necesidad de vacunación anti-VHZ en nuestros pacientes pediátricos que se encuentran a tratamiento inmunosupresor.

P243. EXPERIENCIA EN EL MANEJO CON BIFOSFONATOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Pablo Castro Santamaria, Maria Isabel González Fernández, Inés M^a Fernández-Maeztu Palacín, Inés Burgos, Berta López Montesinos, Miguel Martí Masanet, Lucía Lacruz Pérez e Inmaculada Calvo Penadés

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. IIS La Fe. Valencia.

EVOLUCIÓN DE Z-SCORE CON TRATAMIENTO



P243 Figura. Evolución de los valores de densitometría con tratamiento con BF.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una conectivopatía infrecuente caracterizada por una alteración en la formación de colágeno, lo que da lugar a fragilidad ósea y riesgo de fracturas. El diagnóstico se confirma mediante estudio genético. En la actualidad, existen nuevos fármacos aprobados para la osteoporosis en adultos, sin embargo, el tratamiento con bifosfonatos (BF) por vía intravenosa sigue siendo el de elección en la población pediátrica.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de OI que han recibido tratamiento con BF y al menos han presentado un año de seguimiento tras su inicio, con valoración en la Unidad de Reumatología Pediátrica de un hospital terciario desde junio de 2011 hasta noviembre de 2022. El análisis estadístico se realiza mediante el programa informático SPSS.

Objetivos: Describir las características de nuestra cohorte de pacientes con OI a tratamiento con BF. Evaluar la mejoría en los parámetros densitométricos tras el tratamiento y en la tasa de fracturas.

Resultados: De los 31 pacientes con diagnóstico de OI se excluyeron aquellos que no precisaron tratamiento (6), acababan de iniciar el seguimiento (7) o bien estaban tratándose con otro fármaco distinto a los BF. Se analizaron 17 pacientes a tratamiento con BF. Los resultados de la cohorte estudiada se exponen en la tabla. En 13 pacientes (76,4%) se inició tratamiento con pamidronato, con cambio a zoledronato en 7 de ellos (41,2%). Recibieron únicamente zoledronato 4 pacientes (23,5%). Durante el tratamiento, observamos un incremento en los valores de Z-score de la DXA lumbar, encontrando una mejoría en el Z-score a los dos años del tratamiento con BF (-1,63 IC95% [-2,23, -1,03], $p < 0,01$) (fig.). Antes del inicio del tratamiento, 12 pacientes (70,6%) presentaban acñaamientos vertebrales. Uno de ellos precisó cifloplastia. No hemos encontrado una reducción significativa en la tasa de fracturas no vertebrales: mediana de fracturas no vertebrales/año (RIQ) antes y durante el tratamiento con BF de 0,67 (0,33, 088) y 0,67 (0,25, 0,67). Estos datos no incluyen un caso de OI grave en el que se inició tratamiento con pamidronato a los 2 meses de vida con mejoría. Considerando solo los pacientes con > 1 fractura no vertebral/año antes del tratamiento, se observa una reducción en la mediana de fracturas/año (RIQ) antes y durante el tratamiento: 1,67 (1,27, 3) y 0,67 (0,67, 0,75). En los 3 primeros años tras el inicio del tratamiento con BF 4 pacientes (23,5%) no presentaron fracturas. Sobre los efectos secundarios, la hipocalcemia ocurrió en 7 pacientes (41,2%), que fue asintomática y se trató con suplementos de calcio oral en todos los casos. La presencia de febrícula/fiebre ocurrió en 7 pacientes (41,2%), habitualmente con la primera infusión de BF.

Descripción de cohorte de OI en edad pediátrica

	n = 17
Género	
Mujeres	10 (58,8%)
Edad al diagnóstico (años); media (± DE)	4,94 (+3,58)
Tipo de mutación	
COL1A1	16 (94,1%)
No encontrada	1 (5,9%)
Antecedentes familiares	8 (47,1%)
Edad inicio tratamiento (años); media (± DE)	6,42 (+ 3,99)
Z-score DMO lumbar previo a tratamiento; media (± DE)	-2,30 + 0,89
Tipo de tratamiento	
Solo pamidronato	6 (35,3%)
Solo zoledronato	4 (23,5%)
Pamidronato, zoledronato	7 (41,2%)
Efectos secundario	
Febrícula/fiebre	4 (23,5%)
Hipocalcemia asintomática	4 (23,5%)
Febrícula/fiebre e hipocalcemia asintomática	3 (17,6%)

Conclusiones: En nuestra cohorte encontramos que el tratamiento con BF incrementa la densidad mineral ósea en los pacientes con OI. No hemos encontrado una reducción significativa en la tasa de fracturas no vertebrales. Considerando solo los pacientes con > 1 fractura no vertebral/año antes del tratamiento, se observa una reducción en el número de fracturas. Señalar que varias de las fracturas durante el tratamiento pueden estar en relación con un aumento de la movilidad, como se ha descrito en la literatura. Encontramos que el tratamiento con BF es seguro en nuestros pacientes, sin detectar ningún efecto secundario grave.

P244. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL TRAS LA CONSULTA DE TRANSICIÓN

Alba María Torrat Novés¹, Rebeca Perpiñán Pérez², Jose Ivorra Cortés^{1,2}, Elena Grau García¹, Daniel Ramos Castro¹, Pablo Muñoz Martínez¹, Laura Mas Sánchez¹, Carmen Riesco Bárcena¹, Anderson Victor Huaylla Quispe¹, Samuel Leal Rodríguez¹, Inés Cánovas Olmos¹, Hikmat Charia¹, Luis González Puig¹, Isabel Martínez Cordellat¹, Carmen Nájera Herranz¹, Rosa Negueroles Albuixech¹, Jose Eloy Oller Rodríguez¹, Francisco Ortiz-Sanjuán¹, Ernesto Tovar-Sugrañes¹, Elvira Vicens Bernabeu¹, Inmaculada Calvo Penadés³, Berta López Montesinos³ y Jose Andrés Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. ²Universidad Católica San Vicente Mártir. Valencia. ³Servicio de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València.

Tabla P244

Tabla 1. Cambios de diagnóstico por subtipos

	Oligoarticular (n = 20)	Artritis-entesisitis (n = 16)	Poliarticular FR- (n = 13)	Sistémica (n = 7)	Indiferenciada (n = 6)	Poliarticular FR+ (n = 4)	Psoriásica (n = 4)
Cambio de diagnóstico, N (%)	2 (10)	-	1 (7,7)	1 (14,3)	4 (66,6)	1 (25)	-
Nuevos diagnósticos	Espondiloartritis Artritis reumatoide	-	Artritis reumatoide	Artritis reumatoide	Enfermedad de Behçet Enfermedad de Behçet Artritis psoriásica Síndrome de Sjögren	Síndrome de Sjögren	-

Tabla P244

Tabla 2. Incidencia acumulada de las manifestaciones clínicas y analíticas (N = 70)

	Incidencia acumulada en la edad pediátrica, N (%)	Incidencia acumulada tras la consulta de transición, N (%)
Aftas orales/genitales	14 (20)	5 (7,1)
Uveítis	10 (14,3)	7 (10)
Diarrea	8 (11,4)	4 (5,7)
Psoriasis	8 (11,4)	4 (5,7)
Fenómeno de Raynaud	6 (8,6)	1 (1,4)
Anticuerpos antinucleares	40 (57,1)	37 (52,8)

Tabla P244

Tabla 3. Evolución de las manifestaciones clínicas y analíticas

	Remisión tras la consulta de transición, (N, %)	Inicio tras la consulta de transición, (N, %)	Recidivas tras la consulta de transición, (N, %)
Aftas orales/genitales (n = 16)	11 (68,7)	2 (12,5)	3 (18,7)
Uveítis (n = 11)	4 (36,3)	1 (9,1)	6 (54,5)
Diarrea (n = 10)	6 (60)	2 (20)	2 (20)
Psoriasis (n = 8)	4 (50)	-	4 (50)
Fenómeno de Raynaud (n = 6)	5 (83,3)	-	1 (16,6)
Anticuerpos antinucleares (n = 42)	5 (11,9)	2 (4,7)	35 (83,3)

Introducción: El término artritis idiopática juvenil (AIJ) hace referencia a un grupo de pacientes con artritis crónica diagnosticados en edad infantil, pudiendo clasificarse en 7 grupos según los criterios de la International League of Associations for Rheumatology (ILAR): AIJ oligoarticular, poliarticular factor reumatoide (FR) positivo y FR negativo, artritis-entesisitis, psoriásica, sistémica e indiferenciada. Estos pacientes comienzan su seguimiento en reumatología de adultos tras ser visitados en la consulta de transición.

Objetivos: Describir la evolución de las variables clínicas, analíticas y terapéuticas en los pacientes con AIJ tras la consulta de transición. **Método:** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en 70 pacientes con AIJ según los criterios de la ILAR seguidos en reumatología de adultos tras la consulta de transición. Se recogieron variables clínicas, analíticas y terapéuticas sobre la consulta de transición y reumatología de adultos.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (65,7% mujeres) con AIJ de una edad media al diagnóstico de 9 (5) años y una media de edad en la transición de 21(3) años. El tiempo medio de seguimiento tras el diagnóstico fue de 16 (5) años y el tiempo medio de seguimiento tras la consulta de transición fueron 4 (3) años. El 12,8% de los pacientes seguidos cambiaron de diagnóstico tras la consulta de transición (tabla 1). Se perdió el seguimiento de 24 pacientes (34,3%), mayormente por cambio de departamento de salud. La mitad de los pacientes con uveítis tuvo recidivas tras la transición, mientras que un considerable número de pacientes no volvió a sufrir episodios durante el seguimiento en consultas de reumatología de adultos (tabla 3). El 100% de los pacientes con recidivas de episodios de uveítis tras la consulta de transición presentaron ANA+ en suero. El fenómeno de Raynaud remitió en la mayoría de pacientes, y las aftas y los episodios de diarrea disminuyeron su frecuencia tras la transición. En cuanto a la terapéutica, de los 28 pacientes que se encontraban en remisión sin tratamiento en el momento de la consulta de transición, únicamente 1 precisó de introducción de fármaco durante el seguimiento en consultas de reumatología de adultos.

Conclusiones: Un 12,8% de pacientes cambió de diagnóstico durante su seguimiento en reumatología de adultos, siendo en su mayoría

AIJ indiferenciada. De los pacientes que estaban en remisión sin tratamiento en la consulta de transición, la mayoría se mantuvieron asintomáticos sin fármacos durante su seguimiento en reumatología de adultos. Un considerable número de pacientes tuvo recidivas de episodios de uveítis tras la transición, mientras que los nuevos casos durante el seguimiento en reumatología de adultos en pacientes que no los habían presentado previamente fueron raros.

P245. AFECTACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA EDAD ADULTA DE UNA CONSULTA DE TRANSICIÓN

Andrea Montserrat Zacarías Crovato¹, Jose Alfredo Gómez Puerta¹ y Jordi Anton²

¹Hospital Clinic de Barcelona. ²Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumatológica más común de la edad pediátrica, es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida. La articulación temporomandibular (ATM) es una de las articulaciones más frecuentemente afectadas en la AIJ con una prevalencia en el momento del diagnóstico de la enfermedad fue del 75%, con afectación bilateral en la mayoría (83%) de los casos.

Objetivos: Describir las características demográficas de una cohorte de pacientes con AIJ en la consulta de adultos de una Unidad de Transición que hayan presentado artritis de la temporomandibular y su evolución en la edad adulta.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. Revisión de historia clínica. Se incluyeron pacientes en seguimiento por AIJ en una Unidad de Transición tras la transferencia a centro de adulto en Barcelona desde julio 2017-enero 2023. Se seleccionaron pacientes que habían tenido afectación de la ATM en la edad pediátrica.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes: 95 paciente con AIJ, 2 ArEII y 1 Sx de Di George. 60 pacientes de sexo femenino (61%) y 38 pacientes masculinos (39%). Con una edad comprendida entre 17-23 años. 86 pacientes (87,7%) de etnia caucásica. Edad media al

debut $8,15 \pm 4,6$ años La edad de transferencia fue de 18 años, excepto una paciente con 17 años. Evolución clínica $9,8 \pm 4,6$ años hasta la transferencia. De la cohorte de 98 pacientes: 33 pacientes (34%) había presentado afectación de la articulación temporomandibular en la edad pediátrica, de los cuales el 55% (18 pacientes) presentaba afectación unilateral y el 45% afectación bilateral. De todos los pacientes que presentaban sinovitis en la resonancia magnética (RMN) 31 pacientes (94%) ya presentaba cambios crónicos en la articulación al debut de la clínica articular de la ATM. De ellos el 31% había progresado en el daño crónico a pesar del tratamiento y las medidas invasivas. En el 100% de los pacientes se realizó un ajuste en el tratamiento, ya sea por optimización de dosis o inicio de tratamiento. 18 pacientes (55%) se realizó además infiltración articular de la ATM afecta de los cuales 9 de ellos posteriormente preciso por persistencia de la actividad inflamatoria realizarse una artroscopia con lavado y tratamiento local (50% de los pacientes). En el seguimiento en la Edad adulta 5 pacientes que habían hecho afectación de la ATM presentaron recaída de la articulación afecta: 2 paciente con subtipo psoriásica, 2 oligoarticulares extendida y 1 paciente oligoarticular persistente. Con respecto al tratamiento en 2 pacientes se optimizo el tratamiento y en el 100% de los pacientes se realizó una artroscopia con lavado e infiltración. 1 paciente requirió una artroplastia de la articulación.

Conclusiones: La afectación de la ATM es frecuente en la AIJ que si no se trata puede conllevar a secuelas a nivel articular. Es importante el manejo multidisciplinar de estos pacientes en conjunto con el cirujano maxilofacial. La RMN con contraste sigue siendo el *gold estándar* para el diagnóstico de la articulación.

P246. BLOQUEO DE IL-1 EN ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS MONOGÉNICAS: RESULTADOS DE UNA SERIE EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE REFERENCIA

Inés Burgos Berjillo¹, Aina Darder Bennassar², M^a Isabel Gonzalez Fernández^{1,3}, Berta López Montesinos¹, Lucía Lacruz Pérez¹, Miguel Martí Masanet^{1,3} e Inmaculada Calvo Penadés¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Hospital Universitari Son Llàtzer. Mallorca. ³Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La interleukina 1 (IL-1) tiene un papel central en algunas de las enfermedades autoinflamatorias monogénicas dado que está implicada en su mecanismo fisiopatogénico. En este grupo de enfermedades el tratamiento con bloqueo de IL-1 ha demostrado ser eficaz.

Objetivos: Describir la experiencia con el uso de anti-IL-1 en pacientes con enfermedades autoinflamatorias monogénicas en una unidad de enfermedades autoinflamatorias pediátricas de un hospital terciario.

Métodos: Se han recogido datos demográficos, clínicos, de eficacia, dosis y efectos adversos de pacientes en seguimiento con una enfermedad autoinflamatoria monogénica que hayan recibido anti-IL-1 (anakinra y/o canakinumab), entre 2007 y 2021. Para el diagnóstico, se ha utilizado criterios clasificatorios Eurofever/PRINTO 2019 para síndromes de fiebres periódicas hereditarias o diagnóstico genético guiado por la clínica para PAPA y APLAID. La respuesta al tratamiento se ha evaluado al 6^o mes de tratamiento, clasificando como respuesta completa aquellos pacientes sin signos de enfermedad activa, PCR < 5 mg/L, VSG < 20 mm/h y amiloide sérico < 10 mg/L y como respuesta parcial aquellos que solo cumplen criterios clínicos o analíticos.

Resultados: Se han identificado 31 pacientes con una enfermedad autoinflamatoria monogénica en tratamiento con anti-IL-1. De

ellos, el 61,3% presentan genética confirmatoria cumpliendo el resto criterios clínicos. En relación al tratamiento, 16 pacientes han recibido anakinra y 26 canakinumab. La mediana de tratamiento ha sido de 1,98 años para anakinra y 5,61 años para canakinumab. El 35,5% de los pacientes ha recibido tratamiento con ambos fármacos siendo anakinra el primero en administrarse en todos los casos. El 16,1% de los pacientes recibió tratamiento únicamente con anakinra y el 48,4% de los pacientes se trató solo con canakinumab. De los pacientes tratados con anakinra un 81,3% respondieron (25% de forma completa y 56,3% de forma parcial. De los tratados con canakinumab, respondieron el 92,3% (73,1% de forma completa y 19,2% con respuesta parcial). La mayoría de pacientes con HIDS y casi la mitad de pacientes con TRAPS y CAPS precisaron un aumento de dosis. En un 46,2% de los pacientes tratados con canakinumab se pudo optimizar el tratamiento, aumentando el intervalo de administración de la dosis. Como reacciones adversas de interés se han objetivado durante anakinra: 2 neumonías y 2 reacciones cutáneas generalizadas, mientras que con canakinumab: 5 neumonías, 2 apendicitis, infecciones de partes blandas y 2 casos de primoinfección por varicela. Como procesos intercurrentes destacamos un caso con HIDS que desarrolló una hidrosadenitis grave durante su seguimiento.

Conclusiones: Aproximadamente un tercio (39%) de los pacientes con una enfermedad autoinflamatoria monogénica seguidos en nuestra unidad, se ha beneficiado del tratamiento con anti-IL-1. De forma global, un 67,7% de nuestros pacientes se encuentran en remisión con tratamiento con anti-IL-1, siendo posible en algunos de ellos una optimización del tratamiento. En nuestra cohorte el 89% de los pacientes con HIDS y aproximadamente el 50% de los pacientes con TRAPS y CAPS necesitan dosis mayores de tratamiento para lograr un buen control de la enfermedad, coincidiendo con los resultados del estudio CLUSTER (De Benedetti *et al*, 2018). Destacamos que estos resultados apoyan la importancia del tratamiento dirigido de forma personalizada e individualizada.

P247. EXTRAGLANDULAR INVOLVEMENT AND AUTOANTIBODY STATUS AS RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME (PSS): A 20-YEAR FOLLOW-UP STUDY

Cristiana Isabel Sieiro Santos, Rúben Rego Salgueiro, Paula Pérez García, Jose Ordas Martínez, Clara Moriano Morales, Carolina Álvarez Castro and Elvira Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Primary Sjögren's syndrome (pSS) is an autoimmune disorder characterized by chronic multisystem inflammation with shared pathophysiology with SLE and RA. Cardiovascular events have emerged as major causes of morbidity and mortality in patients with autoimmune diseases however, the clinical significance of cardiovascular disease in patients with pSS remains unclear.

Objectives: To study the association between cardiovascular disease and primary Sjögren's syndrome (pSS) and analyze the risk of cardiovascular disease accordingly to glandular/extraglandular involvement and anti-Ro/SSA and/or Anti-La/SSB autoantibody status.

Methods: pSS patients fulfilling the 2016 ACR/EULAR classification criteria for pSS were consecutively evaluated and followed in our department between 2000 and 2022. We evaluated the prevalence and clinical significance of cardiovascular risk factors with primary Sjögren's syndrome (SS), focusing on the possible association with clinical and immunological features, the therapies administered, and the impact on cardiovascular disease. A two-tailed value of $p < 0.05$ was taken to indicate statistical significance. Potential risk

factors associated with cardiovascular involvement were determined by multivariate regression analyses.

Results: A total of 102 pSS patients were included. 90% were female, with a mean age of 65 ± 24 years and a disease duration of 9.9 ± 7 years. The baseline prevalence of comorbidities was 59% for hypertension, 29% for cardiovascular diseases, 34% for dyslipidemia, 15% of diabetes, 29% for obesity, 12% had history of stroke and 17% had arterial/venous thrombosis. 39% of patients had a history of smoking. Patients with extraglandular involvement had a higher prevalence of cardiovascular risk factors, including arterial hypertension (OR 2.28, 95%CI 1.01-5.09, p 0.04), dyslipidemia (OR 4.4, 95%CI 1.67-11.6, p 0.003), higher LDL mean values (116 ± 48 vs. 99 ± 44, p 0.038), uric acid (6.58 ± 1.7 vs. 4.3 ± 1.03, p 0.04) and higher risk for myocardial ischemia (OR 4.09, 95%CI 1.46-11.4, p 0.01) after adjustment for age, sex, disease duration, and the significant variables in the univariate analysis. Patients positive for both Ro/SSA and La/SSB autoantibodies had a substantially higher risk of arrhythmia (OR 3.4, 95%CI 1.01-10.6, p 0.04), arterial and venous thrombosis (OR 5.5, 95%CI 1.18-25.7, p 0.03) and stroke (OR 3, 95%CI 1.02-8.8, p 0.04). In the multivariate logistic regression analysis, extraglandular organ involvement (p = 0.008), beta2microglobulin levels (p = 0.001), hypocomplementemia of C3 (p = 0.01), the use of glucorticoids (p = 0.02), hypergammaglobulinemia (p = 0.02), ESR levels (p = 0.007), treatment with HCQ (p = 0.03) and an ESSDAI (Sjögren's syndrome disease activity index) > 13 (p = 0.02) were found to be factors associated with increased or decreased odds ratio for cardiovascular events in pSS patients. Anti-Ro/SSA and anti-La/SSB were significant predictors in univariate but not in multivariate analysis.

	OR 95%CI	p
Extraglandular involvement	16.5 (4.51-28.5)	0.008
Beta2microglobulin (mg/dL)	7.83 (3.16-12.5)	0.001
C3 (mg/dl)	0.92 (0.24-0.98)	0.01
Corticoids	7.2 (2.34-15.7)	0.02
Hypergammaglobulinemia	10.2 (4.5-21.2)	0.02
ESSDAI > 13	1.8 (1.13-4.52)	0.02
ESR (mm/h)	1.4 (1.10-3.45)	0.007
HCQ	0.82 (0.26-0.92)	0.03

Table 4. Significant logistic regressions for predictors for CV risk

Conclusions: pSS patients are more vulnerable to cardiovascular diseases (CVDs). In addition to traditional CVD risk factors, we identified risk factors independently associated with cardiovascular involvement in pSS patients, which suggests the need for early detection and prevention measures to improve the prognosis in those patients.

P248. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LA ELEVACIÓN DE INMUNOGLOBULINA G EN UNA COHORTE DE SJÖGREN PRIMARIO

Delia Fernández Lozano, Cristina Arciniega Larios, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Sara María Rojas Herrera, Raul Veroz González y Eugenio Chamizo Carmona

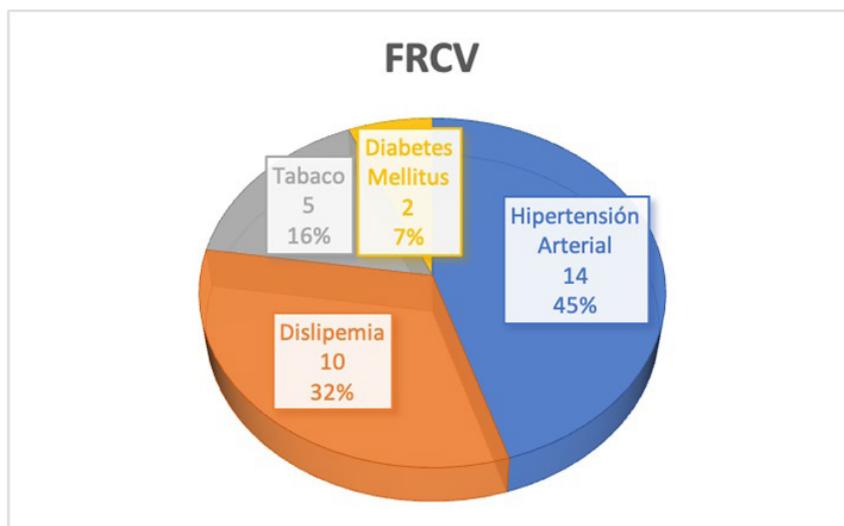
Hospital de Mérida.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por un infiltrado linfoplasmocitario de las glándulas exocrinas produciendo clínica de sequedad, fundamentalmente oral y ocular¹. Los anticuerpos relacionados con esta enfermedad son los anti-Ro (SSA) y anti-La (SSB), estando presentes en entre el 33-74% y 23-52% de los casos respectivamente². Además, suele acompañarse de elevación de la inmunoglobulina G.

Objetivos: Determinar si la presencia de IgG elevada en el SSp presenta relación con parámetros demográficos, clínicos y/o de laboratorio en nuestra cohorte.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo histórico recogiendo diferentes variables demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes con SSp atendidos en nuestra consulta de autoinmunes entre los años 2020-2022 que cumplía los criterios de clasificación ACR-EULAR 2016.

Resultados: Se identificaron 40 pacientes con diagnóstico de SSp, con una edad media al diagnóstico de 52,98 años (± 12,976), siendo el 95% mujeres, y el 5% hombres. Los principales motivos de consulta fueron la presencia de artralgias (40%), xeroftalmia (22,5%), xerostomía (17,5%) y artritis (7,5%). Al diagnóstico, el 50% de los pacientes presentaba algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y el 12,5% estaba diagnosticado de síndrome ansioso y/o depresivo. La distribución de FRCV se recoge en la figura. Atendiendo a la autoinmunidad, el 97,5% de los pacientes mostraron positividad para Anti-Ro y el 70% para Anti-La. Además, el 57,5% de los pacientes presentaban elevación del Factor Reumatoide. Entre las alteraciones de laboratorio al diagnóstico destacaron la elevación de inmunoglobulina G en el 55% de los casos, de VSG en el 40% y de PCR en el 10%. Se inició tratamiento farmacológico a 21 pacientes (52,5%), empleándose hidroxicloroquina (87%), metotrexato (8,6%) o rituximab (4,3%). El 55% de los pacientes presentaron elevación de IgG al diagnóstico. Comparando entre los que presentaban IgG en rango y elevada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, edad ni la presencia de FRCV. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de IgG elevada y el



P248 Figura. Distribución de los FRCV.

Tabla P248

Características de los pacientes con SSp

Características de los pacientes con SSp	IgG elevada (n = 22)	IgG en rango N = 18)	p	Total (n = 40)
Sexo, n (%)				
Mujer	20 (90,9)	18 (100)	0,189	38 (95)
Hombre	2 (9,1)	0 (0)		2 (5)
Síntoma de consulta en reumatología, n (%)				
Artralgias	8 (36,4)	8 (44,4)	0,635	16 (40)
Xeroftalmia	6 (27,3)	3 (16,7)		9 (22,5)
Xerostomía	4 (18,2)	3 (16,7)		7 (17,5)
Artritis	1 (5)	2 (11,1)		3 (7,5)
Anti-Ro positivo	1 (5)	2 (11,1)		3 (7,5)
Otro	2 (9,1)	0 (0)		2 (5)
Anticuerpos positivos n, (%)				
Anti-Ro	22 (100)	17 (94,4)	0,263	39 (97,5)
Anti-La	17 (77,3)	11 (61,1)	0,267	28 (70)
FR	13 (59,1)	10 (55,6)	0,688	23 (57,5)
Alteraciones de laboratorio al diagnóstico, n (%)				
VSG > 40 mm/h	12 (55)	4 (22,2)	0,038	16 (40)
Hemograma	6 (27,3)	3 (16,7)	0,400	9 (22,5)
PCR > 5 mg/L	2 (9,1)	2 (11,1)	0,832	4 (10)
Tratamiento farmacológico, n (%)	13 (59,1)	8 (44,4)	0,356	21 (52,5)

motivo de consulta, la edad al diagnóstico ni con la positividad de Anti-Ro, Anti-La o FR. Si se encontró una relación estadísticamente significativa (p = 0,038) con la presencia de VSG elevada al diagnóstico, pero no con los niveles de PCR ni con precisar tratamiento farmacológico.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el 55% presentaba elevación de Inmunoglobulina G al diagnóstico encontrándose únicamente asociación estadísticamente significativa con la presencia de VSG elevada al diagnóstico. Encontramos predominio del SSp en mujeres, que acuden por artralgias y presentan Anti-Ro positivo en el 97,5% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thorne I, Sutcliffe N. Sjögren's syndrome. Br J Hosp Med. 2017; 78(8):438-42.
2. Negrini S, Emmi G, Greco M, Borro M, Sardanelli F, Murdaca G, et al. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. Clin Exp Med. 2022;22(1):9-25.

P249. MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES GRAVES E INFRECIENTES EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Guillermo González Arribas¹, Rodrigo Aguirre del Pino² y Mercedes Freire González¹

¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ²Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad caracterizada por una epitelitis autoinmune que afecta principalmente a glándulas exocrinas (lagrimales y salivales) aunque puede afectar a múltiples órganos, convirtiendo a esta entidad en una enfermedad sistémica. Las manifestaciones extraglandulares más frecuentes son bien conocidas, como artritis, citopenias o la afectación del sistema nervioso periférico. Sin embargo, existen otras manifestaciones poco frecuentes en las que se debe poner especial atención por su gravedad y potencial mortalidad.

Tabla P249

Resumen de las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de los casos expuestos.

Caso	Edad	Sexo	Autoinmunidad	Antecedentes	Presentación clínica	Tratamiento	Evolución clínica
1	54	Mujer	Anti Ro52 Anti U1RNP Antinucleosoma	Síndrome seco Linfadenopatías Biopsia de glándula salival compatible	Pleuropericarditis, fenómeno de Raynaud e hipertensión pulmonar precapilar	Prednisona 0,5 mg/kg/día Hidroxicloroquina 400 mg/día Nifedipino 30 mg/día	Recuperación de clase funcional
2	45	Mujer	Anti CENP-B Hipergammaglobulinemia Anti Ro52/Ro60 Anti La Anti PL7 Hipergammaglobulinemia Factor reumatoide Crioglobulinas GMSI* Consumo de C4	Síndrome seco, queratitis, linfadenopatías, poliartrosis, fenómeno de Raynaud, biopsia de glándula salival compatible	Púrpura, EPID* y vasculitis crioglobulinémica con GN* extracapilar	Tadalafilo 40 mg/día Ambrisentan 10 mg/día Bolos de metilprednisolona 500 mg/día × 3 Prednisona 1 mg/kg/día Plasmaféresis (4 sesiones) Rituximab (1 g × 2 cada 6 meses)	Normalización de la función renal
3	45	Mujer	Anti Ro52/Ro60	Síndrome seco	Afectación psiquiátrica en forma de esquizofrenia paranoide y artralgias	Bolos de metilprednisolona 500 mg/día × 3 Prednisona 1 mg/kg/día Ciclofosfamida (1 g mensual × 6 meses) Rituximab (1 g × 2 cada 6 meses)	Desaparición de las alucinaciones
4	41	Mujer	Anti Ro52/Ro60 Anti-La	Síndrome seco Biopsia de glándula salival compatible	Monoartritis y afectación del sistema nervioso central (menigitis linfocitaria, neuritis óptica y vestibulococlear)	Bolos de metilprednisolona 500 mg/día × 5 Prednisona 1 mg/kg/día	Recuperación de la audición. Ceguera completa del ojo derecho y hemianopsia del ojo izquierdo
5	65	Mujer	Factor reumatoide Consumo de C3 Anti Ro52	Síndrome seco Biopsia de glándula salival compatible	Artralgias y miopatía proximal, distal y asimétrica	Inmunoglobulinas 400 mg/kg/día × 5 Ciclofosfamida (1 g mensual × 12 meses) Prednisona 1 mg/kg/día Azatioprina 150 mg/día Micofenolato de mofetilo 2 g/día	Recuperación del balance muscular

GMSI: gammapatía monoclonal de significado incierto. EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa. GN: glomerulonefritis.

Objetivos: Describimos las características epidemiológicas, serológicas, clínicas y de tratamiento de cinco pacientes con manifestaciones extraglandulares poco frecuentes del SSp.

Métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva a cinco pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren primario con manifestaciones sistémicas graves poco prevalentes (hipertensión arterial pulmonar, vasculitis crioglobulinémica, psicosis, afectación simultánea de pares craneales y miositis) de una serie de 49 pacientes atendidos en el servicio de reumatología de un hospital terciario de A Coruña (Galicia, España) durante 2019 y 2022.

Resultados: Las 5 pacientes eran mujeres entre la quinta y la sexta década de la vida, eran positivas para anti-Ro52 y precisaron inmunosupresión con glucocorticoides y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad con adecuada respuesta al tratamiento, como puede evidenciarse en la tabla.

Conclusiones: Presentamos cinco casos distintos de manifestaciones graves y poco prevalentes en pacientes con SSp con la finalidad de destacar que las manifestaciones extraglandulares del SSp pueden ser potencialmente fatales y de proponer un plan diagnóstico y terapéutico para cada uno de ellos.

P250. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA. RESULTADOS DE UNA COHORTE OBSERVACIONAL

Paloma Muñoz Reinoso, F.J. Toyos Sáenz de Miera, I. Fernández Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández y J.J. Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica de etiología desconocida, con una prevalencia estimada en 0,25% (0,15-0,43). Su espectro clínico es amplio e incluye en sus manifestaciones extraglandulares la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), contribuyendo de forma importante a la morbilidad y mortalidad en esta patología.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes con SSp y EPID. Describir los patrones de afectación pulmonar, la evolución de la enfermedad y los tratamientos empleados.

Método: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, en el que se incluyen pacientes con SSp según criterios de clasificación EULAR/ACR con EPID asociada, de un total de 176 pacientes con SSp, revisados en consultas de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena, desde el 2010 al 2022. Se analizan datos obtenidos de historias clínicas. Se utiliza el software estadístico SPSS v28. El estudio ha sido aprobado por el CEIC.

Resultados: Se incluyen 19 pacientes, 17 (89,5%) mujeres, con edad media de 66,4 años (62-71). Todos presentan anticuerpos antinucleares y anti-Ro, 6 (31,6%) anticuerpos anti-La, 7 (43,8%) factor reumatoide, 12 (63,2%) hipergammaglobulinemia y ninguno hipocomplementemia. Siete (36,8%) son exfumadores, ningún fumador en la actualidad. Las manifestaciones extraglandulares y comorbilidades se exponen en la tabla 1. La edad media al diagnóstico de EPID fue 60,1 años (53,3-65,8). El tiempo que transcurre hasta el diagnóstico fueron 93 meses (12-198), sin embargo, en el 52,6% (10) el diagnóstico de EPID fue previo al de SSp, transcurriendo 17 meses (6-27) hasta el diagnóstico de SSp. El patrón radiológico más habitual es Neumonía intersticial no específica en 12 pacientes (63,2%), 2 presentan Neumonía intersticial linfocítica, 2 Neumonía intersticial usual, 1 Neumonía organizada y el resto otros patrones. A dos pacientes se les realizó biopsia pulmonar. Previo al diagnóstico de EPID, 3 pacientes estaban en tratamiento con Hidroxicloroquina, el resto no había precisado inmunomoduladores. Una vez diagnosticados, el 52,6% (10) requirió inmunosupresores (tabla 2). Ocho (80%) continúan en tratamiento, siete con Micofenolato de mofetilo con una media de duración de 48 meses (20-75) y

uno con nintedanib. Un 47,4% (9) precisó en algún momento glucocorticoides orales. 15 pacientes (88,2%) mejoraron o se mantuvieron estables radiológicamente por TCAR, 12 (63,2%) según las PFR (descenso de la FVC < 10% y DLCO < 15%) y 13 (72%) se mantuvieron estables o mejoraron de la disnea según la escala MRC, sin encontrarse diferencias significativas entre pacientes con y sin tratamiento. El tiempo medio de evolución de la EPID fue 77,3 meses (63-91). Hubo 2 fallecimientos, uno por progresión de la enfermedad y otro debido a un traumatismo craneoencefálico.

Tabla 1. Manifestaciones extraglandulares y comorbilidades

	N	%
Artralgias	5	26,3
Artritis	3	15,8
Citopenias	5	26,3
Linfadenopatías	4	21,1
Parotidomegalia	4	21,1
Raynaud	3	15,8
Colangitis biliar primaria	2	10,5
Nefritis tubulointersticial	1	5,3
Hipotiroidismo autoinmune	3	15,8
Miastenia gravis	1	5,3
Púrpura trombocitopénica	2	10,5
Osteoporosis	5	26,3
Enfermedad cardiovascular	7	36,8
Hipertensión arterial	8	42,1
Dislipemia	7	36,8
Diabetes mellitus	3	15,8
Obesidad	7	36,8
Asma/EPOC	3	15,8
Hipertensión pulmonar	4	21,1

Tabla 2. Tratamientos empleados

Pacientes	Tratamientos previos	Tratamiento actual
1	Rituximab	Hidroxicloroquina + micofenolato
2	-	Micofenolato
3	-	Hidroxicloroquina + micofenolato
4	-	Hidroxicloroquina + micofenolato
5	Ciclofosfamida	-
6	-	Hidroxicloroquina + micofenolato
7	Azatioprina Ciclofosfamida Rituximab	Micofenolato
8	-	Nintedanib
9	-	Micofenolato
10	Rituximab	-

Conclusiones: La enfermedad pulmonar intersticial difusa es una manifestación extraglandular que está presente en una proporción significativa de pacientes con SSp, siendo el diagnóstico precoz fundamental. En la mitad de los pacientes la EPID se diagnosticó antes que el SSp. En nuestra serie, tras el diagnóstico de EPID la mitad de los pacientes requirió tratamiento inmunosupresor para evitar la progresión de la enfermedad, manteniéndose estable la neumopatía en la mayoría de los pacientes.

P251. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: LA INFLUENCIA DE LOS MARCADORES SEROLÓGICOS Y/O INMUNOLÓGICOS EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DE LAS MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, Julia Torquet^{2,3}, Jose Luis Tandaipan³, Hye S Park³, Berta Magallares³, Patricia Moya³, Cesar Diaz-Torné³, Susana Fernández³, Ana Laiz³, Luis Sainz³, Helena Codes³, Sandra Ros³, Ivan Castellvi³, Elvira Díez Álvarez¹ y Héctor Corominas³

¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por la afectación de glándulas salivares, sin embargo, un porcentaje de pacientes puede

desarrollar manifestaciones extraglandulares sistémicas que pueden determinar el pronóstico de la enfermedad. La influencia de los marcadores serológicos e inmunológicos en la expresión clínica de la enfermedad aún no se conoce del todo y tampoco su papel como factores pronósticos de la enfermedad.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de la afectación extraglandular en el síndrome de Sjögren, así como determinar la relación entre los marcadores inmunológicos y serológicos, la actividad de la enfermedad y las manifestaciones extraglandulares en pacientes con SSp.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a pacientes con SSp seguidos en una Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de referencia entre los años 2000 y 2022 que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR para el SSp de 2016. Los datos sociodemográficos, clínicos, serológicos e inmunológicos y la actividad de la enfermedad calculada con el índice de ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome disease activity index) fueron recogidos. Para la comparación de variables cualitativas y/o cuantitativas test exacto de Fisher o se realizó la prueba t cuando fue necesario.

Características sociodemográficas, clínicas, serológicas y analíticas de los 175 pacientes con SSp

Variable	
Sexo femenino	169 (97%)
Edad al diagnóstico (media ± DE)	58,8 ± 12,2
Tiempo de evolución (media ± DE)	7,6 ± 5,4
Xerostomía (n, %)	159 (91,9%)
Xeroftalmia (n, %)	151 (87,8%)
Parotidomegalia (n, %)	15 (9%)
Afectación de otras glándulas (n, %)	10 (6%)
Afectación cutánea (n, %)	14 (8%)
Afectación articular (n, %)	62 (35%)
Afectación renal (n, %)	7 (4,1%)
Afectación pulmonar (n, %)	23 (13%)
Afectación de SNC (n, %)	3 (1,7%)
Afectación de SNP (n, %)	20 (11%)
Síntomas constitucionales (n, %)	23 (13,6%)
Adenopatías (n, %)	21 (12%)
Anticuerpos antinucleares (n, %)	158 (90%)
Anti-Ro60 (n, %)	119 (68%)
Anti-Ro52 (n, %)	61 (35,3%)
Anti-La/SSB (n, %)	98 (56%)
C3 (media ± DE)	103,5 ± 33
C4 (media ± DE)	20,4 ± 9,1
Hipocomplementemia (n, %)	62 (35,4%)
Linfopenia (n, %)	23 (13%)
Hipergammaglobulinemia (n, %)	72 (41%)
IgG (media ± DE)	1364 ± 580
IgM (media ± DE)	151,3 ± 100
Beta2microglobulina (media ± DE)	2,1 ± 0,6
Factor reumatoide (media ± DE)	20 ± 6,5
VSG (media ± SD)	22 ± 21,5
PCR (media ± SD)	4,93 ± 3,8
Crioglobulinas (n, %)	19 (11%)
ESSDAI < 4 (n, %)	124 (71%)
ESSDAI 5-13 (n, %)	46 (26%)
ESSDAI > 13 (n, %)	5 (2,9%)

Resultados: 175 pacientes con SSp fueron incluidos (97% eran mujeres), con una edad media al diagnóstico de 58,8 ± 12,2 años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 7,6 ± 5,4 años. Las características clínicas, serológicas e inmunológicas están resumidas en la tabla. 62 pacientes (35%) tenían manifestaciones extraglandulares. Encontramos una asociación positiva entre el tiempo de evolución, los niveles de IgG (p = 0,007) y los niveles de beta2microglobulina (p = 0,004). La positividad para anti-Ro60 se ha asociado de forma positiva con los niveles de IgG (p = 0,04), los niveles de VSG (p = 0,002) y la presencia de adenopatías (p = 0,01). La enfermedad pulmonar intersticial difusa se ha asociado a la positividad para anti-Ro52 (p = 0,04), niveles de VSG (p = 0,02), niveles de PCR (p = 0,007) y actividad de la enfermedad medida por ESSDAI (p = 0,002). La afectación renal se ha asociado de forma positiva a los

niveles de beta2microglobulina (p = 0,01) y la linfopenia (p = 0,04). La afectación hematológica se ha asociado de forma positiva con la linfopenia (p = 0,017), los niveles de beta2microglobulina (p < 0,0001), los niveles de factor reumatoide (p = 0,002) y niveles de VSG (p = 0,018). La afectación cutánea se asoció de forma positiva con los niveles de crioglobulinas (p = 0,002) y de forma negativa a los niveles de C3 (p = 0,002) y la parotidomegalia se asoció con la positividad para anti-La (p = 0,03) y los niveles de crioglobulinas (p = 0,003).

Conclusiones: Nuestros resultados han demostrado el papel de los marcadores inmunológicos y serológicos en la expresión clínica del SSp y como factores pronósticos de la evolución de la enfermedad, así como su utilidad en la práctica clínica.

P252. EL VALOR PRONOSTICO DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN: ESTUDIO DE COHORTE DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Hye Sang Park¹, Laura Martínez-Martínez^{3,4}, Berta Magallares^{1,3,4}, Jose Luis Tandaipan^{1,3}, Ivan Castellví^{1,2,3}, Patricia Moya Alvarado^{1,2}, Anais Mariscal^{3,4}, Yolanda Alvaro⁴, Elisabeth Molto⁴, Maria Carmen Hernández Lafuente⁴, Sandra Ros^{1,3}, Susana P. Fernández-Sánchez^{1,3}, Helena Codes¹, Cesar Diaz-Torné^{1,2}, Luís Sainz Comas¹, Ana Milena Millán Arciniegas¹, Ana Laiz^{1,2}, Cándido Juárez^{2,3,4} y Héctor Corominas^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Unitat Funcional de Malalties Autoimmunes Sistèmiques (UFMAS). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La prueba diagnóstica más importante para el síndrome de Sjögren es la biopsia de glándula salival menor (BGSM). La tinción inmunohistoquímica de la BGSM podría ser de utilidad pronóstica para la afectación extraglandular.

Objetivos: Comparar la composición linfocítica de la BGSM según presencia o no de afectación de órganos que precise tratamiento en los pacientes con síndrome de Sjögren tras 3 años de seguimiento. Comparar la composición linfocítica de la BGSM según el empeoramiento del índice SDDI > 2 puntos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte. El criterio de inclusión fue: pacientes ≥ 18 años que cumplían criterio ACR/EULAR 2016 para síndrome de Sjögren con sialoadenitis focal linfocítica (≥ 1 infiltrado de ≥ 50 linfocito) en la BGSM. Se realizó tinción de células CD45, CD4, CD8 y CD20 para todas las muestras. Se excluyeron pacientes con infección activa, amiloidosis, enfermedad relacionada con IgG4 o radioterapia de cabeza o cuello. Finalmente se incluyeron 78 pacientes de las consultas monográficas de enfermedad autoinmune sistémica entre septiembre 2017-octubre 2018. Los pacientes fueron seguidos durante 3 años. Los resultados evaluados fueron: 1. Afectación de órganos (linfoma, enfermedad intersticial pulmonar, sistema nervioso, afectación renal o artritis) que requirieran tratamiento con corticoides o fármacos modificadores de la enfermedad (FAME); 2. Empeoramiento del índice SDDI > 2 puntos.

Resultados: La edad media fue de 60,6 años (DE 12,7) y 8 (10,3%) eran hombres. Se observó *overlap* con otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) en 13 (16,7%) pacientes. La afectación de órganos se observó en 16 (20,5%) de los pacientes que presentaban un ESSDAI moderado a mayor en 6 (7,7%). Se observó positividad para Ro52/60 en 15 (19,3%) pacientes. Requiritieron corticoides 6 (7,8%) pacientes. Las características basales de los pacientes con afectación de órgano fueron comparadas con aquellos que no presentaban afectación de órganos. Los pacientes con afectación de

Tabla P252

Variable, media (DE)	Enfermedad estable	Afectación de órganos	p	SSDDI ≤ 2	SSDDI > 2	p
Número de infiltrados	1,44 (0,88)	1,88 (1,15)	0,049	1,46 (0,87)	1,68 (1,13)	0,18
Linfocitos totales	121,05 (112,52)	191,56 (256,17)	0,051	124,91 (117,56)	162,5 (222,27)	0,17
Células T	58,95 (38,77)	115 (157,06)	0,0062	60,27 (38,98)	96,36 (137,57)	0,038
Células CD4+	41,4 (3,39)	82,11 (27,58)	0,046	42,39 (25,21)	70,25 (93,61)	0,027
Células CD8+	24,69 (2,38)	49,32 (17,94)	0,0084	23,59 (17,10)	46,97 (59,56)	0,007
Células B	62,10 (84,06)	76,56 (132,71)	0,30	64,64 (88,66)	66,14 (112,45)	0,48
Linfocitos aislados	0,18 (0,39)	0,19 (0,40)	0,46	0,19 (0,40)	0,13 (0,35)	0,27

órganos presentaban mayor proporción de sexo masculino (56,3 vs. 35,7%), mayor ESSDAI (3,81 vs. 1,06; p = 0,00) y mayor SSDDI (1,88 vs. 1,02; p = 0,04) a la visita basal. Se observaron mayor proporción de linfoma (18,8 vs. 3,2%; p = 0,024), de uso de corticoterapia (37,5% vs. 0; p = 0,00) y FAME (37,5 vs. 3,2%; p = 0,00) con significancia estadística. La comparación en la composición linfocítica de la BGSM según las variables resultados 1 y 2 están resumidas en la tabla.

Conclusiones: Se ha observado un mayor número de linfocitos totales y número de infiltrados en la BGSM de los pacientes que presentaban afectación de órganos dentro de los 3 años de seguimiento. También se observó un mayor número de células T (tanto CD4+ como CD8+) en los pacientes con afectación de órganos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clin Immunol. 2017;182:48-53.

P253. CORRELACIÓN ENTRE TEST DE SAXON Y FLUJO DE SALIVA NO ESTIMULADO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

M^a José Santos Bórnez, Mónica Fernández Castro, Jesús Sanz Sanz, Carolina Merino Argumánez, Pablo Navarro Palomo, José Campos Esteban, Hildegarda Godoy Tundidor, Natalia de la Torre Rubio, Marina Pavía Pascual, M^a Concepción Sánchez Fernández, Pedro David Briongos Díaz, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Luis Fernando de Villa, Carlos María Isasi Zaragoza, José Luis Andréu Sánchez y M^a Alejandra Sánchez López

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. IDIPHISA. Madrid.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica en la que se produce infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas. La hipofunción glandular oral se cuantifica mediante la medición del flujo salival, estimulado y no estimulado (FSNE)¹ y el test de Saxon(tS)². El test de Schirmer³ mide la hipofunción glandular ocular. La sensación de sequedad referida por el paciente se puede cuantificar con la escala analógica visual (EVA) del ítem de sequedad del índice ESSPRI (EULAR Sjögren’s Syndrome Patient. Reported Index)⁴. Hay muy pocos estudios que investiguen correlaciones entre estas herramientas⁵⁻⁷.

Objetivos: Analizar la correlación entre diferentes herramientas de medida de hipofunción glandular en una cohorte de pacientes con sospecha de SS.

Métodos: En una cohorte consecutiva de pacientes atendidos en la consulta de reumatología por sospecha de SS se realizó el FSNE (mL/5 min), el tS (g/2 min), el test de Schirmer (mm/5 min), y el ESSPRI (0-10). Se consideraron como valores alterados: FSNE ≤ 0,25 mL/min, tS < 2,75 g/2 min, test de Schirmer < 10 mm, ESSPRI ≥ 5. La correlación entre las variables cuantitativas se evaluó mediante el coeficiente Rho de Spearman; la prueba de chi-cuadrado y la prueba gamma se emplearon en las comparativas entre los grupos (alterado y normal) y la U de Mann-Whitney en las comparativas de las variables cuantitativas. Se consideraron estadísticamente significativos valores de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 199 pacientes de forma consecutiva. Las características y los resultados de las herramientas de medida se muestran en la tabla. Observamos una asociación directa y significativa (valor Gamma = 0,400 p = 0,019) entre el FSNE y el tS. Encontramos diferencias en el test de Saxon entre los pacientes con FSNE alterado (Me: 1,72 g, RIC: 1,04-2,50) y aquellos con FSNE normal (Me: 2,62 g, RIC:1,95-3,54) (p < 0,001). Detectamos diferencias significativas en los valores de FSNE entre los pacientes con el tS alterado (Me: 1,50 mL/5 min, RIC: 0,60-2,50 y aquellos con un tS normal (Me: 2,00 mL/min, RIC: 1,00-3,00) (p = 0,014). Al comparar el grupo de pacientes con la EVA-sequedad del ESSPRI alterado y los pacientes con la EVA normal, encontramos que los primeros tenían significativamente peores puntuaciones en tS (Me: 2,10 g, RIC: 1,39-3,01) en el FSNE (Me: 1,5 ml/5 min, RIC: 0,6-2,0) y en el ESSPRI (Me: 7,00, RIC: 5,33-8,00) comparativamente a los pacientes con EVA-sequedad ESSPRI normal: Me: 2,98 g/2 min, RIC: 2,22-3,75, en el tS (p = 0,001); Me: 2,45 ml/5 min, RIC:1 ,50-3,50, en FSNE (p < 0,001); Me: 3,17, RIC:1,00-4,08 en el ESSPRI (p < 0,001).

Conclusiones: En pacientes con sospecha de SS existe una correlación significativa y directa entre el test de Saxon y el FSNE y, además la EVA de sequedad del índice ESSPRI alterada se asocia significativamente a peores puntuaciones en el test de Saxon. El test de Saxon podría ser de utilidad en la valoración inicial de la hipofunción glandular oral, ahorrar tiempo y/o seleccionar pacientes que requieran la realización del FSNE.

Tabla 1. Características de los pacientes del estudio.

Variable	Valores	n valores alterados/N (%)
n ^º (mujeres:hombres)	199 (166:33)	
Edad (años), media ±DE	55,11±13,67	
FSNE (mL/5min), Me (RIC)	1,5 (0,70-2,50)	76/199 (38,2 %)
Test de Saxon (gr/2min), Me (RIC)	2,31 (1,60-3,10)	107/164 (65,2 %)
Test de Schirmer (mm/5min), Me (RIC)	5,0 (4,0-10,0)	114/168 (67,9 %)
ESSPRI, Me (RIC)	6,33 (3,67-7,67)	129/196 (65,8 %)
EVA sequedad-ESSPRI, Me (RIC)	7,0 (5,0-8,0)	153/196 (78,1 %)

DE: Desviación estándar; Me: Mediana; RIC: Rango intercuartílico; mL: mililitro; min: minuto; gr: gramo; FSNE: Flujo salival no estimulado; ESSPRI: EULAR Sjögren’s Syndrome Patient. Reported Index; EVA: Escala analógica visual

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Ceballos MA, et al. Rev Colomb Reumatol. 2020;27(S2):90-101.
2. Kohler PF, Winter ME. Arthr & Rheum. 1985;28(10):1128-32.
3. Sein D, et al. Cornea. 2007;26:903-6.
4. Seror R, et al. Ann Rheum Dis. 2015;74:859-66.
5. Hijjaw O, et al. Open Access Rheumatol: Research & Review. 2019;11:11-8.
6. Meiners PM, et al. Ann Rheum Dis. 2012;71:1297-302.
7. Minagi HO, et al. J Oral Rehabil. 2020;47:1550-6.

P254. EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE PROTEÍNAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Mónica Fernández Castro, M^a José Santos Bórnez, Jesus Sanz Sanz, Carolina Merino Argumánez, Pablo Navarro Palomo, José Campos Esteban, Hildegarda Godoy Tundidor, Natalia de la Torre Rubio, Marina Pavía Pascual, M^a Concepción Sánchez Fernández, Pedro David Briongos Díaz, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Luis Fernando de Villa, Carlos María Isasi Zaragoza, José Luis Andréu Sánchez, M^a Alejandra Sánchez López

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. IDIPHISA. Majadahonda.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica caracterizada por la afectación de las glándulas exocrinas además de un amplio espectro de manifestaciones sistémicas. En el momento actual, los biomarcadores convencionales no dan respuesta a necesidades no resueltas respecto al diagnóstico, estratificación de fenotipos y terapias adecuadas¹. El SS es huérfano de tratamiento y nuevos biomarcadores podrían constituir potenciales dianas terapéuticas futuras².

Objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido realizar un análisis exploratorio de expresión de biomarcadores proteicos diferenciales en 6 pacientes con sospecha de SS, 3 con diagnóstico final de SS según criterios de clasificación 2002/2016 y 3 no diagnosticados de SS, en muestras de suero y saliva.

Métodos: De una cohorte de 164 pacientes con sospecha de SS del servicio de reumatología, se seleccionaron 3 pacientes que cumplían criterios de clasificación de SS del 2002 y/o 2016 y 3 pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS. Se recogieron muestras de saliva y suero que fueron centrifugadas a 1.800 g y almacenadas a -80 °C. Se realizó un análisis semicuantitativo de expresión de proteínas mediante los arrays "Proteome Profiler Human XL Cytokine Array Kit" de R&D system que detecta 105 proteínas que contiene interleuquinas, quimioquinas, factores inflamatorios y otras proteínas solubles. Los resultados y análisis estadísticos se procesaron con Microsoft Excel, aplicando la prueba t de Student no pareada. Valores de p ≤ 0,05 se definieron significativos y se consideraron *borderline* valores de 0,1 < p > 0,05.

Resultados: En los pacientes que cumplían criterios de clasificación de SS encontramos niveles incrementados en suero de los factores CD14 (OR: 1,21; p = 0,033), EGF (OR: 1,18; p = 0,050), IP-10 (OR: 1,23; p = 0,090) Pentraxin 3 (OR: 1,32; p = 0,095) y VEGF (OR: 1,41; p = 0,091) al compararlos con los pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS, aunque solo en el caso de CD14 y EGF se alcanzó significación estadística. En las muestras de saliva encontramos valores significativamente incrementados en pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS de ICAM1 (OR: 1,67; p = 0,019), IL-6 (OR: 1,20; p = 0,042) y IL-19 (OR: 1,51; p = 0,039) en comparación con los pacientes que si cumplían criterios de clasificación de SS.

Conclusiones: Los pacientes con síndrome de Sjögren presentaron niveles significativamente mayores de las proteínas CD14 y EGF en suero, así como niveles significativamente disminuidos de ICAM1,

IL-6 e IL-19 en saliva, al compararlos con los pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS. Es necesario confirmar estos resultados cuantificando estas proteínas en una cohorte de pacientes de mayor tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pezoulas VC, et al. Computational and Structural Biotechnology Journal. 2022;20:471-84.
2. Manfrè V, et al. Sjögren's syndrome: one year in review 2022. Clin Exp Rheumatol; 2022;40:2211-24.

P255. FACTORES PREDICTORES DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Júlia Torguet Carbonell¹, C. Sieiro^{1,3}, J.L. Tandaiapan¹, H.S. Park¹, B. Magallares¹, P. Moya¹, C. Díaz-Torné¹, S. Fernández¹, A. Laiz¹, L. Sainz¹, H. Codes¹, I. Castellvi¹, S. Ros¹, E. Díez Álvarez³ y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua Terrassa. ³Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que se caracteriza por la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas y ocasionalmente por afectación extraglandular. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las manifestaciones extraglandulares que peor pronóstico asocia a la SSp. Hasta la fecha, pocos estudios han investigado los factores predictores de EPID en pacientes con SSp.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de SSp-EPID así como determinar los factores predictores de desarrollo de afectación pulmonar por EPID en SSp.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a pacientes con SSp seguidos en nuestra Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas entre los años 2000 y 2022 que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR para el SSp de 2016. El perfil clínico de los pacientes se ha comparado en función de la presencia de EPID. Los datos sociodemográficos, clínicos, serológicos e inmunológicos, la actividad de la enfermedad calculada con el índice de ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome disease activity index) así como datos relacionados con la afectación pulmonar. Se realizó un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados con el desarrollo de SSp-EPID.

Resultados: 175 pacientes con SSp fueron incluidos (13 pacientes con SSp-EPID). Los patrones más típicos en la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) de pulmón fueron: 2 con neumonía intersticial usual (NIU), 6 pacientes con neumonía intersticial no usual (NINE) y 5 pacientes con neumonía intersticial linfoide (NIL). Los factores de riesgo asociados un aumento y/o disminución de la probabilidad de desarrollar EPID en pacientes con SSp están representados en la tabla 1. El tabaco (p = 0,002), el tiempo de evolución de la enfermedad (p = 0,004), la positividad para anti-Ro52 (p = 0,03), la hipergammaglobulinemia (p = 0,02), la %capacidad vital forzada (FVC) (p = 0,01), la %capacidad de difusión para monóxido de carbono (DLCO) (p = 0,001), el ESSDAI (p = 0,02) y la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) (p = 0,04) se han identificado como predictores de SSp-EPID.

Predictores significativos para SSp-EPID identificados por regresión logística

Predictor	OR (IC95%)	p
Tabaco	2,2 (1,32-4,23)	0,002
Tiempo de evolución	1,9 (1,03-3,42)	0,004
Anti-Ro52	3,12 (1,34-5,21)	0,03
Hipergammaglobulinemia	2,12 (1,37-5,29)	0,02
%FVC	0,55 (0,21-0,82)	0,01
%DLCO	0,72 (0,35-0,95)	0,001
ESSDAI	4,2 (1,3-6,32)	0,02
VSG	2,32 (1,03-4,23)	0,04

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa en el SSp fue de 7% en nuestra serie. El antecedente de exposición al tabaco, el tiempo de evolución de la enfermedad, la positividad para anti-Ro52, la hipergammaglobulinemia, los niveles de VSG y la puntuación en el índice de ESSDAI son factores predictores de afectación pulmonar por EPID en SSp. Los pacientes con SSp deben ser evaluados sistemáticamente en busca de EPID.

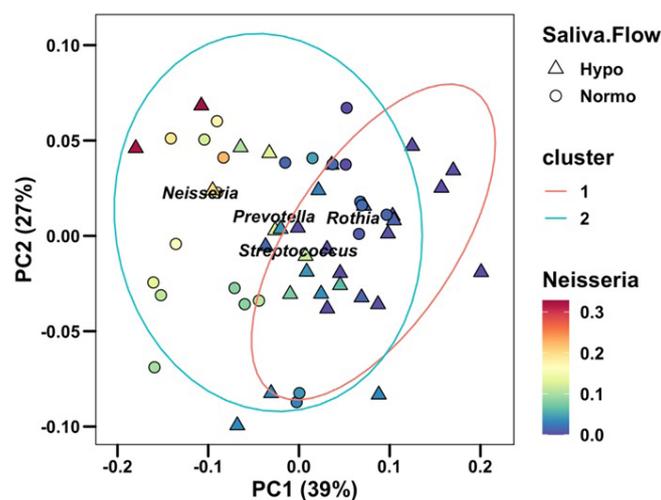
P256. EL MICROBIOMA ORAL DE LA MUJER CON HIPOSALIVACIÓN RELACIONADA CON EL ENVEJECIMIENTO Y EL SÍNDROME DE SJÖGREN

Aurea Simón Soro¹, Carlos Saúco¹, María J. Rus¹, María R. Nieto¹, Carolina B. Cardoso², Cristiane Cantiga-Silva², V. Areal-Quecuty^{1,3}, Débora Lendines-Cordero^{1,4}, Eugenio Velasco-Ortega¹ y Juan José Segura-Egea¹

¹Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla. ²Departamento de Preventiva y Odontología Restauradora. Facultad de Odontología. São Paulo State University (UNESP). Araçatuba. Brasil. ³Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER). ⁴Instituto para el Estudio de la Biología de la Reproducción Humana (INEBIR).

Introducción: La hiposalivación crónica, o flujo salival crónicamente bajo, puede influir en la composición de las comunidades microbianas orales. Las principales causas de la reducción del flujo salival incluyen el Síndrome de Sjögren (SS) asociado a enfermedad por destrucción irreversible de las glándulas salivales y las mujeres menopáusicas como hiposalivación asociada al envejecimiento. Sin embargo, poco se sabe sobre el microbioma oral integrado con los factores salivales del hospedador en la hiposalivación. Aquí evaluaremos las características de estas comunidades que distinguen las causas de la hiposalivación.

Métodos: Se incluyeron mujeres mayores de 40 años en cualquier fase menopáusica. Recogimos saliva estimulada de mujeres menopáusicas con diagnóstico de SS (N = 25) y sin SS (N = 25). Además, evaluamos la dentición y el estado periodontal y el cuestionario de salud en la misma visita. El perfil bacteriano de las pacientes se obtuvo mediante secuenciación del gen 16S ARNr. El análisis bioinformático utilizó aprendizaje automático para analizar los signos, síntomas y perfil bacteriano de la cohorte.



PCoA cluster en hiposalivación. Análisis de coordenadas principales utilizando distancias ponderadas Unifrac. Cada muestra es un punto en el gráfico, los colores corresponden a la abundancia del género *Neisseria* en cada muestra, las formas al flujo salivar (normo o hiposalivación) y las elipses corresponden a los clusters obtenidos por K-medoids. Se observa una separación en dos grupos correspondientes a los clusters obtenidos. El cluster 1 tiene aumento en *Rothia* y ausencia en *Neisseria*, donde se localizan la mayor parte de las muestras de hiposalivación. Al contrario, el cluster 2 hay más abundancia de *Neisseria* que corresponden a las muestras de normosalivación. (p < 0,01, PERMANOVA)

Resultados: Obtuvimos que el 79% de las mujeres del grupo con SS y el 52% del grupo sin SS presentaban hiposalivación. *Streptococcus*, *Prevotella*, *Rothia* y *Neisseria* fueron los géneros principales en todas las muestras. Se observó que *Prevotella* se correlacionaba negativamente con la edad en el grupo con SS, pero no en las mujeres sin SS. Además, evaluamos la relación entre la composición microbiana y la medicación asociada a la hiposalivación, el examen oral y las enfermedades sistémicas, pero no se observaron diferencias. Utilizando el análisis de *clusters* k-medoids, encontramos dos *clusters* asociados a las mujeres con hiposalivación. El *cluster* 1 estaba dominado por *Neisseria* y relacionado con la normosalivación. El *cluster* 2 estaba asociado con *Rothia* y la hiposalivación. Cabe destacar que la causa de la hiposalivación en el estudio no explicó las diferencias en la diversidad microbiana al comparar los grupos con y sin SS.

Conclusiones: El microbioma salival fue similar en mujeres menopáusicas con y sin SS. Sin embargo, la hiposalivación mostró dos grupos distintivos asociados a los perfiles de la población bacteriana. Nuestro estudio sugiere que las alteraciones ecológicas locales podrían impulsar el equilibrio entre el hospedador y su microbiota.

Financiación: proyecto Ecología del estrés: Asociación con estado de enfermedad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Referencia PID2020-118557GA-I00.

Comité de ética: CEIP Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme 1532-N-21.

P257. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN. ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO ESPAÑOL

Virginia Moreira Navarrete¹, Carmen Domínguez Quesada¹, Carmen López Martín¹, Francisco Javier Toyos Sáenz de Miera¹, Aurea Simon-Soro², Maria J. Rus² y Jose Javier Pérez Venegas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

²Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

Introducción: La dieta mediterránea (DM) ha demostrado reducir el riesgo de enfermedades CV, obesidad, diabetes *mellitus* tipo 2 y mortalidad por todas las causas. En los pacientes con enfermedades reumáticas el riesgo CV está incrementado y la alimentación puede ser uno de los factores ambientales asociados al desarrollo de las mismas. Hay datos que indican que la adherencia a la DM se asocia a un menor riesgo de SSp. Por último, un estudio realizado en Italia mostró que la DM tiene un impacto positivo en el riesgo CV y el estado inflamatorio de pacientes con SSp.

Objetivos: Evaluar la adherencia a la DM una cohorte de pacientes con SSp y su relación con las características inflamatorias y nutricionales.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de SSp según criterios AEGG y ACR-EULAR 2016 en seguimiento en consultas externas del Hospital Virgen Macarena durante el año 2022. Se excluyeron pacientes con síndrome de Sjögren secundario. Se recogieron datos socio-demográficos, antecedentes, de la actividad de la enfermedad (Índice ESSDAI) y de la severidad de los síntomas (Índice ESSPRI). La adherencia a la DM se evaluó con el cuestionario PREDIMED. Una puntuación ≤ 5 indica adherencia deficiente, 6-9 adherencia media, ≥ 10 buena adherencia. El estado nutricional se evaluó mediante la herramienta MNA: estado nutricional normal (24-30 puntos), riesgo de malnutrición (17-23,5 puntos) y malnutrición (< 17 puntos). *Se trata de un subestudio de proyecto Ecología del estrés en saliva humana: Asociación con estado de enfermedad Ministerio de Ciencia e Innovación (referencia PID2020-118557GGA-I00).

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes con SSP, 44 eran mujeres (95%), con una edad media de 59 años ($\pm 10,7$). La HTA fue la comorbilidad más frecuente ($n = 13, 28\%$), seguida del hipotiroidismo y la osteoporosis ($n = 10, 22\%$), la artrosis y la fibromialgia ($n = 9, 19\%$). 5 pacientes eran fumadores actuales (10,8%) y 16 (35%) eran exfumadores. Según los datos del IMC, ningún paciente tenía bajo peso, 12 (25%) tenían un peso normal (IMC 18-24,5), 20 (42%) tenía sobrepeso (IMC 24,5-29,9) y 10 tenían (22%) obesidad (IMC > 30), de los cuales 2 (4%) presentaban obesidad grado III. La puntuación media del ESSDAI fue de 2,7 ($\pm 3,9$), 38 pacientes (82,6%) tenían actividad baja de la enfermedad, 7 pacientes (15,2%) actividad moderada y solo 1 paciente (2,2%) alta actividad. En cuanto a la gravedad de los síntomas, el resultado del ESSPRI fue en promedio de 6,3 ($\pm 1,8$). El 30% había recibido previamente inmunosupresores y/o GC, y el 39% los recibía actualmente. Los datos sobre las manifestaciones extraglandulares se muestran en la tabla. En cuanto a los resultados del MNA, la mayoría de los pacientes presentaban un estado nutricional normal (83%) y solo 2 riesgo de malnutrición. La adherencia a la DM fue buena en el 30,9% ($n = 13$) de los pacientes, media en el 59,5% ($n = 25$) y pobre en el 9,5% ($n = 4$). No se encontraron diferencias en el grado de actividad de la enfermedad, con la gravedad de los síntomas ni con el estado nutricional en función del grado de adherencia a la DM.

Manifestaciones extraglandulares	N	%
Síntomas constitucionales	7	15,2
Linfadenopatía	9	19,6
Articular	31	67,4
Cutáneo	11	23,9
Pulmonar	3	6,5
Renal	1	2,2
Muscular	0	-
Sistema nervioso periférico	0	-
Sistema nervioso central	2	4,3
Hematológico	14	30,4
Biológico	0	-
Número de manifestaciones extraglandulares		
0	8	17,4
1	17	37,0
2	9	19,6
3 o más	12	26,1

Conclusiones: El grado de adherencia a la DM fue medio-alto. No se encontró relación con el grado de actividad ni severidad de los síntomas, ni con el estado nutricional. Es necesario un estudio con un mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados. En nuestro conocimiento, estos son los primeros datos sobre DM española en pacientes con SSP.

P258. EFECTIVIDAD DE RITUXIMAB EN LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javier Loricera García¹, Rafael Benito Melero², Eva Galíndez-Agirregoikoa³, Lara Sánchez-Bilbao¹ y Ricardo Blanco¹

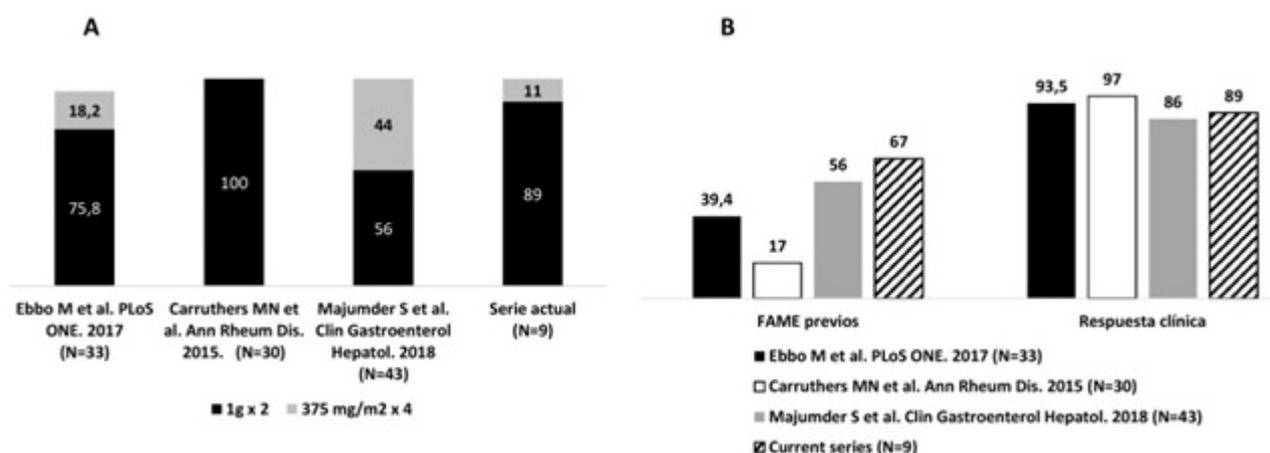
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Objetivos: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica asociada a menudo con niveles séricos elevados de IgG4. Los corticosteroides a dosis altas son la piedra angular del tratamiento, pero las recaídas y los efectos secundarios son frecuentes, por lo que se requieren inmunosupresores sintéticos y/o biológicos. El rituximab (RTX) parece ser útil en este escenario. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad del RTX en la ER-IgG4 refractaria al tratamiento convencional.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con ER-IgG4 de práctica clínica tratados con RTX. Para la revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en PubMed, Embase y la biblioteca Cochrane desde el inicio hasta el 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Incluimos 9 pacientes (5 mujeres/4 hombres) (edad media \pm DE; 55,8 \pm 12,6 años) con ER-IgG4 refractaria, tratados con RTX (tabla). Los órganos afectados fueron: aorta ($n = 5$), ganglios linfáticos ($n = 3$), pulmón/pleura ($n = 2$), retroperitoneo ($n = 2$), glándulas lacrimales ($n = 1$), glándulas salivares ($n = 1$), órbita ($n = 1$), subglotis ($n = 1$), riñón ($n = 1$), pericardio ($n = 1$), vía biliar ($n = 1$) y mesenterio ($n = 1$). Todos los pacientes habían recibido corticosteroides orales, (dosis media \pm DE de 33,9 \pm 14,1 mg/día). Dos pacientes también recibieron bolos de corticosteroides. Seis de los pacientes recibieron FAMEs convencionales. Estos fármacos fueron: metotrexato (MTX) ($n = 4$), azatioprina ($n = 1$) e hidroxicloroquina ($n = 1$). La pauta de RTX fue de 1 g \times 2 ($n = 8$), y 375 mg/m² ($n = 1$). Tras una mediana [IQR] de seguimiento de 27 [25-48] meses, se observó una mejoría clínica completa y parcial en 6 y 2 pacientes, respectivamente. Una paciente falleció debido a un infarto agudo de miocardio, mientras que otra desarrolló un cáncer de mama. Encontramos 3 series en la revisión de la literatura, que mostraban la eficacia de RTX (fig.). El régimen de RTX más frecuentemente utilizado fue 1 g \times 2.

Conclusiones: RTX parece ser un tratamiento efectivo y seguro en la ER-IgG4 refractaria a los corticosteroides.



P258 Figura. A) Pauta de RTX, B) FAMEsc previos y respuesta clínica de los pacientes con ER-IgG4 con RTX en la serie actual y en otras series de la revisión bibliográfica. Todos los datos están en %.

Tabla 258
Principales características del estudio multicéntrico de 9 pacientes con ER-IgG4 tratados con rituximab

Caso	Edad/ Sexo	Órganos afectados	Valor sérico de IgG4 (mg/dL)/ Plasmablastos (cel/mL)	Biopsia	Diagnóstico	Tratamiento previo	Pauta de RTX	Número de ciclos de RTX	Seguimiento (meses)	Evolución
1	55/M	Aorta, glándulas lacrimales, órbita	210/ND	Negativa	Umehara: probable Okazaki	GCs, MTX	1 g × 2	3	56	MC
2	31/M	Glándulas salivares, ganglios linfáticos, subglotis	48/ND	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs,	1 g × 2	5	67	MC, cáncer de mama
3	55/V	Pulmón/pleura, riñón, retroperitoneo, ganglios linfáticos	5,58/2.309,07	Negativa	Síntomas + hallazgos de imagen + ↑PB	GCs, azatioprina	375 mg/m ²	1	6	Exitus (IAM)
4	76/M	Pulmón/pleura, pericardio	90/954	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs, MTX	1 g × 2	3	27	MP
5	57/M	Aorta	125/1.218	No realizada	Síntomas + hallazgos de imagen+↑PB	GCs, HCQ	1 g × 2	4	27	MP
6	54/M	Aorta, conducto biliar	18,5/831	No realizada	Síntomas + hallazgos de imagen+↑PB	GCs, MTX	1 g × 2	4	25	MC
7	46/V	Aorta	84,7/760,6	No realizada	Síntomas + hallazgos de imagen+↑PB	GCs	1 g × 2	4	41	MC
8	67/V	Aorta	11,6/ND	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs	1 g × 2	6	48	MC
9	61/V	Retroperitoneo, ganglios linfáticos, mesenterio	ND/ND	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs, MTX	1 g × 2	2	9	MC

GC: glucocorticoides; HCQ: hidroxicloroquina, IAM: infarto agudo de miocardio, M: mujer, MTX: metotrexato, ND: no datos, RTX: rituximab, V: varón. MC: mejoría completa MP: mejoría parcial. ↑ PB: plasmablastos elevados.

P259. DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Jacqueline Usón Jaeger^{1,2} y Sara Carrazón de Blas¹

¹Hospital Universitario de Móstoles. ²Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción: La disfunción sexual en pacientes con esclerosis sistémica (E) es frecuente y se relaciona con factores orgánicos, farmacológicos y psicológicos. En la consulta médica, bien por el médico o por el paciente, es inusual abordar la sexualidad y sus problemas. Carecemos de información en nuestro país.

Objetivos: Estudiar la sexualidad y la disfunción sexual en los pacientes con E en España.

Métodos: Participó la Asociación Española de Esclerodermia en la elaboración, difusión y cumplimentación del cuestionario. El estudio fue aprobado por el comité de Investigación del HUM. Se envió a todos los socios un vídeo informativo del estudio, consentimiento y cuestionario digital por Google Forms. Mediante una encuesta se recogieron variables sociodemográficas, relacionadas con la E y relacionadas con la sexualidad. Para medir el impacto de la E sobre la sexualidad, se empleó el cuestionario Qualisex, recientemente validado en español ¹ adaptado a la E (Qualisex-E) (máximo impacto 10 puntos). Se realizó un análisis descriptivo y se empleó los estadísticos correspondientes para buscar correlaciones (p ≤ 0,05, significación estadística). La fiabilidad interna del Qualisex-E se testó con el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: Se evaluaron 163 cuestionarios completo de pacientes con E de los cuales 92% eran mujeres, la edad media fue de 49,4 ± 10,3 años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de 9,61 ± 7,6 años. El 93,3% deseaban mejorar su sexualidad. El 41,1% no tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses por la falta de interés (55,2%) y por la propia E (52,2%). Las mujeres que reportaban disfunción sexual referían tener sequedad vaginal, dolor vaginal y vagina poco elástica. El 47% sentían la necesidad de hablar sobre su sexualidad, pero solo el 8% habló de ella alguna vez con su médico habitual. El valor medio del Qualisex-E fue de 5,11 ± 2,2. Los que contestaron tener una sexualidad mucho peor desde el diagnóstico de la E, puntuaron 6,50 ± 1,60. El hábito tabáquico, la afectación articular, muscular y del aparato digestivo se asoció a una mayor puntuación del Qualisex-E. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,911.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes desean mejorar su vida sexual y hablar de ello con su médico porque la E impacta negativamente en su sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romera Baures M, Seoane-Mato D, Alegre-Sancho JJ, León L, Caracuel Ruiz MA, Calvo-Alen J, Stoye C, Fernández B, Núñez-Monje V, Freites-Núñez D, Ortega Castro R; Adaptación-Qualisex Study Group. Impact of rheumatoid arthritis on sexuality: adaptation and validation of the Qualisex questionnaire for use in Spain. *Rheumatol Int.* 2022;42(10):1819-29.

P260. MIOPATÍAS INFLAMATORIAS POR INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO

Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, María Machattou, Pablo Navarro Palomo, Carlota Navarro Joven, María Alonso de Francisco, Carmen Barbadillo Mateos, Carolina Merino Argumáñez, Hildegarda Godoy Tundidor, Mónica Fernández Castro, Blanca García Magallón, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, José Luis Andréu Sánchez y Jose Campos Esteban

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción y objetivos: En las últimas décadas, la inmunoterapia ha cambiado el manejo y pronóstico de los pacientes con cáncer. Los inhibidores de puntos de control inmunitario, como los dirigidos a PD-1 y PD-L1, son empleados para algunos tipos de cáncer, sin embargo, su uso se ha relacionado con la aparición de efectos adversos inmunomediados. Entre estos, los relacionados con el campo de la Reumatología son relativamente frecuentes, siendo la afectación articular la más habitual seguida de la muscular (mialgias 4%, miositis 1%). Nuestro objetivo es describir los casos de pacientes en tratamiento oncológico con inhibidores de puntos de control inmunitario que desarrollan miositis secundaria al fármaco.

Métodos: Se han recogido todos los pacientes procedentes del servicio de Oncología de un hospital terciario, derivados a Reumatología y diagnosticados de miositis por inhibidores de puntos de control inmunitario. Se ha realizado un análisis descriptivo.

Resultados: Se analizaron 5 pacientes, 60% varones, con una edad media de 65,8 años (56-78 años). Los tipos de cáncer fueron: melanoma (n = 2), cáncer de la unión gastroesofágica (n = 1), cáncer de cavum (n = 1) y cáncer de páncreas (n = 1); todos en estadios avanzados con afectación ganglionar y/o metastásica. La inmunoterapia empleada fue: nivolumab (inhibidor de PD-1) en tres pacientes, pem-

brolizumab (inhibidor PD-1) en uno y darvalumab (inhibidor de PD-L1) en uno; todos a dosis estándar. El tiempo medio de aparición de la clínica de miositis fue de cuatro meses desde el inicio del fármaco (1-10 meses). En los cinco casos se suspendió el fármaco con el inicio de la clínica y se inició prednisona oral entre 10 y 20 mg/día. El síntoma presente en todos los pacientes fue el dolor e impotencia funcional en musculatura proximal de extremidades (100%). Además, un paciente tuvo una artritis de tobillo y otro una dermatomiositis con afectación cutánea típica (eritema en heliotropo, signo de la V). En tres pacientes se objetivó una elevación de los niveles de CK que se resolvió al mes de suspender el fármaco. Tres pacientes, presentaron anticuerpos específicos de miositis (anti-PM75 y anti-MI2, anti-PL7 y anti-TIF1gamma) que desaparecieron con la retirada del fármaco. Un paciente tenía anticuerpos anti-Ro52 y Ro60 que permanecen positivos. A dos pacientes se les realizó resonancia magnética muscular: en uno se describía infiltración grasa en musculatura glútea y atrofia con infiltración grasa en el recto femoral derecho (fig. 1); en el otro, signos de miositis inflamatoria en el grupo aductor bilateral y en glúteo medio y menor derechos (fig. 2). En ambos, los signos de miositis habían desaparecido en el PET de control a los cinco meses de la suspensión del fármaco. En cuatro pacientes los síntomas remitieron en menos de un mes. Un paciente precisó la asociación de metotrexato para suspender corticoide.

Conclusiones: En nuestro centro, un total de cinco pacientes en tratamiento oncológico con inhibidores de puntos de control inmunitario han desarrollado, en una media de cuatro meses desde el inicio del fármaco, un cuadro de miopatía asociado en un 60% a la aparición de anticuerpos específicos de miositis. Esto supone un 1,8% del total de pacientes tratados con estos tres fármacos en nuestro hospital. La retirada del fármaco y el tratamiento con prednisona a dosis intermedias permitieron la remisión clínica y normalización de las pruebas de laboratorio e imagen.

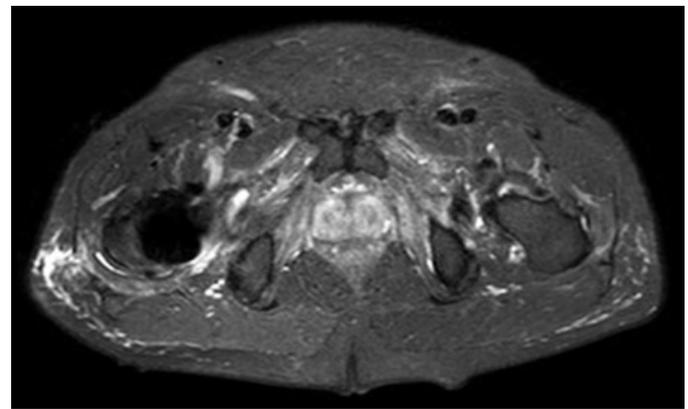


Figura 2. Resonancia magnética (STIR): miositis inflamatoria en el grupo aductor bilateral y en glúteo medio y menor derechos.

261. ANTICUERPOS ANTI-KU: SERIE DE CASOS

Cristina Calomarde Gómez¹, Raquel Ugena García¹, Diego Andrés Gaete Forno², Joan Climent Martí³, Irene Peralta García¹, Ivette Casafont Solé¹, Anne Riveros Frutos¹ y Maria Lourdes Mateo Soria¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Universidad de la Frontera. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco. Chile. ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Los anticuerpos (Ac) anti-Ku fueron inicialmente descritos en pacientes con polimiositis y esclerodermia. Posteriormente, se ha demostrado asociación con otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), especialmente síndromes de *overlap*. Sin embargo, existen controversias respecto a su significado clínico y la relación con las EAS o algunas de sus manifestaciones.

Objetivos: Describir las características clínicas e inmunológicas una serie de casos de pacientes Ac anti-Ku positivo.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes de un hospital universitario con anti-Ku positivo entre 2017 y 2022. Se analizaron variables clínicas (fenómeno de Raynaud, artritis, artralgias, mialgias, debilidad muscular, disnea, disfagia, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), exploraciones complementarias (PFR, TCAR, capilaroscopia) y estudio de autoinmunidad (ANA ENA, anti-DNA, estudio del complemento, Ac PM scl 75, Ac PM scl 100, CENP-B, anticuerpos antifosfolípido, factor reumatoide (FR) y Ac antipéptido citrulinado (ACPA)). Finalmente, se registró la orientación diagnóstica clínica, el diagnóstico con criterios de EAS o el diagnóstico final de otras patologías no-EAS.

Resultados: Se han identificado un total de 17 pacientes positivos para anti-Ku, de los cuales 14 eran mujeres (82,4%) con una media de edad de 57 años y una mediana de seguimiento de 43 meses. Las manifestaciones clínicas presentadas fueron: artralgias (13;76,5%), artritis (8; 47,1%), mialgias (6; 35,3%), miositis (2; 11,8%), debilidad muscular (2; 11,8%), disfagia (1; 5,9%) disnea (4; 23,5%), fenómeno de Raynaud (3; 17,6%). Todos los pacientes tuvieron ANA positivo, de los cuales 8 casos (47,1%) presentaban un patrón nucleolar, 8 casos (47,1%) moteado fino y 1 solo caso con patrón punteado tipo centro-mérico. Un total de 8 pacientes disponían de TACAR, de los cuales 2 casos (25%) presentaban un patrón en vidrio deslustrado, 2 casos (25%) un tromboembolismo pulmonar, 2 casos (25%) uno o varios nódulos pulmonares de origen neoplásico. Se realizaron PFR en 7 casos, en 3 casos fueron normales (42,9%), 2 casos (28,6%) presentaron un patrón obstructivo y 2 casos (28,6%) presentaron un patrón restrictivo. Se realizó capilaroscopia a 4 pacientes (normal 3, patrón inespecífico 1). Se estableció el diagnóstico de neoplasia en 5 casos (29,4%). Únicamente 6 pacientes (35,3%) cumplían con criterios de

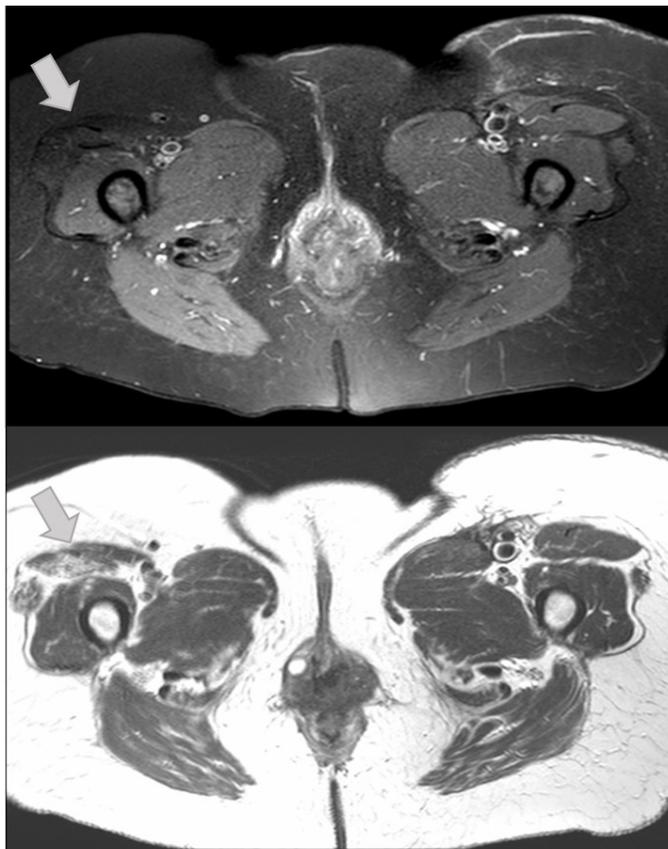


Figura 1. Resonancia magnética (SPAIR y supresión grasa): atrofia con infiltración grasa en el recto femoral derecho.

EAS (3 casos de lupus eritematoso sistémico-uno de ellos con síndrome antifosfolípido asociado, 2 casos de síndrome de Sjögren y 1 caso de esclerosis sistémica). Los diagnósticos principales de todos los pacientes se recogen en la tabla.

Diagnósticos

EAS (n = 6/17)	No-EAS (n = 11/17)
Lupus eritematoso sistémico (n = 3/6)	Neoplasias (n = 3/11)
Síndrome de Sjögren (n = 2/6)	Miscelánea (n = 8/11)
Esclerosis sistémica (n = 1/6)	

Conclusiones: En nuestra serie de casos, las características clínicas y analíticas fueron muy heterogéneas. La positividad de anti-Ku se asoció al diagnóstico de una EAS en algo más de un tercio de los casos.

P262. ANTI-TIF1 GAMMA Y ANTI-NXP2 COMO FACTORES PREDICTORES DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Pablo Martínez Calabuig¹, Jorge Juan Fragío Gil¹, Roxana González Mazarío², Amalia Rueda Cid¹, Laura Salvador Maicas¹, Antonio Sierra Rivera³, Sara Moner Marín⁴, Andrés Grau Echevarría⁵, Juan José Lerma Garrido¹, Clara Molina Almela¹, María Dolores Pastor Cubillo¹, Isabel Balaguer Trull¹ y Cristina Campos Fernández¹

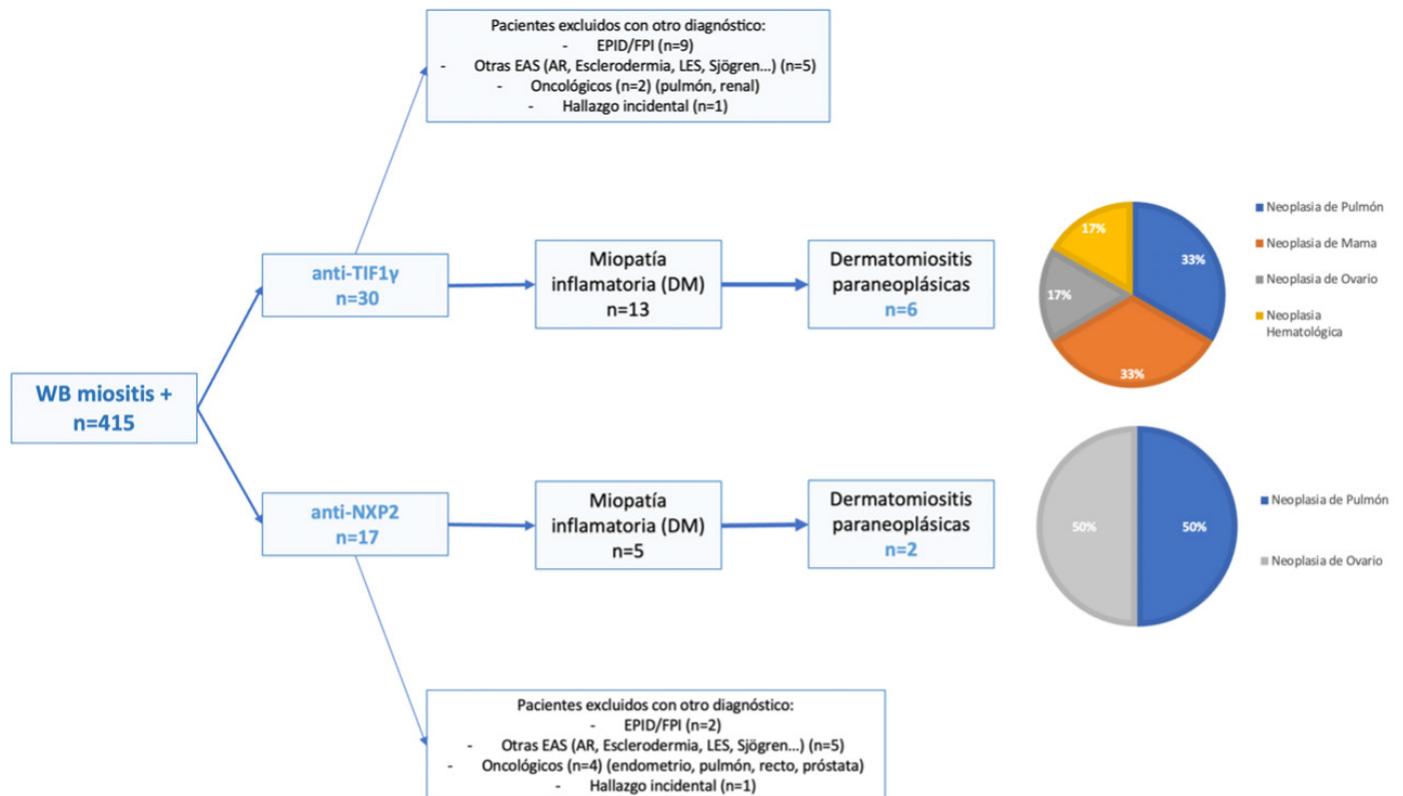
¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital de Sagunto. ³Servicio de Análisis clínicos. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Servicio de Ginecología y obstetricia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁵Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de trastornos reumáticos autoinmunes sistémicos caracterizados, entre otros, por debilidad muscular crónica asociada a una infiltración de células mononucleares. Se ha observado la asociación de estas con procesos neoplásicos, siendo esta asociación mucho más fuerte para la dermatomiositis (DM) (20-30%). Los tipos de neoplasias descritas varían, siendo tanto hematológicas, como cánceres de pulmón, ovario, mama o colon. Dos autoanticuerpos específicos de la miositis están muy asociados a la DM y las neoplasias malignas en los adultos: anti-TIF1γ y anti-NXP2.

Objetivos: Analizar la relación entre la positividad de los autoanticuerpos anti-TIF1γ y anti-NXP2 en pacientes con miopatías inflamatorias y la presencia de neoplasias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un único centro donde se incluyeron pacientes con Western Blot (WB) miositis positiva (+) y se seleccionan aquellos con positividad para los autoanticuerpos anti-TIF1γ y anti-NXP2, entre enero de 2016 y enero de 2023. Se excluyeron aquellos pacientes sin diagnóstico clínico de MII. De entre todos los pacientes con WB+ para estos dos autoanticuerpos se seleccionaron aquellos diagnosticados de MII y se recogieron datos tanto de la historia clínica de los pacientes, pruebas complementarias, analíticas y de imagen, la aparición de neoplasia si lo hubiere y en caso afirmativo tipo de neoplasia y evolución.

Resultados: De un total de 415 pacientes con WB miositis (+), se incluyeron 47 pacientes en el estudio, de estos pacientes un 7,2% (n = 30) fueron positivos para anti-TIF1γ y un 4,1% (n = 17) para anti-NXP2. Del total de la muestra (n = 47) los pacientes tenían una media de edad de 69,53 años y un 66% eran mujeres. Se excluyeron 29 pacientes, que a pesar de la positividad de estos autoanticuerpos estaban relacionados con otras patologías, con un total de 6 neoplasias en este grupo. De los 47 pacientes con alguno de estos 2 autoanticuerpos positivos, solo un 39% (n = 18) tenían diagnóstico de MII, en este caso DM, siendo un 89% mujeres con una edad media de



P262 Figura. Algoritmo utilizado en nuestra serie de pacientes.

66,17 años y con una media de seguimiento de 10 años. Del primer brazo, los pacientes con anti-TIF1 γ , un 43% (n = 13) eran pacientes con DM y de estos se recogió historia oncológica en un 46% (n = 6) de los pacientes (33,3% de pulmón, 33,3% de mama, 16,6% de ovario y un 16,6% linfoma); siendo estas de aparición simultánea con la DM. Del brazo con pacientes con anti-NXP2, un 29% (n = 5) eran pacientes diagnosticados de DM, siendo el 40% (n = 2) de los pacientes relacionado con un proceso neoplásico (50% de pulmón y 50% de ovario). Se registró un 50% de *exitus* (n = 4) entre los pacientes con dermatomiositis paraneoplásica en relación con complicaciones de su neoplasia.

Conclusiones: En nuestra serie, existe un 43% de los pacientes con WB miositis (+) para los anticuerpos anti-TIF1 γ y un 29% con anti-NXP2 que están asociados a MII, siendo en su totalidad DM. Ambos están relacionados con neoplasias, siendo los pacientes con anti-TIF1 γ los que mostraban esta mayor afinidad con estos procesos, siendo en su mayoría neoplasias sólidas, de pulmón y mama; con un gran porcentaje de mortalidad. Aunque los pacientes con estos autoanticuerpos se consideran de alto riesgo de neoplasia solo un grupo pequeño dan la cara juntamente con la neoplasia y es por tanto necesario un cribado más intensivo al ya incluido en pacientes con miopatías inflamatorias.

P263. CARACTERÍSTICAS CAPILAROSCÓPICAS, DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE UNA SERIE DE CASOS DE SÍNDROME ANTISINTETASA

Clara Ojeda García¹, Alberto Ruiz Román¹, Isabel García Hernández² y Marta Llanes Gómez³

¹Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Hospital General de Llerena.

²Hospital de Zafra³.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la tríada de artritis, miositis y

enfermedad pulmonar intersticial junto con la presencia de autoanticuerpos anti aminoacil-ARNt sintetasas (anti-ARS). El fenómeno de Raynaud (FR), la fiebre y las manos de mecánico son otras características menos prevalentes. El anticuerpo más frecuente es el anti-Jo1, mientras que otros son menos detectados (anti-PL-7, -PL-12, -EJ, -OJ, -KS, -YRS, -Zo). La capilaroscopia del lecho ungueal es una herramienta para el estudio de la densidad y la morfología de la microcirculación periungueal. Es una de las modalidades diagnósticas de mayor confianza para la diferenciación entre el FR primario y secundario incluida en los criterios de clasificación de la esclerosis sistémica de 2013. La evidencia inicial sobre las características capilaroscópicas en el SA proviene de escasos estudios y reportes que principalmente evaluaban condiciones como dermatomiositis o polimiositis, presentando anti-ARS en un pequeño porcentaje de pacientes. Recientemente, el grupo AENEAS ha llevado a cabo el primer estudio multicéntrico que examina las características capilaroscópicas de una gran población de pacientes con SA, la frecuencia del patrón systemic sclerosis (SSc)-like y su correlación con características clínicas. Las anomalías son comúnmente observadas, independientemente de la presencia del FR, confirmando así que la vasculopatía es una manifestación típica de la enfermedad. El hallazgo más frecuente fueron las ramificaciones, mientras que el patrón SSc-like se observó en un 35,3% de los casos.

Objetivos: Conocer la prevalencia de las diferentes alteraciones capilaroscópicas y la frecuencia del patrón SSc-like, así como las características clínicas y serológicas de una serie de casos de SA.

Métodos: Estudio transversal de revisión de historias clínicas de casos de SA en seguimiento en dos hospitales del sudoeste de nuestro país, recogiendo variables demográficas, clínicas, serológicas y tratamientos. Realización de CLU usando el capilaroscopio digital USB Dino-Lite 200x, valorando alteraciones estructurales, de densidad capilar, morfológicas y la presencia de un patrón SSc-like.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Tabla P262

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, serológicas y tratamientos

	Edad/sexo	Afectación inicial	Anti-ARS	Artritis	Miositis	EPI	FR	Manos de mecánico	Fiebre	Tratamiento
1	61/F	Artritis	Jo1	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	MTX, AZA, rituximab
2	45/F	Artritis	Jo1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	AZA
3	71/F	Artritis	Jo1	Sí	No	Sí	No	No	No	MTX, MM
4	70/M	EPI	PL7	No	Sí	Sí	Sí	No	No	
5	66/M	Artritis	Jo1	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	AZA
6	65/F	Artritis	PL7	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	MM, rituximab
7	65/F	EPI	Jo1	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	AZA, ciclofosfamida, rituximab
8	54/F	Artritis	Jo1	Sí	No	Sí	No	No	No	HCQ, AZA
9	52/M	Artritis	Jo1	Sí	Sí	No	No	No	No	MTX, abatacept
10	84/F	EPI	Jo1	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	AZA, ciclofosfamida, rituximab

Tabla P263

Tabla 2. Alteraciones capilaroscópicas

	Disminución de densidad capilar	Áreas avasculares	Tortuosidades	Entrecruzamientos	Dilataciones/Megacapilares	Hemorragias	Ramificaciones	Patrón SSc-like
1	Sí (6-8/mm)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	N
2	Sí (4-6/mm)	Sí	No	No	No	No	Sí	No
3	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
4	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
5	No	No	Sí	Sí	Sí (fig.)	No	No	No
6	Sí (6-8/mm)	Sí	No	No	No	No	No	No
7	Sí (6-8/mm)	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
8	No	No	No	Sí	No	No	No	No
9	Sí (6-8/mm)	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No



Desestructuración capilar, tortuosidades y presencia de megacapilar en paciente con síndrome.

Conclusiones: La edad media fue de 63,3 años, siendo un 70% mujeres. De los diez pacientes, dos presentaron positividad para un anti-ARS diferente al antiJo1, el antiPL7. El síntoma más común al inicio de la enfermedad fue la artritis (70%), presentándose posteriormente en el 90% de los pacientes a lo largo de la evolución, siendo junto a la EPI los síntomas más prevalentes. Los menos frecuentes fueron la fiebre (40%) y las manos de mecánico (10%). Se realizó capilaroscopia a nueve de los pacientes debido al fallecimiento de uno de ellos. Se detectó algún tipo de alteración capilaroscópica en el 100% de los pacientes, siendo las alteraciones morfológicas y la disminución del número de capilares las más frecuentes (77% y 55,5% de los pacientes, respectivamente). Ningún paciente presentó un patrón SSc-like a diferencia de lo descrito en la evidencia previa (35,5%). Como limitación a destacar, sería conveniente calcular el porcentaje de imágenes con alteraciones capilaroscópicas en futuros proyectos como estimador de la gravedad de la afectación.

P264. UTILIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA REUMATOLOGÍA-NEUMOLOGÍA

Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, María Machattu, Pablo Navarro Palomo, María Alonso de Francisco, Carlota Navarro Joven, Carmen Barbadillo Mateos, Carolina Merino Argumánez, Mónica Fernández Castro, Blanca García Magallón, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Jose Campos Esteban, José Luis Andreu Sánchez y Hildegarda Godoy Tundidor

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Describir las características de un grupo de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en seguimiento en una consulta monográfica Reumatología-Neumología y la utilidad de la misma.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de una consulta monográfica de pacientes con diagnóstico de EPID en seguimiento por ambos servicios en un hospital terciario. Se realizó un estudio descriptivo.

Resultados: Se estudiaron 47 pacientes: 19 con neumonía intersticial no específica (NINE), 17 con neumonía intersticial usual (NIU), 5 con NINE fibrótica, 3 con neumonía organizada criptogénica (NOC) y 3 con EPID no definida. El 63,8% eran mujeres y la media de edad, 65 años (40-83 años). Se derivaron a Reumatología

23 pacientes con EPID en seguimiento por Neumología, siendo la principal causa de interconsulta la determinación de anticuerpos positivos (60,9%), la artritis (17,4%), otros síntomas sugestivos de conectivopatía (8,7%) o el despistaje de colagenopatía en EPID con mala evolución (13%). Tras la valoración por el reumatólogo, 13 pacientes (56,5%) fueron diagnosticados de síndrome de Sjögren (tabla 1), 5 (21,7%), de esclerosis sistémica (tabla 2); 2 (8,9%), de neumonía intersticial con características autoinmunes o IPAF (tabla 3); y 2 (8,9%) de una conectivopatía no definida. En un paciente (4,3%) no se encontró asociación con conectivopatía. El diagnóstico realizado por el reumatólogo implicó el inicio de tratamiento inmunosupresor en 15 de los 23 pacientes (65,2%), siendo el micofenolato el fármaco que se pautó con mayor frecuencia, seguido del rituximab. Fueron derivados a Neumología 16 pacientes seguidos en Reumatología por: esclerosis sistémica (n = 7), artritis reumatoide (n = 5), síndrome de Sjögren (n = 3) y síndrome antisintetasa (n = 1). El motivo de la interconsulta fue la aparición de un patrón de afectación intersticial en pruebas de imagen (radiografía o TC de tórax) y/o la alteración en las pruebas de función respiratoria solicitadas de rutina (en el caso de la esclerodermia) o por clínica respiratoria (tos, disnea o crepitantes en la auscultación pulmonar). El seguimiento por parte del neumólogo implicó una modificación del tratamiento en 8 de los 16 pacientes (50%) que consistió en la adición de corticoides en dos y el inicio de nintedanib en seis. El motivo de inicio de antifibrótico fue el deterioro en las pruebas de función respiratoria. En 8 pacientes el diagnóstico de EPID y de enfermedad reumatológica se había realizado en otro centro y se derivaron para seguimiento.

Tabla 1. Características de los pacientes diagnosticados de síndrome Sjögren

Anticuerpos	Test de Saxon	Test de Schirmer	Biopsia de glándula salival menor
-	+	+	Compatible
-	+	+	Compatible
ANA granular	+	+	Compatible
AntiRo52	+	+	Compatible
ANA granular	+	+	Compatible
Factor reumatoide	+	+	Compatible
-	+	-	Compatible
ANA granular	+	+	Compatible
-	+	+	Compatible
Anti-Ro52, antiLa	-	-	Compatible
Anticentrómero	+	-	Compatible
ANA nucleolar	+	+	Compatible

Tabla 2. Características de los pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica

Anticuerpos	Capilaroscopia	Manometría	ETT
ANA nucleolar	Patrón esclerodermia	Normal	Normal
ANA granular	Patrón esclerodermiforme	Patológica	Normal
ANA nucleolar	Patrón esclerodermia	Patológica	Normal
ANA centrómero	Patrón esclerodermia	Patológica	Normal
ANA centrómero	Patrón esclerodermia	Normal	Normal

Tabla 3. Características de los pacientes diagnosticados de IPAF

Anticuerpos	Patrón pulmonar TC	¿Excluidas otras etiologías?	¿Cumple criterios de conectivopatía no definida?
Anti-Jo1	NINE	sí	no
Anti-Ej	NINE	sí	no

Conclusiones: Un 95,6% de los pacientes con EPID derivados a Reumatología fueron diagnosticados de alguna conectivopatía, lo que supuso un cambio en el tratamiento en el 65,2% de ellos, siendo el micofenolato el fármaco pautado con mayor frecuencia, seguido del rituximab. El diagnóstico de EPID en pacientes con enfermedad reumatológica fue posible gracias a la auscultación pulmonar, la anamnesis sobre síntomas respiratorios y la realización de pruebas de imagen y funcionales. La derivación de estos pacientes al servicio de

Neumología permitió una mejor caracterización de su enfermedad pulmonar y el inicio de fármaco antifibrótico en aquellos con enfermedad fibrosante progresiva.

P265. PREVALENCE AND CLINICAL SIGNIFICANCE OF ANTI-RO52 ANTIBODIES IN ANTISYNTHEASE SYNDROME

Francisco Javier Narváez García¹, Elena Cañadillas², Paola Vidal Montal¹, Vanesa Vicens³, Guadalupe Bermudo³, Emma Brugarolas¹, Pol Maymó¹, Judith Palacios¹, Martí Aguilar¹, Montserrat Roig¹, María Molina Molina³ and Joan Miquel Nolla¹

¹Servicios de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ³Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction: Antisynthetase syndrome (ASSD) is a systemic autoimmune condition characterized by the positivity of anti-aminoacyl-transfer-RNA synthetases antibodies (ARS) and the occurrence of the classic triad, encompassing myositis, arthritis, and interstitial lung disease (ILD). There is a higher prevalence and increased severity of ILD in patients with ASSD compared to other idiopathic inflammatory myopathies (IIM). The leading prognostic role of ILD in ASSD prompted a focused search for laboratory markers able to predict lung involvement occurrence and progression. ARS specificities have been associated with phenotypically distinct subgroups at disease onset. However, it doesn't seem to be significant differences among the groups in the clinical spectrum, time course and prognosis. Anti-Ro52 antibodies (anti-Ro52) are systemic autoantibodies addressed against the Tripartite

motif-containing protein 21 found in several connective tissue diseases and up to 50% of ASSD patients. In patients with other IIM, anti-Ro52 positivity has been associated with a rapid progression (RP) of ILD and a poorer prognosis, whereas its role in ASSD is still uncertain.

Objectives: To assess the prevalence and clinical significance of anti-Ro52 antibodies in a cohort of patients with ASSD.

Methods: Ambispective analysis of clinical, imaging and laboratory characteristics, therapeutic approaches, and outcome of 56 ASSD patients progressively enrolled at our hospital.

Results: We identified 32 anti-Ro52 positive and 24 anti-Ro negative ASSD patients. The prevalence of ILD and myositis at baseline were similar between the two groups. In contrast, some skin lesions (mechanic's hands and Gottron's papules/sign) were significantly more prevalent in anti-Ro52+, whereas arthritis was more frequently seen in anti-Ro negative patients (Table 1). We did not observe a strong association of co-occurring anti-Ro52 antibodies with any of the ARS. No differences in oxygen need and ILD patterns, therapeutic approaches, outcome measures, and prognosis were observed (Table 2). Overall mortality was 11% (6 subjects). No differences in mortality, overall and disease-related, between anti-Ro52+ and anti-Ro52- patients were observed. Survival curves were not different at any time point (log-rank test, p-value 0.608).

Conclusions: Overall, the presence of anti-Ro52 antibodies seems to be related to a higher prevalence of skin lesions, but not with ILD. Although they could affect the clinical characteristics of ASSD, they do not seem to influence the prognosis. No differences in relapses, RP-ILD, or mortality were observed when compared to anti-Ro52 negative patients.

Table 1. Baseline characteristics			
	Anti-Ro52 positive N=32	Anti-Ro52 negative N=24	p
Age (mean ± SD), years	61,8 ± 15	62,4 ± 13	0.879
Women/men (ratio)	22/10	9/15	0.625
Duration of follow-up (mean ± SD), months	63.3 ± 50	54.7 ± 45.5	0.512
Frequency of clinical features			
Fever	7 (22%)	8 (33%)	0.338
Raynaud's phenomenon	11 (34%)	7 (29%)	0.680
Arthritis	15 (47%)	15 (62.5%)	0.246
Mechanic's hands	26 (81%)	11 (46%)	0.006
Hiker's foot	5 (16%)	2 (8%)	0.686
Gottron's sign	8 (25%)	1 (4%)	0.036
Myositis	18 (56%)	14 (58%)	0.876
Interstitial lung disease (ILD)	29 (91%)	21 (87,5%)	0.708
Chest HRCT pattern of ILD			
	N=29	N=21	
Non-specific interstitial pneumonia (NSIP)	23 (79%)	14 (58%)	0.583
Organizing pneumonia (OP) or NSIP superimposed with OP	3 (10,5%)	3 (14%)	
Usual interstitial pneumonia	3 (10,5%)	4 (28%)	
FVC% predicted at ILD diagnosis (mean ± SD)	81,4 ± 27	75,4 ± 14,5	0.448
DLCO% predicted at ILD diagnosis (mean ± SD)	62,4 ± 22	62,4 ± 18	0.995
Need of oxygen therapy at ILD diagnosis	8 (27,5%)	4 (19%)	0.561
Serological parameters			
Positive antinuclear antibodies (ANA)	26 (81%)	17 (71%)	0.516
Myositis-specific antibody			
Anti-Jo1	19 (59%)	10 (42%)	0.189
Anti-PL7 or PL-12	10 (31%)	12 (50%)	0.155
Anti-EJ	3 (9,5%)	2 (8%)	0.892

P265 Figura 1

Table 2. Therapeutic approaches and outcomes			
	Anti-Ro52 positive N=32	Anti-Ro52 negative N=24	p
Need of intravenous methylprednisolone boluses	7 (22%)	6 (25%)	0.591
Number of immunosuppressants used (mean ± SD)			0.729
1	20 (62,5%)	15 (62,5%)	
2	7 (22%)	3 (12,5%)	
3	4 (12,5%)	4 (17%)	
4	1 (3%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	1 (4%)	
Need of cyclophosphamide	2 (6%)	2 (8%)	0.303
Need of intravenous immunoglobulin (IVIg)	6 (19%)	4 (17%)	0.840
Need of Rituximab	19 (59%)	13 (54%)	0.697
Need of antifibrotic therapy	4 (12,5%)	5 (21%)	0.376
Lung function tests results and response at last follow-up	N=29 (91%)	N = 21 (87,5%)	
FVC% predicted at last follow up (mean ± SD)	92,2 ± 23,6	83,2 ± 29,4	0.246
DLCO% predicted at last follow up (mean ± SD)	61,8 ± 14,3	54,3 ± 20,6	0.151
%pFVC			0.318
Improvement	15 (52%)	8 (38%)	
No change / Stabilization	10 (34%)	8 (38%)	
Worsening	4 (14%)	5 (24%)	
%pDLCO			0.163
Improvement	11 (38%)	7 (33%)	
No change / Stabilization	12 (41%)	8 (38%)	
Worsening	6 (21%)	6 (28,5%)	
Progressive ILD	18 (62%)	13 (62%)	0.691
Need of oxygen therapy at last follow-up	10 (34%)	5 (24%)	0.521
Relapses	9 (28%)	7 (29%)	0.620
Deaths	3 (9,5%)	3 (12,5%)	0.708

P265 Figura 2

P266. RITUXIMAB EN ESCLEROSIS SISTÉMICA CON AFECTACIÓN PULMONAR Y AFECTACIÓN CUTÁNEA DIFUSA. UNA SERIE DE 15 CASOS

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

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) a menudo es difícil de tratar y la evidencia que respalda muchas de las terapias habituales es limitada. Se cree que las anomalías en la función de las células B en la ES desempeñan un papel en la patología de la enfermedad. Además, se han demostrado infiltrados de células B tanto en muestras de piel como de pulmón en ES. El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico que inhibe la proliferación y diferenciación de células B mediadas por CD20 que ha mostrado resultados prometedores para la afectación pulmonar y cutánea de la ES. Nuestro objetivo fue evaluar RTX como tratamiento de la afec-

tación cutánea difusa y pulmonar en pacientes diagnosticados de ES.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie amplia y no seleccionada de pacientes diagnosticados de ES de un único hospital universitario desde 2011 hasta 2022. Los pacientes fueron clasificados como ES siguiendo los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013. Revisamos la función pulmonar mediante espirometría convencional y la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) del pulmón. La afectación pulmonar también se valoró mediante TAC de tórax de alta resolución. La afectación cutánea se evaluó mediante la puntuación cutánea de Rodnan modificada (MRSS).

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con una mediana [rango] de edad (al inicio de RTX) de 53 [41-78] años (80% mujeres; 20% hombres). La mediana [rango] de tiempo desde el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 3 [0-12] años. Al momento del diagnóstico de ES, ninguno de nuestros pacientes evidenció un patrón ventilatorio restrictivo. La DLCO estuvo por debajo de los límites normales en 12 pacientes (80%). La obstrucción de la vía aérea pequeña expresada según la disminución del flujo espiratorio máximo (medio) (MMEF) 25-75 estuvo presente en 1 paciente (6,7%). En cuanto a la afectación cutánea, la mediana de MRSS al diagnóstico fue de 18,3 [rango 4-26]. El régimen de tratamiento intravenoso de RTX

empleado fue de 1.000 mg (Día 1, seguido de 1.000 mg el día 15), con un ciclo repetido cada 6 meses si fuera necesario. Después de una mediana [rango] de seguimiento de 31 [6-100] meses, 12 (80%) pacientes completaron un total de 4 ciclos de RTX. Un análisis de la función pulmonar mostró que, tras RTX, la DLCO disminuyó en 2 de 15 pacientes (13,3%) y ninguno presentó empeoramiento de MMEF 25-75. En todos los pacientes hubo una mejoría de la afectación cutánea. Después de una mediana de seguimiento de 31 [6-100] meses durante la terapia con RTX, ninguno de los pacientes presentó nuevas recaídas de compromiso cutáneo o progresión de MRSS. La diferencia media entre la medición de MRSS antes y después de RTX fue de $6,4 \pm 1,2$. Solo 2 de los pacientes (13,3%) tuvieron que suspender RTX en el primer plazo por reacción relacionada con la infusión. Después del tratamiento con RTX, 4 pacientes (26,7%) fallecieron (cáncer de próstata, neumonía por SARS-CoV-2, paro cardíaco repentino e ictus) ha sido bien tolerado y no se informaron infecciones graves.

Conclusiones: En base a nuestra experiencia, el RTX parece ser una gran opción terapéutica para aquellos pacientes con afectación pulmonar y cutánea difusa por ES. Sin embargo, deben evaluarse las complicaciones cardiovasculares, infecciosas y neoplásicas.

P267. UTILIDAD DEL HEALTH ASSESMENT QUESTIONNAIRE (HAQ) PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

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

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad multisistémica crónica caracterizada por la fibrosis progresiva a nivel cutáneo y en diferentes aparatos, asociando también vasculopatía crónica. Es una enfermedad heterogénea con diferentes grados de afectación de órganos, progresión y gravedad. Los pacientes deben convivir con síntomas que repercuten directamente sobre su calidad de vida¹. Actualmente no está extendido el uso en la práctica clínica de herramientas para evaluar la calidad de vida en estos pacientes. El Health Assessment Questionnaire (HAQ) es una herramienta utilizada en Reumatología para valoración de la calidad de vida en enfermedades como la artritis reumatoide².

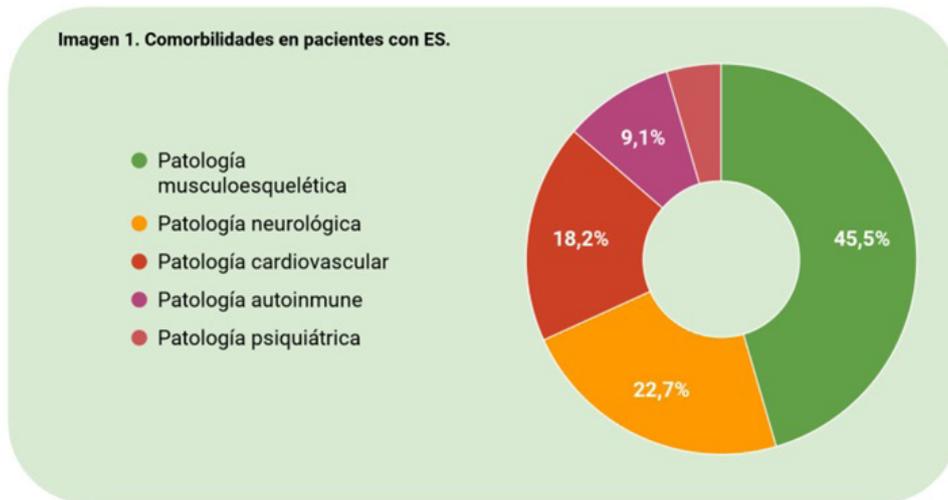
Objetivos: Determinar la utilidad y las limitaciones de la realización del HAQ en pacientes con ES. Valorar el impacto de las principales comorbilidades de estos pacientes en el resultado del cuestionario.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo en una cohorte de 60 pacientes con diagnóstico de ES en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Se recogieron diferentes variables sobre la calidad de vida y se realizó el HAQ en el período de septiembre a diciembre de 2022. El análisis estadístico se realizó mediante los programas informáticos Excel y SPSS. El test estadístico utilizado fue el test de Wilcoxon para variables con distribución no paramétricas.

Características de la cohorte de pacientes con ES	
Mujeres	51 (85%)
Health Assessment Questionnaire (Me, p25-p75)	0,44 (0-1,38)
Diagnóstico	
ES cutánea limitada	35 (58,3%)
ES cutánea difusa	11 (18,3%)
ES sin clasificar	14 (23,3%)
Características clínicas	
Raynaud	55 (91,7%)
Úlceras digitales	20 (33,3%)
Esclerodactilia	26 (43,3%)
Arteriopatía periférica	6 (10%)
Disnea	28 (46,7%)
Disfagia	15 (25%)
Reflujo gastroesofágico	23 (38,3%)
EPID	10 (16,7%)
HTP	6 (10%)
Pruebas de función respiratoria	
CVF < 80%	6 (10%)
DLCO (media, DE)	73,38 (20,78)
Disminución leve (60-80)	19 (31,7%)
Disminución moderada (40-60)	8 (13,3%)
Disminución grave (< 40)	5 (8,3%)
Inmunología	
ANA positivo	60 (100%)
Anticentrómero (AC-3)	31 (51,7%)
Homogéneo (AC-1)	14 (23,3%)
Anti-Scl-70	14 (23,3%)

Resultados: Se recogieron datos de 60 pacientes. Las características de la población estudiada se reflejan en la tabla. Entre las manifestaciones clínicas, el síntoma más frecuente fue el fenómeno de Raynaud en 55 pacientes (91,7%); seguido de disnea en 28 (46,7%) y esclerodactilia en 26 (43,3%). La afectación pulmonar se presentó en forma de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en 10 pacientes (16,7%) y como hipertensión pulmonar (HTP) en 6 casos (10%). A nivel inmunológico, el 100% de los pacientes presentaron anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, el patrón más frecuente

Imagen 1. Comorbilidades en pacientes con ES.



P267 Figura

el AC-3 (anticentrómero) en 31 casos (51,7%). Entre los antígenos nucleares extraíbles (ENAs), se encontró positividad para anti Scl-70 en 14 de los pacientes (23,3%). 23 pacientes (38,33%) presentaban otras patologías limitantes [fig.], frente a 37 (61,67%) sin otras comorbilidades asociadas. La mediana de HAQ fue de 0,77 (0-1,38). No se encontraron diferencias significativas en el HAQ según la variante de ES (p = 0,192). Se encontró en el grupo con comorbilidades asociadas un valor de HAQ mayor (Me 1,31;0,38-2,13) que en el grupo sin ellas (Me 0,37;0-0,75); las diferencias resultaron estadísticamente significativas (p < 0,01).

Conclusiones: El test HAQ fue útil en pacientes diagnosticados de ES con otras comorbilidades asociadas que repercuten de manera directa sobre su calidad de vida.

Son necesarios más estudios sobre su aplicación en este tipo de pacientes, así como el desarrollo de nuevas herramientas específicas para ES.

BIBLIOGRAFÍA:

- Allanore Y, Bozzi S, Terlinden A, et al. Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) use in modelling disease progression in diffuse cutaneous systemic sclerosis: an analysis from the EUSTAR database. *Arthritis Res Ther.* 2020;22:257.
- Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:20.

P268. AUTOANTIBODIES DETECTION BY MULTIPARAMETRIC ASSAY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC AUTOIMMUNE DISEASES

Collin Dexter Adao Abe¹, A. Pérez-Isidro^{2,3}, M.J. Martínez², N. de Moner², C. Andalucía⁴, M.A. Aure⁴, I. Fernández Alonso⁴, M. Pérez Moreno⁵, M.C. Villà Blasco⁵, R. Cervera^{3,6}, J.A. Gómez-Puerta¹, G. Espinosa^{3,6}, O. Viñas^{2,3} and E. Ruiz-Ortiz²,

¹Rheumatology Department. Hospital Clínic de Barcelona.

²Immunology Department. Centre Diagnòstic Biomèdic CDB.

Hospital Clínic de Barcelona. ³Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. ⁴Unidad de Autoinmunidad.

Werfen Spain & Portugal. ⁵Clinical Laboratory. Hospital General de Granollers. ⁶Autoimmune Diseases Department. Hospital Clínic de Barcelona.

Introduction: Systemic autoimmune diseases (SAID) are a heterogeneous group of diseases characterized by an immune response against self-antigens. Autoantibodies are a hallmark of most SAID being some included in classificatory criteria. Recently, multiparametric technologies for autoantibody detection have been proposed to improve the accuracy of the immunological diagnosis of SAID. Particle-based-multi-analyte technology (PMAT-Aptiva) is a multiplexed system based on the coupling of different antigens to paramagnetic particles with unique signatures. It allows us to obtain results from different autoantibodies simultaneously. The aim of this study was to evaluate the PMAT-Aptiva CTD-Essential diagnostic performance in a cohort of patients with SAID from the Hospital Clínic de Barcelona.

Methods: Study cohort includes consecutive samples of patients with and without SAID (n = 222, n = 70, respectively). Diagnoses of patients were Systemic Lupus Erythematosus (n = 45), Sjögren Syndrome (n = 20), Systemic Sclerosis (n = 87), Mixed Connective Tissue Disease (n = 6), anti-Synthetase Syndrome (n = 4), Overlap Syndromes (n = 28) and other SAID (n = 32). Anti-dsDNA, Smd1, Ribo-P, Ro/SSA, La/SSB, Ro52, U1-RNP, Jo1, Cenp-B, Scl70, DFS70 autoantibodies were measured by PMAT-Aptiva CTD-Essential and compared to the classical methods employed by our laboratory [Enzyme Immunoassay (EIA), Carbon Immunoassay (CIA), Fluorometric Enzyme-linked Immunoassay (FEIA) or Immunoblot].

Results: Using PMAT-technology, positive-likelihood ratio for each biomarker ranges from 1.9 to > 50.0 being the best (> 10) for anti-

Smd1, Jo1, Cenp-B and Ribo-P. Specificities range between 73.0%-100% for all biomarkers whereas sensitivities range between 43.2-80.0% excluding anti-Smd1 (15.9%), Ribo-P (15.9%) and Ro52 (33.2%) autoantibodies. A good agreement (Cohen kappa > 0.7) was observed for all autoantibodies, except for anti-RiboP (EIA), Sm (CIA) and Jo1 (Immunoblot). CIA results for anti-Jo1 autoantibodies show good correlation.

Conclusions: PMAT-Aptiva CTD-Essential is a suitable option to detect autoantibodies and to improve SAID diagnosis, showing a good sensitivity and specificity. The discrepancies observed for anti-Sm and Jo1 autoantibodies can be due to the different nature of the antigen used in each method.

P269. ASOCIACIONES ENTRE LOS PRODUCTOS FINALES DE GLICACIÓN AVANZADA (AGES) Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Laura Triginer Gil¹, Laura Tío², Irene Carrión^{2,3}, Lidia Valencia-Muntalà^{1,4}, Alfredo Guillén-del-Castillo^{5,6}, Anna Ribes², Jordi Monfort^{2,3}, Tarek Carlos Salman^{2,3}, Ana Pros^{2,3}, J. Narváez^{1,4}, Carmen Pilar Simeon Aznar^{5,6}

¹IDIBELL. Unitat Funcional de Malalties Autoimmunes Sistèmiques (UFMAS). Barcelona. ²IMIM (Institut Hospital del Mar d'investigacions Mèdiques). Barcelona. ³Servei de Reumatologia. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Department de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁵Department de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶VHIR. Enfermedades sistèmiques. Barcelona.

Introducción: Diversos estudios han postulado que los productos finales de glicación avanzada (AGEs) podrían tener un papel relevante como inductores en la vía inflamatoria crónica presente en diversas enfermedades, incluida la esclerosis sistémica (SSc). Así mismo se ha visto que la concentración de AGE puede estar relacionada con cambios en la capilaroscopia ungueal, el subtipo de piel difusa o la calcinosis. Los estudios de validación han demostrado que la autofluorescencia de la piel está fuertemente relacionada con los niveles de AGE en las biopsias de piel.

Objetivos: Caracterizar e identificar la asociación entre los valores de AGE, medidas por autofluorescencia cutánea, y parámetros clínicos de la SSc.

Métodos: El valor de AGE se midió por autofluorescencia de la piel (Age Reader Mu Connect, Diagnostics Technologies BV®) en 179 pacientes con SSc y se correlacionaron con datos demográficos y clínicos. El valor de AGE se distribuyeron en terciles. Las variables categóricas se describieron con frecuencias, mientras que las variables continuas se mostraron como media (desviación estándar). Se realizaron pruebas ANOVA para explorar la asociación lineal de las variables con el valor acumulado de AGE. Los modelos de regresión se ajustaron por edad (M1) y por edad y tabaquismo (M2). El protocolo obtuvo la aprobación del CEIC (2020/9150/I).

Resultados: La tabla muestra las características de la población y las asociaciones más relevantes de los pacientes estudiados según los niveles de AGE clasificados en terciles. Los hombres (p-valor M1 = 0,008, M2 = 0,003) y la presencia de anticuerpos anticentrómero (ACA) (p-valor M1 = 0,010, M2 = 0,034) se asociaron a niveles significativamente más altos de AGE. Además, los niveles de AGE se correlacionaron inversamente con la obesidad (como variable categórica) de manera significativa (valor de p M1 = 0,036, M2 = 0,022). Se observa una tendencia (aunque no es significativa) hacia valores más altos de AGES (p-valor 0,05-0,1) en pacientes con afectación esofágica y manifestaciones cutáneas (subtipo cutáneo difuso o limitado) y una menor prevalencia de anticuerpos antitopoisomerasa (ATA). No se encontraron asociaciones con otras características.

Tabla P270

Correlaciones de las características de nuestra cohorte según los niveles de los productos finales de glicación avanzada

	Todos N = 179	Primer tercil [1,4,2,4] N = 60	Segundo tercil [2,4,2,9] N = 62	Tercer tercil [2,9,6,7] N = 57	p-valor M1	p-valor M2
Sexo (Hombre)	17 (9,5%)	4 (6,7%)	5 (8%)	8 (14%)	0,008	0,003
Edad	61,0 (12,6)	55,7 (13,4)	61,7 (11,9)	65,8 (10,4)	0,000*	
Fumador (Sí)	16 (8,94%)	2 (3,33%)	6 (9,68%)	8 (14,0%)	0,031	
Afectación cutánea	161 (89,9%)	50 (83,3%)	58 (93,5%)	53 (93,0%)	0,100	0,085
Afectación esofágica	155 (86,6)	49 (81,7%)	55 (88,7%)	51 (89,5%)	0,113	0,078
Ac antipoisomerasa	21 (14,7%)	10 (20,4%)	6 (11,8%)	5 (11,6%)	0,076	0,071
Ac anticentromero	70 (47,3%)	21 (41,2%)	26 (50,0%)	23 (51,1%)	0,010	0,034
Obesidad (Sí)	39 (21,8%)	15 (25,0%)	14 (22,6%)	10 (17,5%)	0,036	0,022
IMC	26,0 (5,42)	26,4 (6,20)	25,8 (4,91)	25,8 (5,13)	0,457	0,603
clMC:					0,370	0,387
Normopeso	84 (47,5%)	28 (46,7%)	29 (48,3%)	27 (47,4%)		
Sobrepeso	66 (37,3%)	21 (35,0%)	22 (36,7%)	23 (40,4%)		
Obesidad	27 (15,3%)	11 (18,3%)	9 (15,0%)	7 (12,3%)		

c: categorizado; M1: ajustado por edad; M2 ajustado por edad y tabaco. IMC: índice de masa corporal. Ac: anticuerpos.

Conclusiones: Los niveles más altos de AGE se asociaron de forma independiente con el género masculino, la positividad de ACA e inversamente con la obesidad. Los AGE podrían estar implicados en las vías etiopatológicas que dan lugar a manifestaciones cutáneas y esofágicas. Finalmente, el mecanismo de la enfermedad en pacientes con ES obesos podría indicar una enfermedad más leve, ya que presentan valores de AGE más bajos, en contraposición a lo descrito en sujetos sanos. Esto podría indicar una enfermedad gastrointestinal (implicada en la desnutrición) menos grave.

Este proyecto ha sido financiado por la Fundación la Marató de TV3 y parcialmente financiado la FER (Fundación Española de Reumatología).

BIBLIOGRAFÍA

- Murray AK, et al. J Rheumatol. 2012;39:1654-8.
- Kaloudi O, et al. Rheumatology. 2007;46:412-6.
- Davies CA, et al. Rheumatology. 2009;48:876-82.
- Meerwaldt R, et al. Ann N Y Acad Sci. 2005;1043:290-8.
- Villanueva-Martin G, et al. J Clin Med. 2022;11:6014.

P270. IMPACT OF COMORBIDITIES AND FREQUENCY OF ADMISSIONS ON MORTALITY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASES

Helena María Amar Muñoz¹, Isabel Castrejón Fernández^{1,2,3}, Ana I. Ramos Lisbona¹, J. Montero Reyes Fernando¹, Karen S. Carpio Astudillo¹, J. Molina-Collada^{1,2}, Belén Serrano-Benavente^{1,2}, José María Álvaro-Gracia^{1,2,3} and Julia Martínez-Barrio^{1,2}

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

Introduction: Data on mortality in patients with systemic autoimmune rheumatic diseases (SARDs) is limited. Most evidence is restricted to patients with systemic lupus erythematosus and ANCA vasculitis [1-2]. In recent years, mortality has been more closely associated with cardiovascular pathologies and infections and less with disease activity.

Objectives: To assess the impact of comorbidities and hospital admissions on mortality in patients with SARDs in a tertiary referral hospital.

