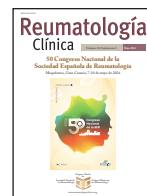




Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



PÓSTERES

50 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Maspalomas, 7-10 de mayo de 2024

P001. TASA DE INFECCIONES GRAVES Y MORTALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Natalia Mena Vázquez¹, Rocío Redondo-Rodríguez^{1,2}, Marta Rojas-Giménez^{3,4}, Carmen María Romero-Barco⁵, Clara Fuego⁶, Nair Pérez-Gómez⁷, Isabel Añón-Oñate⁸, Patricia Castro Pérez⁹, Aimara García Studer^{1,2}, Ana Hidalgo Conde¹⁰, Rocío Arnedo Díez de los Ríos¹⁰, Eva Cabrera César¹¹, María Luisa Velloso-Feijoo¹², Sara Manrique-Arija¹², Myriam Gandía-Martínez⁵, Pilar Morales-Garrido¹³, Coral Mouriño-Rodríguez⁷, Francisco Espildora¹⁴, María Carmen Aguilar-Hurtado¹⁵ y Antonio Fernández-Nebro^{1,2}

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma Bionand. Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Departamento de Medicina. Universidad de Málaga. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. ⁴UGC de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵UGC de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁶UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Jerez. ⁷UGC de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁸Hospital Universitario de Jaén. ⁹UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. ¹⁰Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ¹¹UGC Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ¹²Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ¹³UGC de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ¹⁴UGC de Neumología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ¹⁵UGC de Radiodiagnóstico. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivos: Describir las infecciones graves, los focos infecciosos, los microorganismos, los factores asociados e impacto sobre la mortalidad en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial asociada a artritis reumatoide (EPID-AR).

Métodos: Cohorte prospectiva multicéntrica de pacientes con EPID-AR seguidos desde 2015 a 2023. La variable principal fue infección grave incidente y mortalidad por infección. Las principales medidas de resultado fueron la infección grave incidente y la infección mortal. La infección mortal se definió como una muerte en la que la infección desempeñaba un papel clave, ya sea inmediatamente o durante los 30 días siguientes al último ingreso por infección. Se evaluaron focos infecciosos. Las tasas de incidencia (TI) para la infección y la mortalidad se calcularon por 100 personas-año (p-y), y se realizaron 3 modelos multivariados para explorar los factores asociados con la primera infección, total de infecciones y mortalidad.

Tabla 1. Características basales de pacientes con AR-EPI

Variable	N = 148
Características epidemiológicas	
Sexo, mujer, n (%)	84 (56,8)
Raza caucásica, n (%)	143 (96,6)
Edad en años, media (DE)	69,0 (9,6)
Comorbilidades	
Dislipemia, n (%)	56 (37,8)
Hipertensión arterial, n (%)	72 (48,6)
Hábito tabáquico	
No fumador, n (%)	76 (51,4)
Fumador, n (%)	27 (18,2)
Exfumador, n (%)	45 (30,4)
Diabetes mellitus, n (%)	25 (16,9)
Historia de enfermedad cardiovascular, n (%)	24 (16,2)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n (%)	15 (10,1)
Insuficiencia cardiaca congestiva, n (%)	13 (11,8)
Úlcera péptica, n (%)	17 (11,5)
Enfermedad hepática, n (%)	11 (7,4)
Enfermedad renal moderada-grave, n (%)	20 (6,8)
Cáncer, n (%)	11 (7,4)
Osteoporosis, n (%)	56 (37,8)
Características clínicas y analíticas	
Tiempo evolución AR meses, mediana (p25-p75)	140,9 (68,9-221,1)
Retraso diagnóstico meses, mediana (p25-p75)	7,3 (4,2-12,8)
Tiempo evolución EPI, meses, mediana (p25-p75)	32,5 (15,9-53,5)
FR positivo (> 10 UI/ml), n (%)	143 (96,6)
ACPA positivo (> 20 UI/ml), n (%)	129 (87,2)
Enfermedad erosiva, n (%)	88 (59,5)
Tratamientos	
FAME sintético convencional	122 (82,4)
Metotrexato, n (%)	60 (40,5)
Leflunomida, n (%)	37 (25,0)
Sulfasalazina, n (%)	9 (6,1)
Hidroxicloroquina, n (%)	29 (19,6)
FAME biológico	81 (54,7)
Infliximab, n (%)	1 (0,7)
Etanercept, n (%)	7 (4,7)
Adalimumab, n (%)	3 (2,0)
Golimumab, n (%)	3 (2,0)
Certolizumab, n (%)	3 (2,0)
Tocilizumab, n (%)	6 (4,1)
Abatacept, n (%)	39 (26,4)
Rituximab, n (%)	19 (12,8)
Inmunosupresores	28 (18,9)
Micofenolato, n (%)	23 (15,5)
Azatioprina, n (%)	5 (3,4)
Antifibróticos, nintedanib n (%)	2 (1,4)
Glucocorticoides, n (%)	106 (71,6)
Dosis de glucocorticoides, mediana (RIC)	5,0 (0,0-7,5)

AR: artritis reumatoide; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; DE: desviación estándar; FR: factor reumatoide; ACPA: anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados; FAME: fármacos modificadores de la enfermedad.

Tabla 2. Número de infecciones y TI del total de infecciones estratificadas por totales, primera infección, las infecciones con germen identificado y las muertes por infección

Localización	Total infecciones (N = 368)		Infecciones con microorganismo identificado (N = 134)	Primera infección (N = 142)		Mortalidad por infección (N = 31)	
	N (%)	TI (IC95%) × 100 p-y	N (%)	N (%)	TI (IC95%) × 100 p-y	N (%)	TI (IC95%) × 100 p-y
Infecciones pulmonares y del tracto respiratorio	274 (74,5)	39,18 (34,54-43,82)	100 (79,1)	106 (74,6)	15,16 (12,27-18,04)	25 (80,6)	3,57 (2,17-4,98)
Infección del trato urinario	31 (8,4)	4,43 (2,87-5,99)	17 (12,7)	14 (9,9)	2,00 (0,95-3,05)	1 (0,7)	0,14 (0,00-0,42)
Piel y partes blandas	27 (7,3)	3,86 (2,40-5,32)	8 (6,0)	13 (9,1)	1,86 (0,48-2,87)	1 (0,7)	0,14 (0,00-0,42)
Infección del tracto gastrointestinal	9 (2,4)	1,29 (0,45-2,13)	3 (2,2)	3 (2,1)	0,43 (0,00-0,91)	1 (0,7)	0,14 (0,00-0,42)
Artritis séptica	1 (0,3)	0,14 (0,00-0,42)	1 (0,7)	1 (0,7)	0,14 (0,00-0,42)	0 (0,0)	--
Osteomielitis	3 (0,8)	0,43 (0,00-0,91)	1 (0,7)	1 (0,7)	0,14 (0,00-0,42)	0 (0,0)	--
Sepsis	4 (1,1)	0,57 (0,00- 1,13)	2 (1,5)	0 (0,0)	--	3 (2,0)	0,43 (0,00-0,91)
Infección ocular y orbitaria	6 (1,6)	0,86 (0,17-1,54)	0	1 (0,7)	0,14 (0,00-0,42)	0 (0,0)	--
Infección oral y dentaria	6 (1,6)	0,86 (0,17-1,54)	1 (0,7)	2 (1,4)	0,19 (0,00-0,68)	0 (0,0)	--
Infecciones otorrinolaringológicas	5 (1,3)	0,71 (0,10-1,34)	0	0 (0,0)	--	0 (0,0)	--
Infección genital	2 (0,5)	0,19 (0,00-0,68)	1 (0,7)	1 (0,7)	0,14 (0,00-0,42)	0 (0,0)	--

AR: artritis reumatoide; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; TI: tasa de incidencia.

Tabla 3. Microorganismos causantes de las infecciones totales, primeras infecciones y mortalidad por infección

Germen	Localización	Número total de infecciones	Número con 1ª infección	Número mortalidad
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Articular	1	1	0
	Sepsis	1	0	1
<i>Haemophilus influenzae</i>	Respiratoria	13	0	3
	Respiratoria	4	2	1
<i>Escherichia coli</i>	Urinaria	16	5	0
<i>Streptococo pneumoniae</i>	Respiratoria	16	8	3
<i>Herpes Zoster</i>	Cutánea	4	2	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Respiratoria	3	3	1
	Urinaria	1	1	0
SARS-CoV-2	Respiratorias	45	14	8
<i>Candida albicans</i>	Bucal	1	1	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	Piel y partes blandas	3	3	0
<i>Streptococcus</i>	Sepsis	1	0	0
	Respiratoria	1	0	0
	Cutánea	1	1	0
<i>Enterobacteria</i>	Respiratoria	1	1	0
	Osteomielitis	1	1	0
Influenza virus A	Respiratoria	7	1	1
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Respiratoria	3	1	0
Virus hepatitis B	Gastrointestinal	1	1	0
<i>Helicobacter pylori</i>	Gastrointestinal	1	0	0
<i>Aspergillus</i>	Respiratoria	3	0	0
Virus papiloma humano	Genital	1	0	0
Virus respiratorio sincitial	Respiratoria	2	0	1
<i>Campylobacter jejuni</i>	Respiratoria	1	0	0
<i>Clostridium difficile</i>	Gastrointestinal	1	0	0
Tuberculosis	Respiratoria	1	0	0