Methods: We conducted a retrospective observational study including adult patients with SARDs (Table) followed up in our Multidisciplinary Unit of Systemic Autoimmune Diseases between January 2017 and December 2019. In this cohort, patients were under similar follow-up and treatment protocols. Gathered data includes epidemiological, hospitalization (number of admissions, hospital stay and reasons for admission) and exitus information. In hospitalized patients, associated comorbidities were also reviewed. A comparison was made between patients who required at least one admission during the study period and those who did not, in addition to a description of mortality. Kaplan Meier curves are presented by number of comorbidities and number of admissions.

Results: Of the 1,749 patients with SARDs included in our cohort, 432 (24.7%) required hospitalization during the study period. Of those hospitalized, mean age was 64 years and 315 (73%) were women. A total of 61 (14%) deaths occurred among patients admitted to the hospital vs. 77 (5.9%) among non-hospitalized, within the study period. Behçet's disease and IgG4-related disease presented highest mortality rate (29%) in our cohort of hospitalized patients, closely followed by antiphospholipid syndrome (23%) and Sjögren's

RHEUMATOLOGIC DIAGNOSIS	HOSPITALIZED SUB-POPULATION N = 432 (25%)		NON-HOSPITALIZED SUB-POPULATION N = 1317 (75%)	
	Exitus N = 61 (14%)	No exitus N=371 (86%)	Exitus N = 77 (5,9%)	No exitus N = 1218 (94%)
Systemic lupus erythematosus	17 / 113 (15%)	96 / 113 (85%)	26 / 374 (7%)	348 / 374 (93%)
Polymyalgia rheumatica	8 / 92 (8,7%)	84 / 92 (91%)	15 / 258 (5,8%)	243 / 258 (94%)
Sjögren's syndrome	9 / 46 (20%)	37 / 46 (80%)	11 / 174 (6,3%)	163 / 174 (94%)
Systemic sclerosis	5 / 43 (12%)	38 / 43 (88%)	3 / 83 (3,6%)	80 / 83 (96%)
Small-vessel vasculitis	7 / 36 (19%)	29 / 36 (81%)	4 / 81 (4,9%)	77 / 81 (95%)
Idiopathic inflammatory myopathies	3 / 30 (10%)	27 / 30 (90%)	7 / 79 (8,9%)	72 / 79 (91%)
Undifferentiated connective tissue disease	2 / 17 (12%)	15 / 17 (88%)	3 / 66 (4,5%)	63 / 66 (95%)
Large-vessel vasculitis	1 / 13 (7,7%)	12 / 13 (92%)	3 / 53 (5,7%)	50 / 53 (94%)
Antiphospholipid syndrome	3 / 13 (23%)	10 / 13 (92%)	2 / 51 (3,9%)	49 / 51 (96%)
Behçet's disease	4 / 14 (29%)	10 / 14 (71%)	2 / 34 (5,9%)	32 / 34 (94%)
IgG4-Related disease	2 / 7 (29%)	5 / 7 (71%)	0 / 15 (0%)	15 / 15 (100%)
Polyarteritis nodosa	0 / 1 (0%)	1 / 1 (100%)	1 / 14 (7,1%)	13 / 14 (93%)
Mixed connective tissue disease	0 / 1 (0%)	1 / 1 (100%)	0 / 13 (0%)	13 / 13 (100%)

P270 Figura 1, Frequencies of exitus by diagnosis and hospitalization.

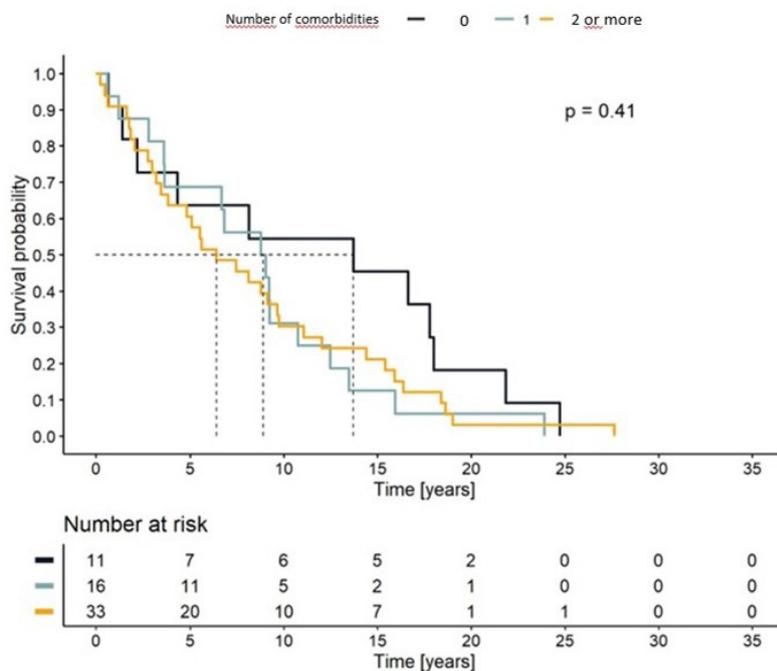


Figura 2. Survival according to the number of comorbidities.

syndrome (20%) (Table). No statistically significant differences were observed in mortality according to the number of admissions ($p = 0.56$) or comorbidities ($p = 0.41$), although in the latter, an increasing trend was observed as the number of comorbidities increased (survival according to the number of comorbidities: no comorbidities = 14 years, one comorbidity = 8.9 years, two or more comorbidities = 6.4 years) (Figure).

Conclusions: We have found no impact of comorbidities or hospital admissions in mortality in patients with SARDs. Among hospitalized patients, higher mortalities were observed in Behçet's disease, IgG4-related disease, antiphospholipid syndrome and Sjögren's syndrome. In addition, a trend towards greater mortality was observed in relation to the number of comorbidities.

REFERENCES

- Manadan AM, et al. ACR Open Rheumatol. 202;2(11):683-9.
- Rivera M, et al. Clinical Rheumatology. 2022;41:159-66.

P271. ESCLEROSIS SISTÉMICA INTERMEDIA

Irene Carrión-Barberà¹, Laura Tío², Laura Triginer³, Lidia Valencia Muntalà⁴, Alfredo Guillen-Del-Castillo⁴, Anna Ribes², Jordi Monfort¹, Tarek Carlos Salman-Monte¹, Anna Pros¹, Carmen Pilar Simeón-Aznar⁴ y Javier Narváez⁵

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona. ³Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) se clasifica clásicamente en dos subtipos según la distribución de la esclerosis cutánea: limitada (ESl) cuando esta es distal a codos y/o rodillas incluyendo cara/cuello, y difusa (ESd) cuando afecta proximalmente a estos. Sin embargo, algunos autores incluyen un 3^{er} tipo, la intermedia (ESi),

Tabla P271

Características en las que se hallan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre alguno de los 3 subtipos de esclerosis sistémica (ES): limitada a dedos (ESld), intermedia (ESi) y/o difusa (ESd). En las variables cuantitativas se indica a la derecha entre qué grupos se hallaron diferencias. En las variables cualitativas se han marcado aquellas que presentaban frecuencias significativamente diferentes al grupo de referencia (ESi)

	ESld N: 81 (49,2%)	ESi N: 42 (25,4%)	ESd N: 42 (25,4%)	p-valor	Diferencias entre qué grupos
Índice de masa corporal	27,1 ± 6,3	26,1 ± 5,5	24,0 ± 4,2	0,01	ESld-ESd
Edad al diagnóstico	50,7 ± 13,4	56,7 ± 15,5	46,3 ± 15,3	0,009	ESi-ESd
mRSS	3,9 ± 1,7	8,8 ± 2,2	12,3 ± 6,4	0,000	Todos los grupos
Índice de Tiffenau	0,78 ± 0,08	0,74 ± 0,0646	0,079 ± 0,085	0,011	ESi-ESd
DETECT paso 1	310,4 ± 19,9	312,9 ± 17,0	293,0 ± 17,9	0,009	ESld-Esd ESi-Esd
Lesiones en mordedura de rata	11/83 (13,35)	11/43 (25,6%)	15/42 (35,75)	0,013	
Amputaciones	1/83 (1,2%)	4/43 (9,3%)	7/42 (16,7%)	0,005	
Úlceras digitales EESS	14/83 (16,9%)	14/43 (32,6%)	23/42 (54,8%)	0,000	
Hipocinesia/acinesia VI	0/83 (0%)	1/43 (2,3%)	4/42 (9,5%)	0,012	
EPID	34/80 (42,5%)	12/41 (29,3%)	28/41 (68,3%)	0,001	
Afectación pulmonar	37/80 (46,3%)	16/41 (38,3%)	28/41 (68,3%)	0,019	
Ac. antitopoisomerasa	5/62 (8,1%)	3/35 (8,6%)	15/34 (44,1%)	0,000	
Ac. anti-Ro60	1/60 (1,7%)	1/32 (3,1%)	6/32 (18,8%)	0,004	
Ac antimitocondriales	8/50 (16%)	7/31 (22,6%)	0/31 (0%)	0,025	
Ac. anticentrómero	38/66 (57,6%)	24/33 (72,7%)	3/35 (8,6%)	0,000	
Ac. anti-RNA polimerasa III	0/62 (0%)	2/33 (6,1%)	10/34 (29,4%)	0,000	

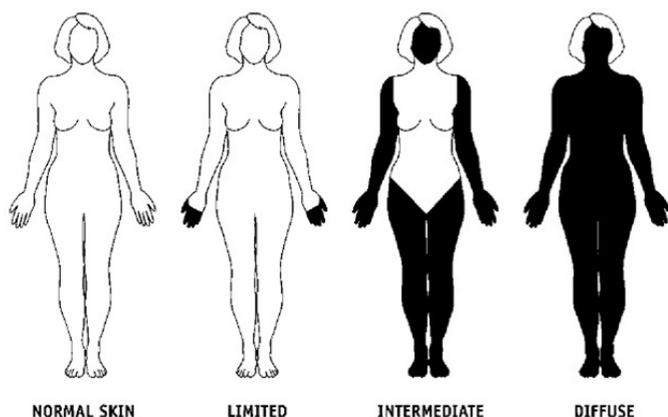
mRSS: modified Rodnan skin score; EESS: extremidades superiores; VI: ventrículo izquierdo; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; Ac: anticuerpos.

definida como esclerosis cutánea que debe incluir extremidades superiores de manera proximal a las articulaciones metacarpofalángeas, sin afectación del tronco, y relegando la ESI a la limitada a dedos (ESId). Se ha descrito que la ESI tiene un fenotipo y un pronóstico intermedio entre la ESI y la ESd.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ESI en nuestra cohorte de pacientes diagnosticados de ES, y analizar si existen diferencias entre los 3 subgrupos de pacientes: ESId, ESI y ESd.

Métodos: Estudio retrospectivo de 168 pacientes con ES, subdivididos en tres subtipos (ESId, ESI y ESd). La clasificación se realizó según definiciones descritas previamente en la literatura (fig.). En nuestra cohorte, se clasificaron como ESI aquellos pacientes con ESI y un *modified Rodnan skin score* (mRSS) > 6, mientras que aquellos con ESI y mRSS < 6 lo hicieron como ESId. Se ha seleccionado el método más restrictivo, aceptando la limitación de que algún paciente con ESI pueda tener un mRSS < 6 y ser clasificado erróneamente como ESId, pudiendo dificultar ello encontrar diferencias significativas entre grupos. Los pacientes sin esclerosis cutánea fueron excluidos. Se evaluaron las diferencias demográficas y clínicas entre los tres grupos mediante la prueba de chi cuadrado (variables cualitativas) y ANOVA de un factor (variables cuantitativas). Se realizó un análisis *post hoc* (mediante el método de Bonferroni) para identificar diferencias entre grupos. El protocolo obtuvo la aprobación del comité ético del Parc de Salut Mar (2020/9150/I).

Resultados: Los 168 pacientes se clasificaron como: ESId: 83 (49,4%); ESI: 43 (25,6%) y ESd: 42 (25%). La tabla muestra las principales características en las que se observaron diferencias significativas entre grupos. Algunas de las diferencias tradicionalmente descritas entre ESd y ESI se mantienen en nuestra cohorte aun diferenciando la ESI en ESI y ESId (afectación pulmonar, presencia de anticuerpos (ac) antitopoisomerasa y ac anticentrómero). Además, observamos que los pacientes con ESI presentan valores estadísticamente más reducidos que los pacientes con ESd en relación al índice de Tiffenau (-0,05 (intervalo de confianza (IC) 95%: -0,095-0,001), p-valor = 0,010) y más elevados en la edad del diagnóstico (9,78 (IC95%: 2,2-17,37), p-valor = 0,006), y el valor del DETECT paso 1 (19,95 (IC95%: 3,73-36,17), p valor = 0,011), aunque este último también es significativamente más elevado en el caso de los pacientes con ESId (17,43 (IC95%: 1,36-33,50), p valor = 0,029). Los pacientes con ESI presentan más frecuentemente, de manera significativa, lesiones en mordedura de rata, amputaciones y úlceras digitales en extremidades superiores que aquellos con ESId y menos frecuentemente que aquellos con ESd. Dentro del subgrupo ESI, la frecuencia de ac anticentrómero y anti-RNA polimerasa III es más frecuente en los pacientes con ESI.



Extraída de [2], de izquierda a derecha: piel normal, ES limitada a dedos (ESId), ES intermedia (ESI) y ES difusa (ESd).

Conclusiones: En este trabajo encontramos diferencias estadísticamente significativas en diversas variables entre los grupos. Esto sugiere que la ESI podría tener entidad propia como un subtipo de

ES con características clínicas y prevalencias diferentes a las clásicamente descritas. La división de la ES en los tres subtipos propuestos podría permitir clasificar con más precisión a los pacientes en distintos fenotipos. Esto conllevaría un mejor diagnóstico, seguimiento y finalmente pronóstico de estos pacientes.

Agradecimientos: Proyecto “202022-33” fundado por Fundació La Marató de TV3, así como por la Ayuda a la Intensificación de la Actividad Investigadora de la Fundación Española de Reumatología otorgada en 2021.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferri C, *et al.* Systemic sclerosis: demographic, clinical, and serologic features and survival in 1,012 Italian patients. *Medicine.* 2002;81:139-53.
2. Scussel-Lonzetti L, *et al.* Predicting mortality in systemic sclerosis: analysis of a cohort of 309 French Canadian patients with emphasis on features at diagnosis as predictive factors for survival. *Medicine.* 2002;81:154-67.

P272. LA CAPILAROSCOPIA UNGUEAL EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

Francisco Gutiérrez Rodríguez, Quiroga Colina, Patricia, Nikytsina, Maryia, Tomero Muriel, Eva, Valero Martínez, Cristina, Castañeda Sanz, Santos y Vicente Rabaneda, Esther¹

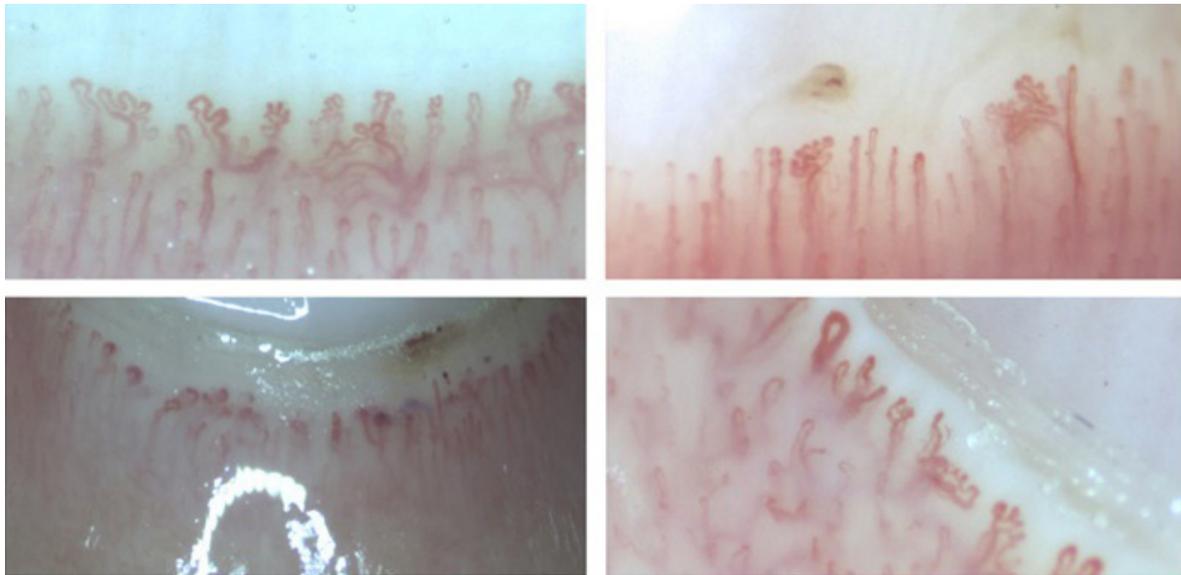
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Introducción: La capilaroscopia es una técnica de gran ayuda para el diagnóstico diferencial del fenómeno de Raynaud y su uso está muy estandarizado en el manejo de la esclerosis sistémica (ES). La capilaroscopia cualitativa nos permite distinguir el patrón de esclerodermia de la normalidad, las anomalías no específicas y del patrón tipo esclerodermia, caracterizado por la presencia de alteraciones mixtas que no se ajustan completamente a la definición de patrón precoz, activo o tardío. Evidencias recientes de la literatura revelan que las alteraciones capilaroscópicas son frecuentes en las miopatías inflamatorias y sugieren un papel prometedor para su diagnóstico y seguimiento.

Objetivos: Nuestro objetivo es describir los hallazgos en la capilaroscopia de pacientes con miopatías inflamatorias inmunomediadas (MII) y estudiar su correlación con manifestaciones clínicas y analíticas de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional transversal en el que se han realizado capilaroscopias a pacientes diagnosticados de MII, analizando la densidad y la morfología capilar y la presencia de microhemorragias, para identificar el tipo de patrón capilaroscópico: esclerodermia, tipo esclerodermia, inespecífico o normal. Se han recogido variables demográficas, el perfil de autoanticuerpos, el tipo de MII, las principales manifestaciones clínicas y los tratamientos previos y actuales. Se ha investigado la correlación de los hallazgos capilaroscópicos con las variables clínico-analíticas. Las variables categóricas se expresan como número (%) y las numéricas como media (DE). Para los estudios de asociación se han empleado los test de chi², Fisher, t de Student o no paramétricos, según el tipo de variable. Los análisis se han realizado con StataIC 14, con nivel de significación para p < 0,05.

Resultados: Se han incluido 29 pacientes (55,17% varones, edad 58 ± 13 años). El 62,06% tenían un síndrome antisintetasa (15 con anti-Jo1 positivos, 1 con EJ y 2 con PL-12) y el resto (37,94%) un síndrome de superposición, principalmente con Sjögren y ES. Presentaban anticuerpos (Ac) específicos de miositis el 13,79% (1 MDA5, 1 SAE, 1 Mi2 y 1 con Mi2 y SRP) y el 20,69% Ac asociados a miositis (Ro el 41,38%, 1 Ku y 3 PM-Scl75/100). Las principales características de la población se recogen en la tabla. A nivel capilaroscópico, todos los pacientes presentaban disminución de la densidad capilar y morfología capilar patológica. El 37,93% tenían dilataciones capilares, el 55,17% megacapilares y el 62,07% microhemorragias. El 96,55% (n = 28) tenían un patrón tipo esclerodermia y 1 paciente tenía un patrón de esclerodermia tardío. No encontramos asociación entre



P272 Figura. Imágenes capilaroscópicas.

las manifestaciones clínico-analíticas y los hallazgos de la capilaroscopia, en probable relación con la limitación del tamaño muestral.

Principales características de la población

Edad (años)	58 ± 13
Sexo (%)	
Varón	55,17
Mujer	44,83
Tabaco (%)	
No fumador	68,97
Exfumador	13,79
Fumador	17,24
Tiempo hasta diagnóstico (meses)	3,6 ± 11,3
Tiempo de evolución (años)	5,5 ± 7,7
Tipo MII (%)	
Síndrome antisintetasa	62,06
Síndrome de superposición	37,94
Tipo afectación (%)	
Articular	41,37
Muscular	68,97
Cutánea (manos de mecánico)	41,38
Fenómeno de Raynaud (%)	37,93
Neoplasia (%)	6,9
EPID (%)	65,51
ANA (%)	89,66
Anticuerpos (Ac) de miositis (%)	
Antisintetasa	62,07
Específicos de miositis	13,79
Asociados a miositis	20,69
Ac anti-Ro (%)	41,38
Ro 52	37,5
Ro 60	9,09
Otros ENA (%)	13,79
Ac aDNA (%)	7,41
FR (%)	11,54
Ac aCCP (%)	5,26
Glucocorticoides, actual (%)	51,72
FAME, actual (%)	
Metotrexato	17,24
Micofenolato mofetilo	17,24
Tacrolimus	6,9
Ciclosporina A	3,45
Ciclofosfamida	3,45
Rituximab	3,45
Terapia combinada	24,14
Sin tratamiento	24,14
Tratamientos previos (%)	
Glucocorticoides	96,55
Metotrexato	34,48
Rituximab	27,59
Azatioprina	17,24
Ciclosporina A	17,24
Ciclofosfamida	13,79
Micofenolato mofetilo	10,34
Hidroxicloroquina	3,45
Inmunoglobulinas intravenosas	24,14

Conclusiones: Nuestros datos muestran que las alteraciones capilaroscópicas son frecuentes en las miopatías inflamatorias, con independencia del tipo de enfermedad, las manifestaciones clínicas y del tipo de anticuerpos, siendo el patrón predominante el tipo esclerodermia, en concordancia con las escasas evidencias de la literatura. La capilaroscopia podría ser una técnica relevante para el diagnóstico de la MII, aunque se necesitan más estudios, con mayor tamaño muestral y un diseño longitudinal para establecer su utilidad para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de estos pacientes.

P273. PAPEL DE LA CAPILAROSCOPIA EN PACIENTES CON IPAF

Ana María Ruiz Bejerano, Jesús Loarce Martos, Javier Arechavala Hita, Juan Rigual Bobillo, Ana Jaureguizar Oriol y Carlos de la Puente Bujidos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Describir de forma sistemática los hallazgos en capilaroscopia de pacientes con IPAF (*Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features*).

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con diagnóstico de IPAF en seguimiento en la consulta conjunta de Reumatología-Neumología del Hospital Ramón y Cajal. El diagnóstico se realizó de acuerdo con los criterios ERS/ATS 2015, y tras consenso para descartar la presencia de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) definida. Se realizó capilaroscopia mediante capilaroscopio Optilia-CapiScope, evaluando 2^a-5^a dedo de ambas manos, usando una lente de 200x aumentos. Cada paciente fue clasificado en uno de los siguientes patrones: “normal”, “anomalías no específicas” y “patrón de esclerosis sistémica”. Se evaluaron los siguientes parámetros: densidad capilar, dimensión capilar, hemorragias y anomalías morfológicas, de acuerdo con las descripciones del grupo EULAR de capilaroscopia. Además, se recogió la presencia de capilares con forma arborescente/ramificada.

Resultados: Se incluyeron inicialmente 13 pacientes, siendo excluidos 2 de ellos al cumplir criterios de EAS definida durante el seguimiento (1 paciente con esclerosis sistémica y 1 paciente con miopatía necrotizante inmunomediada). Las características basales están incluidas en la tabla. En cuanto a los criterios de IPAF, el dominio serológico y morfológico fueron los más frecuentes (90,9% de pacientes). El 90,9% de los pacientes tuvo ANA+, y un 63,6% a título igual o superior a 1/320. En lo relativo a los anticuerpos, 7 fueron positivos para anticuerpos específicos o asociados a miositis, 2 anti-PmSc175/100, 2

anti-Ku, 2 anti-Ro52, y un paciente fue positivo para 4 anticuerpos (anti-MDA5, anti-SAE, anti-Ku y anti-SRP), todos a título débil y considerados como falsos positivos. En el dominio morfológico, 7 pacientes tuvieron un patrón radiológico de NINE o NO. Solo 3 pacientes cumplieron el dominio clínico, 2 de ellos por fenómeno de Raynaud, y uno de ellos por artritis. En cuanto al patrón de la capilaroscopia, fue clasificada como normal en 1 paciente, como alteraciones no específicas en 8 pacientes, y como patrón de esclerosis sistémica en 2 pacientes (de los cuales ninguno presentó afectación cutánea ni fenómeno de Raynaud). Un total de 6 pacientes (54,5%) presentaron capilares dilatados entre 20 y 50 μ m, mientras que 2 (18,2%) llegaron a tener megacapilares (fig.). Las hemorragias estuvieron presentes en 5 pacientes (45,5%). La densidad capilar tan solo estuvo disminuida en una de las capilaroscopias (9,1%). Las alteraciones de la morfología capilar fueron el hallazgo más frecuente (imagen 2), presente en 7 pacientes (63,6%), presentando 5 de ellos capilares ramificados o arborescentes. La desorganización del patrón capilar se encontró tan solo en 2 de los pacientes (18,2%).

Características basales

Edad (media, DE)	66,27 (14,80)
Mujer (n, %)	7 (63,6%)
Raza caucásica (n, %)	9 (81,8%)
Tabaquismo (n, %)	
No	7 (63,6%)
Exfumador	3 (28,3%)
Fumador activo	1 (9,1%)
Raynaud	2 (18,2%)
ANA positivo	10 (90,9%)
Criterios IPAF (n, %)	
Dominio clínico	3 (27,3%)
Dominio serológico	10 (90,9%)
Dominio morfológico	10 (90,9%)
Patrón TCAR (n, %)	
NIU/probable NIU	4 (36,4%)
NINE	6 (54,5%)
NO	1 (9,1%)
CVF% (media, DE)	80,90 (24,27)
DLCOHb% (media, DE)	52,53 (27,91%)

ANA = anticuerpos antinucleares, TCAR = tomografía computarizada alta resolución, NIU = neumonía intersticial usual, NINE = neumonía intersticial no específica, NO = neumonía organizada, CVF = capacidad vital forzada, DLCOHb = difusión de CO ajustado a hemoglobina.

Conclusiones: En nuestra cohorte de 11 pacientes con IPAF, 10 de ellos presentaron alteraciones en la capilaroscopia, 2 de ellos con patrón de esclerosis sistémica. Pese a la frecuencia de alteraciones en dicha prueba, solo 2 pacientes presentaron fenómeno de Raynaud. De acuerdo con nuestros resultados, la capilaroscopia parece ser una técnica complementaria útil en el estudio de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, para identificar a aquellos pacientes con una EAS subyacente o con IPAF. Esta prueba debería realizarse independientemente de la presencia de fenómeno de Raynaud.

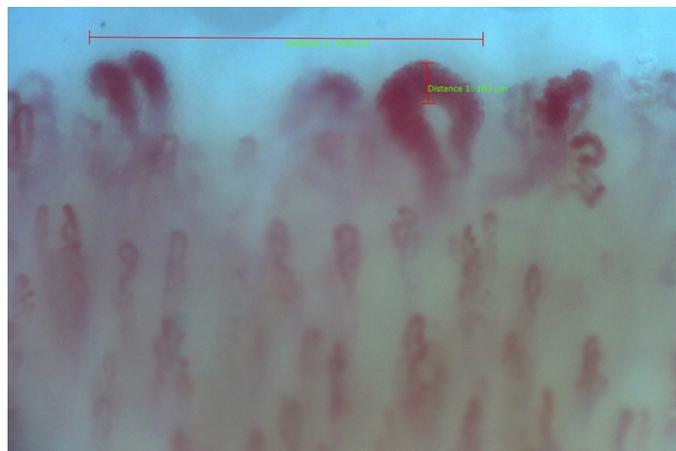


Figura 1. Megacapilares y disminución de la densidad capilar.



Figura 2. Alteraciones de la morfología capilar.

P274. RITUXIMAB IN THE TREATMENT OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE ASSOCIATED WITH THE ANTISYNTHEASE SYNDROME

Francisco Javier Narváez García¹, Elena Cañadillas², Iván Castellví³, Juan José Alegre⁴, Cristiana Sieiro Santos³, Vanesa Vicens⁵, Guadalupe Bermudo⁵, Paola Vidal Montal¹, Emma Brugarolas¹, Pol Maymó¹, Judith Palacios¹, Martí Aguilar¹, Montserrat Roig¹, María Molina Molina⁵ and Joan Miquel Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

⁵Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objectives: To assess the real-world, long-term effectiveness of rituximab (RTX) as a rescue therapy in patients with Antisynthetase syndrome (ASSD) and interstitial lung disease (ILD)

Methods: Multicentre observational retrospective longitudinal study.

Results: To date, we have treated with RTX 28 patients due to recurrent (N = 1) or ongoing progressive ASSD-ILD (N = 27) despite treatment with glucocorticoids and immunosuppressants (IS). Fifteen of these 27 patients fulfilled the criteria of progressive pulmonary fibrosis. Ongoing therapy with IS remained unchanged. Considering the entire study population, before initiation of RTX the mean decline in %pFVC and %pDLCO from the ILD diagnosis was -6.44% (95% CI: 2.45 to 10.43; p = 0.003) and -14.85% (95%CI: 10.51 to 19.19; p < 0.001), respectively. After six months of treatment, RTX was able to reverse the decline of PFTs parameters (delta: percentage change from the start of therapy): Δ %pFVC +6.29% (95%CI: -10.07 to 2.51; p = 0.002 compared to baseline) and Δ %pDLCO +6.15% (95%CI: -10.86 to -1.43; p = 0.013). At 1 year of treatment, no data was available in 4 patients: one died at 6 months due to the progression of the ILD, and three had not yet completed 12 months of treatment. In the 24 patients that completed one year of therapy, a significant improvement in %pFVC (Δ +11.63%, 95%CI: -16.91 to -6.36; p < 0.001) and %pDLCO (Δ +10.29%, 95%CI: -14.82 to -5.76; p < 0.001) was observed, as well as an increase in the distance covered in the 6MWT (Δ +87 m, 95% CI: -179.21 to -4.88; p = 0.061). In addition, the average dose of prednisone was reduced to 4.5 mg/d (Δ -14.5 mg/d; 95%CI: 7.73 to 15.62, p < 0.001), and it could be stopped in 5 (18%) patients. Considering the total sample (Table), an improvement or stabilization of the %pFVC and %pDLCO values were achieved in 92% of the cases after 1 year of treatment. Twenty-two of the 24 patients completed 2 years of treatment (two had not yet completed 24 months of treatment at the last visit), maintaining the response in pulmonary function tests: Δ %pFVC: +9.93%

Table 1. Lung function test results after rituximab therapy (a according to the definitions of the ATS)

	%pFVC			%pDLCO		
	Improvement	Stabilization	Worsening	Improvement	Stabilization	Worsening
6 months post-RTX N=28	35,7% (10)	60,7% (17)	3,6 % (1)	32,1% (9)	60,7% (17)	7,1% (2)
After 1 year of treatment N=24	50% (12)	50% (12)	0%	54,2% (13)	37,5% (9)	8,3% (2)
After 2 years of treatment N=22	54,6% (12)	40,9% (9)	1 (4,5%)	63,6% (14)	27,4% (6)	9% (2)

P274 Figure

(95%CI: -15.61 to -4.25; p = 0.002) and Δ%pDLCO: +7.66% (95%CI: -11.67 to -3.65; p <.001). In four of the 12 patients (33%) who required oxygen therapy at the start of treatment, it could be discontinued. At the end of the follow-up period, only 18 of the 28 patients (64.3%) were still undergoing treatment with RTX: one patient died at 6 months, in three cases the treatment was stopped due to adverse events (severe infusional reaction in 1 case and repeated infections in 2), in one patient treatment failed, and in five patients RTX was stopped due to marked clinical improvement. The frequency of adverse events reached 21% of cases.

Conclusions: Based on our results, RTX appears to be effective as rescue therapy in most patients with recurrent or progressive ASSD-ILD unresponsive to conventional treatment. Use of RTX was well tolerated in the majority of patients. RTX may play a therapeutic role in patients with ASSD-ILD, and further clinical investigation is warranted.

P275. HISTORIA DE PÉRDIDAS FETALES ESPONTÁNEAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: RESULTADOS DE UNA CONSULTA PREGESTACIONAL MULTIDISCIPLINAR (REUMATOLOGÍA, GINECOLOGÍA Y NEFROLOGÍA)

Hye Sang Park¹, Berta Magallares López^{1,2,3}, Cristina Sieiro Santos⁴, Helena Marco^{2,5}, Elisa Llorba^{2,6}, Montserrat Díaz^{2,5}, Verónica Coll^{2,5}, Sandra Ros¹, Patricia Moya^{1,2,3}, Jose Luis Tandaipan^{1,2,7}, Cesar Díaz-Torne^{1,2,3}, Conxita Pitarch Grau⁷, Susana P Fernández-Sánchez¹, Ana Laiz^{1,2,3}, Helena Codes¹, Ivan Castellví^{1,2,3} y Héctor Corominas^{1,2,3,7}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Unitat Funcional de Malalties Autoinmunes Sistèmiques. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁵Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona. ⁶Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Introducción: La valoración multidisciplinar preconcepcional y estratificación de riesgo podrían mejorar los resultados del embarazo en las pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Presentamos datos de las consultas conjuntas (Consejo Gestacional en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas) de reumatología, ginecología y nefrología de nuestro centro.

Objetivos: Comparar las comorbilidades clínicas, obstétricas y resultados del embarazo en pacientes con EAS según historia de pérdidas fetales espontáneas.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron un total de 41 pacientes con EAS que atendieron a la consulta multidisciplinar “Consejo Gestacional en EAS” entre 2020-2022. Se recogieron variables relacionadas a las EAS, comorbilidades obstétricas, resultados del embarazo y del parto. Se realizó descripción de la muestra y comparación de grupos según historia de pérdidas fetales espontáneas. Se usó la prueba de Shapiro-Wilk para estudiar la distribución de las variables.

Resultados: Se resumen las características basales y la comparación de las variables en la tabla. Un total de 13 (32%) pacientes tenían historia de pérdida fetal espontánea. Se aconsejó diferir embarazo en el 38,5% de las pacientes con historia de pérdida fetal espontánea mientras que se aconsejó diferir embarazo en el 54,3% de las pacientes sin historia de pérdida fetal espontánea. Las pacientes con historia de pérdidas fetales tenían mayor titulación de anti-DNAs, anticuerpos antifosfolípidos y mayor tiempo desde el último brote de la enfermedad. No se observaron diferencias significativas para resultados adversos del embarazo, actividad de la enfermedad o tratamiento. Se destaca que la distribución de la estratificación de riesgo fue diferente en los dos grupos: se observó mayor proporción de moderado a alto riesgo en los pacientes con historia de pérdida fetal espontánea.

Variables	Con historia de pérdidas fetales (n = 13)	Sin historia de pérdidas fetales (n = 28)	Valor p
Edad a la visita, media ± DE	36,8 ± 4,61	34,4 ± 3,93	0,43
Edad al diagnóstico, media ± DE	8 ± 6,71	6,93 ± 5,5	0,58
Meses desde brote, media ± DE	47 ± 39,45	27 ± 38,59	0,05
Etnia, n (%):			
Caucásicos	11 (84,62)	20 (71,43)	0,37
Hispanicos	1 (7,69)	7 (25)	0,22
Asiáticos	1 (7,69)	1 (3,57)	0,58
Variables serológicas:			
PCR	2,63 ± 2,53	3,74 ± 4,29	0,73
VSG:	22,31 ± 26,77	18,39 ± 14,64	0,84
ANTI-DNA:	61,17 ± 52,46	42,62 ± 52,46	0,04
Anticardiolipina	9 (69,2)	5 (17,86)	0
Ro52	11 (84,62)	5 (17,86)	0
Ro60	1 (7,69)	4 (14,29)	0,5
La	11 (84,62)	4 (14,29)	0,55
Diagnósticos:			
LES	6 (46,15)	13 (46,13)	0,99
SAF	1 (7,69)	1 (3,57)	0,58
Autoinflamatorias	0 (0)	3 (10,71)	0,4
Otras	6 (46,15)	11 (39,28)	0,68
FRCV:			
HTA	0 (0)	2 (7,14)	0,32
DL	0 (0)	1 (3,57)	0,28
Trombosis	1 (7,69)	2 (7,14)	0,67
Historia de tabaquismo	5 (38,46)	2 (7,14)	
Mediana de embarazos previos:			
0	8 (61,54)	16 (57,14)	0,79
1	4 (30,77)	9 (32,14)	
2	1 (7,69)	3 (10,7)	
Tratamiento			
HCQ	3 (23,08)	5 (17,9)	0,39
FAME sintético	4 (30,77)	7 (25)	0,82
FAME biológico	2 (15,38)	9 (32,14)	
Corticoides	7 (53,85)	14 (49,9)	
Complicaciones durante el embarazo:			
Médicas	2 (15,38)	0 (0)	0,24
Obstétricas	0 (0)	3 (10,7)	
Pérdidas fetales tras valoración	1 (7,69)	0 (0)	0,436

Conclusiones: Las pacientes con historia de pérdidas fetales espontáneas presentan mayor demora hasta la visita a la consulta pregestacional, mayor titulación de anti-DNA y anticuerpos antifosfolípidos. No se observó peores resultados en el embarazo o parto.

P276. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: EXPERIENCIA MONOCÉNTRICA

Francisco Javier Nóvoa Medina¹, Beatriz Romero Díaz², Jesús María González Martín³, Doryan José García Olivas¹, Beatriz Tejera Segura¹, Jorge Marrero Brito², Sergio Machín García², Antonio Tugores³ y José Ángel Hernández-Beráin²

¹Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas. ³Unidad de Investigación. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune sistémica heterogénea caracterizada por daño vascular, inflamación y fibrosis de la piel y órganos internos. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es la causa principal de muerte relacionada con la ES.

Objetivos: El objetivo del estudio es relacionar la EPID con diferentes variables relacionadas con la enfermedad, así como con la mortalidad.

Métodos: Se recogieron de manera retrospectiva características demográficas, clínicas, de imagen y de laboratorio de 116 pacientes diagnosticados de ES según los criterios de clasificación ACR/EULAR del 2013 en el servicio de reumatología del CHUIMI de Gran Canaria y que fueron atendidos de manera ambulatoria entre enero del 2019 y diciembre del 2022. Asimismo se incluyeron pacientes que no cumpliendo los criterios de clasificación presentaron una puntuación superior o igual a 7 con capilaroscopia sugestiva de esclerosis sistémica. Se definieron formas de fibrosis pulmonar progresivas siguiendo la definición de la Guía Práctica Clínica de la ATS/ERS/JRS/ALAT. Se ha utilizado el test exacto de Fisher para comprobar la asociación entre variables cualitativas. Se ha utilizado el test de la U de Mann-Whitney para comparar variables numéricas en dos cohortes.

Resultados: Se recogieron los datos de 116 pacientes diagnosticados de ES, el 92,24% eran mujeres, con una media de edad de aparición de la enfermedad a los 45,92 ± 14,09 años (media seguimiento 104,99 ± 90,26 meses). 21 pacientes (17,24%) desarrollaron una EPID (tiempo medio de seguimiento de la EPID de 76,81 ± 64,3 meses). El tiempo medio de aparición entre la ES y la EPID fue de 35,05 ± 67,17 meses. 4 pacientes (19,04%) presentaron una afectación pulmonar en el momento del diagnóstico de la enfermedad y 3 pacientes (14,28%) presentaron un retraso en el diagnóstico de la ES (9, 12 y 36 meses). El 33,33% tenía un patrón de neumonía intersticial usual (NIU) y 47,61% de neumonía intersticial no específica (NINE). Los pacientes con anti U3-RNP presentaron peor FVC al diagnóstico de la EPID con respecto a los no anti U3 RNP. No se encontraron diferencias con respecto a los valores de la DLCO. 5 pacientes (23,80%) presentaron formas no progresivas de la afectación pulmonar (media de seguimiento de 112,2 ± 86,29 meses). Los pacientes con EPID (13,6 vs. 7,4%; p = 0,398), úlceras digitales (70 vs. 30%; p = 0,035) e hipertensión pulmonar (cualquier tipo: 60 vs. 40%; p < 0,001) presentaron una mayor mortalidad. Los pacientes con telangiectasias (66,66 vs. 43,15%; p < 0,05), anti Scl70 (38,09 vs. 16,84%; p = 0,029), anti U3-RNP (23,8 vs. 13,68%; p > 0,05) y pacientes sin anticuerpos (22,7 vs. 2,1%; p = 0,003) presentaron una mayor aparición de EPID. Sin embargo, los anticentromero (4,76 vs. 61,05; p < 0,001) presentaban un papel protector frente a la aparición de EPID.

Conclusiones: En nuestra serie, la presencia de telangiectasias y de determinados anticuerpos así como la ausencia de anticuerpos, se asocian a la aparición de EPID. Los pacientes con EPID, úlceras digitales e hipertensión pulmonar presentaron una mayor mortalidad. Como limitaciones del estudio resaltar que el corto rango temporal empleado así como el carácter retrospectivo, han podido infravalorar

la mortalidad y determinadas características clínicas, analíticas y radiológicas que pudieran asociarse a la presencia de EPID y mortalidad.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y analíticas

	Muestra total (n = 116)	Ssc con EPI (n = 21)
Mujeres, n (%)	106 (91,37%)	20 (95,23%)
Edad al diagnóstico	45,92 ± 14,09 años	
Ssc limitada	77 (66,37%)	10 (47,61%)
Ssc difusa	21 (18,1%)	4 (19,04%)
Overlap	28 (24,13%)	4 (19,04%)
LES	9 (7,75%)	1 (4,76%)
Artritis reumatoide seropositiva	11 (9,48%)	3 (14,28%)
Síndrome de Sjögren	5 (4,31%)	0
Miopatía inflamatoria	4 (3,44%)	1 (4,76%)
Fenómeno de Raynaud	113 (97,41%)	20 (95,23%)
Calcinosis	15 (12,93%)	3 (14,28%)
Úlceras digitales	42 (36,21%)	8 (38,09%)
Artritis	23 (19,83%)	3 (14,28%)
Afectación muscular	3 (2,58%)	1 (4,76%)
Telangiectasias	55 (47,41%)	14 (66,66%)
AMA - M2 positivo	12 (10,34%)	0
Hipertensión pulmonar primaria	8 (6,89%)	
Derrame pericárdico	9 (7,76%)	
Neoplasia	5 (4,31%)	1 (4,76%)
Mortalidad	10 (8,54%)	3 (13,6%)
Patrón NIU		2 (66,66%)
Patrón NINE		1 (33,33%)
FVC inicial (ml)		2363 +/- 682,57
DLCOc/VA inicial (mmol/min/kPa/L)		1077 +/- 263,18
Anticuerpos		
Anticentromero	59 (50,86%)	1 (4,76%)
Anti-Scl70	24 (20,68%)	8 (38,09%)
Anti-U3-RNP	18 (15,51%)	5 (23,8%)
Anti-RNA-polimerasa III	4 (3,41%)	1 (4,76%)
Anti-PM-Scl 100	9 (7,76%)	0
Anti PM-Scl 75	3 (2,59%)	1 (4,76%)
Anti-Th/T0	1 (0,86%)	0
Anti-NOR90	1 (0,86%)	0
Antifibrilarina	1 (0,85%)	0
No anticuerpos	7 (6,03%)	5 (22,7%)
Más de un anticuerpo	11 (9,48%)	0

Tabla 2. Relación FVC inicial en anti U3-RNP con mortalidad

FVC inicial (ml)	No anti U3-RNP	Sí anti U3-RNP	p
n	16	4	0,005
Media	2.525,33	1.712,5	
Desviación típica	667,83	124,47	
Mínimo	1.740	1.590	
P25	2.095	1.627,5	
P50 - mediana	2.275	1.695	
P75	2.922,5	1.780	
Máximo	3.650	1.870	
Test de normalidad Shapiro-Wilk	0,024	0,751	

P277. MICOFENOLATO DE MOFETILO VS. RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Carlota Navarro Joven, María Alonso de Francisco, Pablo Navarro Palomo, María Machatou, Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, Olga Rusinovich, Mónica Fernández Castro, Hildegarda Godoy Tundidor, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Carlos Isasi Zaragoza, José Luis Andreu Sánchez y José Campos Esteban

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Comparar el uso de micofenolato de mofetilo (MFM) y rituximab (RTX) en práctica clínica habitual como tratamiento de la

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

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

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

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

Viernes 12 de mayo de 2023

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

Ana Sendra García¹, P. Llopis Salvia¹, M. Hermenegildo Caudevilla¹, M. Aguilar Zamora³, L. Montolio Chiva³, A.V. Orenes Vera³, I. Vázquez Gómez³, A. Martínez Ferrer³, E. Valls Pascual³, D. Ybáñez García³, V. Núñez Monje^{2,3}, I. Torner Hernández³, J.J. Alegre Sancho³ y M. Climente Martí¹

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

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

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

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

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

Evolución de la adherencia según método de medida

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

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

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

Mariela del Carmen Uyaguari Morocho¹, Marta Novella-Navarro¹, Mariana Díaz-Almirón², Diana Peiteado¹, Laura Nuño¹, Chamaida Plasencia¹ y Alejandro Balsa¹

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

²Departamento de Bioestadística. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 1. Características basales de los pacientes tratados con iJAK

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

Tabla 2. EA cardiovasculares observados

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

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

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

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

María José Moreno Martínez¹, Jenaro Graña Gil² y María del Carmen Carrasco Cubero³

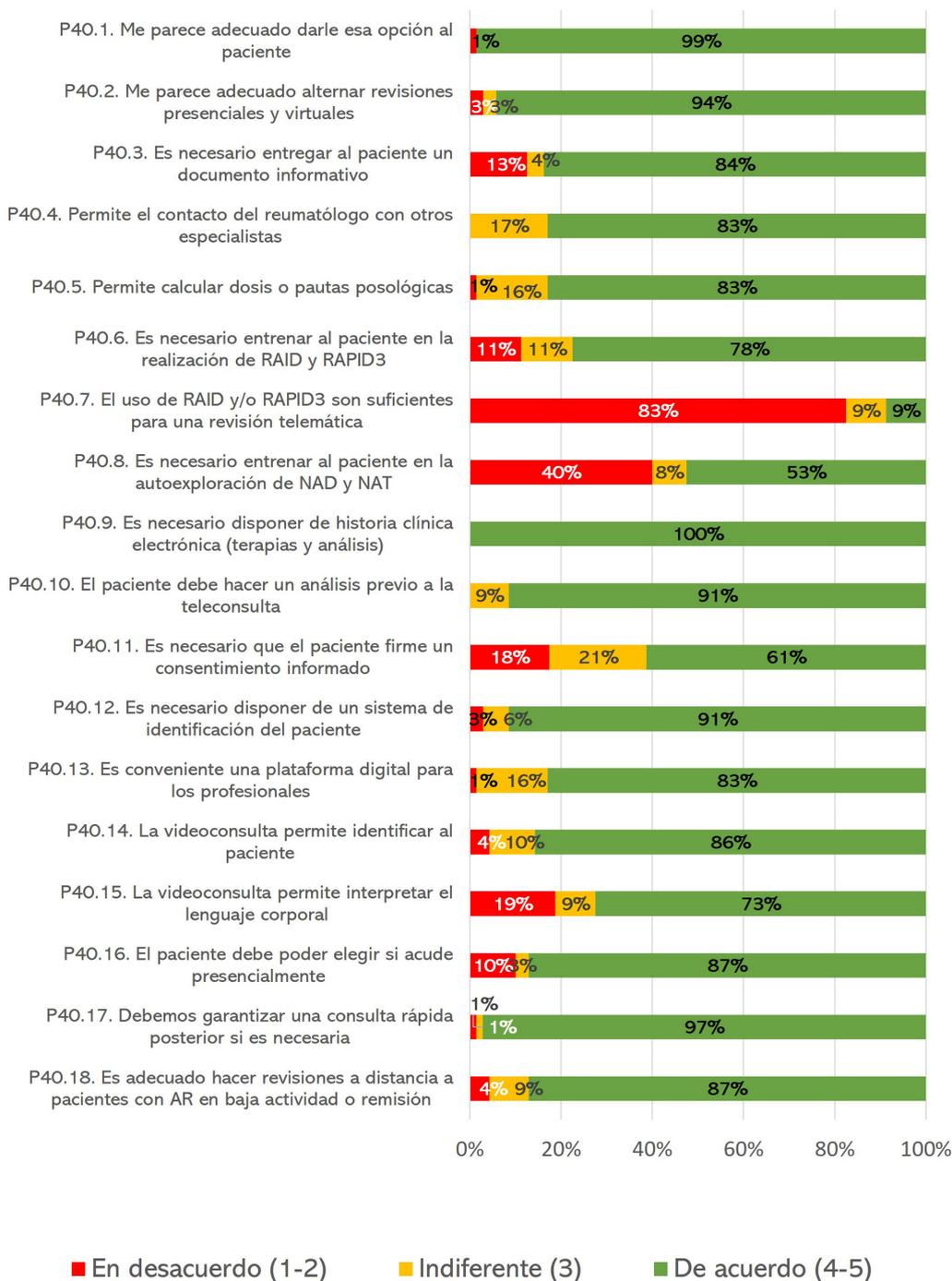
¹Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Hospital Universitario de A Coruña. ³Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Badajoz.

Introducción: Existe un interés creciente¹ en el potencial de la telemedicina como un medio alternativo de seguimiento eficaz en

VARIABLES	N	% Desacuerdo (1-2)	% Indiferente (3)	% De Acuerdo (4-5)	Mediana	SD	LI-IC	LS-IC	Mediana	P25	P75
P40. Algunos de los pacientes con artritis reumatoide podrían beneficiarse de una consulta de Telemedicina	80	5.0%	7.5%	87.5%	4.18	0.82	3.99	4.36	4	4	5
P40.1. Telemedicina en AR: Me parece adecuado darle esa opción al paciente	70	1.4%	0.0%	98.6%	4.39	0.57	4.25	4.52	4	4	5
P40.2. Telemedicina en AR: Me parece adecuado alternar revisiones presenciales y virtuales	70	2.9%	2.9%	94.3%	4.34	0.74	4.17	4.52	4	4	5
P40.3. Telemedicina en AR: Es necesario entregar al paciente un documento informativo	70	7.1%	18.6%	74.3%	3.99	0.99	3.75	4.22	4	3	5
P40.4. Telemedicina en AR: Permite el contacto del reumatólogo con otros especialistas	70	0.0%	17.1%	82.9%	4.24	0.73	4.07	4.42	4	4	5
P40.5. Telemedicina en AR: Permite calcular dosis o pautas posológicas	70	1.4%	15.7%	82.9%	4.23	0.76	4.05	4.41	4	4	5
P40.6. Telemedicina en AR: Es necesario entrenar al paciente en la realización de RAID y RAPID3	70	10.0%	17.1%	72.9%	3.94	0.99	3.71	4.18	4	3	5
P40.7. Telemedicina en AR: El uso de RAID y/o RAPID3 son suficientes para una revisión telemática	70	47.1%	25.7%	27.1%	2.79	1.05	2.54	3.04	3	2	4
P40.8. Telemedicina en AR: Es necesario entrenar al paciente en la autoexploración de NIAD y NAT	70	40.0%	18.6%	41.4%	3.09	1.25	2.79	3.38	3	2	4
P40.9. Telemedicina en AR: Es necesario disponer de H ² Gin electrónica (terapias y análisis)	70	0.0%	0.0%	100.0%	4.66	0.48	4.54	4.77	5	4	5
P40.10. Telemedicina en AR: El paciente debe hacer un análisis previo a la teleconsulta	70	0.0%	8.6%	91.4%	4.43	0.65	4.27	4.58	5	4	5
P40.11. Telemedicina en AR: Es necesario que el paciente firme un consentimiento informado	70	20.0%	30.0%	50.0%	3.46	1.19	3.17	3.74	3.5	3	4
P40.12. Telemedicina en AR: Es necesario disponer de un sistema de identificación del paciente	70	2.9%	5.7%	91.4%	4.37	0.73	4.2	4.54	4	4	5
P40.13. Telemedicina en AR: Es conveniente una plataforma digital para los PROs	70	1.4%	15.7%	82.9%	4.23	0.82	4.03	4.42	4	4	5
P40.14. Telemedicina en AR: La videoconsulta permite identificar al paciente	70	4.3%	10.0%	85.7%	4.26	0.86	4.05	4.46	4	4	5
P40.15. Telemedicina en AR: La videoconsulta permite interpretar el lenguaje corporal	70	14.3%	15.7%	70.0%	3.84	1.04	3.59	4.09	4	3	5
P40.16. Telemedicina en AR: El paciente debe	70	10.0%	2.9%	87.1%	4.29	1.07	4.03	4.54	5	4	5

P281 Figura 1

La aplicación de la telemedicina en artritis reumatoide...



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

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

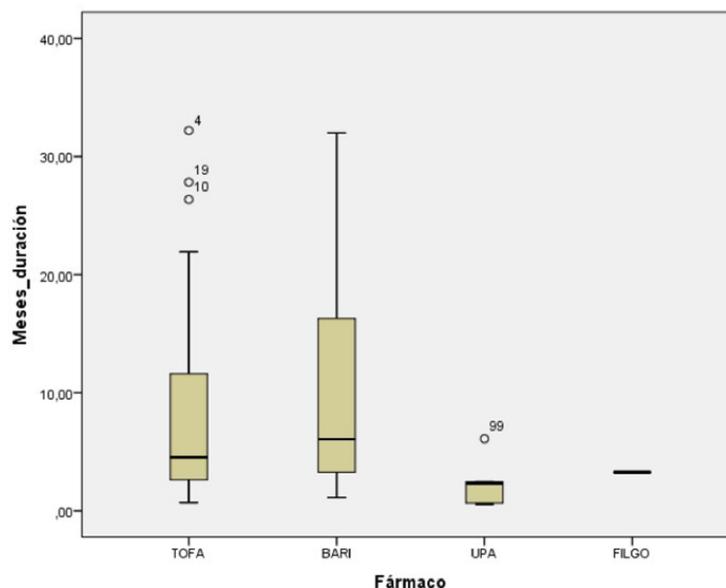
Objetivos: Evaluar en práctica clínica real los EA de los JAKinibs en una cohorte de pacientes con AR y SpA. Además, se analiza la adherencia a los mismos y motivos de suspensión (fallo 1º o 2º, EA).

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

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

Tabla P282

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



Meses de duración con cada fármaco.

Tabla cruzada PERMANENCIA_6meses*Fármaco

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

Permanencia a los 6 meses.

Tabla cruzada PERMANENCIA_12meses*Fármaco

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

Permanencia a los 12 meses.

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

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

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

P283. APLICABILIDAD DE LA TELECONSULTA EN REUMATOLOGÍA

Carmen Carrasco Cubero¹, Jenaro Graña Gil² y M^a José Moreno Martínez³

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

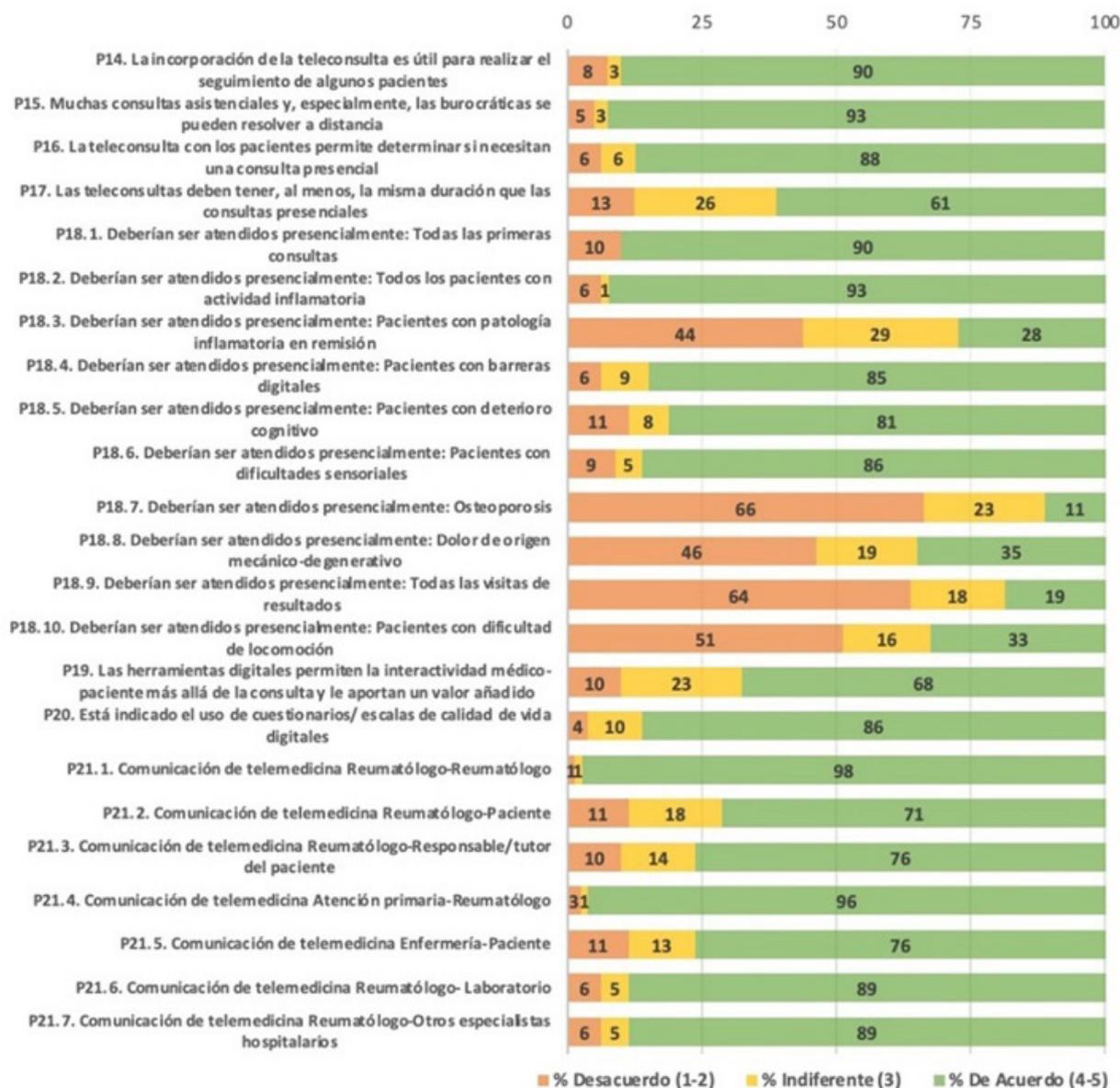
Introducción: La pandemia por COVID-19 ha acelerado la digitalización de muchos de los aspectos de la sociedad, incluyendo la asistencia médica, ya que ha sido necesario recurrir a la tecnología para poder atender a los pacientes de una forma segura¹. La telemedicina es el uso de las telecomunicaciones para ofrecer servicios e información relacionados con la salud tanto en la atención al paciente, la relación entre clínicos y las actividades administrativas, como en la formación/educación en salud para médicos y pacientes. La teleconsulta (TC), como parte de la telemedicina, consiste en establecer una interacción entre el médico y el paciente de manera telemática².

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

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

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

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



Teleconsulta en reumatología. Porcentaje de acuerdo por variable.

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

Tabla de variables según grado de acuerdo.

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

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

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

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

P284. PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA EN ARTRITIS REUMATOIDE

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

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

M. Rusiñol González¹, E. Graell Martín¹, J.F. Delgado de la Poza², Berenguer Llergo³, A.D. Gómez Centeno¹, M. García Manrique de Lara¹, S. García Cirera¹, E. Costa Moya¹, A. Llobell Uriel, A García Pinilla¹, J. Calvet Fontova¹ y J. Gratacós Masmitjà¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

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

Antecedentes. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune y sistémica, que presenta una evolución heterogénea entre los pacientes que la padecen. Identificar biomarcadores de dicha evolución es una necesidad no cubierta en la AR. Recientemente, mediante un test de ELISA que usa péptidos del epítipo compartido con las argininas conservadas (EC-R) o citrulinadas (EC-Cit) y con las lisinas carbamiladas (EC-Car), hemos demostrado la existencia de anticuerpos (Ac) contra el epítipo compartido (EC) en la AR¹. El trabajo actual, estudia la asociación entre la presencia de dichos Ac y la evolución de los pacientes.

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

Método. Pacientes atendidos en las consultas externas de nuestro centro, que cumplan criterios ACR-EULAR 2010. Realizamos un test ELISA propio utilizando una secuencia peptídica de 15 aminoácidos de las posiciones 65-79 del HLA-DRB1 que contienen las 3 secuencias diferentes del EC (esto es QKRAA, QRRAA y RRRRAA), el EC-R, Cit y Car, sintetizados en forma lineal y cíclica. El corte de positividad se estableció en el punto que obtuvo una especificidad del 90% utilizando una curva ROC obtenida de donantes sanos y AR¹. El polimorfismo del HLA-DRB1 se analizó a través de un kit de tipificación de oligonucleótidos específicos de dicho gen. De manera retrospectiva se recogieron de la historia clínica: edad, sexo, tabaquismo, edad de inicio enfermedad, tiempo de demora hasta el inicio del tratamiento, tiempo de evolución de la enfermedad, estatus del FR y anti-CCP, la presencia de erosiones (sí/no), la afectación extrarticular (nódulos reumatoides, Sjögren, prótesis articulares, afectación columna cervical, afectación pulmonar (EPID), pericarditis) y tratamientos. Para el análisis de asociación, además del FR, del anti-CCP y de los resultados de cada uno de los ELISA aislados, se crearon nuevas categorías agrupando las formas lineales y cicladas de cada secuencia. Asimismo se estratificó a los pacientes según la dificultad de respuesta al tratamiento como: AR glucocorticoides solo, AR FAME clásico, AR primer biológico/JAKi, AR difíciles de tratar (2 biológicos/JAKi) y AR muy difíciles de tratar (≥ 3 biológicos/JAKi). Las asociaciones entre pares de variables fueron evaluadas con métodos no paramétricos, mediante el test exacto de Fisher (variables categóricas), correlación de Spearman (continuas) o el test de Mann-Whitney (variable continua vs. binaria).

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Beatriz Rodríguez Lozano¹, Antonio Naranjo Hernández², Jerián González Febles³, Jorge L. Garnier Rodríguez⁴, Federico Díaz González¹ y Sagrario Bustabad Reyes¹

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y la enfermedad periodontal (EP) son dos enfermedades inflamatorias crónicas que cursan con pérdida ósea, tanto yuxtaarticular y generalizada como localizada en el hueso alveolar, respectivamente, con mecanismos patogénicos que implican a los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) y relacionadas genéticamente ambas con el epítipo compartido HLA-DRB1. Los ACPA se han asociado a mayor riesgo de daño estructural en la AR. Se ha descrito¹ una asociación entre destrucción ósea en muñeca y pérdida ósea alveolar, y también entre actividad de la AR y severidad de la EP^{2,3}, aunque no están bien establecidas debido, entre otras causas, a la falta de estandarización metodológica de los diversos estudios.

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

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) del Serv. de Reumatología de un hospital de 3^{er} nivel, Código aprobación CEIC 2015_06. Se recogieron variables sociodemográficas y antropométricas habituales, tabaquismo, tratamiento esteroideo actual y pasado, DAS28 (VSG) e índice radiológico de Sharp modificado por Van der Heijden (IRx S/V)⁴. Entre los parámetros periodontales recogidos por 2 periodoncistas con variabilidad interobservador < 30%: índice placa (IP), sangrado sondaje (IS), profundidad sondaje (PS), nivel de inserción clínico (NIC) pérdida dental y Rx periapical a boca completa. Se categorizó nivel EP según Tonetti⁵: nivel 0 (ausencia), N 1 (leve), N2 (moderada), N3 (avanzada), N4 (avanzada con gran pérdida de función). Análisis estadístico: descriptivo, ANOVA unidireccional, Kruskal-Wallis, correlación de Pearson Paquete estadístico SPSS 25.0.

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Belén Atienza-Mateo¹, Ana Serrano-Combarro¹, Libe Ibarrola Paino², Ivette Casafont-Solé³, Rafael B. Melero-Gonzalez⁴, Isabel Serrano-García⁵, Esther F. Vicente-Rabareda⁶, Jerusalem Calvo Gutiérrez⁷, Natalia Mena Vázquez⁸, Nuria Vegas-Revenge⁹, Lucía Domínguez-Casas¹⁰, Jesús Loarce Martos¹¹, Cilia Amparo Peralta Ginés¹², Carolina Díez Morrondo¹³, Lorena Pérez Albaladejo¹⁴, Rubén López Sánchez¹⁵, M^a Guadalupe Mazano Canabal¹⁶, Anahy M^a Brandy-García¹⁷, Patricia López Viejo¹⁸, Gema Bonilla¹⁹, Olga Maiz-Alonso²⁰, Carmen Carrasco-Cubero²¹, Marta Garijo Bufort²², Mireia Moreno²³, Ana Urruticoechea-Arana²⁴, Sergio Ordóñez-Palau²⁵, Carmen González-Montagut²⁶, Emilio Giner Serret²⁷, Juan Ramon de Dios Jiménez de Aberasturi²⁸, Fernando Lozano Morillo²⁹, Tomás Vázquez Rodríguez³⁰, Patricia Carreira-Delgado³¹, Juan María Blanco Madrigal³², Belén Miguel Ibáñez³³, Marina Rodríguez López³⁴, Carlos Fernández-Díaz³⁵, Javier Loricera¹, Iván Ferraz-Amaro³⁶, Diego Ferrer³⁷ y Ricardo Blanco¹ en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a Artritis Reumatoide

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

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

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

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

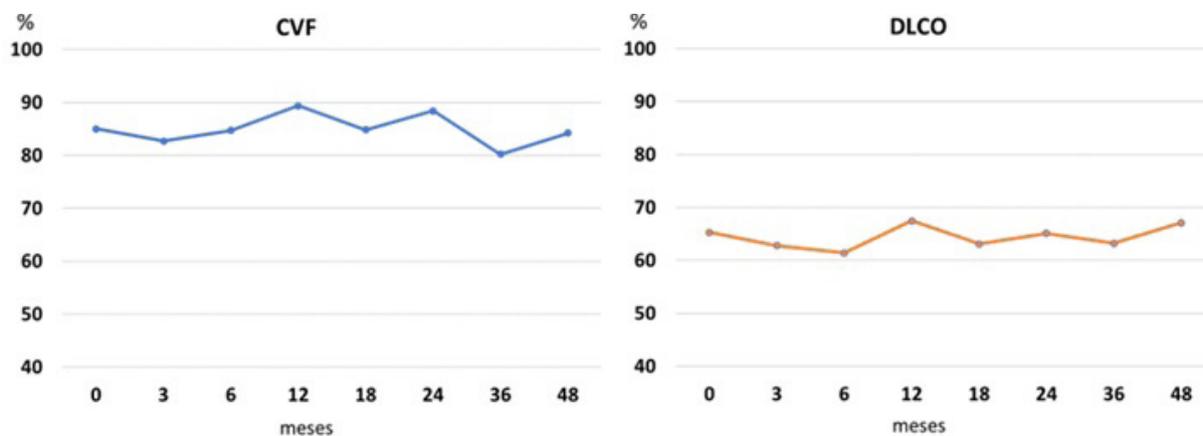
Resultados: Se incluyeron un total de 191 pacientes con NIU (100 mujeres/91 hombres; edad media de 67,6 ± 9,9 años). Las características demográficas y clínicas basales se muestran en la tabla. La mediana de la duración de la EPI hasta el inicio del ABA fue relativamente corta, con una mediana [RIC]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

Principales características generales al inicio del estudio

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

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

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



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

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

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

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

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

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

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

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

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

Table P288

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

	Total (n = 105)	TOFA (n = 34)	BARI (n = 41)	UPA (n = 24)	FILGO (n = 6) [CdS1]
Demographic characteristics					
Age (mean ± Sd)	57.8 ± 11.3	57.2 ± 11.7	57.1 ± 11.3	59 ± 12.2	61.3 ± 4.3
Sex (female)	91 (86%)	31 (91%)	34 (82%)	21 (87%)	5 (83%)
BMI (Median, IQR)	24 (22-29)	26 (23-29)	24 (21-29)	24 (22-31)	26 (21-28)
Comorbidities					
Diabetes	15 (14%)	5 (14%)	5 (12%)	5 (21%)	0 (0%)
Arterial Hypertension	27 (25%)	8 (23%)	11 (26.8)	7 (29%)	1 (16%)
Active smoker	22 (21%)	7 (20%)	10 (24%)	4 (17%)	1 (17%)
Isquemic cardiopathy	4 (3.8%)	0 (0%)	3 (7%)	1 (4.2%)	0 (0%)
Previous thromboembolism	2 (2%)	1 (2.9%)	0 (0%)	1 (4.2%)	0 (0%)
Dyslipidemia	51 (48%)	14 (41%)	23 (56)	11 (46%)	3 (50%)
Treatment					
Monotherapy	26 (25%)	3 (9%)	11 (27%)	9 (37%)	3 (50%)
b/ts DMARD naïve	23 (22%)	8 (23%)	9 (22%)	5 (21%)	1 (18%)
Prior b/tsDMARD use:					
1 prior b/tsDMARD	29 (28%)	9 (26%)	12 (29.5%)	6 (25%)	2 (33%)
2 prior b/tsDMARD	25 (24%)	9 (26%)	10 (24%)	4 (17%)	2 (33%)
3 prior b/tsDMARD	11 (10%)	3 (9%)	4 (10%)	3 (13%)	1 (17%)
≥ 4 prior b/tsDMARD	17 (16%)	7 (21%)	6 (15%)	4 (17%)	0 (0%)
Previous JAKi use	8 (7%)	1 (3%)	1 (2.4%)	5 (21%)	1 (17%)

Table P288

Table 2. Comparison of clinical parameters

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

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

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

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

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

Janire Malave Calzada¹, A. Gallardo Pizarro², M.A. Gantes Pedraza¹, N. Lucas Collado¹ y M.A. Abad Hernández¹

¹Reumatología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. ²Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

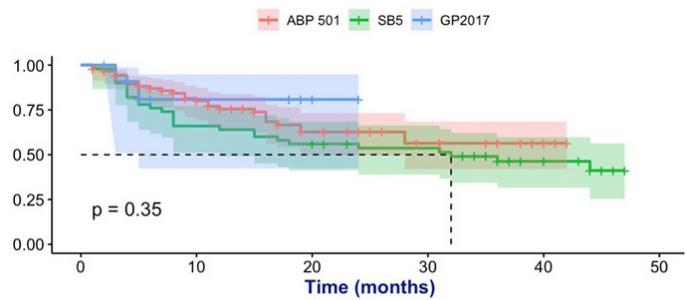
Introducción: Un biosimilar (BS) es un medicamento biológico equivalente en calidad, eficacia y seguridad con respecto al fármaco biológico original. Debido al menor coste económico que conlleva, se ha incrementado tanto el uso de BS de inicio (*naïve*) como el intercambio (*switch*) con el biológico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

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

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

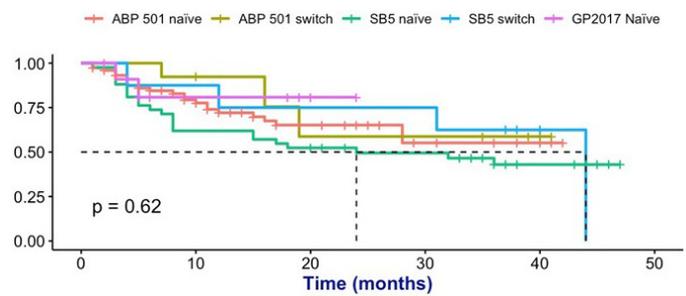
similar entre los distintos BS utilizados (fig. 1). Tampoco se observaron diferencias al estratificar en *naïve* y *switch* (fig. 2). Los niveles elevados de PCR tras el inicio del BS (*hazard ratio* [HR] 1,04; intervalo de confianza [IC] del 95% 1,01-1,06); así como el tratamiento combinado con MTX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

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



87	57	29	17	6	0
50	33	28	23	12	0
13	5	3	0	0	0

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



74	45	22	10	4	0
42	26	22	17	9	0
13	5	3	0	0	0

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

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

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

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

Complex Hospitalari Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

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

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que en algún momento de su seguimiento han cumplido la definición EULAR de AR D2T¹. Se revisó el registro de pacientes con AR en tratamiento con FAME biológico (FAMEb) o fármacos sintéticos dirigidos (ts), de los últimos diez años. El primer filtro de selección para identificar los casos fue si habían precisado dos o más tratamientos con diferente mecanismo de acción. Si el paciente había recibido dos mecanismos de acción, se incluía siempre y cuando llevase más de 6 meses con la terapia actual y cumpliera con la definición de AR D2T. Este grupo se comparó, emparejando 1:1 por edad y sexo, con pacientes con AR que no cumplían la definición de D2T (AR no-D2T).

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

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

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

Tabla 1. Características generales

Datos demográficos	AR D2T N = 44	Controles N=39
Sexo femenino, n (%)	38 (86,4)	34 (87,3)
Edad al diagnóstico, años (DE)	42,1 (DE 15,8)	46 (DE 14,4)
Fumador n, (%)	10 (22,7)	5 (12,84)
Exfumador n, (%)	5 (11,4)	4 (10,5)
Nunca fumador n, (%)	29 (65,9)	22 (56,4)
Comorbilidades que condicionan la elección del tratamiento ^a	10 (22,7)	12 (30,8)
Fibromialgia n, (%)	9 (20,45)	11 (28,2)
FAMEc, previo a FAMEb o ts		
Metotrexato, n (%)	42 (95,5)	38 (97,4)
Leflunomida, n (%)	38 (86,4) **	21 (53,9)
Hidroxicloroquina, n (%)	27 (61,4)	16 (41,0)
Salazopirina, n (%)	5 (11,4)	7 (18,0)
Terapia combinanda (2 o más FAMEc), n (%)	19 (43,2)	
Motivo de suspender FAMEc o escalar a FAMEb o ts		
Efectos secundarios FAMEc, n (%)	12 (27,3)	15 (38,5)
Efectividad, n (%)	16 (36,4)	20 (51,3)
Otros, n (%)	16 (36,4)	4 (10,3)

^a obesidad, diabetes mellitus, eventos cardiovasculares, infecciones crónicas o recurrentes, neoplasias
** p<0,05

Tabla 2. Odds ratio de características de AR

Características Artritis Reumatoide	AR D2T N = 44	Controles N=39	OR
Seropositiva, n (%)	40 (90,9)	27 (69,2)	4,81 [1,41-16,34]
Erosiva, n (%)	9 (79,5)	12 (30,8)	0,66 [0,22-1,63]
Nodular, n (%)	7 (15,9)	4 (10,3)	1,79 [0,49-6,66]
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	5 (11,4)	3 (7,7)	1,54 [0,34-6,90]

Tabla 3. Tratamiento actual y datos de última visita. AR D2T vs AR no-D2T

Tratamiento actual:	AR D2T N=44	AR no-D2T N=39
Inhibidor IL-6, n (%)	12 (27,3)	4 (10,3)
Inhibidores jak, n (%)	11 (25)	2 (5,1)
Abatacept, n (%)	7 (15,9%)	3 (7,7)
Rituximab, n (%)	7 (15,9%)	1 (2,6)
Anti-TNF, n (%)	6 (13,6)	27 (69,23)
Monoterapia, n (%)	21 (47,7)	15 (38,5)
Supervivencia, meses, mediana [RIQ 25-75%]	27,5 [12-60]	32 [13-90]
Dosis actual de GLC, media (DE)	6,4 (3,9)	5,8 (2,5)*
DAS28	3,60 (1,49)	2,91 (1,04)

*(p=0,05)

P290 Figura 3

BIBLIOGRAFÍA

1. Nagy G, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2021;80(1):31-35.

P291. UTILIDAD DE RAPID3 PARA EL CONTROL A DISTANCIA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

Antonio Domingo Gómez Centeno, Eduard Graell Martín, María García Manrique de Lara, Artur Llobell Uriel y Jordi Gratacós Masmitjà

Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell.

Introducción: Las estrategias T2T requieren evaluaciones frecuentes in situ de la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, esta frecuencia puede no ser necesaria en pacientes en un estado estable de baja actividad de la enfermedad, pudiendo en estos casos realizar esta evaluación de forma no presencial telemática. El RAPID3 es una herramienta confiable para detectar tales estados en grupos, pero no se ha probado para reducir la frecuencia de las evaluaciones presenciales en la atención de pacientes individuales. En nuestro centro, los pacientes completan el cuestionario antes de la consulta, y los resultados se evalúan antes de la visita. Nos centramos en el estado de baja actividad de la enfermedad, estudiamos retrospectivamente las características del RAPID3 y su concordancia con el DAS28, SDAI y CDAI en nuestra base de datos de atención rutinaria a los pacientes.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre el RAPID3 y DAS28, SDAI y CDAI en pacientes con AR, centrándonos en las categorías de baja actividad de la enfermedad que permitieran una evaluación telemática a distancia.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo con datos clínicos disponibles recopilados como parte de la atención habitual del registro médico en la historia clínica. El conjunto de datos comprendía evaluaciones RAPID3 seguidas de DAS28, SDAI y CDAI realizados el mismo día de la visita entre junio de 2020 y marzo de 2022. Dividimos las categorías de actividad de la enfermedad para RAPID3 y DAS28, SDAI y CDAI baja actividad (BA) que comprendía las puntuaciones de remisión y baja actividad y alta actividad (AA) que comprendía actividad moderada y alta actividad de la enfermedad. Se utilizaron los valores de corte habituales para cada uno de los índices, calculamos las características y la concordancia de la prueba (kappa de Cohen).

Resultados: Se realizaron un total de 771 mediciones combinadas de RAPID3, DAS28, SDAI y CDAI en 267 pacientes únicos, 78% mujeres con una edad media de 59 ± 14 años y una media de duración de la enfermedad de 13 ± 15 meses. En total 285 (37%) de las mediciones de RAPID3 se clasificaron como remisión o baja actividad. La sensibilidad (S) para detectar baja actividad de la enfermedad fue de 0,55 con una especificidad (E) del 0,90 y un valor predictivo positivo (VPP) de 0,89 respecto al DAS28; una S: 0,5; E: 0,97 y VPP: 0,97 respecto al SDAI y una S: 0,5; E: 0,97 y VPP:0,97 respecto al CDAI.

Conclusiones: Este estudio demuestra que cuando RAPID3 clasifica a un paciente en un estado de remisión o baja actividad de la enfermedad, su precisión es > 95%. Teniendo en cuenta los datos de este estudio, hasta el 37% de las consultas de control se podrían realizarse de forma no presencial sin perjuicio alguno para el paciente tras un cribado previo utilizando RAPID3.

P292. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA 6 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN FUNCIÓN DE SI SE ENCONTRABAN EN MONOTERAPIA O EN TRATAMIENTO COMBINADO CON FAMES Y/O CORTICOIDES

Inés María Fernández-Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández, P. Muñoz Reinoso, J.L. Rodas Flores, E. Fernández Panadero y J.J. Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Aunque los fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad (FAMES) han sido la piedra angular del tratamiento de la artritis reumatoide (AR), el empleo de terapias biológicas en los primeros 12 meses se ha asociado con mejores tasas de remisión de la enfermedad¹. Dosis inferiores a las aprobadas en ficha técnica han mostrado eficacia para el mantenimiento de la remisión en la AR².

Objetivos: Analizar el tiempo de retención tras la optimización de los inhibidores de la interleucina 6 (IL6), tocilizumab (TCZ) y sarilumab (SRL), en una cohorte de pacientes con AR en la práctica clínica habitual de un hospital de tercer nivel en función de la molécula y si se encontraban en monoterapia o terapia combinada con FAMES y/o corticoide.

Método: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con AR tratados con IL6 en el servicio de Reumatología del H.U.V.M. entre enero de 2005 y julio de 2022. El principal desenlace es el tiempo hasta la recaída, definida como un incremento del DAS28 comparado con el del inicio de la optimización en cualquier evaluación después de optimizar y/o necesidad del incremento de dosis o frecuencia del tratamiento. Para el análisis se ha utilizado el software estadístico R versión 4.2.2.

Resultados: De los 97 pacientes con AR tratados con IL6, 74 (76,29%) tenían TCZ, 56 (75,7%) optimizaron la dosis y 26 cambiaron iv a sc, sin cambios en resultados de efectividad. De SRL (23), 6 optimizaron la dosis (26,1%); al realizar la comparación TCZ vs. SRL la diferencia fue estadísticamente significativa (p = 0,00001). La media de tiempo de retención en pacientes optimizados fue de 64,38 (37,26) meses (IC95% 54,83, 73,92). En la tabla 1 se observan los índices de actividad de los pacientes al finalizar el estudio en función de si continuaban optimizados. En la imagen 1 se muestran las curvas de supervivencia de TCZ vs. SRL durante la optimización, existiendo diferencias significativas (p = 0,0003). En la tabla 2 se dan los estadísticos muestrales del análisis de supervivencia; la media está res-

tringida a un límite superior de 4140 días, tiempo del periodo de estudio, estando optimizados un 50% al finalizarlo. No obstante, hay que tener presente el pequeño tamaño muestral de SRL. En la figura 2 se aprecian las curvas de supervivencia durante la optimización

en función del tratamiento (p = 0,6). En la tabla 3 se observan los estadísticos muestrales, siendo mayor el porcentaje de optimizados con FAMES y corticoides (57,1%), no existiendo diferencias significativas.

Tabla 1

	Media (DE)	Remisión, 1,5 (0,55) *	Baja actividad, 2,9 (0,22)	Moderada actividad, 3,8 (0,45)	Alta actividad, 6,2	Total
Final OPT (DAS28)		32 (57,2%)	5 (8,9%)	18 (32,1%)	1 (1,8%)	56
Continúa optimizado	Sí	28 (93%)	2 (7%)	0	0	30
	No	4 (16%)	3 (12%)	18 (69%)	1 (3%)	26

*Existen 6 datos faltantes de los 62 pacientes optimizados en la columna de remisión.

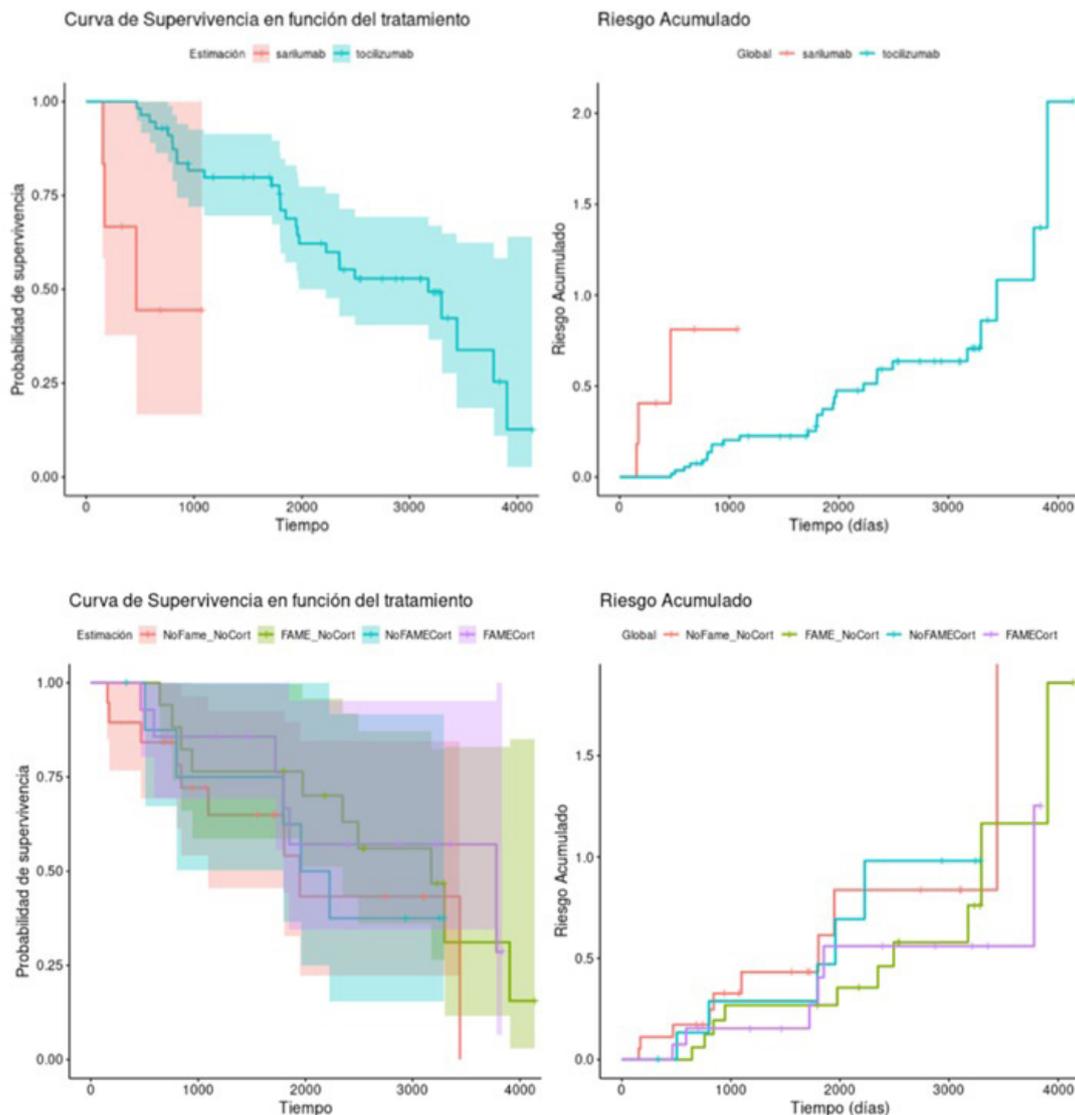
Tabla 2

Fármaco/Estadístico	Casos (n)	Recaída durante la OPT	% opt	Media restringida	DE	Mediana	0,95 LCL*	0,95 UCL*
SRL o TCZ	62	31	50	2.568	185	3.173	1.958	NA
SRL	6	3	50	1.997	852	464	170	NA
TCZ	56	28	50	2.675	183	3173	1.975	NA

*Upper and lower limits of the 95% confidence interval surrounding the median value.

Tabla 3

Combinación\Estadístico	Casos(n)	% casos	Recaída durante la OPT	% opt.	Media restringida	DE	Mediana	0,95 LCL	0,95 UCL
Solo biológico	19	32,2	9	52,6	2.115	333	1.947	1.096	NA
Biológico y FAMES	17	28,8	10	41,2	2.716	315	3.173	2.347	NA
Biológico y corticoides	9	15,3	5	44,4	2.462	497	2.092	1.792	NA
Biológico, FAMES y corticoides	14	23,7	6	57,1	2.849	394	3.780	1.798	NA
Total	59	100,0	30	49,2					



Conclusiones: En nuestra serie, la reducción de dosis de TCZ y en SRL ha demostrado ser efectiva en el 50% de los pacientes en remisión, incluso cuando cambian de iv a sc. Del total de pacientes optimizados, el 67,8% estaban en terapia combinada. Dado que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las curvas de supervivencia en función del tratamiento recibido, sería necesario realizar más estudios para afirmar la necesidad de mantener un tratamiento combinado en pacientes en los que se ha alcanzado la optimización con TCZ.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mena-Vázquez N, *et al.* Analysis of effectiveness, safety and optimization of tocilizumab in a cohort of patients with rheumatoid arthritis in clinical practice. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2019;15(1): 21-6.
2. Maneiro JR, *et al.* Observational study of optimization of biologic therapies in rheumatoid arthritis: a single-centre experience. *Rheumatol Int*. 2014;34(8):1059-1063.

P293. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JAK MEDIANTE ESTIMACIÓN CLÁSICA Y ECOGRAFÍA CAROTÍDEA

Cristina Campos Fernández¹, Pablo Martínez Calabuig^{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: El riesgo cardiovascular (RCV) en los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) es mayor que la población general. Los inhibidores de JAK están indicados en el tratamiento de la AR. Algunos estudios sugieren un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en pacientes tratados con inhibidores de JAK, en comparación con los tratados con TNF-alfa. A raíz de estos resultados, la EMA ha evaluado el posible impacto de estos problemas de seguridad en el balance riesgo/beneficio de los inhibidores de JAK y ha emitido unas recomendaciones en cuanto a su uso.

Objetivos: Evaluación del RCV en pacientes con AR tratados con inhibidores de JAK, valorando los factores de RCV clásico y realizando una estimación del RCV mediante la utilización del SCORE ajustado con Ecografía carotídea para valorar la presencia de alteraciones en la pared vascular.

Métodos: Estudio observacional, analítico, ambispectivo. Se incluyeron pacientes con AR en tratamiento con inhibidores de JAK (con un mínimo de 6 meses de tratamiento), desde enero de 2018, hasta diciembre de 2022. En la visita inicial y única, obtendremos las variables clínicas, analíticas, constantes y valoración del RCV mediante SCORE y ecografía carotídea. El estudio de ecografía carotídea incluye la medición del grosor íntima-media (GIM), la presencia de placas, localización y número. De la historia clínica se recogerán las variables realizadas en el momento de iniciar el tratamiento (clínicas, analíticas y valoración del RCV mediante SCORE).

Resultados: Se han incluido 60 pacientes con AR (53 mujeres y 7 hombres), con una media de edad de 57,25 años (27-76), tratados con inhibidores de JAK (9 con tofacitinib, 26 con baricitinib y 25 con upadacitinib). La media de años de evolución de la AR es de 10,86 años (3-30). De los 60 pacientes, 38 tienen una AR seropositiva. En cuanto a la presencia de factores de riesgo cardiovascular: 20 tienen HTA, 8 diabetes mellitus, 29 dislipemia, 13 son fumadores activos y 3 exfumadores. Los pacientes tenían un DAS-VSG medio de 4,28 en el momento de iniciar el tratamiento con JAKi, y en el momento de la inclusión en el estudio de 2,60. De los 60 pacientes, 20 habían recibido terapia biológica previamente. Las puntuaciones del SCORE han sido: bajo en 2 pacientes (3,3%), moderado en 53

(88,3%), alto en 4 (6,6%) y muy alto en 1 (1,6%). Respecto a la valoración mediante ecografía carotídea, la media del GIM derecho ha sido de 0,65 mm y del GIM izquierdo de 0,69 mm. Tres pacientes tienen un GIM > 0,9 mm. Se han encontrado placas en carótida en 18 pacientes, siendo bilaterales en 8 casos. Ninguno de los pacientes ha presentado un MACE.

Conclusiones: Los inhibidores de JAK son fármacos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la AR, pero los datos de algunos estudios sugieren un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE), sobre todo en pacientes que tenían mayor prevalencia de factores conocidos de MACE. Por lo tanto, antes de iniciar o continuar el tratamiento, se aconseja una cuidadosa valoración del balance riesgo-beneficio. En nuestra serie no hemos recogido ningún MACE. No obstante, debemos seguir las recomendaciones y ser cuidadosos en la valoración del riesgo cardiovascular en nuestros pacientes.

P294. VENTANA DE OPORTUNIDAD CON ABATACEPT EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE 439 PACIENTES

Ana Serrano-Combarro¹, Belén Atienza-Mateo¹, Natividad del Val², Ivette Casafont-Solé³, Rafael B. Melero-Gonzalez⁴, Alba Pérez-Linaza⁵, Santos Castañeda⁶, Jerusalem Calvo Gutiérrez⁷, Natalia Mena Vázquez⁸, Nuria Vegas-Revenga⁹, Lucía Domínguez-Casas¹⁰, Jesús Loarca Martos¹¹, Cilia Amparo Peralta Ginés¹², Carolina Diez Morrondo¹³, Lorena Pérez Albaladejo¹⁴, Rubén López Sánchez¹⁵, M^a Guadalupe Mazano Canabal¹⁶, Anahy M^a Brandy-García¹⁷, Patricia López Viejo¹⁸, Gema Bonilla¹⁹, Olga Maiz-Alonso²⁰, Carmen Carrasco-Cubero²¹, Marta Garijo Bufort²², Mireia Moreno²³, Ana Urruticoechea-Arana²⁴, Sergio Ordóñez-Palau²⁵, Carmen González-Montagut²⁶, Emilio Giner Serret²⁷, Juan Ramon de Dios Jiménez De Aberasturi²⁸, Fernando Lozano Morillo²⁹, Tomás Vázquez Rodríguez³⁰, Patricia Carreira-Delgado³¹, Juan María Blanco Madrigal³², Belén Miguel Ibáñez³³, Marina Rodríguez López³⁴, Carlos Fernández-Díaz³⁵, Javier Loricera¹, Iván Ferraz-Amaro³⁶, Diego Ferrer³⁷ y Ricardo Blanco¹ en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a la Artritis Reumatoide

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital San Agustín. Avilés. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital de León. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jaén. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁶Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Zamora. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital de Donostia. Donosti. ²¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. ²²Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. ²³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²⁵Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²⁷Servicio de Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ³⁰Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ³¹Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ³²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ³³Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Salamanca. ³⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Santiago. A Coruña. ³⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. ³⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ³⁷Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR). El abatacept (ABA) ha demostrado eficacia en el tratamiento de la EPI-AR, especialmente si se inicia precozmente durante la EPI.

Objetivos: Comparar la eficacia del ABA en pacientes con EPI en función de la duración de la afectación pulmonar.

Métodos: Estudio nacional multicéntrico de 439 pacientes con EPI-AR tratados con ABA. Se comparó el inicio de ABA en una fase tem-

prana (≤ 6 meses desde el diagnóstico de EPI) (EPI-AR_{precoz}) con aquellos en los que se inició la ABA ≥ 2 años (EPI-AR_{tardío}). Se analizaron los siguientes desenlaces: a) capacidad vital forzada (CVF), b) prueba de difusión de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) torácica, d) disnea y e) actividad articular.

Resultados: Se incluyó el grupo EPI-AR_{precoz} (n = 179) y EPI-AR_{tardío} (n = 150). Las principales características basales se muestran en la tabla. La CVF media basal fue significativamente superior en el grupo EPI-AR_{precoz}. En la figura se muestra la evolución de la CVF y la DLCO durante 48 meses. Ambos parámetros se mantuvieron estables o con descensos discretos, de forma similar en ambos grupos (p NS respecto a la basal). Sin embargo, los valores de la CVF siempre fueron estadísticamente inferiores en el grupo EPI-AR_{tardío}. Las imágenes de TCAR de tórax disponibles mejoraron/se estabilizaron en el 77% y el 53% de los pacientes del grupo EPI-AR_{precoz} y EPI-AR_{tardío}, respectivamente. Se encontró estabilización o mejoría de la disnea en la mayoría de los pacientes de ambos grupos.

Conclusiones: ABA parece estabilizar el curso de la EPI independientemente de la duración de la misma. Sin embargo, este estudio sugiere la existencia de una "ventana de oportunidad" y la administración precoz de ABA parece preferible para preservar la función pulmonar.

Principales características generales al inicio del estudio de los pacientes con AR-EPI de inicio temprano vs. tardío de ABA en el curso de la EPI

	EPI-AR (n = 439)	EPI-AR precoz (n = 179)	EPI-AR tardía (n = 150)	p
Edad, años, media \pm DE	66 \pm 10	66 \pm 10	66 \pm 10	0,96
Mujeres, n (%)	251 (57)	100 (56)	86 (57)	0,78
Tabaquismo, n (%)	229 (52)	94 (53)	75 (50)	0,65
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	10 [3-37]	2 [1-4]	51 [36-84]	< 0,001
FR, n (%); APCC, n (%)	383 (87); 380 (88)	155 (87); 157 (88)	135 (90); 127 (85)	0,34; 0,63
DAS28-ESR	4,32 \pm 1,61	4,09 \pm 1,59	4,36 \pm 1,63	0,18
Patrón EPI en TACAR, n (%)				
NIU	191 (45)	77 (43)	62 (41)	0,81
NINE	129 (30)	51 (28)	48 (32)	
CVF (% pred), media \pm DE	87 \pm 21	89 \pm 23	81 \pm 19	0,003
DLCO (% pred), media \pm DE	67 \pm 20	66 \pm 20	65 \pm 21	0,73
ABA en monoterapia, n (%)	191 (44)	81 (45)	64 (43)	0,65
ABA combinado + MTX y/u otro FAME, n (%)	241 (55)	95 (53)	84 (56)	
Prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	6 [5-10]	7,5 [5-10]	7,5 [5-10]	0,48
Previous immunosuppressive therapy, n (%)				
Metotrexato	328 (75)	145 (81)	106 (71)	0,02
Leflunomida	198 (45)	74 (41)	71 (47)	0,27
Sulfasalazina	66 (15)	26 (15)	22 (15)	0,97
Hidroxiquina	142 (33)	62 (35)	47 (31)	0,50
Anti-TNF; Rituximab; Tocilizumab	190 (43); 55 (13); 52 (12)	84 (47); 18 (10); 23 (13)	58 (38); 20 (13); 17 (11)	0,17*; 0,35; 0,67
JAKi	8 (3)	1 (0,6)	2 (1,3)	0,41

(*) IFX: p = 0,65; ADA: p = 0,04; ETN: p = 0,95; CZP: p = 0,54; GLM: p = 0,04.

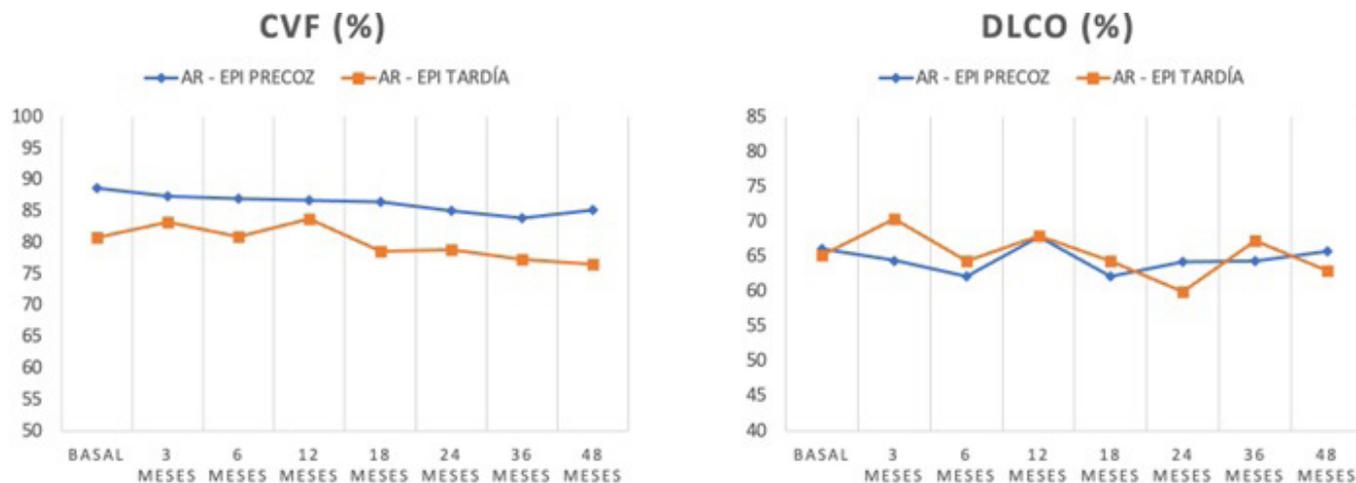


Figura. Evolución de las pruebas de función respiratoria en pacientes con EPI-AR de inicio "precoz" y "tardío" de ABA en el curso de la EPI. La CVF y la DLCO se expresan como media (IC95%).

P295. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS JAKINIB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE ASOCIADA A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 60 PACIENTES

Ana Serrano-Combarro¹, Belén Atienza-Mateo¹, Jesús Alejandro Valero², Olga Maíz Alonso², Marta Pastor Mena³, Rafael B. Melero-Gonzalez⁴, David Castro Corredor⁵, María Martín López⁶, Santos Castañeda⁷, Jesús Loarce Martos⁸, Natalia Mena Vázquez⁹, Carmen Carrasco-Cubero¹⁰, Carolina Díez Morrondo¹¹, Andrea García Valle¹², Gema Bonilla¹³, Juan María Blanco Madrigal¹⁴, Natividad del Val del Amo¹⁵, Nuria Vegas Revenga¹⁶, Lorena Pérez Albadalejo¹⁷, Rafaela Ortega Castro¹⁸, Deseada Palma Sánchez¹⁹, Ana María Fernández Ortiz²⁰, Patricia López Viejo²¹, María López Lasanta²², Marta Garijo Bufort²³, Ivette Casafont Solé²⁴, Juan Moreno Morales²⁵, Ana Urruticochea-Arana²⁶, Carolina Pérez García²⁷, José Rosas²⁸, Bryan-Josué Flores Robles²⁹, Cristina Fernández Carballido³⁰, María Paz Martínez-Vidal³⁰, Diego Ferrer³¹ y Ricardo Blanco¹ en nombre del Grupo Colaborador Español de JAKi en Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a Artritis Reumatoide

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ¹⁰Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital de León. ¹²Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Vizcaya. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²⁰Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ²¹Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Madrid. ²²Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²³Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²⁷Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²⁸Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Alicante. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. ³⁰Servicio de Reumatología. Hospital San Juan de Alicante. ³¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular grave de la artritis reumatoide (AR). Abatacept y rituximab se recomiendan en AR-EPI¹. Los inhibidores de JAK (JAKi) han demostrado su eficacia en la AR. Sin embargo, en los ensayos clínicos se suele excluir a los pacientes con EPI activa. Además, en la ficha técnica de tofacitinib (TOFA) se incluye una advertencia sobre su toxicidad en la EPI. No obstante, cada vez hay más evidencia de la eficacia de los JAKi en la AR-EPI².

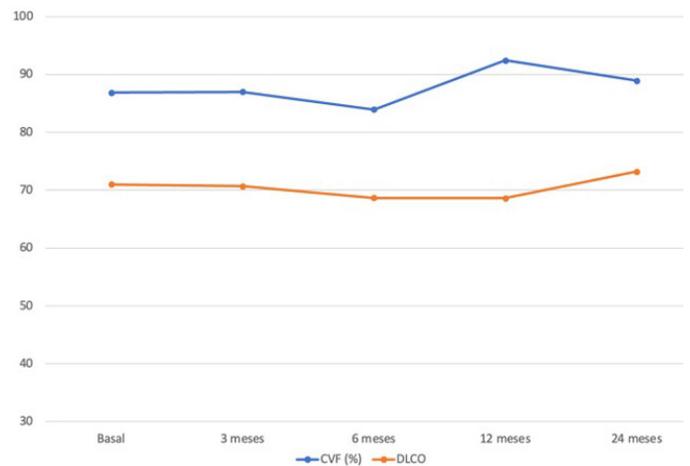
Objetivos: Evaluar a) la efectividad y b) la seguridad de JAKi en pacientes con AR-EPI.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional de 60 pacientes con AR-EPI en tratamiento con JAKi. Se analizaron desde el inicio los siguientes parámetros: a) capacidad vital forzada (CVF), b) capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía com-

putarizada de alta resolución torácica (TCAR), d) disnea (escala modificada del Consejo de Investigación Médica), e) actividad de la artritis (DAS28-ESR) y f) seguridad.

Características basales de los pacientes con AR-ILD tratados con JAKi

	AR-EPI pacientes con JAKi (n = 60)
Edad, años, media ± DE	66 ± 10
Mujeres, n (%)	40 (66)
Tabaquismo, n (%)	38 (63)
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	34 [15-62]
FR//APCC, n (%)	59 (98)//59 (98)
CVF (% pred), media ± DE	90 ± 22
DLCO (% pred), media ± DE	71 ± 19
Patrón NIU en TACAR, n (%)	31 (52)
NIU	31 (53)
NINE	18 (31)
DAS28-ESR	4,29 ± 1,29
Tipo de JAKi, n (%)	
Baricitinib (BARI)	45 (75)
Tofacitinib (TOFA)	6 (10)
Upadacitinib (UPA)	8 (13)
Filgotinib (FILGO)	1 (2)
Inmunosupresor previo, n (%)	
FAME convencional/FAME biológico	59 (98)//51 (85)
Inmunosupresor concomitante, n (%)	
FAME convencional/FAME biológico	20 (33)//0 (0)
Antifibrótico concomitante, n (%)	5 (8)



Evolución de las pruebas de función respiratoria (% medio de la FVC y DLCO predichas) en pacientes con AR-EPI en tratamiento con BARI (n = 45) al inicio y a los 24 meses.

Resultados: Se estudiaron 60 pacientes (40 mujeres/20 hombres; edad media 66 ± 10 años) de la práctica clínica en tratamiento con JAKi [baricitinib (BARI) = 45 (75%), upadacitinib (UPA) = 8 (13%), TOFA = 6 (10%), filgotinib (FILGO) = 1 (2%)]. Las características demográficas y clínicas basales se muestran en la tabla. Todos los pacientes habían recibido fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) antes del JAKi [metotrexato (51; 85%), leflunomida (37; 61%), sulfasalazina (14, 23%), hidroxiclороquina (14; 23%), abatacept (35; 58%), tocilizumab (15, 25%) y rituximab (10, 17%)]. Dado que la mayoría recibían BARI, nos centramos en este grupo (n = 45). La mediana [IQR] de la duración de la EPI hasta el inicio de los BARI fue de 26 [14-60] meses. Los valores basales medios de CVF y DLCO (% predicho) fueron 86,9% y 71,0%, respectivamente. Los pacientes fueron seguidos durante una media de 31 ± 22 meses. La evolución de la CVF y la DLCO se mantuvo estable durante los primeros 12 meses (fig.). Al final del seguimiento, se observó estabilización/mejoría en el TCAR de tórax y disnea en el 83% y 88% de los pacientes, respectivamente. La mayoría de los pacientes mostraron remisión articular o baja actividad (63%). BARI se retiró en 14 (31%) pacientes debido a ineficacia articular (n = 13) y desarrollo de neu-

monitis por hipersensibilidad (n = 1). Únicamente 5 pacientes presentaron eventos relevantes durante el uso del fármaco, entre los que figuran: accidente cerebrovascular (n = 1), infección por virus varicela-zóster (n = 2), infecciones urinarias de repetición (n = 1), candidiasis oral (n = 1) y neumonitis por hipersensibilidad (n = 1).

Conclusiones: Los JAKi, especialmente BARI, pueden ser útiles y seguros para controlar el curso de la enfermedad tanto pulmonar como articular en pacientes con AR-EPI, incluso en casos muy refractarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Atienza-Mateo B, et al. J Clin Med. 2020;9(10):3070.
- Tardella M, et al. 2022;30(3):705-712.

P296. ABATACEPT SUBCUTÁNEO FRENTE A INTRAVENOSO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Ana Serrano-Combarro¹, Belén Atienza-Mateo¹, Natividad del Val², Ivette Casafont-Solé³, Rafael B. Melero-Gonzalez⁴, Alba Pérez-Linaza⁵, Santos Castañeda⁶, Jerusalem Calvo Gutiérrez⁷, Natalia Mena Vázquez⁸, Nuria Vegas-Revenga⁹, Lucía Domínguez-Casas¹⁰, Jesús Loarce Martos¹¹, Cilia Amparo Peralta Ginés¹², Carolina Diez Morrondo¹³, Lorena Pérez Albaladejo¹⁴, Rubén López Sánchez¹⁵, M^ª Guadalupe Mazano Canabal¹⁶, Anahy M^ª Brandy-García¹⁷, Patricia López Viejo¹⁸, Gema Bonilla¹⁹, Olga Maiz-Alonso²⁰, Carmen Carrasco-Cubero²¹, Marta Garijo Bufort²², Mireia Moreno²³, Ana Urruticoechea-Arana²⁴, Sergio Ordóñez-Palau²⁵, Carmen González-Montagut²⁶, Emilio Giner Serret²⁷, Juan Ramon de Dios Jiménez De Aberasturi²⁸, Fernando Lozano Morillo²⁹, Tomás Vázquez Rodríguez³⁰, Patricia Carreira-Delgado³¹, Juan María Blanco Madrigal³², Belén Miguel Ibáñez³³, Marina Rodríguez López³⁴, Carlos Fernández-Díaz³⁵, Javier Loricera¹, Iván Ferraz-Amaro³⁶, Diego Ferrer³⁷ y Ricardo Blanco¹ en nombre del Grupo Colaborador Español de Abatacept en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a la Artritis Reumatoide

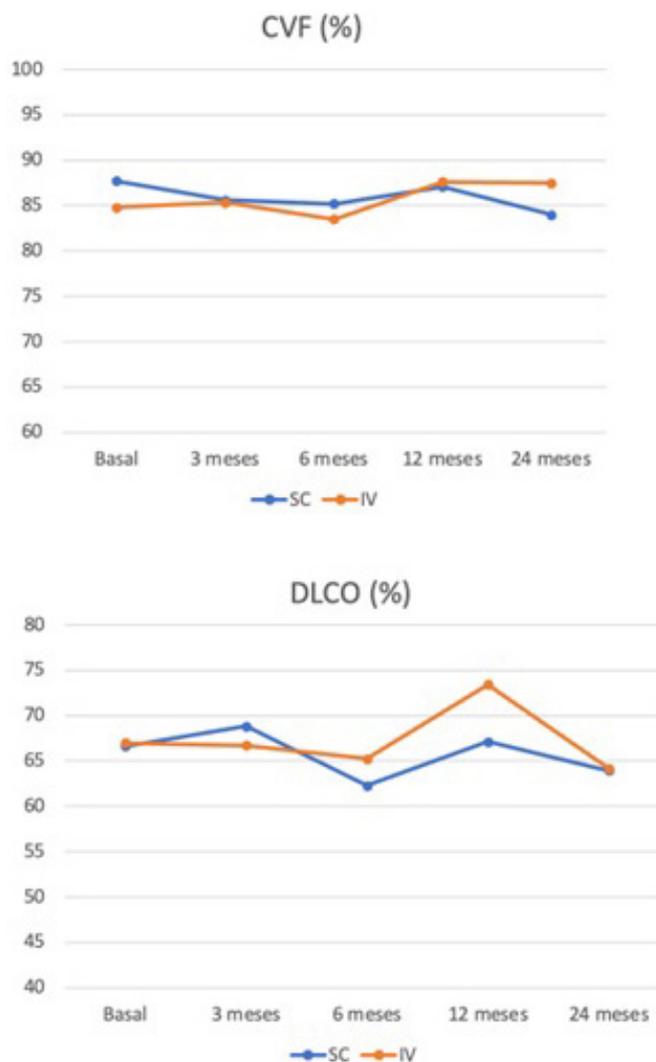
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital San Agustín. Avilés. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital de León. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jaén. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁶Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Zamora. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital de Donostia. Donosti. ²¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. ²²Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. ²³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²⁷Servicio de Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ³⁰Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ³¹Servicio de Reumatología. Hospital 12 de

Octubre. Madrid. ³²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ³³Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Salamanca. ³⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Santiago. A Coruña. ³⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. ³⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ³⁷Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El abatacept (ABA) ha demostrado su eficacia en la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a la artritis reumatoide (AR). Los ensayos clínicos han mostrado equivalencia de la administración subcutánea (SC) e intravenosa (IV) de ABA para las manifestaciones articulares, sin embargo, dicha equivalencia no se ha estudiado en la AR-EPI.

Objetivos: Comparar la eficacia del ABA en pacientes con AR-EPI según la vía de administración (IV-ABA frente a SC-ABA).

Métodos: Estudio nacional multicéntrico de pacientes con AR-ILD en tratamiento con ABA. Se dividieron en 2 grupos según la vía de administración: a) IV-ABA, y b) SC-ABA. Se analizaron desde el inicio los siguientes resultados en ambos grupos: a) capacidad vital forzada (CVF), b) capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO), c) tomografía computarizada de alta resolución torácica (TCAR), d) disnea (evaluada con la escala modificada del Consejo de Investigación Médica), e) actividad articular (DAS28-ESR), y f) efecto ahorrador de corticoides.



Evolución de las pruebas de función respiratoria (% medio de la CVF y la DLCO predichas) en pacientes con AR-EPI en tratamiento con SC-ABA frente a IV-ABA al inicio y a los 24 meses.

Tabla P296

Principales características generales al inicio del estudio de los pacientes de AR-EPI con ABA subcutáneo frente a ABA intravenoso.

	All ABA (n = 439)	ABA IV (n = 94)	ABA SC (n = 303)	p
Edad, años, media ± DE	66 ± 10	66 ± 10	66 ± 10	0,92
Mujeres, n (%)	251 (57)	56 (59)	174 (57)	0,71
Tabaquismo, n (%)	229 (52)	51 (54)	163 (55)	0,96
Tiempo desde el diagnóstico de EPI, meses, mediana [RIQ]	10 [3-37]	12 [3-48]	10,5 [3-37]	0,56
FR, n (%)	383 (87)	81 (86)	269 (89)	0,49
APCC, n (%)	380 (88)	77 (82)	268 (88)	0,15
DAS28-ESR	4,32 ± 1,61	4,31 ± 1,58	4,43 ± 1,53	0,56
Patrón radiológico EPI en TACAR, n (%)				
NIU	191 (45)	48 (52)	129 (43)	
NINE	129 (30)	19 (21)	99 (33)	0,07
Otros	110 (25)	26 (27)	74 (24)	
CVF (% pred), media ± DE	87 ± 21	85 ± 21	88 ± 21	0,28
DLCO (% pred), media ± DE	67 ± 20	67 ± 21	67 ± 20	0,94
Prednisona basal, mg/día, mediana [RIQ]	6 [5-10]	7,5 [5-10]	5 [5-10]	0,26

Resultados: Se estudió a un total de 439 pacientes [SC-ABA/IV-AB; 303/94 (datos disponibles)]. Las características basales fueron similares en ambos grupos (tabla). Se realizó seguimiento de los pacientes durante una mediana [RIQ] de 24 [10-48] meses. La CVF y la DLCO se mantuvieron estables durante los primeros 24 meses tanto en SC-ABA como en IV-ABA (fig.). La disnea se estabilizó o mejoró en el 84% de los pacientes (90% de IV-ABA; 82% de SC-ABA). Se objetivó mejoría o estabilidad de la afectación pulmonar en TACAR en el 67% de los pacientes (83% de IV-ABA; 64% de SC-ABA). A los 24 meses se observó una mejoría y de la actividad articular en ambos grupos (DAS28-VSG basal en IV-ABA y SC-ABA de 4,31 y 4,43 respectivamente; DAS28-VSG a los 24 meses en IV-ABA y SC-ABA de 3,4 y 3,02 respectivamente). No se han encontrado diferencias significativas en ninguno de los parámetros estudiados. El empeoramiento de la enfermedad pulmonar intersticial y la ineficacia articular fueron las razones más frecuentes de la interrupción del ABA.

Conclusiones: En la AR-EPI, el ABA parece igualmente efectivo y seguro independientemente de la vía de administración (IV o SC).

P297. INFLUENCIA DE LA FATIGA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR

José Pierre Otazu Moudelle¹, Dalifer Dayanira Freitas Núñez¹, María Rodríguez Laguna¹, Cristina Hormigos Martin¹, María Paula Álvarez Hernández¹, Alfredo Madrid García², Lydia Abasolo Alcázar² y Leticia León Mateos²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: En pacientes con artritis reumatoide difícil de tratar (ARDT), un amplio conjunto de factores puede contribuir a la persistencia de signos y/o síntomas, aunque estos no siempre están directamente relacionados con la inflamación (por ejemplo, discapacidad funcional, dolor y fatiga). De estos, la fatiga sigue siendo la menos evaluada y tenida en cuenta.

Objetivos: Identificar el papel de la fatiga en la ARDT.

Métodos: Estudio transversal realizado en 143 pacientes seguidos en el servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Los datos fueron recogidos entre julio de 2018 y noviembre de 2022. Todos los pacientes cumplieron con los criterios ACR/EULAR 2010 y estaban en tratamiento con agentes biológicos (anti-TNF y no anti-TNF) o FAME sintéticos dirigidos (Jakiniibs). La ARDT se definió con base en los criterios EULAR (fracaso del tratamiento, signos sugestivos de enfermedad actualmente activa/progresiva y manejo percibido como problemático por el reumatólogo y/o el paciente). Variable principal: La fatiga se evaluó mediante el Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multidimensional Questionnaire (BRAFM-DQ). Covariables: Variables sociodemográficas y rela-

cionadas con la enfermedad. Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las diferentes variables. Para identificar los factores asociados de forma independiente a la ARDT se aplicó una regresión logística multivariable. Los resultados se expresaron como OR con su correspondiente IC del 95%. Un valor de p < 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: La población del estudio comprendió 143 pacientes y 22 (15,38%) desarrollaron ARDT. El grupo de ARDT eran de mayor edad, con valores más altos de DAS28 y discapacidad. Las variables sociodemográficas, clínicas, relacionadas con la enfermedad y las puntuaciones de fatiga utilizadas en el estudio se muestran en la tabla. En nuestro modelo final de regresión logística, la edad (OR: 1,05; p = 0,017) y la fatiga se asociaron independientemente con la ARDT (OR: 1,04; p = 0,011).

Características de la muestra

Variable	AR D2T (n = 22)	No AR D2T (n = 121)	p
Edad (años), media (DE)	62,82 (13,45)	56,19 (11,89)	0,019
Mujeres, n (%)	11 (50)	73 (60,83)	0,34
Duración de la enfermedad en años, media (DE)	17,76 (8,47)	13,41 (8,74)	0,03
FR positivo al inicio del estudio, n(%)	14 (63,60)	75 (63,02)	0,95
ACPA positivo al inicio del estudio, n (%)	14 (63,60)	77 (64,70)	0,90
DAS28, media (DE)	4,10 (0,67)	2,46 (0,99)	0,00
PCR, media (DE)	0,46 (0,36)	0,46 (0,67)	0,99
VSG, media (DE)	15,86 (12,11)	9,87 (9,91)	0,01
VSP (mm), media (DE)	56,22 (24,91)	32,19 (23,88)	0,001
VSM (mm), media (DE)	27,5 (13,34)	14,22 (11,37)	0,001
Dolor EVA (mm), media (DE)	54,45 (25,27)	32,38 (24,21)	0,001
HAQ (0-3) media ± DE	1,45 (0,64)	0,76 (0,59)	0,001
BRAF-MDQ (0-70), media (DE)	29,59 (13,67)	21,05 (14,73)	0,01
Fatiga física (0-22)	13,45 (5,36)	10,49 (5,86)	0,02
Fatiga AVD (0-21)	7,22 (4,29)	4,63 (4,71)	0,02
Fatiga cognitiva (0-15)	4,68 (3,88)	3,27 (3,23)	0,07
Fatiga emocional (0-12)	4,22 (2,54)	2,65 (2,66)	0,01
BRAF-NRS, media (DE)			
Gravedad de la fatiga (0-10)	6,59 (2,32)	4,90 (2,57)	0,005
Efecto de la fatiga (0-10)	5 (2,54)	4,09 (2,60)	0,13
Afrontamiento deficiente de la fatiga (0-10)	4,13 (2,29)	3,28 (2,49)	0,13

ARDT: artritis reumatoide difícil de tratar; DE: desviación estándar; FR: factor reumatoide; ACPA: anticuerpo antiproteína citrulinada; DAS28: puntuación de actividad de la enfermedad articular de 28 articulaciones; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; VSP: valoración de la salud global por el paciente; VSM: valoración de la salud global por el médico; EVA: Escala Analógica Visual; HAQ: Cuestionario de Evaluación de la Salud; BRAFM-DQ Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multidimensional Questionnaire; AVD: actividades de vida diaria; BRAF-NRS Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Numerical Rating Scales.

Conclusiones: A pesar de la ausencia de una mención explícita de la fatiga en la definición de ARDT, parece ser un factor asociado al resultado de ARDT. La evaluación y el manejo de la fatiga debe ser uno de los objetivos en el tratamiento de los pacientes con AR.

P298. INFLUENCIA DE LAS COMORBILIDADES EN LA SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Esther Fernández Panadero, B. Hernández Cruz, I. M. Fernández- Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández, J.L. Rodas Flores y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La supervivencia de los fármacos anti-TNF en la artritis reumatoide (AR) puede estar influida por múltiples factores, entre ellos las comorbilidades.

Objetivos: Conocer la influencia de las comorbilidades, mediante el uso del índice de Charlson, así como las características de la AR sobre la supervivencia de los fármacos anti-TNF en enfermos atendidos en la práctica clínica habitual en el servicio de Reumatología del HUVVM.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, posautorización, de seguimiento ambispectivo, mediante la revisión de historias clínicas obtenidas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR del adulto (criterios EULAR/ACR 2010) desde enero de 2017 hasta 2022.

Resultados: Se recogieron datos de 243 pacientes: 193 (79%) mujeres, 95 (82%) FR+, 178 (79%) ACPA + y 127 (52%) con erosiones. 105 (43%) de los casos con manifestación extraarticular: síndrome seco 36 (15%), nódulos reumatoides 29 (12%), túnel del carpo 28 (11%), manifestaciones oculares 9 (4%) y EPID 8 (3%). La edad media al inicio del Anti-TNF fue de 54,5 ± 11,8 (desviación estándar) años y la duración de la AR previa al anti-TNF fue de 8,0 ± 7,9 años. Recibieron el anti-TNF como primera línea 191 pacientes (79%); 2ª línea 32 (13%); 3ª línea 14 (6%); y ≥ 4ª línea 5 (2%). Los anti-TNF fueron: hyrimoz 86 (35%), enbrel 68 (28%), benepali 33 (14%), humira 34(14%), erelzi 17(7%), golimumab 2 (0,8%), amgevita 1 (0,4%) y yuflyma 1 (0,4%). En 22 (9%) de los casos se hizo cycling. El DAS28VSG basal fue de 4,7 ± 1,1 y el final de 2,7 ± 1,1. Se encontró una respuesta EULAR buena y moderada en 78% de los casos, y al final del seguimiento, 31% tenían remisión de la enfermedad. La duración del tratamiento anti-TNF fue de 5,8 ± 5,6 años; mediana 3,2 (p25 = 1,5 p75 = 10,25). Se prescribió en monoterapia en 109 (45%) pacientes; 137 (55%) en combinación con FAMEsc; y en 125 (56%) con prednisona a dosis de 8,1 ± 6,6 mg/día. Al momento del corte, 77 (32%) pacientes recibían el anti-TNF optimizado y 22 (9%) habían suspendido el fármaco. Al final del seguimiento 76 (31%) pacientes continuaban con prednisona a dosis de 7,2 ± 6,8 mg/día. Las comorbilidades se muestran en la tabla. El índice de comorbilidad de Charlson fue de 1,5 ± 0,98; mediana 1 (P25 = 1 P75 = 5); 25% de los pacientes con índice ≥ 5. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes mellitus sin afectación orgánica (n = 25,10%), seguida de insuficiencia renal moderada-severa y hepatopatía leve con n = 12 (5%), en ambos casos. Los pacientes con comorbilidad elevada fueron 40% varones e iniciaron el biológico a edad mayor (p < 0,02). En el análisis crudo, la supervivencia al anti-TNF al 1, 2, 5, 10 y 15 años fue del 87%, 65%, 39, 21% y 7%, respectivamente, siendo similar entre los pacientes con índice de comorbilidad ≥ 3 que aquellos con baja comorbilidad. En el análisis ajustado por edad, sexo, duración de la AR, FR, ACPA y erosiones, la supervivencia al 1, 2, 5, 10 y 15 años fue mejor para aquellos con índice de Charlson ≤ 2, siendo de 91%, 81%, 36%, 31% y 14%, que para los de índice de Charlson ≥ 3, siendo de 89%, 67%, 38%, 25% y 10%, respectivamente.

Conclusiones: Los datos obtenidos muestran que tener un elevado grado de comorbilidad, mayor edad, ser mujer y la seropositividad influyen en la supervivencia y eficacia de los fármacos anti-TNF (tanto originales como biosimilares). El uso de índices de comorbilidad podría considerarse para ayudar a predecir la persistencia de estos fármacos.

Frecuencia de las comorbilidades y manifestaciones en la cohorte de pacientes con AR incluidos en el estudio (n = 243)

Enfermedad	Número pacientes (n)	Proporción (%)
A) Comorbilidades incluidas en el Índice de Charlson		
SIDA	0	0
Linfoma	0	0
Leucemia	0	0
Tumor sólido con metástasis	1	0,41
Tumor sin metástasis	5	2,06
Hepatopatía moderada-GRAVE	2	0,83
Hepatopatía leve	12	4,94
DM con afectación orgánica	5	2,06
DM sin afectación orgánica	25	10,33
Insuficiencia renal moderada-severa	12	4,94
Hemiplejía	1	0,41
Demencia	4	1,65
Enfermedad cerebrovascular	6	2,47
EPOC	11	4,55
Enfermedad vascular periférica	4	1,65
Infarto de miocardio	5	2,06
Insuficiencia cardíaca congestiva	5	2,06
Úlcera péptica	7	2,89
B) Manifestaciones de la AR		
Erosiones	127	52,26
Extraarticular	105	43,20
Síndrome seco	36	14,81
Síndrome túnel carpiano	28	11,52
Afectación ocular	9	3,70
Enfermedad pulmonar intersticial	8	3,29
C) Comorbilidades asociadas a AR		
Osteoporosis	62	25,62
Fibromialgia	69	28,40
Depresión	50	20,58
Dislipemia	87	35,95

SIDA: síndrome inmunodeficiencia adquirida. DM: diabetes mellitus. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

P299. LA EVOLUCIÓN HASTA ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR Y OPCIONES POSTERIORES DE TRATAMIENTO

Natalia López Juanes, Marta Novella-Navarro, Carolina Tornero, Laura Nuño, Chamaida Plasencia y Alejandro Balsa

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide difícil de tratar¹ (D2TRA) engloba a un grupo heterogéneo de pacientes en los que no se logra un adecuado control de la enfermedad a pesar de múltiples tratamientos con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos o diana específicos (FAMEb/sd). Es un concepto reciente, por lo que aún se están estudiando las características clínicas de estos pacientes, los tratamientos recibidos o la potencial respuesta a tratamientos posteriores a su clasificación como D2T.

Objetivos: 1) Analizar el tiempo desde el inicio del primer FAMEb/sd hasta que los pacientes cumplen criterios D2TRA y las posibles diferencias entre los D2TRA-ineficacia y D2TRA-otras causas. 2) Estudiar los tratamientos que reciben tras considerarse D2TRA.

Métodos: Estudio observacional longitudinal de pacientes con D2TRA. Según los motivos de suspensión de los dos primeros FAMEb/sd, se dividió a los pacientes en D2TRA-ineficacia y en D2TRA-otras causas (infecciones, alteraciones analíticas, intolerancia, falta de adherencia, comorbilidades, cirugía o embarazo). Se recogieron características sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, edad al diagnóstico, edad al inicio del tratamiento con FAMEb/sd, FAMEb/sd utilizados y su duración. Para variables cualitativas se utilizó el test de χ^2 y el test de Fisher y para variables cuantitativas, el test de t de Student. Se realizó un análisis de supervivencia con el test de log-rank y curvas de Kaplan-Meier para evaluar el tiempo transcurrido hasta la clasificación D2TRA.

Resultados: De los 88 pacientes incluidos, 58 se clasificaron como D2TRA-ineficacia (65,9%) y 30 (34,1%) D2TRA por otras causas. El 81% eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de $42,3 \pm 12,4$ años y de $49,9 \pm 11,8$ al inicio del primer FAMEb/sd. El tiempo medio desde el inicio del primer FAMEb/sd hasta cumplir criterios de D2TRA fue de $5,4 \pm 4,6$ años, siendo de $5,9 \pm 4,5$ para D2T-ineficacia y de $4,6 \pm 4,7$ para D2T-otras causas. En el análisis de supervivencia no se observaron diferencias significativas ($p = 0,30$) entre el tiempo global hasta cumplir criterios D2T-ineficacia frente a D2T-otras causas. El tiempo mínimo hasta D2T fue de 1 año y el máximo de 20. Se dividieron en tres periodos: 30 pacientes cumplieron criterios de D2T en < 2 años (34,1%), 22 entre 2 y 5 años (25%) y 36 en > 5 años (40,9%). El 44,8% de pacientes D2TRA-ineficacia lo fueron en > 5 años y el 46% de los D2TRA-otras causas lo fue en < 2 años, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. No se observaron diferencias en los FAMEb/sd utilizados previos al D2T. Una vez clasificados como D2TRA, la media de duración del tratamiento con tercer FAMEb/sd fue de $2,7 \pm 3,0$ años, siendo el más utilizado rituximab 25%, seguido de abatacept 21,6% y tocilizumab 21,6%. El 48,9% requirió un cuarto FAMEb/sd, siendo los más utilizados rituximab 28,2%, abatacept 23,1% e inhibidores de JAK 17,9%. No hubo diferencias entre los tipos de D2TRA y la frecuencia de los fármacos utilizados ni la duración de los tratamientos.

Conclusiones: A pesar de la heterogeneidad de los pacientes D2TRA, no se observan diferencias entre los tratamientos recibidos previos al D2T ni en el tiempo hasta D2T, siendo la media de $5,4 \pm 4,6$ años, y rituximab es tratamiento más utilizado una vez que los pacientes se clasifican como D2T.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nagy G, Roodenrijs NM, Welsing PM, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2021;80:31-5.

P300. AUTOEVALUACIÓN REMOTA EN EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: CORRELACIÓN CON LA VALORACIÓN PRESENCIAL

Javier Bachiller Corral, Verónica García García, Javier Domínguez Barahona y Mónica Vázquez Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) precisa una valoración médica de la actividad inflamatoria de forma periódica para el ajuste continuo del tratamiento. La autoevaluación (aplicación de cuestionarios y autoexploración articular por el propio paciente) es un método que puede ayudar a la determinación remota de esta actividad inflamatoria. Para ello es preciso una formación y entrenamiento breve del paciente. Esta técnica ha demostrado tener buena correlación con la valoración clínica.

Objetivos: Correlacionar los datos de la autoevaluación domiciliar de pacientes con AR con la evaluación estándar por el reumatólogo a nivel hospitalario. Determinar la utilidad global y por subtipos de pacientes.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con AR de menos de 5 años de evolución de una consulta monográfica. La participación fue voluntaria y no se excluyeron pacientes por edad o habilidad tecnológica. A los pacientes incluidos se les explicó y se les formó en la metodología de la autoevaluación y autoexploración en domicilio. Previo a cada visita médica programada, se les envió un cuestionario digital para recoger de forma remota los siguientes 3 datos: EVA general en la última semana (autoEVA), NAD autoexploradas (autoNAD) y NAT autoexploradas (autoNAT) de un total de 28 articulaciones. Estas variables se compararon con las variables de actividad recogidas por el médico (NAT, NAD, EVA, DAS28-VSG). La recogida de datos duro 1 año. Se utilizó RedCap para el envío de los cuestionarios y el registro de los datos.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes con AR. La edad media fue de 49 años, 71% eran mujeres y el tiempo medio de evolución fue de 3,2 años. Durante 1 año, estos 72 pacientes realizaron 220 visitas (3,05 visitas/paciente) con doble evaluación. La valoración remota fue siempre anterior y el tiempo medio entre ellas fue de 5,7 días. La media de las variables autoevaluadas era significativamente más alta que las variables evaluadas por el médico (autoEVA $4,4 \pm 2,4$ vs. $3,8 \pm 2,3$; autoNAD $4,4 \pm 5,2$ vs. $2,0 \pm 2,4$, autoNAT $2,9 \pm 4,5$ vs. $1,1 \pm 2,1$ y auto DAS28 $3,4 \pm 1,5$ vs. $2,8 \pm 1,2$). Existía una buena correlación entre los datos de la exploración remota y presencial ($r = 0,78$ para DAS 28 VSG-Auto DAS28 VSG). Al hacer análisis por subgrupos, el autoDAS VSG presentaba una mejor correlación en los grupos de pacientes < 50 años, pacientes nacidos en España y pacientes en remisión clínica/baja actividad (DAS28 $\leq 3,2$). Teniendo en cuenta los 4 niveles de actividad en función del DAS28 (remisión, baja actividad, moderada y alta actividad), el autoDAS 28 clasificó correctamente los pacientes en el 56% de las visitas, y teniendo en cuenta solo dos niveles (remisión/baja actividad, moderada/alta actividad) lo hizo en el 77% de las visitas. Analizando la capacidad del Auto-DAS28 VSG de detectar remisión/baja actividad, la sensibilidad fue del 68%, la especificidad del 96% y el valor predictivo positivo de 97%.

Conclusiones: Los resultados medios de la autoevaluación realizada por los pacientes con AR tiende a ser más elevada que la evaluación del médico. Existe una buena correlación en su conjunto aunque existe subgrupos de pacientes en los que la correlación es mayor. La autoevaluación presenta un alto valor predictivo positivo para detectar remisión/baja actividad y los pacientes pertenecientes a este grupo podrían ser candidatos a visitas no presenciales.

P301. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS CUESTIONARIOS RAPID3 Y RAID EN LA IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN O BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD POR ÍNDICES COMPUESTOS

Antonio Domingo Gómez Centeno, María García Manrique de Lara, Eduard Graell Martín, Artur Llobell Uriel y Jordi Gratacós Masmitjà

Servei de Reumatologia, Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell.

Introducción: Los principios del T2T son ampliamente reconocidos como la mejor estrategia para lograr resultados óptimos en la AR. Las guías de EULAR y ACR proponen como objetivos, ya sea la remisión o la baja actividad de la enfermedad, basados en índices compuestos (EULAR) o en índices compuestos y/o PROs (ACR). EULAR ha desarrollado un índice de actividad el "Rheumatoid Arthritis Impact of Disease" (RAID) que ha demostrado su utilidad en la evaluación de la actividad y respuesta al tratamiento de los pacientes con AR.

Objetivos: Comparar el desempeño de los cuestionarios RAPID3 y RAID para identificar los pacientes con AR en remisión o baja actividad de la enfermedad en la práctica clínica diaria.

Métodos: Tras la vuelta a las visitas presenciales tras la pandemia, los pacientes visitados en el servicio de reumatología cumplimentaron los cuestionarios RAPID3 (utilizado habitualmente en nuestro servicio) y RAID el mismo día antes de realizar la visita presencial rutinaria. Tras la valoración de los pacientes se calcularon los índices compuestos DAS28, SDAI y CDAI. Se realizó el estudio de correlación entre RAPID3 y RAID así como las así como la capacidad de identificar los pacientes en baja remisión o baja actividad de la enfermedad por índices compuestos (DAS28, SDAI y CDAI)

Resultados: Se analizaron los resultados de 168 visitas de 140 pacientes individuales. 76% mujeres con una edad media de 56 ± 12 años y una media de duración de la enfermedad de 10 ± 9 meses. Se evidenció una muy buena correlación entre los resultados de RAPID3 y RAID con un coeficiente de correlación $0,95$ - $IC95\%$ $(0,95-0,96)$. A la hora de evaluar los pacientes con baja actividad o

remisión definidos por un RAPID3 inferior a 6 o un RAID inferior a 2, ambos cuestionarios se comportaron de una forma similar, RAPID3 frente a DAS28 presentó una sensibilidad (S) de 0,62, una especificidad (E) de 0,97 y un valor predictivo para positivos de 0,97 mientras que RAID presentaba una S de 0,58 una E 0,93 y un VPP de 0,93 frente a DAS28.

Conclusiones: RAPID3 y RAID presentan un desempeño similar para identificar los pacientes en baja actividad o remisión por índices compuestos. RAID requiere de una calculadora para su cálculo pues se trata de una suma de índices ponderados, mientras RAPID3 es una suma aritmética simple. En la práctica habitual, es más sencilla la utilización de RAPID3 que RAID para la valoración de la actividad de los pacientes en la consulta rutinaria, aunque cualquiera de los 2 cuestionarios presenta una gran especificidad identificando los pacientes en baja actividad de la enfermedad o remisión según los índices DAS28, SDAI y CDAI.

P302. UTILIDAD DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA DE KL-6 SÉRICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

Juan Camilo Sarmiento Monroy¹, Albert Pérez-Isidro^{2,3}, Raúl Castellanos-Moreira⁴, Virginia Ruiz-Esquide¹, Beatriz Frade-Sosa¹, Ana Belén Azuaga¹, Julio Ramírez¹, Rosa M. Morlà¹, Andrés Ponce¹, Nuria Sapena¹, Patricia Corzo¹, Sandra Farietta¹, María J. Gómara⁵, Cristina García-Moreno⁵, Isabel Haro⁵, Anna Colmenero⁶, Manuel Morales-Ruiz^{3,6}, Estibaliz Ruiz-Ortiz^{2,3}, Odette Viñas^{2,3}, Fernanda Hernández-González⁷, Juan D. Cañete¹, Jacobo Sellarés^{3,7}, Raimon Sanmarti¹ y Jose A. Gómez-Puerta¹

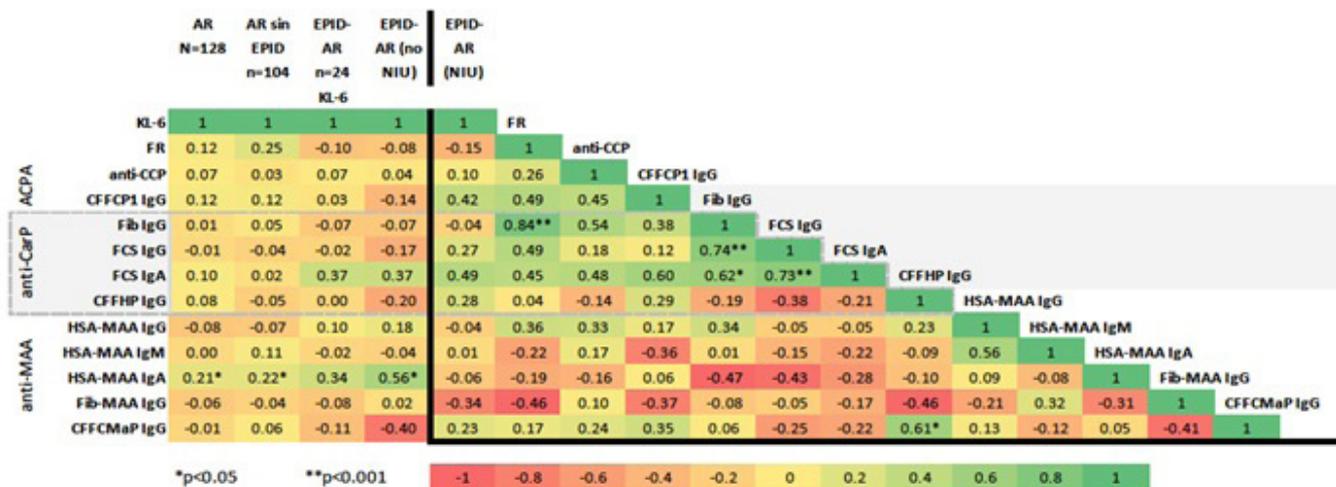
¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínic de Barcelona. ³Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. ⁴Bristol-Myers Squibb. Madrid. ⁵Unidad de Síntesis y Aplicaciones Biomédicas de Péptidos. Instituto de Química Avanzada de Catalunya. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IQAC-CSIC). Barcelona. ⁶Servicio de Bioquímica y Genética Molecular. Hospital Clínic de Barcelona. ⁷Servicio de Neumología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Algunos estudios han evaluado la utilidad de KL-6 (Krebs von den Lungen-6) como biomarcador en el diagnóstico y pronóstico en la EPID asociada a artritis reumatoide (EPID-AR). La citrulinación y la carbamilación son responsables de la generación de anticuerpos contra proteínas modificadas (AMPAs), los cuales se han asociado a la EPID-AR.

Objetivos: Primario: evaluar el valor diagnóstico y pronóstico de KL-6 sérico en pacientes con EPID-AR. Secundario: evaluar la correlación entre KL-6 sérico y diferentes especificidades de AMPAs en pacientes con AR.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) con datos disponibles de KL-6 medidos en suero al momento de la inclusión. Los pacientes fueron evaluados entre febrero de 2017 y octubre 2019 en un único centro. El diagnóstico de EPID se realizó mediante tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) y fue confirmado por un comité multidisciplinar. Los niveles séricos de KL-6 se midieron mediante el Kit Lumipulse® G KL-6 (Fujirebio, Japón), utilizando un inmunoensayo enzimático quimioluminiscente (CLEIA). El valor de referencia para KL-6 en sujetos sanos fue de 118-627 U/mL. El coeficiente de variación interensayo del reactivo fue ≤ 4,4%. Se realizó un análisis bivalente según la presencia de EPID y niveles elevados de KL-6. La mortalidad se evaluó en diciembre de 2022 mediante la revisión del historial médico de cada paciente. El repertorio de AMPAs analizado incluía anticuerpos contra: péptidos/proteínas citrulinadas (ACPs), proteínas carbamiladas (anti-CarP) y aductos de malondialdehído-acetaldehído (anti-MAA), los cuales fueron determinados mediante pruebas ELISA de fabricación propia. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la correlación entre: KL-6 y parámetros de las pruebas funcionales respiratorias/AMPAs.

Resultados: Se incluyó un total de 166 pacientes (36 con EPID-AR). Las características basales de la población se resumen en la tabla. Basalmente, los pacientes con EPID-AR eran en mayor proporción de sexo masculino (36,1 vs. 20%; p = 0,044), tenían mayor edad (69,9 ± 16,1 vs. 60,9 ± 12,3 años; p < 0,001), mayor duración de la AR (12,2 ± 1,3 vs. 8,3 ± 8,7 años; p = 0,020), una actividad de la enfermedad más alta (DAS28 3,7 ± 0,2 vs. 2,8 ± 1,1; p < 0,001) y mayor mortalidad (33,3 vs. 9,2%; p < 0,001). Entre los pacientes con EPID-AR, la mediana de la CVF y la DLco fueron 79 (rango 72,6-



AR: artritis reumatoide; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; FR: factor reumatoide; KL-6: Krebs von den Lungen-6; NIU: neumonía intersticial usual. Los anticuerpos contra péptidos/proteínas citrulinadas (ACPs) fueron evaluados mediante inmunoensayo por quimioluminiscencia [QUANTA Flash CCP3 Inova Diagnostics; punto de corte >20 CU] y mediante la determinación de anticuerpos contra un péptido citrulinado sintético de fabricación propia (CFFCP1 IgG; punto de corte ≥177.5 AU/mL). Se evaluaron tres anticuerpos contra antígenos carbamilados (anti-CarP): FCS [suero fetal bovino, isotipo IgG (punto de corte ≥173.5 AU/mL) e isotipo IgA (punto de corte ≥257.0 AU/mL)], Fib [fibrinógeno, isotipo IgG (punto de corte ≥166.9 AU/mL)] y CFFHP [péptido sintético quimérico homocitrulinado de fibrina/filagrina de fabricación propia, isotipo IgG (punto de corte ≥146.5 AU/mL)]. Se estudiaron tres anticuerpos contra aductos de malondialdehído-acetaldehído (anti-MAA): HSA-MAA [albúmina sérica humana, isotipo IgG (punto de corte ≥3.22 ng/mL), isotipo IgM (punto de corte ≥1.49 ng/mL) e isotipo IgA (punto de corte ≥1.18 ng/mL)], Fib-MAA [fibrinógeno, isotipo IgG (punto de corte ≥1.11 ng/mL)] y CFFCMAp [péptido sintético quimérico fibrina/filagrina con modificación malondialdehído-acetaldehído de fabricación propia, isotipo IgG (punto de corte 15.05 ng/mL)].

P302 Figura. Mapa de calor de la correlación entre KL-6 sérico y diferentes especificidades de AMPAs en pacientes con AR.

Tabla P302

Características basales de pacientes con AR según los niveles de KL-6

Variable	Grupo total AR (N = 166)	KL-6 alto (n = 35)	KL-6 normal (n = 131)	p
Edad, años	62,9 ± 12,3	68,0 ± 10,0	61,5 ± 12,5	0,005
Sexo masculino	39 (23,5)	12 (34,3)	27 (20,6)	0,090
Tabaquismo (actual o previo)	86 (51,8)	18 (51,4)	68 (51,9)	0,871
Duración AR, años	9,1 ± 8,7	10,7 ± 7,8	8,7 ± 8,9	0,250
FR, positivo	110 (66,3)	25 (71,4)	85 (64,9)	0,467
FR, niveles (IU)	219,1 ± 399,5	395,5 ± 685,0	172,0 ± 263,2	0,003
ACPA, positivo	142 (85,5)	28 (80,0)	114 (87,0)	0,294
ACPA, niveles (CU)	1.201,6 ± 2.107,4	1.257,6 ± 1.096,2	1.186,7 ± 2.306,8	0,860
DAS28-VSG	3,0 ± 1,2	3,3 ± 1,3	2,9 ± 1,2	0,094
GC, actual	99 (59,6)	27 (77,1)	72 (55,0)	0,018
MTX, actual	101 (69,8)	20 (57,1)	81 (61,8)	0,614
FAMEb, actual	51 (30,7)	9 (25,7)	42 (32,1)	0,020
EPID-AR	36 (21,7)	19 (54,3)	17 (13)	< 0,001
Patrón NIU (TCAR)	18 (18,8)	8 (22,9)	10 (7,6)	< 0,001
CVF, % predicho	79,7 ± 16,2	77,1 ± 15,7	82,8 ± 16,7	0,289
DLco, % predicho	63,0 ± 16,6	59,2 ± 17,3	67,9 ± 14,8	0,116
Mortalidad	24 (14,5)	12 (34,3)	12 (9,2)	< 0,001

ACPA: anticuerpos contra péptidos/proteínas citrulinadas; CVF: capacidad vital forzada; DLco: capacidad de difusión del monóxido de carbono; FAMEb: fármaco modificador de la enfermedad biológico; FR: factor reumatoide; GC: glucocorticoides; MTX: metotrexato; NIU: neumonía intersticial usual; TCAR: tomografía axial de alta resolución.

87,0) y 60 (49,0-70,4), respectivamente. El patrón más frecuente en la TCAR fue el de neumonía intersticial usual (NIU) en la mitad de los casos. El valor medio de KL-6 fue de 513,1 ± 480,1 U/ml. Los niveles de KL-6 resultaron elevados (> 627 U/ml) en 35 pacientes (21%). Los niveles séricos de KL-6 en el grupo EPID-AR fueron significativamente más altos comparados con el grupo AR sin EPID (884,0 ± 134,6 vs. 410,4 ± 262,4 U/ml; p < 0,001). Los pacientes con KL-6 elevado tenían mayor prevalencia de EPID-AR (54,3 vs. 13,0%; p < 0,001), mayor proporción de patrón NIU en la TCAR (22,9 vs. 7,6%; p < 0,001), así como una mayor mortalidad (34,3 vs. 9,2%; p < 0,001) (tabla). El KL-6 sérico presentaba una correlación negativa con la CVF (r = -0,359; p = 0,027) y la DLco (r = -0,365; p = 0,026). Durante el seguimiento murieron 24 (14,5%) pacientes, principalmente por infecciones respiratorias (62,5%), con una mediana de 20 meses (7,0-29,0). Un total de 128 pacientes disponían de datos de AMPAs. El KL-6 sérico presentaba una correlación positiva moderada con los anticuerpos HSA-MAA IgA (r = 0,56; p = 0,048) en los pacientes con patrón no NIU (fig.). Los anticuerpos anti-CarP (Fib IgG: 81,8 vs. 54,7; p = 0,019) y anti-MAA (HSA-MAA IgA: 36,4% vs. 10,4; p = 0,018) se asociaron significativamente con valores elevados de KL-6.

Conclusiones: Los niveles elevados de KL-6 son útiles como biomarcador para el diagnóstico y la estratificación del pronóstico en pacientes con EPID-AR, especialmente en aquellos con patrón de NIU en la TCAR. La elevación de KL-6 se asoció con algunos AMPAs, como anti-CarP y anti-MAA.

P303. CUANTIFICACIÓN DE CALCIO CORONARIO Y RIGIDEZ ARTERIAL CAROTIDEA COMO PREDICTORES DE EVENTO CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Cristina Corrales-Selaya¹, Nuria Vegas-Revenga², Jose Antonio Parra Blanco³, Virginia Portilla⁴, Ricardo Blanco¹, Miguel A. González-Gay⁵, Iván Ferraz-Amaro⁶ y Alfonso Corrales¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Reumatología. Hospital de Galdácano. Galdakao. ³Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Enfermería-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Reumatología. Universidad de Cantabria. IDIVAL. Santander y Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz Madrid. ⁶Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un mayor riesgo de padecer eventos cardiovasculares (ECVs) y mayor mortalidad que la población general. Diversos estudios han propuesto la cuantificación de calcio coronario (CAC) mediante tomografía axial computarizada multidetector (TACM) y el valor de rigidez arterial carotídea determinado mediante la velocidad de onda de pulso (VOP), para ser utilizados como marcadores subrogados de riesgo CV en la población general.

Objetivos: El principal objetivo es determinar la capacidad de la cuantificación del CAC y de la VOP de predecir el riesgo de evento cardiovascular y mortalidad general en pacientes con AR.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de 126 pacientes con AR sin eventos cardiovasculares previos que fueron reclutados en 2011 y seguidos durante 10 años. Todos los pacientes se realizaron un TACM coronario y una ecografía carotídea al inicio del estudio. La asociación entre la CAC basal y la VOP con la mortalidad general y la presencia de ECVs fue determinada mediante Regresión de Cox univariante y multivariante. La CAC y la VOP fueron determinadas como variables continuas y también como categóricas, según los siguientes intervalos para CAC 0, 1-100, 101-400, > 400 Unidades Agatston (UA) y la dicotomización de VOP en mayor o menor de 10 m/s.

Resultados: Se incluyeron un total de 126 pacientes, 92 mujeres (73%), con una edad media de 59 ± 10 años. Las principales características basales, factores de riesgo CV, datos de actividad de la enfermedad y tratamientos se detallan en la tabla 1, así como los parámetros basales que mostraron asociación estadísticamente significativa con la mortalidad y el ECV. Tras un seguimiento de 14,479 personas/meses, se produjeron 15 muertes y 24 eventos cardiovasculares en 18 pacientes. Las principales causas de mortalidad fueron las infecciones (n = 7, 46,7%) y las neoplasias (n = 5, 33,3%). En el análisis univariante, los valores de CAC superior a 400 unidades Agatston se asociaron con un aumento de riesgo de mortalidad general estadísticamente significativo (HR 5,13 (IC95% 1,03-25,41), p = 0,045). No obstante, en el análisis multivariante ajustado por factores de riesgo CV clásicos, los resultados obtenidos no presentaron significación estadística. El incremento del valor del CAC como variable continua, se asoció significativamente con un aumento del riesgo de evento cardiovascular tanto en el análisis univariante (HR 1,002 (IC95% 1,0008-1,003), p = 0,001) como en el multivariante (HR 1,002 (1,0004-1,003), p = 0,011). El aumento en el valor de la rigidez arterial carotídea medida mediante VOP se relacionó de forma estadísticamente significativa con la mortalidad general en el análisis univariante. Lo mismo

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE UNA COHORTE DE 126 PACIENTES CON AR SIN EVENTOS CARDIOVASCULARES PREVIOS.

Características Basales		Mortalidad			Evento Cardiovascular		
		HR	IC (95%)	P	HR	IC (95%)	p
Edad, años, (media±ds)	59±10	1.12	1.04-1.21	0.003	1.09	1.02-1.15	0.010
Mujer, n (%)	92 (73)	1.33	0.45-3.89	0.61	1.02	0.37-2.87	0.96
Fumador o exfumador, n (%)	64 (51)	1.50	0.53-4.20	0.45	0.96	0.38-2.42	0.93
Obesidad, n (%)	42 (33)	0.70	0.22-2.20	0.54	0.74	0.26-2.07	0.57
Hipertensión, n (%)	53 (42)	1.59	0.58-4.38	0.37	1.14	0.45-2.90	0.78
Diabetes Mellitus, n (%)	9 (7)	0.89	0.11-6.70	0.90	2.90	0.85-10.05	0.092
Dislipemia, n (%)	64 (51)	0.63	0.22-1.76	0.37	0.97	0.39-2.45	0.95
Hipertrigliceridemia, n (%)	20 (16)	1.00	0.99-1.00	0.65	1.00	0.99-1.00	0.84
IMC, kg/m2 (media±ds)	29±10	1.00	0.93-1.05	0.77	0.99	0.93-1.03	0.61
Perímetro abdominal, cm (media±ds)	88±30	1.02	0.97-1.10	0.47	1.00	0.98-1.02	0.99
Colesterol, mg/dl (media±ds)							
Colesterol total	214±43	1.00	0.99-1.01	0.78	1.00	0.98-1.01	0.39
Lipoproteína de alta densidad (HDL)	64±19	1.00	0.97-1.02	0.62	1.00	0.98-1.03	0.91
Lipoproteína de baja densidad (LDL)	129±36	1.00	0.99-1.01	0.58	0.99	0.98-1.00	0.22
Trigliceridemia	108±60	1.00	0.99-1.01	0.65	1.55	0.51-4.71	0.44
Duración de la enfermedad (mediana, [RIC])	8.6 (4.5-14.5)	1.01	0.96-1.08	0.58	1.01	0.96-1.07	0.57
PCR, mg/l (mediana, [RIC])	2.2 (0.8-6.6)	1.01	0.98-1.04	0.47	0.99	0.95-1.04	0.64
VSG, mm/1ª hora (mediana, [RIC])	12 (6-20)	1.01	0.99-1.04	0.56	0.99	0.95-1.03	0.43
Factor Reumatoide/ ACPA, n (%)	79 (63)/80 (63)	2.50	0.70-8.83	0.16	2.20	0.72-6.70	0.16
DAS28-VSG (media±ds)	3.15±1.36	0.88	0.60-1.29	0.50	1.18	0.86-1.64	0.31
DAS28-PCR (media±ds)	2.98±1.19	0.78	0.49-1.23	0.28	1.30	0.91-1.87	0.15
SCORE EULAR 2016 (media±ds)	1.5 (0.0-3.0)	1.16	1.07-1.25	0.000	1.02	0.91-1.16	0.70
SCORE 2 (media±ds)	4.7 (2.8-7.1)	1.00	0.99-1.01	0.56	1.00	0.98-1.01	0.58
QRISK3 (media±ds)	12.7 (6.6-21.1)	1.06	1.02-1.10	0.005	1.04	1.01-1.08	0.013
AINES, n (%)	52 (41)	0.94	0.34-2.65	0.91	1.17	0.46-2.96	0.74
Prednisona, n (%)	59 (47)	0.55	0.19-1.62	0.28	1.45	0.57-3.66	0.44
Prednisona dosis, mg/día (mediana, [RIC])	0 [0-5]	0.89	0.71-1.10	0.28	1.10	0.94-1.29	0.24
FAMEs, n (%)							
Metotraxato	90 (71)	1.10	0.35-3.47	0.87	0.83	0.31-2.20	0.71
Leflunomida	13 (10)	0.61	0.08-4.60	0.63	1.73	0.50-6.00	0.38
Hidroxicloroquina	22 (17)	0.70	0.60-3.13	0.65	1.93	0.69-5.41	0.21
Salazopirina	0 (0)						
Tratamientos Biológicos, n (%)							
AntiTNF	22(17)	0.34	0.04-2.60	0.30	1.48	0.49-4.49	0.49
Tocilizumab	21 (17)	0.35	0.05-2.63	0.31	1.06	0.31-3.67	0.93
Rituximab	5 (4)	1.84	0.24-14.00	0.56	4.22	0.97-18.40	0.055
Abatacept	2 (2)	1.23e-14	-	1.00	3.39	0.45-25.40	0.24
Inhibidores de JAK, n (%)	4 (3)	2.19	0.29-16.60	0.45	5.97e-16	-	0.00

Tabla 1. En negrita los parámetros que se asociaron significativamente con mortalidad o evento CV.

CAC	Mortalidad General					Evento Cardiovascular				
	Hazard ratio, (Intervalo de Confianza 95%), p									
	Univariante		Multivariante			Univariante		Multivariante		
CAC, Agatson units	1.00	0.99-1.00	0.25			1.002	1.0008-1.003	0.001	1.002 (1.0004-1.003)	0.011
log CAC, Agatson units	1.10	0.78-1.55	0.59			1.81	1.20-2.75	0.005	1.91 (1.15-3.17)	0.012
CAC Categ										
0	ref.			ref.		ref.			ref.	
1-100	2.47	0.64-0.58	0.19	0.78 (0.16-3.75)	0.76	1.31	0.40-4.28	0.66	0.77 (0.21-2.84)	0.69
101-400	2.21	0.37-13.22	0.39	0.83 (0.12-5.66)	0.85	1.34	0.26-6.93	0.72	0.72 (0.13-4.13)	0.71
>400	5.13	1.03-25.41	0.045	1.55 (0.23-10.45)	0.65	5.71	1.64-19.82	0.006	2.23 (0.45-11.03)	0.32
Rigidez Carotídea										
VOP, m/s	1.29	1.08-1.52	0.004	1.18 (0.96-1.44)	0.12	1.14	0.99-1.31	0.078	1.04 (0.85-1.26)	0.73
VOP > 10 m/s	3.19	1.11-9.20	0.032	2.29 (0.69-7.63)	0.18	1.90	0.67-5.40	0.23		

Tabla 2. Regresión de Cox. Análisis multivariante ajustado por edad, fumador, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia e IMC.

ocurrió al categorizar esta variable, ya que los valores superiores a 10 m/s en el análisis univariante se asociaron estadísticamente con la mortalidad general. No obstante, esta relación no se mantuvo en el análisis multivariante, ni tampoco se pudo demostrar con los ECVs.

CONCLUSIÓN: La determinación de CAC en pacientes con AR tiene capacidad predictiva para evento CV. En nuestra cohorte de 126 pacientes con AR, el incremento de los valores de VOP no se correlacionó con la mortalidad general ni con los ECVs tras 10 años de seguimiento.

P304. INCIDENCIA DE SUSPENSIÓN DE FAME BIOLÓGICOS POR INEFICACIA O EVENTO ADVERSO EN UNA COHORTE DE INCEPCIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE

Zulema Rosales Rosado¹, Cristina Lajas Petisco¹, Cristina Hormigos Martín¹, María Rodríguez Laguna¹, Cristina Vadillo Font¹, Leticia León² y Lydia Abasolo²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
²Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha sufrido un enorme cambio en las dos últimas décadas gracias al desarrollo de los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb). Estos fármacos se usan ampliamente en práctica clínica pero la información sobre su suspensión en este entorno y, especialmente, por los motivos más habituales, ineficacia y evento adverso (EA), es escasa.

Objetivos: Describir las características de los EA a FAMEb y evaluar la incidencia de suspensión por ineficacia y EA de los FAMEb en una cohorte de inyección de AR.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Pacientes: pacientes con primer diagnóstico de AR entre 01/01/07 y 31/12/15 seguidos hasta el 01/01/22 que recibieron ≥ 1 FAMEb durante ≥ 3 meses. Variable principal: suspensión de un FAMEb por ineficacia o EA (moderado: suspensión del fármaco, grave: suspensión del fármaco y hospitalización o muerte a causa del EA). Covariables: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. Análisis: técnicas de supervivencia para estimar las tasas de incidencia (TI) de suspensión por 100 pacientes-año con su respectivo intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados. Se incluyeron 186 pacientes (927,86 pacientes-año), el 81,72% eran mujeres con una edad media al inicio del FAMEb de 52,38 ± 13,80. Otras características basales: 63,98% factor reumatoide positivo, 55,80% anti-CCP positivos, VSG media: 41,56 ± 28,42 mm/h. Comorbilidades más frecuentes al diagnóstico: hipercolesterolemia (26,34%), hipertensión arterial (23,66%). Los 186 pacientes recibieron 347 cursos de tratamiento con un FAMEb de los que 92 se suspendieron por ineficacia (TI 9,92 [8,08-12,16]) y 81 por EA (TI 8,73 [7,02-10,85]). El 75,30% de los EA fueron moderados (TI 6,57 [5,12-8,45]) y el 24,69% graves (TI 2,16 [1,39-3,34]). La infección fue la causa más frecuente de EA (n = 28, 35,44%), seguida de las reacciones alérgicas (n = 16, 20,25%); 2 pacientes fallecieron por EA. La TI de suspensión por ineficacia (tabla 1) fue superior en el sexo femenino (TI 11,06 [8,93-13,70]), pacientes < 46 años (TI 13,91 [10,76-17,99]), cursos posteriores de tratamiento (TI 14,98 [11,25-19,93]), uso concomitante de corticoides (TI 10,50 [8,40-13,12]) y con algunos FAMEb (TI abatacept 25,72 [14,24-46,44], TI anti-IL6 12,18 [5,81-25,54]). La TI de suspensión por EA (tabla 2) fue mayor en mujeres (TI 9,22 [7,29-11,65]), pacientes > 70 años (TI 11,53 [6,20-21,42]), uso concomitante de corticoides (TI 9,27 [7,31-11,76]) y con el uso de ciertos FAMEb (TI inhibidores de JAK 17,51 [9,11-33,66], TI abatacept 16,37 [7,80-34,33]). Estos resultados fueron similares independientemente de la gravedad del EA excepto por el sexo en EA graves (TI varones 4,15 [1,98-8,71], TI mujeres 1,71 [0,99-2,95]).

Conclusiones. Las suspensiones FAMEb en práctica clínica por ineficacia (TI 9,92%) y EA (TI 8,73%) son relativamente frecuentes. La mayoría de los EA registrados son moderados; la infección fue la principal causa de EA. Hemos encontrado mayores TI de suspensión de FAMEb por ineficacia en el sexo femenino, pacientes jóvenes, posteriores cursos de tratamiento, uso concomitante de corticoides, con algunos FAMEb concretos (abatacept, anti-IL6). Las TI de suspensión por EA son mayores en el sexo femenino (excepto EA graves que son mayores en varones), pacientes de mayor edad, uso concomitante de corticoides, así como con algunos FAMEb (inhibidores de JAK y abatacept).

Tabla 1. Incidencias de suspensión por Ineficacia

	Pacientes/año	N	TI	IC95%
Total	927,86	92	9,92	8,08-12,16
Por género				
Mujeres	759,25	84	11,06	8,93-13,70
Hombres	168,61	8	4,75	2,37-9,49
Por edad				
< 46 años	416,93	58	13,91	10,76-17,99
47-69 años	424,17	27	6,37	4,37-9,28
> 70 años	86,76	7	8,07	3,85-16,92
Por curso de tratamiento				
Primero	614,04	45	7,33	5,47-9,82
Posteriores	313,82	47	14,98	11,25-19,93
Por uso concomitante de metotrexate				
No	437,94	45	10,26	7,67-13,76
Sí	489,92	47	9,59	7,21-12,77
Por uso concomitante de corticoides				
No	194,29	15	7,72	4,65-12,81
Sí	733,57	77	10,59	8,40-13,12
Por FAMEb				
Abatacept	42,77	11	25,72	14,24-46,44
Adalimumab	210,13	16	7,61	4,67-12,43
Certolizumab	117,85	18	15,27	9,62-24,24
Etanercept	234,08	22	9,4	6,19-14,27
Golimumab	23,41	3	12,81	4,13-39,73
Infliximab	32,56	2	6,14	1,54-24,56
Rituximab	158,19	9	5,69	2,96-10,94
Tocilizumab	48,78	4	8,2	3,08-21,85
Sarilumab	8,7	3	34,48	11,12-106,91
Baricitinib	13,1	2	15,27	3,82-61,04
Tofacitinib	11,69	2	17,11	4,28-68,42
Upadacitinib	26,6	0	0	-

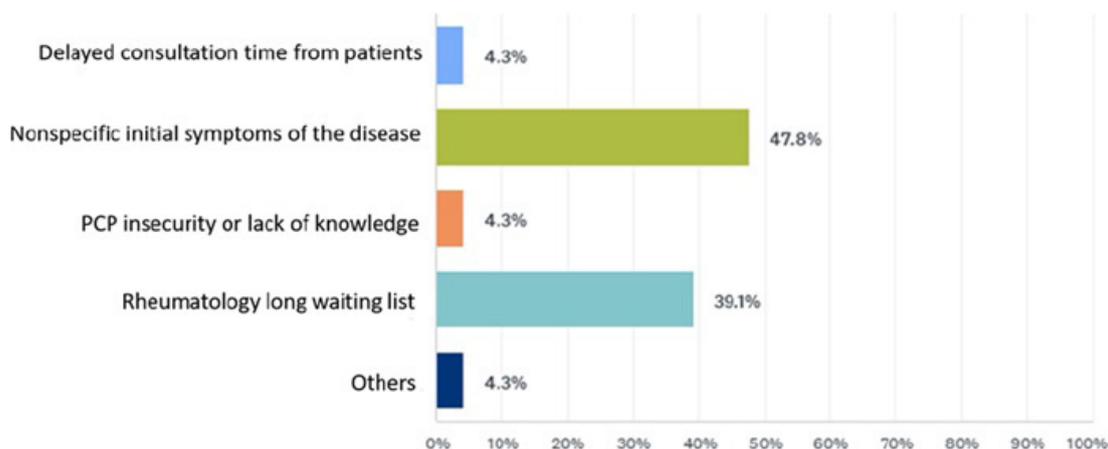
Tabla 2. Incidencias de EA

	Pacientes/año	N	TI	IC95%
Total	927,86	81	8,73	7,02-10,85
Moderados		61	6,57	5,12-8,45
Graves		20	2,16	1,39-3,34
Por género				
Femenino	759,25	70	9,22	7,29-11,65
Masculino	168,61	10	6,52	3,61-11,78
Por edad				
< 46 años	416,93	33	7,92	5,63-11,13
47-69 años	424,17	38	8,96	6,52-12,31
> 70 años	86,76	10	11,53	6,20-21,42
Por uso concomitante de metotrexate				
No	437,94	41	9,36	6,89-12,72
Sí	489,92	40	8,17	5,99-11,13
Por uso concomitante de corticoides				
No	194,29	13	6,69	3,89-11,52
Sí	733,57	68	9,27	7,31-11,76
Por uso de FAMEb				
Abatacept	42,77	7	16,37	7,80-34,33
Adalimumab	210,13	17	8,09	5,03-13,01
Certolizumab	117,85	11	9,33	5,17-16,85
Etanercept	234,08	14	5,98	3,54-10,10
Golimumab	23,41	4	17,09	6,41-45,52
Infliximab	32,56	7	21,5	10,25-45,09
Rituximab	158,19	6	3,79	1,70-8,44
Tocilizumab	48,78	4	8,2	3,08-21,85
Sarilumab	8,7	2	22,99	5,75-91,91
Baricitinib	13,1	6	45,8	20,58-101,94
Tofacitinib	11,69	1	8,56	1,21-60,74
Upadacitinib	26,6	2	7,52	1,88-30,07

P305. REFERRAL PATTERN AND PRIMARY CARE PHYSICIANS' PERSPECTIVE TO IDENTIFY PATIENTS WITH SUSPECTED RHEUMATOID ARTHRITIS: ROOM FOR IMPROVEMENT

Marina Sánchez Lucas¹, Camille Bourgeois Avella¹, Teresa Schiaffino², Jorge Olmedo³, Juan Molina Collada^{1,2}, Julia Martínez-Barrio^{1,2}, Javier Rivera^{1,2}, Jose-Maria Alvaro-Gracia^{1,2,4} and Isabel Castrejón Fernández^{1,2,4}

¹Rheumatology. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. ²Rheumatology. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid. ³Centro de Salud de Ibiza. ⁴Department of Medicine. Complutense University of Madrid. Madrid.



PCP's perception for delay in assessing patients with RA for early treatment

P305 Figura

Introduction: Primary care physicians (PCPs) play a crucial role in early recognition and referral of patients with rheumatoid arthritis (RA) to improve management and patient outcomes. However, the non-specific symptoms early in the disease and the long waiting list to access rheumatology clinics result in a challenge and there is limited information on perceived barriers by PCPs and areas of improvement for early referral.

Objectives: To evaluate referral patterns in an early arthritis clinic (EAC) with direct access for PCPs and to explore variables that may influence an adequate referral and PCP's perspective and needs to identify areas of improvement.

Methods: An EAC (REUCARE) was started in our academic center in January 2022 providing direct access for patients with suspected RA or undifferentiated arthritis. Referral criteria are strictly clinical, based on previous EAC, literature review and approved by a PCP committee: > 2 swollen joints, duration of symptoms < 2 years and no previous diagnosis by a rheumatologist. A total of 180 PCPs from 11 centers have direct access to REUCARE. Data collected: distance hospital- primary care center, number of PCP per center, and zip codes as a surrogate for patient income. A survey was developed to explore PCPs demographics, level of confidence, factors and potential barriers for early referral and interest on rheumatological training. A descriptive analysis of the referral pattern and survey results is presented. A multivariate logistic regression model was performed to identify variables associated with an appropriate referral.

Results: From January to October 2022, 140 patients were referred, 66.4% female, mean age of 54.2 (15.3) years. A total of 38 (27%) patients fulfilled the predefined referral criteria: RA (15.8%), psoriatic arthritis (7.9%) and undifferentiated arthritis (76.3%). Patients with adequate referral were younger (50.4 vs. 55.6, $p = 0.03$), but have similar income and were referred from a PCP center with similar characteristics in term of size and distance from the EAC. The survey response was 10%: 67% of PCPs were aware of the importance of early diagnosis but they felt not very confident making the initial diagnostic (61% "somehow confident" and 35% "not confident"). Main reasons for referral were clinical presentation (65%), positive rheumatoid factor (46%) and elevation of acute phase reactants (46%). Main reasons for delay were nonspecific initial symptoms (48%) and rheumatology long waiting list (39%) (Figure). Although 77% indicated using additional resources to improve RA knowledge, all participants would be interested in additional training or resources as e-consult (87%), updated mini guidelines (78%) and face-to face meetings with rheumatologists.

Conclusions: Only 27% of patients referred to the EAC were adequately referred. Although most PCPs are aware of the importance

of early diagnosis of RA, they feel uncomfortable making the initial diagnosis and need to enhance clinical skill to discriminate RA mainly from osteoarthritis and non-specific arthralgias. Younger age was the only variable associated with adequate referral. Resources to improve referral, including e-consult and specific guidelines, are in need as part of the actual referral program.

Acknowledgements: This work was supported by a grant PI20/00847 and approved by a CEIM (02-08-2021, acta 03/2021). IC received support for research protected time by the Spanish Society of Rheumatology (SER).

P306. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS MAYORES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JAK EN UN ÚNICO CENTRO TERCIARIO

Libe Ibarrola Paino, Irene Piñeiro Bugallo, Guillén Sada Urmeneta, Uxue Astigarraga Urquia, Marta López Gómez, Javier Mendizábal, Natividad del Val del Amo, Laura Garrido Courel, Inmaculada Paniagua Zudaire, Loreto Horcada, Ricardo Gutiérrez y Concepción Fito Manteca

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Introducción: Los Inhibidores de JAK (JAKi) son fármacos que inhiben la actividad de la quinasa Janus y disminuyen la transducción intracelular de la vía JAK/STAT. Han supuesto una revolución en el manejo de enfermedades autoinmunes, por lo que, pacientes sin eficacia o efectos adversos a otros tratamientos, podrían beneficiarse. Así mismo, se administran por vía oral, por lo que podría mejorar la adherencia al tratamiento. Sin embargo, son escasos los datos que existen acerca de su seguridad.

Objetivos: Evaluar los eventos adversos mayores que se producen en pacientes con distintas enfermedades reumatológicas, en tratamiento con Inhibidores de JAK, en un único centro terciario entre los años 2018-2022.

Métodos: Realizamos un análisis descriptivo, retrospectivo, de pacientes en tratamiento con JAKi (baricitinib, filgotinib, tofacitinib y upadacitinib), separándolos por género, comorbilidades y enfermedades inmunomediadas. Para ello se recogieron los datos de las historias de 203 pacientes de un único centro. Para evaluar los eventos adversos mayores, comorbilidades, tratamientos previos y concomitantes.

Resultados: Hemos analizado una muestra de 204 pacientes de los que 27 pacientes (13,3%) han recibido dos JAKi y 5 pacientes (2,5%) tres. De la muestra de 240 tratamientos 192 (80%) fueron mujeres y 48 (20%) hombres. El 23,3% eran hipertensos, un 40,4% dislipémicos, 11,2% diabéticos, 21,2% obesos, un 27,7% eran fumadores y tan

FRCV (N: 240 tratamientos)	Baricitinib 2mg (total 44)	Baricitinib 4mg (total 62)	Filgotinib 200mg (total 17)	Tofacitinib 5mg (total 64)	Upadacitinib 15mg (total 53)
Tabaco (fumadores y ex)	16	38	7	26	26
Alcohol	0	2	0	1	1
HTA	13	15	5	17	6
DLP	16	33	5	27	16
DM	6	10	1	8	2
Obesidad	16	14	2	12	7

Tabla 1. FRCV en pacientes con distintos tratamientos.

Evento adverso	Tto	Dx	FAMESsc previos	FAME sc concomitante	Biológicos previos	Comorbilidad
IAM	Upa	AR	MTX, LFN	No	No	No
TArt 1	Bari 2mg	AR	MTX, LFN	LFN	(5) TCZ, ABA, ADA, RTX, IFX	HTA, DLP, OBE
TArt 2	Bari 4mg	AR	MTX, LFN	No	(3) TCZ, ABA, IFX	HTA, DLP, OBE
TArt 3	Bari 4mg	Ar indet	MTX, LFN	MTX	(4) TCZ, ABA, ADA, GOL	HTA, DLP
TArt 4	Bari 4mg	AR	MTX, HCQ	LFN	(5) TCZ, ABA, GOL, RTX, GUS	DLP
TV 1	Bari 2mg	AR	MTX, HCQ	No	(3) ABA, IFX, ETN	DLP
TV 2	Bari 2mg	AR	MTX	No	(5) ABA, ADA, GOL, SAR, ETN	No
TV 3	Bari 4mg	AR	MTX, LFN	LFN	(2) TCZ, ETN	DLP
TV 4	Bari 4mg	AR	MTX	No	(3) TCZ, ABA, ETN	DLP
ACV 1	Bari 2mg	AR	MTX, LFN, SSZ	No	(3) ADA, RTX, ETN	HTA, DM, OBE
ACV 2	Tofa	AR	MTX, LFN	No	(4) TCZ, ADA, ABA, RTX	DLP

Tart (Trombosis arterial), TV (trombosis venosa), ACV (Accidente cerebrovascular). AR (Artritis Reumatoide). MTX (Metotrexato), LFN (Leflunomida), SSZ (Sulfasalazina), TCZ (Tocilizumab), ABA (Abatacept), ADA (Adalimumab), ETN (Etanercept), RTX (Rituximab), GOL (Golimumab), IFX (Infliximab), GUS (Guselkumab). DLP (Dislipemia), HTA (hipertensión arterial), DM (Diabetes mellitus), OBE (Obesidad)

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con eventos adversos cardiovasculares.

solo 1,7% tenían un consumo abusivo de alcohol. El 18,3% recibió tratamiento con baricitinib 2 mg, un 25,8% con baricitinib 4 mg, el 26,7% con tofacitinib 5 mg, 22,1% con upadacitinib 15 mg y el 7,1% restante con filgotinib 200 mg. Se han objetivado 23 eventos adversos importantes (11,33%). 1 paciente (0,5%) sufrió un infarto agudo de miocardio, 2 pacientes (1%) sufrieron un accidente cerebrovascular, 4 pacientes (2%) una trombosis arterial, 4 pacientes (2%) una trombosis venosa, 7 pacientes (3,4%) una reactivación del virus herpes zoster. Se objetiva aparición de neoplasia en 5 pacientes (2,5%) de los que 3 fueron durante el tratamiento y 2 pacientes 2 años tras su suspensión. De los que ocurren durante el tratamiento uno fue un cáncer gástrico, otro un hepatocarcinoma y el tercero un linfoma no Hodgkin. El 60% (14 pacientes) estaban en tratamiento con baricitinib, el 30,4% (7 pacientes) con tofacitinib, el 4,34% (1 paciente) con upadacitinib y el 8,6% (2 pacientes) con filgotinib. los dos pacientes con filgotinib fueron tratados anterior-

mente uno con tofacitinib y otro con baricitinib. El 91% (21 pacientes) fueron diagnosticados de artritis reumatoide y el restante de artritis indeterminada. De los pacientes que sufrieron eventos, el 30,4% eran dislipémicos, el 13% hipertensos, el 8,6% diabéticos y el 8,6% obesos. Estos pacientes habían recibido una media de 2 FAMES sintéticos convencionales y 3 FAMES biológicos previo al JAKi.

Conclusiones: En nuestra cohorte, 23 pacientes sufrieron eventos adversos mayores de los cuales el 91% tenían artritis reumatoide y el 60,86% estaban en tratamiento con baricitinib. El evento adverso más frecuente fue la reinfección del virus herpes zoster seguido de las neoplasias y la trombosis arterial y venosa. De la muestra general, únicamente el 30% de los pacientes con eventos adversos presentaba comorbilidades. Sin embargo, de los tratados con baricitinib que tuvieron evento adverso, el 78,5% tenían factores de riesgo cardiovasculares previos.

P307. ADDED VALUE OF FDG-PET/CT TO DETECT AORTIC INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH ULTRASOUND PROVEN GIANT CELL ARTERITIS

Juan Molina-Collada^{1,2}, Isabel Castrejón^{1,2,3}, Irene Monjo-Henry⁴, Elisa Fernández-Fernández⁴, Gabriela Torres Ortiz⁴, Julia Martínez-Barrío^{1,2}, José María Álvaro-Gracia^{1,2,3} and Eugenio de Miguel⁴

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid.

⁴Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introduction and objectives: Ultrasound (US) can detect signs of large vessel (LV) involvement at axillary, subclavian and carotid arteries of giant cell arteritis (GCA) patients, but has limited access to the thoracic aorta. Although aortic involvement is not routinely evaluated in all patients with GCA, it may cause a life-threatening situation as result of serious complications such as aneurysms or dissection. Our aim is to determine the added value of performing FDG-PET/CT to detect aortitis in patients with US proven GCA and to identify factors associated with aortic involvement.

Methods: Retrospective observational study of patients referred to the US fast track clinics of two academic centres over a 4-years period. Only patients with proven GCA by US were included for analysis. Baseline US exam of cranial and extracranial arteries (carotid, subclavian and axillary) was performed in all patients at diagnosis within 24-48 hours. FDG-PET/CT was performed according to clinician criteria and images were assessed by expert nuclear medicine physicians. An FDG artery uptake at the thoracic or abdominal aorta higher than liver uptake was defined as aortitis. Between groups comparisons were made in patients with and without aortitis.

Results: Seventy two patients over 186 patients with confirmed GCA by US underwent an FDG-PET/CT (mean age 77 years, 52.8% females). A total of 48 (66.7%) had LV-GCA based on imaging find-

ings, with 29 (40.3%) presenting positive FDG-PET/CT for LV-GCA and 24 (33.3%) presenting artery uptake throughout the aorta suggestive of aortic involvement (Table). Only 6 (20.7%) patients had negative US findings of LV-GCA but positive FDG-PET/CT. Among patients with aortitis according to FDG-PET/CT, only 2 (8.3%) had negative US findings of LV-GCA. In contrast, 19 (45.2%) patients with US findings of LV-GCA had negative FDG-PET/CT. Patients with aortitis were younger (68.9 vs. 81, $p < 0.001$), more frequently females (79.2 vs. 39.6%, $p = 0.002$) and had higher level of platelets (413.4 vs. 311.1, $p = 0.014$). None of the patients with aortitis referred visual symptoms (0 vs. 31.2%, $p = 0.001$) and they presented positive temporal artery US less frequently (41.7 vs. 83.3%, $p < 0.001$) but more LV involvement (91.7 vs. 41.7%, $p < 0.001$) versus patients without aortic involvement.

Conclusions: FDG-PET/CT can detect aortic involvement in 1 out of every 3 patients with US proven GCA. However, most of these patients show US findings of LV-GCA. In contrast, half of patients with US proven LV-GCA may have negative FDG-PET/CT. Younger and female GCA patients, with thrombocytosis, absence of visual manifestations and US pattern of LV-GCA may present more frequently aortitis by FDG-PET/CT.

P308. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CAPILAROSCOPIAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ricardo Juan Gil Vélez, Lucas Robles Kirkegard y Lara Méndez Díaz
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La capilaroscopia es una técnica de estudio mediante imágenes directas *in vivo* de la microcirculación cutánea. Constituye un método accesible y no invasivo para analizar las anomalías microvasculares en pacientes con enfermedades reumatológicas. Se ha demostrado su utilidad en enfermedades como la esclerosis sistémica (ES), el síndrome de Sjögren, la artritis

Table P307

Clinical, laboratory and imaging findings of patients included in the fast-track pathway with US proven GCA who underwent FDG-PET/CT with and without aortic involvement

	Total (n = 72)	Patients with aortic involvement in FDG-PET/CT, n = 24 (33.3%)	Patients without aortic involvement in FDG-PET/CT, n = 48 (66.7%)	p
Demographics				
Age, mean (SD)	77 (9.1)	68.9 (8.1)	81 (6.5)	< 0.001
Female, n (%)	38 (52.8%)	19 (79.2%)	19 (39.6%)	0.002
Clinical variables				
PMR diagnosis before US examination, n (%)	15 (20.8%)	3 (12.5%)	12 (25%)	0.432
Headache, n (%)	49 (68.1%)	14 (58.3%)	35 (72.9%)	0.211
Scalp tenderness, n (%)	16 (22.2%)	3 (12.5%)	13 (27.1%)	0.232
Jaw claudication, n (%)	16 (22.2%)	4 (16.7%)	12 (25%)	0.423
Visual symptoms, n (%)	15 (20.8%)	0 (0%)	15 (31.2%)	0.001
Ocular ischaemia, n (%)	6 (8.3%)	0 (0%)	6 (12.5%)	0.07
Constitutional symptoms, n (%)	42 (58.3%)	17 (70.8%)	25 (52.1%)	0.128
Fever, n (%)	19 (26.4%)	9 (37.5%)	10 (20.8%)	0.130
Morning stiffness in shoulders/neck, n (%)	38 (52.8%)	10 (41.7%)	28 (58.3%)	0.182
Abnormal TA clinical examination, n (%)	11 (15.3%)	3 (12.5%)	8 (16.7%)	0.643
Laboratory findings				
CRP (mg/L), mean (SD)	85.8 (79.6)	101.8 (77.8)	77.8 (80.4)	0.230
ESR (mm/h), mean (SD)	68.6 (33.6)	69.7 (31.8)	68 (34.7)	0.839
Haemoglobin (g/dL), mean (SD)	11.9 (1.6)	11.5 (1.5)	12.1 (1.7)	0.139
Platelets 109/L, mean (SD)	345.7 (152.1)	413.4 (169.7)	311.11 (131.1)	0.014
Fulfilling 1990 ACR GCA classification criteria, n (%)	38 (52.8%)	9 (37.5%)	29 (60.4%)	0.066
Fulfilling 2022 ACR/EULAR GCA classification criteria, n (%)	68 (94.4%)	22 (91.7%)	46 (95.8%)	0.467
Histology				
Temporal artery biopsy positive n = 22, n (%)	9 (40.9%)	2 (28.6%)	7 (46.7%)	0.421
Imaging				
Positive cranial ACG US, n (%)	50 (69.4%)	10 (41.7%)	40 (83.3%)	< 0.001
Positive large vessel-GCA US, n (%)	42 (58.3%)	22 (91.7%)	20 (41.7%)	< 0.001
Negative large vessel-GCA US, n (%)	30 (41.7%)	2 (8.3%)	28 (58.3%)	< 0.001
Isolated positive large vessel-ACG US, n (%)	22 (30.6%)	14 (58.3%)	8 (16.7%)	< 0.001
Positive cranial + large vessel-GCA US, n (%)	20 (27.8%)	8 (33.3%)	12 (25%)	0.457

PMR: polymyalgia rheumatica; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; US: ultrasound; LV: large-vessel; SD: standard deviation.

reumatoide, la dermatomiositis, el lupus eritematoso sistémico (LES) y, sobre todo, el fenómeno de Raynaud.

Objetivos: Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes a los que se les realizó una capilaroscopia en el servicio de Reumatología durante el año 2022.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 100 pacientes a los que se les realizó una capilaroscopia en el servicio de Reumatología. Los datos obtenidos se obtuvieron revisando las historias clínicas digitales y el registro de imágenes de capilaroscopia del mismo servicio.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes de los cuales 92 fueron mujeres (92%) y 8 fueron hombres (8%) con una edad media de 50 ± 17 años. De los pacientes analizados 53 presentaron un patrón normal en la capilaroscopia (53%) y 47 presentaron un patrón anormal (47%). De nuestra cohorte 68 pacientes presentaban Raynaud (68%), 5 pacientes estaban diagnosticados de conectivopatía indiferenciada (5%), esclerodermia limitada 12 pacientes (12%), esclerodermia difusa 6 pacientes (6%), y con artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil, Sjögren, artritis reumatoide, síndrome antifosfolípido, Behçet y dermatomiositis hubo un paciente con cada enfermedad nombrada (7%), y finalmente hubo 2 pacientes que aún no tienen un diagnóstico firme (2%). De los pacientes de nuestra cohorte con un patrón anormal, 12 presentaron un patrón esclerodérmico precoz (25,5%), 10 pacientes presentaron un patrón esclerodérmico tardío (21,25%), 8 pacientes presentaban un patrón de lupus (17%), 8 pacientes presentaron un patrón inespecífico (17%), 6 presentaron patrón en banco de peces (12,75%) y 3 pacientes presentaron patrón de enfermedad mixta del tejido conectivo (6,3%). Dentro de la cohorte con patrón de esclerodermia precoz en capilaroscopia 4 enfermos estaban diagnosticados de esclerodermia limitada, 5 de fenómeno de Raynaud, 1 de esclerodermia difusa, 1 de conectivopatía indiferenciada y 1 paciente no tenía diagnóstico. Con patrón de esclerodermia tardía había 2 pacientes con fenómeno de Raynaud, 4 con esclerodermia difusa y 4 con esclerodermia limitada. Con patrón de banco de peces había 3 pacientes con fenómeno de Raynaud, 1 con esclerodermia difusa, 1 con conectivopatía indiferenciada y uno con Sjögren. De los 100 pacientes analizados, 7 presentaban afectación pulmonar (7%), presentando en la capilaroscopia el patrón esclerodérmico tardío (3 pacientes), patrón de esclerodermia difusa 1 paciente, en banco de peces 1 paciente, patrón esclerodérmico precoz 1 paciente y sin alteración en la capilaroscopia 1 paciente.

Conclusiones: Los datos obtenidos son acordes a lo recogido en la literatura médica. El patrón de capilaroscopia anormal más frecuente en nuestro medio es el de esclerodermia precoz, seguido del de esclerodermia tardía. De los pacientes analizados 7 presentaban afectación pulmonar. Con los datos que hemos recogido podemos concluir que la capilaroscopia es una técnica útil, no invasiva y que nos puede orientar durante el proceso diagnóstico en aquellos pacientes que nos generan dudas tanto de juicio clínico como de evolución de la enfermedad.

P309. SPINE AND SACROILIAC JOINTS FINDINGS IN YOUNG MALES AND FEMALES WITH CHRONIC BACK PAIN UNDERGOING MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN CLINICAL PRACTICE: RESULTS FROM THE SHERPAS STUDY

D. Benavent¹, M. Tapia², D. Bernabeu², V. Muley², Ch. Plasencia¹, A. Balsa¹ V. and Navarro-Compán¹

¹Rheumatology Department. Hospital La Paz. IdiPaz. Madrid.

²Radiology Department. Hospital La Paz. Madrid.

Introduction: Magnetic resonance imaging (MRI) is frequently used in patients with chronic back pain (CBP) to diagnose

mechanical and inflammatory diseases, including axial spondyloarthritis (axSpA). Recent data suggest sacroiliac joints (SIJ) MRI findings in axSpA may differ according to sex¹. Whether this holds true for spinal MRI and other causes of CBP is currently unknown.

Objectives: To analyze spinal and SIJ MRI findings in young male and female patients with CBP.

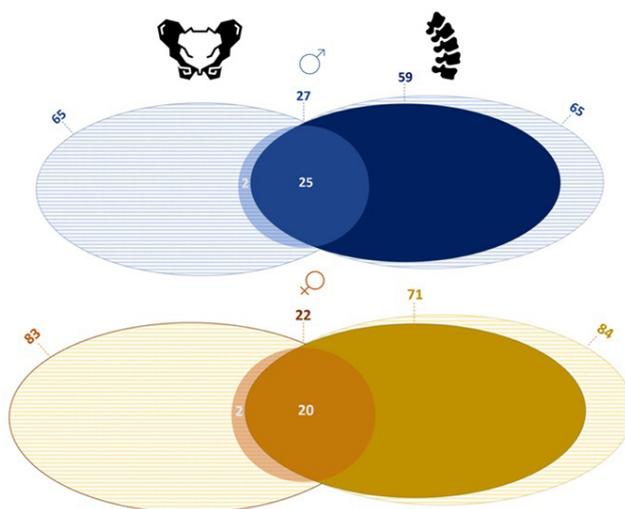
Methods: The “Strategy for a Hospital Early Referral in Patients with Axial Spondyloarthritis” (SHERPAS) is a prospective ongoing study recruiting young patients (18 to 40 years) with CBP asked to undergo an MRI of the spine by other specialists different than rheumatologists in a tertiary hospital, starting in September 2021. After inclusion, an additional MRI of the SIJ, followed by a rheumatology visit and eligible blood tests were performed. Dataset for this interim analysis was locked in October 2022. The protocol for MRI of the spine used a 1.5T scanner to acquire sagittal T1-weighted turbo spin echo (TSE) and T2-weighted TSE, both for the lateral sides of vertebral bodies, and T2-Multistack. On top of this, an MRI of the SIJ, which involved T1-TSE, T2-weighted SPAIR and short-tau inversion recovery (STIR) sequences, was performed. MRI findings were assessed according to clinical practice by one of the four musculoskeletal radiologists working in the centre, describing the presence of mechanical lesions (spondylolisthesis, spondylolysis, disc herniation, disc protrusion, facet joints abnormalities), inflammatory findings (both SIJ and spine), and SIJ structural findings. For this analysis, results were stratified by sex.

Results: Among 152 recruited patients, 85 (55.9%) were female; mean age was 34.2 (5.3) years. Spinal MRI findings were reported in 130 (87.2%) patients, with no differences between sexes (male 90.8% vs. female 84.5%, p = 0.3). As shown in Table, the most frequent diagnosis in both sexes were disc protrusion, followed by disc herniation. Inflammatory spinal findings were detected only in one male patient. No differences were found for any of the spinal lesions. SIJ MRI findings were reported in 49 (33.1%) patients, being numerically more frequently observed in males than females (41.5% vs. 26.5%; p = 0.08). Concurrence of both structural and inflammatory lesions was more frequently in males (9.2% vs. 1.2%, p < 0.05), while no differences in isolate SIJ MRI findings were found between sexes. Overall, 45 (29.6%) patients presented findings both in the spine and SIJ (Figure).

Findings in spinal and sacroiliac joints magnetic resonance imaging

	Total	Male	Female	p-value
Spine MRI	n = 149	n = 65	n = 84	
Any finding	130 (87.2)	59 (90.8)	71 (84.5)	0.3
Structural findings	129 (86.6)	58 (89.2)	71 (84.5)	0.3
Spondylolisthesis	5 (3)	3 (4.6)	2 (2.4)	0.6
Spondylolysis	2 (1)	1 (1.5)	1 (1.2)	1
Disc herniation	34 (23)	15 (23.1)	19 (22.6)	1
Disc protrusion	64 (43)	31 (47.7)	33 (39.3)	0.3
Facet joints abnormalities	8 (5)	1 (1.5)	7 (8.2)	0.1
Other	16 (11)	7 (10.8)	9 (10.7)	1
Inflammatory findings	1 (1)	1 (1.5)	0	0.5
No findings	19 (13)	6 (9.2)	13 (15.5)	0.4
Sacroiliac Joint MRI	n = 148	n = 65	n = 83	
Any finding	50 (33.5)	27 (41.5)	23 (27.4)	0.07
Structural findings	31 (20.9)	15 (23.1)	16 (19.3)	0.7
Inflammatory findings	11 (7.4)	6 (9.2)	5 (6.0)	0.5
Structural and Inflammatory findings	7 (4.7)	6 (9.2)	1 (1.2)	0.04
No findings	99 (67.8)	38 (58.5)	61 (73.5)	0.08

Conclusion: In young patients who are requested a spinal MRI by other specialists different than rheumatologists, spinal lesions are reported in most patients, and similarly in males and females. Remarkably, SIJ MRI findings are reported in one out of three patients in this population, being more frequently in males.



P309 Figure. Patients with any reported finding (structural or inflammatory) in spine or sacroiliac joint magnetic resonance imaging. Colored: any finding. Striped: no findings.

REFERENCES

1. Ulas ST, et al. OP0073 New Perspectives in Axial Spondyloarthritis-First Results of Gender-Specific Assessment of MRI Imaging Criteria. Ann Rheum Dis. 2022;81:50.

P310. OPTIMIZACIÓN CLÍNICO-ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN SOSTENIDA

Gustavo Adolfo Añez Sturchio¹, Vicenç Torrente Segarra², Maria Bonet², Mireia Castillo Vilella³, Laia Orpinell³, Andrés Ponce Fernández⁴, Noemí Busquets-Pérez⁴, María Pascual-Pasto⁴, Héctor Corominas⁵, Cesar Diaz-Torne⁵, Patricia Moya⁵ y Juan Jose de Agustín¹

¹Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
²Reumatología. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès. ³Reumatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.
⁴Reumatología. Hospital General de Granollers. Granollers.
⁵Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: En los últimos años, el alto impacto económico de las terapias biológicas (BT) en los sistemas de salud ha promovido un gran interés en optimizar las TB en pacientes con Artritis reumatoide (AR) en remisión clínica sostenida (RC). Un porcentaje relevante de estos pacientes optimizados presenta recaídas clínicas. El ultrasonido (U) puede identificar sinovitis en pacientes próximos a presentar recaída clínica pudiendo ser una herramienta útil en la decisión de optimización.

Objetivos: El objetivo principal fue demostrar que la estrategia de optimización mediante U es más útil que la estrategia mediante índice clínico. U utilizado como medida de resultado, puede refinar aún más la elección de los pacientes que son candidatos para una reducción en el tratamiento logrando tasas de recaída más bajas. Para ello, calculamos las tasas de recaída en cada uno de los grupos y el tiempo desde el inicio en que aparece, y las comparamos para valorar si difieren significativamente. El objetivo secundario fue evaluar la remisión ecográfica en este grupo de pacientes.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, aleatorizado y multicéntrico en 5 centros terciarios en pacientes con AR en RC sostenida (> 9 meses). Todos firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo la aprobación del comité de ética (VDH-INF-2017-01). Se crearon dos brazos ciegos y aleatorizados, clínico (A) y U (B) para decidir la reducción gradual (1/2, 1/3 o no reducción) y comparar las tasas de exacerbación (> 1,2 DAS28 o > 16 SDAI/CDAI aumento) en 52 semanas (basal, 1, 6, 9 y 12 meses). Se registraron las variables demográficas al inicio, US y clínicas, y ESR y CRP. Mediante U con escala de grises (GS) y Power Doppler (PD) en escala semicuantitativa articular (A) y tendi-

nosa (T) estudiamos: muñeca, 1-5 MCP, 1-5 PIP, tobillo, articulación subastragalina, 2ª y 5ª MTF, tendones extensores (T.ext) y flexores (T.flex) del carpo, tendones flexores de los dedos, tendones tibial posterior y peroneo. Se utilizó DAS28 < 2,6 como criterio de remisión clínica y la ausencia de sinovitis se definió como remisión U (EG y PD = 0). La actividad U se definió como GS ≥ 1 y PD ≥ 1.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, 48 completaron 12 meses de seguimiento y 28 se retiraron (5 fallos de screening, 16 brotes, 5 pérdidas de seguimiento y 4 decisión del paciente). 33 hombres y 45 mujeres, 11,92 años de enfermedad. El grupo A presentó significativamente más tasas de brotes que el grupo B (10 vs. 6). Utilizando SDAI o CDAI solo 7 presentaron brote clínico, y para SDAI (7 vs. 0) y CDAI (7 vs. 0) las diferencias fueron significativas (p < 0,005), pero no para DAS28 (10 vs. 6) (tabla). En U al inicio, la principal articulación involucrada fue la muñeca (28,6%), y de los tendones el T.ext (11,2%). En el 53% se observó U patológica (A y T), el 46,9% A patológica y en el 30% T patológico. Considerando como remisión una puntuación ecográfica de GE + PD = 0, solo el 46,9% estaba en remisión.

Características clínicas de los sujetos incluidos en la muestra, comparando según grupo de tratamiento y brotes según índices clínicos

Variable	Grupo		Total	p
	A	B		
Total	41 (100%)	37 (100%)	78	NS
VSG (mm/h) 1	41	37	78	NS
	15,39 (10,07)	11,27 (8,92)	13,44 (9,71)	
PCR (mg/dl) 2	40	36	76	NS
	0,58 (1,32)	1,18 (2,59)	0,87 (2,03)	
FR(UI/ml) 2	40	36	76	NS
	96,60 (126,31)	164,85 (330,84)	128,93 (246,08)	
ACPA (UA) 2	39	36	75	NS
	264,29 (409,93)	230,48 (601,26)	248,06 (507,51)	
NAT 2	41	37	78	NS
	0,00 (0,00)	0,03 (0,16)	0,01 (0,11)	
NAD 2	41	37	78	NS
	0,17 (0,83)	0,24 (0,60)	0,21 (0,73)	
VGP 2	41	37	78	NS
	3,10 (8,28)	3,43 (9,24)	3,26 (8,69)	
VGM 2	41	37	78	NS
	0,82 (3,12)	1,71 (5,31)	1,24 (4,29)	
DAS28 2	41	36	77	NS
	1,85 (0,70)	1,80 (0,62)	1,82 (0,66)	
SDAI 2	41	37	78	NS
	1,67 (2,23)	2,32 (2,59)	1,98 (2,41)	
CDAI 2	41	37	78	NS
	1,59 (2,21)	2,15 (2,56)	1,86 (2,38)	
HAQ 2	38	33	71	NS
	0,30 (0,46)	0,32 (0,38)	0,31 (0,42)	
DAS28 brote	10	6	16	Ns
SDAI brote	7	0	7	< 0,005
CDAI brote	7	0	7	< 0,005

Conclusiones: La ecografía puede mejorar la estrategia de reducción gradual cuando utilizamos SDAI o CDAI en pacientes en remisión clínica sostenida. La remisión clínica y ecográfica no son equivalentes. Más de la mitad de los pacientes no cumplen la remisión U y en una quinta parte de ellos se debe realizar un control estricto para evitar una recaída de la enfermedad si se decide optimizar.

P311. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS CRÓNICAS. PROYECTO ECO-PAC

L. Mayordomo¹, J. Molina-Collada², J. Usón³, M.L. García Vivar⁴, G. Áñez Storchio⁵, A. Corrales⁶, C. Castillo Gallego⁷, F. Francisco Hernández⁸, E.F. Vicente-Rabameda⁹, F.G. Jiménez Núñez¹⁰, I. Vázquez Gómez¹¹, M. Alcalde Villar¹², C. Moragues¹³, D. Castro Corredor¹⁴, F. J. Toyos Sáenz de Miera¹⁵, J.J. De Agustín⁵, M.R. Expósito Molinero⁴, J.J. Alegre Sancho¹¹, L. Coronel Tarancón⁵, M.A. Ramírez Huaranga¹⁴, M.D. Ruiz-Montesino¹⁵, P. Collado Ramos¹², M. González Peñas¹⁴, R. Miguélez³, E. Flores Fernández¹¹, C. Valera Ribera¹¹, L. Carmona¹⁶ y E. Naredo¹⁷ y Grupo ECOSER

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Valme. Sevilla. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Regional de Málaga. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹⁶Instituto de Salud Musculo-esquelética (InMusc). Madrid. ¹⁷Servicio de Reumatología y Unidad de Investigación Osteoarticular. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La ecografía musculo-esquelética (EME) está ampliamente implantada en la práctica reumatológica e incluida en las recomendaciones para el manejo de las artropatías crónicas de diversas sociedades científicas. Disponemos, sin embargo, de escasos estudios de la calidad percibida y grado de satisfacción de los pacientes respecto a la realización de EME en la consulta de reumatología.

Objetivos: Evaluar la calidad percibida y el grado de satisfacción de los pacientes con artropatías crónicas respecto a la EME como procedimiento integrado en su manejo clínico en las consultas de reumatología.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con artropatías crónicas, en seguimiento en reumatología, a los que se les realiza EME como parte de su manejo clínico reumatológico en al menos una ocasión previa, procedentes de 16 centros con presencia de actividad ecográfica habitual en su práctica reumatológica. Durante el periodo de estudio (3 meses), se ofreció a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, contestar una encuesta en papel con 14 preguntas referentes a aspectos de gestión y utilidad percibida de la realización de la ecografía (tabla). Se evaluó el grado de calidad percibida y satisfacción medidas por una escala de Likert (1-5) siendo 1 el grado de menor acuerdo (No, en absoluto) y 5 el máximo acuerdo (Sí, sin ninguna duda). Se consideraron respuestas globales favorables para cada ítem aquellas con puntuación 4 o 5 (Sí, probablemente o Sí, sin ninguna duda) en > 70% de los respondedores; respuestas desfavorables y, por ello, susceptibles de mejora, aquellas con puntuaciones < 4 en ≥ 70%, exceptuando la pregunta 7 en la que se considera respuesta favorable una puntuación ≤ 2 (No, en absoluto o No creo) en > 70% de los casos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los resultados obtenidos.

Resultados: Participaron 27 reumatólogos ecografistas, de 16 hospitales y 8 comunidades autónomas, edad media (DE) de 47,3 (12) años, 44% mujeres, mediana (RI) de 22 (9,5-28) años como especialista y de 15 (3,8-22) años de experiencia en EME. De 738 encuestas analizadas, en el 46% el diagnóstico era artritis reumatoide, en el 20% artritis psoriásica, en el 9% espondiloartritis, 6% artropatías microcristalinas y 21% otras. Los pacientes tenían una edad media (DE) de 56 (13) años; 73% mujeres, con mediana (RI) de años desde diagnóstico de la enfermedad de 6 (2-14,5). En 66,9% de los casos su

Tabla 1. Respuestas favorables (Puntuación Escala Likert ≥4) (*)

Pregunta	n	%
1. ¿Cree que cuando su reumatólogo le realiza ecografía de sus articulaciones y así las ve por dentro aumenta el conocimiento de su enfermedad?	687	94%
2. El hecho de que su reumatólogo le realice ecografía de sus articulaciones y así las vea por dentro, ¿aumenta su confianza como paciente en el diagnóstico que haga de su enfermedad?	708	97%
3. ¿Cree que el hecho de que su reumatólogo le realice ecografía de sus articulaciones y así las vea por dentro, puede mejorar la elección del tratamiento que le propone?	703	96%
4. El hecho de que su reumatólogo le realice ecografía de sus articulaciones y así las vea por dentro, ¿aumenta su confianza como paciente en las decisiones sobre el tratamiento que le propone?	704	96%
5. El hecho de que su reumatólogo comparta con usted y le explique las imágenes ecográficas o el resultado de la exploración, ¿cree que aumenta su confianza en el diagnóstico y/o en las opciones terapéuticas que se le ofrecen?	712	97%
6. Si en alguna ocasión le han realizado punción guiada por ecografía conteste esta pregunta. ¿Cree que cuando su reumatólogo usa la ecografía para guiar punciones en sus articulaciones aumenta la seguridad del procedimiento en comparación con la punción sin guía ecográfica?	399	90%
7. ¿Le incomoda la realización de ecografía por su reumatólogo por el tiempo que conlleva, por las posiciones de sus articulaciones necesarias para la exploración ecográfica o por el uso de gel en la exploración? *	674	92%
8. ¿Cree que la realización de ecografía por su reumatólogo le ayuda a aceptar y cumplir el tratamiento propuesto?	664	91%
9. ¿Considera que el tiempo transcurrido desde la petición de la ecografía por su reumatólogo hasta la realización de la misma ha sido adecuado?	567	80%
10. ¿Considera que el respeto a su intimidad durante la realización de la ecografía por el personal sanitario ha sido adecuado?	716	99%
11. ¿Considera que recibió suficiente información acerca de la prueba antes de realizar la ecografía?	679	93%
12. ¿Considera que recibió información suficiente acerca del resultado de la ecografía y del procedimiento a seguir después de finalizar la misma?	695	96%
13. ¿Considera importante que su propio reumatólogo sea el que realiza la ecografía?	614	84%
14. ¿Considera que la infraestructura de la consulta de ecografía (espacio, distribución de la consulta, limpieza, ventilación) es adecuada?	674	93%

* En pregunta 7 se contabiliza como respuesta favorable una puntuación en Escala de Likert ≤ 2 .

reumatólogo habitual es siempre el que le realiza la ecografía, en el 2,6% ocasionalmente y en un 30,5% la realiza otro reumatólogo. Se encontró respuesta favorable global en la puntuación de escala Likert en las 14 preguntas de la encuesta (tabla), con una media de 85,8% (80-99%). La Integración de la EME en la actividad del Servicio era: realización de la ecografía en visita clínica 24/27 (89%), Consulta/Unidad de EME a la que derivan miembros del servicio 18/27 (67%), Consulta/Unidad EME a la que derivan miembros de otros servicios 4/27 (15%).

Conclusiones: Los pacientes con artropatías crónicas atendidos en la consulta de reumatología tienen una percepción favorable de la calidad de la realización y la utilidad de la EME, en todos los aspectos encuestados. La EME es realizada en la mayoría de los casos por su reumatólogo habitual en la visita clínica, aunque los reumatólogos ecografistas atienden con frecuencia una consulta especializada en esta técnica.

P312. RECUENTO DE ARTERIAS CON HALO EN ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES CON AFECTACIÓN EXTRACRANEAL Y ATEROESCLEROSIS

Irene Monjo Henry¹, Elisa Fernández-Fernández¹, José María Mostaza², Carlos Lahoz², Juan Molina Collada³ y Eugenio de Miguel¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis sistémica más frecuente en el adulto, con un pico de incidencia en la séptima década de la vida. La afectación de arterias extracraneales es frecuente, estando presente en aproximadamente la mitad de los pacientes. La ecografía Doppler vascular es una herramienta fundamental en el diagnóstico de esta enfermedad. Por otro lado, la aterosclerosis es frecuente en los pacientes de edad avanzada, por lo que pudiera dificultar el diagnóstico ecográfico de estos pacientes.

Objetivos: Determinar la validez diagnóstica discriminante entre la arteritis de células gigantes con afectación de arterias extracraneales (ACG-EC) y la aterosclerosis mediante medición del halo hipoecoico/grosor íntima-media (GIM) en ecografía.

Métodos: Se incluyeron 44 pacientes con ACG-EC diagnosticados en la consulta de diagnóstico rápido de ACG y se emparejaron por edad y sexo con 42 pacientes del grupo aterosclerosis. Estos eran procedentes de la consulta de riesgo cardiovascular que presentaban alto o muy alto riesgo cardiovascular según las directrices europeas sobre prevención de enfermedades cardiovasculares. Se excluyeron de este grupo pacientes con signos o síntomas pasados o presentes sugestivos de ACG y con velocidad de sedimentación globular > 40 mm/h. Se realizó una exploración ecográfica de las arterias axilares, subclavias y carótidas con un equipo MylabX8 (Génova, Italia) con una sonda de 4-15 MHz. Se consideró patológico un GIM ≥ 1 mm.

Resultados: El grupo ACG incluyó 24 mujeres y 20 varones con una edad media de 72,8 ± 7,6 años. El grupo de aterosclerosis incluyó 25 varones y 17 mujeres con una edad media de 70,8 ± 6,5 años. Los valores medios del GIM de todas las arterias incluidas fueron significativamente superiores en el grupo ACG que en el grupo aterosclerosis. En el grupo ACG, 31 pacientes presentaban arterias axilares patológicas (con GIM ≥ 1 mm), 30 en subclavias y 28 en carótida común. En el grupo aterosclerosis 17 pacientes (38,6%) tenían un GIM ≥ 1 mm en alguna de las arterias exploradas: 2 pacientes en arteria axilar, 3 en subclavia, 24 en carótida distal (en 5 pacientes de forma bilateral) y 1 caso de afectación carotídea proximal aislada. Estos datos se muestran en la tabla. Para discriminar entre ACG y aterosclerosis se realizó un índice sumatorio de las arterias afectadas: con un punto de corte de al menos 1 vaso patológico en el

recuento de arterias axilares y subclavias (4 vasos) o de al menos 3 vasos patológicos en el recuento de axilares, subclavias y carótidas (6 vasos) se obtuvo una precisión superior al 95% para el diagnóstico de ACG frente a aterosclerosis.

Número arterias con GIM ≥ 1 mm en los grupos ACG y aterosclerosis

	Grupo ACG (n = 44)	n	Grupo aterosclerosis (n = 42)	n
Axilar	Derecha	27	Derecha	2
	Izquierda	23	Izquierda	1
	Bilateral	19	Bilateral	1
	Cualquiera	31	Cualquiera	2
Subclavia	Derecha	20	Derecha	2
	Izquierda	25	Izquierda	1
	Bilateral	20	Bilateral	0
	Cualquiera	30	Cualquiera	3
Carótida común distal	Derecha	21	Derecha	8
	Izquierda	19	Izquierda	11
	Bilateral	12	Bilateral	5
	Cualquiera	28	Cualquiera	14
Carótida común proximal	Derecha	4	Derecha	3
	Izquierda	9	Izquierda	3
	Bilateral	2	Bilateral	1
	Cualquiera	11	Cualquiera	5

Conclusiones: El GIM es mayor en la ACG-EC que en la aterosclerosis. El recuento arterias patológicas en el índice sumatorio propuesto alcanza una precisión > 95% para el diagnóstico diferencial entre la ACG-EC y la aterosclerosis. Las arterias axilares y subclavias tienen mayor poder discriminante entre ACG y aterosclerosis, mientras que la afectación de carótidas es menos específica para el diagnóstico diferencial.

P313. ¹⁸F-FDG PET-TC EN LA POLIMIALGIA REUMÁTICA ASOCIADA A ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ¿EXISTEN DIFERENCIAS CON LA POLIMIALGIA REUMÁTICA PURA?

Francisco Javier Narváez García¹, Paola Vidal¹, Montserrat Cortés-Romera², Iván Sánchez-Rodríguez², Aida Sabaté-Llobera², Emma Brugarolas¹, Judith Palacios¹, Pol Maymó¹, Montserrat Roig¹, Martí Aguilar¹ y Joan Miquel Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Medicina Nuclear-PET IDI. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Gracias al uso cada vez más generalizado del ¹⁸F-FDG PET-TC, se ha ampliado el conocimiento de las lesiones osteoarticulares que explican el dolor de los pacientes con polimialgia reumática (PMR) pura. En base a ello, se han elaborado hasta seis propuestas o algoritmos para diferenciar, en función del patrón de lesiones en el PET-TC, la PMR de otras enfermedades que pueden simularla. En un reciente metaanálisis se han identificado las localizaciones con mayor *likelihood ratio* (LR) o razón de verosimilitud positiva para el diagnóstico de PMR: bursitis interespinosa (LR+ 4,00), caderas (LR+ 2,91), tuberosidades isquiáticas (LR+ 2,86), hombros (LR+ 2,57) y articulaciones esternoclaviculares (LR+ 2,31) (van der Geest *et al.* Eur J Nucl Med Mol Imaging 2021;48:1876-89).

Objetivos: Analizar el patrón de lesiones osteoarticulares en el ¹⁸F-FDG PET-TC en una cohorte de pacientes con PMR asociada a arteritis de células gigantes (ACG).

Métodos: Análisis retrospectivo de 95 pacientes con PMR y ACG concomitante. El diagnóstico de ACG se confirmó en todos los casos mediante la demostración objetiva de la presencia de vasculitis (por BAT o pruebas de imagen). Se realizó una revisión sistemática de la literatura para establecer el patrón de lesiones en el ¹⁸F-FDG PET-TC descrito en los pacientes con PMR pura y su frecuencia.

Resultados. La edad media de los 95 pacientes (64% mujeres) al diagnóstico fue de 74,6 ± 8 años y el tiempo de evolución (mediana) hasta la realización de PET-TC de 7 días. El patrón de lesiones objetivadas en el PET-TC se muestran en la tabla 1. Al comparar nuestros hallazgos

Table 1. Main osteoarticular findings on whole-body ¹⁸F-FDG PET-CT in our series of 95 patients with concomitant PMR+GCA and in patients with PMR pure according to the literature

Location	Number of patients (%) with significant FDG accumulation	
	PMR+GCA N=96	Pure PMR (Literature review)
Peri-articular shoulder region	81% (77%)	85% (450/529)
Glenohumeral joint	46% (44)	
Sternoclavicular joint	30.5% (29) [Unilateral: 5 (17%) / Bilateral: 24 (83%)]	68.5% (362/529)
Acromioclavicular joint	22% (21) [Unilateral: 4 (19%) / Bilateral 17 (81%)]	49.3% (76/154)
Cervical interspinous bursae / process	37% (35)	48.2% (110/288)
Dorsal interspinous bursae / process	7% (7)	NA
Lumbar interspinous bursae / process	49.5% (47)	53.4% (154/288)
Interspinous bursae / process cervical and/or lumbar	59% (56)	39.3% (205/521)
Hip joint	27% (26)	71.8% (388/540)
Greater trochanters	86% (82)	85.8% (376/438)
Ischial tuberosities	45.2% (49)	78.7% (438/556)
Symphysis pubis enthesis	8% (8)	43.7% (70/160)
Costovertebral joints	3% (3)	NA
Sternocostal joints	5% (5)	NA
Peripheral arthritis	9.5% (9) [wrists 6, elbows 3, MP joints 2, PIP joints 2, knees 4, MTP joints 1]	36.7% (69/188)
Diffuse reactive bone marrow uptake in axial and appendicular skeleton	20 (21%)	

MTP = metatarsophalangeal joints; MP= metacarpophalangeal joints; PIP = proximal interphalangeal joints.

P313 Figura 1

Tabla 2

Criterios diagnósticos para PMR según el patrón de lesiones	% de nuestros pacientes con ACG-PMR que cumplen los criterios
Criterios de Leuven ¹ (score ≥ 16)	36.8% (35/95)
Criterios de Leuven/Groningen ² (score ≥ 8)	28.4% (27/95)
Criterios de Besançon ³	83.1% (79/95)
Criterios de Yamashita ⁴	64.2% (61/95)
Algoritmo de Saint-Etienne ⁵	91.6% (87/95)
Algoritmo de Heidelberg ⁶	47.4% (47/95)

¹Henckaerts L et al. *Rheumatology (Oxford)* 2018; 57:1908–16

²van der Geest KSM et al. *Rheumatology* (2021) 61:1072–82

³Sondag M et al. *Rheumatology (Oxford)* 2016; 55:1452-7

⁴Yamashita H et al. *Mod Rheumatol* 2012; 22:705-11

⁵Flau A et al. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8:646974

⁶Owen CE et al. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2020; 47:2461–8

P313 Figura 2

con los descritos en pacientes con PMR pura, el patrón de lesiones fue bastante similar, con la única excepción de la presencia de un hipermetabolismo difuso de la médula ósea hematopoyética en esqueleto axial y apendicular de origen reactivo, presente en el 21% de los pacientes con PMR+ACG. Destacar la presencia de artritis periférica en un porcentaje no despreciables de enfermos en ambos grupos. Otra diferencia importante es que, en términos generales, la frecuencia de afectación en casi todas las localizaciones fue significativamente más baja en los pacientes con PMR+ACG, incluyendo la mayoría de las que tienen una mayor LR+ para el diagnóstico de PMR: bursitis interespinal 59%, caderas 27%, tuberosidades isquiáticas 52% y articulaciones esternoclaviculares 30,5%. Estos datos y el estudio comparativo (tabla 1) sugieren que en los pacientes con PMR+ACG el compromiso articular y periarticular/entesítico es menos extenso y politópico, en comparación con los pacientes con PMR pura. La baja sensibilidad observada al testar nuestros enfermos con PMR irrefutable en muchos de los criterios o algoritmos elaborados para identificar a los pacientes con PMR según el patrón de lesiones en el PET-TC (tabla 2), reforzaría indirectamente esta hipótesis.

Conclusiones. El patrón de lesiones en los pacientes con PMR+ACG es similar al descrito en la PMR, con la excepción de un hipermeta-

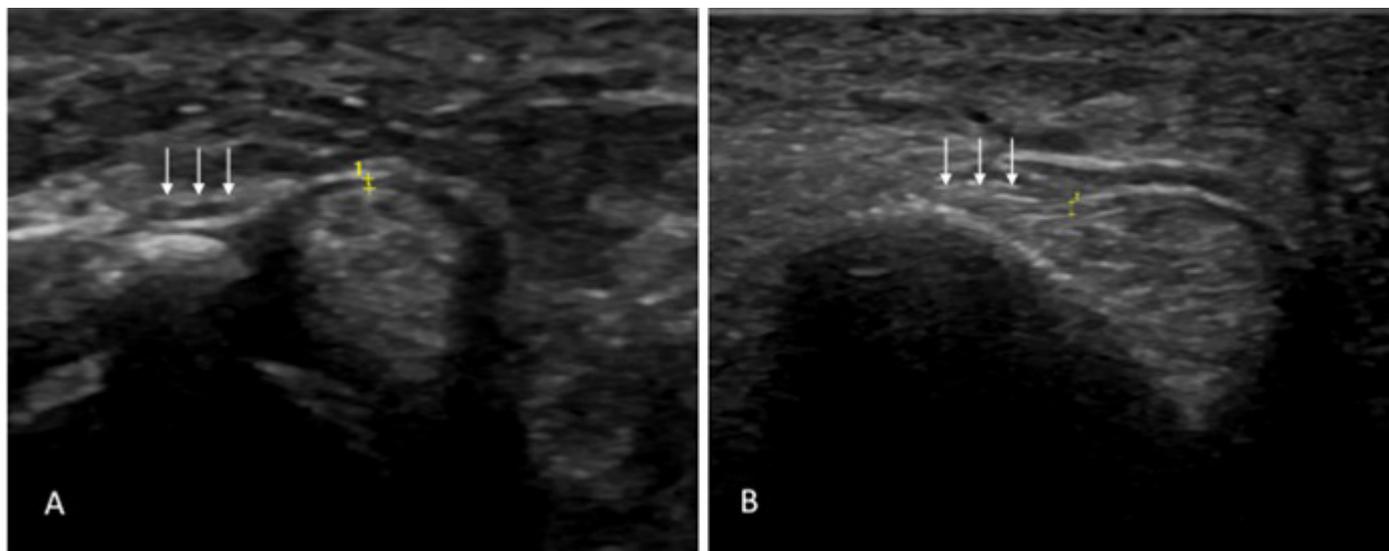
bolismo difuso en la médula ósea de origen reactivo presente en menos de una cuarta parte de los casos. En términos generales, el compromiso articular/periarticular es menos extenso que el observado en la PMR pura.

P314. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LAS ENTESIS DE LAS POLEAS A1 Y A2 CON CORRELACIÓN ANATÓMICA E HISTOLÓGICA

Luis Coronel Tarancón¹, Maribel Miguel² Joan Blasi^{2,3}, María López¹, Sara Marsal¹, Maria-Antonietta D'Agostino⁴ e Ingrid Möller⁵

¹Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Unitat d'anatomia i embriologia humana. Universitat de Barcelona. Campus Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ³Histologia. Universitat de Barcelona-Campus Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Rheumatology. Agostino Gemelli University Policlinic. Roma. Italia. ⁵Reumatología. Instituto Poal de Reumatología. Barcelona.

Introducción: Las entesis digitales son de especial interés en las artritis inflamatorias. Las poleas anulares (A) son formas de tejido conectivo blando organizadas como fibras transversales de anchura, grosor y configuración variables que se superponen a la vaina sino-



P314 Figura Exploraciones transversales ecográficas de las entesis de las poleas anulares. A) Entesis A1 en el HS. B) Entesis A2 en la falange proximal. Flechas blancas: Entesis de la polea anular. Estrellas amarillas: Límites dorsal y volar de la polea.

vial de los tendones flexores. Estas estructuras evitan que los tendones flexores se arqueen y los mantienen en relación constante con el eje de movimiento articular.

Objetivos: Describir y medir las características ecográficas, anatómicas e histológicas de las entesis de las poleas anulares A1 y A2.

Métodos: Las poleas anulares A1 y A2 de 15 cadáveres embalsamados en formol fueron evaluadas mediante ecografía en escala de grises (fig.) y posteriormente disecadas. Las evaluaciones ecográficas incluyeron la identificación, anchura y caracterización del lugar de inserción de las poleas anulares. Para el análisis anatómico, a continuación se realizó la disección, identificando las fibras transversales de la región distal de la fascia palmar como límite proximal y la articulación interfalángica proximal como límite distal. Las medidas de la anchura anatómica de las poleas se obtuvieron con un pie de rey digital. Para el estudio histológico, se prepararon muestras de 2 x 2 cm, se fijaron con formaldehído al 4% y se procesaron para obtener bloques de parafina, después se cortaron en secciones de 4 micras y se tiñeron con hematoxilina-eosina. Los portaobjetos se observaron y midieron con un microscopio Leica DMD 108. Los datos cuantitativos se expresaron como media ± desviación estándar (DE) y los datos cualitativos como n (%). Las medias se analizaron mediante la prueba t de Student y las frecuencias mediante la prueba chi-cuadrado y la prueba de Fisher cuando fue necesario. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r) para analizar la correlación lineal entre las mediciones ecográficas y anatómicas. Los análisis estadísticos se realizarán con el programa SPSS versión 26.0.

Resultados: Se incluyeron 15 manos de cadáver (9 varones y 6 mujeres) con una edad media de 79 años. En cuanto a la evaluación ecográfica, la anchura ecográfica media de la polea A1 fue de 0,27 ± 0,06 mm y la A2 de 0,11 mm ± 0,04 mm en el pulgar, mientras que la A1 fue de 0,36 ± 0,09 mm y la polea A2 de 0,46 ± 0,06 mm en los demás dedos. Se encontró una fuerte correlación entre las mediciones ecográficas y anatómicas (r = 0,87). Todas las A1 del pulgar presentaban huesos sesamoideos (HS) en las caras radial y cubital, donde la polea anular realiza su inserción proximal, mientras que en el resto de los dedos, se encontraron HS en doce manos en el segundo dedo (80%) y en dos manos (13%) en el quinto dedo. La descripción histológica de las poleas anulares muestra una superficie externa bien vascularizada y un componente fibrocartilaginoso en la superficie interna. Los puntos de inserción en los HS o en la parte ósea de metacarpos y falanges proximales, demuestran una naturaleza mixta de la entesis, con zonas fibrocartilaginosas y fibrosas.

Conclusiones: Estos resultados preliminares demuestran que la ecografía es una herramienta valiosa para identificar la anchura de las poleas anulares y las entesis, con una buena correlación con el estudio anatómico e histológico. Las poleas anulares presentan una entesis mixta fibrosa y fibrocartilaginosa.

P315. SINOVITIS PROLIFERATIVA GLOBULAR: UN PATRÓN ECOGRÁFICO ASOCIADO A ENFERMEDAD EROSIVA EN PACIENTES CON ARTRITIS CRÓNICA. ESTUDIO TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO

Felipe Julio Ramírez García¹, Andrea Cuervo², Vicenç Torrente³, Noemí Busquets², Ana Belén Azuaga¹, Andrés Ponce¹, Beatriz Frade¹, Andrea Zacarías¹, Virginia Ruiz-Esquide¹ y Juan D. Cañete¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers.

³Servicio de Reumatología. Hospital Alt Penedès y Garraf. Vilafranca del Penedès.

Objetivos: Evaluar la asociación de un patrón ecográfico definido como sinovitis proliferativa con factores de mal pronóstico como enfermedad erosiva o mayor necesidad de tratamiento en pacientes con artritis crónica.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico. Se recogieron variables clínicas y ecográficas de pacientes con artritis crónica que presentaran inflamación activa en manos en el momento de la visita. Se excluyeron artropatías infecciosas y microcristalinas. Se evaluó la presencia de hipertrofia sinovial (HS) y señal Power Doppler (PD) en carpos, metacarpofalángicas, y tendones flexores de las manos. El patrón ecográfico de sinovitis proliferativa fue definido como HS ≥ 2 + señal PD.

Resultados: En un análisis interino se han incluido 60 pacientes: 62,7% mujeres, con edad media de 58 años (DE 15,4) y tiempo de evolución de 124,7 meses (DE 120,7). Veintinueve pacientes (49,2%) tenían artritis reumatoide (AR) (22 seropositivos) y 27 pacientes (45%) artritis psoriásica (APs). También fueron incluidos dos pacientes con enfermedad mixta del tejido conectivo, un paciente con LES y un paciente con espondiloartritis. En global, el 49,2% de los pacientes tenían enfermedad erosiva y el 47,5% estaban en tratamiento con fármacos biológicos o Jakinibs. En el momento de la visita, todos los pacientes estaban activos (media SDAI 19,1, DE 11,3 y media DAPSA 18,3, DE 8,6). No hubo diferencias entre gru-

pos de diagnóstico y la actividad de la enfermedad o el tratamiento de fondo. El score ecográfico, resultado de la suma de los valores de HS y señal PD, fue significativamente mayor en los pacientes con AR ($p = 0,003$), así como el porcentaje de pacientes con enfermedad erosiva, que fue mayor en los pacientes con AR seropositiva en comparación con el resto de pacientes (68,1% versus 37,8%, $p = 0,024$). Desde el punto de vista ecográfico, 33 pacientes (56%) presentaban sinovitis proliferativa y 26 (44%) sinovitis plana. Veintidós pacientes (37,2%) presentaban afectación de tendones flexores de la mano (sin diferencias entre pacientes seropositivos y seronegativos, incluyendo APs) y 11 (18,6%) presentaban paratendonitis de los extensores de los dedos (10 de ellos eran pacientes seronegativos, principalmente APs). La presencia de sinovitis proliferativa ecográfica se asoció con la enfermedad erosiva (72,7 versus 16%, $p = 0,0001$). Aunque no hubo diferencias significativas en la distribución de este patrón ecográfico según el diagnóstico, una gran proporción de pacientes FR+ (75%, $p = 0,138$) y ACPA+ (71,4%, $p = 0,107$) tenían sinovitis proliferativa ecográfica. De los 13 pacientes que no llevaban tratamiento de fondo (no FAMEc, no terapias avanzadas), el 69,2% presentaban sinovitis plana ($p = 0,026$). Así mismo, de los 13 pacientes que estaban en tratamiento combo (FAME convencional +biológico/Jakinib), 10 (77%, $p = 0,122$) presentaban sinovitis proliferativa por ecografía.

Conclusiones: En una población de pacientes con artritis de manos, la presencia de sinovitis proliferativa ecográfica se asoció a enfermedad erosiva y una mayor carga de tratamiento. Estos resultados están en consonancia con resultados previos (1). A falta de estudios prospectivos, la sinovitis proliferativa ecográfica podría ser considerada como un posible factor de mal pronóstico en pacientes con artritis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez J, *et al.* Proliferative synovitis, an ultrasound pattern associated with ACPA-positive patients and erosive disease in rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2022;40(5):960-6.

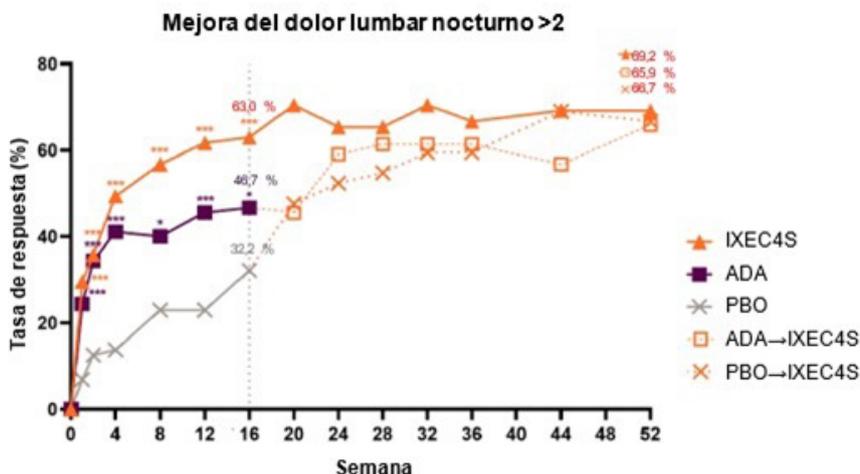
P316. EFICACIA Y MEJORA DE LOS RESULTADOS NOTIFICADOS POR EL PACIENTE EN LAS SEMANAS 16 Y 52 EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA SIN TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO TRATADOS CON IXEKIZUMAB QUE LOGRARON UNA REDUCCIÓN DEL DOLOR NOCTURNO CLÍNICAMENTE IMPORTANTE EN LA SEMANA 16: RESULTADOS DEL ENSAYO COAST-V

Sofia Ramiro¹, Cédric Lukas², Michael J. Nissen³, Yves Schymura⁴, Khai Ng⁴, Andrew Bradley⁴, Gabriel Doridot⁴, Soyi Liu Leage⁴, Antoni Chan⁵, James Cheng-Chung Wei^{6,7,8} y Sara Giménez-Moyano⁹

¹Departamento de Reumatología. Centro Médico de la Universidad de Leiden. Países Bajos. ²Universidad de Montpellier. Centro Hospitalario Universitario de Montpellier. Francia. ³División de Reumatología. Universidad de Ginebra. Ginebra. Suiza. ⁴Eli Lilly and Company. Centro corporativo de Lilly. Indianápolis. Estados Unidos. ⁵Departamento de Reumatología. Royal Berkshire. Reading. Reino Unido. ⁶Departamento de Alergia, Inmunología y Reumatología. Hospital Universitario Médico de Chung Shan. Taichung. Taiwán. República de China. ⁷Universidad de Medicina de Chung Shan. Instituto de Medicina. Taichung. Taiwán. República de China. ⁸Universidad de Medicina de China. Instituto de Posgrado de Medicina Integrada. Taichung. Taiwán. República de China. ⁹Lilly España. Alcobendas.

Introducción: El ixekizumab (IXE), un anticuerpo monoclonal que actúa selectivamente sobre la interleucina IL-17A, ha demostrado eficacia en pacientes con espondiloartritis axial radiográfica (EspAax-r). El dolor lumbar, en particular el dolor lumbar nocturno (DL-N), es un factor que contribuye de manera importante a la carga de enfermedad para el paciente con EspAax-r.

Objetivos: Evaluar la mejora del DL-N en los pacientes hasta la semana (S) 52 y analizar, en pacientes tratados con IXE, la relación



Nota al pie: ADA, adalimumab (brazo de referencia); PBO, placebo; IXE, ixekizumab S0-16; IXEC4S: N = 81, ADA: N = 90, PBO: N = 87

Los pacientes, aleatorizados inicialmente a IXE siguieron con la misma pauta hasta la S52. Los pacientes con PBO o ADA fueron atorizados nuevamente a IXEC2S o IXEC4S en la S16. Aquí solo se presentan los datos de la dosis aprobada, IXEC4S.

S16-52; IXEC4S: N = 78, ADA→IXEC4S: N = 44, PBO→IXEC4S: N = 42.

* $p < 0,05$, *** $p < 0,001$ frente a PBO (análisis de regresión logística con el tratamiento, la región geográfica y el valor de PCR inicial como factores).

P316 Figura. Pacientes que lograron una mejora significativa del dolor lumbar nocturno hasta la S52.

entre la mejora del DL-N y otros resultados informados por el paciente (PROs: *Patient-Reported Outcomes*) a la S16 y con la consecución de la baja actividad de la enfermedad (BAE) según ASDAS a la S52.

Métodos: El ensayo en fase III COAST-V (NCT02696785) analizó la eficacia de IXE en 341 pacientes con EspAax-r y sin tratamiento previo con fármacos biológicos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEb). Los pacientes fueron aleatorizados a IXE cada 2S (IXEC2S), IXE cada 4S (IXEC4S), adalimumab (ADA) o placebo (PBO) hasta la S16. En este trabajo solo se presentan los datos de la dosis aprobada, IXEC4S. El DL-N se midió en cada visita utilizando una escala de valoración numérica (EVN) (0-10). La mejora clínicamente relevante en el DL-N se definió como una mejora > 2 puntos con respecto al valor basal. Las diferencias en las variables al inicio entre los que lograron una mejora > 2 en el DL-N frente a los que no la lograron se analizaron mediante la prueba exacta de Fisher (variables binarias) y el análisis de la varianza (ANOVA; variables continuas). Las relaciones entre la mejora del DL-N y los PROs (BASFI, EVN de gravedad de la fatiga, Cuestionario de evaluación del sueño de Jenkins (JSEQ) y SF-36 PCS) a la S16 y la BAE según ASDAS a la S52 se calcularon mediante el análisis de covarianza (ANCOVA; variables continuas) y la regresión logística (variables binarias). Los datos que faltaban se imputaron mediante la imputación de no respondedores y la extrapolación de la observación inicial modificada.

Resultados: Una mayor proporción de pacientes consiguió una mejora > 2 del DL-N con IXE en comparación con el PBO en la S16 (63,0% frente a 32,2%, $p < 0,001$) y esta mejora se mantuvo hasta la S52 (fig.). De los 81 pacientes inicialmente aleatorizados a IXE, los que lograron una mejora > 2 del DL-N (63%) a la S16 eran más jóvenes, con más frecuencia positivos para HLA-B27 y presentaban una mayor actividad de la enfermedad al inicio en comparación con los que no lograron una mejora > 2 (tabla). La consecución de una mejora > 2 del DL-N se asoció con una mejora en los PROs, incluidos BASFI, gravedad de la fatiga, JSEQ y SF-36 PCS, a la S16 y con la consecución de ASDAS < 2,1 a la S52 en comparación con la no consecución de una mejora > 2 del DL-N (tabla).

Conclusiones: El tratamiento con IXE mejoró el DL-N en pacientes con EspAax-r no tratados previamente con FAMEb. Las mejoras del DL-N se asociaron a mejoras de la actividad de la enfermedad, la función física, la fatiga y la calidad de vida.

Datos demográficos basales, características clínicas y PROs de los pacientes tratados con IXE que lograron una mejora > 2 del DL-N a la S16 frente a los que no la consiguieron

Consecución de una mejora > 2 del DL-N en la S16	Sí (n = 51)	No (n = 30)	
Características basales			
Edad, años	38,6 (11,4)*	44,9 (12,4)	
Positivos para HLA-B27, n (%)	50,0 (98,0)*	25,0 (83,3)	
PCR (mg/l)	14,9 (14,9)*	7,6 (8,4)	
ASDAS	3,9 (0,8)*	3,5 (0,6)	
Dolor lumbar nocturno	7,4 (1,3)*	6,4 (1,4)	
PROs			
	Inicio	CCRI en la S16	CCRI en la S16
BASFI	6,1 (1,9)	-3,4 (2,2)***	6,0 (1,6)
EVN de gravedad de la fatiga	6,9 (1,7)	-3,5 (2,6)***	6,3 (1,6)
JSEQ	7,1 (5,4)	-3,2 (4,2)***	7,2 (5,2)
SF-36 PCS	32,8 (7,7)	10,9 (7,7)***	36,1 (6,7)
ASDAS < 2,1 en la S52	34 (66,7)**	9 (33,3)	
Respuesta, n (%)			

Los valores representan la media (DE) a menos que se indique lo contrario. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ frente los pacientes que no lograron una mejora > 2 del DL-N. HLA-B27, antígeno de histocompatibilidad B27; PCR, proteína C reactiva; ASDAS, Puntuación de la actividad de la enfermedad en espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score); CCRI, cambio con respecto al inicio; BASFI, Índice función física de la espondilitis anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index); EVN, escala de valoración numérica; JSEQ, Cuestionario de evaluación del sueño de Jenkins (Jenkins Sleep Evaluation Questionnaire); SF-36 PCS, Puntuación del componente físico del cuestionario de salud abreviado de 36 ítems (Short-Form 36 physical component score).

P317. EFECTO DE LOS FÁRMACOS ANTI-IL-17 SOBRE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Iago Alcántara¹, Raquel Dos-Santos², David Fernández³, Ignacio González², Pablo Castro², María Sánchez², Jose Luis Puga², Alba Mata², Irene Álvarez², Verónica Busto², Alejandro Souto⁴, Jose Ramón Maneiro², Antonio Mera^{1,2}, Eva Pérez-Pampín^{1,2}

¹Universidad de Santiago de Compostela. ²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela ³Hospital Clínico Universitario de Ourense. ⁴Hospital Clínico Universitario de Pontevedra.

Introducción y objetivos: Desde el lanzamiento al mercado de los fármacos inhibidores de la IL-17 (anti-IL-17) como tratamiento de las espondiloartritis (SpA) se ha advertido de la posibilidad de aparición de nuevos casos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Además, los

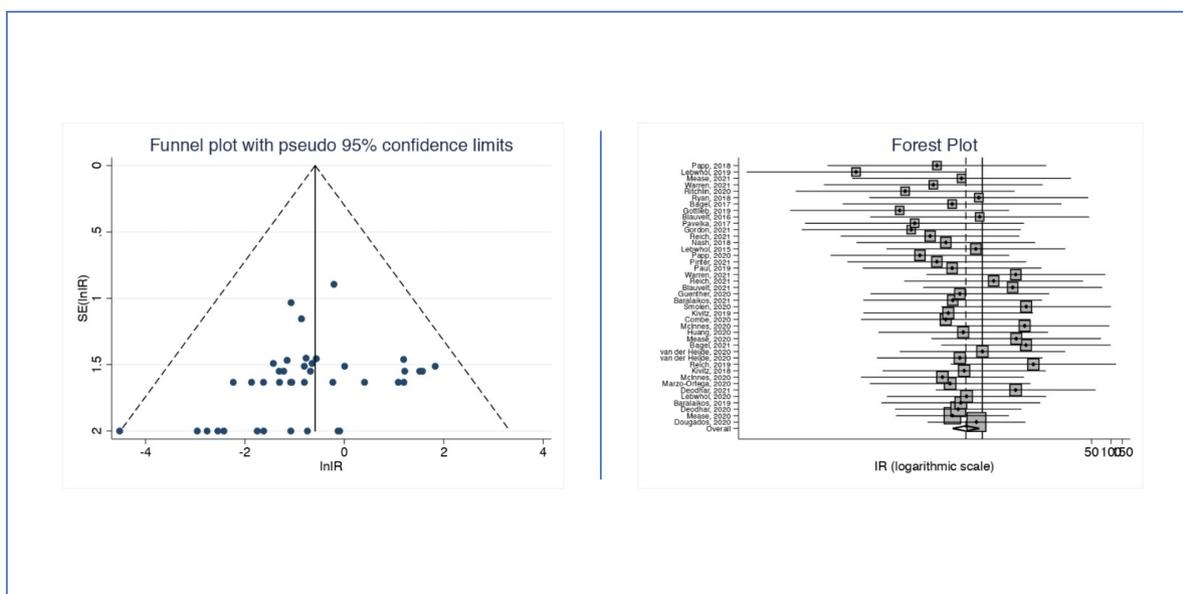


Figura 1: gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) del análisis de RTI.

P317 Figura. Gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) del análisis de RTI.

fármacos anti-IL-17 no se han mostrado eficaces en el tratamiento de la EII. Esta preocupación se basa en la importante relación inmunológica que existe entre las SpA, la psoriasis y la EII^{1,2}. El objetivo de este estudio es investigar la incidencia de EII en pacientes tratados con fármacos anti-IL-17 y con diagnóstico de SpA o artritis psoriásica (APs).

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos (Medline, Embase, Web of Science y Cochrane Library) para identificar ensayos clínicos referentes a la aparición de EII en participantes con un diagnóstico de SpA o APs tratados con anti IL-17. Se reportó una tasa de incidencia global (TI), una razón de tasas de incidencia (RTI) y riesgos relativos (RR) referidos a estudios paralelos y cruzados. Se valoró la heterogeneidad y sesgos de publicación en el análisis.

Resultados: Se seleccionaron finalmente 53 artículos. Se obtuvo una TI global de 0,30/100 personas-año con IC95% (0,24-0,37); una RTI de 0,56 con IC95% (0,34-0,9) y p < 0,01 (fig.); un RR en estudios con esquema paralelo de 3 con IC95% (0,83-10,85) y p = 0,095; y un RR en estudios con esquema cruzado de 0,73 con IC95% (0,27-1,99) y p = 0,54.

Conclusiones: No se puede afirmar que la exposición a fármacos anti-IL-17 predispone a un aumento del riesgo de aparición de EII. No se deberían evitar estos fármacos en pacientes con SpA o APs en la práctica clínica buscando prevenir la afectación intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raychaudhuri SK, Saxena A, Raychaudhuri SP. Role of IL-17 in the pathogenesis of psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis. Clin Rheumatol. 2015;34(6):1019-23.
2. Moschen AR, Tilg H, Raine T. IL-12, IL-23 and IL-17 in IBD: immunobiology and therapeutic targeting. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2019;16(3):185-96.

P318. TERAPIA BIOLÓGICA O DIRIGIDA COMBINADA EN ESPONDILOARTRITIS REFRACTARIA: EFECTIVIDAD EN VIDA REAL EN UNA SERIE MULTICÉNTRICA

Cristina Valero Martínez¹, Judit Font Urgelles², Meritxell Sallés³, Beatriz E. Joven-Ibáñez⁴, Alexia de Juanes⁴ Julio Ramírez⁵, Xavier Juanola⁶, Raquel Almodóvar⁷, Ana Laiz⁸, Mireia Moreno⁹, Manel Pujol¹⁰, Emma Beltrán¹¹, José Antonio Pinto-Tasende¹², Laura Crespí¹³, Luis Sala-Icardo¹⁴, Santos Castañeda¹ y Rosario García-Vicuña¹

- ¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario. Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Servicio de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario 12 Octubre. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Clínica Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ⁸Unitat Territorial de Reumatologia Sant Pau-Dos de Maig. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua Terrassa. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ¹²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital de Manacor. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Torrejón de Ardoz.

Introducción: La terapia biológica o dirigida combinada (TC), rara vez se considera en práctica clínica y no está recomendada en las guías clínicas, ya que existe incertidumbre en cuanto a los posibles efectos secundarios (EA) y el elevado coste. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) la TC cada vez tiene mayor relevancia, pues ha demostrado su eficacia en pacientes refractarios con un perfil de seguridad aceptable. Los primeros datos de eficacia en nuestra serie monocéntrica de pacientes con espondiloartritis (EspA) también han mostrado resultados alentadores¹. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de la TC en vida real en una población más amplia de pacientes con EspA.

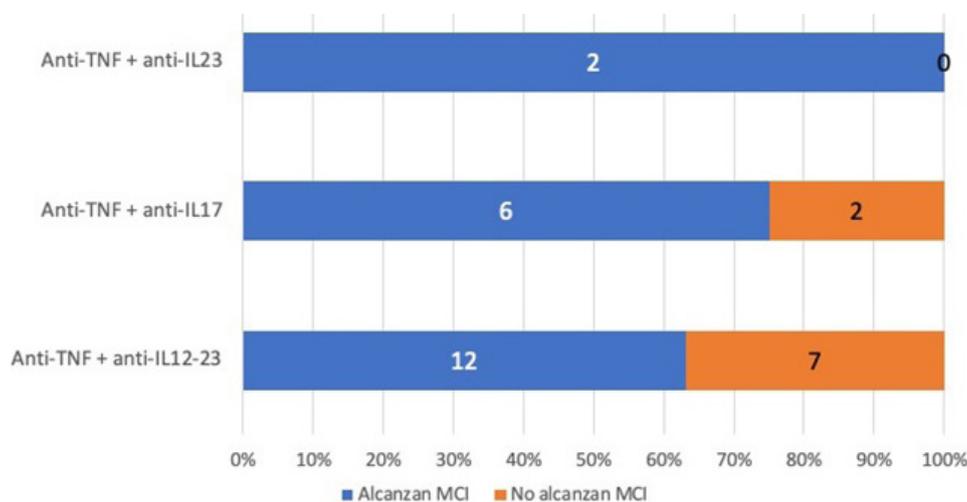
Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico en práctica clínica real. Incluimos pacientes con EspA que en algún momento hubieran recibido, simultáneamente, dos agentes biológicos y/o dirigidos (excluyendo apremilast) con diferente diana, desde abril 2017 hasta diciembre 2022. Todos los pacientes cumplían criterios ASAS de EspA axial o periférica y firmaron consentimiento informado. Se recogieron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y EA. La eficacia se evaluó utilizando índices para la enfermedad axial (ASDAS-PCR) y periférica (DAPSA y DAS-28-PCR). La mejoría clínica significativa o *major clinical improvement* (MCI) se definió como un cambio en ASDAS-PCR > 2 y DAS-28-PCR > 1,2 unidades y una mejoría > 85% en DAPSA.

Resultados: Se identificaron un total de 39 cursos de TC en 35 pacientes con EspA (tabla 1), 22 de ellos con EII asociada. La principal indicación para la TC fue la enfermedad musculoesquelética activa (tabla 2). Tres pacientes presentaban remisión/baja actividad de la EspA al inicio de la TC (actividad extramusculoesquelética) y fueron excluidos en el análisis de eficacia. La mayoría de los pacientes (89,7%) habían fracasado previamente a una de las dos terapias utilizadas en TC. La combinación más utilizada fue anti-TNF + anti-IL12/23 (n = 20; 51,2%). La mediana de exposición de la TC fue de 16 meses (RIQ 11-24). Al final del seguimiento (tabla 2) observamos una reducción media significativa de ASDAS-PCR (2,07; IC95%: 1,31-2,83; p = 0,001) y de PCR (2,57 mg/dl; IC95%: 0,98-4,1; p = 0,001). La tasa de remisión/baja actividad fue del 52,7%, y el 55% de los pacientes consiguieron suspender los glucocorticoides. El 61,1% (n = 21) alcanzó MCI en algún momento del seguimiento, con resultados heterogéneos entre las distintas combinaciones (fig.). Ocho pacientes (23%) interrumpieron la TC por ineficacia (seis de ellos con actividad de la EII), 4 por EA y otra por embarazo. En un análisis bivariado, los pacientes que alcanzaron MCI presentaban un ASDAS-PCR basal más bajo que los que no lo alcanzaron (4,33 vs. 6,20; p = 0,052) y ausencia de psoriasis (p = 0,028). En 39 ciclos de TC se identificaron 4 EA graves en 3 pacientes: un paciente con infiltrados pulmonares de origen no infeccioso, una bacteriemia por *Staphylococcus* y un paciente con colitis por citomegalovirus junto con candidiasis esofágica. La seguridad se describe con detalle separadamente.

Tabla 1. Características basales de nuestra población con TC

Características clínicas	N = 35 pacientes (39 cursos de TC)
Sexo masculino, n (%)	19 (54,2)
Edad actual, años, mediana (RIQ)	47 (37-60)
Diagnóstico, n (%)	
EspA axial y periférica	9 (25,7)
EspA axial	9 (25,7)
EspA periférica	3 (8,5)
Artritis psoriásica	8 (22,8)
Artritis idiopática juvenil	6 (17,1)
Duración de la EspA, años, mediana (RIQ)	18 (8,5-20)
Fenotipo EspA (%)	
Artritis periférica	27 (77,1)
Afectación axial	25 (71,4)
Entesitis	6 (17,1)
Dactilitis	5 (14,2)
HLA-B27+, n (%)	12 (34,2)
Clínica extramusculoesquelética, n (%)	
Psoriasis	14 (40)
Uveítis	5 (14,2)
EII	24 (68,5)
Enfermedad de Crohn	22 (62,8)
Colitis ulcerosa	2 (5,7)
Insuficiencia aórtica	3 (8,5)
Nº FAMEb/d previos, mediana (RIQ)	3 (1,5-5)
Tipo de FAMEb/d previos, n (%)	
Anti-TNF	34 (97,1)
Anti-IL17	13 (37,1)
Anti-IL 12-23	13 (37,1)
Indicación de la TC, n (%)	
EspA	22 (56,4)
Psoriasis	1 (2,5)
EII	7 (17,9)
EII + EspA	8 (20,5)
Psoriasis + EspA	1 (2,5)

EspA: espondiloartritis; FAMEb/d: fármaco modificador de la enfermedad biológico/sintético dirigido; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; RIQ: rango intercuartílico; TC: terapia combinada.



Abreviaturas: MCI: major clinical improvement; TC: terapia combinada.

P318 Figura. Datos de eficacia de las combinaciones más frecuentes de la TC.

Tabla 2. Datos de la TC y resultados principales

Características clínicas	39 cursos de TC
Fármacos en TC utilizados previamente (%)	
0 fármacos	4 (10,2)
1 fármaco	21 (53,8)
≥ 2 fármacos	14 (35,8)
FAMEs concomitantes al inicio TC, n (%)	
Ninguno	24 (61,5)
Metotrexato	10 (25,6)
Sulfasalacina	3 (7,6)
Azatioprina	2 (5,1)
Glucocorticoides al inicio TC, n (%)	20 (51,2)
Combinaciones duales en la TC	
Secukinumab + golimumab	2
Secukinumab + etanercept	3
Secukinumab + adalimumab	1
Ixekizumab + adalimumab	1
Ixekizumab + guselkumab	1
Brodalumab + golimumab	1
Ustekinumab + adalimumab	9
Ustekinumab + golimumab	3
Ustekinumab + etanercept	1
Ustekinumab + certolizumab	6
Ustekinumab + infliximab	2
Ustekinumab + vedolizumab	1
Guselkumab + abatacept	1
Guselkumab + vedolizumab	1
Guselkumab + certolizumab	1
Risankizumab + golimumab	1
Vedolizumab + golimumab	1
Vedolizumab + adalimumab	2
Tofacitinib + infliximab	1
Actividad EspA a los 6 meses (n = 29)*	
Remisión, n (%)	6/29 (20,6)
Baja actividad, n (%)	10/29 (34,4)
Descenso glucocorticoides, n (%)	14/18 (77,7)
Actividad EspA en la última evaluación*	
Remisión, n (%)	9/36 (25)
Baja actividad, n (%)	10/36 (27,7)
Suspensión glucocorticoides, n (%)	11/20 (55)
Mayor clinical improvement EspA	22/36 (61,1)
Estatus final	
Mantiene TC	27/39 (69,2)
Suspensión	12/39 (30,7)

*Los puntos de corte para los criterios de remisión/baja actividad para la enfermedad axial y periférica fueron ASDAS-PCR < 1,3/< 2,1 o DAS-28-PCR < 2,6/< 3,2 o DAPSA < 4/< 14, respectivamente. EspA: espondiloartritis; FAME: fármaco modificador de la enfermedad; TC: terapia combinada.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares sugieren que la TC podría ser una alternativa terapéutica razonable y con un perfil de seguridad asumible en pacientes seleccionados con EspA refractaria multidominio. Sin embargo, se necesitan más estudios controlados en cohortes más amplias para confirmar la efectividad a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valero-Martínez C, et al. ARD. 2022;81(6):899-901.

P319. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON ANTI IL-17 (SECUKINUMAB E IXEKIZUMAB) EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

Clara Fuego Varela, Marta Pastor Mena, Barbara Fernández López, Myriam Gandía Martínez, Angela Alcalá Soto, Cristina Fuentes Rodríguez, Blanca Viejo Sosa, Yolanda Cabello Fernández y María Dolores Toledo Coello

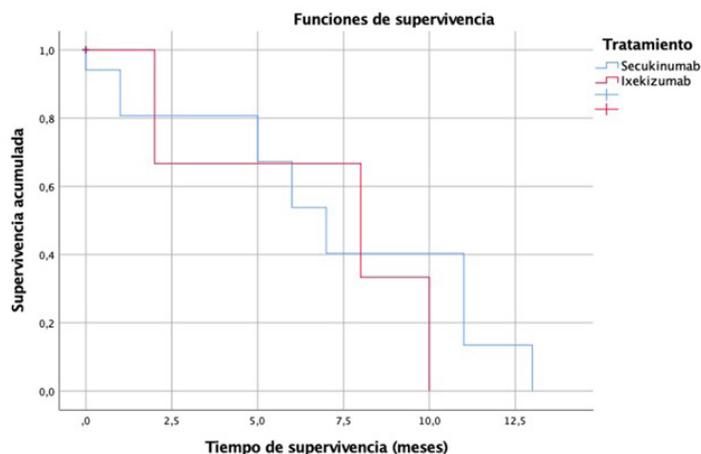
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Objetivos: Evaluar el tiempo de persistencia y los motivos de suspensión del tratamiento con inhibidores de IL-17 en pacientes con espondiloartritis y artritis psoriásica en el Hospital de Jerez.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado entre 1/01/2020 y 1/01/2022. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de artritis psoriásica (CASPAR) y espondiloartritis axial (ASAS) Se estudiaron variables demográficas y relacionadas con el tratamiento, calculándose el tiempo de persistencia con el fármaco de estudio, así como las suspensiones de tratamiento. Variables de interés: Persistencia del tratamiento a los 2 años. Otras variables: demográficas, clínico-analíticas: comorbilidades: presencia o ausencia de psoriasis, dactilitis, entesitis, uveítis, enfermedad inflamatoria. Análisis estadístico: Se ha realizado un análisis descriptivo. Tiempo de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y la comparación entre grupos mediante el test log rank.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 15 (53,6%) con diagnóstico de artritis psoriásica y 13 (46,4%) con diagnóstico de espondiloartritis axial. Las características clínicas se muestran en la tabla. La mayoría de ellos (53,6%) eran hombres con una edad media (DE) de 48,82 años (9,99) y una duración media (DE) de la enfermedad de 13,29 (20,93) meses. El 60,7% habían recibido tratamiento con secukinumab y el 39,3% con ixekizumab. El 96,4% de los mismos habían recibido al menos un FAME biológico previamente. La mediana de terapias biológicas previamente recibidas fue de 1 (0-4). Durante el seguimiento, 11 pacientes (39,3%) suspendieron el tratamiento, la mayoría por fallo secundario. Solo un 7,1% abandonaron el tratamiento por efectos secundarios, todos leves. La mediana (IC95%) de supervivencia del tratamiento fue de 6 meses (3,22-8,77) en el grupo de secukinumab y de 8 meses (0,00-17,60) en el grupo de ixekizumab (p = 0,65) a los 24 meses de seguimiento (fig.).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que el 60% de los pacientes mantienen el tratamiento con inhibidores de IL-17 tras



P319 Figura. Supervivencia de secukinumab e ixekizumab.

2 años de seguimiento. No se observaron diferencias significativas entre la persistencia de secukinumab e ixekizumab en pacientes con espondiloartritis y artritis psoriásica.

Variables	Pacientes
Edad (años), media (DE)	48,82 (9,99)
Sexo (hombre), n (%)	15 (53,6)
Tabaco (fumador), n (%)	4 (14,3)
Diagnóstico	
Artritis psoriásica, n (%)	15 (53,6)
Espondiloartritis, n (%)	13 (46,4)
HLA B27 positivo, n (%)	9 (32,1)
Psoriasis, n (%)	18 (64,3)
Entesitis, n (%)	5 (17,9)
Dactilitis, n (%)	13 (46,4)
Enfermedad inflamatoria intestinal, n (%)	1 (3,6)
Uveitis, n (%)	2 (7,1)
FAMEsc concomitantes n, (%)	3 (10,7)
Tipo de terapia biológica	
Secukinumab, n, (%)	17 (60,7)
Ixekizumab, n, (%)	11 (39,3)

P320. BIMEKIZUMAB TREATMENT IN BIOLOGIC DMARD-NAÏVE PATIENTS WITH ACTIVE PSORIATIC ARTHRITIS: 52-WEEK EFFICACY AND SAFETY RESULTS FROM A PHASE 3, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, ACTIVE REFERENCE STUDY

Manuel Rubén Queiro Silva¹, Christopher T. Ritchlin², Laura C. Coates³, Iain B. McInnes⁴, Philip J. Mease⁵, Joseph F. Merola⁶, Yoshiya Tanaka⁷, Akihiko Asahina⁸, Laure Gossec⁹, Alice B. Gottlieb¹⁰, Diamant Thaçi¹¹, Barbara Ink¹², Deepak Assudani¹², Rajan Bajracharya¹², Vishvesh Shende¹², Jason Coarse¹³ and Robert Landewé¹⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Department of Medicine. University of Rochester. Rochester, NY. USA. ³Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Diseases. University of Oxford and Oxford Biomedical Research Centre. Oxford University Hospitals NHS Trust. Oxford. UK. ⁴College of Medical Veterinary and Life Sciences. University of Glasgow. UK. ⁵Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Seattle, WA. USA. ⁶Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital. Boston, MA. USA. ⁷The First Department of Internal Medicine. University of Occupational and Environmental Health. Kitakyushu. Fukuoka. Japan. ⁸Department of Dermatology. The Jikei University School of Medicine. Tokyo. Japan. ⁹Sorbonne Universités. UPMC Univ Paris 06GRC-UPMC (EEMOIS). AP-HP. Hôpital Pitié Salpêtrière. Rheumatology Department. Paris. France. ¹⁰Department of Dermatology. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York, NY. USA. ¹¹Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University of Lübeck. Germany. ¹²UCB Pharma. Slough. UK. ¹³UCB Pharma. Raleigh, NC. USA. ¹⁴Amsterdam Rheumatology & Clinical Immunology Center. Amsterdam. and Zuyderland MC. Heerlen. The Netherlands.

Introduction and objectives: Bimekizumab (BKZ) is a monoclonal IgG1 antibody that selectively inhibits IL-17F in addition to IL-17A. BKZ treatment has demonstrated superior efficacy in joints and skin versus placebo (PBO) at Week (Wk)16 in the phase 3 BE OPTIMAL study in biologic DMARD (bDMARD)-naïve patients (pts) with active PsA. Wk52 efficacy and safety data are presented here.

Methods: BE OPTIMAL (NCT03895203) comprised 16 wks double-blind, PBO-controlled, and 3 6wks treatment-blind. bDMARD-naïve pts were eligible if they had adult-onset, active PsA meeting the Classification Criteria for PsA for ≥ 6 months, ≥ 3 tender and ≥ 3 swollen joints, and ≥ 1 active psoriatic lesion and/or history of psoriasis. Pts were randomized 3:2:1 subcutaneous BKZ 160 mg every 4 wks: PBO: reference arm (adalimumab [ADA] 40 mg every 2 wks). From Wk16, PBO pts received BKZ 160 mg Q4W (PBO/BKZ). Missing data imputed using non-responder imputation (discrete) or multiple imputation (continuous).

Results: 821/852 (96.4%) pts completed Wk16; 761 (89.3%) completed Wk52. Baseline (BL) characteristics were generally balanced between groups (randomized set): mean age 48.7 years; BMI 29.2 kg/m²; time since diagnosis 5.9 years; 46.8% male; 49.9% had psoriasis affecting ≥ 3% body surface area (BSA). At Wk52, pts achieving ACR50: 53.0% PBO/BKZ, 54.5% BKZ, 50.0% ADA; pts with BL psoriasis (≥ 3% BSA) achieving complete skin clearance (Psoriasis Area and Severity Index [PASI]100): 65.0% PBO/BKZ, 60.8% BKZ, 48.5% ADA; pts achieving minimal disease activity: 53.7% PBO/BKZ, 55.0% BKZ, 52.9% ADA (Figure 1). Clinical joint and skin efficacy responses continued to increase or were sustained from Wk16 to Wk52 on BKZ; pts who switched to BKZ at Wk16 demonstrated improvements in efficacy outcomes to Wk52 (Table 1). Overall radiographic progression was minimal to Wk52. At Wk52, pts with no radiographic progression (van der Heijde modified Total Sharp Score change from baseline ≤ 0.5): 87.3% PBO/BKZ, 89.3% BKZ, 94.1% ADA (radiographic set; observed case). Cumulative probability of radiographic progression is presented in Figure 2. To Wk52, 555/702 (79.1%) pts had ≥ 1 treatment-emergent adverse event (TEAE) while receiving BKZ; 113/140 (80.7%) on ADA. The three most frequent TEAEs on BKZ: nasopharyngitis (BKZ: 12.0% pts; ADA 8.6% pts), upper respiratory tract infection (BKZ: 7.1%; ADA: 5.7%), and urinary tract infection (BKZ: 6.1%; ADA: 3.6%). Pts who discontinued the study due to a TEAE: 21 (3.0%) BKZ; 7 (5.0%) ADA. *Candida* infections (high level term) reported in 7.7% BKZ, 0.7% ADA pts. All were mild/moderate; none systemic. One case of oral candidiasis led to discontinuation. To Wk52, 3 BKZ-treated pts had malignancies excluding non-melanoma skin cancers, 4 had adjudicated major adverse cardiac events, and 2 had definite IBD (ulcerative colitis); 1 death reported (motorcycle accident). No uveitis events were reported.

Conclusions: BKZ treatment demonstrated clinically meaningful improvements in efficacy outcomes in bDMARD-naïve pts with

active PsA at Wk16, which were sustained or continued to improve to Wk52. BKZ was well tolerated; no new safety signals observed².

Study sponsor statement: Funded by UCB Pharma. Editorial services were provided by Costello Medical and funded by UCB Pharma. The

authors also acknowledge Anthony Keohane from UCB Pharma for substantial contributions to this publication.

REFERENCES

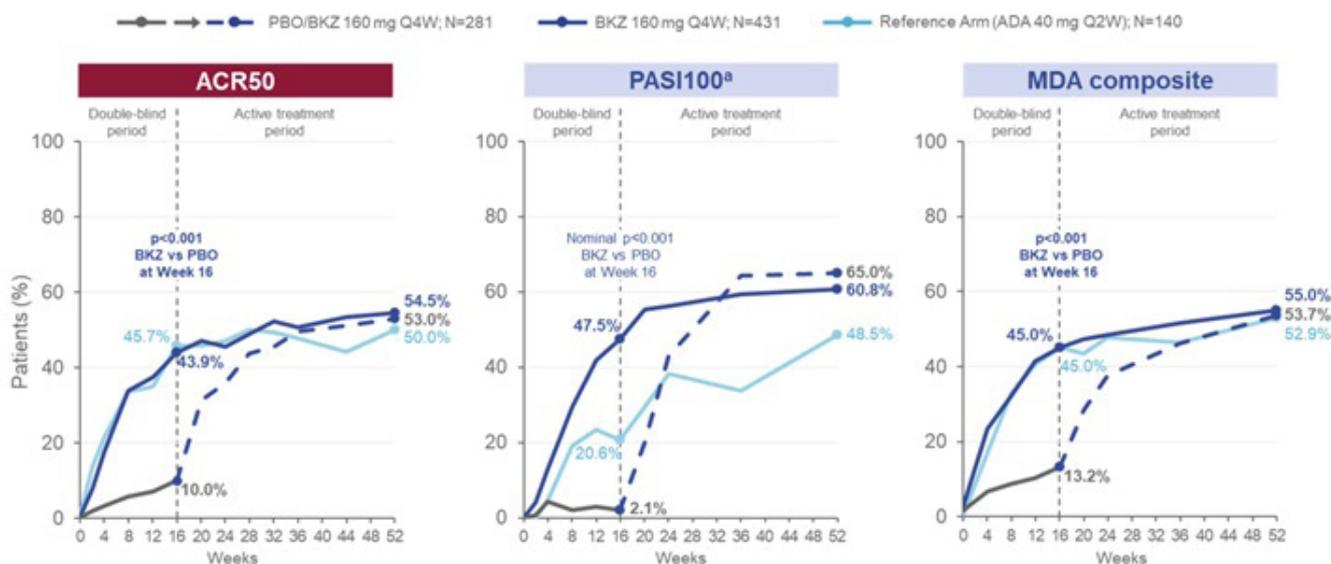
1. McInnes IB. Ann Rheum Dis. 2022;81:206-7.
2. Coates LC. Arthritis & Rheum. 2022;10.1002/art.42280.