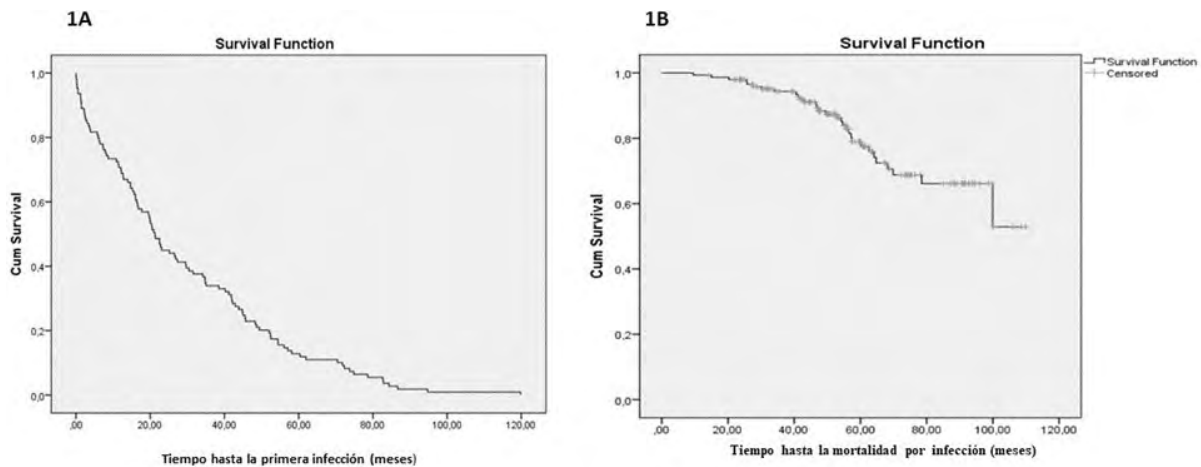


Figura 1: Curvas de supervivencia; 1A: Tiempo hasta la primera infección; 1B: Tiempo hasta la muerte por infección.

Resultados: Ciento cuarenta y ocho pacientes con EPID-AR fueron seguidos durante una mediana de 56,7 meses (699,3 p-y) (tabla 1). Durante este tiempo, 142 pacientes (96%) experimentaron al menos una infección y se registraron 368 episodios infecciosos diferentes, con una TI de 52,6 por 100 p-y. La mediana (RIC) de tiempo hasta la primera infección fue de 21,2 (8,0-45,2) meses (fig. 1A), y aquellos pacientes que sufrieron mortalidad por infecciones, frente al resto de pacientes (i.e. continuaron viviendo o fallecieron por otras causas) presentaron mayor número de infecciones previas y mayores tasas de infección (TI [IC95%] 84,39 [68,34-100,46] por 100 p-y vs. 45,74 [40,20-51,28] por 100 p-y; IRR [IC95%] 1,84 [1,48-2,30]) (fig. 1B). De los 48 pacientes fallecidos, el 65% fue por infecciones. Las infecciones pulmonares predominaron como primera infección (74%), total de infecciones (74%) y mortalidad (80%), donde fueron frecuentes los agentes como SARS CoV-2, *S. pneumoniae*, *P. aeruginosa* y el Influenza virus A (tablas 2 y 3). Los tres modelos multivariante de Cox (primera infección, número de infecciones y mortalidad) fueron coherentes, destacando que la edad, la actividad inflamatoria por DAS28 y el tratamiento con glucocorticoides e inmunosupresores son factores destacados en el riesgo infeccioso y mortalidad de los pacientes con EPID-RA. Y en relación con la situación pulmonar, la duración de la EPID y el grado de afectación de la DLCO fueron importantes.