Table 1. Efficacy endpoints at Weeks 16 and 52

Endpoint	Week 16			Week 52		
	PBO N=281	BKZ 160 mg Q4W N=431	ADA 40 mg Q2W N=140	PBO→BKZ 160 mg Q4W N=281	BKZ 160 mg Q4W N=431	ADA 40 mg Q2W N=140
ACR20 [NRI], n (%)	67 (23.8)	268 (62.2)	96 (68.6)	191 (68.0)	307 (71.2)	102 (72.9)
ACR70 [NRI], n (%)	12 (4.3)	105 (24.4)	39 (27.9)	101 (35.9)	169 (39.2)	53 (37.9)
PASI90 ^a [NRI], n (%)	4 (2.9)	133 (61.3)	28 (41.2)	106 (75.7)	155 (71.4)	41 (60.3)
TJC CFB [MI], mean (SE)	-3.1 (0.7)	-10.0 (0.5)	-10.9 (1.0)	-11.9 (0.7)	-12.5 (0.5)	-12.6 (0.9)
SJC CFB [MI], mean (SE)	-3.0 (0.5)	-6.6 (0.3)	-7.5 (0.6)	-7.8 (0.4)	-7.6 (0.3)	-8.2 (0.6)
VLDA [NRI], n (%)	3 (1.1)	63 (14.6)	22 (15.7)	62 (22.1)	125 (29.0)	39 (27.9)
HAQ-DI CFB [MI], mean (SE)	-0.09 (0.03)	-0.26 (0.02)	-0.33 (0.04)	-0.38 (0.03)	-0.34 (0.02)	-0.41 (0.05)
SF-36 PCS CFB [MI], mean (SE)	2.3 (0.5)	6.3 (0.4)	6.8 (0.8)	8.4 (0.6)	8.1 (0.5)	9.0 (0.9)
vdHmTSS CFB (overall) ^{b,c} [MI], mean (SE)	0.25 (0.07)	0.03 (0.04)	-0.09 (0.08)	0.17 (0.11)	0.10 (0.07)	-0.12 (0.12)
vdHmTSS CFB (at-risk) ^{b,d} [MI], mean (SE)	0.29 (0.09)	0.03 (0.05)	-0.14 (0.10)	0.19 (0.13)	0.10 (0.08)	-0.17 (0.13)
Enthesitis resolution ^e [NRI], n (%)	29 (41.4)	72 (50.3)	18 (50.0)	44 (62.9)	87 (60.8)	21 (58.3)
Dactylitis resolution ^f [NRI], n (%)	18 (54.5)	44 (78.6)	9 (81.8)	29 (87.9)	45 (80.4)	8 (72.7)

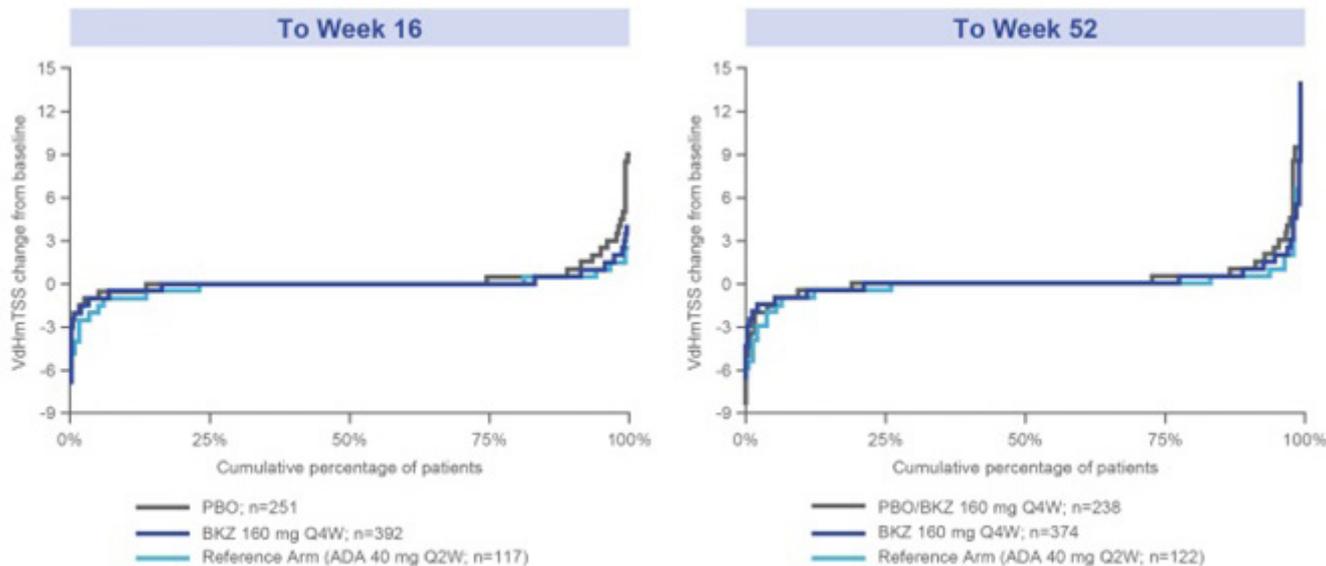
Randomized set. ^aIn patients with PSO affecting ≥3% BSA at baseline; PBO/BKZ: n=140; BKZ: n=217; ADA: n=68; ^bRadiographic set, defined as patients who received ≥1 study drug dose and had valid radiographs of hands and feet, assessed by ≥2 reviewers, at screening; ^cOverall radiographic set; PBO/BKZ: n=269; BKZ: n=420; ADA: n=135; ^dAt-risk subgroup includes patients in the radiographic set with hs-CRP ≥6 mg/L and/or ≥1 bone erosion at baseline; PBO/BKZ: n=227; BKZ: n=361; ADA: n=112; ^eIn patients with enthesitis (LEI) at baseline; PBO/BKZ: n=70; BKZ: n=143; ADA: n=36; ^fIn patients with dactylitis (LDI) at baseline; PBO/BKZ: n=33; BKZ: n=56; ADA: n=11. ACR: American College of Rheumatology; ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; BSA: Body Surface Area; CFB: change from baseline; HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire – Disability Index; hs-CRP: high sensitivity C-reactive protein; LDI: Leeds Dactylitis Index; LEI: Leeds Enthesitis Index; MI: multiple imputation; NRI: non-responder imputation; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PBO: placebo; PCS: Physical Component Summary; PSO: Psoriasis; Q2W: every 2 weeks; Q4W: every 4 weeks; SE: standard error; SF-36: Short-Form 36-Item Health Survey; SJC: swollen joint count; TJC: tender joint count; vdHmTSS: van der Heijde modified Total Sharp Score; VLDA: very low disease activity.

Figure 1. ACR50, PASI100, and MDA composite responders to Week 52 [NRI]



Randomized set. Primary endpoint: ACR50 at Week 16. ACR50 measured at Weeks 2, 4, Q4W to Week 36, and Weeks 44 and 52; PASI100 at Weeks 2, 4, Q4W to Week 24, and Weeks 36 and 52; MDA at Week 4, Q4W to Week 24, and Weeks 36 and 52. ^aIn patients with psoriasis affecting ≥3% BSA at baseline; PBO/BKZ 160 mg Q4W: N=140; BKZ 160 mg Q4W: N=217; ADA 40 mg Q2W: N=68. ACR: American College of Rheumatology; ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; MDA: minimal disease activity; NRI: non-responder imputation; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PBO: placebo; Q2W: every 2 weeks; Q4W: every 4 weeks.

Figure 2. Cumulative probability plot of vdHmTSS change from baseline to Week 16 and Week 52



Radiographic set (patients who received ≥ 1 study drug dose and had valid radiographs of hands and feet, assessed by ≥ 2 reviewers, at screening). Observed case data reported. Cumulative probability in each dose group in the range of 0–100%. Lower vdHmTSS scores indicate more inhibition achieved. ADA: adalimumab; BKZ: bimekizumab; PBO: placebo; Q2W: every 2 weeks; Q4W: every 4 weeks; vdHmTSS: van der Heijde modified Total Sharp Score.

P320 Figure 3

P321. TELECONSULTA ASINCRÓNICA MEDIANTE CHATBOT DE WHATSAPP EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL CONTROLADA CON TERAPIA BIOLÓGICA: MODELO SOSTENIBLE

Natalia Rivera García¹, E. Abad-Plou², E. Galíndez-Agirregoikoa², E. Cuende², A.R. Intxaurbe Pellejero², J.M. Blanco Madrigal², L. Vega², C. García², M. Enjuanes², O.B. Fernández-Berrizbeitia², I. Gorostiza³, M.L. García Vivar² y Grupo INNOBIDE⁴

¹Biocruces Bilbao. Bizkaia. ²Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

⁴Grupo INNOBIDE formado por gestores, clínicos, informáticos e investigación de Hospital Universitario Galdakao, clínicos de Hospital Universitario Basurto y con el apoyo de ARAIA SL.

Introducción: Antes de la pandemia por COVID, el uso de la telemedicina para el seguimiento de pacientes con enfermedades reumáticas estaba limitado a las zonas con dificultad geográfica o estructural de acceso al reumatólogo. Actualmente parece un modelo más sostenible de consulta, que conlleva ahorro de tiempo y de recursos.

Objetivos: Demostrar que la utilización de teleconsulta asincrónica mediante chatbot de WhatsApp para el seguimiento de nuestros pacientes, consume menos tiempo para el paciente y el sistema.

Métodos: Estudio prospectivo con control retrospectivo, que incluye pacientes con EspAx axial estable con terapia biológica (TB), reclutados del 01/01 al 30/11/2021. Incluimos 60 pacientes tras 2 abandonos (traslado de domicilio y/o razones personales). Se ofre-

cen 2 consultas telemáticas (usando su teléfono personal), cada 4 meses, y una visita presencial (CP), un año tras la basal. El chatbot envía PROMS (BASDAI, ASDAS, EVA de la enfermedad global del paciente, ASDAS, 3 preguntas sobre clínica extraarticular), los resultados y la cita posterior. En caso de alteración relevante en la analítica o de los PROMS o si el paciente lo solicita, es contactado por el reumatólogo/enfermera a cargo, que resuelve telefónicamente y/o con CP. Se recogen las características de pacientes y de la enfermedad (edad, género, nivel educativo, empleo, actividad de la enfermedad, duración y tratamientos). Se recogen también el número de consultas telefónicas y presenciales, y preferencias del paciente.

Resultados: Incluimos 60 pacientes (83,3% hombres), edad media 48,22 años (DE 12,128), 36% menores de 45 años en la inclusión. Un 27% con estudios básicos, 33,9% medios y el 39% superiores. El 83% eran trabajadores activos. 90% Espondilitis Anquilosante (EA), HLA B27 positivo (85%) con enfermedad de larga evolución (media 23 años, DE 12,8), y con el primer (71%) o el segundo (23%) TB (51,7% anti-TNF optimizado). El 50% nunca fumó y el 70% no tenía comorbilidad; El 25% tenían afectación periférica y más del 40% manifestaciones extraarticulares. En la inclusión, el 93,3% estaba en remisión/baja actividad por ASDAS/BASDAI-PCR; 4 pacientes se consideraron controlados a pesar de tener puntuaciones más altas. En el seguimiento 3 pacientes optimizados volvieron a dosis estándar de TB. No hubo empeoramiento clínico ni de calidad de vida significativo entre la visita basal y la final (BASDAI, BASFI, ASDAS-PCR o AsQOL). La puntuación final de la consulta telemática (EVA (1-10)) por los pacientes fue alta: media 9,14 (DE 1,498); y el 83,3%

	PRESENCIAL		VISITAS TELEFONICAS		WhatsApp
	12 meses antes	Durante el estudio	12 meses antes	Durante el estudio	Numero de visitas
MEDIA	3,17 (ED 0,960)	1,20 (DE 0,0514)	0,90 (DE 0,796)	0,62 (DE 0,904)	1,77 (DE 0,500)
SUMA	190	72	54	37	106

P321 Figura

prefería seguimiento telemático. Se ahorró el 62% de las CP (hubo 70 en total, 60 programadas y 12 adicionales). El tiempo estimado para la CP para los pacientes fue de 90 ± 30 minutos, incluyendo llegada al hospital y espera. El tiempo del equipo asistencial para la consulta por WhatsApp fue 1/3 del necesario para la presencial.

Conclusiones: La teleconsulta asincrónica mediante el chatbot de WhatsApp para seguimiento de nuestros pacientes EA controlados con TB conlleva ahorro de tiempo para el paciente y el sistema. El uso de este modelo de telemedicina asincrónica mediante uso de PROMS en entornos diferentes y en vida real es necesario para obtener estimaciones más precisas en ahorros de tiempo y recursos

P322. EL TIEMPO DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ESTÁ ASOCIADO CON EL FENOTIPO Y EL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. RESULTADOS DEL REGISTRO REGISPONSER

Ignacio Gómez-García^{1,2,3,4}, María Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2,3}, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}, Pilar Font-Ugalde^{1,2,3}, Eduardo Collantes-Estévez^{1,2,3}, Patricia Ruiz-Limón^{5,6} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

¹UGC de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Universidad de Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara de Puertollano. ⁵Departamento de Endocrinología y Nutrición. IBIMA/Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ⁶CIBEROBN. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivos: a) Comparar las características de EspA en pacientes con y sin EII y b) Comparar las características clínicas y el diagnóstico del reumatólogo en pacientes de SpA con EII según la aparición de la EII (antes vs. después de la aparición de los síntomas reumáticos).

Resultados: Un total de 123 de 2.367 (5,2%) pacientes incluidos en el registro REGISPONSER fueron diagnosticados de EII, pero 20 pacientes no tenían disponible la fecha de aparición de la EII. Hubo menor prevalencia de HLA-B27, psoriasis y dactilitis, y menor frecuencia de uveítis en pacientes con EII vs. pacientes con EspA sin EII. Además, estos pacientes eran más jóvenes y tenían menos duración de la enfermedad y menor actividad de la enfermedad (por índices ASDAS y BASDAI) y capacidad funcional (por índice BASRI). Entre los pacientes con EII, 54 (52,4%) ya tenían EII en el momento del inicio de los síntomas reumáticos, mientras que 49 pacientes (47,6%) comenzaron con EII después del inicio de la EspA. El fenotipo periférico [10 (18,5%)

vs. 1 (2%)] se observó con mayor frecuencia en pacientes que ya habían sido diagnosticados de EII cuando comenzaron los síntomas reumáticos mientras que la afectación axial tuvo una menor prevalencia [25 (46,3%) vs. 33 (67,3%)]. También hubo diferencias significativas en el diagnóstico del reumatólogo en estos pacientes, con menor frecuencia de diagnóstico de EspA anquilosante [31 (57,5%) vs. 42 (85,7%)] en el primer grupo. Tras realizar un análisis multivariante con características demográficas y clínicas, obtuvimos un menor retraso diagnóstico [0,90 (IC95% IC 0,82-0,98)] y una menor prevalencia de antígeno HLA-B27 [0,19 (IC95% 0,07-0,52)] en el primer grupo. **Conclusiones:** Los pacientes con EspA con EII tienen una enfermedad menos grave con menor prevalencia de manifestaciones extra-musculoesqueléticas. Cuando la EII se inició antes de los síntomas reumáticos, se asoció a un diagnóstico más temprano y a un fenotipo periférico más frecuente.

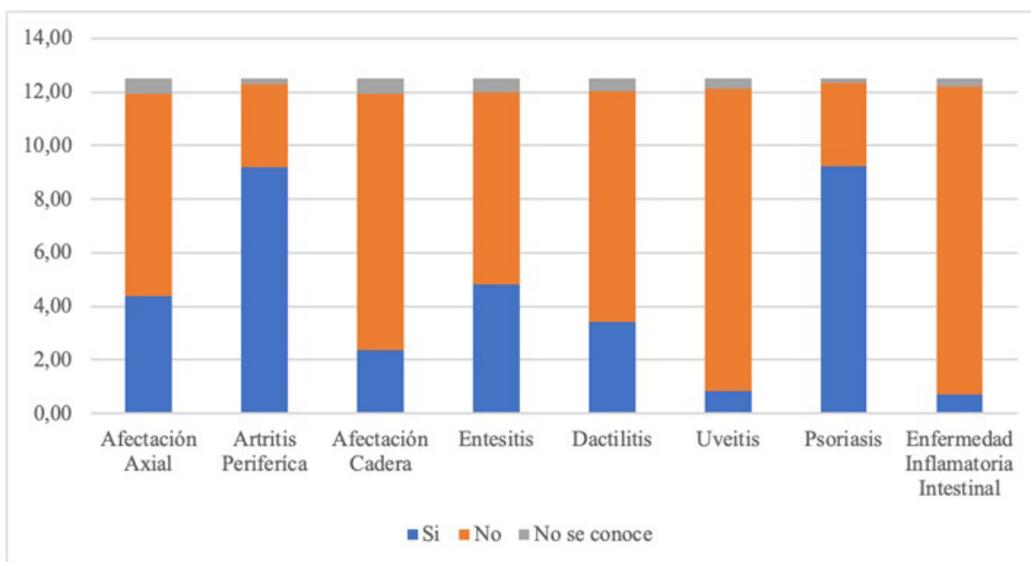
P323. INCIDENCIA Y DISTRIBUCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA Y RELACIÓN DE LA INCIDENCIA DE DICHA PATOLOGÍA CON LA RENTA MEDIA

Natalia Palmou-Fontana,¹ Talledo Pelayo Federico², David Cantarero Prieto², Paloma Lanza León², Marina Barreda Gutiérrez², Susana Armesto Alonso¹, Alfonso Corrales¹, Javier Rueda-gotor³, Vanesa Calvo¹, Marcos González López¹ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Dermatología-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Grupo de Investigación en economía de la Salud de la Universidad de Cantabria-IDIVAL. Santander. ³Hospital de Sierrallana. Torrelavega.

Introducción: En nuestro país, son escasos los estudios sociodemográficos en la artritis psoriásica (APs). A pesar de ser una patología con gran impacto personal, familiar, social y socioeconómico. La investigación de la APs desde una perspectiva sociodemográfica es por lo tanto una “necesidad no cubierta” para detectar las zonas de mayor incidencia, con el fin de poder actuar sobre las mismas.

Objetivos: Analizar la incidencia y distribución sociodemográfica de la APs en la Comunidad Autónoma de Cantabria en función del código postal y municipio. Examinar la distribución geográfica de la patología según la Zona Básica de Salud (ZBS) que les corresponda y ver si existe relación entre la incidencia de la patología con la renta media del municipio donde habita.



P323 Figura 1. Manifestaciones extraarticulares y articulares en pacientes adultos (n).

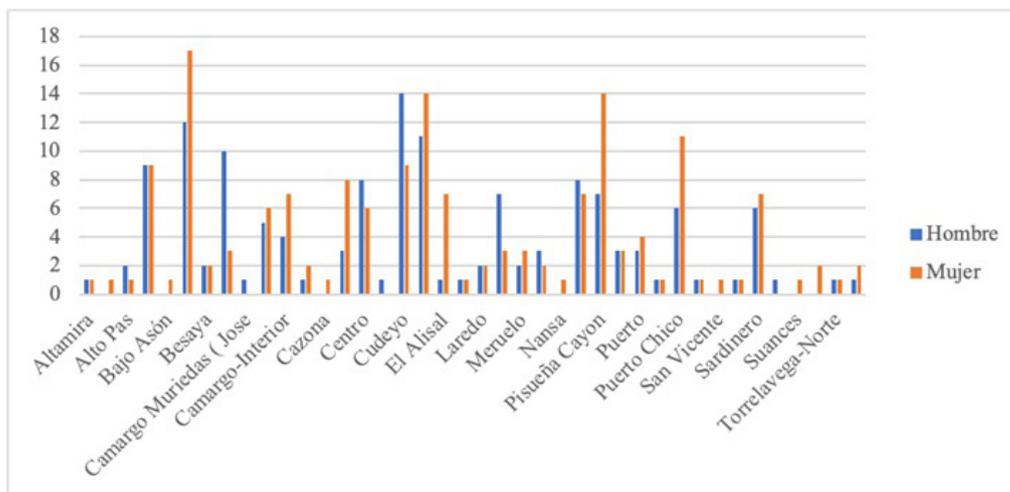


Figura 2

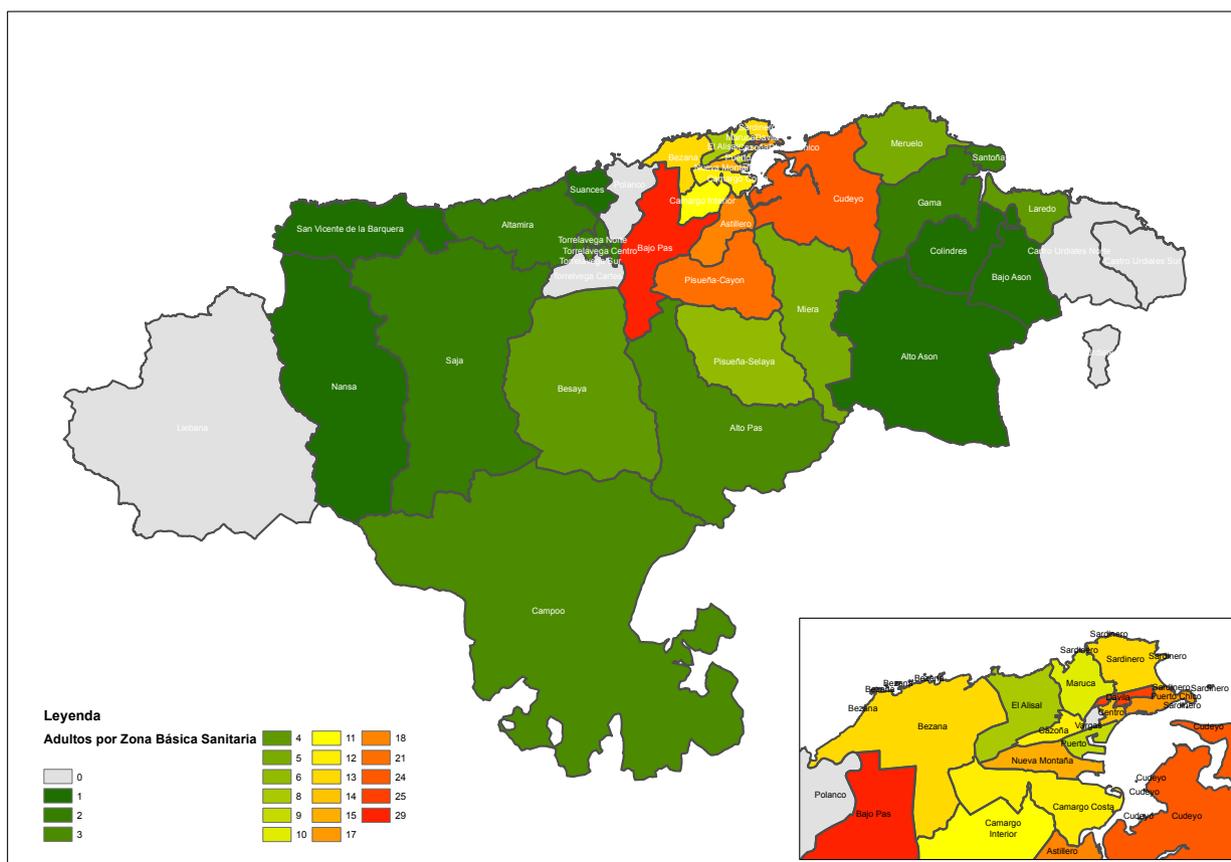


Figura 3

Métodos: Se analizaron las variables obtenidas del estudio de 302 pacientes adultos con diagnóstico de APs atendidos consecutivamente por un hospital universitario de tercer nivel. Se consideraron estas variables, a) número codificación aleatorio y anonimizado para evitar duplicidades; b) diagnóstico CIE10 de enfermedad reumatológica; c) edad; d) sexo; e) código postal; f) municipio. Con estas variables, se realiza un análisis estratificado de los pacientes con APs según cada zona geográfica, elaborando un atlas de la enfermedad que sirva para lograr una mejor gestión de los casos (accesibilidad, eficiencia y calidad de la prestación de los servicios sanitarios), así como examinar su evolución.

Resultados: Estudiamos 302 (163 mujeres/139 varones) con APs. Las características articulares y extraarticulares de la APs se resume en

la figura 1 y la distribución geográfica según género en la figura 2. En la figura 3 se elabora un atlas de la incidencia de la APs en Cantabria diferenciando por ZBS, municipio y código postal de residencia del paciente y renta media. La mayor incidencia de APs se encuentra en el centro de la región a medida que se acercan a la ciudad de Santander. Este incremento coincide con municipios con una renta neta media muy superior (estadísticamente significativo a un 0,039) (p-valor < 0,05).

Conclusiones: Nuestros resultados evidencian la existencia de tendencias sociodemográficas relevantes de la APs en Cantabria que pueden servir para elaborar políticas sanitarias y lograr distribuciones eficientes de los recursos. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio de este tipo en España.

P324. RESPUESTA A ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL SEGÚN SU PERFIL CLÍNICO. UN ANÁLISIS DE CLÚSTERS PROSPECTIVO

Carmen Priego-Pérez¹, Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2,3}, Jerusalem Calvo-Guitérrez^{1,2,3}, Rafaela Ortega-Castro^{1,2,3}, Eduardo Collantes-Estévez^{1,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

¹Universidad de Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: Los pacientes con espondiloartritis (EspA) se expresan clínicamente como formas predominantemente axiales (EspAax) o predominantemente periféricas, sin que ambos fenotipos sean mutuamente excluyentes. Se ha sugerido que la presencia de manifestaciones periféricas puede influir en la respuesta a terapia biológica, aunque hasta ahora no se haya evaluado la respuesta en función de esa característica.

Objetivos: a) Identificar, entre los pacientes con EspA axial (EspAax), la existencia de “clústers” de pacientes en función de la presencia de manifestaciones periféricas y extraarticulares; y b) comparar la eficacia del primer fármaco anti-TNF entre los diferentes clústers tras 6 meses de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico en pacientes con EspAax *naïve* a biológicos que van a comenzar un primer fármaco anti-TNF. Se recogieron datos basales (previo al inicio del fármaco) y tras 6 meses de tratamiento. Se realizó un análisis de clústers utilizando las variables que se refieren a manifestaciones periféricas (artritis, entesitis y dactilitis) y extraarticulares (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal y uveítis) mediante la técnica “k-means” con el programa R software. A continuación, se compararon las características clínicas y sociodemográficas de los clústers utilizando el test t de Student para las variables cuantitativas, y Chi-cuadrado para las cualitativas. Tras 6 meses de tratamiento, se comparó el cambio en los índices de actividad (BASDAI, ASDAS y PCR) entre los clústers. Finalmente, se comparó el porcentaje de pacientes respondedores según las recomendaciones ASAS/EULAR 2016 entre los clústers utilizando el test chi-cuadrado (considerando respondedor una mejoría $\geq 1,1$ para el índice ASDAS o $\geq 2,0$ para el índice BASDAI).

Resultados: Un total de 90 pacientes con EspAax fueron incluidos en el estudio de forma consecutiva (65,6% hombres con una media de edad de 42,5 (11,8) años y un tiempo de evolución medio de 11,9 (10,7) años). El análisis de clúster reveló la existencia de dos grupos bien diferenciados: el clúster 1 (n = 14, 15,6%) presentaba una mayor prevalencia de manifestaciones periféricas, tales como artritis, entesitis, dactilitis y EII (p < 0,001), así como HLA-B27+ (p = 0,035). Por su parte, el clúster 2 (n = 76, 84,4%) presentaba mayor frecuencia de uveítis (p < 0,035) (Tabla). No hubo diferencias en cuanto a la psoriasis. Tanto el tiempo de evolución como el retraso diagnóstico y la incidencia de tabaquismo fueron superiores en el clúster 2. Se observó que el Clúster 1 presentaba una mejoría más pronunciada

en el ASDAS y BASDAI con respecto al Clúster 2 tras 6 meses (cambio en el ASDAS -2,5 (1,5) vs. -1,4 (1,2), p = 0,029; cambio en el BASDAI -4,1 (0,6) vs. -1,8 (0,3), p = 0,003) (fig.). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al cambio en la PCR. Finalmente, la respuesta a tratamiento anti-TNF fue superior para el clúster 1 frente al 2 (85,7% vs. 48,7%), (p = 0,011).

Comparación de las características clínicas de los dos clústers

	Total (N = 90)	Clúster 1 (N = 14)	Clúster 2 (N = 76)	p
HLA-B27+	71 (78,9%)	14 (100%)	57 (75,0%)	0,035
Artritis	18 (20%)	8 (57,1%)	10 (13,2%)	< 0,001
Entesitis	11 (12,2%)	11 (78,6%)	0 (0,0%)	< 0,001
Dactilitis	9 (10,0%)	6 (42,9%)	3 (3,9%)	< 0,001
Uveítis	19 (21,1%)	0 (0,0%)	19 (25,5%)	0,035
Psoriasis	12 (13,3%)	1 (7,1%)	11 (14,5%)	0,683
EII	9 (10,0%)	5 (35,7%)	4 (5,3%)	< 0,001

Conclusiones: Este estudio sugiere la presencia de dos perfiles clínicos de pacientes con EspAax en la práctica clínica (un fenotipo con alta prevalencia de manifestaciones periféricas-fenotipo mixto-y un fenotipo puramente axial). Los pacientes del fenotipo mixto parecen presentar una mejor respuesta a anti-TNF en comparación con el fenotipo axial tras 6 meses de seguimiento.

P325. LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO PURE-4 PARA EL CRIBADO DE ARTRITIS PSORIÁSICA TRAS 1 AÑO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS

Manuel Rubén Queiro Silva¹, Isabel Belinchón Romero², Ana López-Ferrer³, Marta Ferran i Farrés⁴, Raquel Rivera Díaz⁵, David Vidal Sarro⁶, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire⁷, Pablo de la Cueva Dobao⁸, Jorge Santos Juanes¹, Vicenç Rocamora Duran⁹, Guillermo Guinea Uzabal¹⁰, Víctor Martín Vázquez¹⁰ y Lara Gómez Labrador¹⁰, en nombre del PURE-4 Study Group

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. ISABIAL. Alicante. ³Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁵Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Servicio de Dermatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁷Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁹Servicio de Dermatología. Hospital de Manacor. Islas Baleares. ¹⁰Novartis Pharmaceuticals Spain.

Introducción y objetivo: El cuestionario Psoriatic arthritis Unclutted screening Evaluation (PURE-4), adaptado culturalmente al idioma español siguiendo una metodología estandarizada¹, ha sido recomendado recientemente por expertos clínicos debido a su redu-



P324 Figura. Comparación de la respuesta terapéutica entre los dos clústers tras 6 meses del inicio del anti-TNF.

Características clínicas y demográficas basales de los pts (EII)

Características	Con diagnóstico APs (n = 12)	Sin diagnóstico APs (n = 205)	No valorables (n = 2)	Total (n = 219)	Valor p
Edad, años, media (DE)	43,4 (12,5)	47,0 (12,5)	39,0 (19,8)	46,8 (12,5)	0,2913
Hombres, n (%)	8 (66,7)	115 (56,1)	0	123 (56,2)	0,4727
Años desde el diagnóstico de la Pso, media (DE)	21,0 (15,2)	18,7 (12,8)	13,1 (9,8)	18,7 (12,8)	0,6564
Localización de la Pso (localizaciones especiales)					
n válida	8	95	1	104	
Pso palmo plantar, n (%)	2 (25,0)	15 (15,8)	0	17 (16,3)	0,5003
Pso ungueal, n (%)	2 (25,0)	45 (47,4)	0	47 (45,2)	0,2225
Pso del cuero cabelludo, n (%)	7 (87,5)	75 (78,9)	1 (100,0)	83 (79,8)	0,5642
Pts en tratamiento para la Pso, n (%)	9 (75,0)	182 (88,8)	2 (100,0)	193 (88,1)	0,1531
PASI, media (DE)	9,4 (6,4)	6,8 (5,0)	9,5 (3,5)	7,0 (5,1)	0,2382
Leve (PASI < 7), n (%)	3 (25,0)	93 (45,4)	0	96 (43,8)	0,1674
Moderada/grave (PASI ≥ 7), n (%)	9 (75,0)	112 (54,6)	2 (100,0)	123 (5,2)	

APs, artritis psoriásica; DE, desviación estándar; n, número de pacientes; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; Pso, psoriasis; Pts, pacientes.

cido número de ítems², su alta sensibilidad/especificidad y la viabilidad de su implementación en práctica clínica. El objetivo de este análisis es confirmar la presencia/ausencia de artritis psoriásica (APs) según criterio reumatológico en pacientes (pts) con psoriasis (Pso) 1 año después de haber respondido el cuestionario PURE-4 en la consulta de dermatología.

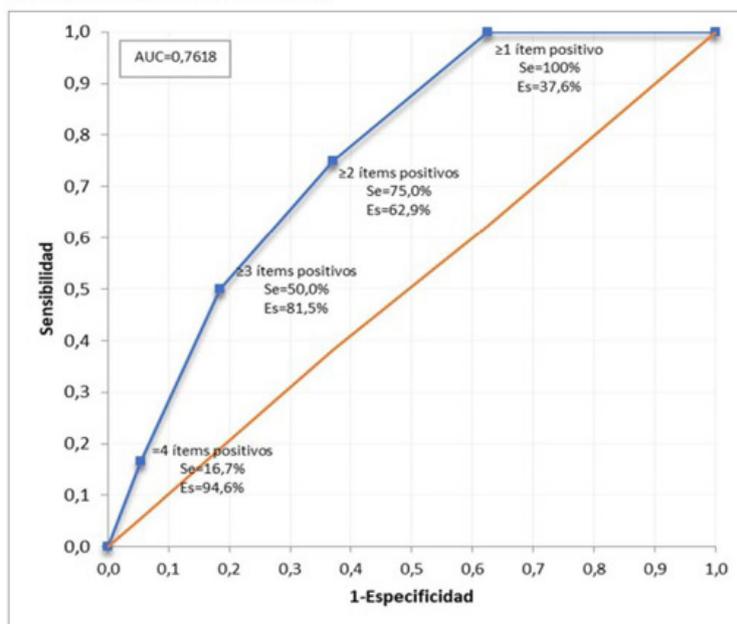
Métodos: Estudio transversal, observacional, multicéntrico, realizado con recogida de datos primarios en condiciones de práctica clínica habitual en España. Pts adultos (≥ 18 años) con diagnóstico de Pso que voluntariamente aceptaron participar. El estudio consta de dos evaluaciones (E) transversales. La EI permitió validar la versión en español del cuestionario PURE-4 y sus resultados fueron previamente comunicados.³ Aquí se presentan los datos de la EII (los pts sin APs en la EI fueron evaluados por el reumatólogo 1 año ± 2 meses después y este confirmó el diagnóstico de APs según su criterio clínico y recogió las características clínicas de los pts). Un reumatólogo realizaba la visita de la E1 y la de la E2, confirmando o no el diagnóstico de APs.

Resultados: En la EI se incluyeron 268 pts, 223 (83,2%) de ellos sin diagnóstico de APs. En la EII fueron evaluables 219 pts que habían realizado la segunda visita en reumatología: 56,2% varones, con una edad media (DE) de 46,8 (12,5) años y un tiempo medio (DE) desde el diagnóstico de Pso de 18,7 (12,8) años (tabla). La puntuación

media (DE) del PURE-4 fue 2,4 (1,1) para los pts con APs y 1,2 (1,2) para los pts sin diagnóstico de APs. Entre los pts que realizaron la EII, el diagnóstico de APs se confirmó en 12 (5,5%) pts. El área bajo la curva *receiver-operating characteristic* (ROC) fue de 0,7618 (IC95%: 0,6530; 0,8706) (n = 217), lo que confirma la buena calidad del cuestionario (fig.). Utilizando el índice de Youden se identificó que una puntuación ≥ 2 indicaba posible presencia de APs, al igual que en la EI. El cuestionario PURE-4 mostró una sensibilidad del 75,0% y una especificidad del 62,9%. En el 63,6% de los casos, el cuestionario PURE-4 clasificó a los pts de la misma forma que el reumatólogo, con un valor predictivo negativo del 97,7%.

Conclusiones: Los hallazgos de la EII, junto con los resultados de la EI, demuestran las buenas propiedades de cribado de APs del cuestionario PURE-4, a partir de una puntuación ≥ 2, lo cual difiere del cuestionario original (≥ 1)⁴. Las preguntas del cuestionario PURE-4 referentes a dactilitis, dolor bilateral en los dos glúteos y dolor articular periférico con hinchazón (antes de los 50 años) fueron las más “discriminatorias” de APs. El estudio refuerza la recomendación de valorar anualmente, o idealmente cada 6 meses, la posible presencia de APs⁵, ya que la identificación precoz de la APs gracias a herramientas sencillas como el PURE-4 podría ayudar a prevenir el daño articular irreversible de esta enfermedad.

Figura. Área bajo la curva ROC (EII)



AUC, area under the curve; ROC, receiver-operating characteristic.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belinchón I, et al. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(8):655-64.
2. Urruticoechea-Arana A, et al. PLoS One. 2021;16(3): e0248571.
3. Queiro Silva R, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81:862-3.
4. Audureau E, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(11): 1950-3.
5. Belinchón I, et al. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(10):835-46.

P326. INFILTRACIÓN DE LA ARTICULACIÓN SACROILIACA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL. ¿ESTAMOS CAMBIANDO LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD?

Julio Sánchez Martín, Carmen Lasas-Teja, Ana Serrano-Combarro y Ricardo Blando

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: El dolor en la articulación sacroilíaca (ASI) puede ser mecánico (por ejemplo, disfunción sacroilíaca u osteoartritis) o inflamatorio (espondiloartritis axial)¹. La infiltración de la ASI con corticoides puede ser una alternativa terapéutica². Sin embargo, los casos que hay reportados normalmente incluyen poblaciones con un breve seguimiento³.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la infiltración con corticoides en la articulación sacroilíaca en patología con dolor de perfil mecánico e inflamatorio.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico, de un hospital universitario del norte de España, donde se recogieron 25 pacientes con dolor en ASI que recibieron al menos una infiltración con corticoides desde septiembre del 2021 hasta septiembre del 2022. En todos los casos la infiltración fue realizada por el mismo reumatólogo (J.S.), guiada con ecografía (Logic S8, GE Healthcare®) e inyectando 40 mg de triamcinolona y 1 ml de mepivacaína. Incluimos dos subgrupos de pacientes: a) con dolor mecánico, y b) con dolor inflamatorio de la ASI. La mejoría fue determinada por 1) mejoría del dolor (escala EVA), 2) descenso en el uso de analgesia/AINE o 3) retraso en el comienzo de terapia biológica en espondiloartritis axial.

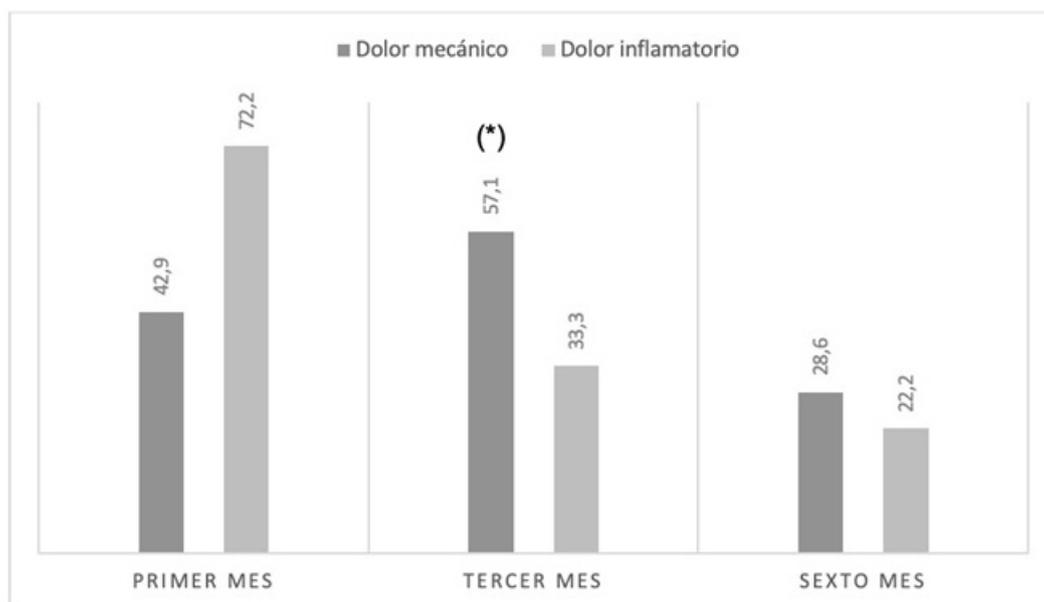
Resultados: Se estudiaron 25 pacientes (17 mujeres/8 hombres; con edad media, 43,7 ± 13,7 años). Las patologías mecánicas incluían disfunción sacroilíaca (n = 3) y artrosis (n = 4); las inflamatorias eran espondiloartritis axial (n = 18). Los pacientes del grupo inflamatorio

eran principalmente mujeres jóvenes. Las principales características clínicas se muestran en la tabla. La mejoría del dolor fue mayor a) tras un mes de la infiltración en el grupo inflamatorio (72,2% frente a 42,9%), b) tras tres meses, en el grupo mecánico (57,1% frente a 33,3%; p = 0,003) (fig.). Otros resultados que obtuvimos fueron: a) retraso en el inicio de tratamiento biológico (38,9%) en la espondiloartritis axial, siendo innecesario en casi la mitad de ellos a los 12 meses de la infiltración. b) ahorro en el uso de AINE, especialmente en los casos de dolor de etiología inflamatoria (38,9% frente a 28,6%).

Principales características basales y resultados de los 25 pacientes con dolor en ASI tratados con infiltración de corticoides guiada por ecografía

	Mecánico (n = 7)	Inflamatorio (n = 18)	Total (n = 25)	p
Características generales basales				
Edad (años), media ± DE	50,14 ± 10,0	41,22 ± 14,1	43,7 ± 13,7	0,147
Sexo, femenino/masculino n, %	4 (50)	13 (72,2)	17 (68)	0,468
Otra clínica	0	7 (30,4)	7 (28)	0,052
Pruebas de imagen				
Sacroilitis en pruebas imagen, n (%)	0 (0)	9 (50)	9 (36)	0,019
Signos degenerativos, n (%)	2 (28,6)	1 (5,6)	3 (12)	0,112
Resultados				
Mejoría de la infiltración de ASI el primer mes, n (%)	3 (42,9)	13 (72,2)	16 (64)	0,819
Respuesta parcial	1 (14,3)	3 (16,7)	4 (16)	0,019
Respuesta significativa	2 (28,6)	10 (55,6)	12 (48)	
Mejoría de la infiltración de ASI al tercer mes, n (%)	4 (57,1)	6 (33,3)	10 (40)	0,003
Respuesta parcial	3 (42,9)	1 (5,6)	4 (16)	0,169
Respuesta significativa	1 (14,3)	5 (27,8)	6 (24)	
Mejoría de la infiltración de ASI al sexto mes, n (%)	2 (28,6)	4 (22,2)	6 (24)	0,205
Respuesta parcial	1 (14,3)	1 (5,6)	2 (8)	0,884
Respuesta significativa	1 (14,3)	3 (16,7)	4 (16)	
Descenso uso AINE, 3 mes, n (%)	2 (28,6)	7 (38,9)	9 (36)	0,562
Retraso en el inicio de terapia biológica, 3 mes, mediana [RIQ]	NA	7 (38,9)	NA	NA

Conclusiones: La inyección de corticoides en la ASI puede ser útil en el dolor mecánico e inflamatorio de la articulación sacroilíaca. La mejoría del dolor fue más prolongada en el dolor de origen mecánico, pero más relevante en la espondiloartritis axial, lo que conllevó a ahorrar en el uso de AINE y retrasar o incluso evitar el



P326 Figura. Mejoría en el dolor de la articulación sacroilíaca tras la inyección con corticoides en patología de perfil mecánico e inflamatorio. Los datos expresados se obtuvieron a partir de la media de la escala EVA.

tratamiento biológico. Son necesarios estudios con un mayor número de casos para completar la serie.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raj MA, et al. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2022 Sep 4. PMID: 29261980.
2. Şahin, et al. Tuncay. 2012;27:165-73.
3. Hansen HC, et al. Pain Physician. 2007;10:165-84.

P327. ANÁLISIS DE LAS PAUTAS DE OPTIMIZACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA TRATADOS POR OBJETIVOS CON BIOLÓGICOS

María Carmen Ortega de la O¹, Alberto Onteniente González², Ángel Aragón Díez¹ y Teresa Molina García²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: La remisión clínica es actualmente el principal objetivo del tratamiento en la espondiloartritis (EspA). Dado el alto costo de los tratamientos biológicos y que los pacientes desean limitar su exposición a largo plazo a la terapia biológica, se han considerado como posibles opciones para mantener la remisión, la reducción de la dosis u optimización (OP) e incluso la suspensión total del tratamiento biológico o descanso terapéutico (DT).

Objetivos: Determinar las características clínicas de pacientes que se encuentran en OP y DT al final del seguimiento en una cohorte de pacientes tratados por objetivos y en pauta de OP.

Métodos: Se recogieron retrospectivamente las características clínicas de los pacientes de nuestro Servicio de Reumatología diagnosticados de EspA y seguidos mediante tratamiento por objetivos utilizando un biológico subcutáneo. Se consideró remisión/baja actividad (R/BA) de la EspA cuando el BASDAI era ≤ 4. En aquellos pacientes en los que se consiguió R/BA, de acuerdo con el enfermo se aplicó pauta de OP previamente establecida para cada biológico: OP₁ y OP₂ (tabla 1) y OP₃ para cualquier opción de prolongación de intervalos superior. La OP₀ se aplicó a los que no estaban optimizados. En aquellos en los que la R/BA se prolongó en el tiempo se inició un DT libre de tratamiento biológico.

Tabla 1. Pautas de optimización OP₁ y OP₂.

	OP ₁	OP ₂
Etanercept (ETN)	25 mg/sem o 50 mg/10 días	25 mg/10 días o 50 mg/2 sem
Adalimumab (ADA)	40 mg/3sem	40 mg/4sem
Certolizumab pegol (CER)	200 mg/3 sem	200 mg/4 sem
Golimumab (GOL)	50 mg/5 sem	50 mg/6 sem
Secukinumab (SEC)	150 mg/5 sem	150 mg/6 sem

Resultados: Setenta y dos pacientes diagnosticados de EspA fueron tratados por objetivos con biológicos, 10 ETN, 30 ADA, 17 CER, 8 GOL y 4 SEC entre enero de 2014 y diciembre de 2022. Tres pacientes se perdieron en el seguimiento. Treinta y seis pacientes seguían con la dosis administrada inicialmente en OP₀. Treinta y tres pacientes (45%) estaban en OP o en DT. De estos, seis pacientes recibían la pauta OP₁, doce la OP₂ y nueve pacientes la OP₃. De los treinta y tres pacientes optimizados, 22 (67%) lo estaban con su primer biológico. Ocho pacientes iniciaron un DT, de los cuales 6 lo mantuvieron

Tabla P327

Tabla 2. Pacientes que continúan en descanso terapéutico

Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico	Tiempo hasta inicio biológico (en meses)	Biológicos previos	Biológico actual	Duración tratamiento hasta DT (en meses)	Duración remisión sin biológico (en meses)	BASDAI actual
1	Varón	32	168	0	ETN	29	88	1
2	Mujer	36	92	0	ADA	29	86	0,6
3	Varón	47	209	0	ADA	117	47	3,5
4	Varón	41	141	0	ETN	60	46	4
5	Mujer	16	2	0	ADA	57	35	4
6	Varón	31	3	0	ETN	53	50	0,3

hasta el final del estudio (tabla 2), 4 eran varones y 2 mujeres con edades al diagnóstico comprendidas entre 16 y 47 años. Ninguno había sido tratado previamente con biológicos. La duración de la enfermedad en el momento del inicio del biológico se comprendía entre 2 y 209 meses. Tres habían recibido ADA y 3 ETN. La duración del tratamiento con el biológico previo al DT se situaba entre 29 y 117 meses. La duración de la R/BA al final del seguimiento osciló entre 35 y 88 meses, manteniendo la R/BA todos ellos. Dos pacientes que habían recibido ambos ETA, iniciaron un DT, uno en 2 ocasiones de 9 y 45 meses de duración con reactivación posterior de la enfermedad en ambas, que requirió reiniciar tratamiento con el mismo biológico consiguiendo de nuevo la R/BA y la OP₁. El otro paciente, precisó de nuevo tratamiento con ADA por recidiva de una EII, no de la afectación axial.

Conclusiones: La OP es posible en el 45% de nuestros pacientes en tratamiento biológico, sin perder la R/BA de la EspA lo que permite la reducción de costes contribuyendo a la viabilidad de nuestro sistema sanitario. La mayoría de nuestros pacientes optimizados o en DT lo estaban con su primer biológico lo cual hace pensar que aquellos pacientes que responden bien a un primer biológico durante un tiempo prolongado pueden conseguir optimizaciones más duraderas e incluso un DT. En nuestra población con EspA, el DT es poco frecuente y se puede acompañar de una recaída.

P328. RELACIONES ENTRE LA INHIBICIÓN DE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA Y EL LOGRO DE BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD O REMISIÓN Y SUS COMPONENTES CENTRALES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON SECUKINUMAB EN EL ESTUDIO FUTURE 5 DURANTE LAS PRIMERAS 24 SEMANAS

Emma Beltrán Catalán¹, P.J. Mease², A.M. Orbai³, B. Parikh⁴, C. Gaillez⁵, X. Meng⁶ y C.T. Ritchlin⁷

¹Departamento de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Rheumatology. Seattle. EE. UU. ³Johns Hopkins University School of Medicine. Division of Rheumatology. Psoriatic Arthritis Program. Baltimore. EE. UU. ⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation. Rheumatology. East Hanover. EE. UU. ⁵Novartis Pharma AG. Rheumatology. Basel. Suiza. ⁶Novartis Pharmaceuticals Corporation. Biostatistics. East Hanover. EE. UU. ⁷University of Rochester Medical Center. Division of Allergy. Immunology. and Rheumatology. Rochester. EE. UU.

Introducción y objetivo: Los pacientes con artritis psoriásica (APs) activa experimentan una inflamación que puede dar lugar a daño estructural y discapacidad. En el estudio de fase 3 FUTURE 5, el tratamiento con secukinumab (SEC) inhibió la progresión radiográfica y condujo a una remisión mantenida y baja actividad de la enfermedad (LDA, según sus siglas en inglés) hasta la semana 104^{1,2}. Este análisis *post hoc* del estudio FUTURE 5 exploró las relaciones entre el estado de progresión radiográfica y el alcance de LDA o remisión en pacientes tratados con SEC.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados 2:2:2:3 para recibir SEC 300 mg con dosis de carga (DC), 150 mg DC, SEC 150 mg sin DC o placebo al inicio, a las semanas 1, 2, 3, 4 y cada 4 semanas a partir

Tabla P328

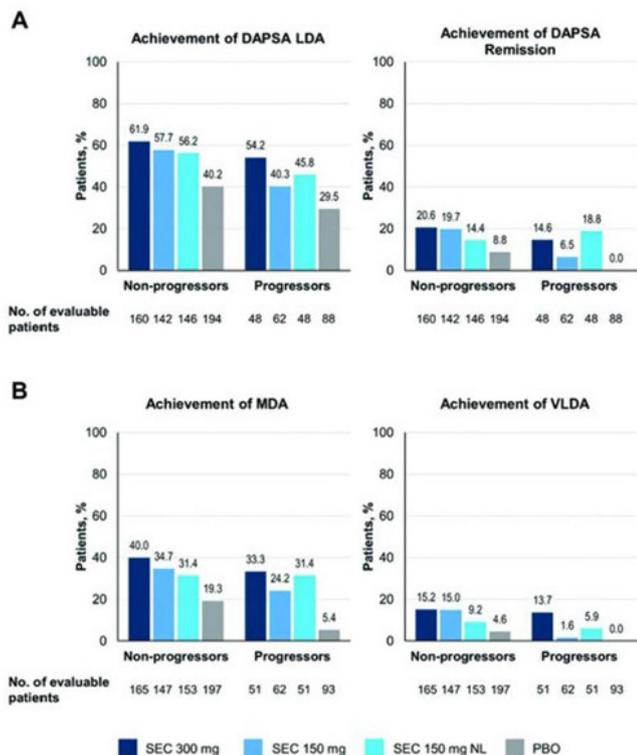
Proporción de pacientes que lograron los componentes de MDA/VLDA a la Semana 24 agrupados por estado de progresión radiográfica a la semana 24

Resultado, n/N (%)	Semana 24 no progresores				Semana 24 progresores			
	SEC 300 mg (n = 166)	SEC 150 mg (n = 150)	SEC 150mg SDC (n = 159)	PBO (n = 200)	SEC 300 mg (n = 51)	SEC 150 mg (n = 63)	SEC 150mg SDC (n = 51)	PBO (n = 93)
TJC78 ≤ 1	52/161 (32,3)	46/146 (31,5)	37/150 (24,7)	38/196 (19,4)	15/50 (30,0)	13/62 (21,0)	13/49 (26,5)	11/90 (12,2)
SJC76 ≤ 1	105/160 (65,6)	85/146 (58,2)	83/150 (55,3)	88/196 (44,9)	32/50 (64,0)	28/62 (45,2)	20/49 (40,8)	30/90 (33,3)
PASI ≤ 1 o BSA ≤ 3%	99/128 (77,3)	90/128 (70,3)	69/109 (63,3)	64/153 (41,8)	29/38 (76,3)	27/47 (57,4)	28/40 (70,0)	26/70 (37,1)
Paciente con dolor VAS ≤ 15	57/144 (39,6)	50/133 (37,6)	50/141 (35,5)	33/179 (18,4)	14/42 (33,3)	15/60 (25,0)	13/43 (30,2)	7/82 (8,5)
PtGA VAS ≤ 20	63/145 (43,4)	47/125 (37,6)	50/135 (37,0)	39/173 (22,5)	13/41 (31,7)	14/61 (23,0)	13/41 (31,7)	7/81 (8,6)
HAQ-DI ≤ 0,5	72/135 (53,3)	55/118 (46,6)	54/122 (44,3)	47/158 (29,7)	13/39 (33,3)	18/58 (31,0)	17/39 (43,6)	19/77 (24,7)
Puntos sensibles de entesis ≤ 1	70/87 (80,5)	44/63 (69,8)	42/76 (55,3)	45/88 (51,1)	13/18 (72,2)	17/31 (54,8)	11/19 (57,9)	23/38 (60,5)

BSA, body surface area; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire Disability Index; MDA, Minimal Disease Activity; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PBO, placebo; PtGA, patient global assessment of disease activity; SDC, sin dosis de carga; SEC, secukinumab; SJC, swollen joint count; TJC, tender joint count; VAS, visual analog scale; VLDA, Very Low Disease Activity.

de entonces hasta la Semana 24. En este análisis *post hoc* los pacientes se agruparon por estado de progresión radiográfica a la semana 24 (progresores no radiográficos: cambio desde la basal en la puntuación Sharp total modificada [mTSS] ≤ 0,0; progresores radiográficos: cambio desde la basal en mTSS > 0,0). La eficacia (alcanzar Minimal Disease Activity [MDA] o Very Low Disease Activity [VLDA] y sus componentes individuales, y Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis [DAPSA] LDA o remisión) se evaluó a la semana 24.

Figura 1. Proporción de pacientes que logran (A) DAPSA LDA y DAPSA remisión* y (B) MDA y VLDA[‡] a la Semana 24 agrupados por estado de progresión radiográfica a la Semana 24



*DAPSA LDA definido como DAPSA ≤ 14; DAPSA remisión definida como DAPSA ≤ 4.

‡MDA se define como el logro de 5 de los siguientes 7 criterios: TJC ≤ 1; SJC ≤ 1; PASI ≤ 1 o BSA ≤ 3%; dolor del paciente VAS ≤ 15; actividad global de la enfermedad del paciente VAS ≤ 20; HAQ-DI ≤ 0,5; TEP ≤ 1. VLDA se define como el logro de los 7 criterios.

BSA, body surface area; DAPSA, Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire Disability Index; LDA, Low Disease Activity; MDA, Minimal Disease Activity; NL, sin dosis de carga; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PBO, placebo; SEC, secukinumab; SJC, swollen joint count; TEP, tender entheses point; TJC, tender joint count; VAS, visual analog scale; VLDA, Very Low Disease Activity.

Resultados: De 933 pacientes con datos disponibles, 675 (72,3%) se clasificaron como progresores no-radiográficos y 258 (27,7%) fueron progresores radiográficos a la Semana 24. Los no-progresores a la Semana 24 presentaban más probabilidades de lograr DAPSA LDA y remisión a la Semana 24 que los progresores en todos los brazos de tratamiento (fig. 1A). Además, los no-progresores presentaban más probabilidades de lograr MDA y VLDA a la semana 24 que los progresores en todos los brazos de tratamiento (fig. 1B). Se observaron tendencias similares para todos los criterios individuales de MDA/VLDA a la semana 24 entre los pacientes tratados con SEC 300 mg o SEC 150 mg DC (tabla). En particular, los no-progresores presentaban más probabilidades de lograr mejoras en la función física, el dolor y la evaluación global de la actividad de la enfermedad del paciente que los progresores en todos los brazos de tratamiento.

Conclusiones: Los pacientes que no presentaron progresión radiográfica durante 6 meses de tratamiento con SEC tenían más probabilidades de lograr LDA o remisión y mejoría en la función física a la semana 24. Los análisis adicionales explorarán las relaciones entre la progresión radiográfica y los resultados clínicos adicionales informados por el paciente durante períodos de tiempo más prolongados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mease P, et al. RMD Open. 2021;7:e001600.
2. Coates LC, et al. Ann Rheum Dis. 2021;80:803-4.

P329. USO COMBINADO DE APREMILAST CON BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA GRAVE

María Carmen Ortega de la O¹, Raquel Aragón Miguel², Alberto Onteniente González³, Isabel Martín González², Ángel Aragón Díez¹ y Teresa Molina García³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Getafe. ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: En la enfermedad psoriásica (EPS) pueden afectarse múltiples dominios cuya patogenia está regulada por una o más citoquinas, generalmente el TNF y la IL-17. A menudo el bloqueo de una de estas citoquinas no consigue el adecuado control de otros dominios regulados por otra(s) citoquina(s).

Objetivos: Determinar si la combinación de apremilast (APR), un inhibidor de la fosfodiesterasa 4, con un fármaco biológico, permite el adecuado control de aquellos dominios que, a pesar del tratamiento existente, no responden de manera adecuada.

Métodos: Recogimos retrospectivamente los pacientes tratados en nuestra consulta Derma-Reuma con biológicos: adalimumab (ADA), etanercept (ETA), secukinumab (SEC), ixekizumab (IXE), ustekinumab (UST), guselkumab (GUS), brodalumab (BRO), risankizumab (RIS) y que precisaron durante al menos 3 meses para el adecuado control de las manifestaciones de la EPS el uso combinado con APR. En cada paciente se recogió edad, sexo, número de fármacos modificadores de enfermedad (FAME) previos recibidos (incluidos para la

Tabla P329

Características de los pacientes

Edad	Sexo	Duración enfermedad (años)	Dominios afectados	FAMEs previos	Biológico y tiempo en combinación (meses)	Optimización	Suspensión y causa
52	M	7	A, C, O	3	ADA (9) SEC (36)	Sí	No
59	M	4	D, O	3	ETN (6)	No	Sí (diarrea)
75	M	29	A, O	12	SEC (11), IXE (48)	Sí	No
49	M	7	C, A	6	IXE (3)	No	Sí (diarrea)
51	V	9	A, C, E	9	UST (5), GUS (26)	Sí	No
56	V	26	A, C	7	GUS (12)	No	Sí (ineficacia)
63	V	12	A, C	6	IXE (12)	No	No
54	M	2	C, A, E	2	ADA (4), IXE (27)	No	No
59	V	4	A, C, E	4	SEC (22)	No	No
64	V	4	A, C, O, D	1	SEC (44)	Sí	No
64	V	13	A, C	7	SEC (2), GUS (39)	Sí	No
61	V	3	A, C, E	2	UST (44)	Sí	No
48	V	2	C, D, E	10	BRO (2), RIS (7)	No	Sí (diarrea)
50	V	11	A, C, D, O	6	GUS (17)	No	No
48	V	4	A, C	3	IXE (47)	Sí	No
45	M	11	C	3	IXE (5)	No	No
35	V	6	A, O	1	ADA (79)	Sí	No

A: articular (artritis y/o axial); C: cutáneo; O: onicopatía; D: dactilitis; E: entesitis.

piel), duración de la EPS, dominio afectado, causas de suspensión si no mantenía la combinación (toxicidad o ineficacia) y si se encontraban en pauta de optimización al final del seguimiento (tabla). Se consideró la optimización cuando los pacientes en los que se consiguió la remisión o baja actividad y de acuerdo con el enfermo se redujo la dosis o se prolongó la administración de esta según pauta de OP previamente establecida para cada biológico o APR. Los pacientes fueron tratados por objetivos mediante el control de la actividad de la EPS, utilizando el Minimal Disease Activity y/o Disease Activity in PSoriatic Arthritis.

Resultados: Entre junio 2016 y enero de 2023, 17 pacientes diagnosticados de EPS, de entre 35 y 75 años, 11 varones y 6 mujeres, cuyos tratamiento previos con FAME oscilaron entre 1 y 12 tratamientos, recibieron 23 ciclos de tratamiento combinado, IXE (6), SEC (5), GUS (4), ADA (3), UST (2), ETA (1), RIS (1) y BRO (1). Seis pacientes recibieron 2 tratamientos distintos. La duración de la EPS oscilaba entre 2-29 años. Los dominios afectados fueron la artritis (13 pacientes), piel (14), uñas (6), entesitis (5), axial (3) y dactilitis (3). Al final del seguimiento 13 pacientes mantenían el tratamiento, de los cuales 8 consiguieron un control adecuado de la enfermedad lo que permitió la optimización del tratamiento con APR y además en 1 caso con SEC. De los 4 tratamientos que no se continuaron, 1 lo suspendió por ineficacia y 3 por diarrea. El tiempo de mantenimiento del tratamiento combinado osciló entre 3-79 meses. No se observaron efectos adversos graves durante el seguimiento (tabla).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes principalmente combinamos APR con bloqueantes de la IL-17 o IL-23. Aunque el bloqueo de IL-17 o IL23 es un excelente tratamiento para la EPS, en pacientes complejos con múltiples dominios afectados puede requerir una adicional supresión de otras citoquinas reguladoras. La combinación de anti IL-17 o anti IL-23 con APR parece especialmente eficaz y seguro en nuestros pacientes con EPS grave frente a la asociación con anti TNF en que su combinación con APR parece menos complementaria. El impacto económico de la combinación puede reducirse si se obtiene un control adecuado de la actividad de la EPS y se optimiza.

P330. OPTIMIZACIÓN DEL VIAJE DEL PACIENTE CON ESPONDILOARTROPATÍA AXIAL: REDUCCIÓN DEL TIEMPO A DIAGNÓSTICO Y DE SUS COSTES EVITABLES DERIVADOS

Eduardo Flores Fernández, Carlos Valera-Ribera, Pablo Andújar-Brazal, Adrián Mayo-Juanatey, I. Vázquez-Gómez, Elia Valls-Pascual, À. Martínez-Ferrer, D. Ybáñez-García y J.J. Alegre-Sancho

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: El retraso diagnóstico en la espondiloartropatía axial (EspAx), según el Atlas de Espondiloartritis Axial en España de 2017 es de 8,5 años de media y supone un coste medio por paciente de 659,8€. Es fundamental trabajar de forma coordinada con la atención primaria (AP), las urgencias y las especialidades implicadas en el sistema musculoesquelético para incentivar la detección precoz de pacientes con sospecha de EspAx y así reducir el tiempo de diagnóstico y los costes derivados del mismo. La creación de circuitos de derivación a Reumatología es una herramienta de gestión útil para mejorar la calidad asistencial y potenciar la estandarización de procesos con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial.

Objetivos: Analizar el tiempo de retraso diagnóstico y los costes adicionales derivados del mismo de pacientes diagnosticados de EspAx tras la implantación de un circuito de derivación preferencial a Reumatología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron los datos de pacientes remitidos al Servicio de Reumatología del Hospital Doctor Peset desde enero a noviembre de 2021 cuyo diagnóstico definitivo fue EspAx. Previamente se realizaron reuniones informativas con los servicios de AP, Urgencias, Traumatología, Rehabilitación y Radiodiagnóstico del centro para incentivar la derivación activa y precoz de pacientes con sintomatología o alteraciones radiológicas sugestivas de EspAx. Se recogieron datos desde el primer contacto con los servicios mencionados hasta su remisión y su diagnóstico definitivo, así como el número de consultas, de pruebas complementarias (analíticas y de imagen), y los costes directos derivados de todas ellas. Estos datos se compararon con los recogidos en los años previos a la implantación del circuito de derivación (2019 y 2020), siguiendo los mismos criterios.

Resultados: Durante el periodo de observación se diagnosticaron 11 pacientes con una mediana de edad de 41 años siendo un 55% de ellos varones. Nueve pacientes (45%) fueron remitidos desde AP y también 9 pacientes desde Urgencias. Un paciente fue remitido desde Radiodiagnóstico. El tiempo medio de retraso diagnóstico fue de 9 meses, con una reducción del 59% con respecto al tiempo hasta diagnóstico en 2019 y 2020, que fue de 2 años de media. También se redujeron el número de consultas y de pruebas complementarias evitables en un 50,5% y un 95,5% respectivamente. En global, hubo una reducción de costes evitables de 5.034€, un 59,15% con respecto al periodo previo analizado. El coste medio adicional por paciente de aquellos no remitidos directamente a reumatología (2 pacientes) o que tuvieron que acudir a Urgencias (5 pacientes) fue de 558€, un 20% menos con respecto al periodo previo analizado.

Conclusiones: La creación de circuitos de derivación preferencial de pacientes con sospecha de EspAx es una herramienta útil que per-

mite la reducción del tiempo diagnóstico, de pruebas complementarias evitables y de los costes derivados. Se han conseguido unos resultados favorables a pesar de que el circuito ha tenido una implantación parcial en nuestro centro y por ello consideramos necesario continuar colaborando con los servicios implicados para conseguir una mayor difusión del circuito y aumentar así la eficiencia del mismo.

P331. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE ACCESO RÁPIDO A RESONANCIA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Iván del Bosque Granero¹, Marta Valero Expósito¹, José Acosta Batlle² y Mónica Vázquez Díaz¹

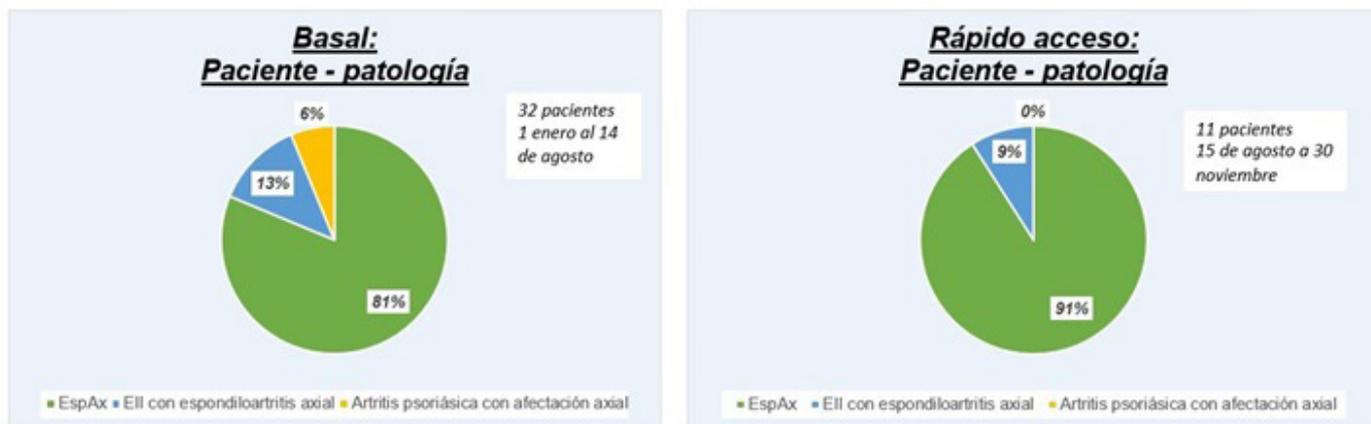
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La resonancia magnética (RM) es una herramienta útil y con frecuencia necesaria para el diagnóstico y valoración de actividad en las espondiloartritis axiales (EspAax). Pese a su utilidad es una prueba de difícil acceso que precisa habitualmente de largos tiempos de espera. En la EspAax, con un retraso diagnóstico estimado de 2,5 años, el acceso preferente para la realización de una RM y su evaluación por radiólogos especializados, podría mejorar los resultados de salud acortando los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

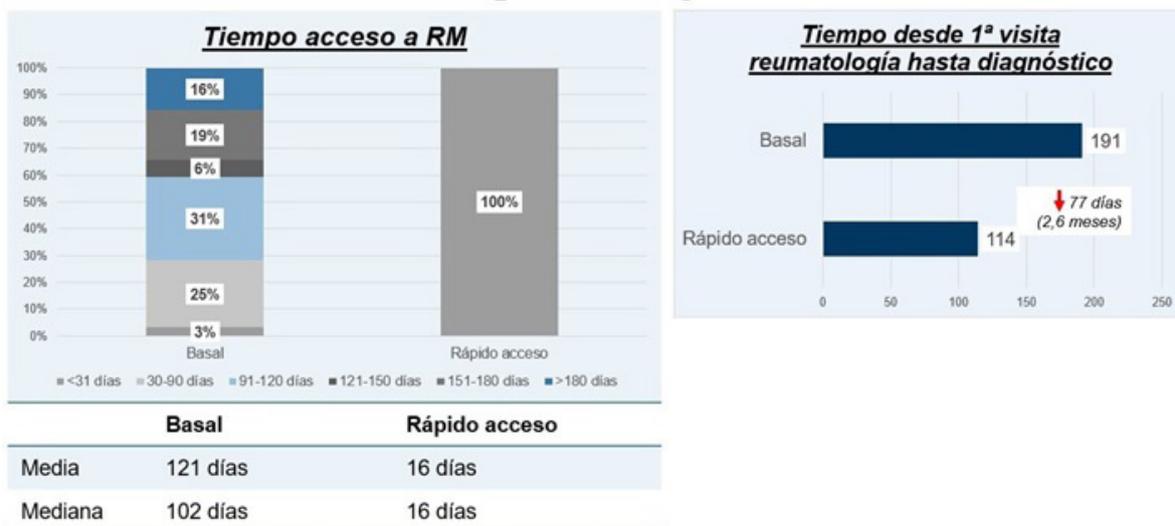
Objetivos: Evaluar en pacientes con EspAax el tiempo desde la consulta hasta la realización de la RM y valorar si existe mejoría en la atención al paciente acortando tiempos de diagnóstico y cambios en la actitud terapéutica.

Métodos: Como parte la obtención del certificado de Excelencia en la consulta monográfica de espondiloartritis axial de nuestro hospital, se realizó un trabajo coordinado con el Servicio de Radiología para la realización precoz (antes de 30 días desde la petición de la prueba) de una RM de sacroilíacas o columna en base a la demanda de peticiones de RM desde la consulta. Se generó una petición preferente de RM según un protocolo establecido con Radiología en pacientes con sospecha alta de espondiloartritis o espondiloartritis diagnosticada y sospecha de actividad por imagen, especificándolo en el motivo de petición para diferenciar estas peticiones del resto. Se compararon 2 periodos de tiempo: un “periodo basal” en el que las RM se solicitaban por una vía no preferente entre el 1 de enero y 14 de agosto de 2022; y un periodo “periodo de rápido acceso a RM” entre el 15 de agosto y el 30 de noviembre de 2022. Este proyecto no ha sido evaluado por un comité ético dado que se trata de una evaluación de calidad y gestión que no incluye datos personales de pacientes.

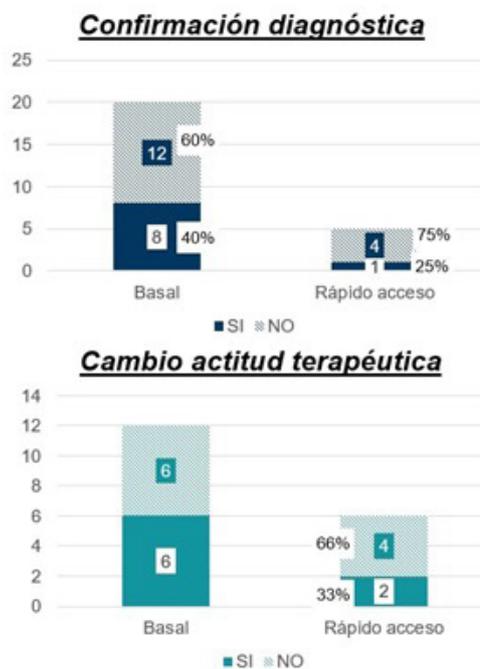
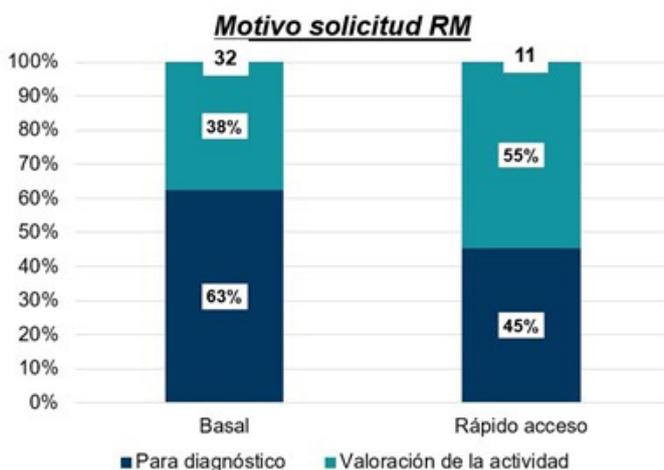
Resultados: En el periodo basal se solicitaron 32 RM, de las cuales el 81% correspondían a pacientes con EspAax o sospecha. En el periodo de rápido acceso a RM se solicitaron 11 RM, que correspondieron en un 91% a pacientes con EspAax pura y un 9% a pacientes con EII con EspAax o sospecha. No hubo pacientes con artritis psoriásica con afectación axial.



P331 Figura 1. Porcentaje de diagnósticos por RMN en periodo basal (izquierda) y en el periodo de rápido acceso a RM (derecha).



P331 Figura 2. Tiempos de acceso a la RM entre ambos periodos (izquierda) y tiempo desde la primera visita hasta el diagnóstico en ambos periodos (derecha).



P331 Figura 3. Motivo de solicitud de la RM en ambos periodos (izquierda).

riásica en este último periodo dado que existe otra consulta mono-gráfica en nuestro servicio dirigida a esta patología (fig. 1). La media de tiempo hasta la realización de la RM en el periodo basal fue de 121 días, con una mediana de 102 días, mientras que en el periodo de rápido acceso a RM tanto la media como la mediana se redujeron a 16 días. El tiempo desde la primera visita en consulta hasta el diagnóstico se redujo de 191 a 114 días en el periodo de rápido acceso a RM, que supone una diferencia de 77 días (fig. 2). En cuanto al motivo de solicitud de la RM, este fue mayoritariamente para el diagnóstico de EspAax en el periodo basal (63% de los motivos de petición), mientras que en el periodo de rápido acceso a RM fue la valoración de la actividad de enfermedad en un 55%. En ambos grupos, la RM no mostró hallazgos típicos de EspAax en la mayoría de casos. En el 50% de pacientes del periodo basal hubo un cambio de tratamiento, mientras que en el periodo de rápido acceso fue de un 33% (uno de ellos fue un cambio de tratamiento biológico) (fig. 3).

Conclusiones: La colaboración entre reumatólogos y radiólogos mediante la elaboración de canales específicos para la realización de RM permite acortar los tiempos de diagnóstico y tratamiento, mejorando la calidad en la atención a los pacientes con EspAax.

P332. PREVALENCIA DEL ENTESOFITO EN LA PROTUBERANCIA OCCIPITAL EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS Y NO INFLAMATORIAS: EL SIGNO DE SANZ

Natalia de la Torre Rubio, J. Campos Esteban, M. Pavía Pascual, M. Machattou, P. Navarro Palomo, M. Alonso de Francisco, C. Navarro Joven, C. Merino Argumáñez, B. García Magallón, M. Fernández Castro, H. Godoy Tundidor, C. Barbadillo Mateos, C.M. Isasi Zaragoza, L.F. de Villa Alcázar, J.L. Andréu Sánchez y J. Sanz Sanz

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Determinar la prevalencia del entesofito en la protuberancia occipital (EPO) en procesos no inflamatorios, artritis psoriásica (APs), espondiloartritis (EspA) y artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo y comparativo de las radiografías cervicales de una muestra aleatoria de pacientes mayores de 18 años atendidos en las consultas de reumatología de un hospital terciario desde julio de 2022 hasta enero de 2023 hasta

completar 30 pacientes en el grupo de procesos no inflamatorios y 35 en el resto de grupos. Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos diagnósticos: procesos no inflamatorios (excluidos aquellos con antecedentes de accidente de tráfico y/o cirugía cervical), APs, EspA y AR. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad en la que se hizo la radiografía, EPO (sí/no) evaluada por una residente de Reumatología (4º año) y por un reumatólogo experto (25 años). Los resultados fueron presentados mediante estadística descriptiva y el índice Kappa de Cohen se calculó para cuantificar el grado de acuerdo en el diagnóstico de la presencia de entesofito entre ambos reumatólogos; el test de la Chi cuadrado con la corrección de Yates se utilizó para comparar el sexo y la prevalencia por grupos y se realizó ANOVA para comparar la media de edad.

Resultados: Se recogieron un total de 135 pacientes, 35 pacientes por grupo, excepto 30 en el grupo de procesos no inflamatorios. El 68% eran mujeres; la media de edad fue de 57,5 años con una desviación estándar de 15,6. Los grupos fueron homogéneos (sexo $p < 0,0001$; media de edad $p = 0,004$). Setenta y tres de los 135 pacientes (54%) tenían EPO (20% en el grupo de procesos no inflamatorios, 63% en el grupo de procesos inflamatorios); la prevalencia de EPO fue estadísticamente significativa en los procesos inflamatorios ($p = 0,0001$). El análisis estratificado por sexo entre procesos inflamatorios y no inflamatorios no fue significativo ($p = 0,58$) y la incidencia de EPO en los procesos no inflamatorios tiende a aumentar con la edad ($p = 0,06$). La tabla muestra los resultados por grupo. La figura muestra los diferentes tipos de morfología del EPO. El grado de acuerdo global fue casi perfecto (92% de acuerdo, índice Kappa de Cohen 0,85); el mejor acuerdo se obtuvo en EspA y AR (94-97%, índice Kappa de Cohen 0,9, grado casi perfecto).

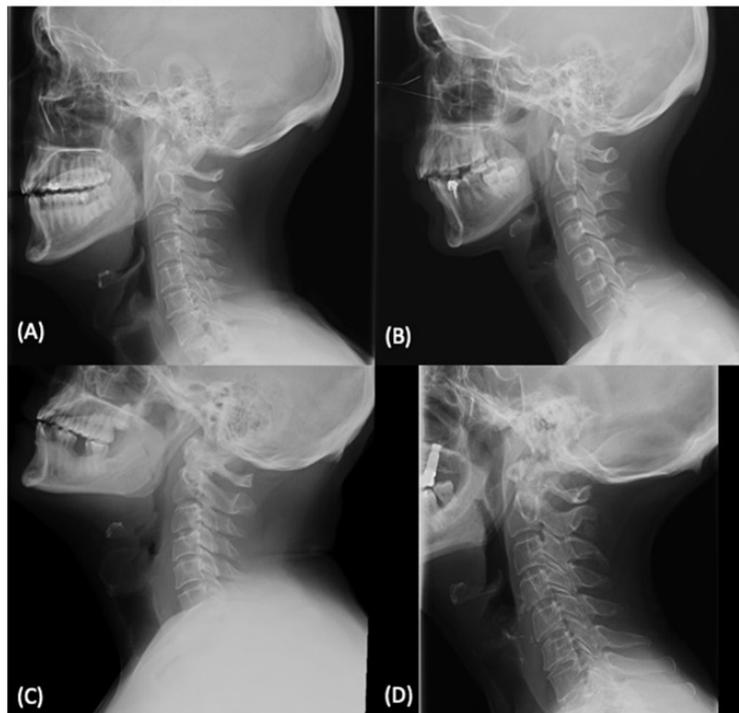
Conclusiones: Según la literatura revisada este es el primer estudio sobre la prevalencia de la EPO en enfermedades reumáticas inflamatorias y no inflamatorias, siendo más prevalente en las enfermedades inflamatorias (63%, $p = 0,0001$), especialmente en la espondiloartritis y la artritis psoriásica. El grado de concordancia global entre un residente de reumatología y un reumatólogo experto fue casi perfecto. Realizaremos un nuevo estudio para averiguar si la diferente morfología de los entesofitos occipitales se asocia a alguna enfermedad reumática inflamatoria. Proponemos el epónimo "signo de Sanz" en honor a su primer observador.

Tabla P332

Descripción de los grupos

Grupos	No inflamatorio	Artritis psoriásica	Espondiloartritis	Artritis reumatoide	Total
n	30	35	35	35	135
Sexo mujer (%)	27 (90)	16 (53)	13 (43)	30 (100)	92 (68)
Edad (media ± DE)	66,3 ± 13,5	54,6 ± 15	53,7 ± 16,2	56,5 ± 15	57,5 ± 15,6
prevalencia (%)	7 (5)	24 (18)	24 (18)	18 (13)	73 (54)
Índice kappa de Cohen	0,7	0,8	0,9	0,9	0,85
Valor p	p = 0,0001	p = 0,0003	p = 0,0003	p = 0,02	

Figura 1. Tipos morfológicos de entesofito en protuberancia occipital. (A) No inflamatorio. (B) Artritis psoriásica. (C) Espondiloartritis. (D) Artritis reumatoide.



P332 Figura

P333. ¿PUEDE SER LA COMBINACIÓN DE DOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS UNA TERAPIA SEGURA Y EFICAZ?

Judit Font Urgelles¹, Cristina Valero Martínez², Rosario García-Vicuña², Santos Castañeda², Beatriz E. Joven-Ibáñez³, Alexia De Juanes³, Julio Ramírez García⁴, Xavier Juanola Roura⁵, Raquel Almodóvar⁶, Ana Laiz Alonso⁷, Mireia Moreno Martínez-Losa⁸, Manel Pujol Busquets⁹, Emma Beltrán¹⁰, José Antonio Pinto-Tasende¹¹, Laura Crespi¹², Luis Sala-Icardo¹³, Noemí Busquets-Pérez¹⁴, Vera Ortiz-Santamaria¹⁴, Anna Arnau-Bartés¹⁵, Sonia Mínguez-Blasco¹⁶ y Meritxell Sallés-Lizarzaburu¹⁶

¹Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ⁷Unitat Territorial de Reumatología Sant Pau-Dos de Maig. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital de Manacor. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital de Torrejón de Ardoz. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. ¹⁵Unidad de Investigación e innovación. Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa. ¹⁶Servicio de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària. Manresa.

Introducción: Los pacientes con más de una enfermedad autoinmune/inmunomediada (EAI) no siempre consiguen el control de las dos enfermedades con único fármaco biológico (FAMEb). La terapia combinada (TC) no está recomendada en las guías clínicas porque se desconoce si aporta más eficacia sin incrementar los efectos adversos (EA), pero cada vez más se está reportando el uso de la TC en la práctica clínica habitual.

Objetivos: Analizar los casos de TC en España y analizar la seguridad y la eficacia.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo multicéntrico. Sujetos: pacientes con EAI que en algún momento hayan recibido TC entre 2017 y 2022. Variable dependiente principal: causas de suspensión de la TC (definida TC como combinación de dos FAMEb o un FAMEb con un FAME sintético dirigido [FAMEsd]), actividad de la enfermedad (ASDAS, DAS28, DAPSA) y los EA. Variables independientes: demográficas, clínicas, serológicas y calendario vacunal. Análisis estadístico: análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: Se incluyeron 38 TC en 32 pacientes con una edad media de 47,6 años (DE 13,7). Un 52,6% eran mujeres. El 50% de los pacientes presentaban alguna comorbilidad. Las enfermedades reumáticas fueron espondilitis axial y periférica (36,8%), espondilitis axial (23,7%) y artritis psoriásica (18,4%) con una edad media al diagnóstico de 33 años (DE 17,3). Un 36,8% eran HLA-B27 positivo. El 94,7% habían recibido al menos un FAMEb antes de empezar la TC (ustekinumab 31,6%, etanercept 28,9%, secukinumab 26,3%) y un 26,3% habían recibido FAMEsd. Las EAI más frecuentemente asociadas a la enfermedad reumática fueron la enfermedad de Crohn

(60,5%) y la psoriasis (26,3%). Previo al inicio de la TC un 55,3% habían presentado algún EA asociado al FAMEb. La principal indicación de la TC fue la falta de control de la enfermedad reumática (76,3%). La media entre el inicio de un fármaco y la asociación con el segundo fue de 29,7 meses (DE 38,9). En la tabla 1 se muestran las características basales de los pacientes. En un 97,3% se habían reali-

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas basales

Edad (años) al inicio de la TC	47,6 (DE 13,7)
Edad (años) al diagnóstico de la enfermedad reumática	33 (DE 17,3)
Sexo (mujeres) n (%)	20 (52,6)
IMC (kg/m ²)	26,1 (DE 5,7)
Tabaco (%)	
Fumador	32,4
Exfumador	24,3
Comorbilidades (%)	
Hipertensión	23,7
Dislipemia	23,7
DM tipo II	13,2
Cardiopatía	2,6
Neumopatías	2,6
Cáncer	5,3
Insuficiencia renal	2,6
Hepatopatía crónica	5,3
Depresión	5,3
Hepatitis B	2,6
Trombosis venosa profunda	2,6
Enfermedad reumática (%)	
Espondilitis axial	23,7
Espondilitis axial y periférica	36,8
Espondilitis periférica no psoriásica	5,3
Artritis psoriásica	18,4
Artritis idiopática juvenil	15,8
Inmunidad (%)	
HLA-B27	36,8
ANA > 1/80	31,6
FR	2,7
ACPA	2,7
Tratamientos previos (%)	
FAME convencionales	92,1
MTX	76,3
Leflunomida	26,3
Azatioprina	44,7
FAME biológicos (%)	94,7
Anti-TNF	86,8
IL-17	39,5
Otros	39,5
FAME sintéticos (%)	27,5
EIA asociada (%)	
Crohn	60,5
Psoriasis	26,3
Colitis ulcerosa	2,6
Uveítis	7,9
Otros	2,6
Serologías previas realizadas (%)	97,3
Hepatitis A	47,4
No anticuerpos	1,26
¿Se administra vacunación?	44,4
Hepatitis B	94,7
No anticuerpos	63,8
Infección pasada	2,8
¿Se administra vacunación?	55,6
Hepatitis C	94,7
No anticuerpos	97,2
Infección pasada	2,8
VIH	94,7
Parotiditis	42,1
Sarampión	44,7
Rubéola	47,4
Zóster	39,5
Sífilis	23,7
S. stercularis	7,9
TBC	86,8
Profilaxis TBC	6,1
Tratamiento TBC	0
Vacunas (%)	
Antigripal	55,3
Neumococo	71,1
Meningococo B	18,4
Meningococo ACWY	13,2
Tétanos/difteria	36,8
Haemophilus Influenzae tipo B	21,1

zaron serologías previas siendo VHB, VHC y VIH las más frecuentes (94,7%). Un 55,3% recibieron la vacuna de la gripe y un 71,1% la del neumococo. Las serologías previas, así como la actualización del calendario vacunal se muestran en la tabla 1. En la tabla 2 se muestra la TC. La combinación más frecuente fue anti-TNF + anti-IL12/23. Un 42,1% asociaban un FAME convencional y un 47,4% corticoides. La persistencia de la TC era del 91,9% (33) a los tres meses (V3) (3 TC suspendidas por EA, 1 por ineficacia y 1 sin visita realizada aún [NR]). A los 6 meses (V6) era del 90,3% (31) (2 TC suspendidas por EA, 1 por ineficacia y 3 visitas NR). Al año (V12) la persistencia era del 60,6% (7 TC suspendidas por EA, 6 por ineficacia y 8 NR). Los EA se muestran en la tabla 3. Se apreció una reducción de los índices de actividad de las tres enfermedades desde la V3 y progresiva en la V6 y V12 (ASDAS de muy alta a alta [4,06/3,5/3/2,3]; DAS28 de moderada a baja [4,95/3]; y DAPSA se mantuvo alta con tendencia a una disminución [43,67/59,4/44/37,5]).

Tabla 2. Terapia combinada

Biológico	Biológico asociado	
Adalimumab	Ustekinumab	8
Adalimumab	Vedolizumab	1
Adalimumab	Ixekizumab	1
Adalimumab	Apremilast	1
Adalimumab	Secukinumab	1
Infliximab	Tofacitinib	1
Infliximab	Ustekinumab	2
Golimumab	Ustekinumab	4
Golimumab	Risankizumab	1
Golimumab	Secukinumab	1
Golimumab	Vedolizumab	1
Golimumab	Brodalumab	1
Etanercept	Secukinumab	3
Etanercept	Ustekinumab	1
Certolizumab Pegol	Ustekinumab	5
Certolizumab Pegol	Guselkumab	1
Vedolizumab	Apremilast	1
Vedolizumab	Guselkumab	1
Vedolizumab	Ustekinumab	1
Vedolizumab	Risankizumab	1
Ixekizumab	Guselkumab	1

Tabla 3. Efectos adversos reportados

Efectos adversos a los 3 meses (n/N, %)	5/37 (13,5)	¿Condiciona suspensión?
Infecciones		
No grave:		No
IRVA	2 (5,4)	
Grave	0	
Citopenias		
No grave:	1 (2,7)	No
(Grado I)	0	
Grave		
Otros		
Graves:		
Toxicidad pulmonar	1 (2,7)	Sí
Tos irritativa	1 (2,7)	Sí
Efectos adversos a los 6 meses (n/N, %)	5/31 (16,1)	
Infecciones	3/31 (9,7)	2 ingreso en planta convencional
No graves	1 IRVA	Sí
Grave	1 IRVA y 1 GI por CMV	
Otros	1/31 (3,2)	
No grave	1	No
Grave	0	

IRVA; infección respiratoria. GI: gastrointestinal.

Conclusiones: Nuestros resultados aportan datos de seguridad en relación con la TC mostrando una tasa baja de EA que condicionen la suspensión. Sin embargo, hacen falta más estudios para confirmar la seguridad de la TC. En relación con la eficacia, consideramos que la doble terapia puede ser una opción terapéutica válida en este perfil de pacientes.

P334. APLICACIÓN DEL PROYECTO ESPANDE, DE MANEJO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA, ENTRE ASISTENCIA PRIMARIA Y REUMATOLOGÍA, EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE VALÈNCIA-HOSPITAL GENERAL

Cristina Campos Fernández¹, Amalia Rueda Cid¹, José Corell Dolz², Vicente Gasull Molinera³, Tomás Manuel Pérez García⁴ y Yolanda Riofrio Valero⁴

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ²Centro de Salud Torrent I. Valencia. ³Centro de Salud Torrent II. Valencia. ⁴Centro de Salud Nou Moles. Valencia.

Introducción: La espondiloartritis (EspA) es una enfermedad inflamatoria muy prevalente pero que presenta un importante retraso diagnóstico. Este retraso se ha estimado, en algunas series, en 8,5 años desde el inicio de los primeros síntomas. Se debe a la complejidad diagnóstica por la asociación de síntomas que se relacionan con distintas especialidades, Reumatología, Oftalmología, Dermatología y Digestivo. Esto además conlleva que se realicen derivaciones innecesarias a otras especialidades (Traumatología, Rehabilitación, Neurocirugía). Existe un laberinto diagnóstico que necesitamos cambiar para realizar un diagnóstico precoz que permita un manejo adecuado de los pacientes, mejorar su calidad de vida al instaurar los tratamientos adecuados lo antes posible y disminuir así las discapacidades. Con una coordinación comprometida entre Atención Primaria y Reumatología, y con la colaboración de otras especialidades (Dermatología, Oftalmología y Digestivo) y la implicación de enfermería, podríamos mejorar la situación actual.

Objetivos: 1º. Impulsar la derivación temprana de los pacientes con sospecha de EspA desde Atención Primaria (AP) a Reumatología, para intentar un diagnóstico precoz. 2º. Evitar derivaciones innecesarias a otras especialidades, así como duplicidad de pruebas diagnósticas o realización de pruebas no precisas.

Métodos: Se ha creado un grupo de trabajo entre Reumatología y AP de tres Centros de Salud (CS) y se ha establecido un plan de actuación consensuado con el objetivo de mejorar la derivación temprana con unos criterios de derivación sencillos. Estos criterios son: presencia de dolor lumbar inflamatorio, edad inferior a 45 años y clínica de más de 3 meses de evolución (según criterios ASAS). Estos MAP están encargados de difundir el proyecto entre compañeros de sus respectivos CS. No se precisa la realización de estudios complementarios para su derivación, aunque su petición puede ser opcional. Hemos valorado al año de comenzar el proyecto si se han incrementado las solicitudes de consulta con la sospecha de EspA, y si de esta forma hemos conseguido diagnosticar antes a estos pacientes. Se ha tenido en cuenta la aplicación de los criterios de derivación consensuados. Está previsto extender este proyecto al resto de los CS que pertenecen al Departamento de Salud de València-Hospital General.

Resultados: El proyecto se inició en noviembre de 2021 y hasta entonces, la media de solicitudes de consulta con la sospecha de EspA, era de 2,7 enfermos por mes. Se ha realizado una primera evaluación del proyecto en diciembre de 2022. En estos 12 meses se han recibido 68 solicitudes de consulta (media de 5,6 enfermos/mes). De los 68 pacientes valorados, 9 (13,23%) han sido diagnosticados de EspA (3 pacientes EspA-radiográfica y 6 EspA-no radiográfica); 14 pacientes siguen en control por cuadros de sospecha o pendientes de exploraciones; 42 (68,85%) pacientes han sido dados de alta con diagnóstico de lumbalgia mecánica en la mayoría de los casos; 3 pacientes han perdido seguimiento.

Conclusiones: Contando con la implicación de tres CS, ha habido un incremento de interconsultas de pacientes con sospecha de EspA. Esperamos poder difundir el proyecto a todos los CS del Departamento de Salud de València-Hospital General y que dependan de nuestro centro. Creemos que se trata de un proyecto interesante que

mejorará la atención a los pacientes con EspA, favoreciendo el diagnóstico precoz y por lo tanto el inicio del tratamiento.

P335. DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ESTUDIO CONTROLADO

Carlos Valera Ribera, Elia Valls Pascual, Eduardo Flores Fernández, Adrián Mayo Juanatey, Pablo Andújar Brazal, Ignacio Vázquez Gómez, Àngels Martínez Ferrer, Desamparados Ybáñez García y Juan José Alegre Sancho
Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: En la espondiloartritis axial (EspAx) es frecuente el dolor durante periodos de inactividad, como es el descanso nocturno. Aunque la calidad del sueño (CS) supone una de las principales preocupaciones de los pacientes, existen un número limitado de estudios examinando su relación con la EspAx. Asimismo, la mayoría no poseen un grupo control ni exploran las diferentes áreas del sueño.

Objetivos: Describir la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con EspAx y compararla con una población sana. Analizar los factores asociados a la CS en ambas poblaciones. Analizar el efecto del daño estructural, la actividad de la enfermedad y los tratamientos específicos en la CS.

Métodos: Realizamos un estudio transversal. La cohorte estaba compuesta por pacientes adultos diagnosticados de EspAx, en seguimiento en consultas externas de Reumatología del Hospital Universitario Doctor Peset, y por adultos sanos apareados por edad y sexo. Se excluyeron participantes con enfermedades del sueño diagnosticadas. Se recogieron las siguientes variables en pacientes y controles: Edad, sexo, salud percibida, actividad física semanal, situación laboral, nivel de ingresos anuales, historia de ansiedad y/o depresión, y tratamiento activo para éstas. Se registraron los siguientes datos en los pacientes de EspAx: tiempo desde el diagnóstico, puntuación BASFI, BASDAI y ASAS-HI, dosis actual de glucocorticoides, uso de AINE, FAME sintéticos convencionales y dirigidos, tratamientos biológicos y la presencia de sindesmofitos en radiografía simple. Se les aplicó el Índice de Pittsburgh de Calidad del Sueño (PSQI), que evalúa la calidad y trastornos del sueño en el último mes, estudiando 7 dominios diferentes del sueño: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Se creó un modelo de regresión estimando la influencia de las variables en el resultado del PSQI.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes con EspAx y 50 controles sanos. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad media o proporciones de sexos entre ambos grupos. Según las puntuaciones obtenidas en el PSQI, 87,72% de los pacientes y 62% de los controles fueron clasificados como “malos dormidores”. La calidad del sueño se relacionó con padecer EspAx ($p = 0,002$), ansiedad ($p = 0,003$), salud percibida ($p = 0,001$) y la actividad física ($p = 0,006$). La EspAx afectó negativamente a los dominios de calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia y alteraciones del sueño ($p < 0,05$). La *odds ratio* de tener un trastorno del sueño en pacientes con EspAx fue de 5,63. En pacientes con EspAx, se encontró que la ansiedad ($p < 0,001$), la actividad física ($p = 0,0015$), las puntuaciones en BASDAI ($p = 0,001$) y BASFI ($p = 0,038$) y la presencia de sindesmofitos ($p = 0,028$) influían en el resultado del PSQI.

Conclusiones: Los pacientes con EspAx tienen una peor calidad del sueño en comparación con individuos sanos. La EspAx afecta negativamente a: La calidad subjetiva del sueño, la latencia, la duración, la eficiencia y a las alteraciones durante el sueño. La actividad de la enfermedad y la presencia de sindesmofitos tienen un efecto perjudicial mientras que la actividad física tiene un efecto protector sobre la calidad del sueño. El cuestionario PSQI aporta una evaluación completa de la salud del sueño y debe considerarse como una

herramienta complementaria para el manejo de pacientes con EspAx.

P336. EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. DATOS EN VIDA REAL

Carolina Merino Argumánz¹, Carmen Secada Gómez², Ana Urruticochea Arana³, Sara Alonso Castro⁴, María Luz García Vivar⁵, Mireia Moreno Martínez-Losa⁶, Raquel Almodóvar González⁸, Cristina Vergara Dagand⁷, Cristina Fernández Carballido⁹, Cristina Macía Villa¹⁰, Ricardo Blanco Alonso², Belén Ruiz Antorán¹ y Jesús Sanz Sanz¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Hospital Can Misses. Ibiza. ⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁵Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁶Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁷Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ⁸Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ⁹Hospital San Juan de Alicante. ¹⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor selectivo y reversible de las janus quinasas (JAK) que inhibe preferentemente la transmisión de señales mediante JAK1 o JAK1/3. El upadacitinib está aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis axial no radiográfica, espondilitis anquilosante (espondiloartritis axial radiográfica), colitis ulcerosa y dermatitis atópica.

Objetivos: Con el presente estudio se pretende evaluar los primeros datos sobre seguridad y eficacia en práctica clínica real.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo (hasta 31 diciembre 2022). Se han recogido datos demográficos, antecedentes personales y evolución clínica de los pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante tratados con upadacitinib en los centros participantes. Se realizó estadística descriptiva y se utilizaron modelos de regresión logística para identificar factores predictivos de respuesta.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 50 pacientes con espondilitis anquilosante, 54% varones, con una edad media (DE) de 50,33 (12,79) años. Presentaban las siguientes características clínicas basales: dolor lumbar inflamatorio (94%), buena respuesta a AINE (68%), artritis (44%), entesitis aquilea (54%), uveítis (12%), dactilitis (10%), psoriasis (10%), enfermedad de Crohn (14%), colitis ulcerosa (4%), HLA B 27 positivo (62%), sacroilitis radiográfica (88%). El 86% de los pacientes habían recibido al menos 1 tratamiento biológico previo a upadacitinib, el 30% al menos 5, con una media por paciente de 2,98 (1,97) FAMEb, siendo el más frecuente como primer y segundo FAMEb adalimumab, como tercer FAMEb secukinumab, y cuarto golimumab. Recibieron upadacitinib una media de tiempo de 8,8 (7,14) meses, con una tasa de mantenimiento del fármaco a fecha de finalización de la observación de un 72%. Recibieron FAMEc concomitante en el 28% de los casos, siendo metotrexato el más frecuentemente asociado. Se observaron los siguientes resultados, evaluados de forma evolutiva desde situación basal a semana 12: disminución de PCR media (mg/L) de 13,68 (20,15) a 7,16 (3,49); mejoría de EVA espinal de 7 (1,96) a 4,79 (2,6); disminución de valoración global del paciente (EVA) de 7,06 (1,7) a 4,73 (2,34); disminución de cifras medias de BASDAI de 6,93 (1,86) a 4,7 (2,59); disminución de cifras medias de ASDAS-PCR de 3,69 (0,97) a 2,48 (0,99). Finalmente, se cuantificó una mejoría global en el 52% de pacientes medido por mejoría subjetiva reportada por el paciente. El tratamiento fue suspendido en el 26% de pacientes, el motivo principal de suspensión fue ineficacia, seguida de efectos adversos. El fármaco fue más suspendido en los pacientes que habían recibido un mayor número de FAMEb previo (3,6 vs. 2,77 en los no suspendidos). Se realizó un análisis de factores predictores de respuesta, considerando uveítis, dactilitis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, número de FAMEb previos. No se encontró ninguna asociación

estadísticamente significativa. Se comunicaron efectos adversos en 8 pacientes, siendo el más frecuente cefalea, y destacando un episodio de TVP y un episodio de herpes zóster. Como eventos clínicos, señalamos 3 episodios de uveítis durante el tratamiento con upadacitinib.

Conclusiones: El upadacitinib en práctica clínica real resulta eficaz en el control de la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante con fallo a varios FAMEb previos a las 12 semanas de tratamiento.

P337. PERSISTENCIA EN TRATAMIENTOS INHIBIDORES DEL TNF EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA: EL PAPEL DEL GÉNERO

José Antonio Pinto Tasende¹, Carlota Iñiguez², Carlos García Porrúa³, José L. Guerra Vázquez⁴, José A. Mosquera Martínez⁵, Francisco J. Maceiras Pan⁶, Víctor Quevedo⁷ y Luis Fernández Domínguez⁸

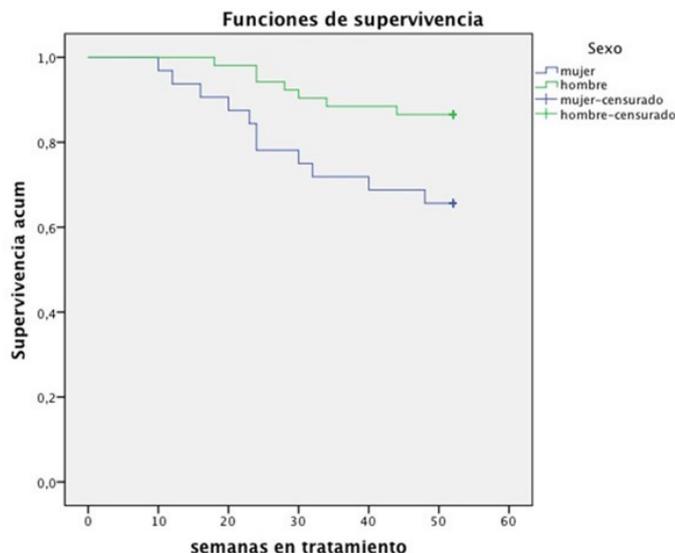
¹Servicio de Reumatología. INIBIC. Hospital Universitario de A Coruña. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ³Complejo Hospitalario Universitario Ourense. ⁴Complejo Hospitalario Universitario Ferrol. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁷Hospital de Monforte de Lemos. ⁸INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción y objetivos: El uso combinado de resultados clínicos y PROs en la práctica es una forma de obtener una visión integral del bienestar del paciente. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de los iTNF en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica, y la influencia del género del paciente en los mismos.

Métodos: Es un estudio multicéntrico y observacional realizado en pacientes APs en tratamiento con etanercept (ETA), adalimumab (ADA), golimumab (GOL) y certolizumb pegol (CTZ) entre el 1 de febrero de 2021 y el 1 de febrero de 2022. Se les evaluó mediante el índice DAPSA y sus puntos de corte (14) en la basal y a las 52 semanas de su inicio o cuando el paciente interrumpía el tratamiento. La MDA y el PsAID12 fueron recogidos, teniendo en cuenta el PsAID Total por debajo de 4 (PASS: *patient-acceptable symptom state*). Se recogieron los eventos adversos graves acaecidos durante el período de seguimiento. Para el análisis se utilizó el software SPSS 23,0. Los pacientes firmaron un consentimiento informado para permitir la recogida y análisis de los datos de forma anonimizada y su inclusión en un registro de estudio de pacientes con APs (código de registro: 2015/671).

Resultados: El total de pacientes APs incluidos fue de 84: 28 con ETA (33,3%), 24 con ADA (28,6%), 10 con GOL (11,9%) y 22 con CTZ (26,2%). La edad de los pacientes era de 54 (44-60), más jóvenes en tratamiento con CTZ, p = 0,166. La distribución por sexos no tuvo diferencias, p = 0,490. El tiempo de evolución de la APs desde el diagnóstico tampoco, p = 0,172. El 55% y el 19,3% de los pacientes tenía presencia de entesis en la basal y a las 52 semanas, sin diferencias entre grupos (p = 0,540 y p = 0,723, respectivamente). El DAPSA al inicio era de 23 (14-46), sin diferencias entre los grupos de tratamientos, p 0,857, y se redujo a lo largo de las 52 semanas hasta 3,4 (0-9), sin diferencias entre tratamientos, p = 0,684. No hubo diferencias en los 4 grupos para los distintos puntos de corte del DAPSA en la semana 52, p = 0,905. El porcentaje de pacientes que alcanzaba a cumplir el objetivo del *minimal disease activity* (MDA5/7 o baja actividad) era del 68,3% a las 52 semanas, sin diferencias entre los 4 grupos, p = 0,360, y el porcentaje de pacientes que alcanzaba a cumplir el objetivo del *very low disease activity* (MDA7/7 o remisión) era del 32,9% a las 52 semanas, sin diferencias entre los 4 grupos, p = 0,757. En el momento basal el PsAID12 era de 5,4 (4-8) y a las 52 semanas era de 2,8 (1-5), no habiendo diferencias entre grupos (p = 0,450), y la proporción de paciente con un PASS era de 79,2%, sin diferencias entre los grupos, p = 0,621. Hubo 18 (21,4%) abandonos del tratamiento sin diferencias

entre los 4 grupos, y la persistencia en el tratamiento a las 52 semanas fue mayor en hombres que en mujeres, 13,5% vs. 38,1%, $p = 0,023$. En el análisis de regresión de Cox se observó que el sexo femenino era un factor predictor de abandono del tratamiento a lo largo de las 52 semanas del estudio, $p = 0,041$ (fig.).



Conclusiones: los pacientes mejoraron significativamente en todos los parámetros analizados a lo largo de 54 semanas, sin diferencias significativas entre grupos. La persistencia en el tratamiento fue alta y hubo mejoría importante en los PROs utilizados. Se pudo observar que el sexo femenino era un factor independiente para la suspensión del tratamiento en los 4 grupos de iTNF.

P338. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

Nuria Vegas Revenga¹, Irati Urionaguena-Onaindia¹, Victoria Morillo², Blanca Sampedro Andrada³, Cristina San Juan López³, Nahia Plaza-Aulestia¹, Oihane Ibaranguoitia-Barrena¹, Itziar Calvo-Zorrilla¹, David Montero-Seisdedos¹, José Francisco García-Llorente¹ y Urko Aguirre⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. ³Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. ⁴Unidad de Investigación. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

Introducción: El hígado graso no alcohólico (HGNA) puede expresarse desde una indolente esteatosis hasta una esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), que puede evolucionar hacia una fibrosis y acabar en una cirrosis hepática. El HGNA es la primera causa de hepatopatía en el mundo occidental. Uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar HGNA es el síndrome metabólico. Está descrito que el HGNA es más prevalente entre la población con psoriasis (PSo) y artritis psoriásica (APs). Pero se desconoce si hay mayor riesgo de HGNA en pacientes solo con PSo o APs.

Objetivos: Determinar la prevalencia de HGNA en pacientes con PSo y APs. Además, evaluar los factores de riesgo para desarrollar HGNA. **Métodos:** Estudio transversal unicéntrico de 75 pacientes consecutivos con PSo diagnosticada por un dermatólogo o APs diagnosticada por un reumatólogo (según criterios CASPAR). Se incluyeron sujetos con cualquier gravedad o duración de la enfermedad. Ninguno de los pacientes incluidos tenía antecedentes de hepatopatía

conocida. Dos expertas hepatólogas de nuestro centro determinaron los grados de fibrosis hepática (estratificado de F0 a F4) y el porcentaje de cambio graso (de S1 a S3) evaluado mediante el CAP (Controlled Attenuation Parameter) utilizando la elastografía hepática (FibroScan®). Las variables de estudio fueron el sexo, la edad, la presencia de diabetes mellitus, la hipertensión, la dislipemia y el IMC. Como variables secundarias se determinaron los niveles de glucemia (mg/dL) y LDL (mg/dL). Los resultados del análisis estadístico se expresan como media ± DE para variables de distribución normal, mediana [IQR] para variables de distribución no normal y porcentaje para variables cualitativas. Las variables cuantitativas se compararon mediante t de Student o test U de Mann-Whitney. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. El análisis estadístico se realizó utilizando el software SAS System v94. El estudio fue aprobado por el CEIm local (protocolo 07/22).

Resultados: Los datos generales de los 75 pacientes figuran en la tabla. 26 pacientes eran hombres (34,64%) y 49 mujeres (65,33%). La edad media del grupo era de $52,82 \pm 1,01$ años. 37 pacientes estaban diagnosticados de PSo y 38 de APs. Del total de pacientes 10 (13,3%) eran diabéticos, 26 (34,66%) hipertensos y 20 (26,66%) dislipémicos. Los pacientes con PSo presentaban mayor número de pacientes con diabetes, hipertensión y dislipemia. Los pacientes con mayor afectación hepática pertenecían al grupo de PSo, 23,6% presentaban fibrosis significativa ($\geq F2$) y el 86% esteatosis moderada. En cambio, en el grupo de APs un 13,5% tenía fibrosis significativa y el 80,5% esteatosis. En cuanto a variables demográficas, llama la atención que los pacientes con PSo eran más mayores ($55,92 \pm 10,39$ años) frente a los pacientes con APs ($50,24 \pm 10,84$; $p = 0,04$). En relación al resto de parámetros, el grupo de PSo presentaban unos niveles de LDL de $111,9 \pm 26,27$ mg/dL y en el grupo de APs de $133,52 \pm 37,61$ mg/dL; $p = 0,06$.

Características clínicas de los 75 pacientes

	Psoriasis (n = 37)	Artritis psoriásica (n = 38)	p
Hombres, n (%)	11 (14,66%)	15 (20%)	-
Mujeres, n (%)	26 (34,66%)	23 (30,66%)	-
Edad, n ± DE	55,92 ± 10,39	50,24 ± 10,84	0,04
Factores de riesgo cardiovascular			
Diabetes mellitus, Si (%)	6 (8%)	4 (5,33%)	-
Glucemia (mg/dL), n ± DE	109,15 ± 45,17	96,24 ± 24	0,59
Hipertensión arterial, Si (%)	16 (21,33%)	10 (13,33%)	-
Dislipemia, Si (%)	16 (21,33%)	4 (5,33%)	-
LDL (mg/dL)	111,9 ± 26,27	133,52 ± 37,61	0,06
IMC kg/m ² , n ± DE	29 ± 6,42	28,69 ± 4,94	0,93
Consumo OH > 30 g	5 (6,66%)	4 (5,33%)	-
Transaminasas			
GOT- ALT (U/L) n ± DE	23,08 ± 7	22,54 ± 6,67	0,93
GPT- AST (U/L) n ± DE	25,8 ± 11,6	27,24 ± 11,9	0,45
FibroScan®			
Fibrosis (kPa)	6,2 ± 3,8	5,57 ± 2,02	0,82
CAP (dB/m)	278,03 ± 42,02	271,78 ± 49,84	0,57

Conclusiones: Los pacientes con PSo de mayor edad y los pacientes con APs y LDL más elevado tienen mayor riesgo de presentar HGNA. Los pacientes con PSo tenían una mayor afectación hepática, con un mayor porcentaje de fibrosis significativa y de esteatosis moderada, si bien las diferencias respecto a los pacientes con APs no fueron estadísticamente significativas.

P339. DOLOR AXIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Paloma Valentina Castillo Dayer¹, Paula Pérez², María José Moreno³, Manuel J. Moreno² y Luis F. Linares²

¹Hospital Morales Meseguer. Murcia. ²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica cuya afectación musculoesquelética es multidomi-

nio: afectación periférica, axial, dactilitis y entesitis. Actualmente no tenemos criterios para definir cuando una APs tiene afectación axial (APsax) y utilizamos los mismos criterios que en la espondiloartritis axial (EspAax). Los estudios nos dicen que los pacientes con APsax tienen más dolor cervical, y en torno al 45% de los pacientes con APsax no tienen dolor lumbar¹. En este trabajo queremos mostrar cómo es el dolor axial en pacientes con APs y relacionarlo con la afectación radiográfica de sacroilíacas.

Métodos: Se trata de un estudio transversal multicéntrico en el que se reclutan pacientes, según su asistencia a consulta, con APs según su reumatólogo y cumpliendo criterios CASPAR. Se registran datos demográficos, antecedentes familiares, analíticos y se revisa la historia clínica digitalizada para valorar si el paciente ha tenido o tiene dolor axial definido como: Dolor axial crónico (cervicaldorsal-lumbar ≥ 3 meses de duración); Dolor cervical inflamatorio; Dolor dorsal inflamatorio; Dolor lumbar inflamatorio. Valoramos si el paciente tiene radiografías de sacroilíacas, su alteración según criterios de Nueva York (NY), y de columna. Se excluyen pacientes con hiperostosis esquelética difusa y/o intervenidos de columna. Realizamos un estudio descriptivo inicial de las variables y posteriormente analizamos la asociación entre el dolor y el resto de las variables. Mostramos los resultados iniciales.

Resultados: Se incluyen 75 pacientes con una edad media de 53 (± 11,3) años y una duración de la enfermedad de 9,2 (± 3,6) años. El 60% son varones. En el 51% de los pacientes el HLA-B27 no estaba recogido; en el resto, el 32,7% era negativo y el 16,3% positivo. En cuanto al daño radiográfico en sacroilíacas solo tenemos datos en 22 pacientes. No tenemos datos radiográficos de la columna. En la tabla podemos ver otras características de los pacientes. En cuanto al tipo de dolor axial de los pacientes: el dolor axial crónico se encontró en el 40,4% de los pacientes. El dolor cervical inflamatorio en el 6,3%, el dorsal inflamatorio en el 12,3% y el lumbar inflamatorio en el 24,2%. El dolor axial crónico fue más frecuente en las mujeres (29,4 vs. 56,5%, p = 0,03), en los pacientes con dactilitis (57,8 vs. 30,3%, p = 0,04) y en los pacientes sin sacroilitis compatible con espondilitis anquilosante (NY) (18,8 vs. 72,7%, p = 0,01). No encontramos relación con otras variables. El dolor cervical, dorsal y lumbar inflamatorio fueron independientes del resto de variables. De los pacientes con sacroilitis grado ≥ 2 (uni o bilateral): 35,2% tenían dolor axial crónico, el 5,8% dolor cervical inflamatorio, el 5,8% dolor dorsal inflamatorio y el 11,8% dolor lumbar inflamatorio. Encontramos correlación entre el grado de sacroilitis y la edad (rho Spearman 0,42, p = 0,04) y el tiempo de evolución (rho Spearman 0,45, p = 0,02). Sin embargo, no observamos influencia de dichas variables en el análisis de regresión.

Características de los pacientes

Fumador	
Activo	21,6%
Exfumador	26,7%
Psoriasis ungueal	51,9%
Dactilitis	36,7%
Entesitis	17,5%
Uveítis	4,3%
Enfermedad inflamatoria intestinal	2%
Sacroilitis grado II bilateral o III unilateral (NY) (n = 22)	50%
Tratamiento con biológico	61,4%
Primera línea	31,8%
Segunda línea	39,4%
Antecedentes familiares de:	
Psoriasis	32%
EspA	8,2%

Conclusiones: Aunque estos resultados son preliminares, podemos decir que es necesario una definición específica de pacientes con APsax. El dolor lumbar inflamatorio no está presente en todos los pacientes con daño radiográfico sacroiliaco sugestivo de patología axial, siendo, en algunos casos, un dolor crónico o un dolor inflamatorio a otros niveles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mediterr J Rheumatol. 2022;33(Suppl 1):142-9.

P340. DAÑO RADIOGRÁFICO Y METROLOGÍA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA

María José Moreno Martínez¹, Manuel J. Moreno², Paula Pérez² y Luis F. Linares²

¹Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) radiográfica es una enfermedad inflamatoria crónica cuya evolución natural tiende a la fusión vertebral y la anquilosis. Ello conlleva limitaciones importantes en la vida diaria de los pacientes que la padecen, acompañadas de limitaciones de la movilidad. En la exploración física de estos pacientes se incluyen ciertas exploraciones como es la flexión lateral lumbar o la rotación cervical, entre otras. El daño radiográfico se puede medir mediante un sistema de puntuación. El más utilizado es el m-SASSS (*Modified stoke ankylosing spondylitis spinal score*). Sin embargo, mediante este índice no se analizan estructura importantemente dañadas como son las articulaciones interapofisarias (AIs) cervicales las cuales pueden influir mucho en esta limitación de movimiento y así en la función física y calidad de nuestros pacientes. Mediante este trabajo analizamos como la valoración e inclusión de las AIs mejora la correlación del índice m-SASSS con la metrología de los pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio transversal llevado a cabo en la consulta monográfica de EspA de un hospital de tercer nivel. Se incluyen pacientes con diagnóstico de EspAax radiográfica con ≥ 18 años. Analizamos datos demográficos de los pacientes y clínicos de la enfermedad, incluyendo resultados reportados por los pacientes. Analizamos el último estudio radiográfico de dichos pacientes calculando el índice m-SASSS, así como el daño a nivel de las AIs cervicales. Este último estudio se realiza mediante una radiografía lateral cervical y la puntuación que se utiliza es la siguiente: 0 si es normal; 1 si existe pinzamiento (estrechamiento del espacio articular); 2 si existe esclerosis en los márgenes articulares; 3 si existe fusión articular. Realizamos un estudio descriptivo inicial y un análisis de correlación entre el índice m-SASSS, la afectación de las AIs, la valoración conjunta de m-SASSS+AIs y la metrología de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 47 pacientes, con una edad media de 43,6 (± 8,2) años, de los cuales el 81% eran varones. El tiempo de evolución de la enfermedad era de 6,2 (± 7,1) años (mínimo 2 y máximo 21 años). El 80% era HLA-B27 positivo. La puntuación media del m-SASSS era de 10 (± 12,5). En cuanto a la afectación de las AIs, la puntuación media fue de 8,6 (± 6,7). En la tabla 1 podemos ver otras características de los pacientes. En la tabla 2 podemos ver las correlaciones de los índices de actividad con la metrología de los pacientes. Realizamos un análisis de regresión en el que se estudió la influencia de la edad, el sexo, el tiempo de evolución, el índice m-SASSS y la afectación de AIs en la rotación cervical, observando que solo la afectación de AIs influía en la misma.

Tabla 1. Características de los pacientes

	Media (± desviación típica)
Rotación cervical (ROT)	63,4 (± 21,1)
Distancia Trago-pared (DTP)	14,9 (± 4,5)
Flexión lateral lumbar (FL)	13,6 (± 11,8)
Distancia intermaleolar (DIM)	97,5 (± 18,7)
Test Schöber modificado (SM)	3,2 (± 1,6)
ASQOL	4,9 (± 6,4)
BASDAI	3,6 (± 2,4)
BASFI	3,1 (± 2,4)
ASDAS-PCR	2,9 (± 0,8)

Tabla 2. Correlaciones mediante Rho de Spearman

	ROT	DTP	FL	SM
m-SASSS	-0,2 p = 0,1	0,4 p = 0,07	-0,49 p = 0,01	-0,32 p = 0,1
Puntuación Als	-0,47 p = 0,004	0,36 p = 0,1	-0,05 p = 0,8	-0,08 p = 0,6
m-SASSS+Als	-0,49 p = 0,002	0,47 p = 0,07	-0,51 p = 0,007	-0,44 p = 0,02

Conclusiones: La inclusión de la valoración de las Als al m-SASSS mejoraría su correlación con la metrología en los pacientes con EspAax radiográfica.

P341. EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA ARTICULAR ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES TRATADOS CON VEDOLIZUMAB Y USTEKINUMAB: ESTUDIO VEDUSTAR

Mariana Gutiérrez Riart¹, Chamaida Plasencia¹, Irene González², Cristina Suárez², Diego Benavent¹, Victoria Navarro¹, Mari Dolores Martín², Pablo Rodríguez³ y Alejandro Balsa¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. ²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital La Paz. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico inmunomediado que cursa en brotes. Asocia manifestaciones extraintestinales siendo la más frecuente la afectación musculoesquelética como la espondiloartritis (EspA), la prevalencia oscila entre 4-20%. Desde el uso de anti-TNF el pronóstico de la enfermedad ha mejorado, incluyendo la mejoría de la patología articular asociada. No existe tanta experiencia en vida real sobre la evolución de la clínica articular con nuevos tratamientos como vedolizumab (VDZ) y ustekinumab (UST).^{1,2}

Objetivos: Estudiar la incidencia y/o evolución de la patología musculoesquelética (ME) en pacientes con EII en pacientes en tratamiento con VDZ y UST.

Métodos: Estudio descriptivo de cohortes ambispectivo de pacientes con diagnóstico de EII en tratamiento con VDZ y UST que fueron remitidos a Reumatología para valoración de patología articular. Las características demográficas, analíticas y clínicas de los pacientes se extrajeron de la historia clínica electrónica. Las visitas se hicieron según el protocolo de estudio VEDUSTAR (82 pacientes), se recogieron las siguientes variables: sexo, tabaquismo, HLAB27, sospecha diagnóstica y valoración médica (patología mecánica, debut o actividad de la EspA). En el estudio descriptivo se calcularon la media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico dependiendo de la distribución de las variables.

Resultados: De 93 pacientes en tratamiento con VDZ o UST, se incluyeron 82 pacientes, de los cuales el 65% tenían diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y el 35% de colitis ulcerosa (CU). Las características descriptivas se resumen en la tabla. El 64% de los pacientes estaban siendo tratados con VDZ y el 36% con UST. En la valoración en reumatología se diagnosticó de: 37 (45%) artralgiás/lumbalgias inespecíficas, 7 (9%) artrosis, 2 (2%) microcristalinas, 3 (4%) conectivopatías, 24 (29%) EspA con diagnóstico previo, 6 (7%) debut de EspA y 3 (4%) sospecha de EspA. De los pacientes con EspA previa, 13 (54%) mejoraron, 10 (42%) se mantuvieron estables y 1 (4%) presentó un brote de la enfermedad. El 88% (21/24) de los pacientes con sospecha/diagnóstico de EspA tenían EC. Con respecto al tipo de EspA, se observó que la EspA periférica fue más frecuente en el grupo con EC (57%), y la EspA axial en el grupo de CU (50%). Se requirió cambio de tratamiento biológico por la actividad de la EspA en 2 (2%) pacientes en los que debutó la enfermedad que están recibiendo VDZ.

Tabla 1. Características descriptivas de los pacientes.

	Total n = 82	Grupo UST n= 24	Grupo VDZ n= 58
Características demográficas			
Sexo			
Femenino	45 (54,9%)	12 (50%)	35 (56,9%)
Fumador			
No	33 (44%)	12 (50%)	21 (41,2%)
Si	12 (16%)	3 (12,5%)	9 (17,6%)
Exfumador	30 (40%)	9 (37,5%)	21 (41,2%)
Características analíticas			
HLA-B27 Positivo	5 (10,4%)	2 (8,7%)	3 (12%)
Tratamientos			
Nº biológicos previos	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)
Diagnóstico Digestivo			
CU	28 (34,1%)	4 (16,7%)	24 (41,4%)
EC	53 (64,6%)	20 (83,3%)	33 (56,9%)
Diagnóstico Reumatológico			
Artralgia/lumbalgia inespecífica	37 (45%)	1 (4%)	36 (62%)
Artrosis	7 (9%)	4(17%)	3 (5%)
Micro cristalina	2 (2%)	0	2 (4%)
Conectivopatía	3 (4%)	1 (4%)	2 (3%)
Debut EspA	6 (7%)	4 (17%)	2 (3%)
Alta Sospecha EspA	3(4%)	2 (8%)	1 (2%)
Dx previo EspA	24 (29%)	12 (50%)	12 (21%)

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con EII en tratamiento con UST o VDZ el 40% tenían diagnóstico o sospecha de EspA, siendo más frecuente en los pacientes con EC. La mayoría de los pacientes con diagnóstico previo de EspA presentaron mejoría o estabilidad de la enfermedad. La mayoría de los pacientes se controló la EspA sin cambiar el tratamiento biológico.

BIBLIOGRAFÍA

- De Galan C, Truysens M, Peeters H, et al. The Impact of Vedolizumab and Ustekinumab on Articular Extra-Intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Real-Life Multicentre Cohort Study. J Crohns Colitis. 2022;1676-86.
- Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: Current concepts, treatment, and implications for disease management. Reviews in Basics and Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2021;1118-32.

P342. ACTIVIDAD CLÍNICA, FUNCIONALIDAD E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE FIBROMIALGIA OBTENIDA POR EL MDHAQ EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Carolina Cristina Chacón Vélez¹, Esther Toledano², Sonia Pastor¹, Marta Ibáñez¹, Belén Miguel¹, Cristina Hidalgo¹, Ana Turrión¹, Olga Martínez¹, Susana Gómez¹ y Carlos Montilla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Salamanca. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Discriminar la presencia de fibromialgia mediante la utilización del cuestionario MDHAQ. Comparar las características basales, la actividad clínica, la funcionalidad y el impacto de la enfermedad en relación con la presencia de fibromialgia.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron 248 pacientes diagnosticados de APs. La presencia de fibromialgia se obtuvo mediante el FAST3 (incluido en el MDHAQ). Como variables basales medimos la edad, el género, la duración de la enfermedad, el tratamiento con FAMES o FAMEb, la forma de la enfermedad (periférica, mixta o axial) y la presencia de dactilitis. La actividad periférica por el cDAPSA y por el RAPID3 (incluido en el MDHAQ), la funcionalidad por el cuestionario HAQ, el impacto de la enfermedad (PsAID) y la fatiga (FACIT-F).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 51,97 (DE: 11,79). El 53,2% eran hombres. La duración de enfermedad fue 10,74 (DE: 8,01). El 34,4% tomaban metotrexate, 10,2% salazopirina y 3,7% leflunomida. El 21% estaban en tratamiento con FAMEb. Diez pacientes tuvieron una

afectación exclusivamente axial (4%), 20 mixta (8,1%) y el resto periférica (87,9%). El 16,9% presentaron dactilitis. La media de cDAPSA fue de 11,9 (DE: 6,52), la de RAPID3: 11,7 (DE: 6,7), la de HAQ: 0,6 (DE:0,5), la de PSAID: 3,5 (DE: 2,2) y la de FACIT-F: 36,0 (DE: 10,9). El 20,2% de los pacientes presentaban fibromialgia según el FAST3. La fibromialgia se asoció al género femenino (26,7% frente a 14,4%, $p < 0,01$), al tratamiento con FAMEb (34,6% frente a 16,3%, $p < 0,003$), a un mayor valor de cDAPSA (17,5-DE: 6,1- frente a 10,6, DE: 5,9, $p < 0,001$) RAPID3 (19,7-DE: 2,9- frente a 9,7-DE: 5,8- $p < 0,001$), HAQ (1,0-DE: 0,5- frente a 0,4-DE: 0,4- $p < 0,001$), PsAID (5,5-DE: 2,1- frente a 2,9-DE: 1,9- $p < 0,001$) y FACIT-F (26,3-DE: 11,0- frente a 38,2-DE: 9,7- $p < 0,001$).

Conclusiones: Las características clínicas de los pacientes diagnosticados de Aps con fibromialgia diagnosticada mediante el FAST-3 son similares a las encontradas cuando se diagnostica por otros métodos.

P343. EFICACIA, SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD DEL SECUKINUMAB EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Uxue Astigarraga Urquia¹, Marta López i Gómez², Irene Piñeiro¹, Libe Ibarrola Paino¹, Javier Mendizabal¹, Guillen Sada Urmeneta¹, Natividad Del Val del Amo¹, Inmaculada Paniagua Zudaire¹, Laura Garrido Courel¹, Loreto Horcada¹, Ricardo Gutiérrez¹ y Concepción Fito Manteca¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital Universitario de Álava.

Introducción: El secukinumab (SEC) es un anticuerpo monoclonal humano (IgG1) dirigido contra la IL-17A, aprobado para la psoriasis en placas, la artritis psoriásica (APs) y la espondiloartritis axial (EspAax). Se disponen pocos datos sobre la supervivencia a largo plazo del SEC en pacientes con EspAax y APs. Se ha publicado que el cociente neutrófilo-linfocito (NLR), podría predecir la aparición de eventos cardiovasculares y la mortalidad por todas las causas.

Objetivos: Evaluar eficacia, seguridad, tasa de retención y causas de interrupción del SEC en pacientes con EspAax y APs.

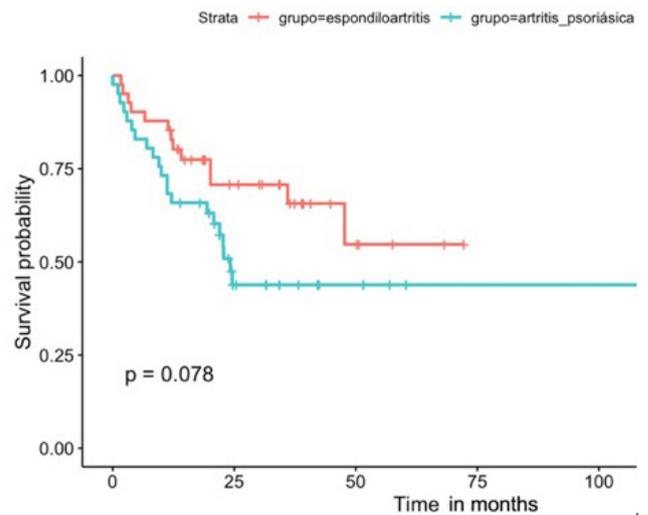
Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, se incluyeron pacientes diagnosticados de EspAax según ASAS y de APs según criterios CASPAR. En total 90 pacientes tratados con SEC entre 2016 y 2022 en el servicio de reumatología del Hospital Universitario de Navarra. Todos los pacientes incluidos iniciaron SEC al menos 12 meses antes de la extracción de datos. Se analizó la proteína C reactiva (PCR), la escala de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (ASDAS), la escala analógica visual (EAV) del paciente y el cociente neutrófilo-linfocito (NLR) al inicio, a los 12 y 24 meses. La supervivencia del fármaco en meses se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y los factores predictivos de suspensión mediante un análisis de regresión de Cox. También se recogió el motivo de suspensión.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (46 con EspAax y 44 con APs). La edad media al diagnóstico fue de 44,5 años (DE 11,1) y la edad media al inicio del SEC fue de 51,6 (DE 11,4). La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del SEC fue de 4,2 meses (IQR 9,8) (tabla). El 92,2% pacientes fueron tratados con uno o más biológicos antes de la SEC, la mediana de biológicos previos fue de 2. La duración media del tratamiento fue de 31,8 meses (DE 75,1). Las tasas de retención a 1 y 2 años de la SEC en el grupo de EspAax fueron del 83% y el 71% respectivamente, y en APs del 69% y el 52% (fig.). Treinta y cinco pacientes interrumpieron el tratamiento, 29 por ineficacia, 1 por decisión propia, 4 por dolor mecánico persistente y 1 por neoplasia. Los factores asociados a un menor riesgo de interrupción fueron un mayor IMC ($p = 0,025$) y la diabetes ($p = 0,04$). Ninguna de las otras variables clínicas evaluadas tuvo asociación estadísticamente significativa con el riesgo de interrupción. La media de PCR antes de iniciar la SEC fue de 8,4 mg/L (DE 15,8), EVA de 7,5 (DE 2) y NLR de 2 (DE 1,2). Se observó una mejoría

estadísticamente significativa de la PCR a los 24 meses ($p 0,049$), pero no a los 12 meses. La EVA presentó mejoría estadísticamente significativa a los 12 y 24 meses ($p 0,008$ y $0,012$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el NLR. En con EspAax, el ASDA mostró gran mejoría en 4,34% ($> 3,1$) y mejoría en 26%. Ningún paciente presentó infecciones que requirieran la interrupción del fármaco.

Características basales

	EspAax (n = 46)	APs (n = 44)	Total (n = 90)
Mujer	23 (51,1%)	22 (51,2%)	45 (50%)
Hipertensión	10 (21,7%)	15 (34,1%)	25 (27,8%)
Dislipemia	16 (34,8%)	20 (46,5%)	36 (40,4%)
Diabetes mellitus	5 (10,9%)	7 (15,9%)	12 (13,3%)
Índice de masa corporal	27,7 (DE5,1)	29 (DE7,2)	28,4 (DE6,4)
Tabaco	17 (37,8%)	15 (34,1%)	32 (36%)
Alcohol	2 (4,4%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)
Enfermedad cardiovascular	8 (17,4%)	5 (11,6%)	13 (14,6%)
Depresión	5 (10,9%)	1 (2,3%)	6 (6,7%)
Biológicos previos, mediana (IQR)	1 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-2)
Glucocorticoides	8 (18,2%)	21 (47,7%)	29 (33%)



Estimación de la supervivencia de Kaplan-Meier en meses.

Conclusiones: SEC mostró una tasa de retención muy elevada en una población que ha sido expuesta previamente a varias terapias biológicas en ambos grupos. La obesidad y la diabetes parecen asociarse a una mejor supervivencia de SEC y, podría ser una terapia óptima en pacientes con factores de riesgo cardiometabólico. El SEC demostró ser eficaz en pacientes con axSpa y APs, con mejoría estadísticamente significativas en la EAV a los 12 y 24 meses y en la PCR a los 24 meses. El perfil de seguridad de SEC en nuestra cohorte parece ser bueno.

P344. TELECONSULTA ASINCRÓNICA MEDIANTE CHATBOT DE WHATSAPP EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL CONTROLADA CON TERAPIA BIOLÓGICA: RESULTADOS CLÍNICOS Y PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

Elena Abad Plou¹, N. Rivera², E. Galíndez-Agirregoikoa¹, E. Cuende¹, A.R. Intxaurre Pellejero¹, J.M. Blanco Madrigal¹, L. Vega¹, C. García¹, M. Enjuanes¹, O.B. Fernández-Berrizbeitia¹, I. Gorostiza³, M.L. García Vivar¹ y Grupo INNOBIDE⁴

¹Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²Biocruces Bilbao. Bizkaia. ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁴Grupo INNOBIDE formado por gestores, clínicos, informáticos e investigación de Hospital Universitario Galdakao, clínicos de Hospital Universitario Basurto y con el apoyo de ARAIA SL.

Introducción: El uso de teleconsulta en reumatología antes de la pandemia COVID ha sido limitado, por reticencias de clínicos y

pacientes, que podrían clasificarse en entusiastas y reacios¹. Posteriormente se adoptan diferentes modelos de teleconsulta que se agrupan en sincrónica (teléfono, videollamadas), y asincrónica. Les propusimos a nuestros pacientes con espondiloartritis axial (EspAx) teleconsulta mediante un *chatbot* de WhatsApp creado exprofeso para el envío de PROMS (BASDAI, EVA para la evaluación global de la enfermedad del paciente, ASDAS y 3 preguntas de manifestaciones extraarticulares), y que vuelca los datos en la historia clínica.

Objetivos: Demostrar que la teleconsulta a través de la plataforma WhatsApp es útil para mantener el control clínico de los pacientes con EspAx. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes e identificar un perfil más proclive a consulta telemática.

Métodos: Estudio prospectivo con control retrospectivo de pacientes diagnosticados de EspAx con enfermedad estable con TB, visitados del 01/01 al 30/11/2021 en nuestro centro. Se reclutan 62 pacientes, y tras 2 abandonos (motivos personales y traslado de domicilio), incluimos 60. Se proponen dos visitas de teleconsulta (cada 4 meses), y una presencial final (al año de la basal). En caso preciso se contacta por teléfono y/o se agenda una visita presencial extra. Se considera enfermedad controlada si BASDAI < 4, ASDAS < 2,1 o a juicio del reumatólogo. Recopilamos información del paciente y de la enfermedad (edad, sexo, empleo, características de la enfermedad, tratamiento previo y actual), actividad, función física y calidad de vida. Se recogen la satisfacción del paciente y sus preferencias en la consulta final.

Resultados: Se incluyen 60 pacientes (fig. 1), 90% con espondilitis anquilosante (EA) clásica (fig. 2), solo 6 EspAx no radiográfica; el 93,3% con remisión/baja actividad por ASDAS/BASDAI-PCR. Solo 4 pacientes incluidos presentaban puntuaciones de actividad más altas. No encontramos diferencias clínicas significativas entre las visitas basales y finales en BASDAI, BASFI, ASDAS-PCR o AsQOL (tabla). Tres pacientes con dosis reducida de TB necesitaron aumentar a dosis estándar sin necesidad de cambiar de tratamiento. La valoración (EVA 0-10) de la teleconsulta por los pacientes fue alta: media 9,14 (DE 1,498); y 91,7% ≥ 8. El 83,3% prefirió el seguimiento telemático. Hubo una tendencia hacia las preferencias de telemedicina en los niveles educativos más altos y el trabajo activo (86% frente a 70%). No encontramos correlación con el género, la edad, la actividad de la enfermedad y las características de la enfermedad analizadas (manifestaciones extraarticulares. No hubo correlación con la necesidad de contactos/visitas presenciales adicionales.



Figura 1

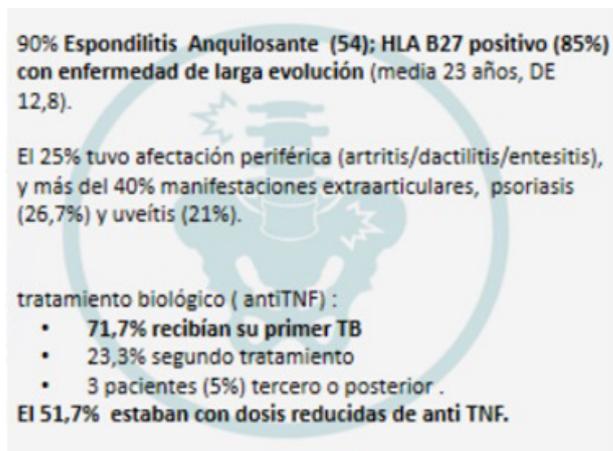


Figura 2

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la teleconsulta asincrónica es una herramienta útil en el seguimiento de los pacientes con EspAx controlada con TB, mantiene el control de la actividad de la enfermedad, la función física y la calidad de vida. Asimismo es muy bien valorada por nuestros pacientes (varones, jóvenes, con estudios medios superiores y vida laboral activa).

BIBLIOGRAFÍA

1. Knudsen LR, et al. Experiences With Telehealth Followup in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Interview Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(9):1366-72.

P345. CAMBIO DE FÁRMACOS GLOBAL Y POR INEFICACIA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON AGENTES BIOLÓGICOS. EXPERIENCIA CLÍNICA

María Rodríguez Laguna¹, Dalifer Freites Nuñez¹, Inmaculada Concepción Morado¹, José Pierre Otazu Moudelle¹, María Paula Álvarez Hernández¹, Cristina Hormigos¹, Gloria Candelas¹, Cristina Martínez Prada¹, Leticia León^{2,3}, Benjamín Fernández¹ y Lydia Abasolo²

¹Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. ³Universidad Camilo José Cela. Ciencias de la Salud. Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica (APso) es una enfermedad inflamatoria heterogénea que requiere un tratamiento específico basado en las manifestaciones clínicas, la gravedad de los síntomas y las comorbilidades. La APso se beneficia de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb), recomendados para prevenir daños permanentes. Aunque en la actualidad existen varias opciones de cambio de tratamiento, es importante definir características del paciente o del tratamiento como la falta de eficacia objetivadas en el momento del cambio.

Objetivos: Evaluar el cambio de una terapia biológica a otra global y por ineficacia en pacientes con APso en tratamiento con terapia biológica.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Sujetos: Cohorte de pacientes que acudieron a consulta externa de Reumatología desde enero de 2006 hasta diciembre de 2021, y seguidos

	MEDIA BASAL	MEDIA FINAL	DIFERENCIA MEDIA
BASDAI	1,725 (DE 1,496)	2,268 (DE 1,3420)	0,5434 (DE 1,1483)
BASFI	2,108 (DE 1,619)	1,943 (DE 1,6228)	0,1492 (DE 1,3420)
ASDAS-PCR	1,288 (DE 1,496)	1,608 (DE 0,6297)	0,3198 (DE 0,6297)
AsQOL	2,53 (DE 3,311)	2,35 (DE 2,906)	0,2456 (DE 1,7856)

P344 Figura 3. Resultados clínicos.

hasta junio de 2022, diagnosticados de APso según código CIE-10 y en tratamiento con terapia biológica. Variable principal: cambio de FAMEb global y por ineficacia. Covariables: sociodemográficas, clínicas y de tratamiento. Análisis estadístico: Para estimar las tasas de cambio de agente biológico por cualquier causa y por ineficacia se utilizaron técnicas de supervivencia, expresando la tasa de incidencia (TI) por 100 pacientes*año con su respectivo IC al 95% [IC95%].

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes con diagnóstico de APso y en tratamiento con FAMEb, con un seguimiento de 893,09 pacientes*año. El 52,48% eran mujeres con una edad media de 48,06 ± 13,21 años. 108 (76,60%) tenían antecedentes de psoriasis cutánea al inicio y 105 (74,47%) presentaban artritis periférica y 22 (15,60%) lumbalgia inflamatoria como principal dominio clínico. Se registraron 262 cursos de tratamiento. A lo largo del seguimiento, 85 (60,28%) pacientes recibieron los mismos FAMEb y 56 (39,72%) cambiaron de régimen terapéutico. El inhibidor del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) fue el agente biológico más utilizado, con 192 cursos (73,28%), seguido de los inhibidores de la interleucina-17, con 43 (16,41%). 243 cursos fueron de terapia combinada, 185 (76,13) con metotrexato. Se registraron 121 cambios de régimen terapéutico, con una TI de 13,54 [11,34-16,19]. De estos, 109 fueron por ineficacia con una TI de 12,20 [10,11-14,72]. Describiendo el cambio por cualquier causa, 90 se produjeron en sexo femenino (TI 20,82 [16,93-25,60]), 30 (TI 20,13 [14,08-28,80]) presentaban lumbalgia inflamatoria, 19 (TI 36,58 [23,33-57,34]) tenían entesitis y 5 (TI 35,38 [14,73-85,01]) dactilitis. En cuanto al cambio por ineficacia 79 se produjeron en sexo femenino (TI 18,28 [14,66-22,79]), 27 (TI 18,12 [12,43-26,42]) presentaron lumbalgia inflamatoria, 7 (TI 49,54 [23,61-103,91]) tuvieron dactilitis y 16 (TI 30,80 [18,87-50,28]) entesitis. 12,03 [9,56- 15,13]) pacientes que cambiaron el fármaco por cualquier causa y 67 (TI 11,04 [8,67-14,02]) que cambiaron por ineficacia presentaban antecedentes de psoriasis. Las tasas de cambio de régimen terapéutico para cada tipo de fármaco se recogen en la tabla 1 y aquellas por ineficacia en la tabla 2.

Tabla 1. Tasas de incidencia de cambio de régimen terapéutico por 100*pacientes año en pacientes con APso tratados con fármacos biológicos

	Pacientes*año	Eventos (n)	TI	IC95%
Total, cambio	893,09	121	13,55	11,34-16,19
Abatacept	5,90	1	16,94	2,39-120,29
Inhibidores de Interleucina-17	70,84	17	23,99	14,92-38,60
Ustekinumab y guselkumab	10,29	5	48,59	20,23-116,75
Inhibidores de JAK	14,06	5	35,56	14,80-85,45
Antifactor de necrosis tumoral	792,00	93	11,74	9,58-14,40

Tabla 2. Tasas de incidencia de cambio de fármaco por ineficacia por 100 *pacientes año en pacientes con APso tratados con agentes biológicos

	Pacientes*año	Eventos (n)	TI	IC95%
Total, cambio	893,09	109	12,20	10,11-14,72
Abatacept	5,90	2	33,88	8,47-135,50
Inhibidores de Interleucina-17	70,84	18	25,40	16,01-40,33
Ustekinumab y guselkumab	10,29	5	48,59	20,23-116,75
Inhibidores de JAK	14,06	5	35,56	14,80-85,45
Antifactor de necrosis tumoral	792,00	79	9,97	8,00-12,43

Conclusiones: La tasa de cambio de régimen terapéutico fue del 13,54. Hemos encontrado algunas manifestaciones clínicas de la enfermedad y factores del régimen terapéutico que podrían modificar la supervivencia de los fármacos en la APso. Los anti-TNF parecen ser los fármacos con la tasa más baja de cambio por ineficacia en nuestro estudio.

P346. EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA EL HERPES ZÓSTER

Laura Mas Sánchez, P. Muñoz Martínez, E. Grau García, A.M. Torrat Noves, D. Ramos Castro, C. Riesco Barcena, A.V. Huaylla Quispe, S. Leal Rodríguez, I. Cánovas Olmos, H. Charia, L. González Puig, J. Ivorra Cortés, I. Martínez Cordellat, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuixech, J.E. Oller Rodríguez, F. Ortiz-Sanjuán, E. Tovar Sugrañes, E. Vicens Bernabéu y J.A. Román Ivorra

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: La infección por herpes zóster es debida a la reactivación del virus varicela-zóster, siendo especialmente prevalente en pacientes ancianos e inmunodeprimidos. Desde comienzos del año 2022, se ha aprobado y comercializado una nueva vacuna que previene la infección contra el herpes zóster. Sin embargo, hay pocos estudios que analicen su efectividad en condiciones de vida real.

Objetivos: Analizar la incidencia y tasa de herpes zóster en una población de riesgo con distintas enfermedades reumatológicas que presentan indicación para la vacunación contra dicho virus.

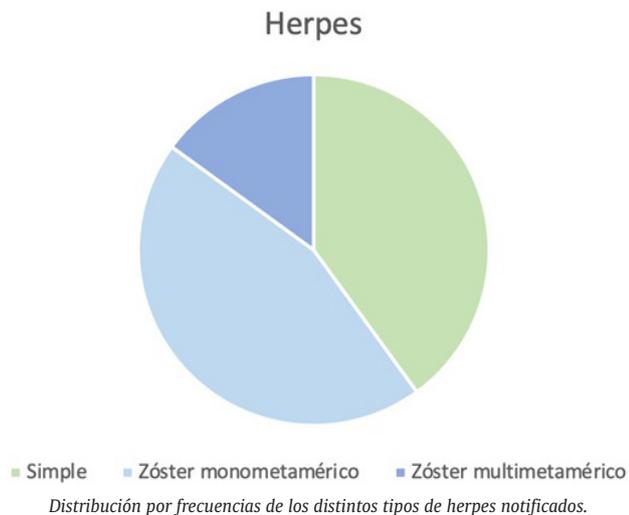
Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes que iniciaron tratamiento con inhibidores de JAK (iJAK) durante el periodo de 2013 a 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas en la historia clínica electrónica. Se analizó la vacunación de los pacientes con la vacuna del herpes zóster, así como la incidencia de herpes simple y herpes zóster antes y después de enero de 2022, fecha en la que se inició la pauta de vacunación. Además, se calculó la tasa del evento adverso (herpes zóster) en función del tiempo de seguimiento tanto para pacientes vacunados como no vacunados, ajustándose la exposición en eventos/100 pacientes-año (E/100 PA).

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes con indicación de vacunación contra herpes zóster por estar en tratamiento con iJAK, de los cuales la patología mayoritaria era artritis reumatoide. Sus características demográficas se muestran en la tabla. 30 pacientes estaban vacunados contra el herpes zóster (12,71%). Se observó una incidencia de 20 casos de herpes en pacientes no vacunados (8 herpes simples y 12 herpes zóster). De los herpes zóster diagnosticados, 3 fueron multimetaméricos, como figuran en el gráfico. No se encontraron casos de herpes en la población vacunada. Ningún herpes supuso la suspensión del tratamiento de base de los pacientes. Los pacientes no vacunados fueron seguidos durante 3.500 meses, siendo la tasa de herpes en dicha población de 4,12 E/100 PA. El seguimiento total de pacientes vacunados fue de 102 meses, siendo la tasa de herpes de 0 E/100 PA.

	Total de pacientes (n = 236)
Edad - años (de)	62,45 (8,2)
Sexo femenino - n (%)	188 (79,66%)
Diagnóstico - n (%)	
AR	179 (75,84%)
APs	28 (11,86%)
EA	14 (5,93%)
AIJ	5 (2,11%)
Otros	10 (4,23%)
Comorbilidades - n (%)	
HTA	65 (27,54%)
Hipertensión arterial	69 (29,23%)
Diabetes mellitus	22 (9,32%)
Tabaquismo	40 (16,95%)
Vacunación - n (%)	
No	206 (87,29%)
Sí	30 (12,71%)

Conclusiones: Se observa una incidencia de 12 zóster en pacientes no vacunados con respecto a una incidencia de 0 en pacientes vacunados. La tasa de herpes en no vacunados fue de 4,12 E/100 PA frente

a la de 0 E/100 PA en vacunados. Por ello, concluimos que la vacuna de herpes zóster muestra su efectividad en nuestra población pero sería necesario realizar más estudios en el futuro con mayor tiempo de seguimiento.



P347. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA VISIÓN EN PACIENTES CON UVEÍTIS NO INFECCIOSA: UN ANÁLISIS LONGITUDINAL

María Paula Álvarez Hernández¹, Alfredo Madrid García², Lara Borrego-Sanz³, Cristina Hormigos¹, Beatriz García-Tirado¹, Mayte Ariño-Gutiérrez³, Cristina Lajas¹, Pedro Arriola-Villalobos³, Esperanza Pato Cour¹ y Luis Rodríguez Rodríguez²

¹Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
²Grupo de Patología Musculoesquelética. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Madrid. ³Departamento de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Las uveítis no infecciosas (UNI) se caracterizan por la inflamación de la capa media de la pared ocular y tienen un impacto significativo en la calidad de vida relacionada con la visión (CVRV) de los pacientes. Las medidas objetivas de la visión, como la agudeza visual (AV), no reflejan por completo el impacto de estas enfermedades en la calidad de vida (CV) percibida por los pacientes, ya que esta incluye otros aspectos relevantes e importantes que no se evalúan en la práctica clínica habitual. La evaluación de la CV del paciente mediante cuestionarios estandarizados y validados permite estimar objetivamente la carga real de la enfermedad. Varios estudios transversales han demostrado que la CVRV de los pacientes con UNI está disminuida. Sin embargo, las pruebas sobre cómo evoluciona la CV en la práctica clínica real y qué características influyen en esta evolución son escasas.

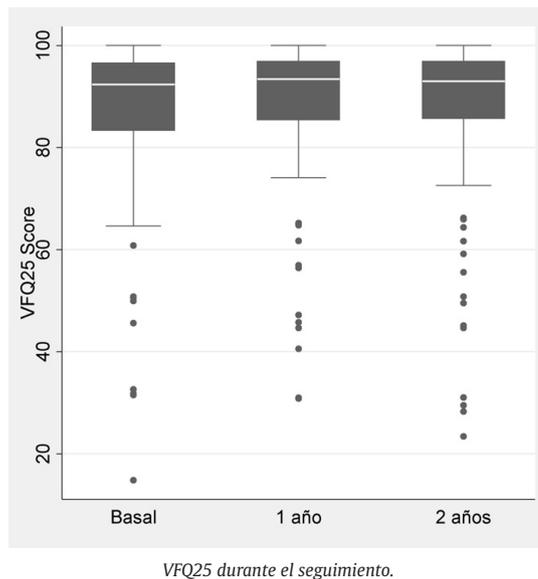
Objetivos: Describir la evolución de la CVRV en sujetos con UNI e identificar los factores asociados a un aumento o disminución de la CVRV durante el seguimiento.

Métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo que incluyó pacientes consecutivos con UNI de una unidad de uveítis en un hospital terciario en Madrid (España). El resultado principal fue la puntuación compuesta del Cuestionario de Funcionamiento Visual 25 (VFQ25), medida al inicio y tras 1 y 2 años de seguimiento. Se analizó la influencia de las variables demográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento (evaluadas en los mismos puntos temporales) en las medidas repetidas de CVRV mediante modelos de ecuaciones de estimación generalizada (EEG) bivariados y multivariados anidados por paciente.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 145 pacientes, con 422 visitas. En los dos años de seguimiento no se observaron cambios significativos en la evolución del VFQ25 (fig.). En el análisis multivariado, una menor agudeza visual corregida (AVC), la presencia de incapacidad laboral permanente, estar en desempleo, células en cámara anterior $\geq 2+$, cirugía previa de cataratas, cirugía previa de glaucoma, otras cirugías intraoculares y la prescripción de fármacos inmunosupresores sintéticos se asociaron de forma independiente con un menor VFQ25 (tabla).

Análisis multivariado para evaluar la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas en la CVRV en los pacientes con UNI

Variable	Coef (IC95%)	p-valor
Mujeres	1,82 (-0,98 a 4,63)	0,21
AVC (logMAR)	-8,18 (-10,93 a -5,43)	$5,68 \times 10^{-9}$
Visita inicial	Ref.	
Visita de 1 año	-0,18 (-1,68 a 1,32)	0,81
Visita de 2 años	-0,9 (-1,50 a 1,11)	0,77
AVC X visita de 1 año	4,61 (2,30 a 6,93)	$9,5 \times 10^{-5}$
AVC X visita de 2 años	4,46 (3,03 a 5,88)	$9,18 \times 10^{-10}$
Casado	1,96 (-0,34 a 4,26)	0,09
Incapacidad laboral permanente	-27,42 (-36,90 a -17,93)	$1,47 \times 10^{-8}$
Desempleado	-7,04 (-10,82 a -3,27)	$2,6 \times 10^{-4}$
Células en cámara anterior $\geq 2+$	-3,85 (-7,03 a -0,67)	0,02
Cirugía de cataratas	-4,61 (-8,15 a -1,07)	0,01
Cirugía de glaucoma	-14,51 (-24,72 a -4,30)	0,01
Otra cirugía intraocular	-6,77 (-10,53 a -3,01)	$4,2 \times 10^{-4}$
Sin uso de IS	Ref.	
IS sintéticos	-5,38 (-8,19 a -2,56)	$1,9 \times 10^{-4}$
IS biológicos	3,11 (-0,59 a 6,81)	0,01
IS sintéticos y biológicos	-2,22 (-5,79 a 1,34)	0,22



Conclusiones: En los dos años de seguimiento de nuestro estudio, no identificamos cambios significativos en la evolución de la CVRV en los pacientes con UNI. Sin embargo, encontramos algunos factores sociales que podrían contribuir a la disminución del puntaje del VFQ25 durante el seguimiento. Fundamentalmente, la situación laboral y el bienestar económico. También se identificaron variables clínicas, como una menor agudeza visual y factores que podrían reflejar una enfermedad activa (células en cámara anterior $\geq 2+$ y prescripción de fármacos inmunosupresores sintéticos). Así mismo, detectamos que la cirugía ocular previa podría contribuir a una puntuación VFQ25 más baja. Estos datos preliminares nos permiten evaluar otras variables que contribuyen a la carga de la enfermedad y al grado de sufrimiento del paciente respecto a su visión y reflejan

la importancia de identificarlas para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

P348. SEGURIDAD DE LA VACUNA RECOMBINANTE CONTRA EL HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON MEDICAMENTOS JAKI

Ana Pons Bas¹, J. Rosas¹, L. Pons-Canet¹, J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, J.A. Bernal¹, J.C. Cortés-Quiroz¹, C. Raya-Santos¹, R. Gallego, M. Lorente¹, X. Barber², J.A. García-Gómez² y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa. ²CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Los pacientes que reciben medicamentos inhibidores de JAK (JAKi) tienen un mayor riesgo de herpes zóster (HZ). Actualmente se recomienda una nueva vacuna recombinante eficaz contra HZ (Shingrix-RV) para pacientes tratados con JAKi.

Objetivo. Evaluar la seguridad de la primera y segunda dosis de la vacuna recombinante contra HZ (HZ-VR), en pacientes con AR, en tratamiento con JAKi.

Métodos: Estudio retrospectivo de la seguridad después de recibir la primera y después de 2 meses, segunda dosis del HZ-VR en pacientes con AR tratados con JAKi. Se recogieron las siguientes variables: información general de los pacientes, tipo de JAKi y tiempo en tratamiento; uso y dosificación de FAMEcs o corticosteroides. Con respecto a HZ: infección antes de HZ-VR y tiempo transcurrido; efectos secundarios después de la vacunación.

Resultados. De 138 pacientes tratados con JAKi, 9 (7%) rechazaron la vacunación, 129 (93%) recibieron la primera dosis de HZ-VR. De ellos, 38 (28%) pacientes la recibieron antes de comenzar JAKi y 98 (72%) estaban en tratamiento con JAKi (con una media de 36 meses). La segunda dosis se administró en 113 (82%) pacientes. 21 (15%) pacientes habían sufrido HZ, antes de la vacunación. Ciento ocho (84%) fueron mujeres (edad media: 64 [DE: 3] años), en tratamiento con JAKi una media de: 2,4 (DE: 1,6) años: 89 (69%) baricitinib (2 mg/día: 29 [33%] pacientes; 4 mg/día: 60 [67%]), upadacitinib: 48 (44%) y 3 (3%) pacientes con tofacitinib. Ochenta y siete (67%) pacientes recibieron FAMEsc: metotrexato: 55 (63%), dosis media semanal: 17,5 mg (DE: 3,5), leflunomida: 22 (25%), hidroxilcloroquina: 8 (9%), sulfasalazina: 2 (2%). Cincuenta y seis (40%) pacientes recibieron prednisona: dosis media diaria: 5,2 mg (DE: 1,8). Un mes después de la primera dosis de la vacuna, 97 (75%) y 62 (55%) después de la segunda dosis tuvieron efectos secundarios (p = 0,68): dolor local: 95 (74%) vs. 62 (55%) pacientes, p = 0,014; fatiga: 27 (21%) vs. 15 (13%), p = 0,17; artralgia-mialgia: 21 (19%), p = 0,17; fiebre ≤ 38 °C: 10 (8%) vs. 15 (13%), p = 0,69; cefalea: 9 (7%) vs. 3 (3%), p = 0,72; prurito local: 3 (2%) vs. 2 (2%), síntomas gastrointestinales: 2 (2%) vs. 2 (3%), p = 0,943; y después de la primera dosis, otros en 4 (4%) pacientes: infección del tracto urinario, úlcera oral, mareos, eritema en el lugar de la inyección. No se detectó linfadenopatía, ingreso hospitalario, exacerbación de la AR ni efectos secundarios graves. Después de 90 días de la segunda vacuna, solo una mujer de 58 años (0,8%) en tratamiento 5 meses con baricitinib 4 mg/día y metotrexato, sin corticosteroides, presentó una ligera dosis de reactivación facial de HZ.

Conclusiones. 1. La vacunación con HZ-VR fue segura. 2. Aunque un gran porcentaje de pacientes experimentaron algún efecto secundario, especialmente después de la primera dosis de la vacuna, estos fueron leves. 3. No se detectó ningún brote de AR en este período. 4. Menos del 1% de los pacientes sufrieron reactivación de HZ después de la vacunación.

Agradecimientos: el estudio fue apoyado con una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

P349. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA OCULAR EN PACIENTES CON IMID TRATADOS CON CERTOLIZUMAB PEGOL

Pablo Andújar Brazal, Elia Valls Pascual, Eduardo Flores Fernández, Carlos Valera Ribera, Ignacio Vázquez Gómez, Desamparados Ybáñez García, Àngels Martínez Ferrer y Juan José Alegre Sancho

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Las enfermedades inflamatorias inmunitarias (IMID) representan un grupo de enfermedades crónicas originadas por alteraciones del sistema inmunológico y la enfermedad ocular inflamatoria (EIO) una manifestación que puede presentarse asociada a la mayoría de ellas. El certolizumab pegol (CZP) es un fragmento recombinante de un anticuerpo humanizado que bloquea el TNFa y es capaz de modular la respuesta inflamatoria en algunas de estas enfermedades, incluyendo la inflamación ocular. El presente estudio analiza la incidencia de eventos de EIO en pacientes con IMID tratados con CZP en un servicio de Reumatología de un hospital de 2º nivel asistencial.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes con IMID tratados con CZP en base a registros del servicio de farmacia del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. Se analizaron variables sociodemográficas, tipo de IMID que motivó su prescripción, existencia de EIO previa, tiempo de tratamiento con CZP (meses), desarrollo de EIO y tiempo hasta su aparición (meses), dosis de fármaco y uso de terapia inmunomoduladora asociada.

Resultados: Se registraron 86 pacientes con IMID tratados con CZP. La edad media fue de 49,51 años y el 76,74% eran mujeres. Los tipos de IMID que motivaron la prescripción del fármaco fueron: espondiloartritis (32,6%), artritis reumatoide (31,4%), artritis psoriásica (20,9%), enfermedad de Crohn (7%), psoriasis (4,7%) e hidradenitis supurativa (3,5%). El tiempo medio de tratamiento con CZP fue de 26,07 meses (rango 1-100 meses) y en el 86% de los casos la pauta de tratamiento utilizada fue de 200 mg cada 2 semanas. El 52,32% recibían tratamiento concomitante con otro fármaco inmunomodulador, siendo metotrexato el fármaco más utilizado. El 6,97% de los pacientes tenían antecedentes de EIO (5,81% en forma de uveítis y 1,16% escleritis), y en estos, las IMID asociadas fueron espondiloartritis (83,33%) e hidradenitis supurativa (16,66%). Solo un paciente desarrolló EIO tras recibir tratamiento con CZP en forma de uveítis anterior aguda, 8 meses después del inicio del fármaco. El paciente había interrumpido dos dosis consecutivas del fármaco durante el periodo de pandemia de COVID-19, desarrollando EIO meses después de este acontecimiento. Como IMID, el paciente tenía diagnóstico de espondiloartritis y ya constaba antecedentes de EIO previas (escleritis). La dosis de CZP utilizada fue de 200 mg cada 2 semanas sin asociar tratamiento inmunomodulador concomitante. Ningún otro de los que habían presentado eventos de EIO previos desarrollaron inflamación ocular tras inicio de CZP. El tiempo medio de tratamiento en este subgrupo de pacientes fue de 15 meses (rango 5-36 meses) y la dosis utilizada fue de 200 mg cada 2 semanas.

Conclusiones: Observamos en nuestra serie un descenso de episodios de EIO en pacientes que recibieron tratamiento con CZP y que contaban con antecedentes de EIO previos, pues en la mayoría de ellos no se registraron nuevos eventos tras su administración. Solo uno de estos pacientes desarrolló EIO tras inicio del fármaco y, aunque constaba en historia clínica suspensión temporal del fármaco en meses previos, en el momento del episodio el paciente recibía dosis habitual del fármaco, por lo que no consideramos que dicho evento se debieran a su discontinuación. Adicionalmente, no se registraron eventos de EIO *de novo* tras inicio de CZP en nuestra serie.

P350. CONSULTA PREGESTACIONAL MULTIDISCIPLINAR EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: EXPERIENCIA A 2 AÑOS Y MEDIO

B. Magallares^{1,6}, C. Sierio^{1,2}, H.S. Park^{1,6}, E. Llubra³, H. Marco⁴, M. Díaz-Encarnación⁴, P. Moya^{1,6}, I. Castellvi^{1,6}, S. Ros¹, J.L. Tandaipan^{1,5,6}, C. Pitarch⁵, A. Laiz^{1,6}, C. Díaz-Torné^{1,6}, V. Coll⁴, H. Codes-Méndez¹, S. Fernández¹, A.M. Millán¹ y H. Corominas^{1,6}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ³Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Mayo. Barcelona. ⁶Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: El embarazo en pacientes con enfermedades reumáticas y autoinmunes sistémicas (ERAS) puede asociarse a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y maternas que en población general. El asesoramiento previo a la concepción en consultas específicas es clave para prevenir estas complicaciones. Sin embargo, los datos en práctica clínica habitual son escasos.

Objetivos: Describir las características clínicas maternas, obstétricas y los resultados del embarazo en pacientes con ERAS valoradas en la consulta pregestacional.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron mujeres valoradas en la consulta pregestacional multidisciplinar (ginecología, nefrología y reumatología) desde febrero de 2020 hasta julio de 2022. Se recogieron variables clínicas y obstétricas, así como si la gestación se había clasificado como de alto, moderado o bajo riesgo. También se recopilaron datos relacionados con los resultados del embarazo. Se calcularon la media, la desviación estándar y las proporciones.

Resultados: Se atendieron a 41 pacientes diagnosticadas de ERAs y con deseo gestacional en la consulta pregestacional multidisciplinar, con una edad media de 35,7 ± 4,43. Las características clínicas basales de las pacientes se describen en la tabla 1. El 53,6% de las pacientes estaban en tratamiento con fármacos inmunosupresores y 22 (53,65%) pacientes con hidroxicloroquina. El 12,2% de las pacientes habían recibido tratamiento previo con ciclofosfamida. Los tratamientos que recibían las pacientes inmediatamente antes y después de la valoración pregestacional multidisciplinar se recogen en la tabla 2. En la valoración durante la consulta pregestacional multidisciplinar, se clasificaron como “bajo riesgo para complicaciones gestacionales” al 51,2% de las pacientes, “riesgo moderado” al 39% y “alto riesgo” al 9,8%. El 17% de las pacientes evaluadas estaban embarazadas de primer trimestre. Al 46,3% de las pacientes se les indicó que estaban en un momento óptimo para buscar gestación sin modificar tratamientos, al 12,2% se les propuso un cambio de tratamiento antes de buscar concepción. A 11 (26,8%) se les indicó posponer el deseo gestacional, de ellas a 3 pacientes se les indicó buscar gestación en una segunda valoración posterior. De las 41 pacientes evaluadas, 15 (36,6%) consiguieron gestación en una media de 6,25 ± 4,5 meses, de ellas 2 (13,3%) mediante técnicas de fertilización asistida. Se recogieron complicaciones médicas en 2(4,8%) de las pacientes (colestasis intrahepática y plaquetopenia), y obstétricas en 3 (7,3%) (2 roturas prematura de membrana y una placenta previa). Se produjeron 4 abortos y 1 recién nacido a término con bajo peso al nacer.

Conclusiones: La edad media de las pacientes atendidas en la consulta pregestacional multidisciplinar era alta, de 35,7 años de edad. El 46% presentaban diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. Del total de las 41 pacientes, se les aconsejó intentar gestación con cambios y sin cambios de medicación al 12,2% y 46,3% respectivamente. El 36% de las pacientes consiguieron concebir, con una tasa menor de complicaciones obstétricas que las registradas en gestaciones previas de la misma cohorte de pacientes.

Tabla 1. Características clínicas basales de las pacientes

	Total (n = 41)
Edad al diagnóstico (media ± DE)	28,5 ± 7,65
Edad en la visita preconcepcional (media ± DE)	35,7 ± 4,43
Etnia, n (%):	
Caucásica	30 (75,6)
Hispánica	8 (19,5)
Asiática	2 (4,6)
Africana	1 (2,3)
Diagnósticos, n (%):	
Lupus eritematoso sistémico	19 (46,34)
Síndrome antifosfolípido	2 (4,88)
Otras ERAS	15 (36,59)
Artritis	2 (4,88)
Enfermedades autoinflamatorias	3 (7,32)
Nº de embarazos previos, n (%)	
0	16 (39)
1	16 (39)
2	7 (17)
3	2 (4,9)
Nº de abortos previos, n (%)	
0	21 (61,8)
1	10 (29,4)
2	3 (8,8)
Complicaciones obstétricas registradas, n (%)	
Pretérminos	5 (10,5)
Bajo peso al nacer	6 (11,7)

DE: desviación estándar.

Tabla 2. Tratamientos de las pacientes

Tratamiento	Previo a la valoración, n (%)	Posterior a la valoración, n (%)
FAMES e Inmunosupresores	11 (26,83)	12 (29,3)
Hidroxicloroquina	22 (53,65)	24 (58,53)
FAMES biológicos	11 (26,83)	10 (24,4)
Dosis de prednisona		
Nada	20 (48,7)	22 (53,7)
≤ 7,5 mg/día	18 (43,9)	19 (46,3)
> 7,5 mg/día	3 (7,3)	0

FAME: fármaco modificador de la enfermedad.

P351. RELEVANCIA DEL SERVICIO DE ANÁLISIS EN LA OPTIMIZACIÓN DE LAS RUTAS ASISTENCIALES: PERFILES ANALÍTICOS DE DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Isabel de la Morena Barrio¹, I. Vinyals Bellido², A. López Martínez², A. Martí Martínez², R. Planell Oliván¹, L. Charca Benavente¹, N. Costas Torrijo¹, J. Sanmartín Martínez¹, P. Mallent Trenor¹, D. Bedoya Sanchis¹, P. Trenor Larráz¹ y E. Rodríguez²

¹Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Valencia. ²Servicio de Laboratorio. Hospital Clínico de Valencia.

Introducción: La derivación de pacientes desde Atención Primaria (AP) a Atención Especializada (AE) en ocasiones adolece de rapidez y operatividad. Frecuentemente se acompaña de exploraciones bioquímicas duplicadas, innecesarias o incompletas por falta de homogeneidad en la selección de pruebas. La introducción en los sistemas de petición electrónica (SPE) de perfiles clínicos basados en sospechas diagnósticas específicas pueden ser de gran ayuda en AP si se acompañan del pertinente informe de laboratorio interpretativo que sugiera la derivación a AE a la luz de los hallazgos analíticos y la clínica reportada en la historia clínica (HC), facilitando y agilizando las decisiones de los especialistas. El diagnóstico de las enfermedades reumatológicas es eminentemente clínico, ayudándose de ciertas alteraciones analíticas. Ha sido sobradamente demostrado que, en enfermedades reumatológicas inflamatorias, hay dos factores pronósticos relevantes: el primero y más importante es la intervención terapéutica precoz por parte del reumatólogo, y el segundo las alteraciones analíticas (p.ej., la elevación de reactantes de fase aguda, los títulos de factor reumatoide, de anticuerpos antipeptido citrulinado, del DNA de doble cadena, o la presencia del HLA-B27).

Objetivos: Adaptar la ruta asistencial desde AP al Servicio de Reumatología (SR) al SPE del laboratorio mediante perfiles clínicos e informes interpretativos y estudiar su eficacia en el período de octubre de 2021 a enero de 2022.

Métodos: En el formulario de petición electrónica de AP se habilitó una columna de derivación al SR con 6 nuevos perfiles de pruebas basados en sospechas diagnósticas de la ruta asistencial, previamente pactados. Al seleccionarlos, el SPE preguntaba al clínico en un campo libre, información clínica adicional. Dos facultativos de laboratorio revisaban diariamente estas peticiones y en función de los hallazgos analíticos, la información aportada y la revisión de la HC, elaboraban un informe recomendando o no la derivación al SR. Se contabilizó el número de estudios realizados, si fueron sugestivos o no de interconsulta, su tipología, si fueron derivados finalmente por AP al SR y el diagnóstico final.

Resultados: Se realizaron 264 peticiones siendo sugestivos de derivación 55 (20,8%), no sugestivos 194 (73,5%) e innecesarios 15 (5,7%). De los sugestivos de derivación o interconsulta, 36(65,5%) se derivaron al SR por parte de AP y en 30(83,3%) de ellos el SR realizó un diagnóstico definitivo en un plazo no superior a los dos meses. De los 55 sugestivos de derivación, las sospechas clínicas más frecuentes fueron "artropatía inflamatoria" 39 (70,9%) y "polimialgia reumática" 7 (12,7%).

Conclusiones: El médico de AP sabe que el Laboratorio, a la luz de la HC, realizará pruebas secuenciales convenientes y elaborará una sugerencia de derivación en función de los resultados facilitando su interpretación. El SR sabe que el paciente remitido cumple los requisitos clínicos y bioquímicos para ser estudiado por su parte, pudiendo priorizar aquellos con alteraciones analíticas, y evitando derivaciones innecesarias. En el momento actual, con AP y AE con altos niveles de saturación, adquieren gran importancia acciones que faciliten los actos clínicos sin detrimento de la calidad asistencial. Así el Laboratorio mejora procesos mediante herramientas como el SPE, los perfiles clínicos y el informe interpretativo. El impacto en el proceso asistencial es evidente, ganando velocidad y efectividad.

P352. FIBROELASTOSIS PLEUROPARENQUIMATOSA: UNA SITUACIÓN CLÍNICA ESPECIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Belén Atienza-Mateo^{1,2}, Sara Remuzgo-Martínez², Verónica Pulito-Cueto², Diego Ferrer³, Gerardo Blanco Rodríguez⁴, Sheila Izquierdo Cuervo³, Víctor M. Mora-Cuesta^{2,3}, David Iturbe-Fernández^{2,3}, Raquel López-Mejías², Ricardo Blanco^{1,2}, José M. Cifrián^{2,3,5} y Miguel Á. González-Gay^{6,7}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Metabólicas Óseas del Sistema Musculoesquelético. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Servicio de Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁶IDIVAL. UC. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Santander. ⁷IIS-Fundación Jiménez Díaz. Departamento de Reumatología. Madrid.

Introducción: La fibroelastosis pleuroparenquimatosa (FEPP) es una enfermedad pulmonar intersticial (EPI) poco frecuente que puede ser idiopática o estar asociada a diversas afecciones, incluidas las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS)^{1,2}. En este sentido, la presencia de FEPP se ha descrito como un factor predictivo independiente de peor pronóstico en pacientes con EPI-EAS³. Aproximadamente un tercio de los pacientes con EPI cumplen criterios de una EAS establecida⁴.

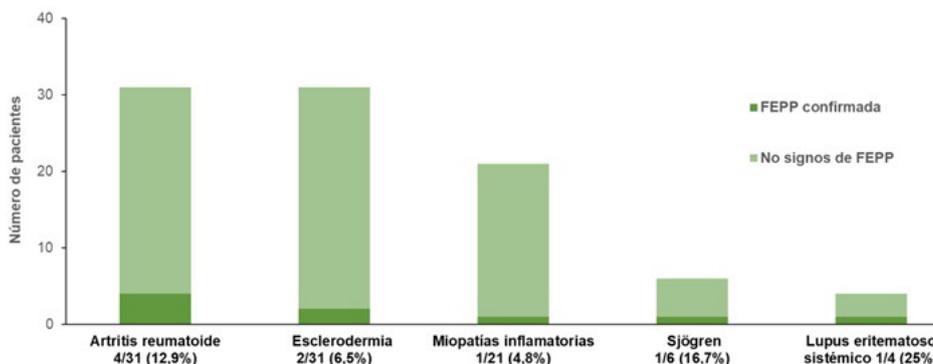
Objetivos: A) Determinar la prevalencia de FEPP en una cohorte de pacientes con EPI-EAS, y B) Comparar las características entre pacientes con EPI-EAS con y sin FEPP.

Métodos: En el estudio se incluyeron 99 pacientes con EPI-EAS (31 con artritis reumatoide (AR), 31 con esclerosis sistémica (ES), 21 con miositis inflamatoria idiopática (MII), 6 con síndrome de Sjögren primario (SSp), 4 con lupus eritematoso sistémico (LES) y 6 con otros tipos de EAS) seguidos en la consulta multidisciplinar de Neumología-Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Tabla P352
Características demográficas, clínicas y radiológicas de pacientes con EPI-EAS con y sin FEPP

Características	Pacientes con FEPP	Pacientes sin FEPP	p
Edad en el momento del diagnóstico de la EAS (años), media ± DE	57,4 ± 11,3	53,0 ± 12,6	0,35
Edad en el momento del diagnóstico de la EPI (años), media ± DE	54,9 ± 12,6	56,4 ± 12,5	0,73
Sexo (hombres/mujeres), n (%)	3/6 (37,5/62,5)	43/47 (47,8/52,2)	0,50
Antecedentes de tabaquismo, n (%)	4 (50,0)	52 (62,7)	0,48
Índice de masa corporal	23,5 ± 5,5	26,2 ± 4,6	0,14
PFR en el momento del diagnóstico de la EPI			
CVF ml, media ± DE	2.196 ± 1.268	2.740 ± 945,3	0,16
CVF (% predicho), media ± DE	71,3 ± 38,1	84,1 ± 25,4	0,22
DLCO (% predicho), media ± DE	36,2 ± 19,3	47,0 ± 16,0	0,15
DLCO/VA (% predicho), media ± DE	66,8 ± 18,8	72,9 ± 23,2	0,57
Características radiológicas			
Bronquiectasias, n (%)	4 (44,4)	6 (6,74)	0,006

CVF: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión del pulmón para el monóxido de carbono; EAS: enfermedad autoinmune sistémica; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; FEPP: fibroelastosis pleuroparenquimatosa; DE: desviación estándar; PFR: pruebas funcionales respiratorias; VA: volumen alveolar.



P352 Figura. Prevalencia de FEPP en cada EPI-EAS.

(Santander, España). La presencia de FEPP fue confirmada por radiólogos expertos que evaluaron las imágenes de tomografía computarizada de alta resolución de tórax de todos los pacientes. Además, se recogieron características demográficas, clínicas y radiológicas.

Resultados: La presencia de FEPP se detectó en 9 (9,1%) de los 99 pacientes con EPI-EAS, mientras que el 90,9% restante no presentaba signos de FEPP. En particular, se confirmó en 4 pacientes con AR (12,9%), 2 con ES (6,5%), 1 con MII (4,8%), 1 con SSp (16,7%) y 1 con LES (25,0%) (fig.). La prevalencia de bronquiectasias fue estadísticamente mayor en los pacientes con EPI-EAS que presentaban FEPP en comparación con los que no la tenían (44,4% frente a 6,74%, respectivamente, $p = 0,006$, tabla). No hubo diferencias significativas en la edad al diagnóstico de EAS o EPI, sexo, antecedentes de tabaquismo, índice de masa corporal y pruebas de función pulmonar al diagnóstico de EPI entre ambos grupos (tabla).

Conclusiones: En este estudio se aporta la prevalencia y los datos clínicos de la FEPP en pacientes con EPI-EAS de un centro de referencia del norte de España. Aproximadamente 1 de cada 10 de nuestros pacientes presentó FEPP asociada, estrechamente asociada a la presencia de bronquiectasias. La identificación de esta condición en pacientes con EPI-EAS debe ser considerada de forma rutinaria, ya que puede empeorar su pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chua F, et al. Ann Am Thorac Soc. 2019;16(11):1351-9.
2. Bonifazi M, et al. Eur Respir J. 2020;56(1):1902135.
3. Orlandi M, et al. Reumatología (Oxford). 2020;59(12):3645-56.
4. Atienza-Mateo B, et al. J Clin Med. 2020;9(6):1606.

P353. ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA SOLICITUD DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA)

Isabel de la Morena Barrio, R. Planell Oliván, N. Costas Torrijo, J. Sanmartín Martínez, L. Charca Benavente, Y. Ballesta Cuñat, D. Andrés, D. Bedoya Sanchis, P. Mallent Trenor y P. Trenor Larraz

Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Valencia.

Introducción: El diagnóstico de enfermedad autoinmune ha crecido en los últimos años, y se expresa en un incremento del número de solicitudes de las pruebas de ANA por año y la derivación a atención especializada para la valoración de este resultado. Fue estimado que el 70% del diagnóstico médico se basa en las pruebas de laboratorio. No obstante, si a la indicación de los ANA corresponde a una probabilidad preprueba razonable, la probabilidad de obtener una información valiosa posprueba se incrementa considerablemente, pero si la probabilidad preprueba es baja, aumenta la probabilidad de un resultado falso positivo. De esa forma, la solicitud indiscriminada de los ANA, supone una sobrecarga del laboratorio y un incremento del gasto, socavando el valor de estos resultados, que pueden conducir a errores en el diagnóstico, seguimiento, y tratamiento. Por este motivo se han publicado numerosos artículos acerca de las situaciones clínicas que justifican la solicitud de los ANA, y aquellas manifestaciones en que, por su inespecificidad, no estaría indicada esta solicitud (concretamente: fatiga, mialgias generalizadas inespecíficas y fibromialgia).

Objetivos: Analizar las derivaciones realizadas a reumatología por un resultado ANA positivo (ANA+).

Métodos: Se recogen las derivaciones a Reumatología para valoración clínica de un resultado ANA+ recibidas en el año 2021, y su seguimiento hasta diciembre de 2022. Se recoge el perfil clínico de los pacientes, las manifestaciones por las que se hace la solicitud, el resultado ANA y sus perfiles, el diagnóstico final, las altas de seguimiento, el número de visitas y exploraciones complementarias solicitadas, y el tiempo de seguimiento. Se analiza si las indicaciones de solicitud están siendo adecuadas o desaconsejadas según las manifestaciones.

Resultados: Se analizan 134 derivaciones por ANA+, de las cuales, 119 (88,8%) son mujeres. La edad media de la muestra es de $57,8 \pm 16,3$ (16-88) años. Derivados 116 (86,6%) desde Atención Primaria y el

resto de otros servicios. El perfil de los resultados ANA se muestran en la tabla 1. La solicitud de ANA en un contexto clínico desaconsejado se hizo en 25 (18,6%) pacientes y las solicitudes por manifestaciones clínicas sospechosas de conectivopatía se llevó a cabo en 45 (33,6%) pacientes. El resto de las solicitudes no fueron por manifestación clínica sugestiva ni por manifestación desaconsejada. En 87 (64,9%) pacientes, el diagnóstico final no estuvo relacionado con los ANA+. Se dio de alta a 66 (48,5%) pacientes, 1 (0,7%) fue *exitus* por otro motivo, y 13 (9,6%) no acudieron a seguimiento. Los pacientes dados de alta fueron seguidos una media de $8 \pm 8,2$ (0-33) meses, 23 (34,8%) de ellos con necesidad de una única visita y, salvo estos, al resto se les solicitaron exploraciones complementarias de despistaje: analíticas, funcionales y de imagen, a lo largo del seguimiento hasta el alta. Al 52,2% de los pacientes que se les da el alta, se hace en los primeros 6 meses. Los diagnósticos finales se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Perfil de los anticuerpos antinucleares

Perfil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
ANA sin especificidades	58	44,0
Espectro esclerosis sistémica	13	9,7
Espectro hepatitis autoinmune/cirrosis biliar primaria	8	6,0
Perfil miopatía inflamatoria	3	2,2
Lupus eritematoso sistémico/Síndrome de Sjögren	30	22,4
DFS70	3	2,2
Perfil solapamiento/Antisintetasa	11	8,2
Varios	7	5,2
Total	134	100

Tabla 2 Diagnósticos finales

Diagnóstico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Conectivopatía	21	15,7
Artritis reumatoide seropositiva	12	9,0
Otras artritis o polimialgia reumática	16	11,9
Artrosis de manos	11	8,2
Fibromialgia/dolor crónico	16	11,9
ANA+ sin conectivopatía	21	15,7
Otros diagnósticos no inflamatorios	33	24,6
Total	130	97
Sin diagnóstico	4	3

Conclusiones: En nuestra serie observamos que el 18,6% de las solicitudes se realizaron por manifestaciones en las que está desaconsejada la determinación. Solo el 33,6% de las solicitudes, se hicieron en base a una manifestación clínica sugestiva de conectivopatía. Solo el 15,7% fue diagnosticado de conectivopatía; el 48,5% fue dado de alta; y el 64,5% fue diagnosticado de una patología no relacionada con los ANA+.

P354. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA: APP DERIVAREUMA

Ana Urruticoechea Arana¹, Fernando León², Miguel Ángel Abad³, Raquel Almodóvar⁴, Concepción Fito Manteca⁵, Juan Carlos Hermosa⁶, María Medina Abellán⁷, Joan Miquel Nolla⁸, Marcos Paulino⁹, José María Pego-Reinosa¹⁰, Jose Javier Pérez Venegas¹¹, Paloma Vela¹² y Estibaliz Loza¹³

¹Hospital Can Misses. Ibiza. ²Centro de Salud San Juan de la Cruz. Universidad Francisco de Vitoria. Pozuelo de Alarcón. ³Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ⁵Servicio de Reumatología. Complejo Universitario de Navarra. Pamplona. Centro de Salud Ciudades. Getafe. ⁶Centro de Salud Espinardo. Murcia. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Meixoeiro. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Vigo. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ¹²Centro de Investigación Inmusc. Madrid.

Objetivos: Diseñar una App con criterios de derivación de pacientes con enfermedades reumatológicas y musculoesqueléticas (ERYME) desde Atención Primaria (AP) a reumatología.

Métodos: Estudio cualitativo. Se realizó una revisión sistemática de la literatura (RSL) para analizar la eficacia y seguridad de los de derivación de pacientes con ERYME desde AP. Se diseñó una encuesta para evaluar el nivel de conocimiento y manejo de las ERYME en la práctica diaria en AP, la disposición sistema de derivación, y el uso de las herramientas digitales en salud para la derivación de pacientes. En una reunión de grupo nominal, se discutieron los resultados de la revisión y encuesta, y se consensuaron los criterios de derivación así como otros materiales educativos de ayuda para ser incluidos en la App. Una empresa especializada generó la App DerivaREUMA.

Resultados: La RSL incluyó 32 artículos sobre los criterios de derivación de AP a reumatología. La mayoría hacen referencia a una ERYME concreta, sobre todo artritis y espondiloartritis, y básicamente se generan para confirmación diagnóstica. Bastantes criterios incluyen un número elevado de ítems a analizar de tipo clínico, laboratorio e imagen. Se constató una falta de visión holística de las ERYME (que incluya síntomas y signos de alarma, su diagnóstico pero también complicaciones de su evolución, tratamientos y otras necesidades, priorizaciones, etc.), de adaptaciones al contexto socio-sanitario local, y de evaluación de los propios criterios. La encuesta la contestaron 37 médicos de AP de toda la geografía nacional, 69% mujeres, 72% con más de 20 años de experiencia. El 70,6% dispone de formación adicional en reumatología. El 66,6% lo realiza con cursos de formación on-line, el 62,5% con la lectura de revistas científicas y el 45% con la asistencia a congresos. El nivel de seguridad medio al diagnosticar y tratar pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas, en una escala de 1 (muy inseguro) a 10 (muy seguro) fue de $5,79 \pm 1,53$. Pero en relación a enfermedades musculoesqueléticas como la artrosis, la media subió a $7,85 \pm 1,43$. Más del 60% de los encuestados no disponen de criterios de derivación a

mente se generan para confirmación diagnóstica. Bastantes criterios incluyen un número elevado de ítems a analizar de tipo clínico, laboratorio e imagen. Se constató una falta de visión holística de las ERYME (que incluya síntomas y signos de alarma, su diagnóstico pero también complicaciones de su evolución, tratamientos y otras necesidades, priorizaciones, etc.), de adaptaciones al contexto socio-sanitario local, y de evaluación de los propios criterios. La encuesta la contestaron 37 médicos de AP de toda la geografía nacional, 69% mujeres, 72% con más de 20 años de experiencia. El 70,6% dispone de formación adicional en reumatología. El 66,6% lo realiza con cursos de formación on-line, el 62,5% con la lectura de revistas científicas y el 45% con la asistencia a congresos. El nivel de seguridad medio al diagnosticar y tratar pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas, en una escala de 1 (muy inseguro) a 10 (muy seguro) fue de $5,79 \pm 1,53$. Pero en relación a enfermedades musculoesqueléticas como la artrosis, la media subió a $7,85 \pm 1,43$. Más del 60% de los encuestados no disponen de criterios de derivación a

Tabla. Criterios de derivación de AP a Reumatología.

Criterio
<p>1 Artritis > 3-4 semanas si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 2 articulaciones o • Monoartritis (independientemente de su duración) + alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Susceptible de artrocentesis y/o infiltración* ◦ Localización en muñeca ◦ Sospecha de artritis séptica
<p>2 Dolor lumbar > 3 meses en paciente < 45 años: si es dolor tipo inflamatorio (alternante, despierta en la noche, rigidez matutina, mejora con antiinflamatorios)</p>
<p>3 Enfermedad autoinmune sistémica: Se sospecha con al menos uno de los siguientes signos o síntomas, con ≥ 2 se aconseja derivación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenómeno de Raynaud - Abortos de repetición o problemas de embarazo de forma - Xerostomía, xeroftalmia, sequedad nasal y vaginal - Endurecimiento de la piel de manos y pies - Aftas de repetición en boca y/o genitales - Dolor, debilidad e impotencia funcional en cintura escapular, pelviana y cuello - Cefalea intensa con sensibilidad al tacto del cuero cabelludo - Aumento irregular del cartilago auricular y del conducto auditivo externo - Afectación cutánea, fotosensibilidad en diversas formas. - Síntomas generales: fiebre, astenia, artralgias.
<p>4 Reumatismos de partes blandas si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si precisa técnicas diagnósticas* (ej. ecografía musculoesquelética) • Si precisa terapias específicas* (ej. infiltración)
<p>5 Artrosis de rodilla o mano si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se precisan terapias específicas* (ej. artrocentesis o infiltración)
<p>6 Osteoporosis si alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si precisa técnicas diagnósticas* (ej. densitometría ósea) no accesibles en AP, necesaria para la toma de decisión • Pre-menopáusica con sospecha de origen secundario • Osteoporosis del varón • Sospecha de falta de eficacia del tratamiento (ej. fractura osteoporótica) • Valoración de tratamientos hospitalarios* no accesibles en AP
<p>7 Complicaciones del tratamiento reumatológico si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de corticoides y alguno de los siguientes <ul style="list-style-type: none"> ◦ Pérdida de densidad mineral ósea secundaria ◦ Sospecha de necrosis avascular de cadera • Uso de FAME clásicos o biológicos y alguno de los siguientes <ul style="list-style-type: none"> ◦ Trastornos analíticos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transaminasas: elevaciones > 3 LSN ▪ Neutrófilos: recuento absoluto $< 0,5 \times 10^9 /L$ ▪ Insuficiencia renal ◦ Infecciones de repetición
<p>Abreviaturas: AP=atención primaria; LSN=límite superior de la normalidad; L=litro. (*) Técnicas diagnósticas o terapias no accesibles para el médico de AP o técnicas con las que el profesional no está familiarizado</p>

reumatología. Finalmente, el 74% de los encuestados considera útil el uso de las herramientas digitales en salud para garantizar la continuidad asistencial y facilitar la derivación. Se consensaron 7 criterios de derivación, en los que, partiendo de alguna de las siguientes, se van dando más criterios: 1) Artritis > 3-4 semanas; 2) Dolor lumbar > 3 meses en paciente < 45 años; 3) Enfermedad autoinmune sistémica; 4) Reumatismos de partes blandas; 5) Artrosis de rodilla y mano; 6) Osteoporosis; 7) Complicaciones del tratamiento reumatológico (tabla). La app también contiene material informativo y explicativo.

Conclusiones: DerivaREUMA es una App con criterios de derivación y otros materiales de ayuda para incrementar la eficiencia en la derivación de pacientes con ERYME desde AP.

P355. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CURSO “HABILIDADES DE ANAMNESIS, EXPLORACIÓN Y USO EFICIENTE DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS EN ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS Y REUMÁTICAS”. ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COLABORACIÓN AP-AH EN ANDALUCÍA.

Virginia Moreira Navarrete¹, M^a Eugenia Gómez Martínez², Alfredo Ruiz Gutiérrez², Dolores Ruiz Montesino¹ y Jose Javier Perez Venegas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Introducción: El Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME), en su línea estratégica de formación, persigue asegurar las competencias adaptadas al perfil y ámbito asistencial de los profesionales implicados en la atención a las ERYME y su desarrollo profesional. También como estrategia para mejorar la colaboración entre AP y AH y facilitar la accesibilidad de los pacientes y la consecución de resultados en salud. Por esta razón, se puso en marcha, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), un curso virtual masivo de autoaprendizaje sobre anamnesis y exploración de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas y reumáticas de alto impacto y de alta prevalencia, así como utilización eficiente e interpreta-

ción de las técnicas de laboratorio y de imagen para el manejo de los pacientes con este tipo de enfermedades. El curso se estructuró en seis unidades temáticas: Dolor axial, Síndromes mecánico-degenerativos de grandes y pequeñas articulaciones, Artropatías inflamatorias y enfermedades sistémicas, Tendinopatías, otros reumatismos de partes blandas y neuropatías por atrapamiento, Enfermedades del pie y Uso eficiente de pruebas analíticas y de imagen. Los materiales fueron elaborados por 25 profesionales del SAS y en cada unidad se utilizó material audiovisual, bibliografía recomendada y obligatoria y un cuestionario pre y post. Se desarrolló una primera edición como pilotaje y una segunda edición, ambas acreditadas por ACSA con 6 créditos.

Objetivos: Evaluar el resultado de la actividad en términos de aprendizaje y docencia para los profesionales que completaron el curso.

Métodos: Se realizó una evaluación de la actividad de la segunda edición del curso en los siguientes ámbitos: Evaluación del aprendizaje mediante un test de conocimientos previos que repitió al finalizar el curso. Evaluación de la docencia a través de evaluación de satisfacción con la actividad formativa mediante la encuesta que con ese objetivo utiliza la EASP.

Resultados: Se seleccionaron 388 profesionales para la 1ª edición del curso, de los cuales se matricularon e iniciaron la actividad 311, finalizándola 285 de ellos. En la 2ª edición se seleccionaron 201 profesionales, de los cuales se matricularon e iniciaron la actividad 149, finalizándola 124 de ellos. En cuanto a la evaluación del aprendizaje de la 2ª edición, la puntuación media obtenida por el alumnado mejoró significativamente tras la realización de las actividades propuestas, pasando de 6,55 (6,15-8,85) en el cuestionario inicial a 8,79 (8,08-10) en el cuestionario final. En cuanto a la evaluación de la docencia de la 2ª edición, 117 alumnos (94%) completaron el cuestionario de evaluación de la calidad docente, mostrando una alta satisfacción con el desarrollo del curso (media de 9 en una escala de 10) y calificaron su nivel de aprendizaje como alto (9/10) y los contenidos como muy útiles para su actividad profesional (9/10). En la tabla 1 se muestran los resultados agregados de los cuestionarios de satisfacción realizados por los alumnos que finalizaron la segunda edición del curso.

Tabla P355
Respuestas al cuestionario de satisfacción. Tabla de distribución de porcentajes.

Pregunta	Baja	Media	Alta	NS/NC
A. Objetivos				
P1. Claridad de la formulación de los objetivos en la programación del curso.	0,00	7,83	92,17	1,71
P2. Nivel de consecución de los objetivos de aprendizaje propuestos.	0,00	12,28	87,72	2,56
B. Contenidos temáticos				
P3. Adecuación de los contenidos desarrollados para el logro de los objetivos.	0,00	11,40	88,60	2,56
P4. Adecuación de la estructura y organización de los contenidos.	0,88	12,28	86,84	2,56
C. Metodología de enseñanza-aprendizaje/recursos				
P5. Adecuación de la metodología para alcanzar los objetivos	0,89	17,70	81,42	3,42
P6. Utilidad de las técnicas de aprendizaje empleadas en el curso: exposiciones, debates en foro, casos u otros ejercicios individuales y grupales.	0,91	14,55	84,55	5,98
P7. Calidad de los recursos didácticos empleados en el curso: documentos bibliográficos, presentaciones, videos, aula virtual, enlaces u otros.	0,00	18,42	81,58	2,56
D. Coordinación docente				
P8. Calidad de la coordinación docente del curso.	0,00	13,64	83,36	5,98
E. Equipo docente				
P9. Dominio de la materia por parte del equipo docente.	0,00	8,93	91,07	4,27
P10. Calidad de las habilidades metodológicas del equipo docente.	0,00	12,96	87,04	7,69
P11. Adaptación del equipo docente a las necesidades del grupo.	0,99	13,86	85,15	13,68
P12. Adecuación del asesoramiento individual por parte del equipo docente	1,03	12,37	86,60	17,09
P13. Fomento de la participación individual y grupal en el curso.	2,06	11,34	86,06	17,09
P14. Grado en que el equipo docente ha facilitado la aproximación a los diferentes puntos de vista acerca de la materia tratada	1,01	12,12	86,87	15,38
P15. Calidad del trato dispensado en el curso por parte del equipo docente	0,00	10,00	90,00	14,53
F. Secretaría del curso.				
P17. Eficacia en la labor administrativa de la Secretaría	0,00	8,57	91,43	10,26
G. Nivel de aprendizaje				
P18. ¿Cómo valora el nivel de aprendizaje que ha alcanzado mediante el curso?	0,00	15,65	84,35	1,71
H. Utilidad del curso				
P19. ¿Cómo valora la utilidad del curso para su actividad profesional?	0,87	6,96	92,17	1,71
I. Satisfacción global				
P20. En general ¿cuál es su nivel de satisfacción con el curso?	0,89	12,39	86,73	3,42

Conclusiones: La puesta en marcha de un curso para mejorar las competencias de los profesionales implicados en la atención a las ERYME y como estrategia para mejorar la colaboración entre AP y AH ha tenido unos resultados positivos en términos de aprendizaje y los alumnos que lo realizaron mostraron una alta satisfacción con el mismo.

P356. RESPUESTA INMUNE TRAS VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INMUNOMEDIADAS (PROYECTO RIM-COV)

Verónica García García¹, Noelia Villarrubia Migallón², Ana Corral Bote¹, Ana M. Ruiz Bejerano¹, Jaime Arroyo Palomo¹, Patricia García Casado¹, Rafael Rodríguez Ramos², Luisa María Villar Gumierans², Mario Rodríguez Domínguez³, Alfonso Muriel García⁴, Carlos A. Guillén Astete¹, M^a Ángeles Blázquez Cañamero¹, Javier Bachiller Corral¹, Mónica Vázquez Díaz¹ y Alina L. Boteanu¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS. CIBERESP. Servicio de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Madrid.

Introducción: Los pacientes con enfermedades inmunomediadas pueden tener menor respuesta inmune a las vacunas. Se han desarrollado varias vacunas desde que apareció la infección por SARS-CoV-2, habiéndose observado en estudios previos una menor respuesta humoral a la vacunación en algunos subgrupos de pacientes, sobre todo aquellos tratados con rituximab, pero también en los que reciben tratamiento con micofenolato de mofetilo, inhibidores JAK, anti-TNF, metotrexato o corticoides. Algunos estudios han demostrado la presencia de respuesta celular T a pesar de no haber desarrollado respuesta humoral tras la vacunación, incluso en aquellos pacientes con depleción de células B, sin encontrar diferencias al compararlo con otros tratamientos inmunomoduladores o controles sanos. Además, se ha observado una menor respuesta celular T en pacientes tratados con anti-CTLA4, anti-IL6 o anti-TNF.

Objetivos: El objetivo de este estudio es identificar los factores que influyen en la respuesta humoral y celular tras la vacunación contra SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades inmunomediadas en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y en sujetos sanos como control.

Métodos: Se incluyeron 140 pacientes consecutivos y 24 controles sanos. Se trata de un estudio observacional unicéntrico. Se cuantificaron anticuerpos anti-SARS-CoV-2 IgG mediante inmunoensayo quimioluminiscente de micropartículas y la producción de interferón (IFN)-gamma por células T estimuladas por péptidos de SARS-CoV-2 usando una prueba de liberación de IFN-gamma. Niveles inferiores a 1.800 AU/ml de IgG anti-SARS-CoV-2 o inferiores a 0,15 IU/ml de IFN-gamma se consideraron respuesta humoral o celular (respectivamente) subóptimos.

Resultados: De los 140 pacientes incluidos, 101 fueron mujeres. La media de edad fue de 55,9 años (46,1-69,7) y la duración de la enfermedad de 13 años (6-20,8). 106 pacientes tenían un diagnóstico de artropatía autoinmune y 34, de enfermedad autoinmune sistémica. El mayor riesgo de tener una pobre respuesta humoral tras la vacunación contra SARS-CoV-2 se observó en pacientes que habían recibido solo 2 dosis (OR: 7,83 (2,94-20,83); p < 0,0001), con diagnóstico de enfermedad autoinmune sistémica (OR: 4,73 (1,47-15,21); p = 0,009) o que recibían tratamiento con rituximab (OR: 13,17 (3,68-47,11); p < 0,0001). Se objetivó una asociación moderada entre respuesta celular subóptima y mayor edad (OR: 1,03 (1,01-1,05); p < 0,01). Recibir solo 2 dosis de la vacuna (OR: 4,02 (1,7- 9,5);

p < 0,001) y la edad avanzada (OR: 1,04 (1,01-1,07); p < 0,006) se asociaron a una respuesta inmune humoral y celular subóptimas, sin asociación entre ambas respuestas (factor kappa = 0,198).

Conclusiones: Este estudio permite la identificación precoz de pacientes con enfermedades inmunomediadas en tratamiento con FAMEs que presentan una respuesta subóptima a la vacuna contra SARS-CoV-2 y demuestra la necesidad de dosis de recuerdo en pacientes con edad avanzada, y puede que con enfermedades autoinmunes sistémicas o en tratamiento con rituximab. Se necesitan más estudios para valorar si la respuesta inmune subóptima se asocia o no con COVID-19 más grave.

P357. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y EVALUACIÓN DE LA CIRCUNFERENCIA DE CINTURA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Perez González, Esther Monleón Acosta, Juan Moreno Morales, Fernando José Rodríguez Martínez, Maria Rosario Oliva Ruiz, Edgar Soriano Navarro, Ana Uceda Galiano, José María Andreu Ubero, Josefa León Navarro, Francisco Pedrero Martínez y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción: La obesidad es una condición caracterizada por un estado crónico de inflamación de bajo grado debido al aumento de producción de citocinas en el tejido adiposo visceral¹. La artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APS) son enfermedades que presentan una alta prevalencia de obesidad, la cual condiciona una menor respuesta al tratamiento con fármacos biológicos como los anti-TNFs². Estudios recientes han demostrado que el exceso de adiposidad contribuye al desarrollo de la psoriasis cutánea en algunos pacientes y sugieren que la obesidad también puede ser un factor clave en la transición de la psoriasis en la piel a la artritis³, sin embargo, no se ha demostrado el papel etiológico de la obesidad en la AR⁴.

Objetivos: Evaluar la circunferencia de cintura (CC) y la prevalencia de obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC) en una muestra de pacientes del mismo hospital con diagnóstico de AR y APS y analizar las diferencias entre ambas enfermedades.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. La población incluida en el estudio fueron pacientes de consulta de reumatología con diagnóstico de AR y APS que estaban siendo tratados con tratamiento biológico. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, talla (m), masa corporal (Kg) y CC (cm). Las variables antropométricas se midieron en la consulta de enfermería de reumatología. Se utilizó una cinta antropométrica para medir la CC, tomando como referencia la altura del ombligo. Se calculó el IMC y se utilizó la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para categorizar a los pacientes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas en el estudio, incluyendo la media y desviación estándar (DE) de las variables cuantitativas continuas (IMC y CC). Se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias en las variables edad, IMC y CC entre pacientes con AR y APS. La significación estadística se fijó a priori en p < 0,05.

Resultados: En este estudio se incluyeron un total de 207 pacientes (121 con AR y 86 con APS). Los pacientes con APS mostraron valores más altos de CC, observándose diferencias significativas con los pacientes con AR (103,66 ± 15,05 cm vs. 99,38 ± 14,90 cm, p = 0,04). Tanto los pacientes con APS como con AR mostraron valores de CC por encima de los valores recomendados (74,41% vs. 74,38%). En cuanto al IMC, los pacientes con APS tenían un IMC medio superior (31,29 ± 6,37 cm vs. 28,85 ± 5,84 cm, p < 0,043) respecto a los pacientes con AR.

Análisis descriptivo

	AR	APS
N = 207	121	86
Edad (media ± DT; min-máx)	57,31 ± 13,01; 24,00-81,63	56,03 ± 10,74; 26,91-80,98
Sexo	95 mujeres (78,5%) 26 hombres (21,5%)	53 mujeres (61,63%) 33 hombres (38,37%)
IMC (media ± DT; min-máx)	28,85 ± 5,84; 18,00-40,67	31,29 ± 6,37; 19,00-49,15
IMC > 30	48 (39,6%)	50 (58,13%)
Circunferencia cintura		
Hombres > 102 cm	18 (69,23%)	19 (57,57%)
Mujeres > 88 cm	72 (75,78%)	45 (84,90%)

Conclusiones: En el presente estudio, los pacientes con APS tienen mayores valores de CC e IMC respecto a los pacientes con AR, siendo estas diferencias significativas y coincidiendo estos resultados con estudios recientes. Son necesarios más estudios para caracterizar la obesidad en pacientes con AR y APS y tratarla adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Moroni L, Farina N, *et al.* Obesity and its role in the management of rheumatoid and psoriatic arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2020;39:1039-47.
- Ferguson LD, *et al.* Association of central adiposity with psoriasis, psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis: a cross-sectional study of the UK Biobank. *Rheumatology*. 2019;58:21372142.
- Ramírez K, Azuaga-Piñango AB, *et al.* Update on Cardiovascular Risk and Obesity in Psoriatic Arthritis. Article 742713. 2021.
- Ulrich H, Häupl T, *et al.* The etiology of rheumatoid arthritis. *J Autoimmunity*. 2020;110:102400.

P358. IMPLEMENTACIÓN DE PROS (PATIENT REPORTED OUTCOMES) EN LA CLÍNICA DIARIA EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS INFLAMATORIA CRÓNICA SEGÚN EL MODELO ICHOM UTILIZANDO UNA NUEVA PLATAFORMA ELECTRÓNICA (QUESTCLINIC)

Rosa María Morlá Novell¹, Núria Sapena Fortea¹, Ana Belén Azuaga Piñango¹, Yolanda Romero Hidalgo¹, Laura Heredia Aguilar², Silvia Sánchez Seda³, Marta Bassas Palou², Raimon Sanmartí Sala¹, Roser Cadena Caballero³ y Jose A. Gómez-Puerta¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²ICEMEQ ³Dirección de Calidad Asistencial.

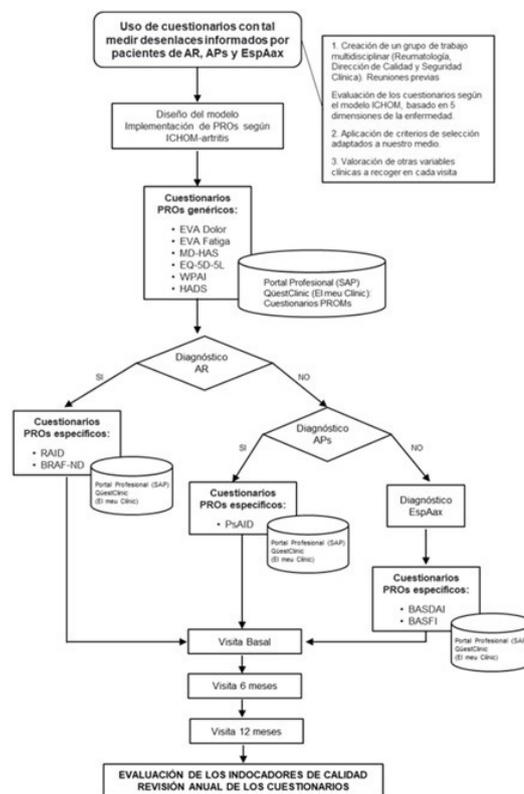
Introducción: En los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas: artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) no se suele evaluar los resultados en calidad de vida en relación a la enfermedad (*Patient Reported Outcomes* o PROs), que se pueden medir con cuestionarios validados y fiables (PROMs). El International Consortium Health Outcomes Measures (<http://www.ichom.org>), cuyo principal objetivo es medir los resultados en salud proporcionados por el paciente como fundamento de la medicina basada en el valor, proporciona un modelo específico para artritis (ICHOM-arthritis)1.

Objetivos: Describir el estudio piloto de la implementación de PROs en una Unidad de Artritis de un hospital terciario basado en el modelo ICHOM mediante un novedoso sistema electrónico, y algunos datos de población estudiada.

Métodos: Reumatólogos, enfermeras y personal de gestión de calidad han trabajado durante un periodo de 2 años en el modelo ICHOM-arthritis, básicamente en dos aspectos: 1. Adaptar a nuestro medio el uso del *standard set* que incluye datos clínicos, demográficos y una lista de cuestionarios genéricos y específicos (PROMs) a recoger para pacientes con AR, APs y EspAax. 2. La tipología y frecuencia de las visitas a establecer. “El Meu Clínic” es una plataforma electrónica disponible en el Hospital en la que se comparte informa-

ción bidireccional (pacientes y médicos) y en el que se diseñó el “Questclinic”; un espacio en el que prescribir y enviar los PROMs a los pacientes, y dónde responderlos. Los pacientes adultos con los diagnósticos de artritis inflamatoria (AR, APs y EspAax) visitados en una consulta externa semanal, de febrero-2022 a diciembre-2022, se invitaron a participar en este estudio piloto, aceptando y firmando el consentimiento informado.

Resultados: Se seleccionaron 4 cuestionarios genéricos que se envían para responder en el QuestClinic: MDHAQ (EVA-Dolor, VGP, EVA-Fatiga), EuroQoL, HADS ansiedad y depresión, y FACIT-FS, y también uno específico de la enfermedad: RAID para AR, PsAID para APs, y BASDAI y BASFI para EspAax. Las visitas se establecieron de hasta 12 meses, con una Visita Basal (VB) al inicio, a los 6 meses (V6) y a los 12 meses (V12), realizándose en un formato integrado doble de enfermera y médico el mismo día. En la VB, en la visita de enfermería se realizan 3 tareas: 1. Comprobar la cumplimentación de cuestionarios. 2. Características iniciales (solo en VB): Datos demográficos y antecedentes patológicos: tabaquismo, hipertensión, cardiopatía, EPOC, diabetes *mellitus*, neoplasias, depresión... 3. Seguimiento: constantes vitales y cálculo del IMC; adherencia al tratamiento oral o parenteral. Después, en la visita estándar con el reumatólogo, se revisan además las puntuaciones de los PROMs enviadas al QuestClinic (fig.). En este estudio piloto se recogieron un total de 74 registros pertenecientes a 55 pacientes, 29 (54%) mujeres, con nivel de estudio mínimo de secundaria del 54%, de los que 39 (53%) son AR, 20 (27%) son EspAax y 15 (20%) son APs. De todos los pacientes, 54 (73%) realizaron solo de visita basal y en 20 (27%) se dispone de 2 visitas (VB y V6).



Algoritmo de la implementación de PROMs en el estudio piloto.

Conclusiones: Se propone un modelo de implementación de PROs incluyendo los resultados en calidad de vida considerados más importantes en los pacientes con artritis inflamatorias crónicas, con datos preliminares del reclutamiento piloto.

BIBLIOGRAFÍA

- Oude Voshaar MAH, *et al.* Arthritis Care Res (Hoboken). 2019.

P359. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A UNA UNIDAD DE MUSCULOESQUELÉTICO

Trinitario Pina Murcia¹, Cristina Martínez Dubois¹, Patricia Corro Madrazo², Raquel López Mejías³, Verónica Pulito Cueto³, Belén Atienza Mateo¹, Íñigo González Mazón¹, Julio Sánchez Martín¹, Lara Sánchez Bilbao¹, Natalia Palmou Fontana¹, Teresa Ruiz Jimeno¹, Vanesa Calvo del Río¹, María Enriqueta Peiró Callizo¹, Javier Loricera García¹, José Alburquerque Sánchez² y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Calidad. Subdirección de Asistencia Sanitaria Servicio Cántabro de Salud. Santander. ³Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL). Santander. ⁴Servicio de Inspección y Evaluación de la Consejería de Sanidad de Cantabria.

Objetivos: Las Unidades de Musculo-esquelético (UME) se han creado en determinadas áreas de salud como primer punto de contacto entre Atención Primaria y los servicios de Reumatología. Nuestro objetivo ha sido analizar qué factores influyen en la derivación de Atención Primaria a la UME.

Métodos: Nuestro hospital es el hospital de referencia de una comunidad autónoma de España, y de él dependen 20 zonas básicas de salud (ZBS). Cada ZBS está integrada al menos por un centro de salud y de forma optativa por uno o varios consultorios. Además, algunas ZBS cuentan con Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP). Se recopilaron las derivaciones realizadas a la UME desde cada ZBS durante el año 2022. Este dato se correlacionó con el número de médicos de cada ZBS, con el cupo de pacientes de cada ZBS, con el ratio cupo de pacientes de la ZBS por médico, con la presencia de SUAP en la ZBS y con el número de incapacidades temporales (IT) emitidas por cada ZBS bajo el capítulo diagnóstico CIE-9 de enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo. También se correlacionó con el porcentaje de pacientes del cupo de cada ZBS sin patología crónica, con complejidad baja, moderada o severa según el agrupador GMA (Grupos de Morbilidad Ajustada). Finalmente, se correlacionó con el porcentaje de población del cupo de cada ZBS estratificado en < 35 años, de 35-64, y > 65 años, y por tramos de edad (0 años, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-34 años, 35-49 años, 50-64 años, 65-74 años, 75-84 años, y más de 85 años).

Resultados: Se pudieron recopilar los datos de 17 de las 20 ZBS, lo que supone el 84% de la población de referencia (266.448 personas de un total de 317.151). En el análisis de correlación se halló una correlación positiva y estadísticamente significativa del número de derivaciones de la ZBS a UME con el número de ITs emitidas por la ZBS ($r = 0,77$, $p = 0,0001$). También se halló una correlación positiva débil ($r = 0,34$) de las derivaciones a UME con el ratio cupo de pacientes de la ZBS por médico, pero no alcanzó significación estadística ($p = 0,31$). Se halló una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el número de derivaciones de la ZBS y la presencia de SUAP ($p = 0,04$), y del número de derivaciones con el porcentaje de pacientes del cupo entre 50 y 64 años ($r = -0,53$, $p = 0,02$). No hubo correlación entre la complejidad de la población atendida y las derivaciones a UME.

Conclusiones: En contra de lo que se pudiese pensar inicialmente, la carga de morbilidad de la población atendida no parece influir en el volumen de derivación. Tampoco la sobrecarga de trabajo medida por el tamaño del cupo del médico. Curiosamente la presencia de SUAP en la ZBS se asoció a una menor derivación, tal vez por la posibilidad de una atención inmediata a un problema de aparato locomotor. Llamativamente, un mayor número de derivaciones se correlacionó con un mayor número de incapacidades temporales, y un mayor peso en el cupo del grupo de edad entre 50 y 64 años se correlacionó con una menor derivación. Estos últimos datos tienen diferentes lecturas posibles por lo que requiere un estudio adicional que incluya entre otros el análisis de la duración de las ITs derivadas. Como conclusión

final hay que remarcar que los motivos de derivación a una UME no obedecen a un criterio exclusivamente médico. El análisis de otros factores permite a nivel de gestión tomar decisiones que pueden influir en una organización más eficiente de la asistencia.

P360. INHIBIDORES DE LAS JANUS CINASAS EN PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Lara Sánchez Bilbao¹, José Luis Martín-Varillas², Vanesa Calvo-Río¹, José Luis Álvarez-Vega³, Emma Beltrán⁴, Mar Esteban Ortega⁵, Santiago Muñoz⁵, Olga Maíz⁶, Ignacio Torre-Salaberri⁷, Ana Urruticoechea-Arana⁸ Elia Valls-Pascual⁹, Carmen Álvarez-Reguera¹, Rosalía Demetrio-Pablo¹ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital de Laredo. ³Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ⁴Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁵Reumatología y Oftalmología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁶Reumatología. Hospital de Donostia. San Sebastián. ⁷Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. ⁸Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ⁹Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Alicante.

Introducción: La patología ocular inflamatoria (POI) puede ser grave y refractaria a inmunosupresores convencionales e incluso a terapia biológica. Los inhibidores de janus cinasas (JAKINIB) han demostrado eficacia en el tratamiento de diferentes enfermedades inmunomediadas (IMID).

Objetivos: En pacientes con POI grave y refractaria tratados con JAKINIB nuestros objetivos fueron: a) evaluar los casos de varios centros hospitalarios españoles y, b) realizar una revisión de la literatura.

Métodos: Estudio multicéntrico de 11 pacientes diagnosticados de POI refractaria y tratados con JAKINIB. Para la revisión de la literatura se realizó una búsqueda en PubMed, Embase y Cochrane (desde su creación hasta el 1 de enero de 2023) y de las actas de los 4 principales congresos de reumatología. Se incluyeron artículos originales que describieron el uso de JAKINIB en pacientes con POI.

Resultados: Se incluyeron en total 24 pacientes (17 mujeres/7 hombres) (35 ojos afectados), 11 casos en 8 Hospitales Universitarios del territorio español y 13 casos en la revisión de la literatura. La edad media fue de $38,9 \pm 21,9$ años, y presentaron diferentes POI refractarias (uveítis = 14; escleritis = 5, PUK = 5). La mayoría de los pacientes presentaron IMID asociada ($n = 19$, 79,2%) mientras que 5 casos (20,8%), fueron idiopáticos. Las principales IMID fueron la artritis reumatoide ($n = 6$, 25%), la artritis idiopática juvenil ($n = 5$, 20,8%) y las espondiloartritis ($n = 4$; 16,7%) (tabla). La uveítis ($n = 14$) seguida de la patología ocular de superficie ($n = 10$) fue la causa principal de POI. Los patrones de afectación de la uveítis fueron: panuveítis ($n = 8$), uveítis anterior ($n = 5$, 2 de ellos con edema macular quístico), y uveítis posterior ($n = 1$). En cuanto a la patología de superficie se describieron casos de escleritis ($n = 5$) y PUK ($n = 5$). Además del tratamiento tópico y con glucocorticoides sistémicos, antes de JAKINIB, se emplearon fármacos inmunosupresores convencionales ($n = 23$; 95,8%) y terapia biológica ($n = 18$; 75%). Los JAKINIB más empleados fueron tofacitinib ($n = 11$; 45,8%) y baricitinib ($n = 8$; 33,3%). En una paciente con síndrome de Blau y uveítis, se sustituyó tofacitinib por baricitinib debido al efecto secundario de linfopenia grave. En otros dos pacientes se suspendió upadacitinib por anemia y reacción adversa cutánea. Después de iniciar el tratamiento con JAKINIB, 23 pacientes mejoraron de manera completa ($n = 21$, 87,5%) o parcial ($n = 2$; 8,3%). Solo en un caso se retiró el JAKINIB (baricitinib) por ausencia de mejoría.

Conclusiones: Los JAKINIB parecen ser una terapia eficaz en POI refractaria a los tratamientos inmunosupresores convencionales e incluso terapia biológica.

Estudio, año (Ref)	Casos	Edad/Sexo	Enfermedad subyacente	JAKINIB	Afectación ocular	Tratamiento inmunosupresor previo	Evolución a nivel ocular
Meadow et al. 2014 (1)	1	59, M	Artritis reumatoide	TOFA	PUK	MTX, ABA, iM/P	Mejoría parcial
Bauermann et al. 2018 (2)	1	22, M	Artritis idiopática juvenil	TOFA	Uveítis anterior, EMQ	MTX, ADA, RTX, GOLi, IFX, CsA, TCZ, MMF	Mejoría completa
Paley et al. 2019 (3)	2	1.40, M 2.45, M	1. Idiopática 2. Idiopática	1. TOFA 2. TOFA	1. Escleritis 2. Uveítis anterior, EMQ	1. MTX, MMF, AZA, CYP 2. MTX, LFN, AZA, MMF, ADA, IFX, C2P, Acetónido de fluocinolona intravítreo.	1. Mejoría completa 2. Mejoría completa
Liu J et al. 2020 (4)	1	30, V	Enfermedad de Behçet	TOFA	Escleritis	SSZ, MTX, AZA, LFN, THD, COL, GLM	Mejoría parcial
Majumder et al. 2020 (5)	1	26, M	Vogt-Koyanagi-Harada	TOFA	Uveítis posterior	iM/P	Mejoría completa
Miserocchi et al. 2020 (6)	4	1. 9, M 2. 1, M 3. 2, M 4. 10, V	Artritis idiopática juvenil	1. TOFA 2. BARI 3. BARI 4. BARI	1. Panuveítis 2. Panuveítis 3. Panuveítis 4. Panuveítis	1. IFX, ADA, LFN, ABA, RTX, TCZ. 2. MTX, ADA, IFX, RTX, ABA. 3. MTX, AZA, IFX, ADA, TCZ. 4. ETN, MTX, CsA, IFX, ADA, ABA, TCZ, RTX.	1. Mejoría completa 2. Mejoría completa 3. Mejoría completa 4. Mejoría completa
Pyare et al. 2020 (7)	1	45, M	Idiopática	TOFA	Escleritis necrotizante	MMF	Mejoría completa
Kaneko et al. 2022 (8)	1	35, V	Artritis reumatoide	BARI	Panuveítis	MTZ, SSZ, ADA, IFX	Mejoría completa
Xiao-Bao et al. 2022 (9)	1	18, M	Idiopática	TOFA	Panuveítis	MTX, MMF, CsA, ADA	Mejoría completa
Presente estudio, 2023	11	1. 25, M 2. 85, M 3. 41, M 4. 65, M 5. 59, V 6. 40, M 7. 55, V 8. 45, M 9. 49, M 10. 62, M 11. 67, V	1. Síndrome de Blau 2. Artritis reumatoide 3. Policondritis recurrente 4. Idiopática 5. Espondilitis anquilosante 6. Espondiloartritis y colitis ulcerosa 7. Espondilitis Anquilosante 8. Espondilitis Anquilosante 9. Artritis reumatoide 10. Artritis reumatoide 11. Artritis reumatoide	1. TOFA/BARI 2. BARI 3. BARI 4. BARI 5. UPA 6. TOFA 7. UPA 8. UPA 9. UPA 10. UPA 11. BARI	1. Panuveítis 2. PUK 3. PUK 4. Panuveítis 5. Uveítis anterior 6. Uveítis anterior 7. Uveítis anterior 8. Escleritis 9. Escleritis 10. PUK 11. PUK	1. MTX, ETN, ANA, ABA 2. MTX, LFN, C2P, ADA, iM/P. 3. MTX, CsA, SSZ, MMF, AZA, IFX, TCZ, C2P, ABA, ADA. 4. MTX, AZA 5. MTX, ADA 6. MTX, AZA, ADA 7. MTX, IFX, GOLi 8. MTX, ADA 9. iM/P, MTX, TCZ, ADA, GOLi, C2P 10. MTX 11. MTX, LFN	1. Mejoría completa 2. Mejoría completa 3. Mejoría completa 4. Mejoría completa 5. Mejoría completa 6. Mejoría completa 7. Mejoría completa 8. Mejoría completa 9. Mejoría completa 10. Mejoría completa 11. Ausencia mejoría

P360 Figura. Serie de casos y revisión de literatura en pacientes con POI grave y refractaria tratados con JAKINIB.

P361. TELEMEDICINA: ¿HA LLEGADO PARA QUEDARSE?

María José Moreno Martínez, Deseada Palma, Ana del Carmen Haro, Elena Peñas y Marta Mayor

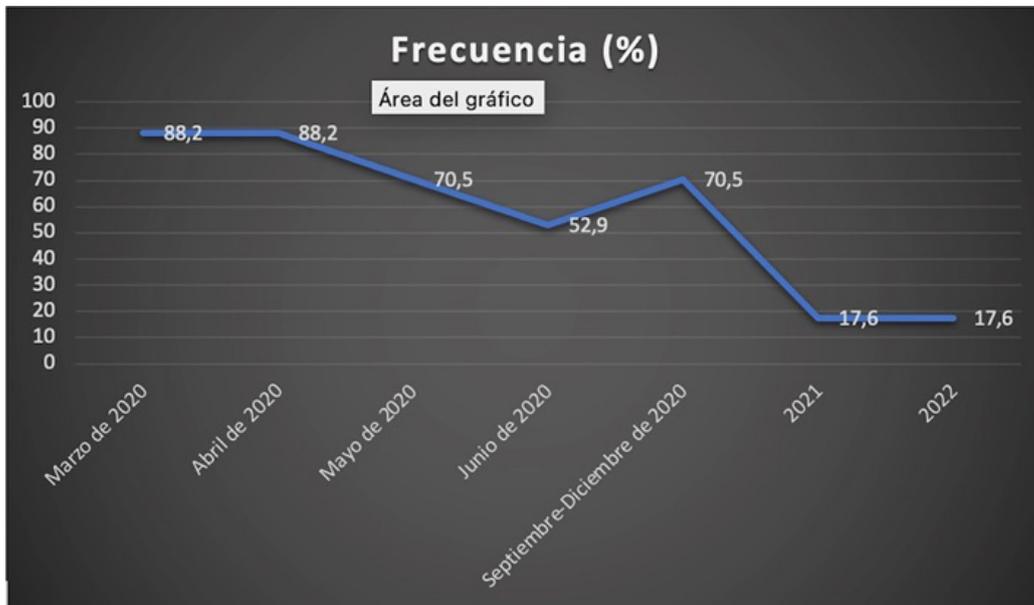
Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La telemedicina (TM) es la prestación de servicios médicos empleando las tecnologías que tenemos a nuestro alcance, ya sea mediante videoconsultas o consultas telefónicas. En los últimos años, debido a la situación epidemiológica por la pandemia de COVID, nos hemos visto obligados a implementar la TM en prácticamente todos los centros. Han pasado ya 3 años y la TM sigue presente. Mediante este trabajo analizamos cómo ha sido la evolución de la TM (en formato consultas telefónicas) en las consultas de Reumatología de nuestro hospital desde el año 2020.

Métodos: Se trata de un análisis retrospectivo, realizado en reumatología de un hospital universitario de segundo nivel, donde analizamos el porcentaje de consultas telefónicas a lo largo del tiempo desde el inicio de la pandemia por COVID (marzo 2020) hasta diciembre de 2022.

Resultados: Analizamos los datos en base a la “consulta tipo” de nuestra unidad (17 pacientes). En nuestro hospital la consulta de telemedicina se realiza mediante consulta telefónica. Previo al inicio de la pandemia por COVID el 100% de los pacientes se atendían presencialmente. En 2020: en marzo, coincidiendo con el inicio de la pandemia por COVID, el 100% de las visitas, tanto primeras como

sucesivas, se realizaron de manera telefónica. Se estableció, de manera excepcional, una consulta de urgencias con 2 visitas presenciales para aquellos pacientes con enfermedades inflamatorias que presentaran brote y precisaran exploración física. En abril se determina que las primeras visitas deben realizarse de manera presencial, dado la importancia de la exploración física a la hora del diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas. Solo se revisan 2 pacientes por consulta presenciales (indistintamente nuevos o revisiones). En mayo se va ampliando el número de visitas presenciales a 5, de las cuales 3 serían para pacientes nuevos y 2 para revisiones. El resto fueron telefónicas sucesivas. En junio: 8 presenciales (4 nuevos y 4 revisiones) y el resto telefónicas sucesivas. A partir del 21 de junio (fin del Estado de Alarma): 12 presenciales (4 nuevos y 8 revisiones) y el resto sucesivas telefónicas. En olas sucesivas cambia parcialmente el número de visitas telefónicas, siendo, de septiembre a diciembre de 2020 el 70,5% de todas las sucesivas y ninguna primera consulta. En los años posteriores se determina que la consulta telefónica queda relegada, por lo general, a 3 consultas sucesivas al día. En la figura podemos ver la evolución del número de consultas telefónicas. En relación con el tipo de pacientes que se revisan telefónicamente, aunque depende tanto del médico como del paciente, serían los siguientes: revisión de resultados de pruebas; osteoporosis; pacientes con problemas de movilidad; pacientes con problemas de desplazamiento; pacientes en remisión (conocida) por decisión del propio paciente.



P361 Figura. Evolución de las consultas telefónicas a lo largo de estos tres últimos años.

Conclusiones: Al inicio de la pandemia, las consultas telefónicas suponían casi un 100% debido a la situación epidemiológica. Tras el final del estado de alarma el porcentaje de revisiones telefónicas ha disminuido progresivamente hasta mantenerse en el 17,6%. Las consultas telefónicas, un recurso que no utilizábamos con anterioridad, se han instaurado en nuestro hospital para determinados casos.

P362. ¿NOS RECOMIENDAS? ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Marta Ibáñez Martínez, Belén Miguel Ibáñez, Sonia Pastor Navarro, Carolina Cristina Chacón Vélez, Cristina Hidalgo Calleja, Carlos Montilla Morales, Susana Gómez Castro, Ana Turrión Nieves, Olga Martínez González

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Las encuestas de satisfacción de pacientes son una herramienta sencilla y de gran utilidad para establecer medidas de mejora en la calidad asistencial del sistema sanitario. La pandemia SARS-CoV-2 ha supuesto un reto para la organización de las consultas, ya anteriormente saturadas, aumentando más las listas de espera y repercutiendo sobre todo en los pacientes crónicos.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción pospandemia de los pacientes con más de un año de atención en el servicio de reumatología de un hospital de cuarto nivel.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo realizado a través de una encuesta de satisfacción validada por el comité de calidad del centro. La cumplimentación es voluntaria y anónima. Se entrega de forma consecutiva a 450 pacientes con más de un año de seguimiento que acudieron al servicio entre octubre y diciembre de 2022. La encuesta recoge sexo y edad de los pacientes y consta de 17 preguntas: 1 y 2 acerca de los tiempos de atención, 3-6 sobre los espacios del centro, 7-12 sobre la atención recibida, 13-15 opinión global, 16-17 apartados para reflejar quejas y sugerencias. Las 12 primeras se puntúan de 1 a 5 siendo 5 la mejor calificación. De 13 a 15 hay opciones de sí/no sabe/no. La 16 y 17 son espacios para comentarios subjetivos. En la figura se muestra un ejemplo de la encuesta utilizada. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS-V26.

Resultados: Se recogen 450 encuestas con una participación del 76% que permitió analizar una muestra de 343 pacientes. Como recoge la tabla 1, la edad media de los pacientes fue de 58 años (16-92) con predominio de mujeres frente a hombres. La tabla 2 aglutina por grupos de preguntas los resultados de la encuesta de satisfacción. Para simplificarlos se comentan en forma de opiniones negativas, neutras y positivas. En el apartado de los tiempos, casi la mitad de los pacientes (24,8% negativos y 23% neutros) consideraron inapropiada la espera para su primera visita. El 27,2% opinó que el tiempo de demora en ser atendido el día de la consulta fue excesivo. En el ámbito de los espacios, ningún ítem obtuvo más del 50% de valoraciones negativas. Los peor valorados fueron los aseos (9,3%) y la comodidad de la sala de espera (11,9%). Las valoraciones positivas más frecuentes con porcentajes del 82,2% al 92,2% de los participantes correspondieron con la atención recibida por parte de los profesionales siendo las más valoradas la amabilidad y profesionalidad de los mismos. La satisfacción global sobre la atención recibida alcanza el 82,2% de opiniones positivas. Como se refleja en la tabla 3, la mayoría de los pacientes encuestados recomendarían el servicio (88%) y a sus profesionales (91,5%) habiendo aportado un 25,4% de los mismos alguna queja o sugerencia. En el espacio para esto último lo más recurrente hace referencia a la necesidad de más profesionales para la reducción de los tiempos de espera tanto para ser atendidos por primera vez como para el tiempo entre las consultas sucesivas de seguimiento.

Tabla 1. Datos demográficos

Variables	n (%) / media (rango)
Total	343
Sexo (Mujer; Hombre; no respondido)	240 (70%); 102 (29,7%); 1(0,3%)
Edad	58 (18-92)
18-29 años	11 (3,2%)
30-49 años	63 (18,4%)
50-69 años	185 (53,9%)
> 70 años	76 (22,2%)
No respondido	8 (2,3%)

Conclusiones: La encuesta de satisfacción ha permitido analizar de forma integral la atención al paciente para buscar áreas de mejora en múltiples aspectos. En base a los resultados, la necesidad más demandada por los pacientes es reducir los tiempos de espera.

Tabla 2. Resultados encuesta satisfacción

Preguntas	Valoración						
	Negativa		Neutra	Positiva		No respondida	
	1	2	3	4	5		
Tiempos	1: Primera visita	34 (9,9%)	51 (14,9%)	79 (23%)	133 (38,8%)	39 (11,4%)	7 (2%)
Espacios	2: Demora hora citada	22 (6,4%)	71 (20,7%)	93 (27,1%)	119 (34,7%)	29 (8,5%)	9 (2,6%)
	3: Señalización centro	7 (2%)	16 (4,7%)	91 (26,5%)	167 (48,7%)	50 (14,6%)	12 (3,5%)
	4: Aseos	8 (2,3%)	24 (7%)	86 (25,1%)	180 (52,5%)	41 (12%)	4 (1,2%)
Atención recibida	5: Limpieza sala espera	3 (0,9%)	2 (0,6%)	39 (11,4%)	208 (60,6%)	82 (23,9%)	9 (2,6%)
	6: Comodidad sala espera	9 (2,6%)	32 (9,3%)	89 (25,9%)	169 (49,3%)	40 (11,7%)	4 (1,2%)
	7: Tiempo dedicado	6 (1,7%)	15 (4,4%)	22 (6,4%)	143 (41,7%)	152 (44,3%)	5 (1,5%)
	8: Información enfermedad	6 (1,7%)	15 (4,4%)	27 (7,9%)	140 (40,8%)	147 (42,9%)	8 (2,3%)
	9: Información tratamiento	6 (1,7%)	16 (4,7%)	31 (9%)	143 (41,7%)	141 (41,1%)	6 (1,7%)
	10: Amabilidad	5 (1,5%)	8 (2,3%)	12 (3,5%)	100 (29,2%)	216 (63%)	2 (0,6%)
	11: Profesionalidad	5 (1,5%)	8 (2,3%)	19 (5,5%)	141 (41,1%)	167 (48,7%)	3 (0,9%)
	12: Global	5 (1,5%)	16 (4,7%)	33 (9,6%)	161 (46,9%)	121 (35,3%)	7 (2%)

1: Muy insatisfecho; 2: insatisfecho; 3: neutral; 4: satisfecho; 5: muy satisfecho.

Tabla 3. Resultados encuesta satisfacción (continuación)

Preguntas	Valoración			
	Sí	No	No sabe	No respondida
13: ¿Recomendaría el servicio?	302 (88%)	17 (5%)	12 (3,5%)	11 (3,2%)
14: ¿Recomendarías a sus profesionales?	314 (91,5%)	16 (4,7%)	6 (1,7%)	7 (2%)
15: Quejas o sugerencias	87 (25,4%)	233 (67,9%)	11 (3,2%)	12 (3,5%)

Los datos recogidos son totalmente **anónimos** y **voluntarios**, serán únicamente utilizados con fines estadísticos. Para mantener la confidencialidad, en ningún caso se harán públicos resultados que permitan identificar a los encuestados/as. Por favor, deposite la encuesta una vez cumplimentada en el buzón o entréguela en:

Muchas gracias por su colaboración.



(Marque con una X su nivel de satisfacción)

1. El tiempo que ha tenido que esperar hasta que ha sido visto por primera vez en la consulta del especialista:

2. El tiempo que ha tenido que esperar desde la hora citada hasta que ha entrado en consulta:

3. La señalización del centro:

4. El estado general de los aseos (limpieza, papel, jabón...):

5. La limpieza de la sala de espera:

6. La comodidad de la sala de espera:

7. El tiempo que le ha dedicado el médico en la consulta:

8. La información que ha recibido sobre su enfermedad:

9. La información recibida sobre el tratamiento:

10. La amabilidad y trato recibido por los profesionales:

11. La eficacia, profesionalidad del personal:

12. Globalmente, cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida:

13. ¿Recomendaría este servicio a otras personas en su situación?:

14. ¿Recomendaría los profesionales que le han atendido a otras personas?:

15. ¿Tiene alguna queja o sugerencia sobre el servicio?:

16. En caso de respuesta anterior afirmativa, ¿puede indicar brevemente cuál?:

17. Para terminar, según usted, ¿cuál es la primera mejora que tenemos que poner en marcha?:

A. Año de nacimiento:

B. Sexo:

Hombre

Mujer

Figura. Ejemplo de la encuesta de satisfacción empleada.

ENC-REU-ES-22-01-01

P363. ¿DEBERÍAMOS LOS REUMATÓLOGOS SOLICITAR UNA SEROLOGÍA PARASITARIA A CANDIDATOS A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR? PREVALENCIA DE *STRONGYLOIDES STERCORALIS* EN UNA ZONA NO ENDÉMICA

Judit Font Urgelles¹, Sonia Mínguez-Blasco¹, Basilio Rodríguez-Díez¹, Mercè López de Recalde-Martorell¹, Anna Arnau-Bartés², Sara Jonàs-Llauradó³, Antonia Flor-Pérez³, Dolors Estivill-Navarrete⁴, Glòria Trujillo-Isern⁴, Jaume Trapé⁴ y Mertixell Sallés Lizarzaburu¹

¹Sección de Reumatología. *Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.* ²Unidad de Investigación e Innovación. *Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.* ³Sección de Enfermedades Infecciosas. *Departamento de Medicina Interna. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.* ⁴Servicio de Análisis Clínicos y Microbiología. *Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.*

Introducción: La infección es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedades autoinmunes e inmunomediadas (EA/EI). Existen múltiples recomendaciones para la prevención de infecciones bacterianas y virales, sin embargo, no hay recomendaciones específicas para parasitosis. La estrongiloidiasis es una infección causada por *Strongyloides stercoralis*. Este parásito se distribuye globalmente en áreas tropicales y subtropicales. Se estima una prevalencia de 2,8% en Europa. La mayoría de los casos en España son importados. Muchas veces esta infección es asintomática, sin embargo, en situación de inmunosupresión pueden darse presentaciones graves como el síndrome de hiperinfestación o estrongiloidiasis diseminada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de serología positiva para *S. stercoralis* en nuestra área asistencial (Manresa, el Bages, Cataluña) y describir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de estos sujetos.

Métodos: Estudio transversal. Sujetos: pacientes con EA/EI candidatos a tratamiento inmunosupresor. Período de estudio: pacientes atendidos en Reumatología entre junio de 2018 y diciembre de 2022. Variable principal: Prevalencia de serología positiva para *S. stercoralis*. Variables independientes: demográficas, manifestaciones clínicas y viajes a países endémicos. Análisis estadístico: análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: Se incluyeron 310 pacientes. La mayoría eran mujeres (63,2%), con una edad media de 55,9 años (DE 14,7), siendo el 9,3% no nacidos en España. El diagnóstico más frecuente era artritis inflamatoria (81,2%) seguido de enfermedad autoinmune (8,1%). En el momento de la determinación de la serología, el 41,9% recibía fármaco antiinflamatorio modificador de la enfermedad y el 54,9% prednisona. Se encontró serología positiva en 10 pacientes (3,2%; IC95%: 1,6-5,9) y 4 (1,3%; IC95%: 0,4-3,3) fueron indeterminados. Todos los pacientes positivos recibieron terapia profiláctica con ivermectina. Ningún paciente desarrolló infección sintomática ni hipereosinofilia. El 60% de los pacientes no refirió ningún factor de riesgo epidemiológico. Un 10% había nacido en un país endémico, pero no había vuelto allí, otro 10% nacido en país endémico sí había visitado su país posteriormente, y un 20% eran nacidos en un país no endémico, pero había viajado a una zona endémica. No se observaron diferencias en la prevalencia de *S. stercoralis* según sexo, enfermedad, tratamientos ni contactos epidemiológicos. Los pacientes con serología positiva eran más jóvenes (48,4 años vs. 56,2; p = 0,048). La mayor prevalencia de infección se observó en trabajadores del sector quinario (12%; p = 0,072).

Conclusiones: La prevalencia de infección por *S. stercoralis* en pacientes reumáticos en nuestro medio es del 3,2%. Se sospechó que el aumento de la migración y los viajes internacionales eran la causa más probable de esta prevalencia. Sorprendentemente un 60% de los encuestados no refería ningún factor de riesgo epidemiológico. Todos nuestros pacientes con serología positiva fueron tratados profilácticamente. Sin embargo, debido a la potencial letalidad de la

estrongiloidiasis, consideramos que se debería valorar realizar de forma rutinaria la serología y el tratamiento profiláctico si procede, a los candidatos a terapia inmunosupresora.

P364. ANÁLISIS DE 5 AÑOS DE CONSULTA ONLINE ATENCIÓN PRIMARIA-REUMATOLOGÍA

María Ángela Pecondón Español, Giuliano Boselli, Carlos Vázquez, Marta Medrano, Álvaro Lesta, Marilia Arce, Marina Soledad Moreno y Javier Manero

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos: La gestión de la demanda desde Atención Primaria (AP) al servicio Reumatología es llevada a cabo en nuestro hospital desde hace 5 años de forma no presencial (*online*) con el objetivo de evitar la demora al acceso de los pacientes con sospecha de enfermedad reumática autoinmune sistémica (ERAS), inflamatoria, ósea y/o artritis precoz, mejorar la calidad en la derivación y tener una comunicación fluida con AP.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen todas las interconsultas (IC) realizadas *online* de Atención Primaria derivadas al servicio de Reumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, que abarca una población de 379.225 habitantes, entre los años 2019 a 2022 (5 años). El sistema de derivación se basó en el protocolo existente desde 2013 que había sido consensuado con otros servicios, dónde y cómo derivar a los pacientes con dolencias osteomusculares (Unidad Musculo-esquelética [UME], Rehabilitación [RHB], Traumatología) desde AP. Correspondiendo en el caso de Reumatología las siguientes situaciones: sospecha de artritis aguda/subaguda/crónica: artritis reumatoide, espondiloartritis (espondilitis anquilosante, A. psoriásica, etc.), artritis microcristalinas. Sospecha de enfermedades autoinmunes sistémicas (LES, SAF, miositis, vasculitis, ESP...). Artritis reumatoide precoz. Raynaud/Capilaroscopia. Enfermedades óseas metabólicas graves o especiales (osteoporosis establecidas, osteomalacia, Paget, etc.). Nuestro compromiso fue dar respuestas en un periodo ≤ 7 días, aunque en su mayoría se realizaron dentro de los 2-3 primeros días. Fueron motivos de no citación en nuestras agendas como pacientes de primeros días, aquellos casos: los que no se ceñían al protocolo de derivación a Reuma. Cuando dichos pacientes ya tenían seguimiento en nuestras consultas. Cuando se daban indicaciones en respuesta a consultas del médico de atención primaria (MAP). En caso de pacientes con fibromialgia y pacientes con osteopenia u osteoporosis y bajo riesgo de fractura.

Resultados: Se han atendido un total de 7.255 IC *online* de pacientes nuevos procedentes de Atención Primaria desde el 1 de enero de 2018 hasta 31 de diciembre de 2022 (fig. 1). De estas IC, 4.149 (57%) fueron atendidas en Reumatología de manera presencial, siendo derivadas a las consultas de reumatología general 3.524 (48,57%), a consultas monográficas de reumatología (ERAS, uveítis y metabolismo óseo) el 463 (6,3%) y para capilaroscopia a 162 (2,23%) (fig. 2). No fueron citados en nuestras agendas 3.106 (43%) pacientes, de estos (fig. 3): las relacionadas con osteoporosis y fibromialgia, se corresponden con un total de 327 consultas (11%) y 397 (13%) respectivamente y por otros motivos 872 (28%), aportándose al médico de AP el protocolo expresamente elaborado en nuestro servicio para el manejo de estas patologías en su ámbito. Aquellos que no cumplan protocolo de derivación a Reuma 725 (23%). Por falta de aporte de datos mínimos para realizar una correcta valoración 445 (14%). Indicando al MAP los estudios a realizar. Solicitudes de revisiones de pacientes ya en seguimiento 340 (11%).

Conclusiones: Este sistema de interacción con Atención Primaria nos ha permitido centrar nuestra actividad en la atención a pacientes con patología compleja reumatología donde verdaderamente aportamos valor, especialmente importante en estos momentos ante la escasez de reumatólogos y mejorar la comunicación con AP.

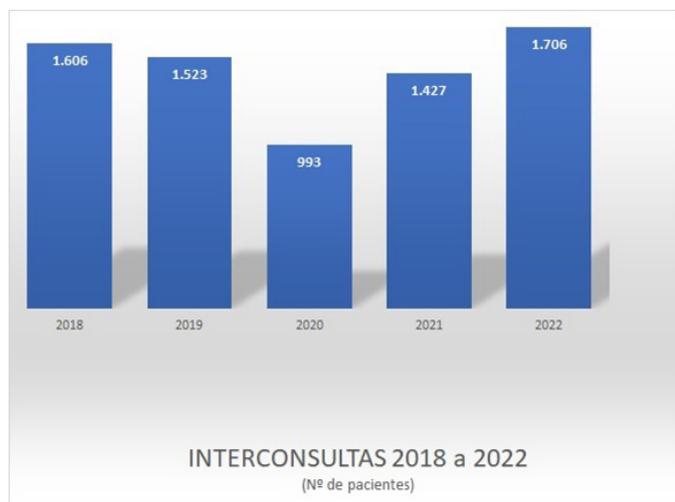


Figura 1. Número total de IC valoradas por año.

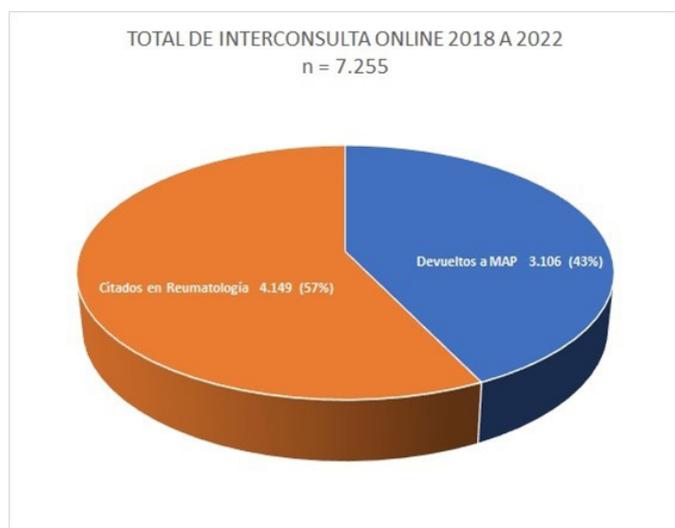


Figura 2. Valoración global de las IC entre el año 2018 a 2022.

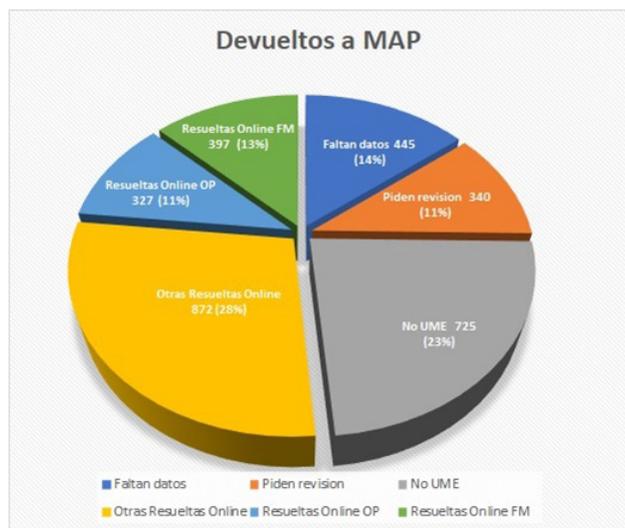


Figura 3. Devoluciones a MAP. Motivos.

P365. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO CON INTERCAMBIO ENTRE INFILIXIMAB ORIGINAL Y SUS BIOSIMILARES

Verónica García García, Ana María Ruiz Bejerano, Sonia Jiménez Barrios, Mauro Ferre Sanfrancisco, Javier Bachiller Corral y Mónica Vázquez Díaz

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Introducción: Los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) biosimilares son comúnmente empleados en pacientes con enfermedades reumatológicas inmunomediadas, habiendo demostrado su biosimilitud con los originales, siendo más coste-efectivos. Hay múltiples estudios sobre el intercambio entre FAMEb originales y sus biosimilares (y en menor medida, entre biosimilares) y se ha demostrado su efectividad y seguridad, en cuanto a efectos adversos. Estos resultados han favorecido la realización con garantía de estos intercambios en la práctica clínica habitual.

Objetivos: Describir la supervivencia del FAMEb biosimilar tras el intercambio, así como los eventos adversos, las infecciones y las causas de suspensión de infliximab (IFX) tras el intercambio entre el biológico original y biosimilar.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo y analítico en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años atendidos que reciben tratamiento con IFX y han realizado al menos un intercambio. Para el análisis de supervivencia se incluyeron todos los pacientes que hubiesen recibido tratamiento con IFX original (Remicade®) y a los que se ha cambiado a biosimilar (Inflectra®/Remsima®), siendo la mayoría de cambios posteriores a septiembre de 2021. Para el estudio de seguridad se incluyeron también pacientes que habían realizado un cambio inverso (biosimilar-original) o un doble cambio (biosimilar-original-biosimilar). El motivo del cambio fue tanto por decisión clínica como administrativa (cese de suministro del original).

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, con una edad media de 58,5 años (34-82) y una evolución media de la enfermedad de 19,5 años ($\pm 10,26$), siendo mujeres el 52,3%. Los diagnósticos reumatológicos más frecuentes fueron la espondiloartritis (43,2%) y la artritis reumatoide (38,6%). Además, 7 pacientes (15,9%) tenían también diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. El 81,8%, además de IFX, recibían tratamiento con un FAME clásico, siendo metotrexate el más frecuente (65,9%). El 79,5% de los pacientes recibían IFX como 1ª línea de tratamiento biológico, el 13,6%, como 2ª y el 6,9%, como 3ª o posterior. Entre los que recibieron un FAMEb previo, 8 habían recibido otro anti-TNF α , uno, anti-IL6 y otro, anti-IL17. La media de tiempo en tratamiento con IFX antes del cambio fue de 101,1 meses ($\pm 64,3$). Tras el cambio, el seguimiento medio fue de 13,1 meses ($\pm 9,1$). Para el estudio de supervivencia se incluyeron 33 pacientes; la supervivencia a los 6 meses fue del 96,6% (29/30 pacientes) y al año del 84,6% (11/13 pacientes). No hubo diferencias en cuanto a suspensión del fármaco en función de la edad, el diagnóstico reumatológico (o de otras enfermedades inmunomediadas) o la línea de tratamiento. Para el estudio de seguridad se incluyeron 44 pacientes, 8 con cambio doble y 3 con cambio de biosimilar a original. Hubo eventos adversos en 13 pacientes (29,5%), principalmente infecciones (8 pacientes), sobre todo respiratorias. Solo se objetivó una reacción infusional (en el grupo original-biosimilar), que no supuso la retirada del IFX.

Conclusiones: En nuestra serie encontramos una persistencia a corto plazo del fármaco similar a estudios previos; sin encontrarse diferencias por subgrupos de pacientes. La tasa de eventos adversos fue similar a la descrita, siendo en su mayoría infecciones. Solo se encontró una reacción infusional que no su supuso la suspensión del tratamiento.

P366. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES TRATADOS CON TOCILIZUMAB

Elisabet Perea Martínez^{1,2,3}, Antonio Avilés Hernández^{1,2}, M^a Carmen López González^{1,2}, Cristina Rodríguez Alvear^{1,2}, Paloma Vela Casasepère^{1,2,3}, Vega Jovaní Casano^{1,2}, Agustín Martínez Sanchís^{1,2}, Joaquín Esteve i Vives^{1,2}, Pilar Bernabeu González^{1,2}, Irene Calabuig Sais^{1,2}, Silvia Gómez Sabater^{1,2}, Rocío Caño Alameda^{1,2} y Mariano Andrés Collado^{1,2,3}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

Introducción: El tocilizumab es un anticuerpo humanizado dirigido contra el receptor de la interleuquina 6. Esta citoquina induce la diferenciación de los linfocitos B a células plasmáticas y la producción de anticuerpos. Hemos observado en práctica clínica que algunos pacientes tratados con tocilizumab han presentado formas graves de hipogammaglobulinemia, asociación, sin embargo, escasamente reportada en la literatura (Vílchez-Oya 2020).

Objetivos: Analizar la incidencia de hipogammaglobulinemia en pacientes con artritis reumatoide (AR) o arteritis de células gigantes (ACG) tratados con tocilizumab.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y no controlado, en pacientes seguidos en la sección de Reumatología del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico de AR o ACG e incluidos localmente en el registro BIOBADASER. Por otro lado, se excluyeron aquellos con una duración del tratamiento con tocilizumab menor a 3 meses y/o sin determinación de inmunoglobulinas tras su inicio. La variable de resultado fue la incidencia acumulada de hipogammaglobulinemia, definida por unos niveles de IgG inferiores a 750 mg/dL, al menos a los 6 meses del tratamiento, calculándose su intervalo de confianza (IC) al 95%. Otras variables recogidas fueron la incidencia de hipogammaglobulinemia grave (IgG inferior a 450 mg/dL) y de infección grave (aquellas que requirieron ingreso hospitalario o tratamiento endovenoso).

Resultados: De los 90 pacientes incluidos inicialmente, se excluyeron 60 por menos de 3 meses de tocilizumab o ausencia de determinación de inmunoglobulinas postratamiento. La muestra final de estudio fue de 30 pacientes, con una edad media de 64 años (DE ± 13 años) siendo el 70% mujeres (21/30). El 60% de los casos padecían AR (18/30). La vía de administración más frecuente del tocilizumab fue la subcutánea (66,7%). La mediana de tiempo de determinación de inmunoglobulinas postratamiento fue de 12 meses (RIC 4,3-37,6 meses). Se observó hipogammaglobulinemia en 13 casos, con una incidencia de 43,3% (IC95% 27,4-60,8%). Dos de estos pacientes habían recibido tratamiento previo con rituximab, y 6 recibían tratamientos concomitantes, tres metotrexatos y tres leflunomida. Hubo 4 casos de hipogammaglobulinemia basal; dos de ellos habían recibido tratamiento previo con rituximab. Hubo 5 casos (38,5%) de hipogammaglobulinemia grave y uno de ellos (7,7%) precisó reposición de inmunoglobulinas. Cinco casos de hipogammaglobulinemia (38,5%) asociaron también descenso de IgA e IgM, pero ninguno mostró linfopenia. Hubo 4 casos (30,8%) de infección grave. Únicamente un paciente con hipogammaglobulinemia grave precisó retirada del fármaco por sepsis urinaria.

Conclusiones: La hipogammaglobulinemia asociada a tocilizumab no ha sido estudiada en profundidad. La determinación de inmunoglobulinas en estos pacientes no está integrada en la práctica clínica habitual. Nuestros datos apoyan diseñar nuevos estudios con carácter prospectivo que permitan analizar con mayor evidencia la posi-

ble asociación entre el uso de fármacos anti-IL6 y el desarrollo de hipogammaglobulinemia.

P367. PREVALENCIA DE LEISHMANIASIS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

Esther Monleón Acosta, Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Perez González, Juan Moreno Morales, Fernando José Rodríguez Martínez, María Rosario Oliva Ruiz, Edgar Soriano Navarro, Ana Uceda Galiano, José María Andreu Ubero, Josefa León Navarro, Francisco Pedrero Martínez y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa causada por un parásito intracelular del género *Leishmania*. En cuanto a su expresión clínica, podemos observar: leishmaniasis subclínica, cutánea (LC) y visceral (LV). La respuesta inmunológica desencadenada en este tipo de infecciones se basa en una activación de la vía TH1, en la que se ven implicadas moléculas como el TNF α e interleucinas como IL 12 e IL1^{1,2}. En los últimos años se ha observado un aumento de la incidencia de enfermedades infecciosas oportunistas, como la leishmaniasis, en pacientes con enfermedades reumatológicas que se encuentran en tratamiento con fármacos anti TNFα, como la artritis psoriásica (APS), la espondilitis anquilosante (EA) o la artritis reumatoide (AR)^{1,3}.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de Leishmaniasis de una muestra de pacientes de un centro hospitalario que se encuentran en tratamiento con terapias biológicas. Como objetivo secundario, conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de *Leishmania*.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de un solo centro asistencial. Se analizó una muestra de 720 pacientes que se encontraban en tratamiento biológico, encontrando 5 sujetos diagnosticados de *Leishmania*.

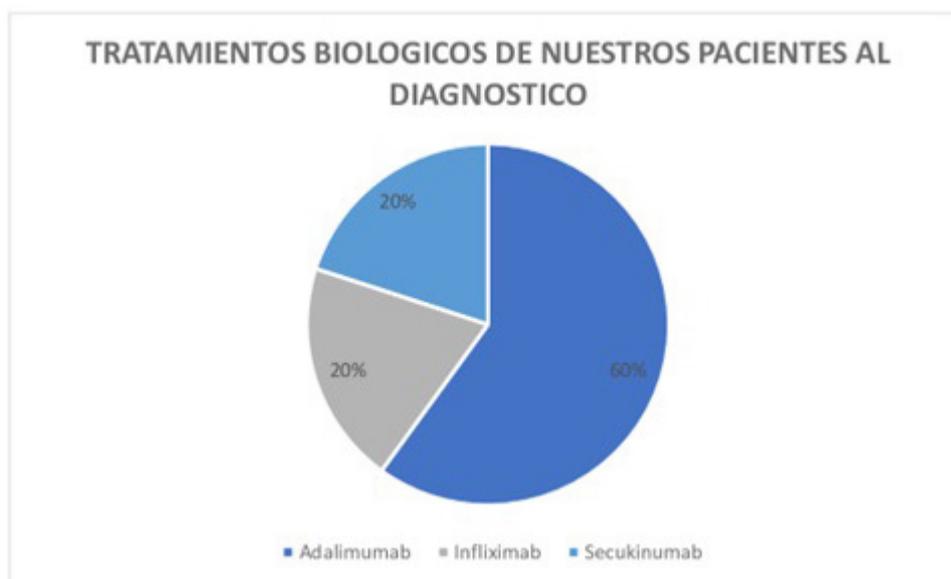
Resultados: De los 720 sujetos, 5 fueron diagnosticados de leishmaniasis lo que supone una prevalencia del 0,69%. De estos cinco pacientes, 3 eran varones (60%) y 2 eran mujeres (30%). La edad media fue de 52,164 ± 10,38 años con una duración media de la enfermedad reumática de 13,2 ± 7,8 años. En cuanto a las patologías que padecían nuestros sujetos (fig. 1), 3 presentaban EA (60%), 1 paciente APS (20%) y otro espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (20%). Respecto a las formas de leishmaniasis, 4 sujetos fueron diagnosticados de LC (80%) y tan solo un paciente fue diagnosticado de LV (20%). El 100% de los pacientes diagnosticados de LC estaban o habían estado en tratamiento con un anti-TNFα (75% con adalimumab y el 25% con infliximab). El único caso diagnosticado de LV, estaba en tratamiento actual con un anti-IL 17 (secukinumab), aunque había estado con adalimumab hasta tres meses antes del diagnóstico (figura 2). Por tanto, podemos afirmar que el 100% de los pacientes diagnosticados de leishmaniasis habían recibido tratamiento con un anti TNFα, con una media de duración de este tratamiento de 6,94 ± 4,7 años.

Tabla resumen de los sujetos diagnosticados de leishmaniasis incluidos en el estudio

Sexo/Edad	Enfermedad	Biológico actual	LC/LV	Localización
H43	Espondilitis anquilosante	Adalimumab	LC	Muslo derecho
H48	Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal	Adalimumab	LC	Ambos codos
H62	Espondilitis anquilosante	Infliximab	LC	Codo izquierdo
M40	Artritis psoriásica	Secukinumab	LV	
M66	Espondilitis anquilosante	Adalimumab	LC	Codo + antebrazo izquierdo



P367 Figura 1. Enfermedades reumáticas diagnosticadas en nuestros pacientes con leishmaniasis (EA = espondilitis anquilosante, APS: artritis psoriásica, EspA asociada a EII = espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal).



P367 Figura 2. Tratamiento biológico administrado en el momento del diagnóstico de la leishmaniasis.

Conclusiones: En nuestro estudio el 100% de los sujetos diagnosticados de leishmaniasis habían estado en tratamiento con una molécula anti-TNF α , siendo adalimumab la más frecuente, lo que coincide con otras series de casos publicados en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Rodríguez G, Puig LI. Piel. Formación Continuada en Dermatología, 2022;37:356-60.
2. Bosch-Nicolau P, Ubals M, Salvador F, Sánchez-Montalvá A, Aparicio G, Erra A, Martínez de Salazar P, Sulleiro E, Molina I. Leishmaniasis and tumor necrosis factor alpha antagonists in the Mediterranean basin. A switch in clinical expression. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(8): e0007708.
3. Plachouri KM, Gkermepesi M, Vryzaki E, Kollyrou P, Marangos M, Georgiou S. A Rare Infectious Complication of a Treatment With Biologics: Disseminated Cutaneous Leishmaniasis Associated With Adalimumab. Dermatol Pract Concept. 2020;10(3):e2020061.

P368. ESTUDIO CLÍNICO, RESPUESTA TERAPÉUTICA Y SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN (NGS) O EXOMA EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. ESTUDIO DE 38 PACIENTES

Eztizen Labrador-Sánchez¹, Diana Prieto-Peña², Rafael B. Melero-González³, Carlota Iñiguez Ubiaga⁴, Fred Antón-Pagés⁵, Anahy Brandy García⁶, Natalia Palmou-Fontana², Clara Moriano-Morales⁷, Juan Antonio López Martín¹, Estibaliz Andrés Trashedo¹ y Ricardo Blanco²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. ²División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁵Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Segovia. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁷Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) se considera una enfermedad autoinflamatoria (EAI) poligénica. Su diagnóstico es de exclusión ya que tanto la clínica como la respuesta terapéutica pueden imitar algunas EAI monogénicas. Se ha hallado una mayor expresión del inflamador NLRP3 en la ESA, aunque se desconoce la implicación de esta vía en la etiopatogenia, así como las variantes genéticas posiblemente asociadas.

Objetivos: Valorar si existen diferencias demográficas, clínicas o de respuesta terapéutica entre los pacientes diagnosticados de ESA portadores de variantes genéticas de EAI y los que no.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico, descriptivo de pacientes con ESA seguidos en servicios de reumatología del Norte de España. Se han recogido datos demográficos, clínicos, genéticos, de laboratorio y de respuesta terapéutica. Se realizó un análisis genético (exoma o NGS) de genes implicados en EAI en aquellos centros en los que se encontraba disponible la técnica.

Resultados: Estudiamos 38 pacientes afectados de ESA (19 varones/19 mujeres); edad media al diagnóstico de 43,8 ± 18,6 años. El tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de 3,5 meses. Las manifestaciones más frecuentes fueron a) fiebre (100%) (continua 68,3%; irregular 26,2% y periódica 5,3%); b) musculoesqueléticas (n = 36; 94,6%), (artralgias 58,3%; artritis 52,7% y mialgias 19,4%); c) lesiones cutáneas (n = 32; 84,2%) (tipo rash máculo-papular la más frecuente; n = 22). Se observaron manifestaciones atípicas en 10 pacientes (26,2%): uveítis aislada (n = 2); enfermedad pulmonar intersticial, glomerulonefritis y amiloidosis (n = 1); epiescleritis (n = 1), manguito periaórtico, hipoacusia neurosensorial y uveítis (n = 1); colitis ulcerosa (n = 1); meningitis linfocitaria (n = 1); tetraparesia por leucoencefalopatía posterior (n = 1); dolor testicular (n = 1); aftas genitales (n = 1). En la analítica, destaca la elevación de reactantes de fase aguda (n = 34; 89,3%) y anemia (n = 17; 44,6%). Los tratamientos usados según frecuencia y respuesta fueron: glucocorticoides (n = 37; 97,4%) con una respuesta completa (RC) en 20 (54%); metotrexato (n = 28; 73,7%) RC (n = 14; 50%); antiinflamatorios no esteroideos (n = 17; 44,7%) RC (n = 0); Anakinra (n = 11; 29%) RC (n = 4; 36,4%); colchicina (n = 8; 21%) RC (n = 2, 25%); canakinumab (n = 3; 7,9%) RC (n = 2; 66,6%); inhibidores de la interleucina-6 (n = 9; 23,7%) RC (n = 8; 88,8%); anti-TNF (n = 7; 18,4%) RC (n = 1; 14,3%). El análisis genético se realizó en 15 pacientes (39,5%). En 3 de ellos (20%) se encontraron variantes de significado clínico incierto (VUS) en heterocigosis en los genes SCN9A (c.2617G > A), NOD2 (c.2104C > T) y TNFRSF1A (c.224C > T). Dos de los pacientes portadores de una VUS presentaban manifestaciones atípicas de la ESA, con presencia de tetraparesia por leucoencefalopatía en un paciente (SCN9A) y dolor testicular (TNFRSF1A). En ambos casos se consiguió una respuesta completa con fármacos inhibidores de la IL-1.