Conclusiones: Los pacientes con EPID-AR tienen un elevado riesgo de infecciones graves, sobre todo respiratorias, de forma temprana y recurrente con una alta letalidad. La presencia de factores asociados como edad avanzada, actividad inflamatoria articular y los tratamientos evidencian la importancia de una atención médica preventiva e integral.

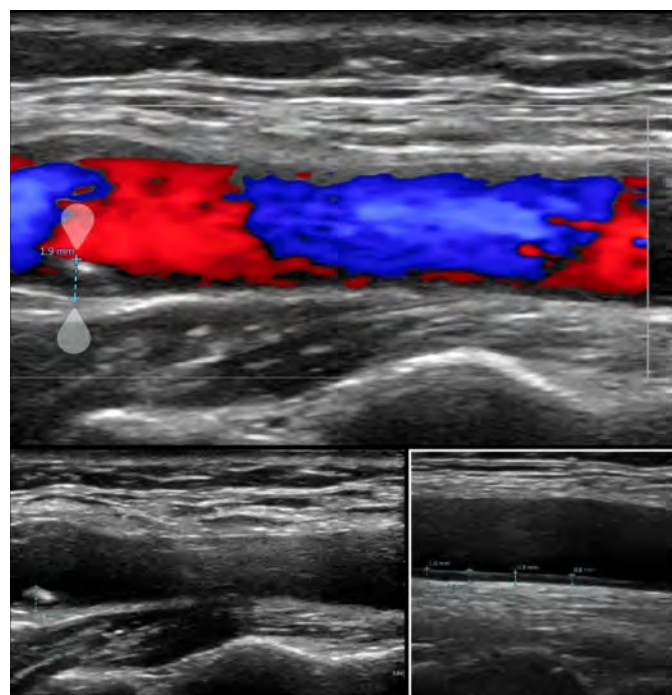


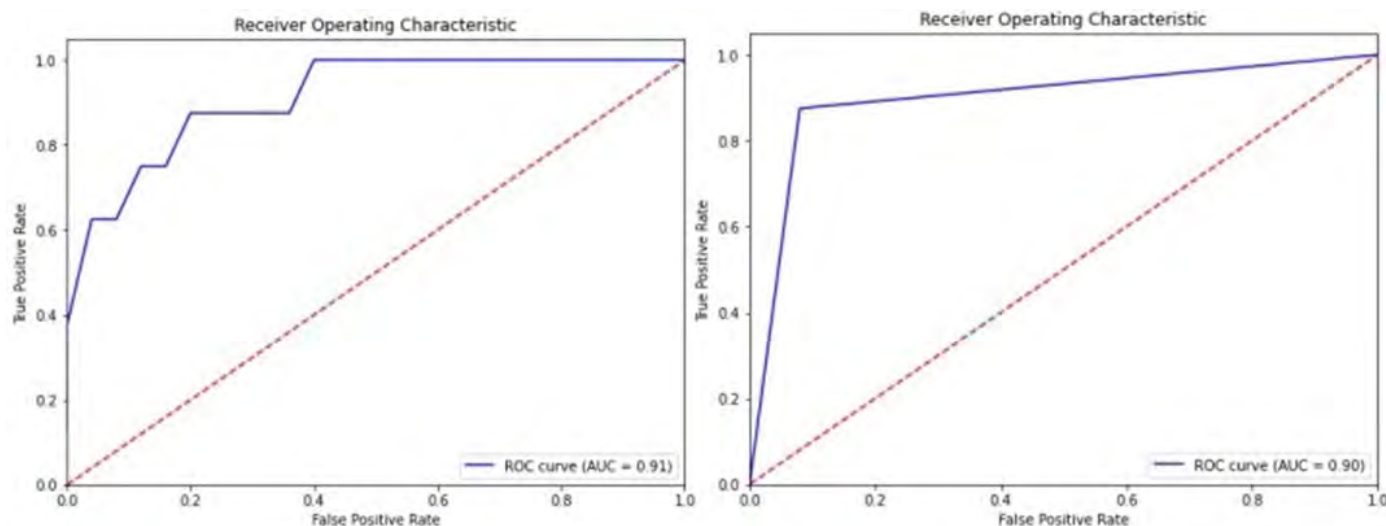
Figura 1. Hallazgos patológicos en la ecografía carotídea. Placa ateromatosa de 1,9 mm y grosor íntimo medial > 0,9 mm.