Caracteres generales de los 38 casos con enfermedad de Still del adulto

Datos demográficos	N (%)
Mujeres/Hombres	19 (50)/19 (50)
Edad al diagnóstico (años), media ± DE	43,8 ± 18,6
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Fiebre	38 (100)
Manifestaciones musculoesqueléticas	36 (94,7)
Lesiones cutáneas	32 (84,2)
Manifestaciones atípicas	10 (26,2)
Respuesta completa a tratamiento, n de casos usado (%)	
Glucocorticoides	20 de 37 (54)
Metotrexato	14 de 28 (50)
AINE	0 de 17 (0)
Anakinra	4 de 11 (36,4)
Anti IL-6	8 de 9 (88,8)
Colchicina	2 de 8 (25)
Anti-TNF	1 de 7 (14,3)
Canakinumab	2 de 3 (66,6)
Análisis genético, n (%)	15 (39,5)
VUS: SCN9A (c.2617G > A); NOD2 (c.2104C > T); TNFRSF1A (c.224C > T)	3 (20)

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas típicas más frecuentes fueron la fiebre, musculoesqueléticas y cutáneas, como en otros registros. Sin embargo, observamos una alta presencia de manifestaciones clínicas atípicas. El estudio genético probablemente sea útil en pacientes con antecedentes familiares, fenotipo clínico atípico de ESA o refractariedad terapéutica. Son necesarios más estudios y consensuar el estudio genético para establecer asociaciones más sólidas.

P369. EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES MUCOCUTÁNEAS EN ENFERMEDAD DE BEHÇET: ESTUDIO DE UNA COHORTE DE 120 PACIENTES EN UNA REGIÓN DEL NORTE DE ESPAÑA

Carmen Álvarez Reguera¹, Alba Herrero-Morant¹, José Luis Martín-Varillas¹, Lara Sánchez-Bilbao¹, David Martínez-López¹, Iñigo González-Mazón¹, Guillermo Suárez-Amorín², Rosalía Demetrio-Pablo² y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Reumatología. Hospital de Laredo. ³Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Las manifestaciones mucocutáneas son uno de los signos clínicos más característicos de la enfermedad de Behçet y se incluyen en diferentes criterios de clasificación¹.

Objetivos: Describir las manifestaciones mucocutáneas y valorar su presentación por sexo y edad en una cohorte de pacientes con enfermedad de Behçet.

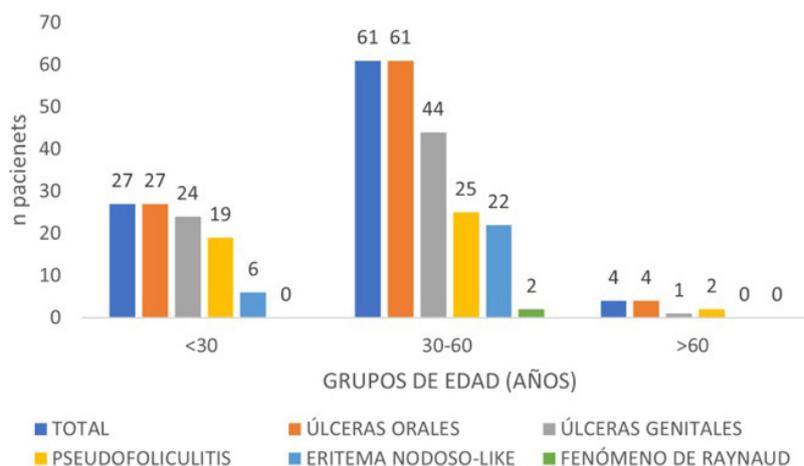
Método: Estudio descriptivo de una cohorte de 120 pacientes diagnosticados mediante sospecha clínica de enfermedad de Behçet desde el 1 de enero de 1980 hasta el 31 de diciembre de 2019. Tras aplicar los criterios internacionales de enfermedad de Behçet (ICBD) se incluyeron 92 pacientes².

Resultados: 92 pacientes (45 hombres/47 mujeres) presentaban lesiones mucocutáneas. La edad media al diagnóstico fue (36,3 ± 12,6) años. 27 (29,3%) eran adultos jóvenes (< 30 años), 61 (66,3%) adultos de edad media (30-60 años) y 4 (4,3%) adultos mayores (> 60 años). La manifestación mucocutánea más frecuente fueron las úlceras orales (n = 92, 100%), úlceras genitales (n = 69, 73,4%), seudofoliculitis (n = 47, 50%), lesiones tipo eritema nodoso (n = 28, 29,8%) y fenómeno de Raynaud (n = 2, 2%). Las úlceras orales y las lesiones de tipo eritema nodoso se presentaron más frecuentemente en mujeres. Las úlceras genitales y la seudofoliculitis fueron más frecuentes en hombres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (test χ^2). El test de Patergia fue positivo solo en 4 pacientes. La biopsia de las lesiones de tipo eritema nodoso se realizó en 5 pacientes, 3 (60%) presentaban paniculitis septal y 2 (40%) vasculitis con infiltración neutrofílica, un hallazgo típico de las lesiones de tipo eritema nodoso en enfermedad de Behçet² (tabla). En la figura se representan las lesiones mucocutáneas por grupos de edad.

Manifestaciones mucocutáneas en una cohorte de 92 pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet

	Total	Mujer	Varón	p
N (%)	92 (100)	47 (51,1)	45 (48,9)	-
Edad (media ± DE)	36,3 ± 12,6	36 ± 13	36 ± 12,2	-
Lesiones mucocutáneas	92 (100)	47 (51,1)	45 (48,9)	0,4*
Úlceras orales	92 (100)	47 (51,1)	45 (100)	0,4
Úlceras genitales	69 (75)	34 (49,3)	35 (50,7)	0,5
Seudofoliculitis	47 (51,1)	23 (48,9)	24 (51,1)	0,7
Eritema nodoso	28 (30,4)	17 (58,6)	12 (41,4)	0,3
Fenómeno de Raynaud	2 (2,2)	2 (0)	0	0,5*
Test de patergia	4 (4,3)	2 (50)	2 (50)	0,9*
Biopsia cutánea	5 (5,4)	2 (40)	3 (60)	-

*Aplicada corrección de Yates. DE: desviación estándar.



P369 Figura. Lesiones mucocutáneas en una cohorte de 94 pacientes con enfermedad de Behçet distribuidos por grupos de edad.

Conclusiones: Identificar lesiones características de enfermedad de Behçet como úlceras orales, genitales, seudofoliculitis y tipo eritema nodoso puede ayudar al diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de la enfermedad. No se observaron diferencias por sexos en las lesiones mucocutáneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nakamura K, et al. Med (Lausanne). 2021;7:613432.
2. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). 2014;28(3):338-47.

P370. ¿CÓMO RENTABILIZAR LAS DERIVACIONES DE LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO?

Tamara Libertad Rodríguez Araya¹, Anna Arias Gassol¹, Xavier Torres Mata² y Luciano Polino¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Departamento de Psicología. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción y objetivos: Gestionar adecuadamente las derivaciones de la población que padece dolor es importante de cara a obtener resultados eficientes en las unidades multidisciplinares (MD) destinadas a su tratamiento. Existen pocos datos publicados a este respecto en dolor crónico primario (DCP) o fibromialgia (FM), por su escasa presencia en el sistema sanitario. La unidad MD de DCP y FM del servicio de Reumatología del Hospital Clínic de Barcelona es referencia y pionera en nuestro país en tratar estas patologías. Mostramos los datos de gestión de las derivaciones del año 2022 para conocer su calidad y nuestro perfil de pacientes y así establecer un plan de mejora para 2023.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de las derivaciones a nuestra unidad en el año 2022. Se han recogido los datos aportados para evaluar su calidad: servicio que deriva, motivo del rechazo si lo hay, variables sociodemográficas y laborales de los pacientes, urgencia de la derivación, diagnóstico principal, tiempo de evolución de la enfermedad y respuesta a tratamientos previos. Esta unidad, hasta 2021, estaba orientada al tratamiento de FM, pero desde enero del 2022, se han incorporado diagnósticos de DCP de cualquier índole, según los nuevos criterios de la IASP (International Association for the Study of Pain).

Resultados: El total de pacientes derivados fue de 478, con edad media de 55,7 ± 11,6, de los que el 92,7% fueron mujeres. Solo se recogió la situación laboral de 78 pacientes, y la mayoría estaban activos o de baja temporal. 382 (79,9%) se encontraban en edad laboral (< 65 años). Los datos sociodemográficos se recogen en la tabla 1. Los servicios que más derivan son reumatología, atención primaria, clínica del dolor, traumatología, rehabilitación, unidad de endometriosis y oncología/hematología. El 1,18% de las derivaciones se hicieron

urgentes y 5,9%, preferentes, aunque no cumplían criterios de urgencia/preferencia. Se aceptaron un total de 330 pacientes (69%). Los datos sobre las derivaciones y el porcentaje de aceptados están recogidos en la tabla 2. Las causas de rechazo fueron: Falta de datos aportados (40%), falta de orientación diagnóstica (25,3%), que el paciente no fuera de zona (6,7%), paciente no subsidiario de tratamiento multidisciplinar (TMD) (por trastornos psiquiátricos, edad muy avanzada o proceso activo de invalidez (8%)) y otros errores administrativos 21,3%. Los diagnósticos principales más frecuentes fueron FM o dolor crónico generalizado (DCG) (50,4%), dolor tras proceso oncológico (13,5%) y dolor en paciente con enfermedad autoinmune inactiva (9,7%). Otros diagnósticos fueron dolor lumbar primario (7%), endometriosis 2,6%, poliartalgias/artrosis 6,2%, capsulitis 1,8%, dolor primario en cadera/trocánter 2,6%, pelvis 1,8%, cervical 2,6%, rodilla 0,9% o tobillo 0,9%. Los datos para evaluar la calidad de las derivaciones están recogidos en la tabla 3. En base a estos datos, hemos establecido un plan estratégico para reducir la edad de derivación y el tiempo desde la aparición de los síntomas ya que mejoraría el pronóstico sintomático, psicológico y funcional del paciente.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes según el servicio que deriva

	Datos derivaciones
Total pacientes	478
Edad media de todos los pacientes	55,7 ± 11,6
Edad media según el servicio que deriva	
Reumatología	52,4 ± 10
Atención Primaria	57,8 ± 11,2
Clínica del dolor	57,1 ± 11
Rehabilitación	59,7 ± 11,4
Traumatología	58,6 ± 17,9
Sexo, porcentaje total	
Mujeres	443 (92,7%)
Hombres	35 (7,3%)
Sexo según el servicio que deriva	
Reumatología	M 88,7%, H 11,21%
Atención primaria	M 86,4%, H 13,6%
Clínica del dolor	M 75,9%, H 24,1%
Rehabilitación	M 82,6%, H 17,4%
Traumatología	M 90%, H 10%
Situación laboral de los pacientes	
Reumatología (recoge datos de 78 pacientes)	
Activo	27 (34,6%)
Amo/a de casa	10 (12,8%)
Baja laboral temporal	27 (34,6%)
Invalidez absoluta	4 (5,1%)
Jubilado por edad	1 (1,3%)
Paro	10 (12,8%)
Atención primaria (recoge datos de 4 pacientes)	
Baja laboral temporal	4
Clínica del dolor (recoge datos de 6 pacientes)	
Baja laboral temporal	6
Rehabilitación (no recoge este dato)	
Traumatología (no recoge este dato)	

Tabla 2. Número de derivaciones distribuido por servicios y porcentaje de admisión a la unidad

	Datos derivaciones	Aceptados
Total pacientes	478	330 (69%)
De zona:	448 (93,7%)	
Reumatología (REU)	190 (42,4%)	176 (92,6%)
Atención Primaria (AP)	129 (28,8%)	83 (64,3%)
Otros servicios	129 (28,8%)	53 (41,1%)
Clínica del dolor (CLD)	39 (8,7%)	3 (7,7%)
Rehabilitación (REHAB)	17 (3,8%)	0 (0%)
Traumatología (TRA)	7 (1,6%)	0 (0%)
Oncología	7 (1,6%)	5 (71,4%)
Unidad Fatiga Crónica	7 (1,6%)	3 (42,8%)
Endometriosis	3 (0,7%)	3 (100%)
Oncohematología	3 (0,7%)	3 (100%)
Otros	46 (10,3%)	36 (78%)
Zona no perteneciente al área del hospital	25 (5,2%)	15 (60%)
Reumatología	4 (16%)	4 (100%)
Atención Primaria	11 (44%)	8 (72,7%)
Otros servicios	10 (0,83%)	3 (30%)
Resto de áreas de Cataluña	4 (0,83%)	2 (50%)
Resto de CCAA fuera de Cataluña	1 (0,2%)	1 (100%)

Tabla 3. Calidad de los volantes de derivación de los pacientes pertenecientes al área del hospital

	REU	AP	CLD	REHAB	TRA
Datos incluidos en la derivación					
No aportan ningún dato	0%	3,03%	28%	21,7%	50%
Solo aportan como dato la sintomatología	0%	9,09%	8%	47,8%	40%
Diagnóstico presuntivo	100%	87,9%	64%	30,4%	10%
Exploración física	64%	6,7%	16%	21,7%	0%
Situación laboral	41,2%	3,03%	16%	0%	0%
Tiempo de evolución desde el inicio de la enfermedad	70,6%	3,03%	8%	0%	10%
Evolución del paciente	82%	13,3%	16%	4,3%	10%
Tratamientos previos y respuesta a los mismos	47%	6,7%	16%	4,3%	10%
Calidad del volante:					
Mala (No aporta datos o solo aporta sintomatología)	0%	12,1%	36%	69,6%	90%
Normal (Al menos diagnóstico presuntivo y evolución de los pacientes)	58%	84,9%	64%	30,4%	10%
Excelente (diagnóstico presuntivo, tiempo de evolución, tratamientos previos y respuesta a los mismos y situación laboral)	41%	3,03%	0%	0%	0%

Conclusiones: El perfil de paciente que es derivado a nuestra unidad es una mujer perimenopáusica con dolor crónico generalizado.

Tabla P371

Prevalencia de LTBI en otras regiones geográficas según la EAS subyacente

Autor, año (ref. en texto)	Región	Criterios diagnósticos y periodo de estudio	Prevalencia en EAS (%)	Prevalencia en AR (%)	Prevalencia en APs (%)	Prevalencia en EA (%)	Prevalencia en LES	Prevalencia en E. Behçet
Soborg <i>et al.</i> (2009)	Dinamarca	TST e IGRA (2005-marzo 2007)	19%	20%		28%		
Chang <i>et al.</i> (2011)	Korea	TST o IGRA (2007-julio 2009)	7%	9%		5%		
Mínguez <i>et al.</i> (2012)	España	TST, T-SPOT.TB y QTF-plus (2008-2010)	35%	22%		47%		
			30%	31%		29%		
			13%	16%				
			20%	22%				
			17%	22%				
Mariett X <i>et al.</i> (2012)	Francia	TST, T-SPOT y QTF-plus (2011)	35,2%					
			15,1%					
			9,9%					
Miras <i>et al.</i> (2014)	España	TST and T.SPOT.TB (agosto 2009 a febrero 2012)					7%	
							5%	
Carina Mori Frade Gomes <i>et al.</i> (2015)	Brasil	TST	20,6%	12,8%	18,8%	37,6%		
D. Perifanou <i>et al.</i> (2018)	Grecia	TST e IGRA test (2008-2010)	66,7%	15%		21%		
			31%					
Anton <i>et al.</i> (2019)	Brasil	TST	13%	4%	23%	26%		
Sellami <i>et al.</i> (2019)	Norte de Túnez	TST e IGRA test (2015-2017)	45,7%					
			21,9%					
Oulkadi <i>et al.</i> (2021)	Marruecos	TST e IGRA test (2017-2021)	7,7%	15,9%	2,4%	24,8%		
			15,4%					
Shen <i>et al.</i> (2021)	China	T.SPOT.TB (octubre 2012 y junio 2017).						29,3%
Serie actual	España	TST	31,7%	29,4%	32,5%	32,5%	25%	33,3%

Los pacientes derivados por reumatología son más jóvenes que los derivados por otros servicios y la calidad de la derivación es mayor, por lo que se les admite con más frecuencia y rapidez para TMD.

P371. INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: PREVALENCIA Y ESTRATEGIA DE SCREENING

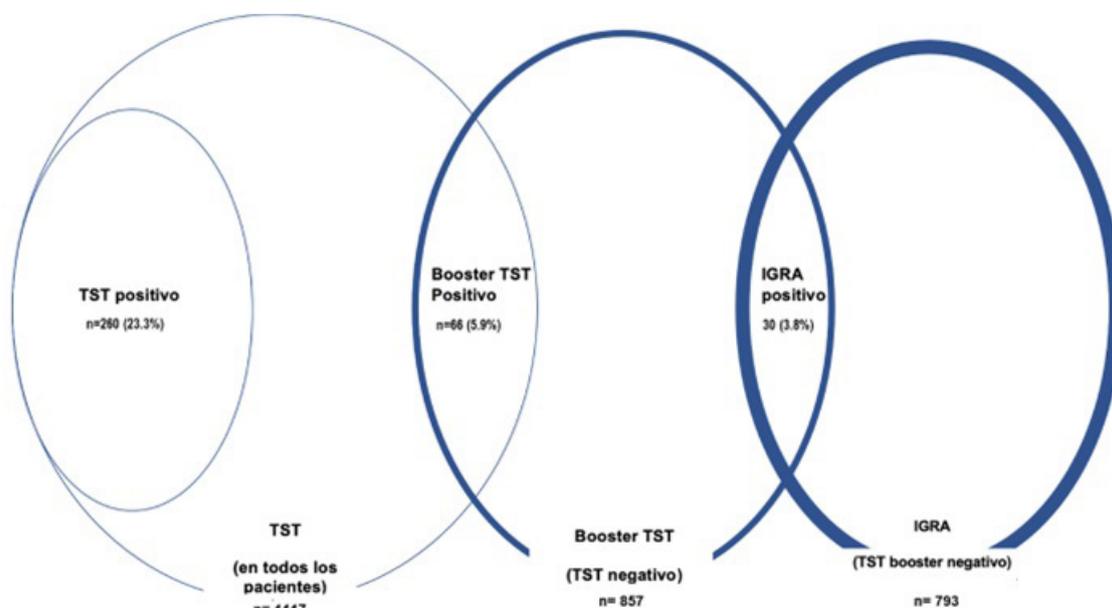
Carmen Lasa¹, Joy Selene Osorio-Chávez², David Martínez-López¹, Carmen Álvarez-Reguera¹, Virginia Portilla¹, Jose Manuel Cifrián-Martínez², Iván Ferraz-Amaro³ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cristóbal de La Laguna.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) e infección tuberculosa latente (ITBL) que requieren terapia biológica (TB) tienen un riesgo mayor de tuberculosis activa (TB) que la población general. La prevalencia de la ITL en pacientes con EAS tiene una distribución diferente según la ubicación geográfica. Para reducir el riesgo de desarrollar TBC es fundamental llevar a cabo un diagnóstico preciso y un tratamiento profiláctico de la ITL. No existe un patrón oro definitivo para diagnosticar la ITBL. La prueba cutánea de la tuberculina (TST) y los ensayos de liberación de interferón-γ (IGRA) son las pruebas más utilizadas en la actualidad.

Objetivos: a) Evaluar la prevalencia de ITBL en pacientes con EAS, b) Determinar la importancia de utilizar una prueba de refuerzo en pacientes con TST negativa, c) comparar la TST con la prueba IGRA en la detección de ITBL en pacientes con EAS y d) realizar una revisión bibliográfica de la prevalencia de ITBL en diferentes áreas geográficas y su relación con la EAS.

Métodos: Estudio transversal unicéntrico de un hospital universitario que incluyó a pacientes diagnosticados de alguna EAS que se sometieron a un TST (± booster) y/o IGRA en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2016 a 2020. En los casos en los que TST fue negativa, se realizó una nueva TST (booster) entre 1 y 2 semanas después de la primera. Un reumatólogo experto realizó el diagnóstico, de acuerdo con los criterios de clasificación ACR/EULAR, establecidos para cada EAS. La ITBL se definió por una TST positiva y/o



P371 Figura. Proporción de positivos en diferentes test para diagnosticar LTBI en pacientes con EAS.

IGRA sin evidencia de TB activa. El diagnóstico con IGRA frente a TST se comparó mediante el coeficiente kappa de Cohen. Se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios previos de prevalencia de ITBL en pacientes con EAS. La búsqueda fue realizada en agosto 2022. El objetivo de esta revisión fue comparar la prevalencia de LTBI en pacientes con EAS en diferentes áreas geográficas.

Resultados: Se incluyeron 1.117 pacientes (741 mujeres/376 hombres), con una edad media 53 ± 15 años con ITBL. La prevalencia global de ITBL fue del 31,7%, obteniéndose un 25% para el LES, y un 33,3% en enfermedad Behçet. Los resultados de prevalencia, comparados con otros países, se muestran en TABLA. La prueba de refuerzo fue positiva en 66 pacientes (7,7%) de 857 pacientes con TST simple negativa. La TST (+booster) fue positiva en 187 pacientes (22,9%) de 817 con una prueba IGRA negativa o indeterminada. La prueba IGRA fue positiva en 30 (3,8%) de 793 pacientes con una TST(+booster) negativa, como se representa en la figura. El coeficiente kappa de Cohen entre TST (+booster) e IGRA (QFT-plus), fue de 0,381.

Conclusiones: La ITBL es frecuente entre los pacientes con EAS. El cribado de ITBL es importante en pacientes que necesitan recibir TB. Esta evaluación debe realizarse realizando tanto la TST como el IGRA para asegurar la detección de todos los pacientes con ITBL, ya que ambas pruebas pueden tener resultados falsos negativos, especialmente en pacientes con EAS que reciben terapia inmunosupresora.

P372. UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS. TRES AÑOS DE EXPERIENCIA

Carlos Manuel González Fernández, Luis Alberto Menchén Viso, Ofelia Baniandrés Rodríguez, Ana Herranz Alonso, Lucía Ibares Frías, Carmen Lobo Rodríguez, Ignacio Marín Jiménez, Juan Carlos Nieto González, Esther Chamorro de Vega, Indalecio Monteagudo Sáez, José Miranda Bautista, Javier Torresano Bruno, Clara Serrano Moreno, Nieves López Fresneña, Amparo López Esteban, Ana López Calleja, Paloma Morales de los Ríos Luna, María Jesús Lizcano Fernández, Arantza Ais Larizgoitia, Rosa Romero Jiménez, Elena Lobato Matilla, Jose María Álvaro-Gracia, Álvaro Santander, Sonia García de San José

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Hemos desarrollado en nuestro hospital un modelo de atención integral y multidisciplinar para pacientes con enferme-

dades inflamatorias mediadas por la inmunidad (EIMI) en tratamiento con terapias biológicas (TB) o con especial complejidad, con la colaboración de Dermatología (Der), Digestivo (Dig), Reumatología (Reu), Oftalmología (Oft), Endocrinología, M Preventiva, Enfermería de Práctica Avanzada, Psicología, Psiquiatría y Farmacia. Enfermedades: artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA), artritis psoriásica (APs), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y psoriasis (Ps). Los pacientes colaboran en el funcionamiento y dirección de la unidad.

Objetivos: Comprobar los cambios que nuestro modelo ofrece en la accesibilidad, efectividad, eficiencia, efectividad y calidad percibida, además de ahondar en el concepto de multidisciplinariedad.

Métodos: Se comparan los resultados de 2019, 2020 y 2021. Indicadores: pacientes atendidos, pacientes que inician terapia biológica, pacientes procedentes de otra área sanitaria, proporción de pacientes que necesitan ser atendidos por más de una especialidad, proporción de pacientes en remisión clínica, porcentaje de pacientes ingresados o admitidos en urgencias por cualquier causa, coste anual de la TB por paciente, proporción de pacientes en tratamiento con biosimilar y calidad percibida.

Resultados: Datos para indicador en 2019, 2020 y 2021. Accesibilidad: pacientes atendidos: 2.333; 2.986; 3.043. Pacientes con terapia biológica: 1.731; 1.775; 1.906. Pacientes que inician terapia biológica: 140; 145; 238. Pacientes de otra área sanitaria, 39,2%; 42%; 40,4%. Actividad: Consultas médicas: 5.914; 8.156; 9.999. Consultas enfermería: 7.961; 11.014; 12.130. Consultas atención farmacéutica: 1.325; 2.311; 2.131. Tratamientos hospital de día: 4.073; 4.093; 4.916 (incluye vacunaciones en 2021). Los datos de efectividad y eficiencia se muestran en las tablas. Multidisciplinariedad (2020 y 2021): Reu 23,3%; 27,5%. Dig 20,5%; 20,9%. Der 46,8%; 41,8%. Oft 24,6%; 27,5%. Calidad percibida (Net Promoter Score-NPS-) (2020 y 2021): 88; 78.

Tabla 1. Efectividad

	Reu			Dig			Derma		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Pacientes en remisión (%)*	52,3	62,4	66,8	67,3	72,6	73,4	78,4	82,8	88,7
Ingreso cualquier causa (%)	10,7	6,4	5,5	15,9	9,8	15,3	3,8	4,3	6

*Los índices de remisión clínica varían con cada enfermedad.

Tabla P372
Tabla 2. Eficiencia

	AR			EspA			APs		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Coste medio fármaco paciente/año €	6,371	5,757	5,403	6,162	5,748	4,771	6,895	6,331	5,767
Porcentaje biosimilares%	55,8	54,2	66,8	29,3	34,3	54,5	31,8	31,9	54,5
	EII			Psoriasis					
Coste medio fármaco paciente/año €	2019	2020	2021	2019	2020	2021			
Porcentaje biosimilares%	8,693	7,997	7,296	7,210	6,945	6,651			
	48,9	57,3	64,7	13,6	25,9	42,0			

Conclusiones: Observamos una mejoría en la calidad de la atención en nuestro modelo integral multidisciplinar de atención a pacientes con EIMI tratados con TB con la incorporación de los pacientes en la dirección. Es destacable la mejoría en la efectividad de las TB medida por el porcentaje de pacientes en remisión clínica, la disminución del coste medio del biológico por paciente/año y la excelente calidad percibida medida por el NPS. Nuestro modelo no implica un aumento de recursos humanos sino un estilo distinto de trabajo. Nuestro modelo de atención integral mejora no solo la calidad percibida, sino también la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria, aunque necesitamos profundizar en el análisis y en el funcionamiento de nuestro modelo para confirmar esta mejoría.

P373. EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDAD DE ENFERMEDAD DE BEHÇET EN EL NORTE DE ESPAÑA

Carmen Álvarez Reguera¹, Guillermo Suárez Amorín², Alba Herrero-Morant¹, Lara Sanchez-Bilbao¹, David Martínez-López¹, José Luis Martín-Varillas³, Raúl Fernández-Ramón², Rosalía Demetrio-Pablo² y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Reumatología. Hospital de Laredo.

Introducción: La prevalencia de la enfermedad de Behçet es muy variable geográfica y temporalmente. Los datos epidemiológicos de esta enfermedad en España son muy escasos^{1,2}.

Objetivos: Evaluar la epidemiología y dominios clínicos de la enfermedad de Behçet en una cohorte de una región bien definida en el norte de España comparando los resultados con otras áreas geográficas.

Método: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal en una población bien definida del norte de España. Se recogieron los casos sospechosos de enfermedad de Behçet entre enero de 1980 y diciembre de 2018. El diagnóstico se realizó siguiendo los criterios clasificatorios del International Study Group (ISG) de enfermedad de Behçet. La incidencia de enfermedad de Behçet entre 1999 y 2018 se estimó por sexo, edad y año de diagnóstico.

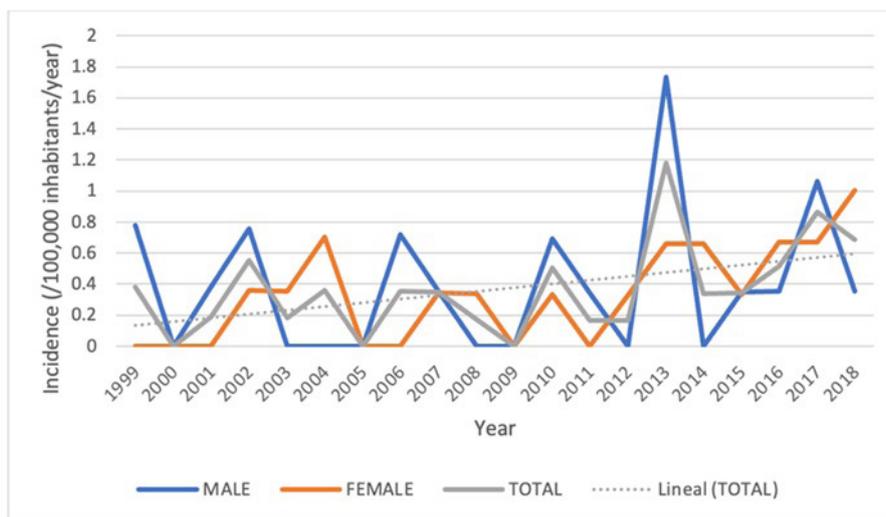
Resultados: De los 120 pacientes con sospecha de enfermedad de Behçet, 59 cumplieron los criterios ISG y fueron finalmente incluidos en el estudio con un ratio de varón/mujer de 0,97; la edad media fue 49,7 ± 14,7 años. La incidencia durante este periodo fue 0,492 por cada 100.000 habitantes, observándose un aumento de enero de 1999 a diciembre de 2018. La prevalencia fue de 10,14 por 100.000 en 2018. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las úlceras orales recurrente (100%), las úlceras genitales (78%), las lesiones cutáneas (84,7%), la afectación articular (64,4%), la uveítis (55,9%), la afectación neurológica (16,9%), vascular (10,2%), y gastrointestinal (6,8%). Se incluye en la tabla una revisión de otros estudios comparando los diferentes fenotipos clínicos.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad de Behçet en esta región es mayor que otras del sur de Europa. La diferencia puede reflejar una combinación de variaciones geográficas, genéticas o metodológicas además del acceso al sistema público de salud. Los fenotipos clínicos son similares a otros observados en otras regiones del mundo.

Tabla P373
Fenotipos epidemiológicos de enfermedad de Behçet en otras áreas geográficas

Autor, año	Región	Úlceras orales/genitales (%)	Lesiones cutáneas (%)	Uveítis (%)	Manifestaciones articulares (%)	Neurobehçet (%)	Manifestaciones vasculares (%)	Manifestaciones gastrointestinales (%)
Deligny <i>et al.</i> , 2012	Caribbean Islands (Martinique)	100/NR	NR	25	55,6	28	30	19,4
Calamia <i>et al.</i> , 2009	North America (Minnesota, USA)	100/62	85	62	46	23	23	NR
Tüzün <i>et al.</i> , 1996	Middle East (Çamaş, Turkey)	100/73,7	NR	0	47,4	NR	NR	NR
Al-Rawi <i>et al.</i> , 2003	Middle East (Saqlawia, Irak)	100/83,3	50	40	33,3	NR	NR	16,6
Azizlerli <i>et al.</i> , 2003	Middle East (Istanbul, Turkey)	100/70,2	NR	27,7	NR	NR	NR	NR
Krause <i>et al.</i> , 2007	Middle East (Galilee, Israel)	NR/68	41	58	70	11,6	NR	NR
Baş <i>et al.</i> , 2016	Middle East (Northern Anatolian, Turkey)	100/71	NR	28	14	NR	NR	NR
Davatchi <i>et al.</i> , 2019	Middle East (Iran)	97,5/64,4	62,2	55,6	38,1	3,9	8,9	6,8
Chamberlain, 1977	Northern Europe (Yorkshire County, UK)	100/91	66	25	63	25	25	9
Jankowski <i>et al.</i> , 1992	Northern Europe (Scotland, UK)	100/73,3	86,6	93,4	NR	20	NR	53,3
Zouboulis <i>et al.</i> , 1997	Northern Europe (Berlin, Germany)	99/75	76	59	59	12,8	NR	NR
Altenburg <i>et al.</i> , 2006	Northern Europe (Berlin, Germany)	98,5/63,7	62,5	58,1	53	10,9	22,7	11,6
Mohammad <i>et al.</i> , 2019	Northern Europe (Skane County, Sweden)	100/80	88	53	40	0	20	NR
Ambresin <i>et al.</i> , 2002	Central Europe (Lausanne, Switzerland)	86/31	60	71	60	20	20	NR
Kanecki <i>et al.</i> , 2017	Central Europe (Poland, Nationwide)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mahr <i>et al.</i> , 2014	Southern Europe (Seine-Saint-Denis County, France)	100/80	90	51	59	10	NR	10
Salvarani <i>et al.</i> , 2007	Southern Europe (Reggio Emilia, Italy)	100/78	100	56	50	11	6	NR
Peñafiel <i>et al.</i> , 2007	Southern Europe (Granada, Spain)	NR	86,4	65,9	68,2	10	65,9	NR
González-Gay <i>et al.</i> , 2000	Southern Europe (Lugo-Galicia, Northwestern Spain)	100/87,5	87,5	43,8	62,5	31,3	43,7	18,8

ISG: International Study Group; ICBD: International Criteria for Behçet's Disease; NR: No Reportado.



P373 Figura. Incidencia anual en enfermedad de Behçet.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davatchi F, et al. Expert Rev Clin Immunol. 2017;13(1):57-65.
2. Peñafiel Burkhardt R, et al. Med Clin (Barc). 2007;128(18):717.

P374. RESULTADOS DEL SEGUNDO EMBARAZO EN MUJERES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UN HOSPITAL TERCIARIO

María Enjuanes Noguero¹, O. Ibarguengoitia², L. Vega¹, C.L. García¹, E. Abad¹, E. Galíndez¹, J.M. Blanco¹, A.R. Inchaurre¹, I Torre¹, E. Cuende¹, M.R. Expósito¹, O. Fernández¹, I. Gorostiza³, M.L. García Vivar¹ y M.E. Ruiz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Galdakao. ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: El embarazo en mujeres con enfermedades autoinmunes sistémicas y artropatías inflamatorias se asocia a complicaciones maternofetales y se considerada de alto riesgo. Gracias a un seguimiento estrecho en unidades multidisciplinarias, estas mujeres con más frecuencia tienen más de un embarazo.

Objetivos: Evaluar la evolución y las complicaciones del embarazo de mujeres con enfermedades autoinmunes con más de un embarazo a término en una unidad multidisciplinar de un hospital terciario comparado con población control del mismo centro (6,59% partos prematuros, 14,4% cesárea) y comparar las complicaciones y la actividad de la enfermedad entre ambos embarazos.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de la evolución del embarazo en pacientes con enfermedades autoinmunes [artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA), artritis psoriásica (APs), artritis idiopática juvenil (AIJ), lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome antifosfolípido primario (SAF), portadoras asintomáticas de anticuerpos, síndrome de Behçet y enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC)] y seguimiento en una unidad multidisciplinar durante más de 15 años (hasta diciembre de 2022). Solo se incluye-

ron pacientes con más de un embarazo a término. Se recogieron datos demográficos, enfermedad materna, comorbilidades y presencia de anticuerpos. Además, durante el seguimiento se registraron el tratamiento, las cesáreas, los partos prematuros, la actividad de la enfermedad y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 74 embarazos (38 mujeres) con una edad media al parto de 34,39 ± 5,16 años. La edad media en el primer y segundo embarazo fue de 32,54 y 34,33 años respectivamente. En 7 embarazos (9,5%) recibieron tratamiento de fertilidad. Se practicó cesárea en 18 casos (24,3%). Se registraron anticuerpos anti-Ro en 20 embarazos y no hubo ningún caso de bloqueo cardíaco registrado entre ellos. El parto prematuro (< 37 semanas) se produjo en el 5,4% (n: 4) de los embarazos: todos ellos en pacientes con LES. Se observó crecimiento intrauterino retardado (CIR) en 3 casos (4,1%) (AR 2, portadora asintomática de Ac 1) y solo hubo 1 caso (1,4%) de preeclampsia en una paciente con LES. Durante el seguimiento se registraron 15 complicaciones feto/maternas diferentes: 5 durante el primer embarazo y 10 en el segundo. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre complicaciones durante el primer y el segundo embarazo. La frecuencia de las complicaciones se muestra en la tabla. En cuanto al tratamiento concomitante, se utilizó prednisona en el 36,5% de los embarazos, hidroxicloroquina en el 68,9%, heparina en el 18,9% y ácido acetilsalicílico en el 70,3%. La mediana de la DAS28 entre las pacientes con AR de las que se disponía de datos fue inferior a 2,6 durante todo el embarazo, así como anterior y posterior.

Conclusiones: La experiencia en la consulta multidisciplinar durante el primer embarazo es buena, tanto en el control de enfermedad como en las complicaciones lo que hace que las pacientes se planteen futuros embarazos. En nuestra serie, aunque globalmente bajas, las complicaciones en el segundo embarazo fueron el doble que en el primero. Las mujeres tienen mayor riesgo de cesárea que la población general, pero no de parto prematuro. La edad avanzada puede ser una de las razones y requiere un seguimiento estrecho y continuado del embarazo. Dado el escaso número de pacientes no pueden extraerse conclusiones significativas. Por lo tanto, son necesarios más estudios.

Tabla P374
Frecuencia de complicaciones

Complicaciones	nº (%)	Primer embarazo	Segundo embarazo
Infección	4 (26,66%)	3 (1 Aps; 1 AIJ, 1 LES)	1 (1 EspA)
CIR	3 (20%)	0	3 (2 AR; 1 portadora de Ac)
Preeclampsia	1 (6,66%)	1 (1 LES)	0
Diabetes	4 (26,66%)	0	4 (2 LES; 1 EspA; 1 Aps)
Nefropatía	2 (13,33%)	1 (1 LES)	1 (1 LES)
Colestasis	1 (6,66%)	0	1 (1 AR)
Total	15 (100%)	5 (33,3%)	10 (66,7%)

P375. MUTACIÓN JAK2 (V617F) Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS REUMATOLÓGICAS. ESTUDIO DE 130 PACIENTES DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Carmen Álvarez Reguera¹, Lara Sanchez-Bilbao¹, Alba Herrero-Morant¹, Ana Batlle-López², Sara Fernández-López² y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Las janus kinasas (JAK) promueven la producción de citoquinas en células inmunes y hematopoyéticas. La mutación JAK-2 (V617F) es la mutación más frecuente en síndromes mieloproliferativos (SMP) entre los que se incluyen: la trombocitemia esencial (TE), la policitemia vera (PV), la mielofibrosis primaria (MFP) y los SMP indiferenciados. La mutación JAK-2 (V617F) tiene un papel proinflamatorio que se asocia con un riesgo mayor de enfermedades inmunomediadas (IMID).

Objetivos: De una serie de pacientes con mutación de JAK-2 (V617F), se evaluó la presencia de a) IMID (reumatológicas y no reumatológicas), b) tratamiento de IMID reumatológicas.

Métodos: Se estudiaron todos los pacientes diagnosticados con mutación JAK-2 (V617F) positiva de un único Hospital Universitario desde enero de 2004 hasta diciembre de 2019. La mutación JAK-2 (V617F) se diagnosticó usando muestras de sangre periférica y médula ósea. Se revisaron las IMID asociadas y el tratamiento de las IMID reumatológicas.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes (73 hombres/57 mujeres; edad media 70,1 ± 14,5 años). Todos fueron diagnosticados de SMP; TE (n = 64, 49,2%), PV (n = 46,35,4%), SMP indiferenciados (n = 12, 9,2%) y MFP (n = 8, 6,1%). De los 130 pacientes, 10 (7,7%) tenían una IMID reumatológica diagnosticada: artritis reumatoide (AR) (n = 4; 40%), polimialgia reumática (PMR) (n = 3; 30%), síndrome de Sjögren (SS) (n = 1; 10%), síndrome antifosfolípido (SAF) (n = 1; 10%) y síndrome autoinflamatorio (mutación WDR1) (n = 1; 10%). Los pacientes con AR, SS, PMR y SAF tenían unas manifestaciones clínicas poco agresivas. Todos los casos de AR eran seronegativos, no erosivos y sin afectación extraarticular. El tratamiento y la respuesta clínica se resumen en la tabla. Los pacientes diagnosticados de PMR se trataron con corticoides (prednisona 5 mg/12 horas), SS con hidroxiquina (HCQ) (200 mg/día), el SAF anticoagulado con acenocumarol y un síndrome autoinflamatorio fue finalmente tratado con baricitinib (4 mg/día) tras fallo a anakinra (100 mg/día).

Tratamiento de 10 pacientes con IMID reumatológicas y mutación JAK-2 (V617F)

Casos, n	Diagnóstico	Edad/Sexo	Tratamiento	Evolución clínica
4	AR	67/H	AINE	Mejoría
		87/M	PDN/MTX	Mejoría
		93/H	PDN/MTX	Mejoría
3	PMR	82/H	HCQ	Mejoría
		68/H	PDN	Mejoría
		89/H	PDN	Mejoría
1	SAF	76/M	Acenocumarol	Sin respuesta
1	SS	78/M	HCQ	Mejoría
1	ESA	65/H	PDN, ANA, BARI	Mejoría

AINE: antiinflamatorios no esteroideos, ANA: anakinra, AR: artritis reumatoide, BARI: baricitinib, ESA: enfermedad de Still del adulto, HCQ: hidroxiquina, MTX: metotrexato, PDN: prednisona, PMR: polimialgia reumática, SAF: síndrome antifosfolípido, SS: síndrome de Sjögren.

Conclusiones: Excepto en el caso de síndrome autoinflamatorio, la mayoría de IMID reumatológicas asociadas a la mutación JAK-2 (V617F) fueron clínicamente leves y el tratamiento y respuesta de estos pacientes parece similar o incluso mejor que aquellos que no presentan esta mutación.

P376. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Katerine Fabiola López Gloria¹, Carlos Tomás Roura¹, Teresa Miralles Romero², Nuria Luis³, Esther Sauras Colón⁴ y Anna Pàmies Corts¹

¹Sección de Reumatología. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. ²Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Deltobre. ³Enfermería de Reumatología. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. ⁴Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

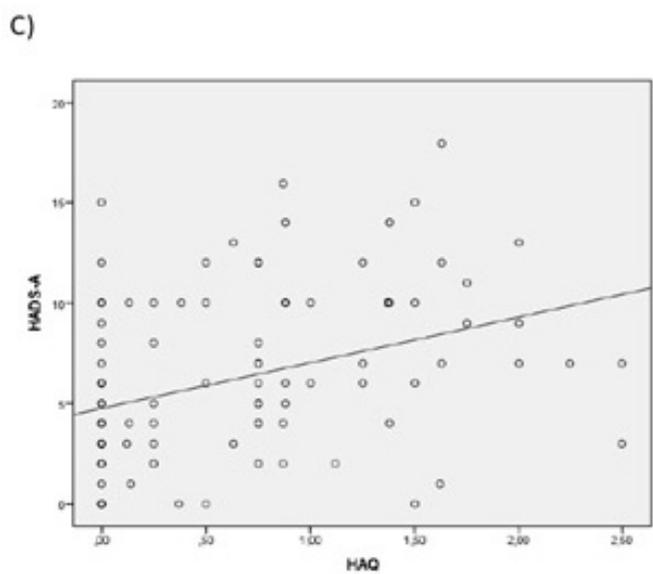
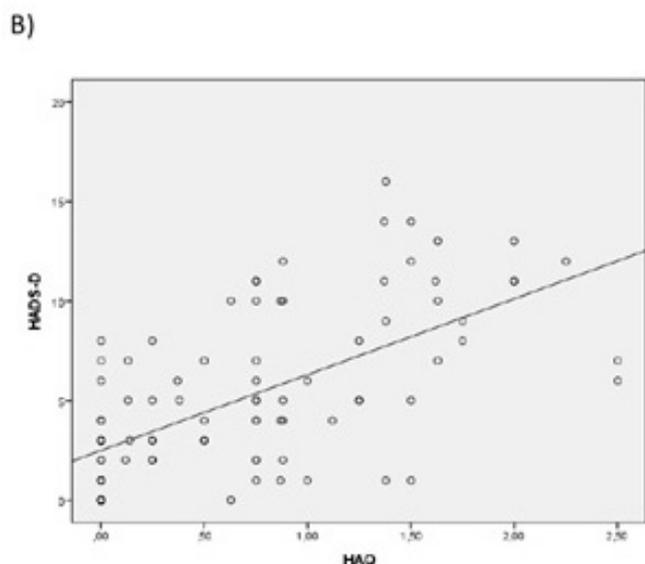
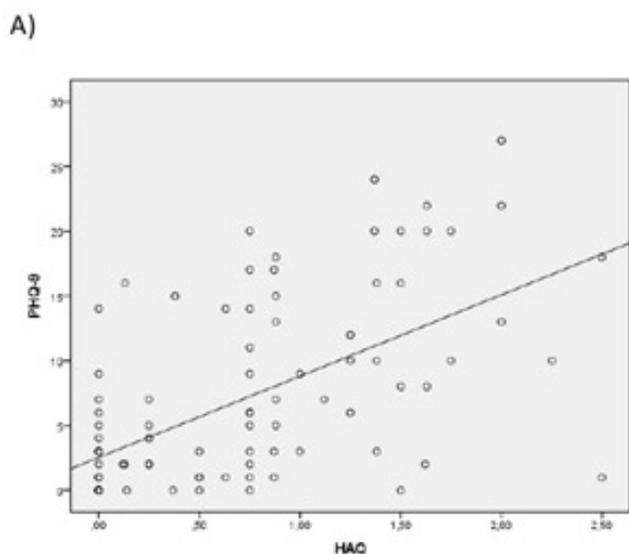
Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) presentan múltiples comorbilidades entre las que destacan las enfermedades que afectan al estado de ánimo. En los pacientes con ERAS que siguen tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) e inmunosupresores selectivos (ISS), durante la pandemia por COVID-19, la incertidumbre sobre si los tratamientos representan un factor de riesgo de infección grave puede haber afectado negativamente a la esfera de la salud mental.

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con ERAS en tratamiento con ISS y/o FAME durante la pandemia por COVID-19. Como objetivos secundarios, evaluar la correlación entre la discapacidad con la depresión y la ansiedad. Así como el impacto de la pandemia en la adherencia a los tratamientos y la preocupación por los efectos adversos de los mismos.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva pacientes con tratamiento ISS y/o FAME prescrito por una ERAS. Los pacientes realizaron el cuestionario PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 items) para detectar depresión, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), HAQ (Health Assessment Questionnaire) y un cuestionario que incluye la ansiedad y la preocupación sobre los efectos de los tratamientos (mayor, menor o igual que antes de la pandemia) y si el paciente ha abandonado el tratamiento durante la pandemia. Se evaluaron las diferencias entre los pacientes con ERAS y sin ERAS, en el caso de las variables cualitativas se utilizó el test chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según corresponda, y para las variables cuantitativas se utilizó el test U de Mann-Whitney. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la correlación entre HAQ con PHQ-9, HADS-D y HADS-A, respectivamente.

Resultados: De los 136 pacientes con ERAS, el 59% eran mujeres con una mediana de edad de 59 años. En la tabla 1 se muestran las características basales de los pacientes. 22 (16,5%) pacientes presentan el diagnóstico de sospecha de depresión leve (PHQ-9 de 5-9), 29 (21,8%) pacientes depresión moderada o moderada-grave (PHQ-9 ≥ 10) y 9 pacientes (6,8%) depresión severa (PHQ-9 ≥ 20). Un 36% de los pacientes describe un empeoramiento de la ansiedad percibida durante la pandemia. Un 20% de los pacientes describe una mayor preocupación desde el inicio de la pandemia sobre los efectos indeseados de los tratamientos. 8 pacientes, un 6,5% de la muestra, abandonaron el tratamiento durante la pandemia sin consultar a su reumatólogo de referencia ni en la farmacia hospitalaria. Existe una correlación en los pacientes con ERAS del HAQ con el PHQ-9 (r = 0,628, p < 0,001), del HAQ con el HADS-D (r = 0,641, p < 0,001) y del HAQ con el HADS-A (r = 0,393 p < 0,001).

Conclusiones: Un 28% de los pacientes presenta el diagnóstico de sospecha de depresión moderada a grave según el cuestionario PHQ-9, un 13% y un 14% de pacientes presenta HADS-D y HADS-A patológico, respectivamente. Desde el inicio de la pandemia ha aumentado su preocupación sobre los efectos de los tratamientos ISS. Existe una correlación significativa del HAQ con los cuestionarios de depresión (PHQ-9 y HADS-D) en el grupo de pacientes. En los pacientes con ERAS es importante valorar los trastornos del estado de ánimo, especialmente a raíz de la pandemia.



Correlaciones entre HAQ con PHQ-9, HADS-D y HADS-A en el grupo de pacientes con ERAS. A) Correlación HAQ con PHQ-9 $r = 0,628$ ($p < 0,001$). B) Correlación HAQ con HADS-D $r = 0,641$ ($p < 0,001$). C) Correlación HAQ & HADS-A: $r = 0,393$ ($p < 0,001$).

Tabla 1. Características basales de los pacientes con ERAS

n = 136	
Demográficas	
Edad, mediana (IQR)	61 (22)
Mujer, n (%)	80 (59,3)
ERAS	
Artritis reumatoide, n (%)	61 (44,8)
Artritis psoriásica, n (%)	36 (26,5)
Espondiloartritis, n (%)	19 (14)
Lupus eritematoso sistémico, n (%)	3 (2,2)
Síndrome de Sjögren, n (%)	2 (1,5)
Otros, n (%)	15 (11)
Actividad de la enfermedad	
Remisión-Baja, n (%)	111 (81,6)
Moderada, n (%)	16 (12,2)
Alta, n (%)	4 (3,1)
Tratamiento ISS, n (%)	
Anti-TNF, n (%)	52 (38,2)
JAKinib, n (%)	6 (4,4)
Anti-IL17, n (%)	6 (4,4)
Anti-IL6, n (%)	5 (3,7)
Otros, n (%)	12 (8,8)
FAME, n (%)	84 (61,7)

Tabla 2. Resultado de los cuestionarios en pacientes con ERAS y sin ERAS

	Total (n = 250)	Pacientes con ERAS (n = 136)	Pacientes sin ERAS (n = 114)	p
PHQ-9, mediana (IQR)	3 (9)	3 (9)	4 (9)	0,98
Mínima, n (%)	127 (53,6)	73 (55)	54 (51,9)	0,586
Leve, n (%)	45 (19)	22 (16,5)	23 (22)	
Moderada, n (%)	30 (12,7)	15 (11,3)	15 (14,4)	
Moderadamente grave, n (%)	21 (8,9)	14 (10,5)	7 (6,7)	
Grave, n (%)	14 (5,9)	9 (6,8)	5 (4,8)	
HADS-D, mediana (IQR)	4 (6)	4 (6)	3 (6)	0,176
Normal, n (%)	172 (78,9)	85 (75,2)	87 (82,9)	0,342
Borderline, n (%)	20 (9,2)	13 (11,5)	7 (6,7)	
Patológica, n (%)	26 (11,9)	15 (13,3)	11 (10,5)	
HADS-A, mediana (IQR)	5,5 (6)	6 (7)	5 (7)	0,416
Normal, n (%)	147 (67,4)	72 (63,7)	75 (71,4)	0,18
Borderline, n (%)	34 (15,6)	25 (22,1)	9 (8,6)	
Patológica, n (%)	37 (17)	16 (14,2)	21 (20)	
HAQ, mediana (IQR)	0,5 (1)	0,63 (1,22)	0,37 (1)	0,143
Ansiedad percibida				0,737
Menos que antes, n (%)	20 (8,7)	11 (8,7)	9 (8,8)	
Igual que antes, n (%)	131 (57,2)	70 (55,1)	61 (59,8)	
Más que antes, n (%)	78 (34,1)	46 (36,2)	32 (31,4)	
Ánimo bajo percibido				0,914
Menos que antes, n (%)	19 (8,3)	11 (8,7)	8 (7,8)	
Igual que antes, n (%)	120 (52,4)	65 (51,2)	55 (53,9)	
Más que antes, n (%)	90 (39,3)	51 (40,2)	39 (38,2)	
Abandono del tratamiento, n (%)	8 (6,5)	8 (6,5)		

P377. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNA FRENTE A SARS-CoV-2 EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Esther Francisca Vicente Rabaneda¹, María Torres¹, Miren Uriarte¹, Patricia Quiroga-Colina¹, Ainhoa Gutiérrez², Francisco Gutiérrez¹, Noelia García¹, Ana Romero-Robles¹, Laura Cardeñoso² y Santos Castañeda¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²Microbiología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad de la vacuna frente a SARS-CoV-2 en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de pacientes con AR, según los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2010, vacunados frente al SARS-CoV-2 entre diciembre de 2020 y octubre de 2021, que disponían de serología de control posvacunal y un seguimiento posterior en un hospital universitario en condiciones de práctica clínica durante un mínimo de 6 meses. La eficacia y efectividad de la vacuna se evaluó analizando la respuesta serológica (anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2) y la incidencia de infección

por SARS-CoV-2 posvacunal. La seguridad de la vacuna se investigó recogiendo los acontecimientos adversos y la aparición de brotes de AR. Se recogieron datos sociodemográficos, las características clínico-analíticas de la AR y sus tratamientos previos y actuales, variables relacionadas con el tipo de vacuna y la infección COVID-19 previa o posvacunal. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar y las cualitativas como número (%). Los factores asociados con la eficacia y seguridad de la vacuna se estudiaron mediante el análisis univariante de la varianza (ANOVA), el test de la t de Student y el test exacto de Fisher, según el tipo de variables, seguido de un análisis de regresión multivariante logística y lineal incluyendo las variables significativas en el análisis univariante. El análisis estadístico se realizó con Stata versión 14® y la significación estadística se estableció para una $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 118 pacientes con AR (87,29% mujeres, edad media 65,47 ± 11,69 años, evolución media 12,08 ± 9,63 años) vacunados frente al SARS-CoV-2 (el 95,76% recibieron la pauta vacunal completa). La vacuna administrada con más frecuencia fue la de ARNm de Pfizer® (66,9%), seguida de la de vectores de adenovirus de AstraZeneca® (16,1%), Janssen® (9,3%) y Moderna® (7,6%) (fig. 1). Características de la población y análisis univariante de su asociación con la respuesta serológica a la vacuna y su intensidad en tablas, respectivamente. El 81,1% de los pacientes desarrolló inmunogenicidad humoral, que se asoció significativamente y de forma inversa con el tabaquismo (OR 0,96, IC95%: 0,94-0,99, $p = 0,034$) en el análisis multivariante. El grado de respuesta serológica se relacionó significativamente con una edad más joven (coeficiente -16,11, IC95%: -34,84 a -0,39, $p = 0,045$) y la infección COVID-19 previa (coeficiente 4,496, IC95% 3,604-5,388, $p < 0,001$), que había ocurrido en el 17,8% de los pacientes (5% grave), y se asoció con el sexo masculino ($p = 0,016$).

Tras la vacunación, el 18,64% presentó infección por SARS-CoV-2, aunque de grado leve. Los acontecimientos adversos (19,5% y 18,6%, tras la primera y segunda dosis, respectivamente) fueron en su mayoría leves, relacionándose inversamente con la edad (OR 0,95, IC95%: 0,91-0,99, $p = 0,042$). Los más frecuentes fueron el rash, las artralgiyas y la fiebre (fig. 2). La aparición de brotes de AR fue anecdótica (1,7%), relacionándose de forma inversa con la edad.

Tabla 1. Características de la población

Características de población	N = 118
Edad (años)	65,47 ± 11,69
Sexo femenino	103 (87,29%)
Tabaco (índice paquetes/año)	8,79 ± 18,55
Comorbilidad	68 (57,63%)
Duración de la AR	12,08 ± 9,63
Edad de inicio de la AR	53,04 ± 13,64
Erosiva	32 (27,11%)
Manifestaciones extraarticulares	26 (22,03%)
FR positivo	79 (66,95%)
Título	111,49 ± 269,16
aCCP positivos	63 (53,39%)
Título	201,53 ± 255,74
VSG	19,88 ± 18,64
PCR	0,51 ± 0,78
HAQ	0,575 (0,66%)
COVID-19 previo	21 (17,8%)
Grave	6 (5,08%)

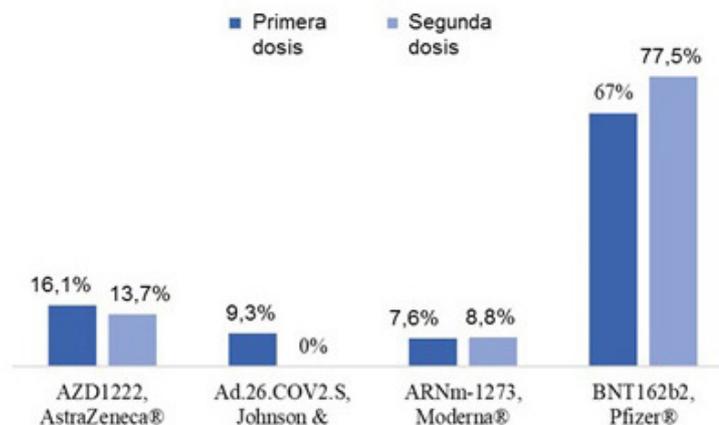
Conclusiones: Nuestros resultados, con una muestra limitada, sugieren que la vacuna frente al SARS-CoV-2 induce una adecuada inmunogenicidad humoral, con un perfil de seguridad aceptable en los pacientes con AR, y se asocia con una reducción de la gravedad de la infección por SARS-CoV-2 posvacunal.

Tabla P377

Tabla 2. Análisis univariante

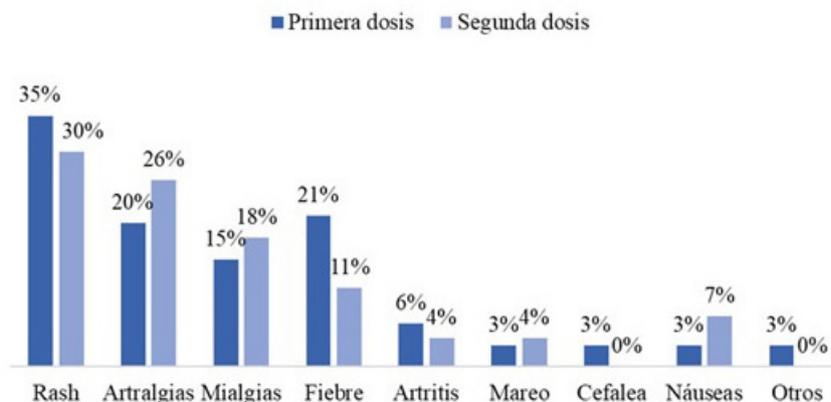
Factores asociados	Respuesta serológica a vacuna ($\geq 7,1$ BAU/mL)			Grado de respuesta serológica	
	Sí	No	p	p	
Edad (años)	65,25 ± 11,67	67,14 ± 12,10	0,233	0,498	
Sexo					
Masculino	12 (11,54)	3 (21,43)	0,385	0,019	
Femenino	92 (88,46)	11 (78,57)			
Tabaco (índice paquetes-año)	6,87 ± 15,23	23,01 ± 31,83	< 0,001	0,387	
aCCP					
Positivos	52 (82,54)	52 (94,55)	0,051	0,328	
Título	196,34 ± 252,54	240,07 ± 285,45	0,005	0,531	
Manifestaciones extraarticulares	20 (19,23)	6 (42,86)	0,045	0,129	
VSG	20,00 ± 19,04	19,00 ± 15,94	0,855	0,020	
PCR	0,47 ± 0,64	0,82 ± 1,44	0,239	0,006	
COVID-19 previo	22 (20,19)	0 (0)	0,072	< 0,001	
Grave	6 (5,77)	0 (0)	0,460	< 0,001	

Figura 1. Tipos de vacuna SARS-CoV-2



P377 Figura 1

Figura 2. Efectos adversos a la vacuna SARS-CoV-2



P377 Figura 2

P378. PATIENT AND CLINICIAN FEEDBACK ON THE USE OF A DIGITAL SOLUTION TO MONITOR RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL DISEASES: RESULTS FROM DIGIREUMA STUDY

José Rodríguez Gago¹, D. Benavent¹, L. Fernández-Luque², V. Navarro-Compán¹, M. Sanz¹, E. Calvo Aranda³, L. Lojo³, A. Balsa¹ and C. Plasencia¹

¹Rheumatology Unit from La Paz University Hospital-Idipaz. Madrid. ²AdheraHealth Inc. Palo Alto. USA. ³Hospital Universitario Infanta Leonor. Departamento de Reumatología. Madrid.

Objectives: To evaluate the satisfaction with the use of a hybrid follow-up digital solution for personalized care in patients with rheumatoid arthritis (RA) and spondyloarthritis (SpA).

Methods: DigiReuma is a prospective study that included 56 patients with RA or SpA treated with biologics and that included the use of a digital solution (Adhera for Rheumatology). In this study was combined virtual and face-to-face follow-up for a period of 6 months¹. After completing the study, feedback from both patients and clinicians was gathered. A structured survey that included 20 questions about usability, utility, feasibility and the main barriers to use telematic care models in clinical practice was carried out among the professionals. As, for patients, in order to obtain the largest number of participants, a semi-structured telephone interview was conducted by an external professional. This interview consisted of 8 questions about usability, design and utility.

Results: Four rheumatologists and forty-one patients (89% of the total) that used the mobile solution were interviewed, of whom 20

Patients Interview		Clinicians Interview	
Usability and design	Yes %	Usability and design	0 to 10
Does the application seem easy to use?	97.56%	I find the doctor interface easy to use	8.50 ± 1.29
Are the different functions of the digital solution well adapted?	97.56%	The doctor interface has a nice design	8.75 ± 0.95
Does the app have a nice design?	85.36%	I consider that the questionnaires and content included are adapted for easy	8.75 ± 0.95
Does the design fit the purpose of the application?	95.12%	The design seems friendly	8.50 ± 1.00
Utility	Yes %	The technical performance of the solution is adequate	8.00 ± 1.63
I found the content of the application useful.	97.56%	Utility	0 to 10
The level of detail of the application seemed adequate to me.	92.68%	I found the content of the application useful for my clinical decisions	8.50 ± 1.29
I consider that the content of the application allows me to record my current health	90.24%	The frequency of the questionnaires seemed adequate to me	8.75 ± 0.95
I would recommend this app to a patient with RA/SpA.	97.56%	I consider that the application improves my efficiency in consultation	8.75 ± 0.95
		I consider that the information obtained from the application improves the knowledge	8.50 ± 1.00
		I would recommend this app to other colleagues	8.00 ± 1.63
		Feasibility in clinical practice	0 to 10
		I find it time consuming to review the medical interface	8.50 ± 0.57
		It took me a short time to resolve the registered medical incidents	7.50 ± 0.57
		I consider it possible to implement a tool of these characteristics with the current	7.50 ± 2.51
		I believe that the implementation of this care model requires a specific consultation	6.75 ± 4.03

P378 Figure

had RA and 21 had SpA. Table 1 summarizes the main topics and items of the interviews. Rheumatologists rated the usability and design of the application with an average of 8.43 out of 10, the app utility with an average of 7.79 out of 10 and the feasibility in clinical practice with an average of 6.89 out of 10. The three main barriers that professionals found to implement telematic care models in clinical practice were: lack of interest from professionals, distrust of the results and scarcity of digital media in the outpatient clinic. Regarding the patients 93.75 % positively valued the usability and design of the digital solution. Besides, 94.43 % of the participants found the application useful. The summary of the data for each individual question is found in the table. However, a series of points to improve were located. On the part of the professionals, they highlighted the need to implement an alert system in the professional interface, the non-integration with the electronic medical record and the errors in the operation of the app. On the other hand, the patients also found relevant the existence of an alarm for the doctor, a more direct contact with the rheumatologist, less reiteration of motivational messages and integrating an appointment calendar.

Conclusions: The majority of patients and clinicians were satisfied with this follow-up model for disease monitoring. However, there are drawbacks from both points of view that denote the current barriers that hinder the implementation of this type of model in routine clinical practice.

REFERENCES

1. <https://journals.plos.org/digitalhealth/article?id=10.1371/journal.pdig.0000157>

P379. INMUNOGENICIDAD DE LA VACUNACIÓN FRENTE AL SARS-CoV-2 Y PROFILAXIS CON EVUSHELD EN PACIENTES CON IMID TRATADOS CON RITUXIMAB

Sara Manrique Arijá, Rocío Redondo Rodríguez, Laura Cano García, María del Carmen Morales del Águila, Inmaculada Ureña Garnica y Natalia Mena Vázquez

Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Describir la tasa de vacunación, estado inmunológico, tratamiento profiláctico con Evusheld y características clínico-epidemiológicas de los pacientes con IMID tratados con RTX tras la vacunación contra el SARS-CoV-2; así como estudiar los factores asociados a la respuesta inadecuada a la vacuna.

Métodos: Diseño: estudio observacional transversal. Pacientes: Se incluyeron los pacientes de la UGC de Reumatología del HRU Málaga en tratamiento con RTX por cualquier IMID, en los que se habían medido anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2 después de la vacunación desde julio a diciembre de 2022. Variables: la variable principal fue respuesta inadecuada a la vacunación frente a SARS-CoV-2, definida como título de anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2 < 256 BAU/ml. Las variables secundarias incluyeron: a) comorbilidades: obesidad (IMC > 30), hipertensión arterial (sí/no), dislipemia (sí/no), diabetes mellitus (sí/no), hábito tabáquico (fumador/no fumador/exfumador); b) infección por SARS-CoV-2 y gravedad de la infección (hospitalización o mortalidad); c) estado vacunal (tipo de vacuna y número de dosis); d) características clínico-epidemiológicas de las diferentes IMID: actividad inflamatoria y tratamientos recibidos. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo, bivariante y un análisis multivariante de regresión logística para ver los factores asociados a la respuesta inadecuada a la vacunación.

Resultados: Se identificaron un total de 52 pacientes que recibieron RTX por IMID entre enero de 2020 y junio de 2022 e. A 37 de estos pacientes se les realizó medición de AC entre junio de

2022 y diciembre de 2022, de los cuales 30 (81,1%) tenían artritis reumatoide, 4 (10,8%) vasculitis, 1 (2,7%) síndrome de Sjögren, 1 (2,7%) lupus eritematoso sistémico y 1 (2,7%) esclerosis sistémica. Las características clínico-epidemiológicas y terapéuticas basales de los 37 pacientes se enumeran en la Tabla 1. Los datos de vacunación estaban disponibles para todos los pacientes, de los cuales 36/37 (97,3%) recibieron pauta vacunal completa según las guías de recomendación. Un total de 18 (48,6%) pacientes tuvieron una respuesta inadecuada a la vacunación, por lo que se les puso tratamiento profiláctico con Evusheld, excepto a un paciente que lo rechazó. Entre los vacunados, se registraron en la historia clínica 14/36 (38,8%) infecciones SARS-CoV-2, de las cuales 2/36 (5,5%) fueron graves y 1 paciente falleció. El paciente no vacunado tuvo 1 episodio de COVID leve. No hubo diferencias significativas entre los pacientes que tuvieron respuesta adecuada a la vacuna con respecto a aquellos con respuesta inadecuada en la infección por SARS-CoV-2 (36,8 vs. 38,9%; p = 0,898) ni en infección grave (5,3 vs. 5,6%; p = 0,969). En el análisis multivariante identificó que la única variable que se asoció a la falta de respuesta inadecuada a la vacuna por SARS-CoV-2 fue el índice de actividad inflamatoria (OR [IC95%], 4,815 [1,241-18,679]; p = 0,023) (R² = 0,272).

Variables	Total N=37
Sexo, mujer, n (%)	30 (81,1)
Edad en años, media (DE)	60,8(11,1)
Tiempo de evolución IMID,	15,6 (9,7)
Comorbilidades	
Obesidad, n (%)	10 (27)
IMC, media (DE)	27,2 (5,2)
HTA, n (%)	13 (35,1)
DL, n (%)	13 (35,1)
DM, n(%)	4(10,8)
Tabaco, n(%)	
No Fumador	22 (59,5)
Fumador	10 (2,7)
Exfumador	5 (13,5)
Actividad Inflamatoria	
DAS 28, media (DE)	3,27 (0,8)
PCR, mediana (RIC)	4,0 (4,0-6,1)
VSG, media (DE)	22,1(18,0)
Tratamientos	
FAMEb/td previos, Media(DE)	1,7 (1,5)
Número de FAMEb/td previos, n (%)	
Ninguno	12 (32,4)
1 biológico/td	7 (18,9)
2 biológico/td	6 (16,2)
3 o más terapias biológicas/td	12 (32,4)
Corticoides en visita corte, n (%)	72 (71,3)
SARS-CoV-2	
Infección SARS-CoV-2, n (%)	14 (37,8)
Infección SARS-CoV-2 grave, n (%)	2 (5,4)
Vacunación SARS-CoV-2 completa, n (%)	36 (97,3)
Número de dosis vacunación SARS-COV2, mediana (RIC)	3 (3-4)
Pacientes vacunados según Tipo de vacuna , n(%)	
Pfizer	20 (54,1)
Moderna	13 (35,1)
Astra Zeneca	3 (8,1)
Tasa de respuesta a la vacuna (AC >256BAU/ml), n(%)	19 (51,4)
Profilaxis con Evusheld, n(%)	17(45,9)

Abreviaturas; IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; DL: dislipemia; DM: diabetes mellitus; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; AC: anticuerpos.

Conclusiones: La mitad de los pacientes con IMID en tratamiento con RTX presentaron respuestas inadecuadas a la vacunación frente al SARS-CoV-2, a pesar de esto no hubo diferencias en la frecuencia de infecciones ni gravedad de las mismas. El mayor índice de actividad inflamatoria se asoció con la respuesta inadecuada a la vacuna. La educación sanitaria se asoció a altas tasas de vacunación. En futuros trabajos evaluaremos la capacidad de Evusheld en la profilaxis de nuevas infecciones por SARS CoV-2.

P380. SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO Y CARGA ANTICOLINÉRGICA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: ¿DOS FACTORES A CONSIDERAR?

Roxana González Mazario¹, Jorge Juan Fragío Gil^{1,2}, Pablo Martínez Calabuig², Teresa López de Coca Pérez³ y Lucrecia Moreno Royo³

¹Instituto Musculoesquelético Europeo (IMSKE). ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ³Departamento de Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera. Valencia.

Introducción: La Fibromialgia (FM) es una enfermedad nociplástica de etiología desconocida que afecta al 2,4% de la población española, sobre todo mujeres, según datos del último estudio EPISER, presentando los pacientes además de ansiedad, depresión e insomnio, una gran constelación de síntomas digestivos y neurológicos diversos. Diferentes estudios han intentado relacionar estas manifestaciones con la liberación de mediadores inflamatorios de la microbiota intestinal y disfunción del sistema nervioso simpático/parasimpático, que provocarían un sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) y un aumento de la permeabilidad intestinal. El SIBO no obstante a ser un problema frecuente, es poco reconocido, con una prevalencia desconocida en general, porque requiere pruebas diagnósticas.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de SIBO en una cohorte de pacientes con FM y describir otros factores que pueden verse implicados en los síntomas digestivos y neurológicos subjetivos.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en mujeres de 50 a 70 años con diagnóstico de FM en seguimiento en consultas de Reumatología. Se excluyeron pacientes con diagnóstico concomitante de patologías inflamatorias/inmunomediadas y/o patología oncológica activa. Recogimos datos demográficos y se evaluaron factores como la depresión, ansiedad, calidad de sueño y deterioro cognitivo. A todas las pacientes se les realizó exploración física, analítica de sangre y estudio de SIBO (mediante test del aliento). Además, se realizó una revisión de la medicación prescrita y se calculó la carga anticolinérgica mediante la escala CRIDECO Anticholinergic Load Scale (CALs). El estudio fue aprobado por el Comité Ético con el

código CEEI22/327. Los participantes recibieron una Hoja de Información y Consentimiento Informado según Reglamento General de Protección de Datos Europeo y la Ley Orgánica 3/2018. El análisis estadístico se ha realizado con R.

Resultados: En total incluimos 32 pacientes con FM con una edad media de 57,78 ± 5,08 años. Todas las pacientes reportaron en la entrevista inicial quejas subjetivas de memoria y todas tenían depresión y/o ansiedad, coincidiendo ambas entidades en 20 pacientes (62,5%). Encontramos 23 pacientes (81,25%) con prueba de SIBO positiva, y de estas 28,57% presentaban un riesgo moderado de apnea obstructiva del sueño y un 3,57% un riesgo alto. Aunque todas las pacientes hayan reportado QSM, la evaluación de deterioro cognitivo por test (MIS, FVS, SPMSQ) solo se encontró en 1 paciente (3,1%). La media de fármacos que tomaban fue alta, de 5,84 ± 3,72 fármacos, presentando el 15,63% una carga anticolinérgica > 3 (alta) y el 15,63% una carga anticolinérgica entre 2 y 3 (moderada) pudiendo relacionar esta con la QSM ya que las pruebas no fueron compatibles con deterioro cognitivo.

Conclusiones: Encontramos una alta prevalencia de SIBO en pacientes con FM, siendo necesarios más estudios que evalúen esta asociación. Por otra parte, debemos prestar atención en las pacientes con FM a la carga anticolinérgica de los tratamientos prescritos, ya que nos encontramos que un 1/3 de nuestra muestra presentó una carga anticolinérgica alta-moderada, que puede tener implicaciones en los síntomas cognitivos reportados por las pacientes, siendo útil en este sentido la aplicación periódica de la escala CALs.

P381. IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE PARA MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

David Lobo-Prat^{1,3}, Luis Sainz¹, Mar Gomis², Anna de Dios², Ana Laiz¹, Susana Fernández¹, Sandra Ros¹, Montserrat Masip², Pau Riera², Neus Pagès² y Hèctor Corominas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Josep Trueta. Girona.

LÍNEA DE TRABAJO	CAUSAS RAÍZ DEL PROBLEMA	CONTRAMEDIDA ADOPTADA
Optimización en la citación de los pacientes ambulatorios	La citación por meses en vez de por semanas implica un decalaje con el dispensación de la terapia biológica por farmacia hospitalaria. Pruebas complementarias que se podrían realizar el mismo día no se agendan el mismo día	Coordinación entre enfermería, personal administrativo y farmacia con una programación regular en semanas. Agendar en la medida de lo posible pruebas complementarias en el servicio de radiología y analíticas sanguíneas el mismo día.
Gestión de visitas espontáneas	Motivos de visita espontánea no relacionados con su patología reumatológica. Alta frecuencia de visitas espontáneas con muy alta carga de trabajo. Educación basal en los pacientes heterogénea.	Análisis de los motivos de visita espontánea y creación de material educativo dirigido a su resolución. Educación de circuito adecuado en caso de motivo no relacionado con su patología reumatológica. Análisis de la frecuencia y distribución del número de visitas espontáneas para adaptación de la agenda de enfermería para su resolución. Establecimiento de visita basal de educación en todos los pacientes al momento de diagnóstico. Creación de plantillas y protocolos para la resolución de los motivos de consulta más frecuentes.
Coordinación entre los distintos departamentos del hospital	Diversas visitas del paciente al hospital en intervalos de tiempo cortos. El paciente realiza desplazamientos entre los distintos departamentos del hospital reiterativos e innecesarios. Ausencia de un circuito homogéneo en la atención farmacéutica en todos los pacientes.	Circuito estandarizado del paciente según su situación dentro de la ruta asistencial. Reestructuración de las actividades y tareas en cada uno de los departamentos evitando duplicidades y un circuito homogéneo para optimizar desplazamientos.
Estandarización de la práctica clínica	No cumplimentación de los índices de actividad de una manera estandarizada y homogénea. Educación heterogénea en relación a enfermedad, tratamiento, comorbilidades y hábitos de vida saludables. Amplia variabilidad en la frecuencia de visitas y en la distribución de visitas presenciales y telemáticas	Elaboración de plantillas con check-list recordatorio según tipos de visita estandarizados. Creación de material educativo homogéneo. Circuito estandarizado de la ruta asistencial según perfil de paciente.

Figura 1. Relación de líneas de trabajo, causas raíz del problema y contramedidas adoptadas.

P381 Figura. Relación de líneas de trabajo, causas raíz del problema y contramedidas adoptadas.

Introducción: La metodología Lean Healthcare tiene como objetivo optimizar procesos asistenciales mediante la identificación y eliminación de las actividades que no generan valor añadido.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es el análisis y estandarización de la ruta asistencial de pacientes con espondiloartritis mediante metodología Lean Healthcare.

Métodos: Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar formado por 3 reumatólogos, 1 enfermera, 1 psicóloga, 3 farmacéuticas y 2 profesionales del departamento de innovación. Se realizó una formación previa en metodología Lean y posteriormente se realizaron un total de 10 sesiones de trabajo desarrollando las siguientes etapas: 1. Información y descripción del contexto de partida del circuito asistencial actual, 2. Diagramación de las etapas de procesos de estudio mediante Value Stream map. 3. Toma de datos a través de la observación. 4. Identificación de las oportunidades de mejora. 5. Análisis de causas de los problemas e identificación de cuellos de botella. 6. Propuestas de mejora, confección del plan de acciones y aplicación de las mismas. 7. Medición de impacto mediante indicadores.

Resultados: Se han identificado diversas carencias en los siguientes ámbitos del proceso asistencial: optimización en la citación de los pacientes ambulatorios, gestión de visitas espontáneas, coordinación entre los distintos departamentos del hospital que intervienen en la atención del paciente con espondiloartritis, gestión del tiempo durante la consulta y estandarización de la práctica clínica. En la tabla se exponen las distintas líneas de trabajo y las medidas adoptadas para su mejora.

Conclusiones: La metodología Lean Healthcare ha sido útil para identificar y eliminar las prácticas innecesarias y liberar tiempo, aumentando la eficiencia y calidad de las actividades que realmente aportan valor añadido en la ruta asistencial de los pacientes con espondiloartritis.

Iniciativa del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, con la colaboración del Instituto Lean Management y financiado por Novartis.

P382. ESTUDIO EN VIDA REAL DE INMUNOGENICIDAD Y SEGURIDAD DE LA VACUNA RECOMBINANTE CONTRA EL VIRUS VARICELA ZOSTER EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADOS CON INHIBIDORES DE JAK

A. Esteban-Vázquez¹, M. Steiner^{1,2}, E. Castaneda¹, I. Thuissard², C. Andreu-Vázquez², C. García-Yubero³, A. Somodevilla⁴ y S. Muñoz-Fernández^{1,2}

¹Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

²Universidad Europea. Madrid. ³Farmacia. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ⁴Microbiología. Laboratorio UR Salud. Madrid.

Introducción: Recientemente ha sido aprobada la vacuna recombinante contra el herpes zoster (VRHZ) para grupos seleccionados de pacientes, con objetivo de prevenir la reactivación del virus varicela zoster latente. Los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas presentan mayor riesgo de reactivación. El riesgo es aún mayor en pacientes tratados con inmunosupresores como los inhibidores de la jak kinasa (iJAK). La VRHZ está disponible en España desde marzo de 2021 para pacientes tratados con iJAK, entre otras indicaciones. Por el momento, no hay estudios de vida real al respecto publicados.

Objetivo. Determinar la inmunogenicidad humoral y la seguridad de la VRHZ en pacientes con enfermedades reumatológicas y tratamiento con iJAK.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo, aceptado por el comité de ética regional de la Comunidad de Madrid. Los participantes recibieron dos dosis intramusculares de la VRHZ, separadas dos meses entre sí. Se extrajo un análisis de sangre previo a la primera

dosis y otro un mes tras la segunda dosis. La respuesta humoral se midió mediante inmunoensayo quimoluminiscente, utilizando la glicoproteína E (gE) del virus como antígeno para medir los niveles de anti-gE. Se consideró respuesta a la vacuna la cuadruplicación de los anticuerpos en la segunda determinación respecto a la primera, de acuerdo con el ensayo clínico NCT01165177. Se dividieron los iJAK en tres grupos: inhibición de JAK1 (upadacitinib y filgotinib), inhibición de JAK 1 y JAK 2 (baricitinib) e inhibición de JAK1, JAK2, JAK3 y TYK2 (tofacitinib). Se evaluó la influencia en la respuesta a la vacuna en función del tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) o glucocorticoides. Se recogieron datos relacionados con efectos adversos tras la vacunación, brote de la enfermedad tras la misma e infección por virus herpes zoster.

Resultados. Fueron incluidos 30 pacientes, de los cuales 23 eran mujeres (76,7%), con una edad media de 55 ± 12 años. Quince (50%) estaban en tratamiento con upadacitinib, once (36,7%) con baricitinib, dos (6,7%) con filgotinib y dos (6,7%) con tofacitinib. Seis (20%) estaban en tratamiento con metotrexato y 5 (16,7%) con leflunomida. Diez (33%) tenían dosis bajas de prednisona. Cuatro (13%) habían tenido herpes zoster previamente. Dieciséis pacientes (53,3%) alcanzaron el nivel considerado inicialmente como respuesta (cuadruplicación de los niveles de anticuerpos). Esta respuesta no se vio influencia por el tipo de iJAK ni el tratamiento concomitante con FAME ni corticoides. La mitad de los pacientes (50%) presentó efectos adversos leves, siete (23%) consistieron en dolor en el sitio de inyección, y ocho (26,7%) fueron sistémicos (mialgia, astenia o fiebre). Un paciente (3,3%) presentó una complicación isquémica cerebrovascular 2 semanas tras la vacunación. Ningún paciente sufrió un brote de la enfermedad de base un mes tras la vacunación, tampoco infección por herpes zoster tras siete meses de seguimiento.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes (53%) con enfermedades reumatológicas y tratados con iJAK presentaron respuesta a la vacuna. En ensayos clínicos con pacientes inmunodeprimidos no reumatológicos, la respuesta fue de 65-96%. Esta diferencia podría ser explicada por ser un estudio en vida real, el tipo de enfermedad y tipo de fármaco. La seguridad y eficacia en la prevención de herpes zoster fue alta. Se necesitan más pacientes para confirmar estos resultados.

P383. TELE-REUMAR: ESTUDIO PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN NUEVO MODELO DE ASISTENCIA MÉDICA BASADO EN LA TELEMEDICINA

Luciano Polino¹, J. Llorente¹, L. Tio², I López Guell², L Triginer², I. I Carrión-Barberà¹, TC Salman Monte¹, E. Beltrán Catalá¹, A. Pros¹, V Abad Peruga¹, J. Monfort¹ y C. Pérez García¹

¹Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ²IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona.

Introducción: Telemedicina (TM) es el conjunto de sistemas y actividades que permiten llevar la atención médica a distancia, sin necesidad de interacción física entre paciente y médico. En los últimos años, coincidiendo con la evolución y difusión de tecnologías, asociado a la pandemia SARs-2, ha habido un aumento de la utilización de la (TM). Hay escasa literatura respecto a su uso en las patologías reumáticas que demuestren su eficacia.

Objetivos: Objetivo principal del proyecto es demostrar que la TM en pacientes con artritis reumatoide (Ar), espondiloartritis axial (Ea) y artritis psoriasisica (Apso) en remisión clínica mantenida es igual de eficaz para el manejo de la patología que el modelo de asistencia actual, que consiste en visitas presenciales cada 4-6 meses, medida por el grado de actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio cuasiexperimental de no inferioridad con medidas pre y post intervención para evaluar la eficacia y segu-

alidad de un nuevo modelo de asistencia médica basado en la TM. Se incluyeron pacientes con Ar/Ea/Apso en remisión y tratamiento estable durante más de 1 año. Se realizaron visitas presenciales al tiempo 0 y 12 meses. A los 4 y 8 meses se realizó un seguimiento basado en TM. En la visita de inclusión y final se realizó un cuestionario de 10 preguntas específico de cada enfermedad para valorar los conocimientos del paciente respecto a su propia enfermedad y grado de satisfacción de la asistencia médica recibida mediante escala Likert. Se ha realizado un análisis estadístico de varianza (ANOVA) para comparar las medias de diferentes grupos. La figura 1 muestra las variables recogidas durante el estudio. Los pacientes fueron retirados si en algún momento requirieron visita presencial.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes (45 Ar, 41 Ea, 23 Apso), de los cuales fueron excluidos en alguna fase 21 (16,15%). La tabla 1 describe las características de los pacientes y la tabla 2 describe los eventos adversos registrados (N.º 33) y se especifica cuáles fueron las causas de finalización prematura del estudio (N.º 21). No se evidenciaron cambios en la actividad en ninguna de las patologías al año de seguimiento según el protocolo Tele-REUMAr (fig. 2). La media de DAS28 basal fue de 1,63 (s 0,71), final de 1,76 (s 0,71). La media de ASDAS-pcr basal fue 0,94 (s 0,34), final de 0,96 (s 0,35). La media de DAPSA basal fue 2,00 (s 2,04), final de 1,98 (s 2,46). No se observan diferencias en las medias de los PROs analizados (fig. 2): HAQ basal 0,18 (s 0,32), final 0,19 (s 0,31). RAPID3 basal 1,86 (s 1,93), final 1,59 (s 2,15). VGD basal 0,64 (s 0,90), final 0,69 (s 1,14). VGP 0,91 (s 1,01), final 0,83 (s 1,02). A pesar de que la puntuación del test de conocimiento de la enfermedad fue mejor tras la intervención realizada al inicio del estudio, (7,086 con s 2,41 y los finales 7,42 con s 2,47), el resultado no fue estadísticamente significativo. No se evidencia diferencia en la satisfacción media de los pacientes, media basal de 9,52 (s 0,82), final de 8,40 (s 2,13). Analizados por separado, los pacientes con Ar y Apso expresan menor satisfacción a pesar de que las puntuaciones finales son superiores a 8 (Ar: basal 9,6 y la final de 8,00 con p 0,05; Apso media basal de 9,68 y la final de 8,59 con p 0,036).

Conclusiones: Se confirma que la TM es igual de eficaz a la asistencia médica tradicional en aquellos pacientes con Ar/Ea/Apso en remisión clínica según criterios específicos de actividad clínica de cada enfermedad. No se han registrado eventos adversos diferentes a los que se observan en la práctica clínica habitual. Por ello, se podría plantear la TM como un cambio de modelo asistencial en los

pacientes con remisión mantenida. No se han observado diferencias en el análisis de los PROs (HAQ, RAPID3, VGP, VGD) y tampoco en las medias iniciales y finales de las pruebas de conocimiento de la propia enfermedad. Los pacientes con Ar y Apso presentan menor satisfacción con el modelo asistencial Tele-REUMAr que los pacientes con Ea, a pesar de que las notas de satisfacción eran altas. Probablemente es relacionada a la mayor complejidad y afectación poliarticular periférica de estas enfermedades.

Tabla 1. Resultados descriptivos de la muestra

	AR	EA	APSO
Nº	45	41	23
Mujeres	40 (88,9%)	14 (14%)	9 (39,9%)
Hombres	5 (11,1%)	27 (65,9%)	14 (60,9%)
Edad M (años)	59,8 (s 11)	45,6 (s 10,97)	51,3 (s 5,01)
Años de evolución	14,73 (s 9,54)	13,85 (s10,97)	10,56 (s 5,01)
Fumadores	10 (22,2)	8	3
No fumadores	35 (77,8%)	33	20
FAMEb	18 (40%)	36 (87,7%)	7 (30,4%)
FAMEb+FAMEc	8 (17,8%)	1 (2,4%)	4 (17,4%)
FAMEc	13 (28,9)	0	8 (34,8%)
FAMEst	3 (6,7%)	0	0
No tratamiento	3 (6,7%)	4 (9,7%)	4 (17,4%)

Tabla 2. Eventos adversos totales registrado durante los 12 meses de estudio y causas finalización prematura estudio

Eventos adversos	Casos	Exclusión estudio
Infección respiratoria leve	5	No
Artritis activa	4	Sí
Uveítis	3	Sí
Retirada consentimiento	3	Sí
Perdida de seguimiento	3	Sí
Infección urinaria	2	No
Fallo inclusión	1	Sí
Queratitis	1	No
Insuficiencia cardiaca debut	1	Sí
Neoplasia páncreas	1	Sí
Reactivación HBV	1	Sí
Psoriasis cutánea	1	No
Linfopenia leve	1	No
Aborto	1	Sí
Embarazo a termine	1	Sí
Episodio depresivo	1	Sí
Enfermedad neurológica	1	Sí
Infección dentaria	1	No
Infección COVID	1	No

Diseño Estudio

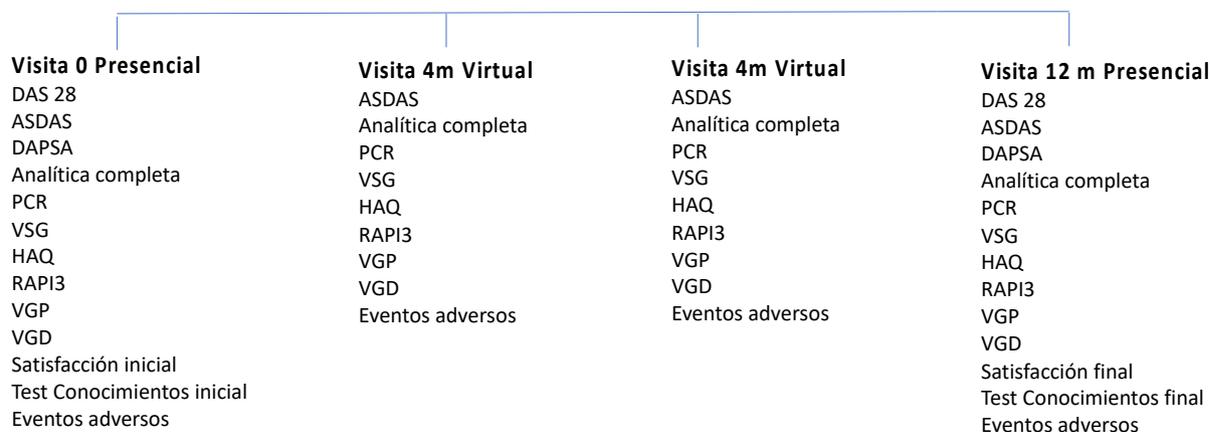


Imagen 1: variables recogidas durante el estudio

P383 Figura 1

	DA S28	ASDAS	DAPSA	HAQ	Rapid3	VGP	VGD	CONOCIMIENTOS	SATISFACCION
Basal	1,63 (s 0,71)	0,94 (s 0,34)	2,00 (s 2,04)	0,18 (s 0,32)	1,86 (s 1,93)	0,91 (s 1,01)	0,64 (s 0,90)	7,086 s 2,41	9,52 (s 0,82)
Final	1,76 (s 0,71)	0,96 (s 0,35)	1,98 (s 2,46)	0,19 (s 0,31)	1,59 (s 2,15)	0,83 (s 1,02)	0,69 (s 1,14)	7,42 s 2,47	8,40 (s 2,13)

Imagen 2: resultados índices de actividad y PROs basales y finales

P383 Figura 2

P384. EXPERIENCIA DEL SWITCHING MASIVO A FÁRMACOS BIOSIMILARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD. PROYECTO INTERCAMBIOSIM

D. Castro Corredor¹, V.L. Áreas del Águila², L.A. Calvo Pascual³, V. Salas Manzanedo¹, M.A. Ramírez Huaranga¹, M. González Peñas¹, J. Seoane Romero¹, L. Martín de la Sierra López¹, J. Anino Fernández¹, E. Revuelta Evrard¹, M.D. Mínguez Sánchez¹, E. Palacios Moya², E. Torres Degayon², C. Cebrián Carrascosa² y M.A. Paulino Huertas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ³Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Introducción: Un biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un medicamento biológico original previamente autorizado (fármaco de referencia).

Objetivos: Determinar la efectividad y seguridad del uso de fármacos biosimilares en enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se realiza una revisión retrospectiva de la base de datos de pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas inflamatorias, a los que se les ha realizado el intercambio de fármaco biológico anterior a un fármaco biosimilar de infliximab, etanercept, adalimumab y rituximab, durante al menos 24 semanas, atendidos en las consultas externas. Realizamos un contraste de hipótesis con $\alpha = 0,05$ para la independencia de variables categóricas, con la prueba chisquared. Por otro lado, realizamos un contraste U-Mann Whitney para contrastar la independencia entre variables categóricas y numéricas, comprobando la heterocedasticidad de los grupos.

Resultados: Se seleccionaron 364 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y en tratamiento con biosimilares (edad media

52,50 años \pm 12,11). 173 presentaban espondiloartritis, 68 artritis psoriásica, 112 artritis reumatoide (90 seropositiva y 22 seronegativa) y 11 otras enfermedades autoinmunes sistémicas. Las variables de actividad y las variables de biosimilares *switching*, cambio de biosimilar, retirada, etc. son independientes como prueban los contrastes de hipótesis usando el estadístico chi cuadrado (tabla). En pacientes que presentan actividad se muestra dependencia del número de días que tuvieron un biosimilar que fue significativamente inferior al número de días que lo tomaron los pacientes sin actividad (fig. 2). El 29,95% de los pacientes se les retiró el fármaco (109 pacientes) y los motivos de retirada fueron ineficacia en 87 pacientes, de los cuales 52 presentaron fallo primario y 35 pacientes fallo secundario, efectos adversos en 18 pacientes y 4 por petición expresa del paciente (fig. 2). La actividad media al inicio del *switching* fue de 1,73 (\pm 0,93) en ASDAS, 8,73 (\pm 12,20) en DAPSA y de 2,60 (\pm 1,20) en DAS28, frente a la actividad media a las 24 semanas del *switching* que fue de 1,79 en ASDAS, de 8,39 en DAPSA y de 2,62 en DAS28 (fig. 3).

Conclusiones: En nuestro estudio, el 29,95% sufrió una retirada del fármaco biosimilar, en la mayoría de casos por ineficacia, siendo esto superior a la media según la literatura actual, y solo en 18 pacientes se produjo algún tipo de efectos secundario con solamente 2 casos que fueron graves, dato similar a la literatura. Por tanto, con los fármacos biosimilares no existen interferencias significativas en la actividad y son eficaces, dado que disminuyen la actividad inflamatoria. Además, hemos observado que las medias de actividad por ASDAS, DAPSA y DAS28 son similares al inicio y a las 24 semanas del *switching*, aunque los pacientes con actividad de la enfermedad al inicio del *switching* se encuentran en los grupos de más actividad a las 24 semanas. Nuestros datos en vida real sugieren que los fármacos biosimilares pueden considerarse efectivos en enfermedades inflamatorias reumáticas, medido por ASDAS, DAPSA y DAS28 y por PCR y VSG, aunque existe una elevada tasa de retirada del biosimilar. Además, pueden considerarse seguros, ya que se ha observado una baja frecuencia y gravedad de efectos adversos.

Tabla cruzada SWITCHING*ACTIVITY_6months

		ACTIVITY_6months		Total	
		0	1		
SWITCHING	0	Recuento	116	135	251
		% dentro de SWITCHING	46,2%	53,8%	100,0%
	1	Recuento	54	58	112
		% dentro de SWITCHING	48,2%	51,8%	100,0%
Total		Recuento	170	193	363
		% dentro de SWITCHING	46,8%	53,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,124 ^a	1	,724		
Corrección de continuidad ^b	,057	1	,811		
Razón de verosimilitud	,124	1	,724		
Prueba exacta de Fisher				,734	,405
Asociación lineal por lineal	,124	1	,725		
N de casos válidos	363				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 52,45.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla cruzada y contraste de hipótesis para la prueba chi-cuadrada con una significación de 0,05 para las variables switching y actividad a las 24 semanas (variables independientes).

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}	Decisión
1	La distribución de DAYS_BIOSIMILAR es la misma entre categorías de ACTIVITY_6months.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.

a. El nivel de significación es de ,050.
b. Se muestra la significancia asintótica.

Prueba de homogeneidad de varianzas

		Estadístico de Levene		Sig.	
			gl1	gl2	
DAYS_BIOSIMILAR	Se basa en la media	1,599	1	361	,207
	Se basa en la mediana	1,125	1	361	,289
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,125	1	343,287	,290
	Se basa en la media recortada	1,350	1	361	,246

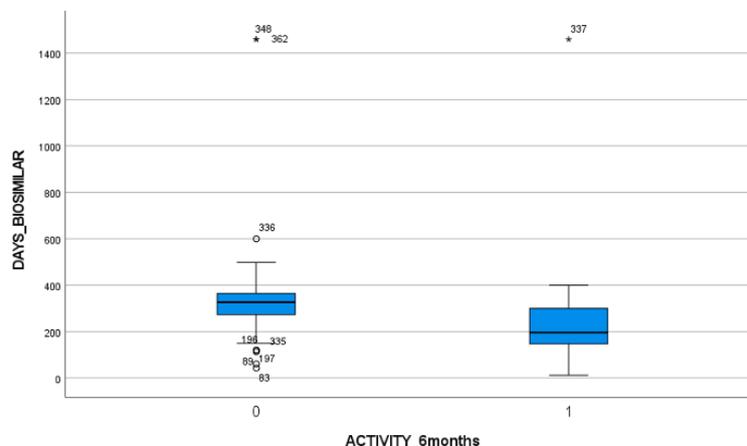
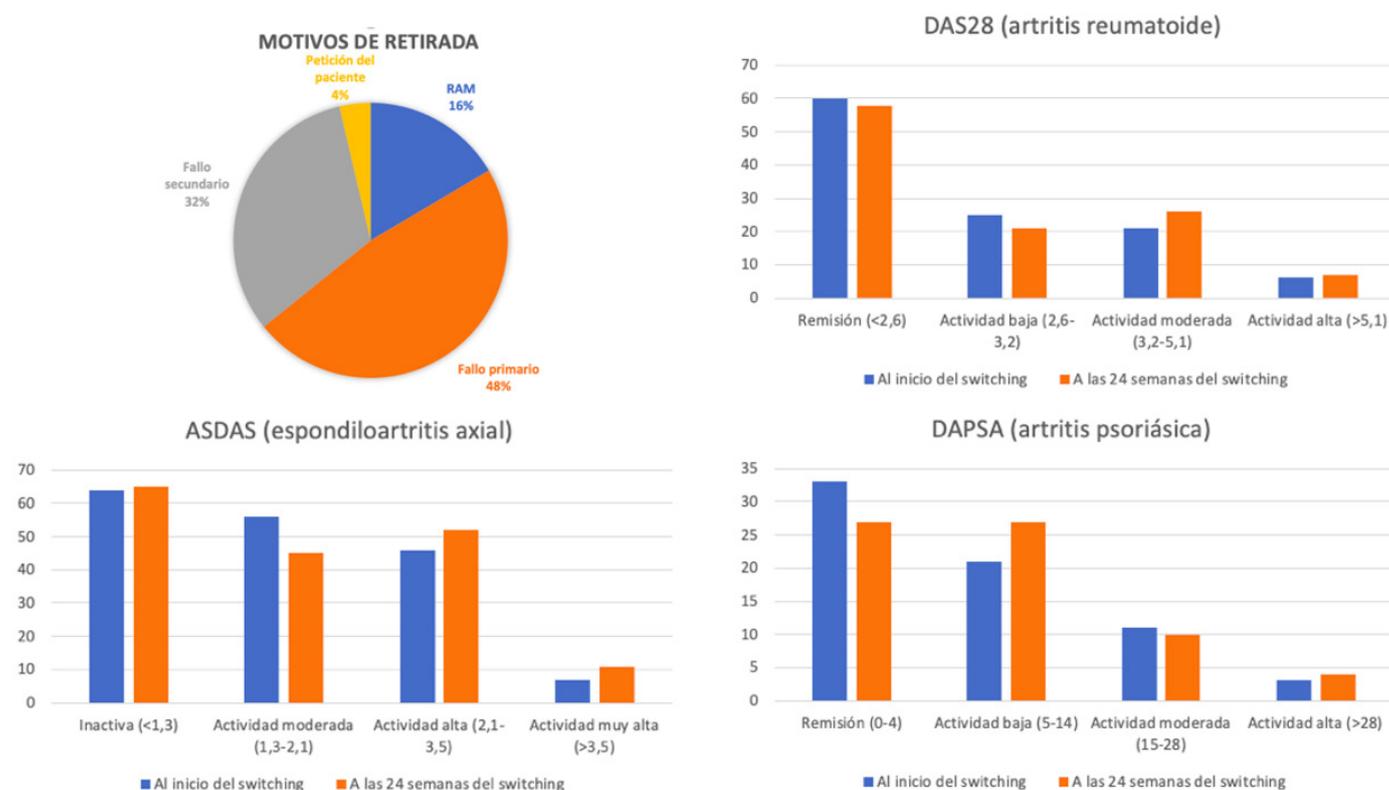


Figura 1. Prueba U de Mann-Whitney para el estudio sobre la independencia de los días que se ha tomado el biosimilar y la actividad del paciente, junto a una prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas. En pacientes con actividad, el número de días.



P384 Figura 2. Diagrama circular explicando la retirada del biosimilar y gráficos de barra explican la evolución del número de pacientes, agrupados por el nivel de actividad de la enfermedad, al principio del switching y a las 24 semanas.

P385. EXPERIENCIA Y SEGURIDAD CON INHIBIDORES DE JANUS KINASA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Lilyan Consuelo Charca Benavente¹, Jose Javier Sanmartín¹, Nerea Costas Torrijo¹, Pilar Trenor Larraz¹, Diego Bedoya Sanchis², Rosa Planell Oliván¹, José Mallent Trenor¹ e Isabel de la Morena Barrio¹

¹Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
²Reumatología. INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. Valencia.

Introducción: Los inhibidores de la janus kinasa (JAKi) se han utilizado para el tratamiento de enfermedades como artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA)¹. El comité de evaluación de la Agencia Europea de Medicamentos ha concluido que el aumento de riesgo de infecciones graves, herpes zóster (HZ), acontecimiento adverso cardiovascular importante (MACE), tromboembolismo venoso (TEV), neoplasias malignas, identificado en el estudio ORAL Surveillance, debe ser considerado un efecto de clase para todos los JAKi, dada la similitud de todos estos medicamentos en su mecanismo de acción².

Objetivos: Describir la experiencia y seguridad del uso de JAKi upadacitinib (UPA), tofacitinib (TOFA), baricitinib (BARI) y filgotinib (FIL) en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas a seguimiento en las consultas externas de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Métodos: Estudio observacional transversal que incluye pacientes que recibieron o están a tratamiento actual con JAKi durante el año 2022. Se incluyeron las variables de edad, sexo, tratamiento (tiempo, tratamientos previos y concomitantes), efectos adversos (infecciones graves, HZ, MACE, TEV, cáncer).

Resultados: Se incluyeron 164 pacientes: 34 con BARI, 45 con TOFA, 60 con UPA y 25 con FIL. De ellos 112 (68%) fueron mujeres. En 47 (29%) pacientes se iniciaron JAKi después de los 65 años. La edad media del total de pacientes con JAKi fue de 61,52 ± 11,06 años. Los resultados según JAKi por edad media, tiempo medio de tratamiento y los que continúan con el JAKi según sean mayores o menores de 65 años se pueden observar en la tabla 1. 153 (93,3%) de los pacientes habían recibido tratamiento previo con un FAME convencional (FAMEc). Recibieron FAME biológicos o sintéticos previos 12 (20,0%) de los pacientes con UPA, 11 (24,4%) de TOFA, 14 (41,2%) de BARI y 11 (44,0%) de FIL. Se suspendieron por ineficacia 8 (13,3%)

Tabla 1. Distribución por cada JAKi según edad media, tiempo y continuidad de tratamiento

Fármaco	Media de edad (en años)	Media de tiempo de tratamiento (en meses)	Tratamiento activo	≤ 65 años que siguen con el fármaco	> 65 años que siguen con el fármaco
UPADACITINIB	60.28	9.52	46 (76.67%)	32 (53.33%)	14 (23.33%)
TOFACITINIB	63.91	24.82	18 (40.0%)	10 (22.22%)	8 (17.78%)
BARICITINIB	61.62	23.99	24 (70.59%)	17 (50.0%)	7 (20.59%)
FILGOTINIB	60.04	5.91	23 (92.0%)	13 (52.0%)	10 (40.0%)

Tabla 2. Distribución por cada JAKi según diagnóstico

	Tamaño de la muestra	Artritis Reumatoide	Artritis Psoriásica	Espondilitis Anquilosante	Otras
Fármaco					
UPADACITINIB	60	37 (61.67%)	13 (21.67%)	5 (8.33%)	5 (8.33%)
TOFACITINIB	45	28 (62.22%)	12 (26.67%)	0 (0.00%)	5 (11.11%)
BARICITINIB	34	34 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
FILGOTINIB	25	25 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)

P385 Figura 2

pacientes con UPA, 17 (37,7%) con TOFA, 3 (8,8%) con BARI y 2 (8,0%) con FIL. Los 4 JAKi se emplearon tanto en combinación como en monoterapia, con mayor frecuencia a la terapia en combinación en pacientes con BARI (64,7%) y FIL (el 80%), con mayor frecuencia en monoterapia en el caso de UPA (60%) y con porcentajes similares en el caso de TOFA (51,1% en monoterapia). En la tabla 2 se detalla la distribución de todos los diagnósticos en los que se han empleado cada uno de los JAKi destacando del total de indicaciones de UPA, 37 (61,7%) con diagnóstico de AR, 13 (21,7%) APs y 5 (8,33%) EA. De TOFA, 28 (62,2%) con AR y 12 (26,7%) APs. Mientras que todos los pacientes que recibieron BARI y FIL tenían diagnóstico de AR. Se reportaron eventos adversos en 6 (10,0%) pacientes con UPA (2 HZ, 1 neoplasia, 3 infecciones graves), 7 (15,6%) pacientes con TOFA (2 HZ, 1 MACE, 4 infecciones graves), 5 (14,7%) pacientes con BARI (1 HZ, 3 neoplasias, 1 infección grave). Durante el tiempo de seguimiento de FIL todavía no se han descrito eventos adversos.

Conclusiones: Más del 70% de los pacientes tratados con JAKi mantienen el tratamiento, siendo el TOFA el que menor continuidad tuvo, siendo también en el que se reportaron más suspensiones por ineficacia. Se reportaron eventos adversos en 6 (10,0%) pacientes con UPA, 7 (15,6%) con TOFA, 5 (14,7%) con BARI y durante el corto tiempo de seguimiento de FIL no se han descrito eventos. Se necesitan más datos en la práctica clínica para confirmar esta tendencia.

P386. OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS EN PACIENTES CON CORTICOTERAPIA CRÓNICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

José Eloy Oller Rodríguez, E. Grau García¹, C. Riesco Barcena¹, A.V. Huaylla Quispe¹, A.M. Torrat Noves¹, D. Ramos Castro¹, P. Muñoz Martínez¹, L. Mas Sánchez¹, S. Leal Rodríguez¹, I. Cánovas Olmos¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, L. González Puig¹, J. Ivorra Cortés¹, I. Martínez Cordellat¹, E. Vicens Bernabéu¹, C. Nájera Herranz¹, R. Neguerols Albuixech¹, E. Tovar Sugrañes¹, H. Charia¹ y J.A. Román Ivorra¹

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: Los glucocorticoides son ampliamente usados para el tratamiento de diferentes enfermedades reumáticas, siendo uno de los mayores factores de riesgo para la aparición de fracturas por fragilidad ósea. Sin embargo, más allá de ensayos clínicos, existe poca evidencia sobre su impacto global, y factores asociados al mismo, en la práctica clínica habitual.

Objetivos: Evaluar la aparición de osteoporosis y fracturas en pacientes sometidos a corticoterapia crónica.

Métodos: Diseñamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de vasculitis (diferentes subtipos) y polimialgia reumática (PMR), entre otros, que habían recibido regímenes con dosis de, al menos, 5 mg/día de prednisona (o equivalente) durante un periodo no inferior a 3 meses, y en los que se había vigilado la aparición de fracturas durante, como mínimo, los 2 años posteriores.

Resultados: Se incluyeron 234 pacientes (62,4% mujeres) con una edad promedio de 75,8 años al inicio de la corticoterapia y una duración media de la misma de 58 meses. La enfermedad más representada fue la PMR, con 183 pacientes (78,2%), seguida de las vasculitis de grandes vasos (12,4%), vasculitis de pequeño vaso ANCA positivas (4,3%), ANCA negativas (3,4%) y una pequeña proporción de vasculitis de mediano vaso y otras patologías como la policondritis recidivante. Asimismo, 29 pacientes (12,39%) habían presentado fracturas previas por fragilidad, mientras que 32 pacientes (13,68%) experimentaron una o más fracturas tras el inicio del tratamiento con glucocorticoides, siendo la cadera su localización más frecuente (4,7%), seguida de las fracturas vertebrales (3,8%). Por su parte, entre los 32 pacientes que presentaron nueva fractura, la duración media de la exposición a glucocorticoides hasta la aparición de dicho evento fue de 4,5 meses. Pese a no alcanzar significación estadística, observamos una edad más avanzada (80,5 años), mayor presencia del género femenino (81,25%) y de antecedentes de fracturas (18,75%) en pacientes con nuevas fracturas. Por otro lado, el 32,91% de los pacientes presentaba osteoporosis densitométrica al inicio de la corticoterapia. Tras la realización de un modelo de regresión logística, observamos asociación entre la aparición de fracturas y el tratamiento con zoledronato (p = 0,012) y una tendencia a la aparición de las mismas en aquellos en los que se empleó ibandronato para prevención de Osteoporosis y fracturas (p = 0,07). La discreta entidad de las diferencias observadas se podría explicar por el efecto estadístico producido por el escaso número de nuevas fracturas; teniendo en cuenta, además, el hecho de que en nuestro Servicio de Reumatología, realizamos de modo sistemático una evaluación del riesgo de fracturas para decidir la indicación o no de tratamiento preventivo, prescribiendo, además, las opciones con mayor eficacia a pacientes con mayor riesgo basal de fractura. Finalmente, no observamos diferencias estadísticamente significativas en el periodo libre de fracturas entre las diferentes opciones terapéuticas empleadas de modo más frecuente.

Comparación entre diferentes opciones terapéuticas/prevención de fracturas

Tratamiento	Pacientes, n (%)	Nuevas fracturas, n (%)	Periodo libre de fracturas: promedio en años
Alendronato	31 (13,25)	5 (16,13)	5,39
Ibandronato	6 (2,57)	3 (50)	6,51
Risedronato	54 (23,07)	6 (11,11)	5
Zoledronato	8 (3,42)	5 (62,5)	5,03
Bazedoxifeno	1 (0,43)	0 (0)	1,19
Denosumab	38 (16,24)	6 (15,79)	4,41
Teriparatida	10 (4,27)	4 (40)	5,2
Sin tratamiento	86 (36,75)	3 (3,49)	3,88

Conclusiones: Observamos una tendencia a presentar mayor frecuencia de fracturas en pacientes con fracturas previas, edad avanzada y género femenino. Se observó una menor eficacia en la prevención de nuevas fracturas en pacientes en tratamiento con zoledronato y en aquellos pacientes en tratamiento con ibandronato, sin diferencias claras en el periodo libre de fracturas.

P387. ¿CÓMO ADECUAR EL TRATAMIENTO ANTIOSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA? EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL POR CREATININA Y CISTATINA C

Cristina Rodríguez Alvear¹, Eduardo Garín Cascales², Nuria Buendía Sánchez², M^a Carmen López González¹, Elisabet Perea Martínez¹, Antonio Avilés Hernández¹, Irene Calabuig Sais¹, María Luisa Peral-Garrido⁴, Pilar Bernabeu González¹, Agustín Martínez Sanchís¹, Ximo Esteve Vives¹, Paloma Vela Casasepere¹, Cayetano Miralles Maciá³, Miguel Perdiguero Gil², Vega Jovaní¹ y Mariano Andrés¹

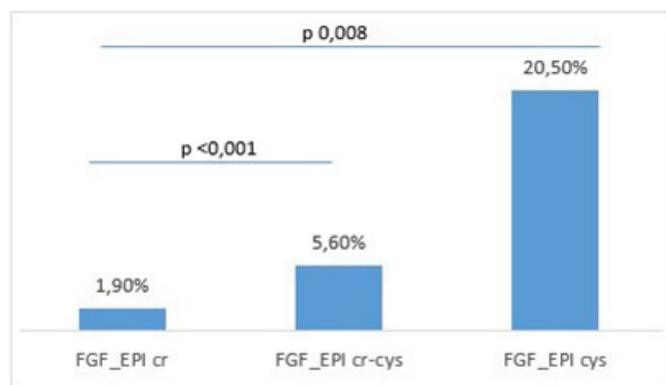
¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ³Unidad Hepática. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Vinalopó.

Introducción: Tras un trasplante hepático se produce una rápida pérdida de masa ósea y un aumento de fracturas, por lo que es necesario iniciar precozmente tratamiento antiosteoporótico en muchos casos. Los bifosfonatos son agentes antirresortivos eficaces, con uso limitado en caso de deterioro del filtrado glomerular (FG). La evaluación de la función renal en el paciente cirrótico puede ser compleja y estar infraestimada por los métodos habituales¹, lo que repercute en la elección del agente antiosteoporótico.

Objetivos: Analizar la variabilidad en la adecuación del tratamiento con bifosfonatos en pacientes con enfermedad hepática avanzada en situación pretrasplante, según diferentes fórmulas de estimación del FG.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad Hepática del Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis para valoración multidisciplinar previa a trasplante hepático desde febrero de 2019 hasta diciembre de 2022. Se recogen sexo, etnia, edad, peso, talla y valores séricos de creatinina y cistatina C (biomarcador de función renal quizá más fiable para pacientes con cirrosis²). Se evalúa la indicación de tratamiento antirresortivo en presencia de densitometría ósea con valor de T score < -1, acñaamiento vertebral evaluado por radiografía o fractura por fragilidad. Se calcula la tasa de FG ajustada por creatinina, cistatina C y creatinina-cistatina C a través de la herramienta online de cálculo MediCalc. Por último, se comparan las diferencias que existen en tasas de FG < 30 ml/min³, valor de referencia por debajo del cual se contraindica el uso de bifosfonatos. Se presenta un estudio descriptivo. La comparación de variables se realiza mediante la prueba exacta de Fisher. Se asume la significación estadística con un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyen 162 pacientes (75,9% hombres), todos caucásicos, con una edad media de 60 años (DE 7,6) y un IMC medio de 27,9 (DE 4,9). El 75,9% (n = 120) precisó inicio de terapia antiosteoporótica, recibiendo finalmente tratamiento el 68,5% (n = 111) de los pacientes (88% bifosfonatos, 11% denosumab y 1% teriparatida). El 3,1% (n = 5) presentó fractura por fragilidad y en el 9,5% (n = 17) se diagnosticó fractura o acñaamiento vertebral visto por radiografía. El 51% (n = 80) presentaba osteopenia y el 22,9% (n = 36) osteoporosis. En cuanto a la función renal, la media de creatinina fue de 0,99 mg/dl (DE 1) y la media de cistatina C de 1,7 mg/L (DE 1). La media de la tasa de FG calculada por creatinina, cistatina C y creatinina-cistatina C fue de 87 (DE 24,8), 49,3 (DE 23,4) y 63,9 (DE 23,3) respectivamente. El porcentaje de pacientes con tasas de FG < 30 ml/min fue de 1,9% medido por creatinina, 20,5% calculado por cistatina y 5,6% calculado por creatinina-cistatina C (fig.). Se observaron diferencias significativas. En este sentido, la terapia antiosteoporótica se adecuó en 12 pacientes (10,9%) con indicación de tratamiento, utilizando denosumab en lugar de bifosfonatos.



Porcentaje de pacientes con FG < 30 ml/min según las diferentes fórmulas.

Conclusiones: En este estudio, se objetivan diferencias significativas entre el número de pacientes con enfermedad hepática avanzada en los que se contraindica el uso de bifosfonatos en función de la fórmula utilizada para evaluar el FG. Son necesarios nuevos estudios con el fin de analizar cuál es el mejor método de evaluación en este tipo de pacientes.

REFERENCIAS

- Am J Kidney Dis. 2003;42(6):1169-76.
- Clin Kidney J. 2021;14(8):1861-70.
- Rev Osteoporos Metab Miner. 2022;14(1):13-33.

P388. ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA IL-6 Y TNF α EN EL METABOLISMO ÓSEO EN UNA COHORTE DE ARTRITIS DE INICIO EN EL ANCIANO

Anahy María Brandy García¹, Melania Martínez-Morillo², Roxana Coras^{3,4}, Águeda Prior-Español¹, Lourdes Mateo¹, Mónica Guma^{3,4} y Laia Gifre¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Departamento de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad de California. San Diego. EE. UU. ⁴Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: Tanto el TNF- α como la IL-6 son mediadores inflamatorios que regulan el remodelado óseo, de manera directa e indirecta modulan la diferenciación y función osteoclástica, promoviendo la resorción ósea y favoreciendo la producción de factores proresortivos como RANKL.

Objetivos: Analizar la relación entre IL-6 y TNF- α con los mediadores de remodelado óseo (MRO) y masa ósea en una cohorte de pacientes ancianos con artritis reumatoide (AR) y polimialgia reumática (PMR).

Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes de > 65 años con artritis de inicio entre enero del 2013 y diciembre del 2014 (cohorte ARTIEL, n = 73). Para este subanálisis, se incluyeron pacientes diagnosticados de AR y PMR. Se excluyeron los pacientes con osteoporosis previa y/o tratamiento antiosteoporótico. En el momento de la valoración, ningún paciente recibía tratamiento con corticoides. A todos ellos, se recogieron variables clínicas, analíticas (incluyendo reactantes de fase aguda (RFA): VSG (mmH) y PCR (mg/L) y MRO (esclerostina (SOST), RANKL, Dkk-1 y osteoprotegerina (OPG)) y densitométricas (DMO y TBS). Las concentraciones de IL-6 y TNF- α se midieron en suero en el momento del diagnóstico por ELISA. El estudio estadístico se realizó mediante SPSS.

Resultados: Se compararon los datos de 43 pacientes con AR y 16 con PMR. Al comparar los valores de TNF- α , IL-6 y RFA entre ambos grupos de pacientes, no encontramos diferencias significativas, aun-

que los pacientes con AR tenían niveles más elevados de IL-6 que el grupo con PMR (22,7 vs. 13,7 pg/mL no estadísticamente significativo). Por el contrario, al valorar MRO, los pacientes con PMR presentaban mayores valores de Dkk-1 que el grupo con AR (2,495 vs. 2,495 ng/mL; $p = 0,006$) y mayor porcentaje de RANKL indetectable ($p = 0,048$). Al analizar de forma global, no observamos correlaciones significativas entre IL-6 y TNF- α y los MRO en el grupo total de pacientes. Sin embargo, al analizar por subgrupo, los pacientes con AR presentaban una correlación negativa entre IL-6 y masa ósea en fémur total ($r = -0,401$, $p = 0,012$). Además, los pacientes AR con ACPA+ ($n = 22$) tenían valores más elevados de IL-6 que el grupo con AR ACPA- ($n = 20$) ($p = 0,018$), aunque no observamos diferencias en los MRO, la DMO ni con los valores del TBS entre ACPA + y ACPA -. En el grupo PMR, observamos una correlación negativa entre IL-6 y los valores de TBS ($r = -0,755$, $p = 0,031$) y una correlación positiva con los niveles de Dkk-1 ($r = 0,582$, $p = 0,018$). En ninguno de los grupos encontramos correlaciones significativas con el TNF- α .

Conclusiones: La IL-6 pero no el TNF- α se correlacionó con algunos MRO (Dkk-1) y parámetros densitométricos (TBS) en pacientes con artritis del anciano. Sería interesante ampliar la cohorte de pacientes, añadir un grupo control y valorar la evolución de la IL-6 con el tratamiento corticoideo.

P389. FRACTURAS POR FRAGILIDAD Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON SÍNDROMES DE ACTIVACIÓN MASTOCITARIA PRIMARIO E IDIOPÁTICO

Karen Samantha Carpio Astudillo¹, Filip Skrabski², Ana Isabel Ramos¹, Alicia Prieto-García², Javier Rivera¹, Isabel Castrejon¹, Jose María Álvaro-Gracia¹ y Teresa González¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Departamento de Alergología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Los síndromes de activación mastocitaria (SAM) son un grupo de trastornos que cursan con síntomas derivados de la liberación de mediadores mastocitarios, principalmente anafilaxia. Los SAM primarios, de estirpe clonal como la mastocitosis sistémica (MS) presentan un mayor riesgo de fracturas por fragilidad (FF) hasta en un 5-37% de los pacientes¹. Por el contrario, en las formas de SAM idiopáticas (no clonales) dicho riesgo parece no estar incrementado². El objetivo principal de nuestro estudio es describir la presencia de osteoporosis (OP), FF y los principales factores de riesgo asociados, en pacientes con SAM.

Métodos: Se analizaron los datos de todos los pacientes diagnosticados de SAM primario y SAM idiopático según criterios diagnósticos y clasificación actualizados en consenso de 2021³; estos pacientes fueron valorados por los Servicios de Reumatología y Alergia hasta enero del 2023. Se recogieron características demográficas, clínicas y analíticas. La afectación ósea fue definida como OP densitométrica (T score $\leq -2,5$) y/o la presencia de FF en radiografía de columna dorsal y lumbar. El riesgo de desarrollar fracturas en 10 años fue calculado mediante el índice de FRAX. La comparación entre grupos se realizó mediante el uso de la t-Student y chi². Los valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos

Resultados: Se incluyeron un total de 48 pacientes: 36 con SAM primario (33 con mastocitosis, 5 formas cutáneas y 28 sistémicas no avanzadas, y 3 SAM clonales) y 12 pacientes con SAM idiopático. En el grupo de SAM primario un 25% de pacientes desarrollaron FF, de estos un 44,4% eran varones con una edad media de 42 años ($p = 0,02$), una DMO inferior a nivel de cuello femoral (T score -1,07; $p = 0,04$) y un índice de FRAX más elevado en comparación con aquellos que no presentaron fracturas. En el grupo de pacientes con SAM idiopático, solo una paciente presentó FF. En la tabla se presenta una comparación entre el grupo de pacientes con SAM prima-

rio e idiopático. Los pacientes con SAM primario presentaron con más frecuencia OP y FF, niveles de triptasa más elevados ($p = 0,003$) y un IMC más bajo ($p = 0,004$). Sin embargo, el riesgo de fractura calculado por FRAX, tanto para fractura mayor como de cadera, está aumentado en ambos grupos.

Características de los pacientes con SAM primario e idiopático

	SAM primario (N = 36)	SAM idiopático (N = 12)	p
Varón, n (%)	14 (38,9)	4 (33,33)	1,00
Edad media de inicio de los síntomas (DE)	37,7 (17,8)	44,5 (13,1)	0,24
Edad media de diagnóstico (DE)	45,4 (18,3)	51,7 (12,4)	0,27
Media de IMC (DE)	21,65 (4,25)	26,2 (5,3)	0,004
IMC < 19 kg/m ² , n (%)	7 (19,44)	0 (0)	0,17
Síntomas cutáneos, n (%)	21 (58,33)	12 (100)	0,007
Anafilaxia, n (%)	17 (47,2)	12 (100)	0,001
Síntomas digestivos, n (%)	16 (44,4)	9 (75)	0,98
Media de triptasa basal (DE)	22,60 (18,02)	5,83 (3,46)	0,003
Factores de riesgo generales para OP, n (%)	19 (52,8)	3 (25)	0,18
Osteoporosis, n (%)	14 (38,90)	2 (16,67)	0,16
Fracturas, n (%)	9 (25)	1 (8,33)	0,22
Media de T score en cuello femoral (DE)	-1,07 (1,18)	-0,47 (1,09)	0,12
Media de T score en columna lumbar (DE)	-1,39 (1,41)	-0,66 (1,43)	0,14
Media de FRAX para fractura global (DE)	4,06 (2,85)	4,81(5,12)	0,56
Media de FRAX para fractura de cadera (DE)	1,19 (1,63)	1,10 (2,22)	0,89

Conclusiones: La prevalencia de OP y FF es mayor en pacientes con SAM primario en comparación con los pacientes con SAM idiopático. En estos últimos, el IMC más elevado y niveles de triptasa más bajos podrían explicar este menor riesgo pese al pequeño tamaño de la muestra incluida en este estudio. El riesgo de fracturas calculado por FRAX se encuentra infraestimado en ambos grupos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- van der Veer E. J Allergy Clin Immunol. 2014;134(6):1413-21.
- Degboé Y, Eischen M, et al. Higher prevalence of vertebral fractures in systemic mastocytosis, but not in cutaneous mastocytosis and idiopathic mast cell activation syndrome. Osteoporos Int. 2019;30:1235-41.
- Valent P, Akin C, Hartmann K, Álvarez-Twose I, Brockow K, Hermine O, et al. Updated Diagnostic Criteria and Classification of Mast Cell Disorders: A Consensus Proposal. Hemasphere. 2021;5(11):e646.

P390. FACTOR DE CRECIMIENTO FIBROBLÁSTICO-23, RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTATUS ÓSEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Carolina Tornero Marín¹, L. León², M.L. González-Casaus³, L. Giraldo⁴, G. del Peso², D. Garrido⁵, T. López⁶, M. Coronado⁴, M.A. Bajo², S. García¹, M.G. Serrano³, M. Ossorio³, A. Balsa¹ y P. Aguado¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁶Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: En la enfermedad renal crónica (ERC) se describe mayor comorbilidad vascular y aumento del riesgo de fractura. Estudios observacionales han mostrado asociación entre una densidad mineral ósea (DMO) disminuida y la presencia de calcificación vascular, indicando una probable relación entre ambos sistemas. Además, aumentos inadecuados de factor de crecimiento fibroblástico-23 intacto (iFGF-23) se han relacionado con daño óseo y cardiovascular (CV).

Objetivos: Analizar el estatus óseo y riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con ERC y su posible relación con el iFGF-23.

Tabla P390

Características demográficas, resultados de laboratorio, ecografía carotídea y parámetros de DMO y TBS en pacientes con ERC con y sin RCVS y/o ECVM

Características	Total (N = 46)	RCVS y/o ECVM (N = 35)	Ausencia RCVS y/o ECVM (N = 11)	p
Sexo masculino, n/N (%)	36/46 (78,3%)	30/35 (85,7%)	6/11 (54,5%)	0,029
Edad (años), mediana (RIQ)	64,5 (59,3-72,3)	64,6 (61,2-73,4)	63,8 (38,2-68,1)	0,041
IMC (kg/m ²), mediana (RIQ)	27,9 (25,4-31,1)	27,9 (25,6-30,5)	28,7 (21,24-34,5)	0,879
Hipertensión n/N (%)	33/46 (71,7%)	29/35 (82,9%)	4/11 (36,4%)	0,006
Dislipemia, n/N (%)	32/46 (69,6%)	25/35 (71,4%)	7/11 (63,6%)	0,624
ECVM, n/N (%)	7/46 (15,2%)	7/35 (20%)	0%	0,346
Creatinina sérica (umol/L), mediana (RIQ)	1,59 (1,3-1,9)	1,5 (1,3-1,9)	1,8 (1,5-2)	0,509
EGFR CKD-EPI, mediana (RIQ)	41,5 (34,7-57,5)	42/35 (35-59)	37 (34-50)	0,648
CKD Estadio 2	9/46 (19,6%)	8/35 (22,9%)	1 (9,1%)	
CKD Estadio 3	32/46 (69,6%)	23/35 (65,7%)	9 (81,8%)	
CKD Estadio 4	5/46 (10,9%)	4/35 (11,4%)	1 (9,1%)	
Calcio sérico (mmol/L), mediana (RIQ)	9,7 (9,58-10)	9,7 (9,5-10)	9,7 (9,6-10,2)	0,509
Fosfato sérico (mmol/L), mediana (RIQ)	3,5 (3,1-4,1)	3,5 (3-4,1)	3,5 (3,1-4,3)	0,542
iPTH (ng/L), mediana (RIQ)	92,4 (62,3-135)	92,4 (58,9-135,9)	89 (63,4-134,7)	0,98
25 (OH) VITAMINA D (NG/ML), MEDIANA (RIQ)	29,5 (25-42)	30 (23-42)	29 (25-38)	0,819
Fosfatasa alcalina, (IU/L), mediana (RIQ)	74 (57,7-92,3)	73 (55-92)	78 (60-125)	0,373
iFGF-23 (ng/L), mediana (RIQ)	113,7 (80,9-146,3)	111 (82,1-145)	116,4 (78,4-149,5)	0,8
GIM carotídeo derecho, mediana (RIQ)	0,739 (0,6-0,82)	0,756 (0,70-0,85)	0,628 (0,57-0,7)	0,002
GIM carotídeo izquierdo mediana (RIQ)	0,753 (0,62-0,85)	0,771 (0,70-0,86)	0,6 (0,56-0,68)	0,005
aGIM carotídeo, mediana (RIQ)	0,754 (0,64, 0,82)	0,781 (0,72-0,82)	0,609 (0,57-0,7)	0,001
Placas carotídeas, n/N (%)	35 (76,1%)	35 (100%)	0%	0
GIM > 0,9 mm, n/N (%)	5/46 (10,9%)	5/35 (14,3%)	0%	0,184
Densitometría ósea				0,523
Normal, n/N (%)	26/42 (61,9%)	21/32 (65,6%)	5/10 (50%)	
Osteopenia, n/N (%)	11/42 (26,2%)	7/32 (21,9%)	4/10 (40%)	
Osteoporosis, n/N (%)	5/42 (11,9%)	4/32 (12,5%)	1/10 (10%)	
DMO (g/cm ²) en FP, mediana (RIQ)	0,89 (0,8-1,03)	0,896 (0,82-1,03)	0,847 (0,79-1,03)	0,643
Z-Score en FP, mediana (RIQ)	0,2 (-0,9-0,75)	0,2 (-0,9-0,6)	0,0 (-0,98-1,08)	0,988
DMO (g/cm ²) en CL, mediana (RIQ)	1,14 (1,02-1,31)	1,174 (1,02-1,34)	1,06 (1,01-1,26)	0,248
Z-Score en CL, mediana (RIQ)	0,05 (-0,7-0,95)	0,05 (-0,6-1,3)	-0,25 (-0,98-0,8)	0,286
Trabecular bone score, mediana (RIQ)	1,36 (1,23-1,44)	1,354 (1,22-1,44)	1,372 (1,23-1,48)	0,453
TBS				
Normal, n/N (%)	20/35 (57,1%)	13/26 (50)	5/9 (55,6%)	0,951
Parcialmente degradada, n/N (%)	12/35 (34,3%)	8/26 (30,8%)	3/9 (33,3%)	
Degradada, n/N (%)	3/35 (8,6%)	1/26 (3,8%)	1/9 (11,1%)	
FRAX mayor	2,8 (1,7-4,7)	3 (1,7-4,7)	2,1 (1,35-4,5)	0,405
FRAX cadera	0,55 (0,2-1,1)	0,6 (0,2-1,4)	0,3 (0,1-1,05)	0,328
FRAX-TBS mayor	3 (1,8-4,9)	3,2 (2,1-4,8)	1,9 (1,1-7,5)	0,506
FRAX-TBS cadera	0,7 (0,2-1,5)	0,7 (0,2-1,5)	0,2 (0,1-1,5)	0,635
Pacientes con fracturas				
De cualquier etiología, n/N (%)	18/46 (39,1%)	13/35 (37,1%)	5/11 (45,5%)	0,622
Clínicas por fragilidad, n/N (%)	5/46 (10,9%)	4/35 (11,4%)	1/11 (9,1%)	0,828
Morfométricas vertebrales, n/N (%)	5/46 (10,9%)	4/35 (11,4%)	1/11 (9,1%)	0,828
Por fragilidad (clínicas/morfométricas vertebrales), n/N (%)	7/46 (15,2%)	5/35 (14,3%)	2/11 (18,2%)	0,754

IMC: Índice masa corporal; ECVM: evento cardiovascular mayor; ERC: enfermedad renal crónica; PTH: paratohormona; iFGF-23: factor de crecimiento fibroblástico23; aGIM: Media grosor íntima media derecho e izquierdo. DMO: densidad mineral ósea; TBS: Trabecular bone score; FRAX: fracture risk assessment tool.

Métodos: En pacientes adultos atendidos en consulta de ERC (estadios 2-4, normofosfatémicos) se evaluaron: paratohormona, vitamina D, calcitriol y otros parámetros del metabolismo óseo; iFGF-23 (DiaSorin); parámetros cuantitativos (DXA) y de calidad ósea (TBS); fractura vertebral morfométrica (radiología convencional); valoración del riesgo de fractura (FRAX, con y sin TBS); valoración del RCV mediante ecografía carotídea (grosor íntima media -GIM- y placas de aterosclerosis). Para analizar las diferencias entre variables cualitativas se empleó el test χ^2 ; para cuantitativas, el test U de Mann-Whitney y para el análisis de correlaciones, el coeficiente de Pearson o Spearman según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes (62,7 ± 10,5 años; 52 (82,5%) varones y 17,7% con ERC estadio 2, 64,5% estadio 3 y 9,6%, estadio 4). La etiología principal fue vascular (25%) y diabética (22%). El 11% presentó enfermedad cardiovascular mayor (ECVM) previa (6,3% cardiopatía isquémica; 3,2% accidente cerebrovascular y 1,6% insuficiencia cardiaca) y en relación con el estatus óseo, 8/55 (14,5%) presentaron osteoporosis; 23/55 (41,8%) osteopenia y 24/48 (50%) alteración de la microarquitectura trabecular (TBS). Los niveles de iFGF-23 fueron 80,4 ± 25,6, 95,5 ± 20,4, 118,8 ± 22,7 y 134,9 ± 50,4 (p = 0,053) pg/mL en estadios 2, 3a, 3b y 4, respectivamente. Se observó correlación inversa entre iFGF-23 y filtrado glomerular (Rho. Sp: -0,390, p = 0,003), DMO lumbar (r: -0,267, p = 0,049) y TBS (r: -0,396, p = 0,005). En los 46 pacientes (74,2%) con ecografía carotídea realizada (tabla), un 38% mostró disminución de la DMO y un

43%, alteración del TBS. Al comparar pacientes con y sin RCV subclínico y/o ECVM (35 vs. 11) no hubo diferencias en parámetros de metabolismo óseo, DMO, TBS, fracturas por fragilidad (14,3% vs. 18,2) ni FRAX con/sin TBS (p > 0,05). El GIM en pacientes con RCVS y/o ECVM mostró correlación directa con DMO lumbar (r: 0,59, p < 0,001) y PTH (r: 0,34, p = 0,046) e inversa con calcidiol sérico (Rho Sp: -0,37, p = 0,031). No se observó correlación con iFGF-23, DMO femoral, TBS y FRAX (p > 0,05) en ningún grupo.

Conclusiones: En pacientes con ERC la alteración en la microarquitectura trabecular medida por TBS es frecuente. El aumento de iFGF-23 se asoció con el deterioro de la función renal y de parámetros de calidad ósea y los niveles de calcidiol sérico lo hicieron con parámetros de daño vascular subclínico.

P391. LA PÉRDIDA DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA POR EL EFECTO REBOTE TRAS RETIRAR DENOSUMAB ES MÁS LENTA QUE LA GANANCIA DURANTE EL TRATAMIENTO ACTIVO

Irati Urionaguëna Onaindia¹, Nuria Vegas-Revenga¹, Urko Aguirre², Nahia Plaza-Aulestia¹, Itziar Calvo-Zorrilla¹, Oihane Ibaranguoitia-Barrena¹, David Montero-Seisedos¹ y Jose Francisco García-Llorente¹

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. ²Unidad de Investigación. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.

Introducción: La retirada de denosumab (DMAB) sin tratamiento sustitutivo posterior con bifosfonatos (BF) produce un efecto rebote con una rápida disminución de la densidad mineral ósea (DMO) en densitometría (DEXA), sobre todo en columna lumbar. Sin embargo, no existe evidencia suficiente sobre la intensidad de esa reducción de DMO o su relación con otros factores.

Objetivos: Evaluar la evolución en la DMO lumbar en pacientes que hayan recibido al menos un año de tratamiento con DMAB y lo hayan suspendido durante al menos 1 año sin tratamiento de sustitución.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico, retrospectivo. Pacientes con osteoporosis con retirada de DMAB después de 1 año de tratamiento y sin tratamiento posterior durante al menos otro año. Además, que dispongan de determinaciones de DMO antes, durante y después del tratamiento con DMAB. Se recogen datos demográficos, variables de factores de riesgo para osteoporosis (menopausia precoz, tabaquismo), datos de tratamientos antiosteoporóticos previos y fracturas osteoporóticas mayores previas a DMAB. Se realizó un análisis exploratorio utilizando la estadística descriptiva clásica: media y desviación estándar para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las categóricas. Para cada uno de los desenlaces de interés (niveles de DMO medidos a distintos tiempos), el objetivo fue evaluar su evolución en el tiempo, una vez iniciado el tratamiento. Para ello se desarrollaron modelos mixtos generalizados: como variable dependiente se consideraron los valores de DMO mientras que la variable independiente fue el tiempo de seguimiento medido durante el estudio. Además, se incluyeron intersecciones aleatorias en los modelos. Los coeficientes de regresión estimados se interpretaron como unidades de aumento de 1 año. Los procedimientos estadísticos se calcularon utilizando el software SAS System v94. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: 50 pacientes (49 mujeres) edad media $64,14 \pm 7,94$ años. 12 de las pacientes (24%) había tenido menopausia precoz y 43(86%) de ellas nunca habían consumido tabaco. Se identificaron fracturas osteoporóticas mayores previas al tratamiento con DMAB en 15(27,08%) de las pacientes. Se había utilizado algún tratamiento antiosteoporótico previo en 23(42,55%) pacientes, siendo el fármaco más utilizado los bifosfonatos (15 pacientes, 31,92%). El tiempo medio de tratamiento con DMAB fue $2,11 \pm 0,91$ años y el tiempo medio desde la retirada hasta la DEXA posterior $4,28 \pm 0,98$. La DMO lumbar (L1-L4) media antes de DMAB fue $0,885 \pm 0,101$ cm²; previa a su retirada $0,932 \pm 0,094$ y posterior a la retirada $0,869 \pm 0,0,92$. Por cada 0,1 cm² de DMO aumentado en cada año de tratamiento, hubo una pérdida media de 0,059 cm²/año tras la retirada de DMAB. Las variables de riesgo de edad, tabaquismo, menopausia precoz, fracturas previas y tratamiento previo no tuvieron relación con la tasa anual de pérdida de DMO, a excepción de una tendencia estadísticamente no significativa a que el uso de cualquier tratamiento previo se relacionó con una mayor pérdida de DMO.

Conclusiones: Existe una clara reducción de DMO lumbar tras la retirada de DMAB sin tratamiento sustitutivo, aunque la tasa anual de ganancia de DMO durante el tratamiento es mayor a la tasa anual de pérdida tras su suspensión.

P392. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS VALORADOS CON UN PROTOCOLO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR

Ana Isabel Monegal Brancós¹, J.L. Carrasco², P. Peris¹, B. Frade-Sosa¹, A. Azuaga¹, H. Flórez¹, N. Guañabens¹ y J. Colmenero³

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Departamento de Fundamentos Clínicos. Universidad de Barcelona. ³Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Hepatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Desde que se iniciaron los trasplantes de órganos se evidenció que el desarrollo de fracturas por fragilidad tras el tras-

plante ocasionaba un importante aumento de morbilidad. En nuestro centro alrededor del 30% de los pacientes trasplantados hepáticos (TH) desarrollaban fracturas en el primer año del trasplante. Por ello, a partir de 2010 se incluyó en el protocolo de evaluación de los candidatos a TH la valoración del riesgo de fractura por fragilidad. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de fracturas y los factores de riesgo durante el primer año del trasplante hepático, con un protocolo asistencial de evaluación y tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo, que analiza el efecto de un protocolo asistencial con una valoración de factores clínicos de riesgo de fractura, la realización de una analítica incluyendo niveles de 25 hidroxivitamina D (25OHD), densitometría (DXA) de columna lumbar y fémur y RX de columna dorsal y lumbar para descartar la presencia de fracturas vertebrales. Todos los pacientes recibieron aportes de 1.000 mg/día de calcio y vitamina D. Los pacientes con T-score < -1 recibían tratamiento con bisfosfonato y en el caso de T-score < -3 o fractura, se administraba ac. zoledrónico. Se realizó una revisión de las historias clínicas, las evaluaciones densitométricas y radiológicas durante el primer año del trasplante. Para analizar el riesgo de fractura se ha utilizado la t de Student y la chi cuadrado para las variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Este estudio ha sido aprobado por el CEIC de nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 220 pacientes que eran evaluables durante 1 año (70% hombres), edad media de $55 \pm 9,7$ años. El 74% de las mujeres eran posmenopáusicas. En la evaluación basal el 24% de los pacientes tenían fracturas por fragilidad y el 37% tenían valores de 25OHD < 10 ng/mL. El 23% de los pacientes tenían una DMO normal, el 47% tenía una osteopenia y el 30% una osteoporosis. Con los criterios establecidos, el 29% no precisaba tratamiento, el 58% recibió tratamiento con bisfosfonatos orales y el 13% endovenosos. Durante el primer año del TH 24 (10,9%) pacientes desarrollaron fracturas. El 54% de los pacientes fracturados eran mujeres ($p = 0,009$) y el 100% de ellas eran posmenopáusicas ($p = 0,013$). Fueron factores de riesgo para desarrollar fracturas: tener > 50 años (91,7%; $p = 0,04$) y antecedentes de fracturas por fragilidad antes del trasplante (65%; $p < 0,001$). Solo un 5,6% de los pacientes fracturados tenían una DMO normal ($p = 0,015$).

Conclusiones: La incidencia de fracturas por fragilidad durante el primer año del trasplante con un programa asistencial de evaluación y tratamiento de los candidatos fue del 11%. El riesgo es más alto en las mujeres, especialmente las posmenopáusicas, la población mayor de 50 años, los candidatos a TH con antecedentes de fracturas por fragilidad y con menor DMO.

P393. INCIDENCIA DE FRACTURAS CLÍNICAS POR FRAGILIDAD AL AÑO DE UNA ATENCIÓN PROTOCOLIZADA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Cristina Rodríguez Alvear¹, M^a Carmen López González¹, Elisabet Perea Martínez¹, Antonio Avilés Hernández¹, Irene Calabuig Sais¹, María Luisa Peral-Garrido⁴, Pilar Bernabeu González¹, Agustín Martínez Sanchís¹, Ximo Esteve Vives¹, Paloma Vela Casasempere¹, Cayetano Miralles Maciá³, Vega Jovaní¹ y Mariano Andrés¹

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Unidad Hepática. Servicio de Medicina Digestiva. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche.

Introducción: Entre los trasplantes de órgano sólido, el trasplante hepático es de los que con más frecuencia se asocia al desarrollo de baja masa ósea, presentándose en hasta un 85% de los pacientes¹. Se ha descrito una incidencia de fracturas que oscila entre un 17 y un 65%² en el periodo postrasplante, sobre todo en los 6 primeros meses. Tras la instauración de un protocolo de prevención de frac-

Tabla P393

Características de los pacientes con fracturas clínicas por fragilidad durante el año posterior al trasplante hepático

N	Tipo de fractura	Tiempo desde trasplante hasta fractura	Sexo	Edad al inicio	DMO CF al inicio	DMO CT al inicio	DMO CVL al inicio	Fractura previa	Tratamiento recibido
1	Vertebral L2	7 meses	Varón	63	-2,6	-2,7	-4,5	-	Zoledronato
2	Vertebral L1	6 meses	Varón	66	-0,8	-1,2	-1,8	-	-
3	Cadera	9 meses	Varón	62	-1,3	-0,8	0,3	-	Zoledronato
4	Radio distal	11 meses	Varón	61	-1,2	-0,9	-2,8	T12, L2	Zoledronato

DMO: densitometría ósea. CF: cuello femoral. CT: cadera total. CVL: columna vertebral lumbar.

turas, la tasa disminuye al 3,5%. En este sentido, iniciamos en nuestro centro en 2019 un plan de actuación para la prevención de fracturas osteoporóticas en el postrasplante. En un estudio previo⁴ vimos que el 77,3% presentaba indicación de inicio de tratamiento antiosteoporótico en la evaluación basal.

Objetivos: Estimar la incidencia de fracturas clínicas por fragilidad en los pacientes incluidos en estudio pretrasplante hepático al año de la evaluación inicial de su salud ósea.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo en el que se analiza la incidencia de fracturas clínicas por fragilidad al año de la valoración multidisciplinar pretrasplante hepático realizada en el Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. Se incluye a pacientes en los que se realizó el estudio inicial desde febrero de 2019 hasta diciembre de 2021, sometidos a trasplante hepático, con seguimiento completo al año. Basalmente, se evaluó la indicación de tratamiento antiosteoporótico en presencia de densitometría ósea con valor de T score < -1, fractura vertebral evaluada por radiografía o fractura por fragilidad. Se realiza una visita presencial al año en la que se recoge la presencia de fracturas clínicas por fragilidad durante ese periodo. Se muestra un estudio descriptivo, calculando la incidencia acumulada (IA) al año, con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Objetivos: De los 162 pacientes a los que se realiza la evaluación inicial, 79 (48,8%) reciben trasplante hepático y se dispone de seguimiento completo al año. El 75% eran hombres, con una edad media de 60 años (DE 7,5) y un IMC medio de 28,24 kg/m² (DE 4,35). El 73,4% eran fumadores y el 67% había tenido un consumo moderado-severo de alcohol. El 2,5% (n = 2) presentó fractura por fragilidad y en el 7,6% (n = 6) se diagnosticó fractura vertebral vista por radiografía. El 50,6% (n = 40) presentaba osteopenia y el 21,5% (n = 17) osteoporosis. El 74,7% (n = 59) precisó inicio de terapia antiosteoporótica, recibiendo finalmente tratamiento el 69,7% (n = 55) de los pacientes (92,7% bifosfonatos y 7,3% denosumab). Del total de trasplantados hepáticos con seguimiento al año, se produjo fractura clínica en 4 de ellos (IA 5%. IC95% 1,9-12,3%) (tabla).

Conclusiones: Tras la instauración de un protocolo de prevención de fracturas en los pacientes candidatos a trasplante hepático, la tasa de fracturas en el postrasplante es inferior a las series históricas, pero equiparable a otra serie con atención previa al trasplante³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ninkovic M. Calcif Tissue Int. 2001;69:321-6.
2. Premaor M. QJM. 2011;104(7) 599-606.
3. Monegal A. Calcif Tissue Int. 2013;93:571-6.
4. Rodríguez C. Reumatol Clin. 2021;17:207 (Abstract SER 2021).

P394. EFECTO DIFERENCIAL DE LOS GLUCOCORTICOIDES SOBRE EL TRABECULAR BONE SCORE Y LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA

D. Roig Vilaseca, D. Cerdà Gabaroi, P. V. Estrada Alarcón, O. A. Camacho Alcázar, S. Heredia Martín, V. A. Navarro Ángeles, M. Tormo Ratera, S. García Díaz y D. Reina Sanz

Servei de Reumatologia. Complex Hospitalari Moisès Broggi Sant Joan Despí.

Introducción: El trabecular bone score (TBS) es una medida obtenida a partir de imágenes densitométricas que nos aproxima a la

calidad de la estructura ósea, en comparación con la densidad mineral ósea (DMO), que nos da un valor cuantitativo. El TBS se relaciona con el riesgo de fractura de forma independientemente de la DMO. Los glucocorticoides (GC) aumentan el riesgo de fractura. El aumento del riesgo de fractura se debe a una disminución de la masa ósea, pero sobre todo en los primeros meses, a un deterioro de la estructura ósea. Se hipotetiza que los glucocorticoides afectan de forma diferente al TBS y la DMO. En concreto, se considera que el efecto sobre TBS es mayor que sobre la DMO.

Objetivos: Estudiar la relación del tratamiento con GC sobre la relación TBS/DMO.

Métodos: De la base de datos donde se recogen las densitometrías de los pacientes que acuden a la consulta, se han seleccionado aquellas determinaciones en las que hubiera simultáneamente valores de DMO y TBS. Se ha calculado la relación TBS/DMO y se ha comparado el resultado en función de la toma previa de GC. Se considera que, si el efecto de los glucocorticoides es mayor sobre el TBS que sobre la DMO, la relación será menor (por ser proporcionalmente mayor el denominador). También se han recogido las siguientes variables: Sexo, edad al realizar la densitometría, antecedentes de fractura (osteoporótica y no osteoporótica), y toma de GC anteriormente a la determinación densitométrica.

Resultados: En el momento del estudio, en la base de datos había recogidas 11.613 densitometrías. Se seleccionaron 1.428 determinaciones de las que se dispone de DMO y TBS en el segmento vertebral L2-L4 y se conoce si habían recibido tratamiento con GC. De ellas, 1.295 (90,7%) correspondían a mujeres. El peso medio fue de 63,85 ± 11,95 Kg (35-163) y la talla 154,12 ± 7,89 cm (134-190). 119 pacientes (8,3%) habían tomado GC. 257 pacientes (18,0%) habían sufrido una fractura osteoporótica, y 77 (5,4%) una fractura no osteoporótica. La DMO L2-L4 estandarizada fue 891,25 ± 150,91 g/cm² (517,05-1871,37) y el índice T en L2-L4 -1,95 ± 1,33 (-5,31-6,82). En 936 casos (65,5%) se ha utilizado tecnología GE Lunar, y en 492 (34,5%) Hologic. La relación TBS/DMO estandarizada fue 1,434 ± 0,235 (0,397-2,240). No se observaron diferencias en la distribución por sexos entre los pacientes tratados y los no tratados con GC, ni en la proporción de fracturas osteoporóticas y no osteoporóticas previas. Las comparaciones para las variables cuantitativas se recogen en la tabla. Los pacientes que habían recibido tratamiento con glucocorticoides tenían mayor peso y talla. El mejor valor densitométrico (valor de DMO estandarizada y, por tanto, de índice T) puede atribuirse a que en estos pacientes la indicación de densitometría se hace por haber recibido glucocorticoides en dosis significativas, independientemente de la existencia de otros factores de riesgo (menopausia precoz, edad, antecedente de fractura previa, etc.).

Resultados de las variables cuantitativas y significación de la comparación

	GC	No GC	p
N	119	1309	
Edad	71,44 ± 12,49	70,27 ± 9,98	0,322
Peso	66,74 ± 14,10	63,59 ± 11,71	0,006
Talla	156,02 ± 7,53	154,01 ± 7,56	0,006
L2-L4 estandarizada	984,816 ± 168,983	882,747 ± 146,291	0,000
Índice T L2-L4	-1,13 ± 1,46	-2,02 ± 0,04	0,000
TBS L2-L4	1,270 ± 0,109	1,246 ± 0,103	0,016
TBS/DMO est.	1,322 ± 0,228	1,445 ± 0,233	0,000

Conclusiones: En nuestro estudio se observa una relación TBS/DMO menor en los pacientes que han recibido GC que en los que no los han tomado, a pesar de tener valores de TBS y DMO superiores, lo que indicaría que en estos pacientes el TBS es más bajo en relación a lo que correspondería por la DMO, reflejando el mayor efecto proporcional de los GC sobre la estructura en comparación con el resto de los pacientes.

P395. UTILIDAD DE LA 3D-DXA EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

Ester Costa Moya¹, Silvana di Gregorio², Jordi Sánchez³, Ludovic Humbert⁴, Arturo Llobell¹, Alba Garcia¹, Luis del Rio² y Enrique Casado⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d' Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell. ²CETIR Centre Mèdic. Barcelona. ³Servicio de Hepatología y Digestivo. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d' Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell. ⁴Galgo Medical. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con cirrosis hepática (CH) presentan un elevado riesgo de osteoporosis y de fractura. La metodología 3D-DXA mide la densidad mineral ósea (DMO) en 3 dimensiones o volumétrica (DMOv) de los compartimentos trabecular y cortical, y podría ser más útil que la densitometría ósea convencional (DXA) en la identificación de los pacientes con mayor riesgo de fractura.

Objetivos: Medir la DMOv trabecular y cortical en una cohorte de pacientes con CH multifactorial, y analizar si puede ser de utilidad para la identificación de los pacientes con fractura o riesgo de fractura.

Métodos: Se seleccionaron de forma aleatorizada pacientes con diagnóstico de CH de cualquier etiología diferente a la colangitis biliar primaria según el sistema de codificación del Hospital Universitari Parc Taulí. A todos los pacientes, previo consentimiento informado, se les realizó una DXA para la medición de la DMO de columna y cadera, una radiografía de columna dorsolumbar de perfil para la identificación de fracturas vertebrales, y un análisis 3D-DXA mediante el software 3D-SHAPER® (v2,11.2, 3D-SHAPER Medical, España) para medir la DMO de superficie cortical (DMOs Cort) y la DMOv trabecular (DMOv Trab). Las variables continuas se expresan en medianas con intervalo de confianza del 95%. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis de regresión múltiple para determinar posibles asociaciones entre los valores de 3D-DXA y las diferentes variables clínicas.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes (66 varones y 26 mujeres), con una edad de 63 (59-67) años. El alcohol fue la causa más frecuente de la cirrosis (52%), seguida de la infección por virus C (27%). El 80% de los pacientes presentaba una CH Child A. La mediana de la DMOs Cort y DMOv Trab de toda la cohorte fue de 161,8 g/cm³ (158,3-165,1) y 154,3 g/cm³ (147,0-166,3) respectivamente. Los valores fueron significativamente mayores en varones en el compartimento cortical (163,7 vs. 155,2 g/cm³; p = 0,007), pero no en el trabecular (155,7 vs. 150,5; p = NS). Se observó una correlación positiva entre la DMOs Cort y el índice de masa corporal (IMC) (r = 0,42; p < 0,001), la DMO de columna (r = 0,17; p < 0,001) y la DMO de cadera (r = 0,24; p < 0,001); y una correlación negativa entre la DMOs Cort y el riesgo de fractura mayor a 10 años según FRAX (sin DMO) (r = -0,48; p < 0,001) y de fractura de cadera (r = -0,43; p < 0,001). No se observó correlación de la DMOs Cort con la edad. La DMOv Trab también se correlacionó de forma positiva con el IMC (r = 0,28; p = 0,013), la DMO de columna (r = 0,06; p < 0,001), la DMO de cadera (r = 0,16; p < 0,001), y además con el *Trabecular Bone Score* (TBS) (r = 0,36; p = 0,037); y de forma negativa con la edad (r = -0,31; p = 0,031), el FRAX (sin DMO) para fractura mayor (r = -0,42; p < 0,001) y el FRAX (sin DMO) para fractura de cadera (r = -0,41;

p < 0,001). Seis pacientes (6,4%) presentaron fracturas vertebrales morfométricas. Los pacientes con fracturas vertebrales presentaban valores significativamente más bajos de DMOs Cort (138,3 g/cm³ [119,8-156,9]; p = 0,007) y de DMOv Trab (123,4 g/cm³ [91,4-155,4]; p = 0,004) que los pacientes sin fracturas (163,4 [158,5-168,3] y 157,5 [149,0-164,3] respectivamente).

Conclusiones: La DMO volumétrica cortical y trabecular medida por 3D-DXA en pacientes con CH se correlaciona con la DMO de columna y de cadera medida por DXA convencional y permite identificar aquellos pacientes con más alto riesgo de fractura (mayor valor de FRAX y mayor prevalencia de fractura vertebral).

P396. OSTEONECROSIS MANDIBULAR ASOCIADA A MEDICAMENTOS (MRONJ). REGISTRO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE CINCO AÑOS (2017-2021)

Diego Dios Santos, Álvaro García-Rozado González, Jenaro Graña Gil, Guillermo González Arribas, María del Carmen San José Méndez, Uxía Couto Lareo y María Olga Sánchez Meizoso

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: Los fármacos antirresortivos (bifosfonatos y denosumab) son fármacos ampliamente utilizados en osteoporosis y oncología. En 2003 se describe por primera vez la osteonecrosis de maxilar como complicación de su uso. Actualmente se denomina osteonecrosis asociada a medicamentos (Medication Related ON Jaw/MRONJ) a diferencia de las osteonecrosis de otra causa. La MRONJ es una enfermedad rara y grave, que se manifiesta por una o más lesiones óseas necróticas expuestas, con o sin trayecto fistuloso. Los factores que predisponen a esta patología comprenden factores locales (extracción dental, infección...), uso concomitante de otros fármacos (quimioterapia, glucocorticoides), dosis y frecuencia del antirresortivo, factores genéticos y factores sistémicos (alcohol, tabaco, diabetes *mellitus*...). La incidencia en España de osteoporosis es de 2,5 millones de personas mayores de 50 años y la incidencia de MRONJ según los registros internacionales es del 0,01-0,06% para osteoporosis y 1,6-14,8% para cáncer.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 2017 a 2021 (ambos inclusive), de pacientes atendidos en el servicio de cirugía maxilofacial con el diagnóstico MRONJ. Se localizaron 43 pacientes pertenecientes a su área de influencia. Analizamos el porcentaje de MRONJ en pacientes con enfermedades neoplásicas y enfermedades reumáticas (osteoporosis, artritis reumatoide con osteoporosis y enfermedad de Paget). La incidencia media anual de MRONJ en osteoporosis y cáncer. La media anual de antirresortivos utilizados en las áreas estudiadas, el porcentaje medio de cada fármaco utilizado en cada patología y la tasa de incidencia de MRONJ en osteoporosis.

Resultados: El 70% de los pacientes con MRONJ estaban con tratamiento antirresortivo para enfermedad neoplásica y el 30% restante para enfermedades reumáticas. La incidencia media de casos por año y patología fue de 6 casos/año en cáncer y 2,6 casos/año en enfermedades reumáticas. El número total de habitantes en las áreas sanitarias de este estudio era de un millón. El número medio de pacientes expuestos a fármacos antirresortivos para OP fue de 14.497/año, distribuidos en: alendronato (ALD) 3.164, risedronato (RIS) 3.187, ibandronato (IBN) 1.600, denosumab (Dmab) 6.497, zoledronato (ZOL) 31. La tasa de incidencia de MRONJ en pacientes con OP fue de 0,17/año/1.000 pacientes, y la poblacional de 0,0026 casos/año/1.000. De los pacientes con MRONJ a tratamiento para osteoporosis, el 53,8% estaba a tratamiento con ALD, el 30,7% con IBN y el 7,7% con RIS y Dmab (dosis habituales para OP). El tiempo medio de exposición al fármaco fue de 5,23 años. De los pacientes a tratamiento para neoplasia, el 76,7% de los casos estaban a tratamiento con ZOL (4mg IV/4 sem), el 13,3% con Dmab (120 mg cada 4 sem) y el

10% con IBN (6 mg IV/4 sem). El tiempo medio de exposición medio al fármaco fue de 1,97 años.

Conclusiones: La MRONJ es una patología poco frecuente pero grave. En esta serie su incidencia fue muy superior en pacientes con enfermedades neoplásicas que reumáticas. Las tasas de incidencia en estas últimas son muy bajas y concuerdan con la literatura. El número de pacientes expuestos a ALD y RIS fue similar, pero se observaron más casos de MRONJ en los pacientes tratados con ALD (53,8% vs. 7,7%). El tiempo para desarrollar MRONJ fue menor en los tratados por neoplasia que por osteoporosis. La dosis acumulada y frecuencia de toma de fármaco antirresortivo fue mayor en el tratamiento de neoplasia.

P397. ANTI-DFS70: ¿SON ÚTILES A LA HORA DE EVALUAR ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS?

David Galarza Gamboa¹, Irene Carrión-Barberà¹, Camilo Veloza¹, Helena Sirera¹, Núria Bou¹, Aina Puiggròs¹, Eduardo Villegas², Jorge Eguía², Anna Pros¹, Carolina Pérez-García¹, Tarek Salman-Monte¹ y Jordi Monfort¹

¹Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. ²Laboratori de Referència de Catalunya. Immunologia. El Prat de Llobregat.

Introducción: Los anti-DFS70 son autoanticuerpos dirigidos contra el antígeno DFS70 (*dense fine speckles* 70). Son reconocidos usando inmunofluorescencia indirecta (IFI) y suelen ser un hallazgo común entre los individuos sanos con anticuerpos antinucleares (ANA) positivos. Se ha postulado que su presencia podría ser útil para descartar enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) cuando se detectan en ausencia de otros anticuerpos relacionados con éstas. Los datos publicados hasta el momento resaltan la asociación negativa entre antiDFS70 y ERAS.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes anti-DFS70+ y su relación con la presencia de ERAS. A la vez, analizar la existencia de otras variables que pudiesen relacionarse con ERAS y que podrían ser utilizadas como herramientas de predicción clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes anti-DFS70+ en el Hospital del Mar (Barcelona, España) entre 2021 y 2022. Se recogen datos demográficos, clínicos y biológicos. La presencia de anti-DFS70 se evaluó mediante immunoblot, empleando el kit EUROLIne de EUROIMMUN, que permite la determinación cualitativa in vitro de autoanticuerpos humanos del isotipo IgG. Simultáneamente, se evaluó también la presencia de autoanticuerpos contra el DNA de doble cadena (anti-dsDNA) y anticuerpos dirigidos a antígenos nucleares extraíbles (ENA) a fin de excluir otros autoanticuerpos que presentan patrones de tinción similares al AC-2 (es decir, AC-1 o AC-1 con AC-4,5). El análisis estadístico descriptivo y de correlaciones fue realizado utilizando SPSS 23 IBM®.

Resultados: Se evaluó la presencia de anti-DFS70 en 85 pacientes ANA+ con patrón nuclear moteado fino denso. Del total, 52 pacien-

tes resultaron positivos y se incluyeron en este estudio (10 hombres y 42 mujeres). La edad media hasta la primera determinación de anti-DFS70+ fue de 40,67 ± 16,99 años. La tabla 1 compara los datos entre pacientes anti-DFS70+ con ERAS y sin ERAS. No se objetivó ERAS en 44 pacientes (84,6%). De los 8 pacientes con ERAS diagnosticada, 2 presentaron positividad para otros autoanticuerpos. Se encontró una correlación entre títulos elevados de ANA y la presencia de ERAS. No se identificaron otras correlaciones significativas.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que en una población de pacientes ANA+ en estudio para detectar ERAS, la presencia de anti-DFS70, incluso a títulos moderados o altos, puede considerarse un resultado tranquilizador dada su asociación negativa con ERAS. En nuestra cohorte, la única variable que podría actuar como predictor de ERAS ha sido la presencia de ANA+ a títulos altos, lo que justificaría una evaluación más exhaustiva en este subgrupo de pacientes. Cabe mencionar que, para establecer el posible papel protector de los anticuerpos anti-DFS70, no debemos conformarnos únicamente con el patrón de tinción típico, sino confirmar que la inmunoreactividad esté dirigida específicamente contra el antígeno DFS70. Por último, es plausible que el uso clínico de esta prueba pueda comportar un considerable potencial de ahorro de costes.

BIBLIOGRAFÍA

- Miyara M, Albesa R, Charuel JL, et al. Clinical phenotypes of patients with anti-DFS70/LEDGF antibodies in a routine ANA referral cohort. Clin Dev Immunol. 2013;2013:703759.
- Ochs RL, Mahler M, Basu A, et al. The significance of autoantibodies to DFS70/LEDGFp75 in health and disease: integrating basic science with clinical understanding. Clin Exp Med. 2016;16:273-93.

P398. CRIOFIBRINOGENEMIA EN LAS ERAS PRECOVID-19 Y COVID-19: ESTUDIO COMPARATIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Carmen Lasa-Teja¹, María Enriqueta Peiró-Callizo¹, María del Amparo Sánchez-López², Juan Irure-Ventura³, Marcos López-Hoyos³, Mónica Renuncio-García³, Adrián Martín-Gutiérrez¹, Carmen Secada-Gómez¹, Cristina Gómez-Fernández² y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La criofibrinogenemia (CF) es un síndrome con una baja prevalencia debido a la ausencia de unos criterios diagnósticos definidos y a la rareza de la propia enfermedad. La CF puede ser esencial o secundaria a enfermedades autoinmunes, neoplasias o infecciones¹. Las manifestaciones dermatológicas, principalmente

Tabla P397

Comparativa de datos entre pacientes anti-DFS70+ con/sin ERAS

	Individuos anti-DFS70 (+) con ERAS	Individuos anti-DFS70 (+) sin ERAS
N	8: SLE (5), Sjögren (1), Artritis SN (1), SpA HLA-B27+ (1)	44
Edad media a la primera determinación positiva del anti-DFS70	34,6 años ± 13,75	42,8 años ± 17,64
Servicio que solicita el estudio	Reumatología (7), Dermatología (1)	Reumatología (19), Dermatología (5), Hematología (5), Neumología (3), otros (12).
Títulos ANA	≥ 1/640 (87,5%)	≤ 1/640 (50%)
Otros anticuerpos relacionados con eras	Anti-dsDNA+ y anti-Ro60+ (1), anticoagulante lúpico (1)	Anti-dsDNA+ (1), anti-Ro52+ (1), anti-Ro60+ (1), anti-PL7+ (1), p-ANCA+ (2) y ACPA+ (1)
Otros anticuerpos no relacionados con eras	Ninguno	Anti-LC1+ (1)
Otros diagnósticos	Ninguno	CCLE (2), urticaria (5), FM (6), CFS (4)

ANA: anticuerpos antinucleares, ANCA: anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo, ACPA: anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados, Artritis SN: artritis seronegativa, CCLE: lupus eritematoso cutáneo crónico, CFS: síndrome de fatiga crónica, FM: fibromialgia, anti-LC1: anticuerpo anticitosol hepático tipo 1, SLE: lupus eritematoso sistémico, SpA: espondiloartritis.

las úlceras, son las más comunes y podrían estar en probable relación a un síndrome pseudovasculítico. Durante la era COVID-19 el número de casos con manifestaciones cutáneas aumentaron. Son necesarios más estudios para caracterizar la asociación entre CF y SARS-CoV-2.

Objetivos: A) Evaluar la frecuencia de CF durante la era pre-COVID y la era COVID. B) Describir el perfil clínico de la CF y las principales características de los pacientes en ambos grupos de estudio.

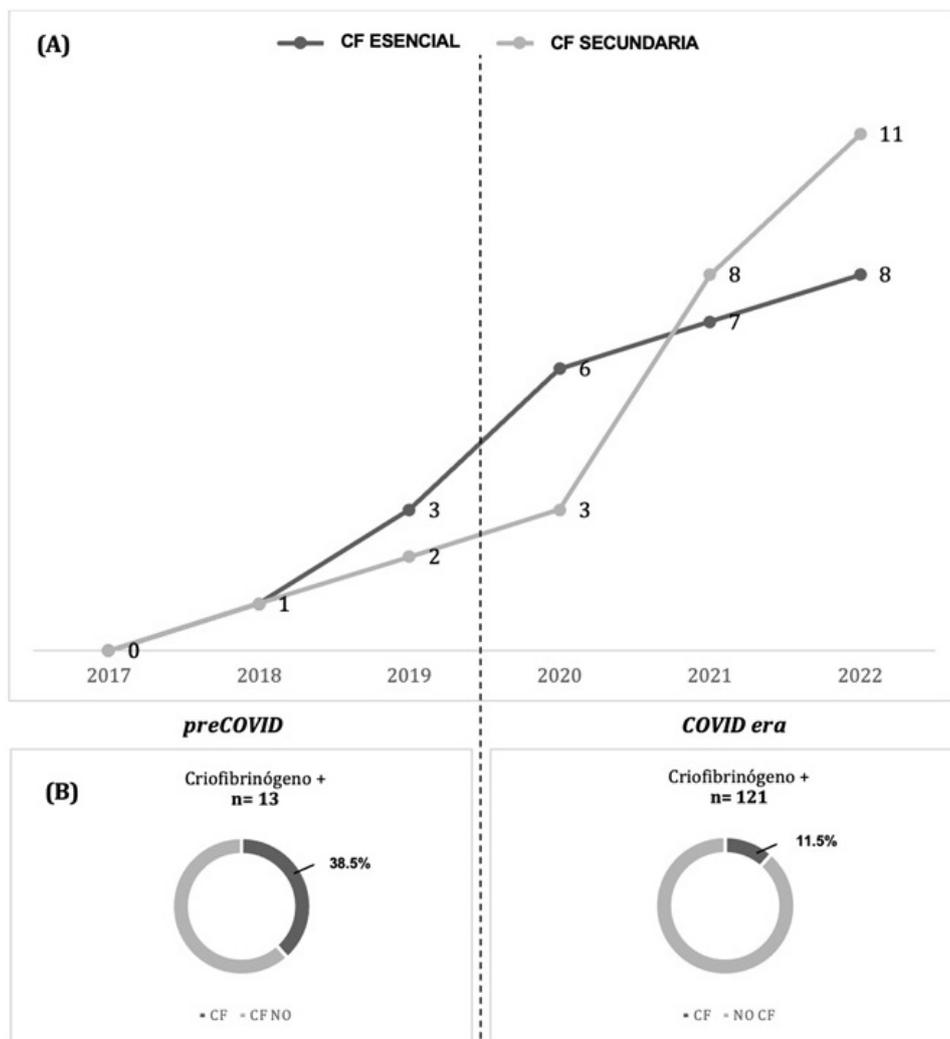
Método: Estudio observacional de un único centro realizado en un Hospital Universitario del norte de España de 134 pacientes con al menos un resultado positivo para criofibrinógeno, entre enero de 2017 y marzo de 2020 (era pre-COVID) y marzo de 2020 y diciembre de 2022 (era COVID). El diagnóstico de CF se realizó de acuerdo con los criterios diagnósticos publicados³. Se recopilaron características clínicas, parámetros de laboratorio y se realizó un estudio inmunológico y serológico de los pacientes. Para la determinación del criofibrinógeno la sangre se recogió en tubos de citrato. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS. Las variables cuantitativas se expresan en medias ± DE. Las variables cualitativas se compararon mediante el test de chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon usando el test t-Student.

Resultados: La CF se confirmó en 19/134 (14,2%) pacientes, con al menos una determinación positiva para criofibrinógeno (5 era pre-COVID; 14 era COVID). Los pacientes con COVID-19 eran con más frecuencia hombres (64,3% frente 40%) y jóvenes (43,6 a 60,6 años).

Las principales características se muestran en la tabla 1. En la era pre-COVID la mayoría de los casos eran CF esenciales (60%) y en la era COVID la mayoría de los casos eran secundarios (64,3%). El 33,3% de las CF secundarias se atribuyeron al COVID. Las manifestaciones cutáneas fueron similares en ambos grupos, sobre todo en forma de máculas purpúricas (tipo perniosis) en regiones acrales. En la era pre-COVID el tratamiento estaba basado fundamentalmente en antiagregantes y corticoides. La incidencia entre ambas eras se compara en la FIGURA. En la era pre-COVID un gran porcentaje de pacientes con test positivo para criofibrinógeno tenía CF.

Tabla 1. Número de casos y características clínicas de criofibrinogenemia (CF) en la era pre-COVID-19 y en la era COVID-19

	Pre-COVID-19 (n = 5)	COVID-19 (n = 14)	p
CF en pacientes con test de criofibrinógeno positivos, (% CF/test positivo) (N = 134)	5/13 (38,5)	14/121 (11,5)	0,008
Edad en años, media ± DE	60,6 ± 11,2	43,6 ± 21,0	0,195
Sexo			
Hombre, n (%)	2 (40)	9 (64,3)	0,345
Mujer, n (%)	3 (60)	5 (35,7)	
CF Esencial, n (%)	3 (60)	5 (35,7)	0,345
CF Secundaria, n (%)	2 (40)	9 (64,3)	0,345
COVID19, n (%)	0	3 (33,3)	0,239
Conectivopatía, n (%)	2 (100)	3 (33,3)	0,418
Vasculitis, n (%)	0	3 (33,3)	0,259



(A) Número de casos de CF esencial vs. CF secundaria en la era preCOVID19 y en la era COVID19. (B) Proporción de casos positivos de criofibrinógeno en ambas épocas.

Tabla 2. Expresión clínica

Manifestaciones cutáneas			
Localización			
Manos	3 (60)	7 (50)	0,701
Pies	1 (20)	2 (14,3)	0,764
Manos y pies	1 (20)	5 (35,7)	0,516
Patrón lesiones, n (%)			
Máculas purpúricas	4 (80)	6 (42,9)	0,153
Raynaud	2 (40)	3 (31,4)	0,418
Úlceras distales	1 (20)	6 (42,9)	0,363
Otras	1 (20)	2 (14,3)	0,764
Síntomas generales, n (%)			
Síntomas gastrointestinales, n (%)	1 (20)	1 (7)	0,383
Síntomas reumatológicos, n (%)	2 (40)	2 (14,3)	0,486
Tratamiento, n (%)			
Antiagregante	4 (80)	4 (28,6)	0,131
Corticosteroideo	3 (60)	4 (28,6)	0,577
Otros tratamientos	3 (60)	4 (28,6)	NA

Conclusiones: La CF es una enfermedad rara con baja prevalencia. Este estudio muestra un cambio en la tendencia de los subtipos de CF, probablemente debido a la influencia de la infección por COVID. En la era COVID el número de test positivos para criofibrinógeno aumentó debido a la infección por SARS-CoV-2. Sin embargo, los casos de CF no se incrementaron. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad no presentaron cambios entre ambos grupos.

Referencias bibliográficas:

1. Grada A. Am J Clin Dermatol. 2017;18(1):97-104.
2. Gómez-Fernández C. Int J Dermatol. 2020;59(12):1475-84.
3. Grada A, Falanga V. Am J Clin Dermatol. 2017;18(1):97-104.

P399. USO DEL PERFIL AMPLIADO DE AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Noelia Cabaleiro Raña, D. Santos Álvarez, E.C. Cervantes Pérez, A. Souto Vilas, S. Fernández Aguado, M. Caeiro Aguado y S. Romero Yuste

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción: Identificar la especificidad de los antígenos (Ag) nucleares o no nucleares podría facilitar la aproximación diagnóstica, fenotípica y pronóstica de los pacientes. El objetivo de este estudio es analizar el perfil de autoinmunidad en pacientes con miopatía inflamatoria (MI) tras implementación del perfil ampliado de miositis de 16 Ag.

Métodos: Se analizó el perfil de autoinmunidad de los pacientes con MI del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra desde enero de 2016 a diciembre del 2022. Los ANA fueron analizados mediante inmunofluorescencia indirecta. El perfil ampliado de autoinmunidad de 16 Ag (Mi-2 alfa/beta, TIF1γ, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100/75, Jo-1, SRP, PL-7/12, EJ, OJ y Ro-52) se realizó mediante ELISA. Se recogieron como variables descriptivas: edad, sexo, histología, autoanticuerpos, parámetros analíticos, manifestaciones clínicas y tratamientos empleados.

Resultados: Se identificaron 24 pacientes con MI: 6 dermatomiositis (DM), 7 miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNIM), 3 polimiositis (PM), 5 síndromes antisintetasa, 2 secundarias a conectivopatía-overlap y 1 miositis inespecífica. La edad media al diagnóstico fue de 55,3 ± 17,1 y un 75% fueron mujeres. El porcentaje de positividad de los ANA fue del 79% y el 75% presentaron elevación de enzimas musculares. La mediana de elevación de enzimas musculares fue de 337,5 [111,5-2.699] para la CK y de 9,3 [5,1-26,9] para la aldolasa. El 75% tenía debilidad muscular, el 33% enfermedad pulmonar intersticial (EPID), el 16,7% disfagia y el 50% manifestaciones cutáneas, destacando un solo paciente con calcinosis en contexto de síndrome overlap polimiositis/esclerosis sistémica (PM/ES). Entre los anticuerpos identificados se encontraron: TIF1γ 20%, MDA5 12%, PM-Scl75 12%, PM-Scl100 20%, Jo1 12% y Ro52 29%. 2 pacientes pre-

sentaron positividad para Mi-2; uno con positividad simultánea para SRP y Ro-52 con diagnóstico de MNIM. Un paciente fue positivo para Ku con biopsia muscular compatible con miositis inespecífica. Los 3 pacientes MDA5+ presentaron EPID. Dos de los 5 pacientes con TIF1γ presentaron dermatomiositis paraneoplásica asociada a adenocarcinoma de ovario y de colon. Dos de las pacientes con diagnóstico histológico de MNIM presentaron negatividad en el estudio ampliado. Con respecto al tratamiento, el 45,8% recibieron metotrexato (MTX), 33,3% azatioprina (AZT), 37,5% micofenolato (MF), 20,8% ciclofosfamida (CFM), 29,2% rituximab (RTX) e inmunoglobulinas el 45,8%. Se utilizó abatacept en 2 pacientes con PM y MNIM que no respondieron a ningún tratamiento previo con buena respuesta en la PM. Para alcanzar la remisión un 33,3% precisó 2-3 líneas de tratamiento, mientras que un 20,8% necesitó hasta 4-5 líneas distintas.

Características de la muestra de estudio

Variable	Miopatías inflamatorias (n = 24)
Edad, media ± DE	55,3 ± 17,1
Mujeres, n (%)	18 (75)
Diagnóstico, n (%)	Miopatía necrotizante inmunomediada: 7 (29,2) Dermatomiositis: 6 (25) Polimiositis: 3 (12,5) Antisintetasa: 5 (20,8) Overlap PM/ES: 2 (8,3) Miositis inespecífica: 1 (4,2)
Manifestaciones extramusculares, n (%)	EPID: 8 (33) Esofágica: 4 (16,7) Cutáneas: 12 (50) Neoplasia 4 (16,7)
CK, mediana (RIQ)	337,5 (111,5-2.699)
Aldolasa, mediana (RIQ)	9,3 (5,1-26,9)
ANA, n (%)	18 (75)
Anticuerpos miositis, n (%)	TIF1γ: 5 (20,8) MDA5: 3 (12,5) PM-Scl75: 3 (12,5) PM-Scl100: 5 (20,8) Jo1: 3 (12,5) Ro52: 7(29,2) Ku: 1(4,2) Mi2 α/β: 2 (8,3) SRP: 2 (8,3) PL-12: 1(4,2)
ANA negativo (n = 5)	1 autoinmunidad negativa 1 Jo-1, Ro-52 1 TIF1γ, PM-Scl 100 1 MDA5 1 PM-Scl 75
Tratamientos n (%)	Metotrexato: 11 (45,8) Azatioprina: 8 (33,3) Micofenolato: 9 (37,8) Ciclofosfamida: 5 (20,8) Rituximab: 7 (29,2) Abatacept: 2 (8,3) Inmunoglobulinas: 11 (45,8)
Líneas de tratamiento hasta respuesta n (%)	1 línea: 11 (45,8) 2-3 líneas: 8 (33,3) 4-5 líneas: 5 (20,8)

DS: desviación estándar, RIQ: rango intercuartílico; EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo. EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Conclusiones: En nuestra muestra de los 5 pacientes con ANA negativo el 80% presentó positividad para algún autoanticuerpo específico de MI y los dos únicos con autoinmunidad negativa fueron diagnosticados de MNIM. El estudio de dicho perfil en las MI podría ser útil de cara a establecer el diagnóstico/pronóstico de los pacientes y así orientar pruebas complementarias adicionales, así como posibles líneas de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minoru Satoh, Shin Tanaka, Angela Ceribelli, S John Calise, Edward K L Chan. A Comprehensive Overview on Myositis-Specific Antibodies: New and Old Biomarkers in Idiopathic Inflammatory Myopathy. Clin Rev Allergy Immunol. 2017;52(1):1-19.

P400. CRITERIOS IWOS DE 2009 Y 2019 REVISADOS DE LA SARCOIDOSIS OCULAR. ESTUDIO DE UNA SERIE DE 384 PACIENTES DE UN ÚNICO HOSPITAL UNIVERSITARIO

Carmen Lasa-Teja¹, Jorge Javier Gaitán-Valdizán², Lara Sánchez-Bilbao¹, José L. Martín-Varillas¹, David Martínez-López¹, Íñigo González-Mazón¹, Raúl Fernández-Ramón², Rosalía Demetrio-Pablo² y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La sarcoidosis es un trastorno inflamatorio sistémico que afecta a muchos órganos, incluidos los ojos. Las principales manifestaciones son la uveítis y la neuropatía óptica¹. Los criterios del grupo International de Sarcoidosis Ocular (IWOS) para el diagnóstico de la sarcoidosis ocular (SO) se publicaron por primera vez en 2009 y se revisaron en 2019^{2,3}. Los criterios IWOS son una herramienta que permite relacionar la uveítis con la sarcoidosis, especialmente cuando la clínica ocular es la primera manifestación de la enfermedad. Debido a las consecuencias de la SO, es esencial identificar e iniciar la terapia adecuada.

Objetivos: Comparar los resultados de los criterios IWOS aplicados en una misma población.

Métodos: Se estudió una gran cohorte (n = 384) de todos los pacientes diagnosticados de sarcoidosis desde el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2019. Finalmente, se incluyeron 344 pacientes según los criterios ATS/ERS/WASOG⁴. De inicio se aplicaron los criterios IWOS (2009) y los criterios revisados (2019) a los pacientes diagnosticados de sarcoidosis con síntomas oculares, y se compararon los resultados en ambos grupos para nuestra población. La concordancia entre los criterios IWOS de 2009 y 2019 se evaluó mediante el cálculo del coeficiente kappa de Cohen.

Resultados: 65 de 344 pacientes (51% hombres) tenían afectación ocular (18,9%), con una edad media de 56,7 ± 16,3 años. El 92,3% eran españoles y el 7,7% sudamericanos. La biopsia fue positiva para sarcoidosis en el 75,4% de los casos (n = 49) y negativa en el 6,2% (n = 4). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnósticos para IWOS 2009/IWOS 2019 en edad (p = 0,738/p = 0,495), sexo (p = 0,534/p = 0,459) ni nacionalidad (p = 0,529/p = 0,393). Cuando se aplicaron los criterios IWOS 2009, el 60% (39 pacientes) cumplían alguna de las categorías diagnósticas (43,1% diagnóstico definitivo, 13,8% diagnóstico de sospecha, 1,5% diagnóstico probable, 1,5% diagnóstico posible). De acuerdo con los

criterios IWOS 2019, el 53,8% (35 pacientes) cumplían alguna de las nuevas categorías diagnósticas (43,1% Definitivo, 7,7% de sospecha, 3,1% probable). La sensibilidad para IWOS 2009 fue de 0,6 y para IWOS 2019 fue de 0,53. Hubo una concordancia estadísticamente significativa entre los criterios IWOS 2009 y 2019 (p < 0,0001) con un fuerte nivel de concordancia (kappa = 0,824). Al analizar las categorías IWOS por separado, encontramos concordancia total en la categoría “diagnóstico definitivo”. Las categorías “diagnóstico probable” y “posible” en los criterios de 2009 se han fusionado en probable en los criterios de 2019 y hay una concordancia total al comparar ambas. La categoría “diagnóstico de presunción” es aquella que representa un mayor cambio en los criterios revisados. Encontramos una concordancia estadísticamente significativa (p = 0,000008) con un nivel de concordancia moderado (kappa = 0,524).

Conclusiones: Los criterios IWOS revisados de 2019 son menos sensibles en nuestra población. Sin embargo, la principal diferencia se encuentra en la categoría presupuesta: el requisito de al menos 2 signos intraoculares de uveítis implicó un cambio de 9 pacientes (13,8%) en IWOS 2009 a 5 (7,7%) en 2019. En nuestra población el criterio IWOS sigue teniendo una baja sensibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

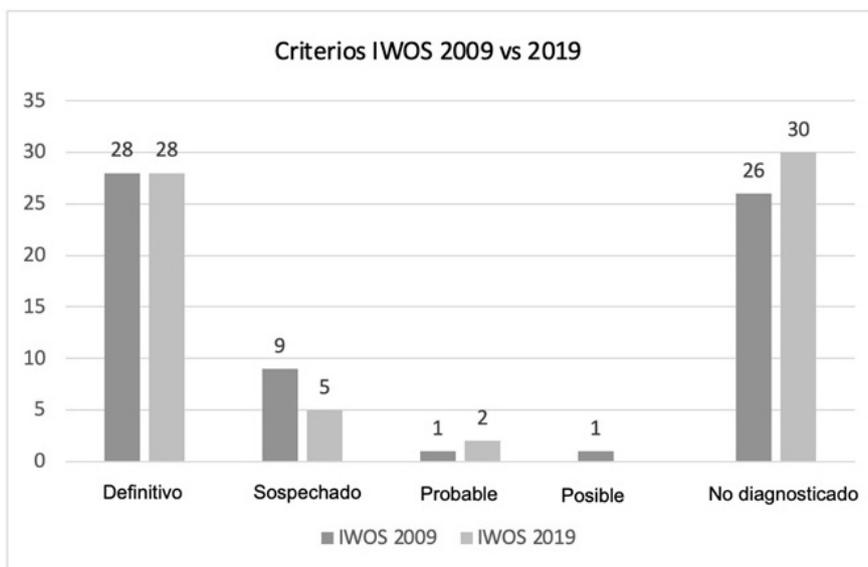
1. Eur Respir J. 1999;14:735-7.
2. Mochizuki M, Smith *et al.* Br J Ophthalmol. 2019;103(10):1418-22.
3. Sève P, *et al.* Semin Respir Crit Care Med. 2020;41(5):673-88.

P401. FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA EN SÍNDROME ANTI-SINTETASA: UNA COHORTE UNICÉNTRICA

Irene Peralta García¹, Ann Mari Svensson², Angeles Shunashy Galindo-Feria^{3,4}, Antonella Notarnicola^{3,4} Lara Dani^{3,4} Ingrid E. Lundberg^{3,4} y Maryam Dastmalchi^{3,4}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Servicio de Radiología. Karolinska Universitetssjukhuset. Estocolmo. Suecia. ³Servicio de Reumatología. Departamento de Gastro, Dermatología y Reumatología. Karolinska Universitetssjukhuset. Estocolmo. Suecia. ⁴División de Reumatología. Departamento de Medicina. Karolinska Institutet. Estocolmo. Suecia.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes afectos de miopatías inflamatorias idiopáticas (MII). De entre las MII, la



P400 Figura. Resultados de criterios IWOS 2009 y 2019 en la población definida.

Tabla P401

Características demográficas de los pacientes con síndrome antisintetasa (SAS) incluidos en la cohorte

	Total	Por anticuerpo				
		PL7, n = 8	PL12, n = 8	Jo1, n = 58	EJ, n = 4	OJ, n = 3
Mujeres, n (%)	55 (67,9)	6 (75)	5 (62,5)	40 (69)	3 (75)	1 (33,3)
Edad al inicio de la enfermedad, mediana años (Q1, Q3)	58 (48,67)	61 (35,68)	61 (48,67)	56 (47,65)	72 (46,76)	61 (55,74)
Tiempo desde el diagnóstico a la evaluación, mediana años (Q1, Q3)	6 (3,11)	10 (3,22)	4 (2,5)	7 (3,13)	2 (2,15)	4 (1,7)
Pacientes que cumplían criterios para afectación intersticial fibrótica progresiva, n (%)						
Criterios INBUILD	12 (14,8)	2 (25)	1 (12,5)	8 (13,8)	0 (0)	1 (33,3)
Guías de práctica clínica ATS/ERS/JRS/ALAT	14 (17,3)	3 (37,5)	1 (12,5)	10 (17,2)	0 (0)	0 (0)

EPID es más frecuente en pacientes con síndrome antisintetasa (SAS). Actualmente el tratamiento de esta complicación se basa en una combinación de altas dosis de glucocorticoides y otros inmunosupresores, como la ciclofosfamida o el rituximab. A pesar de ello existe un grupo de pacientes en los que la EPID progresa. Recientemente, se ha aprobado la utilización de un fármaco antifibrótico -nintedanib- para pacientes con afectación intersticial fibrótica progresiva (IFP).

Objetivos: Analizar si de entre los pacientes con SAS con empeoramiento de la EPID existe un grupo que cumpla la definición de fibrosis pulmonar progresiva que les haga candidatos al tratamiento con antifibróticos.

Métodos: Mediante el registro nacional sueco de miositis (Swedish Myositis network register) se identificó retrospectivamente una cohorte de pacientes diagnosticados de SAS con EPID y positividad para los anticuerpos anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ y/o anti-OJ (Ac-SAS). De todos ellos, se seleccionó el último TC de tórax, las pruebas funcionales respiratorias más recientes y se registró la progresión de síntomas respiratorios según constaba en la historia clínica. Los pacientes fueron diagnosticados de IFP conforme a los criterios del estudio INBUILD y las nuevas guías de práctica clínica de las sociedades internacionales de cirugía torácica y neumología (ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline 2022) (CPG). Una radióloga experta revisó los TC de tórax de aquellos pacientes que cumplían criterios para IFP.

Resultados: Se identificaron 147 personas con Ac-SAS positivos, 66 de las cuales no se incluyeron por seguimiento inferior a un año, falta de datos en el registro nacional o ausencia de EPID. Finalmente, se incluyeron 81 pacientes, 67,9% mujeres, con una mediana (Q1, Q3) de edad de 58 (48,67) años al inicio de la enfermedad (tabla). El tiempo medio de seguimiento desde el inicio de la enfermedad hasta que fueron valorados para IFP fue de 6 años. El hallazgo más prevalente en el TC fueron los cambios fibróticos inespecíficos (n = 28); sin cumplir criterios para neumonía intersticial usual (NIU) (n = 9) ni para neumonía intersticial no específica (NINE) de tipo fibrótico (n = 6). El segundo patrón más prevalente fue el de NINE (n = 18). Independientemente del tipo de patrón fibrótico en el TC, 14,8% de los pacientes cumplieron la definición de IFP según los criterios INBUILD y 17,3% según las CPG. El anticuerpo que se observó con mayor frecuencia en los pacientes que cumplían criterios para IFP fue anti-PL7 (25% y 37,5% para INBUILD y CPG respectivamente); sin poder calcular la significancia estadística debido al pequeño tamaño del subgrupo.

Tabla P402

Perfil de autoanticuerpos presentes en los pacientes de la cohorte

	Total	Combinación (%)	AAcs con los que se combina	
			2	3
Anti-Ku (Ku)	5	5 (100%)	ATA (1), ACA (1)	PmScl-ACA (1), U1-ACA (1), Th/To-U1 (1)
Anti-U1-RNP (U1)	4	2 (50%)	-	ACA-Ku (1), Th/To-Ku (1)
Anti-Th/To (Th/To)	4	2 (50%)	ACA (1)	U1-Ku (1)
Anti-PmScl (PmScl)	7	3 (43%)	ATA (1), ACA (1)	ACA-Ku (1)
Antitopoisomerasa (ATA)	22	5 (23%)	ARA (3), PMScl (1), Ku (1)	-
Anti-ARN polimerasa III (ARA)	13	3 (23%)	ATA (3)	-
Anti-centromero (ACA)	61	5 (8%)	PmScl (1), Th/To (1), Ku (1)	U1-Ku (1), PmScl-Ku (1)
Anti-U3-RNP (U3)	1	0 (0%)	-	-

Los números entre paréntesis indican el nº de pacientes.

Conclusiones: En este estudio transversal aproximadamente un 15% de los pacientes con SAS cumplían la definición de fibrosis progresiva y, por lo tanto, podían ser candidatos a tratamiento antifibrótico. Esta es la primera cohorte que sugiere que el tratamiento antifibrótico puede ser un posible objetivo de tratamiento en pacientes con EPID-MII en práctica clínica habitual.

P402. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE MÁS DE UN AUTOANTICUERPO ASOCIADO A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA, EN LA CLÍNICA DE LOS PACIENTES

Laura Tío¹, Laura Triginer², Irene Carrión Barberà^{1,3}, Alfredo Guillen-del-Castillo^{4,5}, Lidia Valencia-Muntalà^{2,6}, Anna Ribes¹, Jordi Monfort^{1,3}, Tarek Carlos Salman-Monte^{1,3}, Carmen Pilar Simeon-Aznar^{4,5}, Javier Narváez^{2,6} y Anna Pros^{1,3}

¹IMIM (Institut Hospital del Mar d'investigacions Mèdiques). Barcelona. ²Unitat Funcional de Malalties Autoimmunes Sistèmiques (UFMAS). IDIBELL. Barcelona. ³Servei de Reumatologia. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Departament de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵VHIR. Enfermedades sistèmiques. Barcelona. ⁶Departament de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Los autoanticuerpos (AAc) son una de las herramientas más utilizadas actualmente en la esclerosis sistémica (SSc) como biomarcadores. Se ha descrito que el 95% de los pacientes con SSc tienen al menos un AAc y ≈5% más de 1 AAc. Al observar solo los AAcs asociados con SSc (ASSc), esa prevalencia se reduce al 2,6%. La combinación suele conferir características clínicas diferentes en comparación con aquellos con positividad para un solo AAc.

Objetivos: Determinar la prevalencia de la combinación de AAcs-SSc en una serie de pacientes diagnosticados de SSc, y analizar las diferencias clínicas entre aquellos con positividad para un único AAcs-SSc frente a múltiples ASSc.

Métodos: Estudio retrospectivo de 134 pacientes con SSc en los que se determinó sistemáticamente el perfil ASSc mediante inmunoblot (Euroimmun®) que incluía antitopoisomerasa (ATA), anticentrómero (ACA), anti ARN-Polimerasa III (ARA), anti-U3 -RNP (U3), anti-Th/To (Th/To), anti-Ku (Ku), anti-PmScl (PmScl) y anti-U1-RNP (U1). Se estudiaron las diferencias demográficas y clínicas entre aquellos con positividad para un ASSc frente a aquellos con más de

uno. Las diferencias se identificaron mediante la prueba exacta de Fisher y Mann-Whitney. El protocolo obtuvo la aprobación del CEIC (2020/9150/1).

Resultados: La tabla muestra el perfil de ASSc en nuestra cohorte: 128/134 (96%) eran ANA+, 111 (82%) presentaban 1 ASSc, 8 (8%) 2 ASSc y 3 (2,3%) tenían 3 ASSc concomitantes. Ku se encontró siempre en combinación con otros ASSc y en 3 pacientes se combinaba con 2 ASSc. Al comparar las características entre los pacientes con 1 ASSc vs. más de 1 observamos que el subtipo de SSc limitada asociada a ACA se perdió en las combinaciones ACA-U1-Ku+ y ACA-Ku+ (p = 0,038 y p = 0,039, respectivamente). Además, los pacientes con ATA-ARA+ tenían un índice en la escala de Rodnan modificada más alta que ATA+ (18,33 ± 2,08 frente a 9,67 ± 5,59, p = 0,036). No se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas en el resto de características, aunque se observó una tendencia a mayor presencia síntomas digestivos y enfermedad pulmonar intersticial, y menos miositis en pacientes ACA-U1-Ku+ vs. ACA+. Además, los pacientes ACA-PmScl-Ku+ presentan una tendencia a tener menos miositis que aquellos con PmScl+, y los pacientes ACA-Ku+ menos miositis que aquellos ACA+.

Conclusiones: La presencia concomitante de más de 1 Ssc-ab es más frecuente en nuestra cohorte de lo descrito inicialmente (8%), probablemente debido al análisis sistemático realizada en nuestro estudio. La combinación de ASSc puede modificar los fenotipos clínicos característicos asociados a ellos cuando se encuentran de forma aislada. El tamaño de muestra posiblemente ha limitado la observación de más diferencias existentes entre los grupos. La implementación de inmunoblots de rutina como cribado de ASSc para lograr una mejor caracterización de los pacientes podría ser una herramienta útil para los profesionales médicos, ya que estas combinaciones de ASSc pueden tener implicaciones pronósticas. Financiado por la Fundació la Marató de TV3 y parcialmente financiado la FER (Fundación Española de Reumatología).

BIBLIOGRAFÍA

1. Stochmal, A. *et al.* Antinuclear Antibodies in Systemic Sclerosis: an Update. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2020;58:40-51.
2. Clark *et al.* Combinations of scleroderma hallmark autoantibodies associate with distinct clinical phenotypes. *Sci Rep.* 2022;12:1-8.

P403. EFICACIA Y SEGURIDAD DE MACITENTÁN EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS DIGITALES REFRACTARIAS

Miriam Retuerto Guerrero¹, C. Moriano Morales¹, I. Castellví Barranco², Belén Atienza-Mateo³ y Elvira Díez Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de León. ²Unidad de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: El fenómeno de Raynaud (fR) se utiliza para describir un síntoma complejo causado por la afectación vascular digital. La presencia de úlceras digitales (UD) debe llevar a una evaluación más exhaustiva de las causas secundarias del fR. Entre las afecciones que pueden asociarse al fR se encuentran las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), especialmente la esclerosis sistémica (ES). Las UD son una causa importante de morbilidad y tienen una alta tasa de recurrencia en la mayoría de los pacientes y pueden ser refractarias a múltiples tratamientos. El macitentan es un antagonista dual de los receptores de la endotelina autorizado para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. Su eficacia en el tratamiento de las UD asociadas a ES se ha evaluado en dos ensayos clínicos (DUAL-1 y DUAL-2; Khanna *et al*, 2016), sin efectos visibles en su prevención o reducción. Sin embargo, estos ensayos han sido criticados por la metodología y el perfil de los pacientes incluidos.

Objetivos: Evaluar la eficacia y la seguridad de macitentan en pacientes con ERAS y UD refractarias.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional español. Los datos se obtuvieron de forma retrospectiva a partir de las historias clínicas de 10 pacientes que padecían ERAS y UD refractarias secundarias a fR grave tratados con macitentan 10 mg/día. La respuesta total se definió como la curación completa de las UD y la mejoría parcial como la reducción del número o tamaño de las mismas. Se excluyeron aquellos pacientes con úlceras isquémicas causadas por otros factores.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes, con una mediana de edad de 59 años (IQR 51-68), 80% mujeres, con una mediana de duración del fR y las UD de 56 (14-214) y 25 (9-215) meses (tabla). Ocho pacientes fueron diagnosticados de ES limitada; los ac antinucleares, ac anticentrómero y ac antifosfolípidicos fueron positivos en el 90%, 80% y 20% de los pacientes. La mayoría de los pacientes (90%) habían recibido previamente tratamiento con bosentan, y el motivo de la retirada del mismo fue ineficacia en 4 casos (44%) y efectos adversos (toxicidad hepática) en 5 (56%). 8 pacientes habían recibido prostanoides intravenosos sin respuesta. Al inicio de macitentan el número de UD fue de 5,5 (2,3-6) y se notificó gangrena digital en un caso. Dos pacientes fueron tratados con macitentan en monoterapia, 6 en combinación con antagonistas del calcio y 2 recibieron triple terapia (macitentan + antagonistas del calcio + inhibidor de PDE5). Solo un paciente abandonó el tratamiento por efectos adversos (edema de miembros inferiores). La mediana de seguimiento de los pacientes que no interrumpieron el tratamiento fue de 3,9 (IQR 2,4-5,7) años. El 78% (7/9) de los pacientes tuvieron una respuesta completa y el 22% (2/9) una respuesta parcial.

Sexo femenino	8 (80%)
Edad²	59 (51-68)
Duración del fR (m)²	56 (14-214)
Diagnóstico	
Esclerosis sistémica limitada	8 (80%)
Enf indiferenciada del tej conectivo	2 (20%)
Ac Anticentrómero (+)	7 (70%)
Fumador activo²	3 (30%)
Capilaroscopia	
Cutolo patrón "precoz"	1 (10%)
Cutolo patrón "activo"	2 (20%)
Cutolo patrón "tardío"	5 (50%)
Inespecífico	3 (30%)
Duración de las UD (m)²	25 (9-215)
Número de las UD²	
<5	4 (40%)
≥5-10	5 (50%)
>10	1(10%)
Localización de las UD²	
Manos	5 (50%)
Manos y pies	5 (50%)
Terapia previa y/o actual	
Antagonista del calcio	10 (100%)
Inhibidor PDE5	4 (40%)
Bosentan	9 (90%)
Prostanoides Intravenosos	8 (80%)
Antibióticos	5 (50%)
Estatinas	5 (50%)
Ácido acetilsalicílico	8 (80%)
Terapia sistémica ³	3 (30%)
Amputación	3 (30%)
Simpatectomía quirúrgica	3 (30%)

¹Los datos se representan en mediana (IQR), o número (%); ²Al inicio de Macitentan;

³Terapia sistémica: corticoesteroides, ácido micofenólico.

Características basales de 10 pacientes con úlceras digitales refractarias tratados con macitentan 10 mg/día.

Conclusiones: El macitentan parece ser un agente eficaz para el tratamiento de las UD isquémicas refractarias en pacientes que padecen ERAS con un perfil de seguridad favorable en la práctica clínica.

P404. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON EPID ASOCIADAS A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

José Carlos García Hernández¹, Ana Belén Llanos González², Sara García Gil³, Juan Alfonso Bonilla Arjona⁴, Elisa Trujillo Martín¹, María García González¹, Vanesa Hernández Hernández¹, Orlando Acosta Fernández² y Federico Díaz González¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ³Servicio de Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁴Servicio de Radiodiagnóstico. Sección Tórax. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción y objetivos: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) engloban a un grupo de entidades con afectación pulmonar que puede manifestarse mostrando diferentes patrones histológicos y radiológicos que determinan su evolución. El objetivo ha sido analizar la evolución de los pacientes con EPID-EAS en tratamiento con rituximab (RTX).

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 29 pacientes con EPID-EAS en seguimiento por Reumatología y la Unidad de EPID del Servicio de Neumología, desde enero 2015 hasta octubre 2022, recibiendo tratamiento con RTX. Se analizaron características epidemiológicas, comorbilidades, hábitos tóxicos, patrones radiológicos, estudios inmunológicos, evolución funcional (capacidad vital forzada (FVC), difusión CO (DLCO), distancia recorrida en prueba de marcha de 6 minutos (PM6M) y tratamientos.

Resultados: La edad media fue 62 ± 11 años, siendo el 66% mujeres. El 48% eran exfumadores. El índice de comorbilidad de Charlson fue ≥ 3 puntos en un tercio de los casos. Entre las EPID-EAS más prevalentes destacan: 38% (11) artritis reumatoide, 15% (4) *interstitial pneumonia with autoimmune features* (IPAF) y 15% (4) *overlap* síndrome Sjögren-esclerodermia. El 31% de los casos al diagnóstico tenía un patrón radiológico de neumonía intersticial usual (NIU). En los estudios inmunológicos, los anticuerpos más prevalentes fueron: 38% factor reumatoide, 38% antipéptido cíclico citrulinado y 55% anticuerpos antinucleares. En todos los casos el perfil de miositis fue negativo. El tiempo medio de seguimiento por Reumatología fue 96 ± 36 meses y por Neumología 60 ± 36 meses. El 97% de los pacientes recibieron tratamiento esteroideo y 18% (5) antifibróticos; entre los inmunosupresores empleados previo inicio de RTX los más utilizados fueron metotrexato (45%), micofenolato (38%), ciclofosfamida (31%) y azatioprina (28%). La media de dosis de RTX fue 3,31 ± 2,11, presentando efectos adversos solo el 38% (11), siendo en su mayoría de carácter leve, produciéndose solo una exacerbación y 5 ingresos por infecciones oportunistas. A los 12 meses de iniciar el tratamiento con RTX se objetivó una mejora de FVC media (+121 ml y 4%), con estabilización de la DLCO y mejor tolerancia al ejercicio con aumento de la distancia media recorrida en PM6M (+44 metros). Actualmente, 11(38%) de los pacientes emplea oxígeno domiciliario, 1 está en lista de espera de trasplante pulmonar y han fallecido 10 (34%).

Conclusiones: El RTX en las EPID-EAS contribuye a alcanzar la estabilidad funcional con efectos adversos leves, favoreciendo por ende la mejor calidad de vida y supervivencia de estos pacientes. Es esencial un seguimiento estrecho conjunto por los servicios de Neumología-Reumatología a largo plazo para identificar precozmente signos de progresión y deterioro en estas patologías subsidiarias de optimización terapéutica.

P405. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA GRAVE REFRACTARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO CON 12 PACIENTES

Íñigo González Mazón¹, Gerard Espinosa², Carlos de la Puente³, Guillen Sada Urmeneta⁴, Carmen Secada-Gómez¹, Adrián Martín-Secada¹ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Medicina Interna. Unidad de enfermedades autoinmunes. Hospital Clínic. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Introducción: La terapia farmacológica no modifica el curso natural de los pacientes con esclerodermia (ES). El trasplante autólogo de células hematopoyéticas (TACH) se ha usado en enfermedades inmunológicas refractarias, incluida la ES. El TACH se basa en la ablación del sistema inmunorreactivo con quimioterapia y una posterior regeneración del sistema inmune.

Objetivos: Estudiar la eficacia del TACH en una cohorte multicéntrica de pacientes con ES.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes con ES (criterios EULAR/ACR de 2013) tratados con TACH entre 2002 y 2022. Se analizaron diferentes variables clínicas (fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, úlceras digitales, afectación pulmonar y afectación orgánica a otros niveles) e índices de actividad y calidad de vida (Score de Rodnan modificado y HAQ-DI).

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes con las características basales descritas en tabla 1. En todos los casos excepto uno, el diagnóstico inicial fue de ES cutánea difusa, refractaria a tratamiento con corticoides y al menos 1 DMARD (metotrexato n = 7, rituximab n = 5, azatioprina n = 3, tocilizumab n = 1). Un paciente tenía una afectación cutánea limitada y fue tratado con TACH por un linfoma de Hodgkin concomitante. El tratamiento de acondicionamiento para el TACH fue ciclofosfamida y globulina antitumoral en todos los pacientes salvo uno que experimentó una reacción infusional (se suspendió la globulina) y otro con linfoma Hodgkin (recibió un esquema quimioterápico diferente). Tras el TACH, un paciente (8,3%) falleció por una parada cardiorrespiratoria secundaria a un edema agudo de pulmón en el día +45. Un paciente (8,3%) con una miocardiopatía restrictiva perdió el seguimiento a los 6 meses del TACH por traslado a otro centro ante la necesidad de un trasplante cardíaco. Además, este paciente sufrió una crisis renal esclerodérmica en los primeros 6 meses tras el TACH. Otros eventos adversos observados fueron neutropenia febril (n = 8, 66,7%), mucositis (n = 4, 33,3%), infección confirmada (n = 4, 33,3%) y enfermedad del suero (n = 3, 25,0%). La respuesta al TACH en el mes 6 y 12 tras el mismo se resume en la tabla 2. Se observó una mejoría en el Score de Rodnan modificado, úlceras cutáneas y HAQ-DI.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

Características basales	
n	12
Edad-media ± DE	42,3 ± 11,9
Tiempo de evolución-tiempo medio en meses ± DE	16,8 ± 12,0
Fumador - n (%)	7 (58,3)
Patrón cutáneo-difuso/limitado	11/1
ANA + - n (%)	12 (100)
Anti-Scl70+ - n (%)	9 (75,0)
Raynaud - n (%)	12 (100)
Esclerodactilia - n (%)	12 (100)
Úlceras - n (%)	10 (83,3)
Enfermedad pulmonar intersticial - n (%)	7 (58,3)
Hipertensión pulmonar- n (%)	0 (0)
Afectación renal - n (%)	1 (8,3)
Afectación cardíaca - n (%)	1 (8,3)
Afectación digestiva - n (%)	10 (83,3)

Tabla 2. Comparación de parámetros entre la consulta basal, a los 6 y a los 12 meses del TACH

	Basal	6 meses	12 meses
Afectación cutánea			
Raynaud-n (%)	12 (100)	11 (91,7)	9 (81,8)
Esclerodactilia-n (%)	12 (100)	10 (83,3)	9 (81,8)
Úlceras-n (%)	10 (83,3)	1 (8,3)	1 (0,9)
Score modificado de Rodnan	23,5 ± 11,3	8,5 ± 6,6	11,7 ± 8,6
Pruebas de función respiratoria			
CVF-media % ± DE	90,8 ± 12,8	94,2 ± 9,9	90,9 ± 17,2
FEV1-media % ± DE	91,0 ± 15,6	96,3 ± 9,7	92,9 ± 19,9
DlCO-media % ± DE	78,3 ± 25,5	64,7 ± 15,1	74,0 ± 15,6
Pruebas de laboratorio			
PCR (mg/dl)-media ± DE	3,4 ± 2,9	0,5 ± 0,4	0,48 ± 0,29
VSG-media ± DE	22,1 ± 10,5	3,3 ± 0,5	3,33 ± 1,15
Creatinina-media ± DE	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,2	0,70 ± 0,2
Tasa de filtrado glomerular-media ± DE	100,6 ± 14,2	99,3 ± 13,5	98,7 ± 16,0
Calidad de vida			
HAQ-DI-media ± DE/mediana [RIC]	2,7 ± 0,3	0,25 [0-0,50]	0,25 [0-0,38]

CVF = capacidad vital forzada. DlCO = difusión de CO. FEV1 = volumen expirado máximo en el primer segundo. PCR = proteína C reactiva. VSG = velocidad de sedimentación glomerular. HAQ-DI = Health Assessment Questionnaire-Disability Index.

Conclusiones: El TACH puede ser una opción terapéutica en los pacientes con ES grave refractaria.

P406. EFICACIA Y SEGURIDAD DE NINTEDANIB EN EPID ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. DATOS EN VIDA REAL

María Martín López¹, Jesús Loarce Martos², Gema Bonilla Hernán³, Luis Gómez Carrera³, Belén Ruiz Antorán⁴ y Carolina Merino Argumáñez⁴

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: El nintedanib es un fármaco antifibrótico con un triple mecanismo de acción: inhibidor de la angiocinasa que bloquea los receptores del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGFR 1-3), de los receptores del factor de crecimiento derivados de plaquetas (PDGFR alfa y beta) y de los receptores del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR 1-3). Está aprobado su uso en España para la fibrosis pulmonar idiopática, para el tratamiento de otras enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) con fenotipo fibrosante progresivo y para la EPID asociada a la esclerosis sistémica (ES).

Objetivos: Evaluar los primeros datos sobre seguridad y eficacia de nintedanib en práctica clínica en pacientes con EPID asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), incluyendo artritis reumatoide (AR), y búsqueda de posibles factores predictores de respuesta.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional retrospectivo (hasta enero 2023). Se recogieron datos demográficos y clínicos en pacientes diagnosticados de EPID asociada a EAS tratados con nintedanib. Se realizó estadística descriptiva y para identificar los factores predictores de respuesta se utilizaron modelos de regresión logística (RL). Se calculó el OR ajustado por factores basales y de enfermedad y, se empleó un análisis multivariado de RL por etapas para identificar cualquier factor basal independiente que predijera la respuesta.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes con EPID asociada a EAS, 14 varones y 21 mujeres. La edad media (DE) fue 62 (13,5) años, el tiempo medio de evolución de la EAS de 8 (5,7) años y el tiempo medio de evolución de la EPID de 25 (51) años. La distribución en función de la EAS fue: ES (n = 16), AR (n = 10), neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF, n = 5), síndrome de Sjögren (n = 3), miopatía inflamatoria idiopática (n = 1). Presentaban las siguientes características clínicas basales: hipertensión arterial 37%, diabetes mellitus 14%, hábito tabáquico actual o en los últimos 10 años 37%, cardiopatía 20%, neumopatía 3%. El patrón radiológico basal por

TACAR fue: NINE (n = 5), NINE fibrótica (n = 12), NO (n = 1) y NIU (n = 17). En relación a las pruebas de función respiratoria basales, en media (DE), fueron: FVC(L) 2,197 (0,7), FVC(%) 66,5 (17,3), FEV1(L) 1,858 (0,6), FEV1(%) 68,3 (2,3), DLCo (%) 48,4 (17,4). Recibieron nintedanib un tiempo medio de 62 (37) meses, con una tasa de mantenimiento del fármaco a fecha de finalización de la observación de un 80%. Se observó una estabilización de la función pulmonar con respecto a la basal a partir de los 6 meses de tratamiento. En la tabla se muestran los datos medios (DE) a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento. Además, se realizó un análisis de factores predictores de caída de FVC (cualquier porcentaje) durante el tratamiento con nintedanib. No se encontró asociación estadísticamente significativa con hábito tabáquico, otra neumopatía/cardiopatía, diagnóstico de EAS, RSS (Rodnan Skin Score), úlceras digitales, hipertensión pulmonar, afectación esofágica, Scl-70, anticentrómero, factor reumatoide, ACPA, anticuerpos miositis, patrón del TACAR basal ni tratamiento concomitante de la EAS o durante los 6 meses previos. Los eventos adversos más frecuentes fueron diarrea (42%) y pérdida de peso (29%).

Evolución de los parámetros de función respiratoria durante el tratamiento

Tiempo	FVC(L)	FVC (%)	FEV1 (L)	FEV1 (%)	DlCo (%)
3 meses	1,995 (0,74)	59,4 (17,5)	1,649 (0,61)	60,8 (18,0)	46,0 (15,5)
6 meses	2,302 (0,76)	68,7 (20,1)	1,959 (0,61)	72,8 (19,2)	46,7 (17,3)
12 meses	2,190 (0,85)	64,9 (20,6)	1,805 (0,71)	66,8 (20,8)	44,0 (19,3)

Conclusiones: En condiciones de práctica clínica el nintedanib produce una estabilización en la FVC a partir de los 6 meses de tratamiento en pacientes con EPID asociada a EAS, con un perfil de seguridad aceptable.

P407. FENOTIPOS CLÍNICOS DE SARCOIDOSIS EN UNA COHORTE DE 342 PACIENTES

Fabrizio Benavides Villanueva¹, Javier Loricera¹, Raúl Fernández-Ramón², Jorge J. Gaitán-Valdizán², Íñigo González-Mazón¹, Lara Sánchez-Bilbao¹, José L. Martín-Varillas⁴, David Martínez-López³, Rosalía Demetrio-Pablo² y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Reumatología. Hospital Sierrallana. IDIVAL. Torrelavega. ⁴Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo. IDIVAL. Laredo.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida. La afectación más frecuente es respiratoria, especialmente con adenopatías hiliares bilaterales con o sin afectación pulmonar parenquimatosa. También puede presentar manifestaciones extrapulmonares en otros órganos como piel, ojos, hígado o sistema linfático. Según los fenotipos clínicos el pronóstico oscila desde leve hasta una gran morbimortalidad.

Objetivos: a) Identificar los diferentes fenotipos de sarcoidosis y b) describir las características principales de esos fenotipos.

Métodos: Estudio observacional de 342 pacientes diagnosticados de sarcoidosis desde 1999 hasta 2019 en todos los hospitales de una comunidad autónoma. Dividimos los pacientes en cuatro fenotipos o clusters: C1: afectación parenquimatosa pulmonar con disnea; C2: eritema nodoso y afectación articular con astenia; C3: adenopatía hilar aislada; C4: otras afectaciones de sarcoidosis extrapulmonar. Se utilizaron la prueba de chi-cuadrado y ANOVA para comparar las variables categóricas y continuas entre grupos respectivamente.

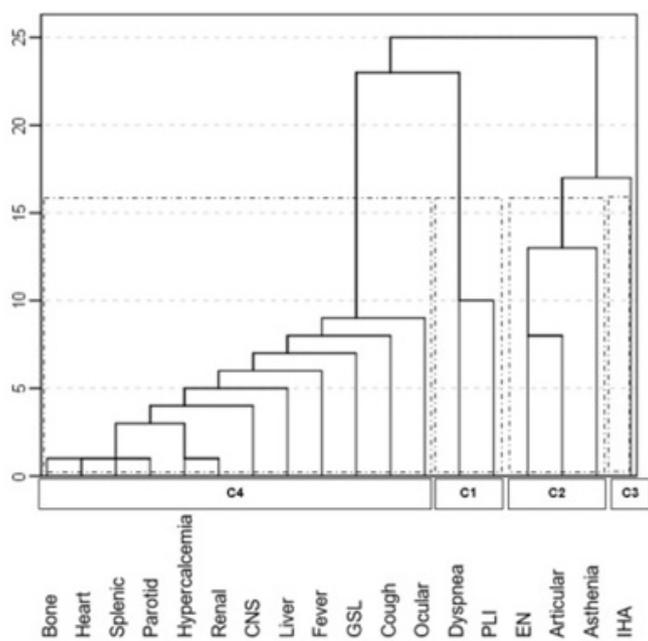
Resultados: Los 342 pacientes fueron divididos en: C1 (n = 128; 37,4%), C2 (n = 75; 21,9%), C3 (n = 82; 24,0%) y C4 (n = 57; 16,7%) (Tabla). La afectación pulmonar fue predominante en todos los grupos, que varió del 93,3% (C2) al 100% (C3). La afectación extrapulmonar fue mayor en C2 (97,3%) y C4 (98,2%). El tratamiento con corticoides sistémicos fue mayor (estadísticamente significativo) en el grupo C1 (75,8%) que en el resto (C2: 57,3%; C3: 48,8%; C4: 47,4%) (fig.).

Tabla P407

Características clínicas y demográficas de la población estudiada. Datos presentados en n (%) o media ± DE. (p por ANOVA entre grupos)

Características	Total (n = 342)	C1 (n = 128)	C2 (n = 75)	C3 (n = 82)	C4 (n = 57)	p
Sexo (femenino)	177 (51,8)	45 (35,2)	47 (62,7)	46 (56,1)	39 (68,4)	< 0,001
Edad al diagnóstico (años)	47,7 ± 15,1	46,4 ± 14,0	43,4 ± 13,1	51,7 ± 16,8	50,5 ± 15,5	0,002
Raza						0,8
Caucásica	322 (94,2)	121 (94,5)	70 (93,0)	76 (92,7)	56 (98,2)	
Hispana	15 (4,4)	5 (3,9)	4 (5,3)	5 (6,1)	1 (1,8)	
Negra	4 (1,2)	2 (1,6)	1 (1,3)	1 (1,2)	0	
Afectación pulmonar	302 (88,3)	120 (93,8)	70 (93,3)	82 (100)	30 (52,6)	< 0,001
Afectación extrapulmonar	234 (68,6)	68 (53,1)	73 (97,3)	37 (45,1)	56 (98,2)	< 0,001
Piel	117 (34,2)	26 (20,3)	56 (74,7)	3 (3,7)	32 (56,1)	< 0,001
Ojos	61 (17,8)	22 (17,2)	15 (20,0)	21 (25,6)	3 (5,3)	0,02
Hígado	33 (9,6)	12 (9,4)	5 (6,7)	10 (12,2)	6 (10,5)	0,7
Bazo	7 (2,0)	5 (3,9)	1 (1,3)	1 (1,2)	0	0,3
Hueso	4 (1,2)	1 (0,8)	2 (2,7)	0	1 (1,8)	0,4
Articulaciones	95 (27,8)	23 (18,0)	49 (65,3)	0	25 (43,9)	< 0,001
Parótida	4 (2,3)	2 (1,6)	3 (4,0)	2 (2,4)	1 (1,8)	0,7
Riñón	13 (3,8)	2 (1,6)	0	0	11 (19,3)	< 0,001
Sistema nervioso	29 (8,5)	6 (4,7)	16 (21,3)	6 (7,3)	1 (1,8)	< 0,001
Corazón	5 (1,5)	3 (2,3)	0	0	2 (3,5)	0,2

DE: desviación estándar; n = número.



Dendrograma del proceso de agrupación jerárquica que conduce a cuatro fenotipos: C1: afectación parenquimatosa pulmonar con disnea; C2: eritema nodoso y afectación articular con astenia; C3: adenopatía hiliar aislada; C4: otras afectaciones de sarcoidosis extrapulmonar.

Conclusiones: La sarcoidosis es una enfermedad muy heterogénea. Un análisis en fenotipos o *clusters* clínicos puede ser de utilidad en el manejo de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pacheco SP, et al. Cells. 2021;10. PMID: 1739240.

P408. MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: UNA ENFERMEDAD CON MUCHAS CARAS

Álvaro Román Perea, María Luisa Velloso Feijóo, Consuelo Ramos Giráldez, Minerva Berrocal Acedo, Celia Azábal Pérez y Carmen Trapero Pérez

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades poco frecuentes, caracterizadas por debilidad e inflamación muscular, asociado o no a manifestaciones extramusculares. Pueden aparecer de forma primaria o en el contexto de enfermedada-

des autoinmunes sistémicas (EAS), sin olvidar su posible relación con neoplasias.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en pacientes con miopatías inflamatorias.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se revisaron las historias digitalizadas de pacientes con miopatías inflamatorias evaluados en nuestra Unidad. Se analizaron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. Se evaluaron 18 pacientes con miopatías inflamatorias. El 72,2% eran mujeres. La edad media fue 55,05 ± 12,47 años, con una edad media al diagnóstico de 42,05 ± 17,01 años. La distribución por tipo fue: dermatomiositis (DM) 27,8%, polimiositis (PM) 16,7%, DM amioipática 22,2%, miopatía necrotizante autoinmune 5,6%, síndrome antisintetasa 5,6%, DM juvenil 5,6%, miopatía inflamatoria anti-Ro 5,6%, y *overlap* con artritis reumatoide (AR) 11,2%. El 55,6% presentó artralgiás. El 55,6% tenía Raynaud. El 72,2% presentó lesiones cutáneas: 9 eritema palpebral o malar, 5 lesiones en escote, 4 lesiones esclerodermiformes, 4 pápulas de Gottron, 3 úlceras digitales, 1 *livedo reticularis* y 1 fotosensibilidad. El 38,9% tenía afectación pulmonar en forma de neumopatía intersticial. Solo 1 presentó asociación con neoplasia (adenocarcinoma de endometrio). En el 61,1% se detectó elevación de CPK, con una mediana de 1.442 µg/L (mín 43, máx 8.893). Se realizó biopsia al 66,7% de los pacientes, con datos de miopatía inflamatoria en el 91,7%. Respecto al perfil de anticuerpos, 2 eran anti-Jo 1 +, 1 anti-MDA 5 +, 1 antimúsculo liso +, 1 anti-Ro 52 y anti-Ro 60 +, el 38,9% ANA + con ENA negativos, y el 33,3% presentó anticuerpos negativos. Dos presentaban FR +, 1 ACPA + y 1 anti-DNA-ds +. En 8 pacientes se realizó capilaroscopia: 4 patrón esclerodermiforme, 2 inespecífico, 1 relacionado con SAF y 1 normal. Como tratamiento, se emplearon corticoides y FAMEsc en el 100% de los casos (10 metotrexato, 8 azatioprina, 7 micofenolato de mofetilo, 5 hidroxicloroquina, 2 leflunomida), FAMEb en el 38,9% (rituximab 5, etanercept 1, adalimumab 1) e inmunoglobulinas (Ig) iv en el 11,2%. En cuanto a la respuesta al tratamiento, presentaron respuesta total el 70,6%, parcial el 23,5% y ausencia de respuesta el 5,9% (cutáneo). Siete pacientes tenían neumopatía intersticial, el 71,4% mujeres, la edad media fue 57 ± 8,21 años, y la edad media al diagnóstico fue 50,43 ± 8,18 años. Dos tenían DM, 2 DM amioipática, 2 PM y síndrome antisintetasa. Dos eran anti-Jo 1 +, 1 antimúsculo liso +, y 4 anticuerpos -. La evolución en estos pacientes ha sido favorable. Todos recibieron corticoides, un 33% IG iv, un 66,7% ciclofosfamida, 71,42% micofenolato mofetilo y 3 pacientes rituximab ante la falta de respuesta a los previos.

Conclusiones. Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades (distintos perfiles clínicos, variedad de autoanticuerpos y distintos grados de severidad). Nuestra serie es

una muestra de esta diversidad, que supone un reto diagnóstico, para filiar correctamente el cuadro y poder realizar un tratamiento de forma precoz que favorezca una mejor respuesta. No existe un tratamiento específico según tipo de miopatía o perfil de anticuerpos; estando recomendado el esquema utilizado en nuestra serie.

P409. RESPUESTA HUMORAL TRAS LA VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB Y BELIMUMAB

Enrique Júdez Navarro¹, L. Cebrian¹, G. Sánchez Nieves¹, S Soro¹, N Aviles¹, A Monroy¹, I. Labiano¹, G. García-Consuegra¹, M.A García Morales¹ y F.A. Pretel²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete. ²Fundación Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.

Introducción: En marzo de 2022, la AEMPS aprobó la autorización para el empleo de Evusheld para la prevención de COVID-19 siguiendo las recomendaciones acordadas por la Comisión de Salud Pública (CSP). Dichas recomendaciones incluían en el grupo 3 a los pacientes en “Tratamiento inmunosupresor (IS) con inmunomoduladores biológicos como anti-CD20, abatacept o belimumab” dada respuesta inadecuada a la vacunación que se asocia al empleo de estas terapias.

Objetivos: Estudiar la respuesta humoral alcanzada tras la vacunación frente al COVID-19 en los pacientes con enfermedades autoinmunes (EA) en tratamiento con rituximab (RTX) y belimumab (BEL). Determinar si la respuesta humoral a las vacunas es distinta en los pacientes tratados con RTX frente a BEL. Analizar asociaciones entre variables clínicas y sociodemográficas y una diferente respuesta a la vacunación.

Métodos: Se contactó telefónicamente con todos los pacientes en seguimiento por reumatología que estaban recibiendo tratamiento con RTX y belimumab previamente (al menos 6 meses) a la vacunación frente al COVID. Entre 06/2022 y 08/2022 se determinó el nivel de Ac en sangre frente a SARS-CoV2. Una cifra de Ac superior a 50 AU/mL indicaba inmunización adecuada frente a la vacuna. Se realizó una recogida retrospectiva de variables clínicas (patología, tratamiento concomitante con IS y corticoides (CS)), sociodemográficas (edad y sexo), relacionadas con la vacunación (tipo y pauta de vacunación) así como con el tratamiento (duración del tratamiento con RTX y BEL, así como dosis previa y acumulada de RTX). Se realizó análisis descriptivo y comparaciones con test estadísticos en función del tipo de variables. Nivel de significación estadística $p < 0,05$

Resultados: De los 37 pacientes incluidos (78% mujeres, edad media 55,16 (± 12,41) años, 28 estaban recibiendo RTX (75%) y 9 BEL (25%) durante una media de 3,62 años (± 2,50 años) y con una dosis acumulada de RTX > 6 g en el 42,8% de los pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron LES (37%) y AR (21%), el 60% estaba con tratamiento IS concomitante y el 40% con corticoides (CS) a dosis igual o menor a 7,5 mg PDN/día (tabla). Tan solo 1 paciente no había sido vacunado y 2 pacientes (5,5%) habían recibido una pauta incompleta de vacunación (2 dosis). Se determinó el nivel de Ac frente al SARS-CoV2 en 34 pacientes (92%) de los cuales 8 pacientes (23,5%) presentaban un nivel de Ac inferior a 50 AU/mL, todos ellos en el grupo de RTX. No se observaron diferencias entre los grupos de tratamiento (RTX vs. BEL) y la vacunación recibida (tipo y pauta), determinación de Ac o el empleo y dosis de CS e IS. Respecto a la inmunidad alcanzada (> 50 AU/mL) no se observaron diferencias entre los grupos (RTX vs. BEL) aunque el nivel absoluto de Ac fue mayor en BEL ($p = 0,02$) pero con una magnitud de la SD superior a las medias. Se observó una tendencia no significativa entre Inmunidad no alcanzada (< 50 AU/mL) y el tratamiento con RTX la dosis administrada previa a la vacuna de 2 g (no dosis acumulada) y la fecha de infusión.

Diagnóstico		
• LES	n=14	38%
• AR	n=12	32%
• ES	n= 8	21%
• Otros (ES, MII, SS)	n=7	19%
Inmunosupresores	Si (n=22)	60%
	No (n=17)	40%
Corticosteroides	Si (n=17)	40%
	No (n=17)	60%

Características clínicas.

Conclusiones: El belimumab no disminuye la respuesta humoral frente a la vacuna contra el SARS-CoV-2 mientras que un porcentaje considerable de pacientes en tratamiento con RTX no alcanzaron niveles protectores de Ac. El pequeño número de pacientes en tratamiento con belimumab podría haber influido en la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

P410. ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS REUMATOLÓGICOS RELACIONADOS CON INMUNOTERAPIA DEL CÁNCER EN EL HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULÍ

Arturo Llobell Uriel¹, A. Gómez¹, L.A. Fernández², E. Gallardo², M.A. Seguí², S. Retamozo¹, A. Berenguer¹, S García-Cirera¹, E Costa¹, A García-Pinilla¹, C. Galisteo¹, B. López³ y J. Gratacós¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ²Servicio de Oncología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La inmunoterapia contra el cáncer se basa en el uso de tratamientos dirigidos a moléculas concretas del sistema inmune, modificando su funcionamiento con el objetivo de bloquear los mecanismos que regulan la respuesta inmune hacia la tolerancia del cáncer (los llamados *immune checkpoints* o puntos de control inmunitario), potenciando una respuesta del propio sistema inmune frente a las células tumorales. Aunque estos tratamientos poseen perfiles aceptables de seguridad y tolerabilidad, se ha identificado un aumento en la aparición de efectos adversos inmunomediados (*immune related adverse events*, irAEs en inglés) en relación a estos tratamientos. Estos irAEs pueden afectar potencialmente a cualquier órgano y sistema, con una gran heterogeneidad de manifestaciones y gravedad. En el caso de las manifestaciones reumáticas, se están documentando casos de artritis, miositis, síndrome seco, síndrome polimialgico y otros, relacionados con dicha inmunoterapia¹.

Objetivos: Analizar la aparición de manifestaciones autoinmunes sistémicas y/o reumatológicas relacionadas con el uso de inmunoterapia basada en inhibidores de los *checkpoints* inmunes (ICI) para el tratamiento de neoplasias.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, con inclusión de los 375 pacientes que iniciaron tratamiento con inmunoterapia con inhibidores de *checkpoints* inmunes (ICIs) en el HUPT durante el periodo de 2016 al 2022. Un reumatólogo revisó las historias clínicas de los pacientes para identificar posibles manifestaciones compatibles con reumatismo inflamatorio (polimialgia reumática, artritis, miositis, síndrome seco, arteritis...) asociadas al uso de ICI. Se realizó un análisis estadístico para buscar diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos.

Resultados: Se analizaron los 375 pacientes tratados con ICIs. Se evidenció que 28 presentaron manifestaciones reumatológicas. Las

características demográficas y clínicas se recogen en la tabla 1. Las características de los 28 pacientes con irAEs reumatológicos se recogen en la tabla 2. Se hallaron diferencias significativas en la aparición de irAEs reumatológicos según el sexo, con mayor incidencia en mujeres (p = 0,00665), así como diferencias significativas entre las distintas neoplasias, con mayor probabilidad de irAEs en los pacientes tratados por melanoma (p = 0,0244). No se hallaron diferencias significativas entre los distintos tratamientos (anti-PD1, anti-PDL1).

Tabla 1: Datos demográficos y clínicos de pacientes tratados con ICI

	Grupos	Total tratados con IT	Con irAE reumatológica
Sexo	Hombre	296 (78,9%)	16 (5,4%)
	Mujer	79 (21,1%)	12 (15,2%)
Edad de inicio de IT		66,683 [64,923, 68,060]	67,967 [63,302, 74,056]
Tipo de tumor	Pulmón	217 (57,9%)	12 (5,5%)
	Melanoma	43 (11,5%)	9 (20,9%)
	Vesical	39 (10,4%)	1 (2,6%)
	Renal	25 (6,7%)	1 (4,0%)
	ORL	18 (4,8%)	1 (5,6%)
	Gastroesofágico-colorrectal	17 (4,5%)	2 (11,8%)
	Otros	16 (4,3%)	2 (12,5%)
Tipo de IT	Anti-PD-L1	97 (25,9%)	5 (5,2%)
	Anti-PD-1	278 (74,1%)	23 (8,3%)
Total		375	28

Conclusiones: El uso cada vez más frecuente de la inmunoterapia con ICIs en el tratamiento del cáncer ha llevado a un aumento en la aparición de irAEs en estos pacientes. En nuestro estudio factores como ser mujer o tener melanoma parecen favorecer el desarrollo de estas manifestaciones clínicas. No hemos observado sin embargo diferencias significativas entre los diferentes tipos de ICIs. Son necesarios estudios más exhaustivos y con un mayor número de pacientes para poder asegurar las diferencias identificadas y encontrar nuevas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cappelli LC, Gutiérrez AK, Bingham CO 3rd, Shah AA. Rheumatic and Musculoskeletal Immune-Related Adverse Events Due to Immune Checkpoint Inhibitors: A Systematic Review of the Literature. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69(11):1751-63.

P411. INMUNOGLOBULINAS ENDOVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EN UNA REGIÓN DEL NORTE DE ESPAÑA: ANÁLISIS POR SUBTIPOS

Cristina Corrales-Selaya¹, Fabricio Benavides-Villanueva¹, Diana Prieto-Peña¹, David Martínez-López², Jose Luis Martín-Varillas³, Alfonso Corrales¹ y Ricardo Blanco¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Sierrallana. Torrelavega. ³Hospital Comarcal de Laredo.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas principalmente por la presencia de inflamación y debilidad muscular. Los principa-

Tabla P410

Tabla 2: Características de los pacientes con irAEs reumatológicas

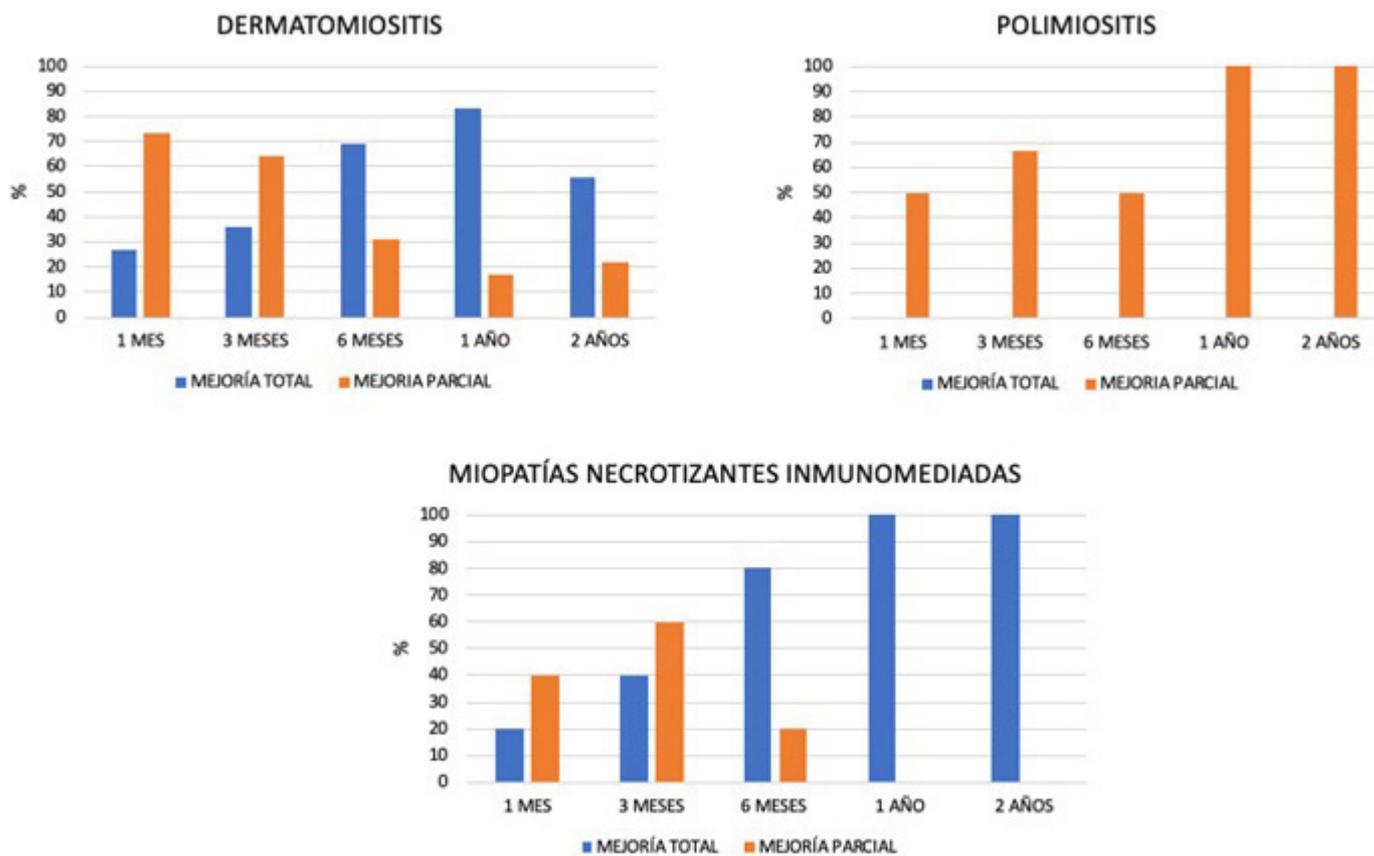
	Grupos	N(%)	Neoplasia			Tiempo medio aparición irAE (días)
			Pulmón	Melanoma	Otros	
Tipo de IT	Anti-PD-L1	5 (17,9%)	2		3	179
	Anti-PD-1	23 (82,1%)	10	10	3	174
Tipo de irAE reumatológica	Síndrome polimiálgico	10 (35,7%)	6	1	3	100
	Poliartritis	7 (25%)	2	4	1	205
	Miositis	5 (17,9%)		3	2	30
	Síndrome seco	3 (10,7%)	2	1		173
	Artritis psoriásica	1 (3,6%)	1			189
	Espondiloartritis	1 (3,6%)	1			187
	Arteritis de células gigantes	1 (3,6%)		1		81
Total		28 (100%)	12	10	6	

les subtipos de MII son dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), miositis por cuerpos de inclusión (MCI), miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNI) y síndrome antisintetasa (SAS). Actualmente el tratamiento de las MII no está bien establecido. Las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) constituyen una alternativa terapéutica de las MII. Aunque su mecanismo de acción no se conoce con precisión, diversos estudios sugieren que son eficaces en el tratamiento de múltiples enfermedades reumatológicas, incluyendo las MII.

Objetivos: El principal objetivo es describir el uso de IVIG, así como determinar su eficacia en los diferentes subtipos de MII en una cohorte de pacientes del norte de España.

Métodos: Estudio observacional de pacientes con MII que requirieron al menos un ciclo de IGIV entre enero del 2000 y diciembre de 2022. Se incluyeron pacientes con MII que cumplían a) criterios EULAR/ACR 2017 para DM y PM, b) Definición de European Neuro-muscular International Workshop 2016 para MNIM y c) Criterios de Connor 's en SAS. La eficacia del tratamiento se estudió atendiendo a a) variables clínicas (debilidad muscular), b) variables analíticas (creatina kinasa, CK) y c) efecto ahorrador de corticoides. Todos estos factores se midieron al mes, 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años tras el inicio del tratamiento con IGIV. La debilidad muscular se midió en 3 territorios (extremidades superiores, inferiores y músculos flexores del cuello) utilizando la escala de fuerza muscular de la MRC (Medical Research Council Grading System). Su evolución fue clasificada en 3 categorías: mejoría completa, mejoría parcial y ausencia de mejoría. El esquema de tratamiento con IGIV utilizado fueron 2 g/kg repartidos en 2-5 días.

Resultados: Se incluyeron un total de 37 pacientes con MII, 29 mujeres (78%) y 8 hombres (22%), con una edad media (47 ± 27). El grupo más frecuente fue la DM (n = 27; 73%), seguido de MNIM (n = 6; 16%), PM (n = 3; 8%) y SAS (n = 1; 3%). Entre los pacientes con DM, 8 (30%) recibieron IGIV como tratamiento de inducción asociado al tratamiento estándar, mientras que 19 (70%) las recibieron tras bolos de metilprednisolona (n = 10; 53%), prednisona (dosis media de 45 mg/día) (n = 9; 100%), asociados a otros inmunosupresores (IS) (metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida o micofenolato). La indicación principal de las IGIV en este grupo fue la debilidad muscular (n = 19; 70%) y la afectación cutánea (n = 8; 30%). La indicación principal de las IGIV en la DM fue la debilidad muscular (n = 19; 70%) y la afectación cutánea (n = 8; 30%). Todos los pacientes con PM (n = 3) habían recibido tratamiento previo con prednisona 60 mg/día. La indicación fundamental fue la debilidad muscular (n = 3, 100%). De los 6 pacientes con MNIM, 5(67%) recibieron IVIG como tratamiento de inducción y 1 paciente (33%) tras Prednisona 60 mg/día. En todos ellos la indicación fue la debilidad muscular. Solamente un paciente con SAS recibió tratamiento con IGIV, debido a la afectación pulmonar intersticial y a la debilidad muscular. Se observó una mejoría de la debilidad muscular (total y/o parcial) (fig. 1), de los niveles de CK (fig. 2) y una disminución de la dosis de los corticoides (fig. 3).



P411 Figura 1. Mejoría de la debilidad muscular (%).

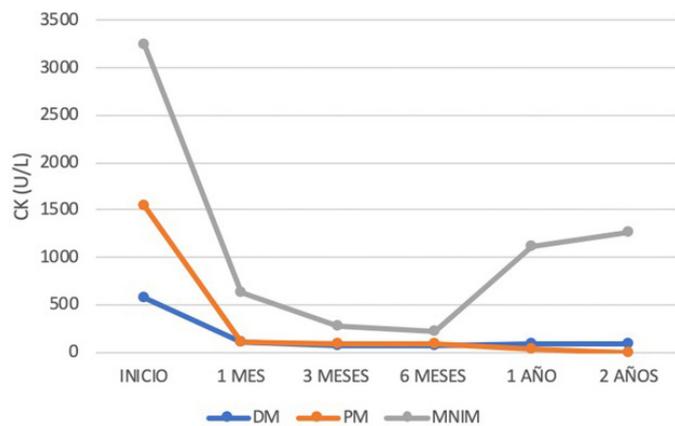


Figura 2. Evolución de los Niveles de CK (U/L).

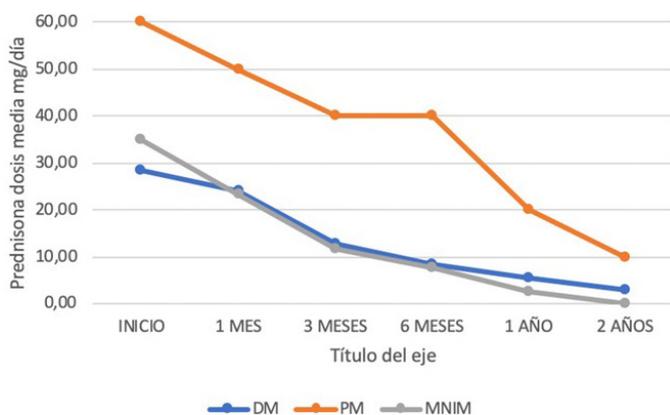


Figura 3. Evolución de la dosis de corticoides (prednisona mg/d).

Conclusiones: Las IVIG parecen eficaces en los 3 subtipos de MII estudiadas.

P412. LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y LA MALNUTRICIÓN SE ASOCIA CON MAYOR RIESGO DE SARCOPENIA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

Laura Cano García, R. Redondo-Rodríguez, N. Al Mashhadani¹, M.C. Ordóñez-Cañizares, A. García-Struder y S. Manrique-Arija

Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

Introducción: La sarcopenia es una condición muscular caracterizada pérdida de masa y función del músculo esquelético. La malnutrición es un grave problema de salud que emporra procesos comórbidos. Ambos procesos se asocian a enfermedades crónicas, elevan la complejidad de los procesos y en el caso de la sarcopenia predice discapacidad, hospitalización y muerte.

Objetivos: Describir la prevalencia de sarcopenia, riesgo de malnutrición y malnutrición y sus factores asociados de una serie de pacientes con esclerosis sistémica (ES).

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Participantes: reclutamiento consecutivo de pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) seguidos en nuestra unidad. El seguimiento de estos pacientes se realiza habitualmente cada 3 a 6 meses en consulta y todos los pacientes fueron registrados en una base de datos. Aceptaron y firmaron el consentimiento el 90% de los pacientes, el resto rechazó por dificultades de desplazamiento o laborales. Variables: la variable principal fue sarcopenia definida según criterios European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOPII) y la sarcopenia grave que según criterios EWGSOPII incluye además el rendimiento físico en el test de marcha de 4 metros. La variable

desnutrición o riesgo de desnutrición definida según el cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA), se definió malnutrición con puntuación menor o igual a 7, riesgo de malnutrición con puntuaciones entre 8 y 11 y nutrición normal con valores superiores a 11. La actividad inflamatoria se evaluó mediante la proteína C reactiva (PCR). Se recogieron datos antropométricos, clínicos y analíticos, así como actividad física evaluada por GPAQ, polimedición (si toman > 3 fármacos), grado funcional de Steinbrocker y Short Physical Performance Battery (SPPB). Análisis estadístico: descriptivo, bivariante y un modelo de regresión lineal múltiple para identificar factores asociados a malnutrición y riesgo de malnutrición. Variables análisis estadístico: descriptivo y dos modelos de regresión logística para identificar factores asociados a sarcopenia y a sarcopenia grave.

Características clinicoepidemiológicas de los 52 pacientes de esclerosis sistémica

Variable	ES n = 52
Mujer, n (%)	51 (98,1)
Edad en años, media (DE)	60,8 (11,0)
Patrón cutáneo limitado, n (%)	40 (76,9)
Patrón cutáneo diseminado, n (%)	12 (23,1)
EPID, n (%)	17 (32,7)
HTAP, n (%)	5 (9,6)
Anticentrómero, n (%)	28 (53,8)
Anti-SI70, n (%)	10 (19,2)
Otros anticuerpos, n (%)	9 (17,3)
MNA estado nutricional normal n (%)	34 (64,5)
MNA riesgo de malnutrición, n (%)	17 (32,7)
MNA malnutrición, n (%)	1 (1,9)
Sarcopenia, n (%)	12 (23,1)
Sarcopenia severa, n (%)	6 (11,5)
Circunferencia pantorrilla derecha, media (DE)	34,5 (5,5)
Circunferencia pantorrilla izquierda, media (DE)	34,5 (5,3)
Pérdida de peso > 1 kg en los últimos 3 meses, n (%)	25 (48,1)
Polifarmacia, n (%)	12 (23,1)
GPAQ media (DE)	669,5 (666,9)
PCR mg/dl, media (DE)	8,3 (8,7)
Calcio mg/L media (De)	9 (1,2)
Prealbúmina mg/dl, media (DE)	21,4 (4,6)

ES: esclerosis sistémica; DE: desviación estándar; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; HTAP: hipertensión arterial pulmonar; MNA: cuestionario de malnutrición; PCR: proteína C reactiva.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, de los cuales, 51 (98,1%) eran mujeres, con una media (DE) de edad de 60,8 (11,0) años. 17/52 pacientes (32,7%) presentaban riesgo de malnutrición y 1/52 pacientes (1,9%) presentaban malnutrición (tabla). Los pacientes con sarcopenia en comparación con el resto, tuvieron más frecuentemente anticuerpos anti-Sc170 (41,7% vs. 12,5%; p = 0,030) y estaban polimedificados (87,5% vs. 60,0%; p = 0,022). Así mismo los pacientes con sarcopenia tenían peores valores de media (DE) en el grado funcional de Steinbrocker (2,58 [1,24] vs. 1,75 [0,89]; p = 0,040). Los pacientes con sarcopenia severa en comparación al resto tuvieron valores medios (DE) más bajos de prealbúmina (19,2

[3,3] vs. 21,6 [4,7]; p = 0,001) y eran con mayor frecuencia dependientes en domicilio (16,7 vs. 2,5%; p = 0,03). El análisis multivariante identificó que la única variable asociada a sarcopenia en los pacientes con ES fue la PCR (OR [IC95%], 1,125 [1,037-1,220]; p = 0,004) (R² = 0,282). De forma similar, la PCR también se asoció de manera independiente a la sarcopenia grave (OR [IC95%], 1,240 [1,081-1,423]; p = 0,002) (R² = 0,314). Los pacientes con riesgo de malnutrición y malnutrición en comparación con los pacientes con estado nutricional normal, tenían con más frecuencia sarcopenia (44,4 vs. 11,8%; p = 0,01), sarcopenia grave (27,8 vs. 2,9; p = 0,01), pérdida de peso (100,0 vs. 55,6%; p < 0,001) y polimedicación (94,4 vs. 67,6%; p = 0,02). El análisis multivariante, el único factor asociado a la malnutrición en ES fue la sarcopenia (B [IC95%], -2,521 [-4,867, -0,175]; p = 0,036) (R² = 0,115).

Conclusiones: La sarcopenia está vinculada a la actividad inflamatoria en ES y la malnutrición predispone al desarrollo de sarcopenia. Esta comorbilidad tiene graves consecuencias en la funcionalidad e independencia por lo que es importante la prevención y detección precoz de la sarcopenia y de sus factores asociados.

P413. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EN UNA REGIÓN DEL NORTE DE ESPAÑA

Cristina Corrales-Selaya¹ David Martínez-López², Diana Prieto-Peña¹, José Luis Martín-Varillas³ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ³Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de inflamación y debilidad muscular. Los principales subtipos son dermatomiositis (DM), polimiositis (PM), miositis por cuerpos de inclusión (MCI), miopatías necrotizantes inmunomediadas (MNIM) y síndrome antisintetasa (SAS).

Objetivos: Estudiar las características epidemiológicas y clínicas de las miopatías inflamatorias diagnosticadas en una región del norte de España.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo Se incluyeron todos los casos incidentes de miopatías inflamatorias idiopáticas (excluyendo MCI) diagnosticadas entre enero de 2000 y diciembre de 2022. El diagnóstico fue realizado de acuerdo con a) los Criterios de Clasificación de miopatías Inflamatorias EULAR/ACR 2017 para DM y PM, b) la Definición de European Neuromuscular International Workshop 2016 para MNIM, y c) los Criterios de Connor en el caso de SAS.

Resultados: Se reclutaron un total de 63 pacientes, 44 mujeres (69,8%) y 19 varones (30,2%), con una media de edad de 53,9 ± 18,6 años. La prevalencia de MII fue de 8,20 casos por 100.000 habi-

Estudio, año	País, fuente de datos	Periodo	Población	Prevalencia/100.000 habitantes	Casos incidentes	Incidencia (Millón personas-año)
Tran et al, 2012	Inglatera, Base de datos hospitalaria	2000-2009	1.72 millones	27,2	326	19
Vincze et al, 2013	Hungría, Registro miositis	1999-2010	9.82 millones	ND	1119	9,5
Svensson et al, 2017	Suecia, Base de datos hospitalaria	2007-2011	9.48 millones	14	558	11
Ostrovrsnik, 2018	Eslovenia, Base de datos hospitalaria	2010-2017	704.342	ND	65	11,5
Estudio actual, 2023	España, Base de datos hospitalaria	2000-2022	585200	8,2	63	4,9

P413 Figura 1. Tabla 1. Revisión bibliográfica de estudios publicados entre 2000-2022 en Europa.

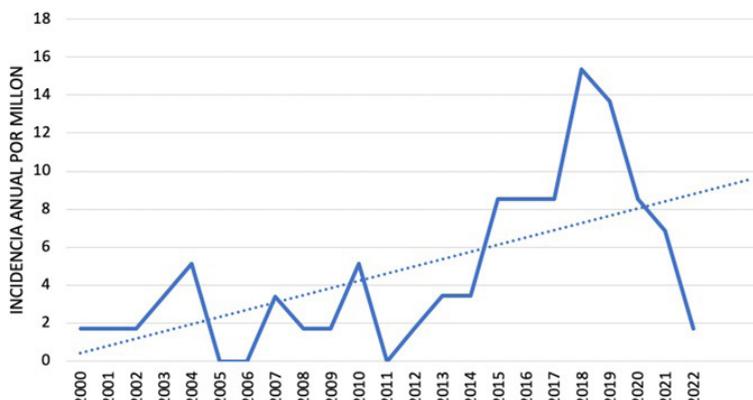


Figura 2. Incidencia anual de las miopatías inflamatorias Idiopáticas en 2000-2022.

	Dermatomiositis (n=34)	Polimiositis (n=5)	Miopatía Necrotizante Inmunomediada (n=9)	Síndrome Antisintetasa (n=15)
Edad al diagnóstico (años), media ± DS	53.9 ± 18.6 (*)DMJ 5.5 ± 1.7	54.8 ± 11.6	64.5 ± 7	52.7 ± 11.7
Género (mujer), n (%)	26 (76.5)	3 (60)	6 (66.7)	9 (60)
Dislipemia, n (%)	10 (29.4)	2 (40)	9 (100)	4 (26.7)
Hipertensión, n (%)	9 (26.5)	1 (20)	7 (77.8)	1 (6.66)
Diabetes Mellitus, n (%)	4 (11.8)	.	7 (77.8)	.
Cancer, n (%)	6 (17.7)	.	.	.
Estatinas, n (%)	5 (14.7)	2 (40)	8 (88.9)	4 (26.7)
Duración de los síntomas antes del diagnóstico, mediana [RIC].	0.1 [0.1-4]	10 [6.5-15.0]	4.0 [3.0-5.0]	6.00 [6.00-12.00]
Debilidad muscular, n (%)	26 (76.5)	3 (60)	9 (100)	3 (20)
Mialgias, n (%)	11 (32.4)	2 (40)	4 (44.4)	4 (26.7)
Papulas de Gottron /Signo /Rash en heliotropo, n (%)	27(79.4)/25 (73.5)/11(32.3)	.	.	1 (6.7) / . / .
Artritis, n (%)	9 (26.5)	1 (20)	.	4 (26.7)
Raynaud, n (%)	3 (8.8)	1 (20)	.	9 (60)
Enfermedad Pulmonar Intersticial, n (%)	5 (14.7)	2 (40)	.	14 (93.3)
Disfagia, n (%)	15 (44.1)	.	3 (33.3)	2 (13.3)
Disfagia/ Calcinosis, n (%)	6 (17.6)	.	.	.
Pérdida de peso, n (%)	4 (11.8)	2 (40)	5 (55.6)	.
Creatin-Kinase (UI/L), mediana [RIC]	533 [226.5-1325.5]	3360 [3158-4100]	4977 [3273-9271]	57 [35-550]
Aldolase (IU/L), median [IQR]	16.5 [10-25]	53.0 [13.5-107.8]	42.5 [26.5-63.0]	9 [9.0-9.0]
LDH mg/dl, media ± DS	489.49 ± 223.72	1360 ± 992.7	654 ± 258	343.6 ± 151.2
AntiJo1, n (%)	1 (2.94)	2 (40)	0	4 (26.7)
MI2, n (%)	1 (2.94)	0	0	0
MDA5, n (%)	3 (8.82)	0	0	0
PL7, n (%)	0	0	0	7 (46.7)
PL12, n (%)	0	0	0	4 (26.7)
EJ, n (%)	1 (2.94)	0	0	0
HMGCR	0	0	9 (100)	0
Ro52, n (%)	3 (8.82)	0	0	8 (53.3)
Edema/Atrofia RMN, n/N (%)	12/12 (100) / 2/12	2/2 (100) / 0/2 (0)	5/9 (55.6) / 3/9 (33.3)	1/9 (11.1) / 0/9
Oral/ Intravenous Corticosteroids, n (%)	34 (100) / 18 (52.9)	5 (100)/ 1 (20)	7 (77.8)/ 3 (33.3)	15 (100)/ 5 (33.3)
Dosis máxima diaria de Prednisona mg/day, media ± DS	40.29 ± 18.54	39 ± 5.5	37.8 ± 29.1	28.3 ± 16.1
Metotrexate, n (%)	15 (44.1)	2 (40)	3 (33.3)	2 (13.3)
Azatioprina, n (%)	15 (44.1)	4 (80)	3 (33.3)	8 (53.3)
Micofenolato, n (%)	4 (11.8)	0	0	9 (60)
Ciclofosfamida, n (%)	4 (11.8)	1 (20)	0	4 (26.7)
Inhibidores de la Calcineurina, n (%)	5 (14.7)	.	.	2 (13.3)
Hidroxicloroquina, n (%)	15 (44.1)	.	.	3 (20)
Inmunoglobulinas intravenosas, n (%)	21 (61.8)	1 (20)	6 (66.7)	1 (6.7)
Rituximab, n (%)	13 (38.2)	1 (20)	3 (33.3)	12 (80)

Figura 3. Tabla 2. Principales características clínicas, analíticas y tratamientos recibidos en 63 pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas.

tantes (IC95% 5,90-10,4). El subtipo más frecuente fue la DM con una prevalencia de 4,27 casos por 100.000 habitantes, seguido de SAS (1,70/100.000 habitantes), la MNIM (1,54/100.000 habitantes) y, por último, la PM (0,68/100.000 habitantes) (tabla 1). En el periodo estudiado, la tasa de incidencia fue de 4,89 casos por millón de personas/año. Se observó una tendencia ascendente en la incidencia anual desde 1,71 en 2000 hasta 15,38 casos por millón en 2018, como se muestra en la figura. En este estudio el tipo más frecuente de miopatía fue la DM (n = 34, 54,0%), seguido de SAS (n = 15, 23,8%), MNIM (n = 9, 14,3%) y PM (n = 5, 8,0%). Entre las DM, 4 fueron DM juveniles (6,3%) y 5 paraneoplásicas (7,9%). Las principales características de la enfermedad, comorbilidades, pruebas complementarias y tratamientos recibidos se resumen en la tabla 2. La debilidad muscular fue la principal manifestación de las PM (n = 3, 60%), MNI (n = 9, 100%) y de la DM (n = 26, 76,5%), asociada en esta última a las pápulas de Gottron (n = 27, 79,4%). Entre los SAS, la manifestación predominante fue la enfermedad pulmonar intersticial (n = 14, 93,3%). El anticuerpo más frecuente en las DM fue antiMDA5 (n = 3, 8,8%), en PM el antiJo1 (n = 2, 40%), el HMGCR en MNIM (n = 9, 100%), y en SAS el antiRO52 (n = 8, 53,3%), seguido del antiPL7 (n = 7, 46,7%). El tratamiento más utilizado, además de los corticoides, en la DM y MNIM fueron las inmunoglobulinas endovenosas (IGIV) (n = 21, 61,8% y n = 6, 66,7% respectivamente). La azatioprina fue el más utilizado en el caso de la PM (n = 2, 40%), y el rituximab (n = 12, 80%) en el SAS.

Conclusiones: En este estudio se describe la distribución de las miopatías inflamatorias idiopáticas en una región del norte de España atendiendo a sus diferentes subtipos, así como las principales características clínicas, analíticas y los tratamientos recibidos.

P414. EVALUACIÓN MORFOLÓGICA CON ECOGRAFÍA DE LAS FASCIAS MUSCULARES EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

Paloma García de la Peña Lefebvre¹, Juan Carlos Acebes Cachafeiro², Manuel Garabal Miguel³, Begoña García Serna⁴ y Rosa María Codejón⁴

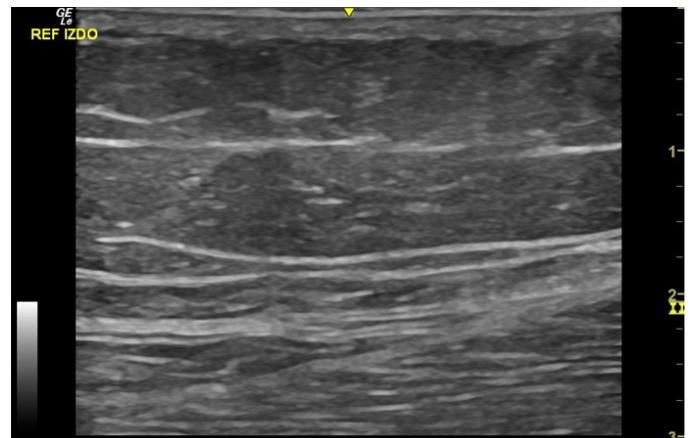
¹Universidad Camilo José Cela. Madrid. ²Change Health Solutions. ³Clínica Garabal. ⁴Asociación Española de Esclerodermia.

Introducción: El estudio de la fascia es el gran olvidado en muchas patologías reumáticas, como las Conectivopatías, siendo estas estructuras parte fundamental del tejido que da nombre a estas enfermedades y el sostén de todo el organismo. Estudios previos parecen indicar que, en la esclerosis sistémica (ES), las fascias musculares presentan una afectación histomorfométrica similar a la de la piel. Este hecho podría explicar algunos de los signos/síntomas (mialgias, hipertonia/hipotonía y limitación funcional) de los pacientes con ES no bien aclarados hasta el momento y que en ocasiones son diagnosticados de fibromialgia secundaria.

Objetivos: Evaluar, por medio de la ecografía, las características morfológicas de las fascias musculares de los pacientes diagnosticados de ES y compararlas con controles.

Métodos: Estudio piloto prospectivo, observacional y descriptivo en pacientes de ES y controles emparejados por edad y sexo. Se evaluaron con ecografía las principales fascias del miembro superior e inferior, retroverso y cuello. Se realizó una recogida de datos clínicos, analíticos y terapéuticos además del índice de masa corporal y grado de actividad física. Las variables analizadas para la evaluación morfométrica de las fascias fueron: cuantitativa -espesor de la fascia (décimas de mm), semicuantitativas: 1. Discontinuidad. 2. Dishomogeneidad (sí/no). 3. Integridad, aplicando una escala Likert (0: fascia normal, 1: cambios leves, 2: cambios moderados, 3: cambios graves). Dos observadores ciegos para los casos/controles entrenados en ecografía y en evaluación de la fascia normal, participaron en el estudio.

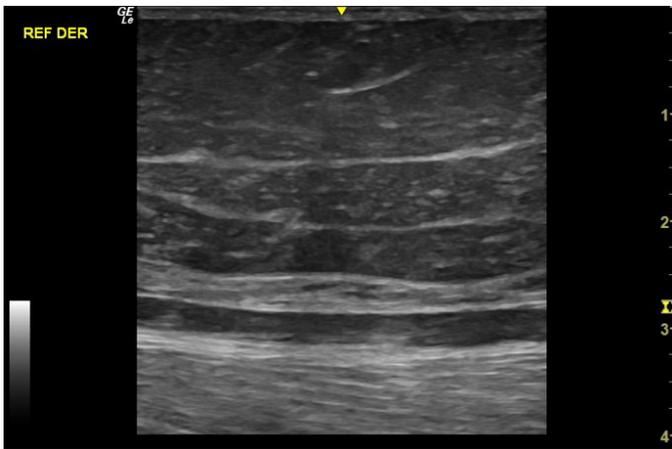
Resultados: Fueron incluidos 33 sujetos (16 controles/17 pacientes); 13 pacientes presentaban una ES cutánea limitada (EScl), 4 ES cutánea difusa (EScd), 1 ES sine esclerodermia (ESse) y 1 EMTc. 15 eran mujeres y 2 varones y en cuanto a los anticuerpos 6 tenían AAT1, 6 AAC exclusivamente y 5 uno de estos dos anticuerpos y otro anticuerpo no específico de la enfermedad. Clínicamente todos los pacientes presentaban mialgias y rigidez muscular y 14 de ellos tenían cierto grado de debilidad muscular. Solo una paciente había presentado afectación muscular inflamatoria en el pasado. Resultados ecográficos: las medias de los espesores medidos con ecografía de las fascias del deltoides, bíceps braquial y palmar mayor en el miembro superior; recto femoral, vasto lateral, semitendinoso, gemelo externo, soleo y cintilla ilioltibial (3 localizaciones) en el miembro inferior; esternocleidomastoideo en el cuello y trapecio y fascia toracolumbar en retroverso fueron más elevadas en pacientes comparado con controles. También en todas las localizaciones anatómicas descritas, la valoración semicuantitativa indicó mayor discontinuidad, dishomogeneidad y menor integridad en la morfología normal de las fascias en los pacientes de ES (figs.). La única excepción fue la valoración del tensor de la fascia lata a la altura de trocánter, en la que el espesor medio fue mayor en controles que en pacientes.



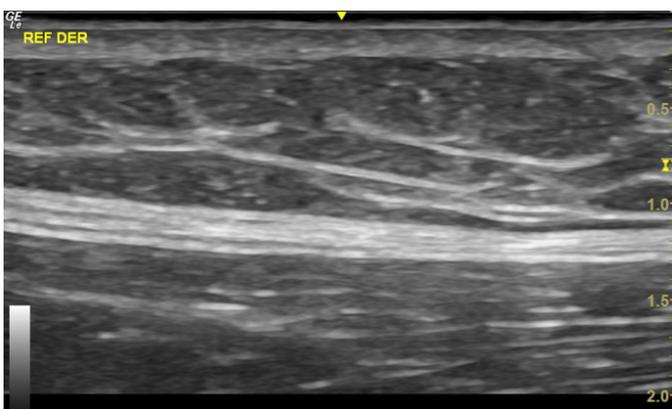
Fascia recto femoral izquierda paciente.

Tabla P414

		Discontinuidad		Dishomogeneidad		Likert				Espesor fascia
		Sí	No	Sí	No	0	1	2	3	
Bíceps braquial	C	4	28	8	24	21	10	1	0	0,08
	P	14	20	25	9	4	22	5	3	0,1
Vasto lateral	C	7	25	7	25	21	11	0	0	0,11
	P	19	15	31	3	0	18	14	2	0,14
Esternocleidomastoideo	C	3	29	10	22	14	17	1	0	0,1
	P	18	16	25	9	1	23	8	2	0,11
Fascia toraco-lumbar	C	5	27	10	22	12	8	2	0	0,3
	P	24	10	25	9	5	18	9	2	0,39



Fascia recto femoral derecha paciente.