P002. EVENTO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CASTILLA LA MANCHA. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA

David Velasco Sánchez¹, Marco Aurelio Ramírez Huaranga¹, Luis Ángel Calvo Pascual², David Castro Corredor¹, María Dolores Mínguez Sánchez¹, Verónica Salas Manzanedo¹, Eva Revuelta Evrard¹, Rocío Arenal López¹, Joaquín Anino Fernández¹, Marina González Peñas¹, Lourdes Martín de la Sierra López¹, Laura María Jiménez Rodríguez¹, Alberto López Menchero Mora¹ y Marcos Paulino Huertas¹

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) presenta una mortalidad de 1,3 a 3 veces superior a la población general donde destaca la mortalidad de origen cardiovascular en un 40-50%. Se ha identificado que la inflamación crónica es un fuerte predictor de este tipo de eventos. Actualmente, la enfermedad cardiovascular se considera una manifestación extraarticular de la AR siendo un factor de riesgo independiente de los tradicionales. Por ello, la Liga Europea contra Enfermedades Reumáticas (EULAR) planteó el uso del SCOREm para evaluar el riesgo cardiovascular en pacientes con AR, objetivándose en los grupos clasificados de riesgo bajo e intermedio la presencia de aterosclerosis subclínica por ecografía carotídea y el desarrollo de ECV a corto-medio plazo. La búsqueda de herramientas para identificar el riesgo cardiovascular conllevó a destacar la utilidad clínica de la ecografía carotídea, especialmente la medición del grosor íntimo medial (GIM) y la detección de placas ateromatosas (PA),



P002 Figura 2. Curvas ROC donde la variable objetivo es el evento cardiovascular y la variable de clasificación es GIM en la izquierda y PA en la derecha.

consideradas marcadores no invasivos de arterioesclerosis subclínica. Hace 10 años nuestro equipo realizó un estudio en una cohorte de pacientes con AR donde se objetivó la falta de correlación entre el SCOREm y la arterioesclerosis subclínica en ecografía carotídea. Se observó un aumento del riesgo cardiovascular con $GIM \geq 0,9$ mm y la presencia de PA.

Métodos: Este estudio se basa en una cohorte de 119 pacientes con AR en Castilla La Mancha recogida en 2013 y busca determinar si la arterioesclerosis subclínica, evaluada mediante ecografía carotídea, puede predecir el desarrollo de eventos cardiovasculares (ECV) a 10 años. Se excluyeron pacientes con factores de riesgo conocidos para minimizar su influencia en los resultados. Se utilizó el grosor íntimo medial (GIM) y la presencia de placas ateromatosas (PA) como marcadores de arterioesclerosis subclínica.

Resultados: A lo largo de los 10 años de seguimiento tras la evaluación inicial del riesgo cardiovascular mediante SCOREm y ecografía carotídea, 8 (24%) pacientes presentaron un ECV. 3 (9%) episodio de insuficiencia cardíaca, 3 (9%) accidente cerebrovascular y 2 (6%) infarto agudo de miocardio. Los pacientes con AR que desarrollaron un ECV habían presentado un GIM mayor ($0,97 \pm 0,08$ mm) en comparación con los pacientes con AR que no tuvieron complicaciones CV ($0,74 \pm 0,15$ mm) ($p = 0,003$). La presencia de una $GIM \geq 0,9$ mm y PA presentó un riesgo relativo de 12,25 ($p = 0,012$) y 18,66 ($p = 0,003$), respectivamente, para el desarrollo de un ECV.

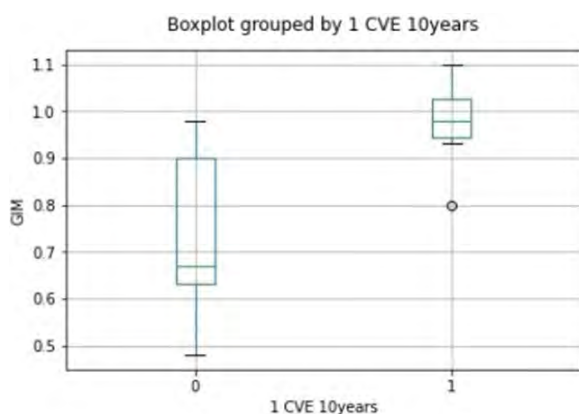


Figura 3. Boxplot de GIM por ataque cardiovascular.