Fascia recto femoral derecha control.

Conclusiones: Este estudio piloto muestra que los pacientes afectados de ES presentan alteraciones morfológicas de las principales fascias musculares y justifica que se prosiga esta línea de investigación. Se precisan más estudios con un mayor número de sujetos con objeto de investigar y demostrar la participación de estas estructuras anatómicas en alguna de la sintomatología no aclarada, en ocasiones invalidante, que presentan las personas con ES.

P415. DECONSTRUYENDO LA OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA NEUROGÉNICA: ESTUDIO *IN VITRO* REVELA EL EFECTO DEL SISTEMA NERVIOSO EN LA MODULACIÓN DEL EQUILIBRIO OSTEOBLÁSTICO Y ADIPOGÉNICO

María Guillán Fresco, Ana Alonso-Pérez, Eloi Franco-Trepat, Verónica López-López, Miriam López-Fagúndez, Andrés Pazos-Pérez, Alberto Jorge-Mora y Rodolfo Gómez Vaamonde

Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela.

Introducción: El término osificación heterotópica (OH) hace referencia a la formación de hueso laminar maduro en tejidos blandos extraesqueléticos. Actualmente, no existe un signo patognomónico que permita establecer el diagnóstico temprano de esta patología. Su diagnóstico se basa en la recopilación de una serie de manifestaciones clínicas entre las que destacan el dolor, signos inflamatorios, limitaciones en el rango de movimiento articular que conllevan a una dependencia funcional, pudiendo asociarse complicaciones como la anquilosis o el atrapamiento nervioso o vascular. Etiológicamente, existen dos variantes de la OH: la congénita y la adquirida. Dentro de la modalidad adquirida destaca, por su alta prevalencia,

la OH neurogénica (OHN), la cual se desarrolla *a posteriori* de una lesión en el sistema nervioso asociado a una fractura de hueso largo. La fisiopatología de la OHN no está del todo esclarecida. Sin embargo, se ha postulado que los factores promotores del anabolismo óseo e inflamatorios relacionados con esta patología podrían tener su origen en las estructuras nerviosas lesionadas.

Objetivos: Desarrollar un modelo de OHN *in vitro* válido que permita el estudio del impacto del sistema nervioso sobre el equilibrio entre la osteoblastogénesis y adipogénesis.

Métodos: Se diferenciaron las células SaOS2 y C3H10T1/2 a osteoblastos y adipocitos respectivamente en presencia o ausencia de astrocitos, explantes nerviosos (EN) y células migrantes de los explantes nerviosos (CEN). Posteriormente, se estudiaron genes relevantes relacionados con el metabolismo óseo, inflamatorio y adipogénico mediante RT-PCR. Finalmente, los datos fueron analizados con GraphPad Prism y se consideró un valor de $p < 0,05$ estadísticamente significativo.

Resultados: Los factores liberados por los astrocitos incrementaron la expresión génica de genes relacionados con la OH (SPP1 y BMP2) en los osteoblastos, además de promover cambios morfológicos en los mismos propios de estadios más avanzados de la diferenciación osteoblástica similares a los osteocitos. Del mismo modo, los factores secretados por los astrocitos incrementaron la expresión de marcadores inflamatorios (VCAM y CCL2) en los osteoblastos. Interesantemente, las acciones de los astrocitos se incrementaron al alza ante la presencia de la IL1B para inducir la expresión de genes inflamatorios y anabólicos óseos. De forma similar, los EN y las CEN incrementaron los marcadores anabólicos e inflamatorios durante la osteoblastogénesis. Por el contrario, la presencia de los factores liberados por los astrocitos y EN redujeron la expresión génica de los marcadores adipogénicos e incrementaron la expresión de marcadores óseos durante la diferenciación de las C3H10T1/2 a adipocito. Finalmente, la coestimulación de los osteoblastos con los factores liberados por los astrocitos y EN evidenció la sinergia ejercida por ambos componentes del sistema nervioso para incrementar los marcadores anabólicos óseos e inflamatorios relacionados con la patología.

Conclusiones: Los astrocitos y EN alteran el balance osteoblastogénesis/adipogénesis en detrimento de este último, favoreciendo las respuestas anabólicas óseas e inflamatorias relacionadas con la OH en los modelos de OHN *in vitro* desarrollados.

P416. CARACTERIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA ATENDIDA EN EL EJERCICIO PRIVADO DE REUMATOLOGÍA EN ESPAÑA

S. Gerechter Fernández¹, B. Yoldi Muñoz², L. Fernández-Fuente-Bursón^{3,14}, M. Romera Baures⁴, J. del Pino Montes⁵, B. Correa Rey⁶, M. Moreno Zazo⁷, M. González Gómez⁷, A. Weruaga Rey⁸, N. Garrido Puñal⁹, J. Fajio Gil¹⁰, R. González Mazario¹⁰, P. Zurita Prada¹¹, J. Sánchez García¹², M. Tenorio Martín^{13,14}, E. Tomás Ornilla¹⁵, S. Kanaffo Castelblanco¹, P. Lois Bermejo¹, I. Carvajal Menéndez¹, J. Arroyo Palomo¹ y M. Uriarte Escenarro¹

¹Hospital Quirón Ruber Juan Bravo. Madrid. ²Hospital Dexeus. Quirón Barcelona. ³Hospital Quirónsalud Infanta Luisa. Sevilla. ⁴Clínica Teknon. Barcelona. ⁵Clínica Dra. Alaejos. Salamanca. ⁶Clínica Sanz y Correa. La Coruña. ⁷Hospital Quirón Pozuelo. ⁸Hospital Centro Médico de Asturias. Oviedo. ⁹Consulta privada. Sevilla. ¹⁰Instituto Musculoesquelético Europeo (IMSKE). Valencia. ¹¹HLA Moncloa. Madrid. ¹²Centro Médico Collblanc. Barcelona. ¹³Hospital Quirón Huelva. ¹⁴Clínica Reumatológica de Ceuta. ¹⁵Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción: Los reumatismos son el segundo motivo de consulta más frecuente en la Unión Europea. En España el grueso de estudios de prevalencia explotan datos de la sanidad pública, a pesar de que nuestro sistema sanitario es mixto. El gasto sanitario privado espa-

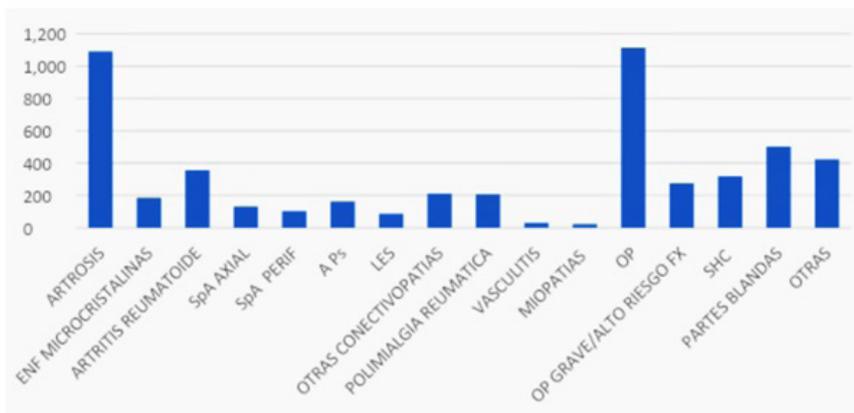


Figura 1. Frecuencia de diagnósticos por categorías predefinidas. SpA: espondiloartritis; APs: artritis psoriásica; LES: lupus eritematoso sistémico; OP: osteoporosis; SHC: síndromes de hipersensibilización central.

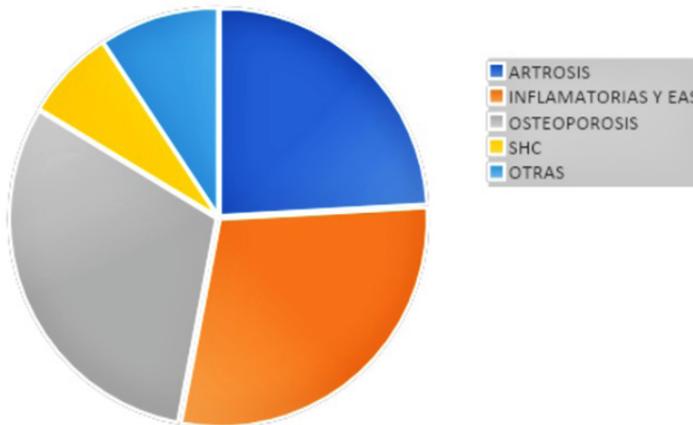


Figura 2. Frecuencia de diagnósticos agrupados por tipo de patología. EAS: enfermedades autoinmunes sistémicas; SHC: síndromes de hipersensibilización central.

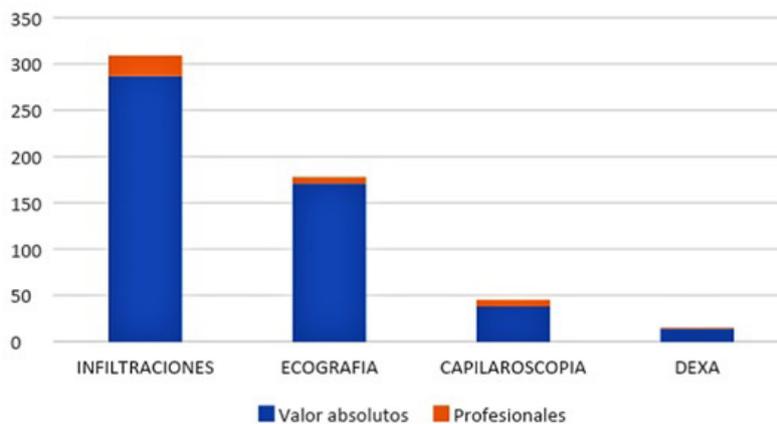


Figura 3. Frecuencia de procedimientos realizados. Se muestra en las barras de color azul la cantidad de procedimientos y sobre ellas en color rojo la de profesionales implicados en los mismos. DEXA: densitometría.

ñoi alcanza un 29,8% del total y está en auge. Sin embargo, existe una importante carencia de estudios centrados en la asistencia privada, la mayoría de ellos locales. Dado este panorama, surge la necesidad de caracterizar la actividad realizada por los reumatólogos en medicina privada, abarcando toda la geografía por primera vez.

Métodos: En el seno del grupo SERPA de la SER se convocó por correo electrónico a todos sus integrantes para la captación de participantes. Se propuso realizar un análisis observacional descriptivo de los diagnósticos y procedimientos diagnóstico-terapéuticos realizados durante 4 semanas consecutivas entre noviembre de 2022 y enero de 2023. Se elaboró una hoja de cálculo compartida en la nube con unas categorías diagnósticas predefinidas. Se decidió la inclusión de todos los diagnósticos realizados, de forma que ante la presencia de varios diagnósticos en un mismo paciente, se sumó 1 punto a cada categoría correspondiente.

Resultados: Del total de los 274 reumatólogos que trabajan en el ámbito privado [7], han participado una suma de 21 reumatólogos de 15 centros médicos diferentes. Se obtuvieron un total de 5.214 diagnósticos y 431 procedimientos terapéuticos durante el mes de seguimiento. La patología más frecuente fue la osteoporosis que supuso un 26,6% de nuestra consulta. Luego la patología inflamatoria y autoinmune con un 25,1%. La prevalencia de artrosis fue del 20,9%. Por último, la patología de partes blandas, los SHC y las microcristalinas ocuparon un 9,6, 6,1 y 3,5% respectivamente (figs. 1 y 2). Respecto a los procedimientos, todos los reumatólogos partici-

pantes practicaron infiltraciones, aproximadamente un tercio ecografías y capilaroscopias, y solo uno densitometrías (fig. 3).

Conclusiones: Comparando nuestros hallazgos con los de la población general, los SHC en EPISER2000 fueron menos frecuentes que en nuestro estudio (2,4 vs. 6,1%). Por otro lado, en EPISER2016 se constataron unas prevalencias de AR y APs menores al 1%, que contrastan claramente con nuestros 6,8 y 3,1%. Pudiera existir una “discriminación positiva” en privada, ya que son habituales las consultas de pacientes reumáticos por segunda opinión o que buscan garantizar un seguimiento más estrecho que en el sistema público. De hecho, en nuestro caso, la patología inflamatoria y autoinmune destacó sobre la de partes blandas y SHC, al contrario de lo esperable. La fortaleza principal de nuestro trabajo es su ubicuidad geográfica y de entorno asistencial. Al haber empleado un muestreo por conveniencia, son posibles sesgos de validez externa. No obstante consideramos que la variabilidad de profesionales participantes dota al estudio de alta representatividad. El ejercicio de la reumatología en el ámbito privado aborda todo el amplio espectro de las enfermedades reumáticas. El podio de la patología más frecuente lo constituyen la osteoporosis, las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas y la artrosis. Es esencial incorporar los datos de la actividad clínica privada que permita concretar su aportación a la reumatología española y ofrecer una visión de conjunto más fidedigna del impacto de las enfermedades reumáticas en nuestra sociedad.



Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología clínica

www.reumatologiaclinica.org



Índice de autores

- Abad, E., 13, 423
 Abad, Miguel Ángel, 405
 Abad Álvarez, Laura, 210
 Abad Hernández, M.A., 350
 Abad Peruga, V., 430
 Abad Plou, E., 380, 398
 Ábalos, M^a Carmen, 132
 Ábalos Aguilera, M^a Carmen, 17, 25, 38, 48, 72, 136, 138, 140, 182, 183, 204, 216, 222, 225, 275
 Abasolo, L., 2, 35, 235, 364, 399, 274
 Abasolo, Alcázar L., 188, 358
 Abbasi Pérez, Adrián, 294
 Abenza Barberá, Laura, 16
 Acebes Cachafeiro, Juan Carlos, 456
 Acosta Batlle, José, 389
 Acosta Fernández, Orlando, 448
 Adán, Alfredo, 152
 Adao, A.B., 87
 Adao Abe, C.D., 284, 330
 Aguado, P., 437
 Aguilar, Martí, 327, 335, 371
 Aguilar Coll, Martí, 11, 139
 Aguilar Zamora, M., 338, 256, 257
 Aguirre, María A., 182, 222, 225, 297
 Aguirre, Urko, 395, 438
 Aguirre del Pino, Rodrigo, 315
 Aguirre Portilla, Carolina, 274
 Aguirre-Zamorano, M.A., 17, 58, 183, 204
 Ailioaie, Constantin, 20
 AIRE-MB Grupo, 45, 58, 118, 198, 242, 402
 Aís Daza, Aureliano, 86
 Ais Larizgoitia, Arantza, 421
 Aivar, Meritxell, 248, 249
 Al Fazazi, Salma, 85, 86, 146, 147, 153, 162, 164
 Al Mashhadani, N., 174
 Alamillo, Pilar, 124, 288
 Albaladejo Paredes, Gloria, 66, 408, 416
 Alburquerque Sánchez, José, 410
 Alcalá Soto, Angela, 377
 Alcalde Villar, M., 370
 Alcalde, M., 2, 120
 Alcántara, Iago, 375
 Alcocer Amores, Patricia, 29
 Alcorta, Nerea, 18
 Alcorta Lorenzo, Nerea, 56, 224
 Alcubilla, Pau, 23, 179
 Aldasoro, Vicente, 2, 150, 192
 Aldasoro-Ruiz, Ane, 250
 Alegre Juan, José, 335
 Alegre-Sancho, J.J., 256, 257, 289, 338, 370, 388, 393, 402
 Aletaha, Daniel, 112
 Alexeeva, Ekaterina, 20
 Alfonso, Santiago, 79
 Alfonso González, Carolina, 251
 Allanore, Yannick, 97
 Almansa Ramírez, Ángel, 297
 Almodóvar, R., 38, 67, 79, 123, 376, 391, 405
 Almodóvar-González, Raquel, 152, 279, 394
 Almorza, Tomás, 2
 Alonso, F., 99, 172
 Alonso, María, 85
 Alonso, Sara, 121, 122
 Alonso Castro, Sara, 125, 310, 394
 Alonso de Francisco, M., 71, 96, 171, 172, 322, 326, 337, 390
 Alonso-Pérez, Ana, 25, 80, 307, 457
 Alperi, Mercedes, 120, 121, 122, 125
 Alperi López, Mercedes, 310
 Altabás, Irene, 202
 Altabás, González I., 7, 14, 23, 194, 195, 196, 199, 214
 Alten, Rieke, 238
 Álvarez, Irene, 208, 240, 375
 Álvarez, P., 274
 Álvarez Castro, C., 12, 163, 167, 170, 276, 290, 313
 Álvarez-Costa, A., 83
 Álvarez García, F., 43
 Álvarez Hernández, María Paula, 178, 358, 399, 401
 Álvarez Lario, Bonifacio, 280
 Álvarez Losada, Irene, 60, 61, 210, 329
 Álvarez-Mon, Miguel Ángel, 294
 Álvarez-Mon Soto, Melchor, 294
 Álvarez-Reguera, Carmen, 53, 145, 148, 177, 410, 418, 420, 422, 424
 Alvarez-Rivas, Noelia, 150
 Álvarez Rodríguez, Belen, 194, 195
 Álvarez Vega, José Luis, 94, 127, 254, 410
 Alvaro, Y., 303, 317
 Álvaro-Gracia, José María, 40, 109, 143, 169, 226, 304, 331, 364, 367, 421, 437
 Amar Muñoz, Helena María, 331
 Amorós, Carlos, 201
 Andalucía, C., 330
 Andrés, D., 405
 Andía Aldana, Daysi Eliana, 164
 Andrés, Mariano, 26, 247, 436, 439
 Andrés Collado, Mariano, 47, 246, 416
 Andrés Esteban, Eva María, 84
 Andrés Trasahedo, Estibaliz, 417
 Andreu, José Luis, 9, 18, 71, 150, 202, 203
 Andreu Sánchez, Jose Luis, 77, 85, 96, 110, 171, 172, 199, 202, 318, 319, 322, 326, 337, 390
 Andreu Suárez, África, 50, 67
 Andreu Ubero, José María, 66, 408, 416
 Andreu-Vázquez, C., 430
 Andújar Brazal, Pablo, 289, 393, 402, 388
 Ángel Sesmero, Jose Antonio, 22
 Anino Fernández, J., 31, 44, 277, 432
 Anton, Jordi, 19, 312, 306
 Antón-Pagés, Fred, 15, 417
 Anyanwu, Samuel I., 57
 Añez, Gustavo, 132
 Añez Storchio, G., 370
 Añez Sturchio, Gustavo Adolfo, 369
 Añez Sturchio, Gustavo, 159
 Añón Oñate, Isabel, 76
 Aomar Millán, Ismael, 220
 Aparicio-Espinar, M., 198
 Aparicio Hernández, B., 181

- Aragón Díez, Ángel, 84, 386, 387
Aragón Miguel, Raquel, 387
Araque Molina, C.A., 180
Arca, Beatriz, 150
Arce, Marilia, 414
Arciniega Larios, Cristina, 176, 281, 314
Areal-Quecuty, V., 320
Áreas del Águila, V.L., 31, 277, 432
Arechavala Hita, Javier, 334
Arévalo, M., 261
Arévalo, Marta, 132, 203
Arévalo Salaet, Marta, 15, 202
Arias de la Rosa, Iván, 10, 25, 38, 132, 136, 138, 222, 225, 297
Arias Gassol, Anna, 419
Ariño-Gutiérrez, Mayte, 401
Armenteros Ortiz, P.J., 127
Armesto, Susana, 274
Armesto Alonso, Susana, 282, 381
Arnau-Bartés, Anna, 391, 414
Arrillaga Domínguez, Beatriz, 250
Arriola-Villalobos, Pedro, 401
Arroyo Palomo, Jaime, 65, 346, 408, 457
Artaraz, Joseba, 291
Asahina, Akihiko, 275, 378
Asnal, Cecilia, 265
Aspe de la Iglesia, B., 282
Assudani, Deepak, 275, 378
Astigarraga Urquía, Uxue, 51, 52, 83, 243, 365, 398
Atanes Sandoval, A., 79, 152, 282
Atienza-Mateo, Belén, 182, 222, 230, 348, 354, 356, 357, 404, 410, 447
Auge Josep, M., 119, 227
Aure, M.A., 330
Aurrecochea Aguinaga, E., 7, 199, 202, 203, 214, 274
Avalos Bogado, Hugo, 107, 159
Aviles, N., 217, 451
Avilés Hernández, Antonio, 246, 416, 436, 439
Avilés-Mendez, N., 161
Avouac, Jérôme, 97, 111
Azabal Pérez, Celia, 69, 450
Azcarate Jiménez, Sonia, 250
Aznar Esquivel, Antonio, 15
Azuaga, A., 119, 227, 284, 439
Azuaga, Ana Belén, 27, 87, 361, 373
Azuaga Piñango, Ana Belén, 409
Babio Herraiz, Jesús, 55, 131, 49
Bachiller-Corral, Javier, 291, 346, 360, 408, 415
Backhaus, M., 283
Bajo, M.A., 437
Bajracharya, Rajan, 275, 378
Balaguer Trull, Isabel, 16, 49, 89, 324, 256, 257
Balboa-Barreiro, Vanesa, 3, 4
Baldivieso Acha, Juan P., 150
Ballesta Cuñat, Y., 405
Ballestar, Esteban, 235
Balsa, A., 30, 35, 39, 100, 116, 133, 134, 234, 244, 339, 349, 359, 368, 397, 427, 437
Balsobre, Jerónimo, 192
Baniandrés Rodríguez, Ofelia, 421
Bao, P., 259
Bao, W., 283
Baraliakos, Xenofon, 259, 272
Barbadillo, Carmen, 71, 85
Barbadillo Mateos, C., 96, 171, 172, 318, 319, 322, 326, 337, 390
Barbarroja, Nuria, 17, 25, 132, 136, 297
Barbarroja Puerto, Nuria, 10, 38, 182, 183, 204, 222, 225, 138
Barber, X., 45, 58, 118, 198, 402
Barber-Vallés, Xavier, 242
Barreda Gutiérrez, Marina, 381
Barreira-Hernández, Diana, 185
Barreiro de Acosta, Manuel, 15
Barros-Membrilla, A., 144, 168
Barroso-García, Nuria, 152
Bartolomé Fandos, Lourdes, 42
Bassas Palou, Marta, 409
Bastidas, J., 74
Bastidas Vinuesa, Javier, 68
Batlle-López, Ana, 424
Becerra, Elena, 145, 150
Bedoya-Sanchís, D., 256, 257, 403, 405, 434
Beladíez, M., 120
Belen Bravo, Susana, 25
Belinchón Romero, Isabel, 383
Belmar-Vega, Lara, 1, 142
Belmonte Hernández, A., 43
Belmonte Mora, Alba, 342
Belmonte Serrano, Miguel Ángel, 90
Beltrán, E., 152, 207, 376, 391, 410
Beltrán Catalá, E., 430
Beltrán Catalán, Emma, 72, 386, 279
Belzunegui, Joaquín, 2, 192
Belzunegui Otano, Joaquín María, 56, 94, 224, 250, 279
Benavent, D., 30, 39, 67, 133, 134, 368, 397, 427
Benavides Villanueva, Fabricio, 85, 161, 164, 165, 449, 452
Benito Ysamat, Alberto, 38
Berbel, Laura, 22, 252
Berbel Arcobé, Laura, 137, 139
Berenguer, A., 451
Berenguer-Llergo, A., 83, 158, 189, 209, 261
Beretta, L., 17
Bermúdez, Cristina, 9
Bermúdez-García, S., 247
Bermudo, Guadalupe, 327, 335
Bernabeu, D., 133, 134, 368
Bernabeu, Pilar, 306, 108
Bernabeu González, Pilar, 416, 436, 439
Bernal, J.A., 45, 58, 118, 198, 203, 242, 402
Bernal, Sara, 216
Bernal Vidal, José Antonio, 66, 202
Bernárdez, J., 236
Berrocal, Lara, 38
Berrocal Acedo, M., 233, 450
Bethencourt Baute, Juan José, 21, 306
Betina Nishishinya, María, 65
Bever, Karen, 111
Bilionis, I., 30
Blachley, Taylor, 268
Blanco Alonso, Ricardo, 7, 214, 394
Blanco Blanco, J.F., 73
Blanco Cáceres, Boris Anthony, 50, 67
Blanco Cáceres, Boris, 46, 65
Blanco, F., 191
Blanco, F.J., 185
Blanco, J.M., 423
Blanco, Juan, 161, 192
Blanco, Juan María, 13
Blanco, Francisco J., 3, 4, 120, 186
Blanco, R., 112
Blanco, Ricardo, 1, 2, 9, 15, 53, 78, 85, 142, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 155, 156, 161, 162, 164, 165, 176, 177, 182, 183, 199, 200, 202, 203, 222, 230, 270, 271, 274, 279, 282, 298, 321, 348, 354, 356, 357, 362, 381, 404, 410, 417, 418, 420, 422, 424, 442, 445, 448, 449, 452, 454
Blanco-Blanco, Margarita, 3
Blanco-Cáceres, Boris, 291
Blanco García, F., 79, 282
Blanco-García, Francisco J., 10, 131
Blanco Madrigal, J.M., 1, 142, 348, 354, 356, 357, 380, 398
Blanco Rodríguez, Gerardo, 404
Blando, Ricardo, 385
Blasco, J., 63
Blauvelt, Andrew, 258
Blázquez Cañamero, M^a Ángeles, 18, 194, 195, 196, 408
Bobillo-Lobato, Joaquín, 300
Boers, M., 283
Bohórquez, C., 7, 18, 99, 108, 214
Bollo de Miguel, Elena, 175
Bonet, Maria, 369
Bonilla, Gema, 230, 234, 348, 349, 354, 356, 357
Bonilla, Gemma, 202, 203
Bonilla Arjona, Juan Alfonso, 448
Bonilla Hernán, G., 7, 199, 202, 214, 235, 449
Boquet, Maria D., 150
Bordoy, M., 68
Bordoy Pastor, Montserrat, 74
Boronat, S., 303, 306
Borrás, Fernando, 26
Borrás, Joaquín, 201
Borrego Sanz, L., 43, 291, 401
Borrell Paños, H., 107, 236
Boselli, Giuliano, 414
Boteanu, Alina, 9, 305, 306, 408
Bou, Núria, 442
Bourgeois Avella, Camille, 304, 364
Bourgeois, Camille, 226
Bradley, Andrew, 374, 286
Brandy García, Anahy M^a, 15, 49, 55, 131, 230, 348, 354, 357, 436, 417
Braña, Ignacio, 125
Braña Abascal, Ignacio, 121, 122, 230, 310
Braun, Juergen, 271, 272
Bravo, Cecilia, 178
Briungos, Pedro David, 85
Briungos Díaz, Pedro David, 318, 319

- Brugarolas, Emma, 22, 252, 327, 335, 371
- Brugarolas Martínez, Emma, 11, 139
- Bu, Xianwei, 259
- Buch, Maya, 112
- Buendía Sánchez, Nuria, 436
- Bueno, A., 38, 123
- Bueno Pardov, Sara, 49
- Burger, Stefanie, 121, 122, 125, 310
- Burgos, Inés, 308, 310
- Burgos Berjillo, Inés, 313
- Burmester, Gerd, 111, 112, 238
- Buron, María Isabel, 25
- Busquets, Noemí, 99, 373
- Busquets-Pérez, Noemí, 132, 236, 251, 279, 369, 391
- Busso, B., 87
- Bustabad, Sagrario, 21, 99, 306
- Bustabad Reyes, Sagrario, 347
- Busto, Verónica, 60, 61, 208, 240, 375
- Busto Hermida, Verónica, 61, 210, 329
- Cabaleiro Raña, Noelia, 444
- Cabanillas, M., 209, 83
- Cabello Fernández, Yolanda, 377
- Cabezudo-García, Pablo, 98
- Cáceres Martín, Laura, 202
- Cacheda, A.P., 7, 214, 306
- Cacheda, Ana, 202
- Cadena Caballero, Roser, 409
- Caeiro Aguado, M., 444
- Cajiao, Katherine, 251
- Calabuig Sais, Irene, 416, 436, 439
- Calahorra, V., 303
- Calamia, V., 4, 191
- Calderón-Goercke, Mónica, 150, 230
- Calheiros, Renato, 270
- Cáliz Cáliz, Rafael, 94
- Calleja Antolín, Sara, 175, 290
- Callejas, José L., 150
- Calomarde-Gómez, C., 198
- Calomarde Gómez, Cristina, 27, 323
- Calvet, J., 81, 83, 158, 189, 199, 209, 261
- Calvet, Xavier, 15
- Calvet Fontova, J., 346
- Calviño, Jesús, 1
- Calvo, E., 30
- Calvo Alén, J., 7, 14, 196, 202, 214, 279
- Calvo Aranda, E., 96, 171, 172, 427
- Calvo del Río, Vanesa, 85, 146, 147, 153, 164, 410
- Calvo Gutiérrez, Jerusalem, 25, 48, 72, 108, 216, 222, 241, 348, 354, 357
- Calvo, Inmaculada, 40, 302, 308
- Calvo, Itziar, 2, 13
- Calvo, Jaime, 194, 195, 199
- Calvo, Jerusalem, 225
- Calvo, Laura, 179
- Calvo, Vanesa, 192, 381
- Calvo-Alén, Jaime, 9, 202, 203
- Calvo-Aranda, E., 22, 180
- Calvo-Gutiérrez, Jerusalem, 58, 99, 223, 225, 297, 383
- Calvo Pascual, L.A., 31, 277, 432
- Calvo Penadés, Inmaculada, 310, 311, 313
- Calvo-Río, Vanesa, 152, 161, 162, 164, 165, 274, 410
- Calvo-Zorrilla, Itziar, 395, 438
- Camacho, Óscar, 160, 167, 351
- Camacho Alcázar, Óscar Armando, 36, 440
- Cámara, Borja, 84, 1, 142
- Camins, Jordi, 192
- Camins Fàbregas, J., 29, 198, 251
- Campos, Cristina, 99, 150, 230, 279, 280
- Campos, Jose, 71
- Campos Caro, Antonio, 86
- Campos Esteban, J., 67, 85, 96, 171, 172, 241, 318, 319, 322, 326, 337, 390
- Campos Fernández, Cristina, 16, 49, 89, 108, 241, 256, 257, 324, 354, 393
- Cancio Fanlo, Jorge Jesús, 56, 224
- Candelas, G., 274, 399
- Candelas Rodríguez, Gloria, 178
- Cano, C., 45
- Cano, Laura, 201, 34, 101, 127, 174, 211, 428, 453
- Cánovas Olmos, I., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
- Cantalejo Moreira, M., 96, 171, 172
- Cantarero Prieto, David, 381
- Cantiga-Silva, Cristiane, 320
- Cañadillas, Elena, 327, 335
- Cañete Juan, D., 27, 361, 373
- Caño, Rocío, 18
- Caño Alameda, Rocio, 110, 148, 202, 247, 416
- Capdevila, Olga, 210
- Caporali, R., 116
- Carabias Ané, Lidia, 27
- Carballal Platas, Begoña, 79, 249
- Carbonell, Cristina, 248, 249
- Cardeñoso, Laura, 425
- Cardoso, Carolina B., 320
- Cardoso-Peñañiel, P., 22, 172, 180
- Carey John, J., 226
- Carlini, Luca, 20, 301
- Carmona, Loreto, 69, 370
- Carmona Ortells, Loreto, 77
- Caro, E., 247
- Carpio Astudillo, Karen Samantha, 10, 131, 304, 331, 437
- Carrasco, Carmen, 94
- Carrasco, J.L., 63, 439
- Carrasco Cubero, Carmen, 29, 230, 344, 348, 354, 356, 357
- Carrasco Cubero, María del Carmen, 127, 340
- Carrazón de Blas, Sara, 322
- Carreira-Delgado, Patricia, 348, 354, 357
- Carrillo Palau, Marta, 15
- Carrión, Irene, 72, 192, 330
- Carrión Barberà, I., 199, 207, 212, 332, 430, 442, 446
- Carron, P., 283
- Carvajal Menéndez, I., 457
- Casademont, Jordi, 216
- Casado, Enrique, 441
- Casado Verdugo, Óscar, 38
- Casafont, Ivette, 192, 198
- Casafont Sole, Ivette, 14, 179, 194, 195, 196, 230, 231, 235, 323, 348, 354, 356, 357
- Casals, Albert, 216
- Casals Urquiza, Albert, 128, 129
- Casas, Irma, 27
- Castaneda, E., 430
- Castañeda, Santos, 1, 2, 142, 145, 150, 161, 192, 230, 235, 354, 356, 357, 376, 391, 425
- Castañeda Sanz, Santos, 333
- Castellanos-Moreira, Raúl, 361
- Castelló Miralles, Inmaculada, 16
- Castellví, I., 9, 128, 129, 144, 168, 172, 173, 179, 192, 216, 246, 303, 306, 316, 317, 319, 335, 336, 403
- Castellví Barranco, I., 253, 447
- Castillo Dayer Paloma, Valentina, 395
- Castillo, Diego, 173
- Castillo Gallego, C., 370
- Castillo González, Ana Cristina, 235
- Castillo Vilella, Mireia, 369
- Castrejón, Isabel, 21, 99, 108, 109, 143, 169, 199, 201, 226, 241, 264, 280, 367, 437
- Castrejón Fernández, Isabel, 331, 364
- Castro, Pablo, 208, 240, 375
- Castro, Patricia, 67, 192
- Castro, Sonia, 124, 288
- Castro Corredor, D., 31, 44, 230, 277, 356, 370, 432
- Castro Domínguez, Francisco, 187
- Castro-Santamaría, Pablo, 60, 61, 210, 310, 329
- Catarina Duarte, Ana, 235
- Cea-Calvo, Luis, 264
- Cebrián, L., 217, 451
- Cebrián Carrascosa, C., 432
- Cebrián Mendez, L., 22, 180
- Cejas Cáceres, P., 251
- Celis, Raquel, 27
- Cenicacelaya Olabarrieta, Xabier, 346
- Cepas Desirée Ruiz, Francisco J., 216
- Cepas-Gutiérrez, F.J., 17
- Cerdà, D., 160, 167, 351
- Cerdà Gabaroi, D., 36, 440
- Cerdó, T., 17, 182, 183, 222, 225
- Cerdó Ráez, Tomas, 25, 204
- Cervantes Pérez, E.C., 444
- Cervera, R., 330
- Chacón Vélez, C., 73, 307
- Chacón Vélez Carolina, Cristina, 181, 299, 397, 412
- Chacur, C., 87
- Chacur, Chafik, 233, 284
- Chacur Kiss, Chafik Alejandro, 63
- Chalmeta Verdejo, I., 91
- Chamizo Carmona, Eugenio, 94, 176, 281, 314
- Chamorro de Vega, Esther, 421
- Chan, Antoni, 374
- Charca Benavente, L., 403, 405
- Charca Benavente, Lilyan Consuelo, 434
- Charia, H., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 400, 435

- Charles-Schoeman, Christina, 218
- Chen Michael, M, 265
- Cheng-Chung Wei, James, 374
- Choy, Ernest, 218
- Cía, Ana, 27
- Ciecinski, Sandra, 268
- Cifrián, José M., 182, 222, 404
- Cifrián-Martínez J, ose Manuel, 420
- Cigarrán, Secundino, 1
- Cívico Ruiz, M.B., 43
- Clemente Garulo, Daniel, 304, 305
- Clewell, Jerry, 268
- Climent-Martí, J., 198, 323
- Climente Martí, M., 338
- Clofent Alarcón, David Vladimir, 107
- Coarse, Jason, 275, 378
- Coates, Laura C., 378
- Cobelo, Carmen, 1
- Cobo, Tatiana, 202
- Cobo Ibáñez, Tatiana, 29, 199, 203
- Cochino, Alexis-Virgil, 20
- Codejón, Rosa María, 456
- Codes, H., 172, 173, 192, 216, 317, 319, 336
- Codes Mendez, H., 128, 129, 144, 168, 246, 253, 303, 306, 403
- Cogolludo Campillo, Vicente, 66, 408, 416
- Coll, Verónica, 336, 403
- Collado, Paz, 1, 142, 150
- Collado Ramos, María Paz, 40, 302
- Collado Ramos, P., 370
- Collantes, Eduardo, 297
- Collantes Estévez, Eduardo, 10, 25, 38, 132, 135, 136, 138, 140, 141, 182, 204, 222, 225, 275, 381, 383
- Colmenero, Anna, 361
- Colmenero, J., 439
- Combe, Bernard, 112
- Combiar, Alice, 97
- Conaghan, P.G., 283
- Conde Aranda, Javier, 25
- Conesa, Ángeles, 248, 249
- Conesa, Arantxa, 150
- Conesa Mateos, Arantxa, 90, 256, 257
- Connaughton, Bridgette, 226
- Consolaro, Alessandro, 302
- Coras, Roxana, 436
- Cordero, Gema, 120
- Cordero, Miguel, 152
- Corell Dolz, José, 393
- Cornudella Lema, Jesús, 212
- Corominas, H., 2, 53, 110, 144, 160, 167, 168, 172, 173, 192, 216, 236, 246, 303, 306, 316, 317, 319, 336, 369, 403, 429
- Corominas Macias, Héctor, 128, 129, 253
- Corona-Mata, Diana, 138
- Coronado, M., 437
- Coronel Tarancón, L., 107, 370, 372
- Corral Bote, Ana, 65, 291, 408
- Corrales, A., 370
- Corrales, Alfonso, 182, 222, 282, 362, 381, 452
- Corrales-Martínez, Alfonso, 274
- Corrales-Selaya, Cristina, 161, 176, 298, 362, 452, 454
- Correa Rey, B., 457
- Corro Madrazo, Patricia, 410
- Cortés Hernández, J., 14, 53, 194, 195, 196
- Cortés-Quiroz, J.C., 58, 66, 118, 198, 242, 402
- Cortes-Quiroz, J. Carlos, 45
- Cortés-Romera, Montserrat, 371
- Corzo, P., 87, 227, 361
- Corzo Garcia, Patricia, 119
- Cossio, Piter, 192
- Costa, E., 81, 83, 209, 451
- Costa Moya, E., 158, 189, 346, 441
- Costas Torrijo, N., 403, 405, 434
- Couto Lareo, Uxía, 441
- Crespí, Laura, 376, 391
- Crespo, Concha, 38
- Crespo Golmar, Antía, 25, 197, 307
- Crespo, M., 191
- Cruz, A.F., 120
- Cuadrado, María José, 201
- Cuende, E., 13, 380, 398, 423
- Cuervo, Andrea, 27, 132, 251, 373
- Cuervo Aguilera, A., 236
- Cuesta López, Laura, 10, 38, 132, 136, 138
- Curtis Jeffrey, R., 56, 218
- D'Agostino, M.A., 283, 372
- D'Silva, Kristin, 259
- Dani, Lara, 445
- Dans-Caballero, S., 58, 225, 275
- Darder, A., 68, 74
- Darder Bennassar, Aina, 308, 313
- Dastmalchi, Maryam, 176, 298, 445
- de Abajo, F.J., 185
- de Agustin, J.J., 369, 370
- de Agustín de Oro, Juan José, 132, 159
- de Andrés David, Raquel, 86
- de Andrés González, María del Carmen, 3, 186
- de Aspe de la Iglesia, Bruno, 79
- De Diego Sola, Andrea, 224
- de Dios, Anna, 429
- de Dios, Juan R., 14, 150, 192, 230
- de Dios Aberasturi, Juan Ramón, 152
- de Dios Cañete, Juan, 119, 227, 284
- de Dios Jimenez de Aberasturi, Juan Ramón, 194, 195, 348, 354, 357
- de Juanes, Alexia, 376, 391
- de la Calle, Lorenzo Javier, 175
- de la Calle-Fabregat, Carlos, 235
- de la Cueva Dobao, Pablo, 383
- de la Morena, Isabel, 150, 256, 257
- de la Morena Barrio, Isabel, 403, 405, 434
- de la Puente, Carlos, 179, 448
- de la Puente Bujidos, Carlos, 334
- de la Rúa Figueroa, Íñigo, 5
- de la Rubia Navarro, Marta, 14, 91, 194, 195, 196
- de la Torre, Natalia, 71, 85
- de la Torre Rubio, N., 96, 171, 172, 318, 319, 322, 326, 337, 390
- de Miguel, Eugenio, 2, 26, 40, 143, 145, 150, 154, 169, 367, 371
- de Moner, N., 330
- de Toro, F.J., 185
- de Toro Santos, F.J., 79, 249, 282
- de Vera González, Antonia, 5, 95, 96
- de Villa Alcázar, L.F., 390
- de Villa Luis, Fernando, 318, 319
- Decán Bardasz, D., 117
- del Bosque Granero, Iván, 389
- del Castillo, Núria, 124, 288
- del Olmo, Leticia, 192
- del Olmo Pérez, Leticia, 127
- del Peso, G., 437
- del Pino Almeida Santiago, Cristina, 95, 96
- del Pino Molina, Lucia, 234
- del Pino Montes, J., 457
- del Río, Luis, 441
- del Río, Tamara, 226
- del Val, Natividad, 354, 357
- del Val del Amo, Natividad, 51, 52, 83, 243, 356, 365, 398
- Delgado de la Poza, J.F., 346
- Demetrio-Pablo, Rosalía, 410, 418, 422, 445, 449
- Deodhar, Atul, 271, 272
- Deus, Cristina, 208
- Dexter, Collin, 87
- di Gregorio, Silvana, 441
- Díaz, J., 191
- Díaz, Montserrat, 192, 336
- Díaz, S., 285
- Díaz-Almirón, Mariana, 339
- Díaz-Castroverde, S., 259
- Díaz Castroverde, Sabela, 258, 259
- Díaz-Cordobes, Gisela, 302, 40
- Díaz-Cordovés, Gisela, 1
- Díaz-Cordoves Rego, Gisela, 93, 127, 306
- Díaz Díez, T., 249
- Díaz-Encarnación, M., 403
- Díaz González, Federico, 5, 99, 262, 264, 347, 448
- Díaz-Llopis, Manuel, 152
- Díaz Oca, A., 96, 171, 172
- Díaz-Prado, S., 185
- Díaz Torné, C., 128, 129, 144, 168, 172, 173, 192, 216, 246, 248, 249, 253, 303, 306, 316, 317, 319, 336, 369, 403
- Díaz Torné, C., 236
- Díaz Valle, D., 43
- Díaz-Valle, David, 291, 152
- Díaz-Valle, Teresa, 291
- Diéguez Costa, Elisa, 38
- Diez Alavarez, E., 144
- Diez Álvarez, E., 197, 167, 319
- Diez Álvarez, Elvira, 172, 173, 175, 194, 195
- Díez Álvarez, Elvira, 9, 12, 14, 163, 170, 196, 276, 290, 313, 316, 447
- Díez, Elvira, 7
- Díez Morrondo, C., 163, 167, 230, 348, 354, 356, 357
- Diez Renovales, Fernando, 38
- Diez, Teresa, 120

- Dilmé, J.D., 168
 Dios Santos, D., 79, 249, 282, 441
 Domingo Carnice, Adrià, 139
 Domínguez, Carmen, 222, 225
 Domínguez-Casas, Lucía, 348, 354, 357
 Domínguez-Álvaro, Marta, 15, 18, 29, 291
 Domínguez Barahona, Javier, 346, 360
 Domínguez Benítez, Jose Antonio, 27
 Domínguez Quesada, Carmen, 251, 253, 320
 Donat-Vargas, Carolina, 294
 Doridot, Gabriel, 374
 Dos Santos, Raquel, 60, 61, 210, 329, 375
 Dos Santos Sobrín, Raquel, 205, 208, 235, 240
 Dougados, M., 123, 261
 Durán Sotuela, Alejandro, 186
 Durez, P., 112

 Echerei Fhafah, Zahra, 76
 ECOSER Grupo, 370
 Egües Dubuc, César Antonio, 56, 224
 Eguía, Jorge, 442
 Eigenmann, Marco, 272
 El Kadaoui El Ouariachi, Lina, 56, 224
 Elloso, M., 259
 Ena, Javier, 66
 Enguita, Mónica, 192
 Enjuanes, M., 13, 380, 398
 Enjuanes Noguero, María, 423
 Enríquez Merayo, Eugenia, 306
 Erausquin, C., 7, 18, 202, 203, 214
 Erra, Alba, 125
 Escagedo, Clara, 164
 Escagedo-Cagigas, Clara, 85, 146, 147, 153, 162
 Escudero, A., 25, 120
 Escudero Contreras, A., 10, 17, 38, 48, 58, 72, 108, 132, 135, 136, 138, 140, 141, 216, 222, 223, 225, 235, 275, 297, 381
 Espartal López, Esther, 125, 159
 Espinosa, G., 330, 448
 Esteban-Ortega, Mar, 291, 410
 Esteban-Vázquez, A., 430
 Estebanez, Jose Luis, 249, 248
 Estepa Díaz, Laura, 123
 Esteve i Vives, Joaquím, 416
 Esteve, María, 27
 Esteve Vives, Ximo, 436, 439
 Estivill-Navarrete, Dolors, 414
 Estrada Alarcón, P., 236
 Estrada Alarcón, P.V., 36, 167, 351, 440
 Estrada, Paula, 2, 18, 160
 Eugenia Vázquez-Mosquera, M., 10, 131
 Expósito, Lorena, 9, 99, 199, 202, 203, 306
 Expósito, M.R., 423
 Expósito, Rosa, 13
 Expósito Molinero, M.R., 370
 Expósito Pérez, Lorena, 280
 Eyerich, K., 259

 Fajio Gil, J., 457
 Fanlo, Patricia, 152
 Faré, R., 68, 74
 Farietta, S., 87, 361
 Farietta Varela, Sandra Myriam, 119, 227
 Fariña, Aaron, 192
 Farran, Laura, 210
 Farran Ortega, Laura, 31
 Fautrel, Bruno, 238
 Feist, E., 112
 Felice Caporali, Roberto, 111, 112
 Fernández, A., 168
 Fernández, B., 274, 399
 Fernández, David, 208, 240, 375
 Fernández, Elisa, 35
 Fernandez, Esther, 150
 Fernández, Jesús Carlos, 21
 Fernández, L.A., 451
 Fernández, Mónica, 85
 Fernández, O., 423
 Fernández, Olaia, 306
 Fernández, S., 144, 168, 246, 303, 319, 403
 Fernández, Sabela, 121, 122
 Fernández, Susana, 172, 173, 192, 216, 306, 316, 429
 Fernández Aguado, S., 444
 Fernández Alonso, I., 330
 Fernández-Alba, María Dolores, 306
 Fernández Ávila, Daniel Gerardo, 69
 Fernández-Berrizbeitia, O.B., 380, 398
 Fernández-Berrizbeitia, Olaia, 9
 Fernández-Campos, J., 211
 Fernández Carballido, Cristina, 38, 279, 280, 356, 394
 Fernández Castro, M., 96, 171, 172, 390
 Fernández Castro, Mónica, 18, 71, 318, 319, 322, 326, 337
 Fernández Cladera, Yolanda, 5, 206
 Fernández-Díaz, Carlos, 348, 354, 357
 Fernández Domínguez, Luis, 394
 Fernández Fernández, David, 205
 Fernández-Fernández, Elisa, 143, 154, 169, 244, 367, 371
 Fernández-Fresnedo, Gema, 164
 Fernández-Fuente-Bursón, L., 457
 Fernández González, Nuria, 49
 Fernández Gutiérrez, Benjamín, 35, 178, 188
 Fernandez-Llanio, Nagore, 150
 Fernández López, Barbara, 377
 Fernández-López, J. Carlos, 10, 131
 Fernández-López, Jesús C., 150
 Fernández-López, Sara, 424
 Fernández Lozano, Delia, 176, 281, 314
 Fernández-Luque, L., 30, 427
 Fernández Maeztu Palacín, I., 117, 228, 229, 234, 316
 Fernández-Maeztu Palacín, I.M., 310, 352, 359
 Fernández-Moreno, Mercedes, 10, 131, 186
 Fernández-Nebro, A., 7, 9, 101, 202, 203, 214, 222, 225
 Fernández Nebro, Antonio, 1, 34, 93, 202, 235
 Fernández Ortiz, Ana María, 127, 356
 Fernández-Palacín, F., 251
 Fernández Panadero, E., 229, 234, 352, 359
 Fernández-Puente, P., 4, 191
 Fernández-Ramón, Raúl, 53, 148, 177, 422, 445, 449
 Fernández-Reboul Fernández, A., 228, 229, 234, 316, 352, 359
 Fernández Sánchez, Susana, 253
 Fernández-Sanchez, Susana P., 128, 129, 317, 336
 Fernández-Tajes, Juan, 186
 Ferran i Farrés, Marta, 383
 Ferraz Amaro, Iván, 5, 95, 96, 145, 148, 150, 155, 156, 206, 222, 348, 354, 357, 362, 420
 Ferre Sanfrancisco, Mauro, 415
 Ferrer, Diego, 230, 348, 354, 356, 357, 404
 Fito Manteca, Concepción, 51, 52, 83, 243, 285, 365, 398, 405
 Fito Manteca, M.C., 7, 214
 Flor-Pérez, Antonia, 414
 Flores Fernández, E., 289, 370, 388, 393, 402
 Flores Robles, Bryan Josué, 15, 230, 279, 356
 Florez, H., 63, 87, 439
 Foley, Peter, 258
 Fonollosa-Calduh, Alejandro, 291
 Font, Judit, 179, 192
 Font, Pilar, 25, 204
 Font-Ugalde, Pilar, 58, 132, 135, 140, 141, 182, 222, 381
 Font Urgelles, Judit, 14, 194, 195, 196, 198, 376, 391, 414
 Fontova, Ramon, 124, 288
 Fornons Servent, Rosa, 31
 Fourie, A., 259
 Frade, Beatriz, 373
 Frade-Sosa, B., 14, 27, 53, 87, 119, 194, 195, 196, 227, 233, 284, 361, 439
 Fragió, Jorge, 202
 Fragió Gil, Jorge, 202
 Fragió Gil, Jorge Juan, 16, 49, 89, 199, 324, 429
 Francés, R., 247
 Francisco Hernández, F., 370
 Franco, Noemí, 91
 Franco-Trepat, Eloi, 25, 80, 457
 Freire, M., 191, 202, 203
 Freire González, M., 7, 9, 29, 79, 199, 202, 214, 282, 315
 Freitas Núñez, Dalifer Dayanira, 35, 274, 358
 Freitas Nuñez, Dalifer, 399, 178
 Fuego Varela, Clara, 297, 377
 Fuentes, Sonia, 36
 Fuentes Rodríguez, Cristina, 297, 377
 Fuentes-Boquete, I.M., 185
 Fulladosa, Xavi, 210
 Fulvio Bizzarri, Francesco, 220
 Gaete Forno, Diego Andrés, 323
 Gahete, Manuel David, 136

- Gaillez, C., 283, 386
 Gaitán-Valdizán, Jorge J., 449, 445
 Galarza Gamboa, David, 442
 Galíndez, E., 13, 423
 Galindez, Eva, 2
 Galíndez-Agirregoikoa, E., 1, 142, 145, 150, 279, 321, 380, 398
 Galindo, Maria, 194, 195, 201
 Galindo Izquierdo, María, 7, 9, 14, 196, 199, 202, 203, 214
 Galisteo, C., 2, 9, 81, 150, 158, 209, 451
 Gallardo, E., 451
 Gallardo Pizarro, A., 350
 Gallego, Adela, 150, 192
 Gallego, R., 402
 Gallego-Campuzano, R., 66, 118, 198, 242
 Gallego Campuzano, Rocío, 58
 Gallego Flores, Adela, 127
 Galloway, J., 111, 113
 Gálvez, Nuria, 79
 Gamir, María Luz, 306
 Gandía Martínez, Myriam, 14, 194, 195, 196, 377
 Gantes Pedraza, M.A., 350
 Ganz, Fabiana, 259
 Garabal Miguel, Manuel, 456
 García, Alba, 441
 García, Ángel, 192
 García, Antonio, 150
 García, Asier, 216
 García, Blanca, 85
 García, C., 380, 398
 García, C.L., 423
 García, Noelia, 425
 García, S., 437
 García, Samuel, 23
 García, Silvia, 192
 García-Alcalde, Lucía, 149
 García Alija, Asier, 128, 129
 García Aparicio, Ángel, 18, 152
 García Araque, Montserrat, 47
 García Arteche, Marta, 58
 García-Bustínduy, Marta, 79
 García-Carazo, Sara, 35
 García Casado, Patricia, 408
 García-Cirera, S., 81, 83, 158, 189, 209, 346, 451
 García-Consuegra, G., 217, 451
 García de la Peña Lefebvre, Paloma, 456
 García de San José, Sonia, 421
 García de Vicuña, R., 285
 García Díaz, S., 440
 García Díaz, Sílvia, 36, 351
 García Dorta, Alicia, 108, 262
 García Fanjul, Elisa, 49, 55
 García Fernández, Edilia, 49
 García-Fernández, Antía, 305
 García García, V., 171, 172
 García García, Verónica, 346, 360, 408, 415
 García Gil, Sara, 448
 García Gómez, C., 236
 García Gómez, Carmen Lucía, 13
 García-Gómez, J.A., 58, 118, 198, 402
 García-Gómez, José Alberto, 242
 García González, María, 2, 5, 448
 García-González, Javier, 99, 280
 García-González, María, 206
 García Guillén, A., 236
 Garcia-Guillén, Andrea, 128, 129
 García Hernández, Isabel, 127, 325
 García Hernández, José Carlos, 448
 García Llorente, Jose Francisco, 15, 38, 94, 395, 438
 Garcia-Lozano, Isabel, 291
 Garcia Magallon, B., 96, 171, 172, 390
 García Magallón, Blanca, 71, 318, 319, 322, 326, 337
 García Manrique de Lara, M., 346, 352, 360
 García Martos, Álvaro, 67
 García Monco, C., 123
 García Morales, M.A., 217, 451
 García-Moreno, Cristina, 361
 García Olivás, Doryan José, 337
 García Pallarols, Francesc, 212
 García Palop, Beatriz, 301
 García Pérez, S., 214
 García Pérez, Sara, 7
 García Pinilla, A., 81, 83, 158, 189, 209, 346, 451
 García Porrua, Carlos, 2, 394
 García-Reija, María Fe, 155, 156
 García-Rozado González, Álvaro, 441
 García Ruiz de Morales, José María, 290
 García Serna, Begoña, 456
 Garcia-Struder, A., 98, 103, 174, 174, 453
 Garcia-Tirado, Beatriz, 401
 García Vadillo, Jesús Alberto, 18
 García Valle, Andrea, 150, 230, 356
 Garcia-Vicuna, Rosario, 279, 376, 391
 García-Villanueva, M.J., 7, 14, 203, 214
 García Villanueva, María Jesús, 2, 194, 195, 196, 199, 202
 García Vivar, M.L., 15, 370, 380, 394, 398, 423
 García-Vivar, Maria Luz, 254, 13, 279
 García-Yubero, C., 430
 Garijo-Bufort, Marta, 230, 256, 257, 348, 354, 356, 357
 Garín Cascales, Eduardo, 436
 Garnier Rodríguez, Jorge L., 347
 Garrido, D., 437
 Garrido, Noemí, 2
 Garrido Courel, Laura, 51, 52, 83, 243, 365, 398
 Garrido Martín, M., 307
 Garrido-Puñal, N, 150, 457
 Garrote, Sandra, 14
 Garrote Corral, Sandra, 194, 195, 202
 Garvín, N., 120
 Gasull Molinera, Vicente, 393
 Gayarre, Raquel, 248, 249
 Geert Hermann, Kay, 272
 Genre, Fernanda, 1, 100, 142, 182, 222, 274
 Gensler, Lianne S., 271, 272
 Gerechter Fernández, S., 457
 Gerwien, Jens, 238
 Gibson, Kathryn A., 238
 Gich, I., 306
 Gifre, L., 198, 436
 Gil Vélez, Ricardo Juan, 367
 Giménez-Moyano, Sara, 374
 Giner, Emilio, 192
 Giner-Serret, Emilio, 230, 348, 354, 357
 Giraldo, L., 437
 Gisondi, Paolo, 275
 Gladman, Dafna D., 275
 Godoy, Hildegarda, 71, 85
 Godoy, Javier, 222, 225
 Godoy Navarrete, Francisco Javier, 76
 Godoy Tundidor, H., 96, 171, 172, 318, 319, 322, 326, 337, 390
 Gomà, Montserrat, 210
 Gómara, María J., 361
 Gómez, A., 451
 Gómez, Rodolfo, 25, 80, 307
 Gómez, Silvia, 18
 Gómez, Susana, 397
 Gómez Bernal, Fuensanta, 5, 206
 Gómez Carrera, Luis, 449, 235
 Gómez Castro, S., 73, 181, 299, 307, 412
 Gómez Centeno, A.D., 346, 352, 360
 Gómez-Fernández, Cristina, 1, 142, 442
 Gómez Gallego, Rafael, 84
 Gómez García, Ignacio, 38, 381
 Gómez Gómez, Alejandro, 29
 Gómez González, C.M., 172
 Gómez-Gonzalez, Claudia Maria, 22
 Gómez-Puerta, J.A., 14, 27, 53, 87, 112, 119, 194, 195, 196, 227, 233, 284, 330, 361, 409
 Gómez González, Claudia María, 180
 Gómez Labrador, Lara, 383
 Gómez Martínez, M^º Eugenia, 407
 Gómez Puerta, J., 236
 Gómez Puerta, Jose A., 19, 109, 312
 Gómez-Sabater, S., 199, 247
 Gómez Sabater, Silvia, 110, 148, 416
 Gómez Seoane, I., 185
 Gómez Vaamonde, Rodolfo, 457
 Gómez Vaquero, Carmen, 22, 252
 Gomis, Mar, 429
 González, B., 75
 González, C.B., 70
 González, Carlos M., 15
 González, Ignacio, 208, 240, 375
 González, Irene, 397
 González, Ismael, 2
 González, Javier, 49
 González, M. Isabel, 308
 González, Senén, 49
 González, Teresa, 279, 437
 González-Álvaro, Isidoro, 35
 González Arribas, Guillermo, 79, 315, 441
 González-Arribas, G., 249
 González Arrivas, G., 282
 González-Casaus, M.L., 437
 Gonzalez-Dávila, Enrique, 262, 264
 González del Pozo, Pablo, 121, 122, 125, 310

- Gonzalez-Delgado, Alejandra, 95, 96
- González Febles, Jerián, 347
- González Fernández, Carlos Manuel, 421
- González Fernández, I., 167
- González Fernández, Ismael, 145, 163, 170, 276
- González Fernández, Ignacio, 60, 61, 205, 210, 329
- Gonzalez Fernández, M^a Isabel, 310, 313
- González Ferrández, J.A., 130
- González Gay, Miguel Á., 2, 1, 5, 95, 96, 100, 142, 182, 222, 235, 274, 362, 404
- González Gómez, M., 457
- González González, M., 307
- González Guede, Irene, 188
- González Hombrado, Laura, 84
- Gonzalez-Lama, Yago, 15
- González López, Marcos, 274, 381
- González-López, Marcos Antonio, 282
- González Martín, Jesús María, 337
- González Martín, Jorge, 18
- González Martínez-Pedrayo, Antonio, 235
- González Mazario, R., 16, 89, 324, 429, 457
- González Mazón, Íñigo, 53, 78, 177, 410, 418, 445, 448, 449
- González-Montagut, Carmen, 230, 348, 354, 357
- González Muñoz, Miguel, 234
- González Navarro, Pablo, 305
- González Nieto, Juan C., 150
- Gonzalez-Ocampo, Samuel, 291
- González Peñas, M., 31, 44, 277, 370, 432
- González Puig, L., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
- González Ramírez, A., 73
- Gonzalez-Reyes, José Antonio, 25
- González Rivero, Agustín F., 5, 206
- González Rodríguez, E., 249
- González Suárez, Senén, 55, 131
- González-Vela, Carmen, 156
- Gonzalo Ocejo-Vinyals, Javier, 274
- Gonzalo Pascua, S., 96, 171, 172
- Gorostiza, I., 13, 279, 380, 398, 423
- Gossec, Laure, 378
- Gottenberg, Jacques-Eric, 112
- Gottlieb, Alice B., 378
- Goyanka, P., 283
- Grados Cànovas, Dolores, 55
- Graell Martín, E., 346, 352, 360
- Granados, R., 58
- Granados, Raquel Ena María, 275
- Graña Gil, J., 79, 282, 340, 344, 441
- Gratacós, J., 15, 81, 83, 84, 158, 189, 209, 261, 451
- Gratacós Masmitjà, J., 346, 352, 360
- Grau Echevarría, Andrés, 324
- Grau García, E., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
- Greving, C., 259
- Griffiths, Christopher E.M., 258
- Grupo Fibrojourney LATAM, 69
- Grupo INNOBIDE, 380, 398
- Gsel, Amina, 226
- Guañabens, N., 63, 439
- Guerra, Marcos, 84
- Guerra Vázquez, José L., 394
- Guillán-Fresco, María, 25, 80, 307, 457
- Guillén Astete, Carlos, 46, 408
- Guillén-del-Castillo, Alfredo, 330, 332, 446
- Guinea Urtizberea, Ane, 250
- Guinea Uzábal, Guillermo, 383
- Guma, Mónica, 436
- Gurrea-Almela, Maria, 291
- Gutiérrez, Ainhoa, 425
- Gutiérrez, Francisco, 425
- Gutiérrez, Ricardo, 51, 52, 83, 243, 365, 398
- Gutiérrez-Casbas, Ana, 15
- Gutiérrez Riart, Mariana, 397
- Gutiérrez Rodríguez, Francisco, 333
- Gvozdenovic, Emilia, 111
- Hall, Stephen, 271
- Hammaker, D., 259
- Hanaee, Yas, 25, 297
- Hanova, P., 283
- Haro, Ana del Carmen, 411
- Haro, Isabel, 361
- Haro Martínez, Ana, 64
- Harris, Kristina, 111
- Heredia, S., 53, 132, 160, 167, 192, 351
- Heredia Aguilar, Laura, 409
- Heredia Martín, S., 36, 440
- Hermán-Sánchez, Natalia, 136
- Hermenegildo Caudevilla, M., 338
- Hermida-Gómez, Tamara, 186
- Hermosa, Juan Carlos, 405
- Hernandez, Jose L., 148, 150, 152
- Hernández, Marta, 234
- Hernández, R., 285
- Hernández, S., 68, 74
- Hernández, Samuel, 192
- Hernández Beriain, J.A., 7, 9, 214
- Hernández-Beriain, José Ángel, 337
- Hernández-Cruz, B., 9, 228, 234, 359
- Hernández-Garfella, Marisa, 152
- Hernández-González, Fernanda, 361
- Hernández Hernández, M. Vanesa, 262
- Hernández-Hernández, Vanesa, 95, 96, 448
- Hernández Lafuente, Maria Carmen, 317
- Hernández Martin, Andrea, 14, 194, 195, 196, 262
- Hernández Penalzoza, G., 43
- Hernández Rodríguez, Iñigo, 2
- Hernández Sánchez, R., 43, 69
- Hernanz-Rodríguez, Inés, 152
- Herranz Alonso, Ana, 421
- Herrera Barcia, Tania, 250
- Herrerías, José M., 152
- Herrero Morant, Alba, 53, 148, 150, 162, 177, 200, 418, 422, 424
- Hidalgo, Cristina, 150, 397
- Hidalgo Calleja, C., 73, 181, 299, 307, 412
- Hidalgo Molina, Antonio, 86
- Higes Díaz, A.I., 180
- Holgado, S., 198
- Holgado, Susana, 231
- Holgado Pérez, S., 236, 238
- Horcada, Loreto, 51, 52, 83, 199, 202, 203, 243, 365, 398
- Hormigos, Cristina, 399, 401
- Hormigos Martin, Cristina, 358, 364
- Hoyo, Jordi, 248, 249
- Huaylla Quispe, A., 91
- Huaylla Quispe, A.V., 89, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
- Humbert, Ludovic, 441
- Ibáñez, Jesús, 9
- Ibáñez, Marta, 397
- Ibáñez Barceló, Mónica, 9, 19, 203
- Ibáñez Martínez, M., 73, 181, 307
- Ibáñez Martínez, Marta, 299, 412
- Ibares Frías, Lucía, 421
- Ibarguengoitia, O., 7, 13, 202, 203, 214, 423
- Ibarguengoitia-Barrena, Oihane, 395, 438
- Ibarretxe, Daiana, 24, 104
- Ibarrola, Libe, 230
- Ibarrola Paino, Libe, 51, 52, 83, 243, 348, 365, 398
- Iglesias, Eva, 48
- Iglesias Flores, Eva, 15
- Inchaurbe, A.R., 423
- Ink, Barbara, 275, 378
- Insúa, Santos, 152
- Intxaurbe, Ana Rosa, 13
- Intxaurbe Pellejero, A.R., 380, 398
- Iñiguez, Carlota, 150, 202, 203, 394
- Iñiguez Ubiaga, Carlota, 15, 230, 417
- Irure-Ventura, Juan, 147, 153, 164, 165, 442
- Isasi, C.M., 71, 85, 96, 171, 172
- Isasi Zaragoza, C.M., 318, 319, 390
- Isasi Zaragoza, Carlos, 337
- Iturbe-Fernández, David, 182, 222, 404
- Ivorra Cortés, J., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
- Izquierdo Cuervo, Sheila, 404
- Izquierdo Romero, Marta, 15
- Jain, Manish, 259
- Jaureguizar Oriol, Ana, 334
- Javier de Toro Santos, F., 10, 131
- Javier Narváez García, F., 202
- Jiménez, N., 214
- Jiménez, Norman, 194, 195, 202
- Jiménez Barrios, Sonia, 415
- Jiménez Gómez, Gema, 86

- Jiménez Núñez, F.G., 127, 370
 Jiménez Otero, N., 7, 14, 196
 Jing Ng, Khai, 238, 286
 Jirout, Fernando, 121, 122, 125
 Jonàs-Llauradó, Sara, 414
 Jorge-Mora, Alberto, 25, 80, 307, 457
 Jovani, Vega, 29, 67, 152, 279, 280, 416, 436, 439
 Joven, B., 285
 Joven-Ibáñez, Beatriz, 279, 376, 391
 Juan, A., 68, 74
 Juan Mas, Antoni, 150
 Juanola, Xavier, 22, 252, 376
 Juanola Roura, Xavier, 31, 38, 137, 139, 286, 391
 Juárez, Cándido, 317
 Juárez García, Manuel, 39
 Júdez, E., 18, 217
 Júdez Navarro, Enrique, 451
 Jurado Quijano, G., 117, 228
 Just, Miquel, 288

 Kaczmarczyk, Bartosz, 235
 Kafati Sarmiento, Mónica Giselle, 349
 Kakehasi, Adriana, 57
 Kameda, Hideto, 259, 271, 286
 Kanaffo Castelblanco, S., 457
 Khan, Nasser, 218
 Kiltz, Uta, 272
 Kishimoto, Mitsumasa, 272
 Kivitz, Alan, 270
 Konomi, Ayako, 286
 Kristensen, Lars Erik, 265
 Krueger, J., 259

 Labiano, I., 217, 451
 Labrada, Selene, 2
 Labrador, Eztizen, 145, 150, 192
 Labrador-Sánchez, Eztizen, 15, 417
 Lacruz, Lucía, 308
 Lacruz Pérez, Lucía, 310, 313
 Lacy, E., 259
 Ladehesa-Pineda, Lourdes, 72, 140, 141, 223, 225, 383
 Ladehesa-Pineda, María Lourdes, 10, 15, 38, 108, 135, 136, 138, 216, 275, 297, 381
 Lahoz, Carlos, 371
 Laiño Piñeiro, María Cruz, 192
 Laiz, A., 144, 168, 246, 303, 306, 319, 403
 Laiz, Ana, 128, 129, 132, 172, 173, 192, 216, 316, 317, 336, 376, 429
 Laiz Alonso, Ana, 391
 Laiz Alonso, Ana María, 253
 Lajas, Cristina, 401
 Lajas Petisco, Cristina, 364
 Lamúa, José Ramón, 192
 Landewé, Robert, 275, 378
 Lanza León, Paloma, 381
 Lara Mariscal, Jesús, 132
 Larco, Ximena, 18
 Larco Rojas, X., 197
 Larena, Carmen, 2
 Lasa, Adriana, 216
 Lasa, Carmen, 192, 420
 Lasa-Teja, Carmen, 385, 442, 445
 Laura Iñiguez, Carlota, 199
 Lázaro y de Mercado, Pablo, 291
 Lea Rodríguez, S., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 328, 400, 435
 Leal Rodríguez, Samuel, 300, 311
 Leiro Fernández, Virginia, 235
 Lendines-Cordero, Débora, 320
 Lendl, U., 116
 León, Fernando, 405
 León, L., 274, 437
 León, Leticia, 35, 364, 399
 León García, M., 339
 León Jiménez, Antonio, 86
 León Luque, Manuel, 1, 142
 León Mateos, Leticia, 358
 León Navarro, Josefa, 66, 408, 416
 León Rubio, Piedad, 103
 Leonardo, María Teresa, 1, 142
 Lerma, Juan José, 49
 Lerma Garrido, Juan José, 16, 89, 324
 Lesta, Álvaro, 414
 Linares, Luis F., 395, 396
 Lippe, Ralph, 57, 218
 Lisbona Montañez, Jose Manuel, 34, 93, 101
 Liu, Jianzhong, 57
 Liu Leage, Soyí, 286, 374
 Lizcano Fernández, María Jesús, 421
 Llanes Gómez, Marta, 325
 Llanos González, Ana Belén, 448
 Llergo, Berenguer, 346
 Llobell, A., 83, 158, 189, 209, 441
 Llobell Uriel, A., 81, 346, 352, 360, 451
 Llop, Didac, 24, 104
 Llop, M., 261
 Llop Vilaltella, María, 38
 Llopis Salvia, P., 338
 Llorente, J., 430
 Lluch, Judit, 2
 Lluch, Pau, 150
 Llurba, E., 403
 Llurba, Elisa, 192, 336
 Loarce Martos, Jesús, 29, 230, 334, 348, 354, 356, 357, 449
 Lobato Matilla, Elena, 421
 Lobo Rodríguez, Carmen, 421
 Lobo-Prat, David, 429
 Lois Bermejo, P., 457
 Lois Iglesias, A., 79, 282
 Lojo, L., 22, 30, 427
 Lojo Oliveira, M.L., 180
 López, B., 308, 451
 López, L., 68, 74
 López, M., 168
 López, María, 372
 López, Marta, 192
 López, T., 437
 López, Verónica, 80
 López Calleja, Ana, 421
 López Corbeto, Mireia, 301, 306
 López de Coca Pérez, Teresa, 429
 López de Recalde-Martorell, Mercè, 414
 López Domínguez, Luis María, 56, 224
 López Esteban, Amparo, 421
 López Fagúndez, Miriam, 25, 80, 307, 457
 López Fernández, C., 79, 282
 López Ferrer, Anna, 129, 383
 López Fresneña, Nieves, 421
 López Garay, Carmen, 175
 López Gloria, Katerine Fabiola, 424
 López Gómez, Marta, 243, 365
 López-Gómez, Juan Miguel, 256
 López González, M^a Carmen, 47, 246, 416, 436, 439
 Lopez-Gonzalez, Ruth, 18, 150
 López Granados, Eduardo, 234
 López Guell, I., 430
 López Hoyos, Marcos, 147, 153, 165, 176, 442
 López i Gómez, Marta, 51, 52, 83, 398
 López-Juanes, Natalia, 244, 359
 López Lasanta, María, 107, 230, 236, 356
 López López, Amparo, 304
 López-López, Verónica, 307, 457
 López Martin, Carmen, 320
 López-Martín, C., 251
 López Martín, Juan Antonio, 417
 López Martínez, A., 403
 López-Medina, C., 123, 261
 López-Medina, Clementina, 10, 38, 48, 72, 108, 132, 135, 136, 140, 141, 216, 223, 225, 275, 297, 381, 383
 López-Mejías, Raquel, 1, 142, 182, 222, 274, 404, 410
 López Montesinos, Berta, 310, 311, 313
 López-Montilla, M^a Dolores, 10, 132, 136, 138, 297
 López-Muñiz Ballesteros, M.B., 180
 López Nuñez, Lilian Maria, 279
 López-Obregón, Cristina, 274
 López Pedrera, Rosario, 183
 López-Pedrera, Chary, 10, 17, 25, 38, 120, 136, 138, 182, 204, 222, 225, 297
 López-Ramos, M., 188
 López-Robledillo, Juan Carlos, 40, 302, 304, 305, 306
 López-Rodríguez, A., 283
 López Robles, Alejandra, 290
 López Sánchez, Rubén, 348, 354, 357
 López-Sundh, Ana Elisabet, 282
 López Viejo, Patricia, 35, 348, 354, 356, 357
 López Vilaró, L., 144
 Loredó, Marta, 49
 Loredó Martínez, Marta, 55, 131
 Lorente, M., 45, 402
 Lorenzo, José Augusto, 36
 Loricera, Javier, 2, 18, 155, 156, 161, 164, 165, 192, 202, 348, 354, 357, 449
 Loricera García, Javier, 145, 149, 150, 183, 321, 410
 Lourido, Lucía, 4
 Lourido-Salas, L., 191, 186
 Loza, Estibaliz, 405
 Lozano, Nuria, 203
 Lozano, T., 247
 Lozano Morillo, Fernando, 67, 230, 348, 354, 357
 Lozano Rivas, N., 7, 29, 199, 202., 214, 202

- Lozano Saez, Antonio, 90
 Lu, Wenjing, 265
 Lucas Collado, N., 350
 Lucendo-Villarín, Alfredo José, 138
 Luis, Nuria, 424
 Lukas, Cédric, 374
 Luna, Cristina, 150
 Lundberg, Ingrid, 176, 298
 Lundberg, Ingrid E., 445
- Maceiras Pan, Francisco J., 23, 394
 Machado, Pedro M., 272
 Machattou, M., 96, 171, 172, 390
 Machattou, María, 71, 85, 322, 326, 337
 Machin, Sergio, 199, 202
 Machín García, Sergio, 306, 337
 Macía, Cristina, 279
 Macía Villa, Cristina, 394
 Madrid, A., 274
 Madrid, Blanca, 79
 Madrid, Dolors, 55
 Madrid García, Alfredo, 35, 43, 358, 401
 Magallares, B., 53, 144, 168, 246, 303, 306, 319, 403
 Magallares, Berta, 40, 172, 173, 192, 216, 302, 316, 317
 Magallares López, Berta, 128, 129, 253, 336
 Magni Manzoni, Silvia, 20
 Maiz, Olga, 145, 150, 410
 Maíz Alonso, Olga, 56, 152, 224, 348, 354, 356, 357
 Maksymowych, Walter P., 286
 Malave Calzada, Janire, 350
 Mallent Trenor, José, 403, 405, 434
 Malouf, J., 306
 Malvar Fernández, Beatriz, 23
 Mamani Velarde, Y.L., 7, 214
 Mandl, P., 283
 Maneiro, José Ramón, 60, 61, 208, 210, 240, 329, 375
 Manero, Francisco Javier, 21, 280
 Manero, Javier, 99, 414
 Manero Ruiz, Francisco Javier, 241
 Manero Ruiz, J., 7, 214
 Manrique, S., 15, 21, 150, 202, 203, 280, 285
 Manrique-Arija, S., 18, 34, 93, 101, 103, 127, 174, 241, 428, 453
- Manzo, Rosa, 46
 Marco, H., 192, 336, 403
 Marco, M., 198
 Marco Pascual, Carla, 128, 129
 Marcos-Lladró, M., 211
 Marena Rojas, Maria L., 150
 Marengo de la Fuente, Jose Luis, 74
 Margarida-de Castro, Adrián, 200
 Mari Svensson, Ann, 445
 Marín, Anna, 38
 Marín Andreu, Alfonso, 86
 Marín Huertas, C., 180
 Marin-Huertas, Carolina, 22
 Marín Jimenez, Ignacio, 15, 421
 Mariscal, Anais, 172, 173, 317
 Marras Fernández, Carlos, 14, 196
 Marras Fernández Cid, Carlos, 9, 235
 Marrero Brito, Jorge, 337
 Marsal, Sara, 125, 372
 Marsal Barril, Sara, 107
 Martí, Miguel, 308
 Martí Martínez, A., 403
 Martí Masanet, Miguel, 310, 313
 Martín, Javier, 1, 142
 Martín, Mari Dolores, 397
 Martín, Nieves, 36
 Martín de la Sierra López, L., 31, 277, 432
 Martín Doménech, Raquel, 21
 Martín González, Isabel, 387
 Martín-Gutiérrez, Adrián, 149, 442
 Martín Holguera, R., 307
 Martín López, María, 29, 91, 230, 356, 449
 Martín Martín, Irene, 123
 Martín Martínez, Manuel, 12
 Martín Núñez, Gracia María, 34
 Martín-Penagos, Luis, 1, 85, 142, 146, 147, 153, 164
 Martín-Secada, Adrián, 78, 448
 Martín-Varillas, José L., 53, 148, 152, 177, 410, 418, 422, 445, 449, 452, 454
 Martín Vázquez, Víctor, 383
 Martínez, Alejandro, 85
 Martínez, C., 274
 Martínez, M.J., 330
 Martínez, Nina, 185
 Martínez, Olga, 397
 Martínez Banaclocha, Natividad, 47
- Martínez-Barrio, J., 214
 Martínez-Barrio, Julia, 9, 14, 29, 194, 195, 196, 199, 202, 226, 331, 364, 367
 Martínez Barrios, Julia, 202
 Martínez-Bujidos, María, 231
 Martínez Calabuig, Pablo, 16, 49, 89, 324, 354, 429
 Martínez Cordellat, I., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
 Martínez-Costa, Lucia, 291, 152
 Martínez-Cristóbal, Anna, 256, 257
 Martínez Dubois, Cristina, 410
 Martínez-Feito, Ana, 100, 234
 Martínez-Ferrer, À., 279, 388
 Martínez Ferrer, A., 289, 338, 393, 402
 Martínez González, Cristina, 262
 Martínez González, O., 73, 181, 307
 Martínez González, Olga, 241, 299, 412
 Martínez-Laguna, Daniel, 248, 249
 Martínez-López, David, 148, 176, 177, 298, 418, 420, 422, 445, 449, 452
 Martínez-Martínez, L., 303
 Martínez-Martínez, Laura, 172, 173, 317
 Martínez Mitjana, Laia, 301
 Martínez-Moreno, Julio Manuel, 297
 Martínez Morillo, M., 27, 198, 236, 436
 Martínez Pérez, Rosalía, 74
 Martínez Prada, Cristina, 178, 399
 Martínez Ramos, Sara, 23
 Martínez Sanchís, Agustín, 416, 436, 439
 Martínez Taboada, Víctor, 9, 18
 Martínez Vidal, María Paz, 280, 356
 Martínez-López, David, 53
 Martos Ruiz, D., 180
 Marzo-Ortega, Helena, 271, 286
 Mas, Antonio Juan, 2, 29
 Mas Sánchez, L., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
 Masana, Lluís, 104
 Masana, Luis, 24
 Masip, Montserrat, 429
- Mata, Alba, 208, 240, 375
 Mata Ojeros, Alba, 60, 61, 210, 329
 Mateo, L., 236
 Mateo, Lourdes, 21, 179, 235, 436
 Mateo Soria, L., 198
 Mateo Soria, María Lourdes, 27, 323
 Matías, María Ángeles, 192
 Matías de la Mano, M.A., 180, 22
 Mato Chain, Gloria, 178
 Matucci-Cerinic, Marco, 238
 Maymó, Pol, 22, 252, 327, 335, 371
 Maymo Paituvi, Pol, 11, 137, 139
 Mayo Juanatey, Adrián, 289, 393, 388
 Mayor, Marta, 411
 Mayor González, Marta, 64
 Mayordomo, L., 300, 370
 Mazano Canabal, M^a Guadalupe, 348, 354, 357
 Mazzucchelli, R., 38, 123, 185
 McInnes, I., 218, 259, 378
 McLean, Robert R, 268
 Mease, P.J., 268, 378, 386
 Medina, Ana, 57, 218, 259, 265, 268
 Medina, Miguel, 192
 Medina Abellán, María, 405
 Medina Varo, Fermín, 86
 Medina-Valle, Julia, 155, 156
 Medrano, Marta, 306, 414
 Melchor, Sheila, 18
 Melero, Rafael, 2, 150, 279
 Melero, Rafael B., 321
 Melero-Gonzalez, Rafael B., 15, 230, 348, 354, 356, 357, 417
 Mena, Melisa, 27
 Mena de Cea, A., 191
 Mena Vázquez, N., 34, 93, 98, 101, 103, 109, 174, 174, 199, 202, 222, 225, 230, 235, 348, 354, 356, 357, 428
 Menacho, Margarita, 288
 Menchén Viso, Luis Alberto, 421
 Méndez Díaz, Lara, 367
 Méndez-Fernández, Rosalía, 291
 Mendizábal, Javier, 2, 51, 52, 83, 243, 365, 398
 Meng, X., 386
 Menor, Raúl, 18
 Menor Almagro, R., 7, 214
 Menor-Almagro, Raúl, 9, 14, 194, 195, 196, 199, 202, 202, 203

- Meoni, C., 17
- Mera, Antonio, 208, 240, 375
- Mera Varela, Antonio, 60, 61, 205, 210, 235, 329
- Mercedes Lois, Pia, 2
- Merino, Carolina, 71, 85
- Merino Argumánez, C., 96, 171, 172, 390
- Merino Argumánez, Carolina, 15, 29, 318, 319, 322, 326, 337, 394, 449
- Meriño Ibarra, Abel, 287
- Meriño Ibarra, Erardo Ernesto, 42, 287
- Merlo, Christian, 182, 183, 204, 225
- Merola, Joseph F., 275, 378
- Mesa del Castillo, Pablo, 40, 302
- Messina, Osvaldo Daniel, 69
- Miceli-Richard, Corinne, 97
- Michelena, Xabier, 125, 137
- Michelena Vegas, Xabier, 107
- Middaugh, Nicole, 268
- Miguel, Belén, 397
- Miguel Flores Rodríguez, V., 29
- Miguel Ibáñez, B., 181, 307
- Miguel Ibáñez, Belén, 73, 299, 348, 354, 357, 412
- Miguel Joan Blasi, Maribel, 372
- Miguélez, R., 370
- Míguez Rey, E., 191
- Mihaylov, M., 198
- Millán, A.M., 306, 403
- Millán, Ana Milena, 216
- Millan, M., 246
- Millán, Milena, 172, 173
- Millán Arciénagas, Ana Milena, 253
- Miller, Megan, 258
- Mínguez Blasco, S., 236
- Mínguez Sánchez, M.D., 31, 277, 432
- Mínguez Sánchez, María Dolores, 44
- Mínguez-Blasco, Sonia, 391, 414
- Miralles Maciá, Cayetano, 436, 439
- Miralles Romero, Teresa, 424
- Miranda Bautista, José, 421
- Miranda-Carus, Maria-Eugenia, 35
- Mitjavila, Xesca, 210
- Mittal, Manish, 268
- Mocritcaia, A., 63, 87, 284
- Modesto Caballero, Consuelo, 245
- Modesto Caballero, Maria del Consuelo, 244
- Mohamed Mohamed, Kauzar, 178
- Mohino, Nerea, 288
- Molina, Amparo, 36
- Molina, Clara, 2
- Molina, María, 235
- Molina, Natalia, 91
- Molina Almela, Clara, 16, 49, 89, 324
- Molina Collada, J., 67, 331, 364, 370, 371
- Molina-Collada, Juan, 40, 143, 169, 226, 367
- Molina García, Teresa, 386, 387
- Molina Molina, María, 327, 335
- Molina Osorio, Nuria, 220
- Moll-Udina, Aina, 291
- Möller, Ingrid, 372
- Moltó, A., 261
- Molto, Anna, 97
- Molto, E., 303
- Molto, Elisabeth, 317
- Monegal, A., 63
- Monegal Brancós, Ana Isabel, 439
- Moner Marín, Sara, 324
- Monfort, J., 187, 207, 430
- Monfort, Jordi, 330, 332, 442, 446
- Monfort Faure, Jordi, 72
- Monjo, Irene, 2, 35, 39, 100, 154, 234, 349
- Monjo Henry, Irene, 143, 169, 367, 371
- Monleón Acosta, Esther, 66, 408, 416
- Monroy, A., 217, 451
- Montañez-Marín, Irene, 98
- Monte, Emilio, 79
- Monteagudo Sáez, Indalecio, 304, 305, 421
- Montero, Nuria, 306
- Montero de Espinosa Paniaga, Fernando, 72
- Montero Reyes Fernando, J., 241, 331
- Montero-Seisdedos, David, 395, 438
- Montesa, D.M., 70
- Montesa, M., 75
- Montesa, María Jesús, 67
- Montesdeoca Tito Fernández-Varela, Arturo, 36
- Montesino, N., 70
- Montesino Delgado, Nahir Angelina, 75
- Montilla, Carlos, 397
- Montilla Morales, C., 7, 73, 181, 214, 307
- Montilla Morales, Carlos, 202, 299, 412
- Montilla-Morales, Carlos A., 9, 199, 203
- Montolio, Lydia, 90
- Montolio Chiva, L., 338
- Montoyo Pujol, Yoel, 47
- Monzó Pérez, Mar, 246
- Mora, Maribel, 22, 252
- Mora-Cuesta, Víctor M., 182, 222, 404
- Moragues, C., 370
- Moragues, Carmen, 22, 167, 252
- Moragues Pastor, Carme, 132
- Morales de los Ríos Luna, Paloma, 421
- Morales del Águila, Maria del Carmen, 428
- Morales Garrido, Pilar, 342
- Morales-Ruiz, Manuel, 361
- Morán, Paola, 79
- Moreira Navarrete, Virginia, 320, 407
- Moreno, Estefanía, 40, 302
- Moreno, Juan Antonio, 25
- Moreno, M., 261
- Moreno, Manuel J., 395, 396
- Moreno, María José, 395
- Moreno, Mireia, 38, 132, 202, 230, 348, 354, 357, 376
- Moreno-Galeano, M., 251
- Moreno Galeano, Manuel, 253
- Moreno García, Marina Soledad, 51
- Moreno Indias, Isabel, 34, 101
- Moreno Martínez, M^º José, 344, 64, 340, 396, 411
- Moreno Martínez-Losa, M., 84, 391, 394
- Moreno Morales, Juan, 66, 356, 408, 416
- Moreno-Ramos, Manuel, 21
- Moreno-Ramos, Manuel José, 99
- Moreno Royo, Lucrecia, 429
- Moreno Ruzafa, Estefanía, 301
- Moreno Zazo, M., 457
- Moriano, C., 144
- Moriano, Clara, 2, 14, 150, 192, 194, 195, 196, 199, 202, 203
- Moriano Morales, C., 167, 197, 214, 447
- Moriano Morales, Clara, 9, 12, 15, 163, 170, 175, 202, 276, 313, 417
- Morillo, Victoria, 395
- Morlà, R., 119, 227, 361, 395
- Morlá Novell, R., 233, 236
- Morlá Novell, Rosa María, 409
- Morón Ocaña, Juan Manuel, 69
- Morote Ibarrola, Guadalupe, 226
- Mosquera Martínez, José A., 394
- Mostaza, José María, 371
- Mouriño Rodríguez, C., 7, 214
- Mouriño Rodríguez, Coral, 23, 194, 195
- Moya, P., 246, 303, 306, 319, 403
- Moya, Patricia, 2, 132, 150, 167, 172, 173, 192, 216, 316, 336, 369
- Moya-Alvarado, P., 144, 168
- Moya Alvarado, Patricia, 160, 128, 129, 152, 253, 317
- Moyano, S., 285
- Mucientes, Arkaitz, 34, 93
- Muley, V., 133, 134, 368
- Munoz-Fernández, S., 430
- Muñoz, Alejandro, 201
- Muñoz, M^º Carmen, 15
- Muñoz, Santiago, 410
- Muñoz-Barrera, Laura, 25, 182, 183, 204, 222, 225
- Muñoz-Fernández, Santiago, 202
- Muñoz Jimenez, Alejandro, 14, 194, 195, 196, 199, 202, 203
- Muñoz Martínez, P., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 328, 400, 435
- Muñoz Martínez, Pablo, 295, 296, 311
- Muñoz Reinoso, P., 117, 229, 316, 352
- Murcia, A., 285
- Murias Loza, Sara, 310
- Muriel García, Alfonso, 408
- Myrup, Charlotte, 20
- Mysler, Eduardo, 218
- Nack, A., 236
- Nack, Annika, 29, 198
- Naddei, Roberta, 302
- Naharro Fernández, Cristina, 282
- Nájera Herranz, C., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
- Naranjo, Antonio, 18

- Naranjo Hernández, Antonio, 36, 347
- Naredo, E., 370
- Naredo Sánchez, Esperanza, 283
- Narváez, Francisco Javier, 29, 192
- Narváez, J., 7, 9, 53, 194, 195, 199, 203, 214, 330
- Narvaez, Javier, 1, 142, 235
- Narváez, Javier, 14, 22, 97, 145, 150, 160, 167, 196, 202, 210, 252, 332, 446
- Narvaez, Jose Antonio, 38, 137
- Narváez García, Francisco Javier, 2, 327, 335, 371
- Nash, Peter, 218
- Navarro, Carlota, 71, 85
- Navarro, Francisco, 150, 192
- Navarro, N., 189
- Navarro, Pablo, 71, 192
- Navarro, Ricardo, 36
- Navarro, Vanessa, 2, 160, 167, 351, 397
- Navarro Alonso, P., 96, 171, 172
- Navarro Ángeles, V. A., 440, 36
- Navarro Blasco, Francisco Javier, 130
- Navarro Joven, C., 96, 171, 172, 322, 326, 337, 390
- Navarro Palomo, P., 96, 171, 172, 390
- Navarro Palomo, Pablo, 85, 318, 319, 322, 326, 337
- Navarro-Blasco, Francisco Javier, 256, 257
- Navarro-Compán, V., 30, 133, 134, 368, 427
- Navarro-Compán, Victoria, 39, 272
- Navarro-Sánchez, Pilar, 138
- Naveda González, Elena, 262
- Navidad Fuentes, Míriam, 123
- Navío Marco, 180
- Navio Marco, M.T., 22
- Negueroles Albuixech, R., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 328, 400, 435
- Negueroles Albuixech, Rosa, 311
- Ng, Khai, 374
- Nieto, Juan Carlos, 306
- Nieto, María R., 320
- Nieto-Carvalho, Beatriz, 35
- Nieto-Gonzalez, Juan Carlos, 304, 305, 421
- Nikytsina, Maryia, 333
- Nissen, Michael J., 374
- Noemí, N., 83
- Noguera Pons, R., 130
- Nolla, Joan M., 22, 97, 137, 160, 210, 252, 327, 335, 371, 405
- Nolla Solé, Joan Miquel, 31
- Notarnicola, Antonella, 176, 298, 445
- Novella Navarro, Marta, 22, 30, 35, 39, 100, 234, 244, 339, 349, 359
- Novoa, Francisco J., 202, 203
- Nóvoa Medina, Francisco Javier, 337
- Nozal, Pilar, 234
- Núñez, M., 285
- Núñez-Carro, Carmen, 3
- Núñez Monje, V., 338
- Núñez Monje, Victoria, 256, 257
- Núñez-Sayar, María, 149
- Nuño, Laura, 35, 39, 234, 339, 349, 359
- Nuño Ruiz, Isaac, 27
- Obregón Muñoz, S., 181
- Ogdie, Alexis, 268
- Ojeda, Soledad, 36
- Ojeda Garcia, Clara, 325
- Ojeda Morillo, Fabiola Alejandra, 187
- Oliva Ruiz, María Rosario, 66, 408, 416
- Olivé, A., 9, 18, 53
- Olive-Marques, A., 7, 150, 214
- Oliver, Begoña, 93
- Oller, José Eloy, 199, 202
- Oller Rodríguez, J., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 328
- Oller Rodríguez, J.E., 296, 311, 400, 435
- Olmedo, Jorge, 364
- Olmedo, Raúl, 15
- Onteniente González, Alberto, 386, 387
- Orbai, A.M., 386
- Ordás Calvo, Carmen, 49, 150
- Ordás Calvo, Carmen Amelia, 55
- Ordas Martínez, Jose, 12, 170, 276, 313
- Ordóñez, Sergi, 230
- Ordóñez-Cañizares, M.C., 453
- Ordóñez-Palau, Sergio, 348, 354, 357
- Oreiro, N., 186, 191
- Oreiro Villar, N., 4, 10, 79, 120, 131, 282
- Orellana, C., 83, 189
- Orellana Gómez, Mirian Yaneth, 176, 281, 314
- Orenes Vera, A.V., 338
- Orlovsky, Y., 259
- Orpinell, Laia, 369
- Ortega, María Carmen, 192
- Ortega, Rafaela, 192, 297
- Ortega Castro, Rafaela, 48, 58, 72, 108, 182, 183, 204, 216, 222, 223, 225, 356, 383
- Ortega de la O, María del Carmen, 84, 386, 387
- Ortego-Centeno, Norberto, 1, 142
- Ortiz, Ana M., 109
- Ortiz, Francisco, 2
- Ortiz Buitrago, Pedro, 136, 138, 182, 183, 204, 225
- Ortiz Márquez, Fernando, 98, 174
- Ortiz Sanjuán, F.M., 91, 328
- Ortiz Sanjuan, Francisco, 279
- Ortiz-Márquez, F., 174, 211
- Ortiz-Márquez, Fernando, 103
- Ortiz-Sanjuán, F., 89, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 400, 435
- Ortiz-Sanjuán, Francisco, 230, 311
- Ortiz-Sanjuan, Francisco M., 150
- Ortiz-Santmaria, V., 198
- Ortiz-Santamaria, Vera, 251, 391
- Orzechowski, H.D., 116
- Ossorio, M., 437
- Østergaard, Mikkel, 272, 286
- Östör, Andrew, 238, 265
- Otazu Moudelle, José Pierre, 358, 399
- Otero, Lucía, 306
- Otero-Varela, Lucía, 21, 99, 108, 241, 280
- Otón Sánchez, María Teresa, 69, 77
- Pablos, José Luis, 91
- Pablos Álvarez, José Luis, 235
- Pablos Hernández, C., 73
- Padilla, Byron, 265
- Pagès, Neus, 429
- Palac, Hannah, 57, 218
- Palacios, Judith, 22, 252, 327, 335, 371
- Palacios Moya, E., 432
- Palacios Olid, Judith, 11, 137, 39
- Pallotti, Chiara, 20
- Palma, Deseada, 411
- Palma Sánchez, Deseada, 64, 356
- Palmou, Natalia, 40, 302
- Palmou Fontana, Natalia, 282, 381, 410, 417
- Palomeque Vargas, Aliuska, 46
- Pàmies Corts, Anna, 24, 424
- Paniagua Zudaire, Inmaculada, 51, 52, 83, 243, 365, 398
- Papp, Kim, 265
- Pardo, Estefanía, 121, 122, 125
- Pardo Campo, Estefanía, 310
- Paredes, Silvia, 24
- Paredes, Sonia, 124
- Paredes González-Albo, Silvia, 104
- Paredes Romero, Beatriz, 18
- Pareja Martínez, A., 96, 171, 172
- Pareto, Deborah, 125
- Parikh, B., 386
- Park, H.S., 128, 129, 144, 168, 172, 173, 192, 246, 253, 303, 306, 316, 319, 403
- Parra Blanco, Jose Antonio, 362
- Parra-Moreno, Mitndbaim, 225
- Pascual, E., 247
- Pascual, Eva, 254
- Pascual García, Sandra, 130
- Pascual-Pastor, Maria, 132, 369
- Pastor, Sonia, 397
- Pastor Cubillo, María Dolores, 16, 49, 89, 324
- Pastor Mena, Marta, 297, 356, 377
- Pastor Navarro, S., 73, 181, 299, 307, 412
- Pato Cour, E., 43
- Pato Cour, Esperanza, 291, 401
- Patrone, Elisa, 301
- Paulino, Marcos, 192, 405
- Paulino Huertas, M.A., 31, 277, 432
- Paulino Huertas, Marcos, 44
- Pavelka, Karel, 270
- Pavía, Marina, 71, 85
- Pavía Pascual, M., 96, 171, 172, 390
- Pavía Pascual, Marina, 279, 318, 319, 322, 326, 337
- Paz-González, R., 191
- Paz González, Rocio, 4
- Paz Martínez-Vidal, Mari, 279
- Pazos Pérez, Andrés, 25, 80, 307, 457
- Pecondón Español, Ángela, 199, 202

- Pecondón Español, María Ángela, 414
 Pedraz-Penalva, Teresa, 257
 Pedrero Martínez, Francisco, 66, 408, 416
 Pego-Reigosa, José M^a, 7, 9, 14, 23, 29, 194, 195, 196, 199, 202, 202, 203, 214, 405
 Peiró Callizo, María Enriqueta, 410, 442
 Peiteado, Diana, 35, 39, 100, 234, 339, 349
 Pelayo Federico, Talledo, 381
 Penzo, Eleonora, 14, 194, 195, 196
 Peña Almagro, Ana, 140
 Peña-González, Carolina, 256, 257
 Peña Montelongo, Sonia I., 262
 Peña Sainz-Pardo, Eva, 152
 Peñalba, Ana, 1, 142
 Peñas, Elena, 411
 Peñas Martínez, Elena, 64
 Peral Garrido, M^a Luisa, 247, 436, 439
 Peralta, Cilia, 192
 Peralta, I., 53
 Peralta-García, I., 198
 Peralta García, Irene, 231, 323, 445
 Peralta Ginés, Cilia Amparo, 348, 354, 357
 Perdiguero, M., 247
 Perdiguero Gil, Miguel, 436
 Perea Martínez, Elisabet, 246, 416, 436, 439
 Pereda Testa, Claudia Alejandra, 65
 Pérez, A., 285
 Pérez, C., 207
 Pérez, Eva, 192
 Pérez, Marina, 69
 Pérez, Paula, 395, 396
 Pérez, Sandra, 15
 Pérez Albadalejo, Lorena, 76, 348, 354, 356, 357
 Pérez-Barquín, Raquel, 200
 Perez Barrio, S., 279
 Pérez-Fernández, E., 123
 Pérez Ferro, M., 171, 172
 Pérez García, C., 236, 430
 Pérez-García, Carolina, 72, 356, 442
 Pérez García, P., 197
 Pérez García, Paula, 12, 170, 276, 313
 Pérez García, Tomás Manuel, 393
 Pérez-Gómez, Ana, 202, 203
 Perez-Gómez, Nair, 23
 Pérez Gil, A., 43
 Pérez Gil, Amalia, 69
 Pérez Gómez, Ana, 9, 199, 202, 279
 Pérez Gómez, Nair, 235
 Perez González, Alicia, 66, 408, 416
 Pérez-Isidro, A., 330
 Pérez-Isidro, Albert, 361
 Pérez-Linaza, Alba, 354, 357
 Pérez Moreno, M., 330
 Perez-Pampín, Eva, 15, 21, 60, 61, 150, 205, 208, 210, 235, 240, 329, 375
 Pérez Quintana, M.J., 233, 339
 Pérez Ruiz, Fernando, 94, 244, 245
 Pérez-Sánchez, C., 17
 Pérez-Sánchez, Carlos, 10, 25, 38, 136, 138, 182, 183, 204, 222, 225, 297
 Pérez Sánchez, Silvia María, 127
 Pérez Sancristóbal, Inés, 178
 Pérez-Veiga, Natalia, 203
 Pérez Venegas, J.J., 110, 117, 222, 225, 228, 229, 234, 251, 253, 316, 320, 352, 359, 405, 407
 Peris, P., 63, 439
 Peris Bernal, Pilar, 63
 Perpiñán Pérez, Rebeca, 311
 Pertel, Patricia, 270, 272
 Picchi, F., 4, 191
 Pina Murcia, Trinitario, 410
 Pinillos, Valvanera, 150, 192
 Pinillos Aransay, Valvanera, 15
 Pinto Tasende, Jose A., 10, 15, 79, 131, 254, 279, 282, 376, 391, 394
 Piñeiro, Irene, 51, 52, 83, 398
 Piñeiro Bugallo, Irene, 243, 365
 Piñeiro Ramil, María, 25, 80, 307
 Piqueras García, María, 14, 196
 Piqueras Garcia, Maria Mercedes, 194, 195
 Pistorio, Angela, 20, 302
 Pitarch, C., 192, 403
 Pitarch Grau, C., 128, 129, 236, 336
 Plana, Nuria, 24, 104
 Planell Oliván, R., 403, 405, 434
 Plasencia, C., 427
 Plasencia, Ch., 133, 134, 368
 Plasencia, Chamaida, 39, 100, 109, 339, 349, 359, 397
 Plasencia-Rodríguez, Ch., 30
 Plasencia Rodríguez, Chamaida, 29, 234, 244
 Plaza, Zulema, 110, 291
 Plaza Almuedo, Zulema, 15, 18
 Plaza-Aulestia, Nahia, 395, 438
 Pluma Sanjurjo, Andrea, 107
 Poddubnyy, Denis, 271, 272
 Polino, L., 207
 Polino, Luciano, 72, 187, 419, 430
 Polo y La Borda, J., 171, 172
 Pombo-Suárez, Manuel, 108, 264
 Ponce, A., 87
 Ponce, Andrés, 361, 373
 Ponce Fernández, Andrés, 119, 132, 227, 369
 Pons, A., 45, 198
 Pons, L., 45
 Pons-Bas, A., 58, 118
 Pons Bas, Ana, 66, 242, 402
 Pons-Canet, L., 58, 118, 198, 402
 Pons-Canet, Lara, 66, 242
 Porta, A., 282
 Porter, Brian, 272
 Portero, Isabel, 120
 Portilla, Virginia, 182, 222, 362, 420
 Pou Giménez, Maria Antonia, 248, 249
 Poveda, María José, 124, 288
 Prado Galbarro, Francisco Javier, 15
 Pretel, F.A., 217, 451
 Priego-Pérez, Carmen, 383
 Prieto, Diana, 164
 Prieto-García, Alicia, 437
 Prieto-Peña, Diana, 15, 145, 155, 156, 176, 279, 298, 417, 452, 454
 Prior-Español, A., 198
 Prior-Español, Águeda, 436
 Pros, A., 207, 430
 Pros, Ana, 29, 330
 Pros, Anna, 332, 442, 446
 Pros Simón, Ana, 72
 Puchades Gimeno, Francesc, 16
 Puche, M. Ángeles, 279
 Puche Larrubia, M. Ángeles, 29, 38, 135, 136, 140, 141, 225, 275, 297
 Puga, Jose Luis, 208, 240, 375
 Puga Guzmán, José Luis, 60, 61, 210, 329
 Puig, Luis, 258
 Puig Sanz, Luis, 129
 Puiggròs, Aina, 442
 Pujol, Manel, 376
 Pujol Busquets, Manel, 132, 391
 Pulito Cueto, Verónica, 1, 100, 142, 182, 222, 274, 404, 410
 Quaranta, P., 4, 191
 Quebe-Fehling, Erhard, 270
 Queiro, Rubén, 121, 122, 125, 254
 Queiro Silva, Manuel Rubén, 378, 383
 Queiro Silva, Rubén, 310
 Quevedo, Víctor, 394
 Quevedo-Abeledo, Juan Carlos, 5, 95, 96, 206
 Quevedo Vila, Víctor, 9
 Quiroga, Patricia, 192
 Quiroga Colina, Patricia, 333, 425
 Quiroga Colino, Patricia, 1, 142
 Quirosa Flores, Susana, 123
 Rafael Vidal, Carlos, 23
 Raga, A., 118
 Rajendran, V., 112, 116
 Ramírez, Julio, 27, 119, 132, 227, 284, 361, 376
 Ramírez de la Torre, María, 76
 Ramírez García, Felipe Julio, 373
 Ramírez García, Julio, 391
 Ramírez-García, Teresa, 98
 Ramírez Huaranga, M.A., 31, 277, 370, 432
 Ramírez Huaranga, Marco Aurelio, 44
 Ramiro, Sofia, 374
 Ramo Tello, Cristina, 27
 Vázquez Rodríguez, Tomás Ramón, 230
 Ramos, Ana Isabel, 437
 Ramos, Consuelo, 18
 Ramos, Laura, 85
 Ramos Calvo, Angel, 279
 Ramos Castro, D., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 328, 400, 435
 Ramos Castro, Daniel, 311
 Ramos Giráldez, Consuelo, 14, 194, 195, 196, 279, 450
 Ramos Lisbona, Ana I., 305, 331
 Ramos-Petersen, L., 211

- Ravelli, Angelo, 301, 302
 Raya, E., 285
 Raya, Enrique, 9, 150
 Raya Álvarez, Enrique, 140, 220, 342
 Raya-Santos, C., 45, 58, 118, 402
 Raya-Santos, Carmen, 66, 242
 Raya Santos, María del Carmen, 198
 Readie, Aimee, 271, 272
 Rebollo Giménez, Ana Isabel, 20, 301, 302
 Redondo-Rodríguez, R., 453
 Redondo Rodríguez, Rocío, 34, 93, 101, 174, 428
 Rego Salgueiro, Rúben, 313
 Rego-Pérez, Ignacio, 3, 186
 Reina, Delia, 160, 167, 351
 Reina Sanz, D., 36, 132, 440
 Reinoso-Cobo, A., 211
 Relaño, Sara, 186
 Remuzgo Martínez, Sara, 1, 142, 182, 222, 235, 274, 404
 Rendondo-Rodríguez, Rocío, 103
 Renuncio García, Monica, 146, 147, 153, 162, 164, 442
 Retamozo, S., 451
 Retuerto Guerrero, Miriam, 163, 167, 235, 447
 Revenga, Marcelino, 150
 Revuelta Evrard, E., 31, 44, 277, 432
 Reyes, Carlen, 248, 249
 Ribera, Miquel, 79
 Ribes, A., 207
 Ribes, Anna, 330, 332, 446
 Richards, Hanno, 271, 272
 Rico-Muñoz, Mónica, 225
 Riera, Pau, 216, 429
 Riesco Barcena, C., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 311, 328, 400, 435
 Rigual Bobillo, Juan, 334
 Riofrio Valero, Yolanda, 393
 Rios Balada, Cristina, 253
 Ritchlin, C.T., 386, 378
 Rivera, Javier, 226, 364, 437
 Rivera, N., 398
 Rivera Díaz, Raquel, 383
 Rivera García, Natalia, 380
 Rivero, Antonio, 138
 Riveros, A., 2, 179, 198
 Riveros Frutos, A., 53, 145, 323
 Robles Kirkegard, Lucas, 103, 367
 Robles San Román, Manuel, 69
 Robustillo Villarino, Montserrat, 256, 257
 Rocamora Duran, Vicenç, 383
 Rodas Flores, J., 228
 Rodas Flores, J.L., 229, 352, 359, 234
 Rodero, María, 178
 Rodrigo, Emilio, 164
 Rodríguez, E., 403
 Rodríguez, Jesús, 132
 Rodríguez, Julián, 310
 Rodríguez, M., 274
 Rodríguez, Pablo, 240, 397
 Rodríguez-Almaraz, Esther, 202, 203
 Rodríguez Alvear, Cristina, 246, 416, 436, 439
 Rodríguez Araya, Tamara Libertad, 419
 Rodríguez de la Peña, Antonia, 178
 Rodríguez-Díez, Basilio, 414
 Rodríguez Domínguez, Mario, 408
 Rodríguez-Escalera, Carlos, 222, 225
 Rodríguez Fernández-Freire, Lourdes, 383
 Rodríguez Gago, José, 427
 Rodríguez-Gómez, M., 9
 Rodríguez-González, Fayna, 291
 Rodríguez Hernández, Carmen, 86
 Rodríguez-Lago, Iago, 15
 Rodríguez Laguna, María, 178, 358, 364, 399
 Rodríguez López, Marina, 230, 348, 354, 357
 Rodríguez Lozano, Beatriz, 347
 Rodríguez-Lozano, Carlos, 21, 36, 99, 241, 262, 280
 Rodríguez Martín, Fernando José, 15, 66, 408, 416
 Rodríguez-Martín, Sara, 185
 Rodríguez-Merlos, Pablo, 241
 Rodríguez Montero, Sergio, 152
 Rodríguez Moreno, Jesús, 11, 22, 252
 Rodríguez Muguruza, Samantha, 124, 288
 Rodríguez Muñoz, Fermín, 253
 Rodríguez Ramos, Rafael, 408
 Rodríguez-Rodríguez, L., 43, 188
 Rodríguez-Rodríguez, Luis, 274, 401
 Rodríguez Serrano, María Teresa, 291
 Rodríguez Sosa, Enrique, 26
 Rodríguez Troncoso, Mar, 205
 Rodríguez-Vidriales, María, 85, 146, 147, 153, 162, 164
 Roig, D., 236
 Roig, Daniel, 167
 Roig, Montserrat, 11, 139, 327, 335, 371
 Roig Vilaseca, D., 440
 Roig Vilaseca, Daniel, 36, 160, 351
 Rojas, Marta, 25, 222, 225
 Rojas, Sara María, 94
 Rojas Giménez, Marta, 72, 216, 223, 225, 235
 Rojas Herrera, Sara María, 176, 281, 314
 Roldán Molina, R., 58
 Roldán Ruiz, M.N., 233
 Roldán Ruiz, M^a de Nazaret, 43, 300, 339
 Román Ivorra, J.A., 89, 91, 102, 105, 106, 267, 295, 296, 328, 400, 435
 Román Ivorra, Jose Andrés, 14, 110, 150, 194, 195, 196, 203, 311, 354
 Román Perea, A., 339, 450
 Romera, Cintia, 130
 Romera Baures, M., 457
 Romero, Montserrat, 48
 Romero, Yolanda, 227
 Romero-Barco, Carmen M., 103, 222, 225
 Romero-Bueno, Fredeswinda, 29
 Romero Díaz, Beatriz, 337
 Romero Hidalgo, Yolanda, 409
 Romero Jiménez, Rosa, 421
 Romero-Robles, Ana, 425
 Romero Yuste, S., 444
 Romero-Yuste, Susana, 111, 145, 150
 Ros, I., 68, 74
 Ros, Inmaculada, 108, 202
 Ros, S., 144, 246, 306, 319, 403
 Ros, Sandra, 172, 173, 192, 216, 316, 317, 336, 429
 Ros Abarca, Sandra, 79, 128, 129, 253
 Ros Vilamajó, Inmaculada, 15
 Rosales, Roser, 24, 104
 Rosales, Zulema, 35
 Rosales Rosado, Zulema, 364
 Rosas, J., 7, 45, 58, 198, 214, 402
 Rosas, Jose, 18, 66, 199, 242, 202, 356
 Rosas Gómez de Salazar, José Carlos, 118
 Rosina, Silvia, 301, 302
 Rovira, Àlex, 125
 Rovira Aguilar, J., 236
 Rozadilla, Antoni, 22, 252
 Rúa-Figueroa, Í., 7, 214
 Rúa-Figueroa, Iñigo, 29, 202
 Rúa-Figueroa, Iñigo, 9, 150, 194, 195, 199, 203
 Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa, Iñigo, 14, 196
 Rubbert-Roth, Andrea, 57
 Rubio, E., 285
 Rubio, Esteban, 1, 142
 Rubio, P., 7
 Rubio Romero, Esteban, 94, 103, 279
 Rubio Úbeda, Jesús, 140, 342
 Rueda, Amalia, 49
 Rueda Cid, Amalia, 16, 89, 324, 393
 Rueda-Gotor, Javier, 274, 381
 Ruiz, C., 247
 Ruiz, Desirée, 138, 222, 225
 Ruiz, Juan, 60, 61
 Ruiz, Juan Carlos, 164
 Ruiz, M.E., 423
 Ruiz, Virginia, 27, 119
 Ruiz Antorán, Belén, 394, 449
 Ruiz Bejerano, Ana M., 65, 334, 408, 415
 Ruiz del Valle, Víctor, 123
 Ruiz-Esquide, V., 236, 361, 373
 Ruiz-Esquide, Virginia, 227
 Ruiz-Esuide, V., 87
 Ruiz Gutiérrez, Alfredo, 407
 Ruiz Jimeno, Teresa, 410
 Ruiz Limón, Patricia, 34, 101, 381
 Ruiz Lucea, Esther, 199
 Ruiz Lucea, María Esther, 13, 29, 202
 Ruiz Montesino, Dolores, 21, 99, 108, 225, 407
 Ruíz Montesino, María Dolores, 222, 253
 Ruiz-Montesino, M.D., 370
 Ruiz-Ortiz, E., 330
 Ruiz-Ortiz, Estibaliz, 119, 227, 361
 Ruiz-Ponce, Miriam, 10, 38, 132, 136, 138
 Ruiz Román, Alberto, 2, 29, 325

- Ruiz-Romero, C., 191
 Ruiz-Romero, Cristina, 4, 186
 Ruiz-Torres, Laura, 138
 Ruiz-Vílchez, D., 17
 Ruiz-Vílchez, Desirée, 48, 138, 183, 204
 Ruiz-Vilchez, Desirée, 25, 140, 275
 Ruiz-Villaverde, Ricardo, 79
 Rull Murillo, Nuria, 15
 Ruperto, Nicolino, 20
 Rus, Maria J., 320
 Rusinovich, Olga, 67, 71, 192, 337
 Rusinovich Lovgach, O., 96, 171, 172
 Rusiñol, M., 189
 Rusiñol González, M., 346
- Sabaté-Llobera, Aida, 371
 Sabater Abad, María Cristina, 16
 Sachen, K., 259
 Sacramento, J., 75
 Sacramento Hernández, Johanna, 70
 Sada Urmeneta, Guillen, 51, 52, 83, 243, 365, 398, 448
 Sahoo, B.G., 283
 Sainz, L., 246, 319
 Sainz, Luis, 172, 173, 216, 429
 Sainz Comas, Lluís, 128, 129
 Sainz Comas, Lluís, 129
 Sainz Comas, Luis, 253, 317
 Sainz-de-la-Maza, Maite, 291
 Sainz Helena Codes, Luis, 316
 Sala-Icardo, Luis, 376, 391
 Salas Manzanedo, V., 31, 44, 277, 432
 Salas Martínez, Ana María, 274
 Salgado, Eva, 150, 202, 203
 Salgado Pérez, E., 7, 199, 202, 214
 Salido Olivares, Marina, 84
 Sallés, Meritxell, 376
 Salles Lizarzaburu, M., 236
 Sallés Lizarzaburu, Meritxell, 391, 414
 Salman, Tarek, 202, 203
 Salman, Tarek Carlos, 330
 Salman Monte, Tarek Carlos, 194, 195, 202, 212, 332, 446
 Salman Monte, TC, 53, 207, 430
 Salman Montes, Tarek, 14, 72, 196, 201, 442
 Salvador Alarcón, G., 236
 Salvador Alarcón, Georgina, 132
- Salvador Maicas, Laura, 16, 49, 89, 324
 Salvatierra, Juan, 140
 Salvatierra Ossorio, Juan, 220, 342
 Salvatierra Velasco, Lucía, 140, 342
 Sampedro Andrada, Blanca, 395
 San José Méndez, C., 79, 282
 San José Méndez, María del Carmen, 441
 San José-Méndez, C., 249
 San Juan López, Cristina, 395
 San Román, Carmen, 201
 Sánchez, Alejandra, 85
 Sánchez, Jordi, 441
 Sánchez, María, 208, 240, 375
 Sánchez, María Concepción, 85
 Sanchez-Alonso, Fernando, 18, 21, 108, 110, 241, 264, 280, 291
 Sanchez-Bilbao, Lara, 53, 148, 149, 150, 152, 177, 183, 321, 410, 418, 422, 424, 445, 449
 Sanchez-Costa, Jesús T, 2
 Sánchez Fernández, M^a Concepción, 319
 Sánchez García, J., 457
 Sánchez-González, Blanca, 212
 Sánchez-Jareño, Marta, 264
 Sánchez López, M^a Alejandra, 318, 319
 Sánchez-López, María del Amparo, 442
 Sánchez Lucas, Marina, 14, 194, 195, 196, 226, 364
 Sánchez Martín, Julio, 2, 150, 155, 156, 385, 410
 Sánchez Meizoso, María Olga, 441
 Sanchez-Mendoza, Luz Marina, 25
 Sánchez Nievas, G., 217, 451
 Sánchez-Ortiga, R., 247
 Sánchez-Pareja, Ismael, 25, 182, 183, 204
 Sánchez Piedra, Carlos, 99
 Sánchez-Ramón, Silvia, 178
 Sánchez-Rodríguez, Iván, 371
 Sánchez Seda, Silvia, 409
 Sánchez Wonenburger, María, 60, 61, 210, 329
 Sanclaudio Luhía, G.A., 282
 Sandoval, S., 53, 236
 Sandoval Moreno, Sebastián, 159
- Sang Park, Hye, 129, 216, 317, 336
 Sangüesa, C., 7, 214
 Sanguesa, Clara, 199, 202, 203
 Sangüesa Gómez, Clara, 202
 Sanjurjo-Rodríguez, C., 185
 Sanmartí, R., 87, 236
 Sanmartí, Raimon, 119, 227, 233, 284, 409
 Sanmartí, Raimon, 27, 235, 361
 Sanmartín, Jose Javier, 434
 Sanmartín Martínez, J., 403, 405
 Santana, Fabiola, 36
 Santander, Álvaro, 421
 Santemases, Javier, 27
 Santiago Mosquera, Elena, 127
 Santos, Charo, 222, 225
 Santos Álvarez, D., 444
 Santos Bórnez, M^a José, 85, 318, 319
 Santos Juanes, Jorge, 383
 Santos-Soler, G., 58, 118, 198, 402
 Santos Soler, Gregorio, 9, 45, 66, 242
 Sanz, Jesús, 71
 Sanz, M., 427
 Sanz, María, 67
 Sanz Berruete, Maria Raquel, 250
 Sanz Jardón, M., 30, 180
 Sanz-Jardon, Maria, 22
 Sanz Sanz, J., 96, 171, 172, 390
 Sanz Sanz, Jesus, 15, 85, 318, 319, 322, 326, 337, 394
 Sapena, N., 53
 Sapena, Nuria, 119, 227, 361
 Sapena Fortea, Núria, 233, 409
 Sarabia de Ardanaz, Luis, 76
 Sarmiento, Juan Camilo, 27
 Sarmiento-Monroy, J.C., 87, 119, 227, 235, 284, 361
 Saúco, Carlos, 320
 Sauras Colón, Esther, 424
 Scala, Silvia, 20
 Schett, G., 283
 Schiaffino, Teresa, 226, 364
 Schmalzing, Marc, 57
 Schymura, Yves, 286, 374
 Sebastián Mora-Gil, María, 1, 142, 182, 222, 274
 Secada Gómez, Carmen, 394, 78, 149, 442, 448
 Seguí, M.A., 451
 Seguí, Pedro, 183, 204
 Seguí, Pedro, 222
- Seguí Azpilcueta, Pedro, 225
 Segura-Egea, Juan José, 320
 Selene Osorio-Chávez, Joy, 420
 Sellarés, Jacobo, 361
 Senabre-Gallego, J.M., 45, 58, 118, 198, 402
 Senabre-Gallego, José M., 66, 202, 203, 242, 256, 257
 Sendra García, Ana, 338
 Seoane, Daniel, 2
 Seoane Romero, J., 31, 44, 277, 432
 Sequí-Sabater, J.M., 17, 58
 Serra Mitjà, Pere, 231
 Serrano, B., 7, 214
 Serrano, Belén, 18
 Serrano, M.G., 437
 Serrano, Yolanda, 234
 Serrano-Benavente, Belén, 203, 331
 Serrano-Combarro, Ana, 230, 348, 354, 356, 357, 385
 Serrano-García, Isabel, 348
 Serrano Ladrón de Guevara, Soledad, 15
 Serrano Moreno, Clara, 421
 Serrano Virlán, Cinthia, 297
 Serrano Warleta, Marta, 46, 291
 Sevilla-Pérez, Belén, 1, 142
 Shalabi, M.J., 198
 Shalabi, Maruan, 66
 Sheehy, Eleanor, 226
 Shende, Vishvesh, 378
 Shmagel, Anna K, 218
 Shunashy Galindo-Feria, Angeles, 445
 Sieiro, C., 319
 Sieiro, Cristiana Isabel, 173
 Sieiro Santos, C., 144, 197
 Sieiro Santos, Cristina, 336
 Sieiro Santos, Cristiana, 276, 335
 Sieiro Santos, Cristiana Isabel, 12, 170, 172, 175, 192, 290, 313, 316
 Sierio, C., 306, 403
 Sierra Rivera, Antonio, 16, 324
 Silva, Lucía, 2
 Silva, María Teresa, 2
 Silva Díaz, M.T., 4, 79, 191, 282
 Silva-Fernández, Lucia, 109
 Simeon Aznar, Carmen Pilar, 330, 332, 446
 Simón Soro, Aurea, 320
 Sirera, Helena, 442
 Sivera, Francisca, 29, 150, 256, 257

- Skrabski, Filip, 437
 Sobrino Garijo, Cristina, 307
 Solans Laque, Roser, 150
 Soledad Moreno, Marina, 414
 Soliman, Ahmed M., 265
 Somodevilla, A., 430
 Soriano Navarro, Edgar, 66, 408, 416
 Soro, S., 217, 451
 Soto, A., 191
 Souto, Alejandro, 208, 240, 375
 Souto Vilas, A., 205, 210, 444
 Stanevicha, Valda, 20
 Steelandt, Alexia, 97
 Stefanska, Anna, 271
 Steiner, M., 430
 Steiner, Martina, 40, 302
 Stiers, P.J., 112, 116
 Stigler, Jayne, 259
 Suárez, Cristina, 397
 Suárez Amorín, Guillermo, 148, 418, 422
 Suarez Cuba, Julio David, 29
 Suboticki, Jessica, 218
 Sueiro Delgado, Diana, 241
 Swart, Joost F., 20
 Szczesny, Piotr, 176, 298
- Taberner, R., 68, 74
 Takeuchi, Tsutomu, 57
 Tanaka, Yoshiya, 113, 378
 Tandaipan, J.L., 168, 246, 303, 306, 319, 403
 Tandaipan, Jose Luis, 29, 129, 172, 173, 192, 216, 316, 317, 336
 Tapia, M., 133, 134, 368
 Tarantola, Letizia, 302
 Taverner, Delia, 24, 104, 124
 Tejera Segura, Beatriz, 337
 Tejera-Santana, Marta, 291
 Tenorio Martín, M., 457
 Thaçi, Diamant, 275, 378
 Thomas, Marion, 97
 Thuissard, I., 430
 Tinahones, Francisco J., 101
 Tio, L., 187, 207, 430
 Tío, Laura, 330, 332, 446
 Tofade, Toluwalase, 145
 Toledano, Esther, 397
 Toledano Martínez, Esther, 178
 Toledo Coello, María Dolores, 377
 Tomás Ornilla, E., 457
 Tomás Roura, Carlos, 424
 Tomero, Eva, 14, 196, 202, 203
- Tomero Muriel, E., 7, 214
 Tomero Muriel, Eva, 9, 29, 67, 194, 195, 199, 333
 Tomero Muriel, Eva Gloria, 202
 Torguet, Julia, 192, 316
 Torguet Carbonell, Júlia, 306, 319
 Tormo, Marian, 210
 Tormo Ratera, M., 36, 351, 440
 Torner Hernández, I., 338
 Tornero, Carolina, 234, 244, 359
 Tornero Marín, Carolina, 437
 Tornero-Molina, Jesús, 109
 Torra, Joan, 210
 Torrat Nove, A.M., 295
 Torrat Noves, A., 91
 Torrat Noves, A.M., 89, 102, 105, 106, 267, 296, 311, 328, 400, 435
 Torre, I., 423
 Torre, Ignacio, 13
 Torre, Juan C., 121
 Torre-Salaberri, Ignacio, 152, 410
 Torrente, Vicenç, 203, 373
 Torrente-Segarra, V., 7, 214
 Torrente Segarra, Vicenç, 199, 202, 306, 369
 Torrente Segarra, Vicente, 202
 Torres, Carmen, 150
 Torres, María, 425
 Torres Degayon, E., 432
 Torres Mata, Xavier, 419
 Torres Ortiz, Gabriela, 143, 169, 367
 Torresano Bruno, Javier, 421
 Tortosa Cabañas, Marina, 46
 Tournadre, A., 116
 Tovar Sugrañes, E., 89, 91, 102, 105, 106, 246, 267, 295, 296, 311, 400, 435
 Toyos, Francisco J., 150, 203
 Toyos Sáenz de Miera, F.J., 199, 316, 320, 370
 Trachana, Maria, 20
 Trallero Araguás, Ernesto, 29, 107, 159
 Trancho, L., 285
 Trapé, Jaume, 414
 Trapero, Carmen, 194, 195
 Trapero Pérez, Carmen, 14, 196, 450
 Trapero Pérez, M.C., 233
 Trenor Larraz, P., 403, 405, 434
 Treuer, Tamas, 238
 Triginer, L., 207, 430
- Triginer, Laura, 332, 446
 Triginer Gil, Laura, 330
 Triguero-Martínez, Ana, 235
 Trives Folguera, Laura, 304, 305
 Trujillo-Isern, Glòria, 414
 Trujillo Martín, Elisa, 15, 448
 Tsai, Wen-Chan, 286
 Tsitsami, Elena, 20
 Tudela Quiñonero, Lorena, 148
 Tugores, Antonio, 337
 Turiel, P., 120
 Turrió Nieves, Ana Isabel, 120
 Turrión, Ana, 397
 Turrión Nieves, A., 73, 181, 307
 Turrión Nieves, Ana, 299, 412
 Turrión Nieves, Ana Isabel, 29
- Uceda, Julia, 222, 225
 Uceda Galiano, Ana, 66, 408, 416
 Uceda Montañés, J., 233
 Ucelay-Aristi, Ander, 149
 Ucha Abal, Patricia, 15
 Ugena, R., 198
 Ugena García, Raquel, 27, 323
 Ulloa Navas, Daniela, 159
 Unizony, Sebastian, 145
 Ureña Garnica, Inmaculada, 34, 93, 174, 428
 Uriarte, Esther, 203
 Uriarte, Miren, 425
 Uriarte Escenarro, M., 457
 Uriarte-Ecenarro, Miren, 1, 142
 Uriarte Isacelaya, E., 7, 214
 Uriarte Isacelaya, Esther, 9, 56, 199, 202, 224
 Uriel, L., 189
 Urionaguena, Irati, 279
 Urionaguena Onaindia, Irati, 94, 395, 438
 Uriondo Martínez, M.L., 249
 Urruticochea, Ana, 145, 192
 Urruticochea Arana, Ana, 47, 88, 254, 279, 348, 354, 356, 357, 394, 405, 410
 Usman Aamir, Mohammad, 226
 Usón, J., 370
 Usón Jaeger, Jacqueline, 322
 Uyaguari Morocho, M.C., 96
 Uyaguari Morocho, Mariela del Carmen, 35, 154, 339
- Vacas Pérez, J.C., 127
 Vadillo Font, Cristina, 235, 364
 Valencia Muntalà, Lidia, 22, 252, 330, 332, 446
 Valera, Júlia, 27
- Valera Ribera, C., 289, 370, 388, 393, 402
 Valero, Cristina, 2
 Valero, Jesús Alejandro, 2, 356
 Valero, Marta, 67
 Valero Expósito, Marta, 389
 Valero Jaimes, Jesus Alejandro, 29, 94, 224
 Valero Martínez, Cristina, 333, 376, 391
 Valldosera, Gemma, 288
 Vallejo Pascual, María Eva, 276
 Valls Pascual, E., 338
 Valls Pascual, Elia, 202, 203, 289, 388, 393, 402, 410
 Valls Roc, M., 236
 Vallve, Joan Carles, 24, 104
 Van Beneden, K., 112, 116
 Van Beneden, Katrien, 112
 Van de Sande, Marleen G.H., 271
 Van den Bosch, Filip, 271
 van der Heijde, Désirée, 259, 271, 272
 Van Hoek, Paul, 112
 Varas, Blanca, 192
 Vargas Lebrón, Carmen, 253, 306
 Vasques, Margarida, 2, 194, 195, 196
 Vastert, Sebastiaan, 20
 Vazquez, Carlos, 150, 192, 414
 Vázquez, G., 191
 Vázquez Díaz, Mónica, 46, 291, 346, 360, 389, 408, 415
 Vázquez García de las Heras, A. I., 43
 Vázquez-García, Jorge, 186
 Vázquez Gómez, I., 338, 370, 388
 Vázquez Gómez, Ignacio, 289, 393, 402
 Vázquez-Mellado, Janitzia, 141
 Vázquez Montes de Oca, Sergio, 212
 Vázquez Puente, Cristina, 244, 245
 Vázquez Rodríguez, Tomas, 9, 348, 354, 357
 Vega, L., 279, 380, 398, 423
 Vega, Lucía, 13
 Vegara Vicea, Lorena, 110
 Vegas, Nuria, 192
 Vegas Revenga, Nuria, 348, 354, 356, 357, 362, 395, 438
 Vela, P., 214
 Vela, Paloma, 150, 405

- Vela Casasempere, Carmen
Paloma, 110, 148
- Vela Casasempere, Paloma, 9,
99, 235, 241, 416, 436, 439
- Velasco, M., 168
- Velasco-Ortega, Eugenio, 320
- Velloso Feijoo, M.L., 74, 150,
339, 450
- Veloza, Camilo, 442
- Ventín Rodríguez, C., 79, 282
- Vera, P., 7
- Verbruggen, N., 112
- Vergara, Cristina, 279
- Vergara Dagond, Cristina, 394
- Vergés Milano, Josep, 185
- Veroz Gonzalez, Raul, 176, 281,
306, 314
- Verschueren, P., 111, 116
- Vicens, Vanesa, 327, 335
- Vicens Bernabeu, E., 89, 91, 102,
105, 106, 267, 295, 296, 311,
328, 400, 435
- Vicente Rabaneda, Esther F., 1,
142, 333, 348, 370, 425
- Vidal, Paola, 22, 252, 371
- Vidal Castell, Concepción, 251
- Vidal Montal, Paola, 11, 14, 97,
139, 194, 195, 196, 210, 327,
335
- Vidal Sarro, David, 383
- Viejo Sosa, Blanca, 297, 377
- Vila, A., 68, 74
- Vílchez Ruiz, Desiré, 72
- Villa, Juan I., 150
- Villa, Luis Fernando, 71
- Villa Alcázar, L.F., 96, 171, 172
- Villa Alcázar, Luis Fernando, 85,
322, 326, 337
- Villà Blasco, M.C., 330
- Villalba, Alejandro, 35, 39, 244,
349
- Villalba, José Manuel, 25
- Villalobos-Sánchez, Lourdes,
291
- Villar Gumierans, Luisa María,
408
- Villarrubia Migallón, Noelia,
408
- Villaverde Garcia, Virginia, 84
- Villegas, Eduardo, 442
- Vinyals Bellido, I., 403
- Viñas, O., 330
- Viñas, Odette, 119, 227, 361
- Vyzhga, Yulia, 20, 301
- Walsh, Jessica A., 259
- Wassenberg, S., 116
- Watson, C., 116
- Weruaga Rey, A., 457
- Westhovens, Rene, 112
- White, Douglas, 265
- Wung, Peter, 259
- Yagüe, Jordi, 119, 227
- Yamaoka, Kunihiro, 218
- Yang, Ya-Wen, 258
- Yankova-Komsalova, Liliya,
256, 257
- Ybáñez García, D., 338, 388
- Ybáñez García, Desamparados,
289, 393, 402
- Yebra, Tatiana, 120
- Yoldi Muñoz, B., 457
- You, Yin, 258
- Young Lee, Eun, 272
- Zacarias, A., 87, 306, 373
- Zacarias Crovato, Andrea
Montserrat, 19, 312
- Zamora Ramos, Cristina, 120
- Zapico, Isabel, 121, 122, 125
- Zaragoza, Isasi, 96, 171, 172
- Zárate, Claudia de Luis, 206
- Zarco, P., 123
- Zarco-Montejo, Pedro, 38
- Zaremba-Pechmann, Liliana,
238
- Zhuang, Tingting, 271
- Zignani, Monia, 111
- Zubiaur-Zamacola, Jon, 200
- Zumel-Marne, Ángela, 55
- Zurita Prada, P., 457