Conclusiones: Nuestro estudio destaca que la ecografía carotídea, especialmente el $GIM \geq 0,9$ mm, predice eventos cardiovasculares a 10 años en pacientes con AR sin otros factores de riesgo conocidos. Durante la década de seguimiento, el 24% de los pacientes presentó ECV, superando hallazgos de estudios previos a 5 años. La ecografía carotídea, siendo una herramienta no invasiva y de bajo coste, ha demostrado ser valiosa para estratificar el riesgo cardiovascular,

incidiendo así en la importancia de su inclusión en la evaluación clínica. La ecografía carotídea en pacientes con AR nos podría permitir la detección precoz de aterosclerosis subclínica antes del desarrollo de ECV. Por esto, proponemos que se debería realizar una evaluación ecográfica de la arteria carótida a todos los pacientes con AR para establecer un subgrupo de pacientes con alto riesgo de ECV que requerirán un mejor control de la enfermedad y de los factores de riesgo tradicionales.

P003. LA FATIGA EN LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS: RELACIÓN CON LAS VARIABLES QUE CONFORMAN LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD

Samantha Rodríguez Muguruz, Sonia Castro Oreiro, María José Poveda, Nuria del Castillo, Pilar Alamillo y Ramon Fontova

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Introducción: La fatiga es un síntoma relevante en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. Diversos estudios muestran su relación con aspectos sociales, emocionales, propios de la enfermedad o del tratamiento. La relación entre la fatiga y la actividad inflamatoria es controvertida.

Objetivos: Correlacionar la fatiga y las variables que conforman los índices de medida de actividad inflamatoria en pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA).

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en las consultas externas de reumatología del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona de mayo a noviembre de 2023. Se invitó a participar a pacientes mayores de 18 años que cumplían los criterios diagnósticos de AR, APs o EA, excluyendo aquellos con diagnóstico de fibromialgia o con incapacidad para el entendimiento del cuestionario. Se midió la fatiga con el Functional Assessment of chronic illness Therapy Fatigue Scale (FACIT-F), escala con valores del 0 al 52, en donde 0 es el mayor grado de fatiga y 52 es ausencia de fatiga. Se utilizó una correlación de Spearman para determinar la relación entre la fatiga y las variables que conforman los índices de medida de actividad inflamatoria.

Resultados: Participaron un total de 183 pacientes: 92 (50,3%) AR, 50 (27,3%) APs y 41 (22,4%) EA. Se encontró que el DAS28, DAPSA y ASDAS se relacionaron significativamente con la fatiga medida en pacientes con AR, APs y EA respectivamente (tabla). En los pacientes con AR, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la fatiga y el número de articulaciones dolorosas (NAD), tumefactas (NAT) y la valoración global del paciente (VGP) pero no con la VSG (mm) ni la PCR (mg/dL). En los pacientes con APs, la fatiga y la valoración nivel de dolor articular en la última semana por el paciente (VGD), VGP y NAD tuvieron correlación, sin embargo, no hubo relación entre NAT y PCR (mg/dL). En los pacientes con EA, se encontró relación entre la fatiga y el dolor axial, el

Tabla P003

Correlación entre fatiga y las variables que conforman los índices de actividad en pacientes con AR, APs y EA

	AR	p	APs	p	EA	p
Actividad de la enfermedad	-0,49 (DAS28)	0,001	-0,45 (DAPSA)	0,001	-0,70 (ASDAS)	0,001
PCR (mg/dL)	-0,07	0,352	-0,08	0,576	-0,14	0,372
VSG (mm)	-0,14	0,180			-0,02	0,898
NAD	-0,40	0,001	-0,12	0,402		
NAT	-0,263	0,011	-0,19	0,185		
VGP	-0,54	0,001	-0,53	0,001	-0,76	0,001
VGD			-0,39	0,005	-0,33	0,032
Dolor axial					-0,59	0,001
Duración de la rigidez					0,64	0,001

dolor periférico, la rigidez matutina y la VGP pero no con la PCR (mg/dL) ni la VSG (mm).

Conclusiones: El presente estudio demuestra la relación entre la fatiga y los índices de actividad inflamatoria en pacientes con AR, Aps y EA. Sin embargo al estudiar cada una de las variables que conforman los índices de actividad, se encontró que la fatiga tuvo relación con las variables subjetivas y no con las variables objetivas analíticas. Lo que indica que la fatiga no estaría únicamente influenciada por mecanismos inflamatorios.

P004. PANEL DE BIOMARCADORES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA MEDIANTE ESTUDIO METABOLÓMICO EN SUERO

Samantha Rodríguez-Muguruza^{1,2}, Antonio Altuna-Coy², Verónica Arreaza-Gil², Marina Mendieta-Homs², Sonia Castro Oreiro¹, María José Poveda¹, Nuria del Castillo¹, Ramon Fontova^{1,2} y Matilde R. Chacón²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ²Disease Biomarkers and Molecular Mechanisms Group. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Introducción: El diagnóstico precoz de la artritis reumatoide (AR) es fundamental para evitar el proceso destructivo articular que se inicia en las fases tempranas de la enfermedad. Actualmente el factor reumatoide y los anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (ACPA) son ampliamente utilizados para el diagnóstico de la AR sin embargo existe la necesidad de encontrar nuevos biomarcadores más sensibles y específicos.

Objetivos: Identificar un panel de biomarcadores de diagnóstico mediante el análisis metabolómico del suero de pacientes con AR temprana.

Métodos: Estudio observacional de casos-controles. Se recolectó el suero de 32 pacientes con AR de reciente diagnóstico (menor de 6 meses) *naïve* a tratamiento y 19 controles sanos (macheados por edad, sexo y características bioquímicas). Para la identificación del perfil metabolómico del suero de ambos grupos se utilizó la cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masa con analizador de tiempo de vuelo. Se utilizó el *software* R y el paquete MetaboAnalyst® para obtener el mejor modelo discriminador entre ambos grupos mediante el análisis VIP (importancia de la variable para la proyección) y PLS-DA (análisis de regresión de mínimos cuadrados parciales). Se calculó las curvas ROC correspondientes para cada modelo a partir de la comparación del área bajo la curva de este y se obtuvo el mejor modelo predictivo. El MetaboAnalyst *software* se usó para descifrar las posibles vías metabólicas implicadas en la síntesis de los metabolitos desregulados en la librería metabólica de la Enciclopedia Kyoto de genes y genomas.

Resultados: El estudio metabolómico del suero de 32 casos y 19 controles identificó un total de 81 metabolitos, de los cuales 11 se encontraban significativamente alterados entre los grupos de estudio. El análisis de la curva ROC de estos metabolitos mostró que el panel conformado por únicamente 3 metabolitos: el ácido glicérico, ácido láctico y ácido 3-hidroxisovalérico permitían clasificar correctamente al 96,7% de los pacientes con AR temprana con un área bajo la curva de 0,963, con especificidad de 94,4% y sensibilidad de 93,5%. Las vías que presentaban alteraciones asociadas a dichos metabolitos en pacientes con AR temprana están relacionadas con la biosíntesis del aminoacil-tRNA y el metabolismo de la serina, glicina y fenilalanina.

Conclusiones: Según este estudio el panel de 3 biomarcadores compuesto por ácido glicérico, ácido láctico y ácido 3-hidroxisovalérico sería capaz de mejorar al ACPA en un 2,9% en el diagnóstico de la AR temprana.

P005. LA PRÁCTICA DE YOGA PODRÍA MEJORAR LA FUNCIONALIDAD Y EL DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE HAN ALCANZADO REMISIÓN O BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Liliya Yankova Komsalova

Hospital Marina Alta. Denia.

Objetivos: Demostrar que la práctica de yoga y meditación (YM) durante 120 min 1 vez por semana es igual de efectiva que otras prácticas deportivas (PD) para mejorar la percepción del dolor y la funcionalidad en pacientes con artritis reumatoide (AR) que han alcanzado remisión (RE) o baja actividad de la enfermedad (BAE), pero refieren pérdida de calidad de vida a consecuencia de su enfermedad. Demostrar que la práctica de YM es segura y accesible.

Métodos: Estudio prospectivo de tres grupos de participantes ;1) pacientes con AR procedentes de la consulta de Reumatología que han alcanzado RE o BAE, quienes realizan YM 120 min 1 vez por semana durante 12 semanas (ARYg); 2) pacientes con AR que han alcanzado RE o BAE, quienes realizan otras PD 120 minutos por semana, 12 semanas (AREj) y 3) controles sanos quienes realizan YM 120 min una vez por semana, 12 semanas (CSYg). Se evaluaron cambios en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) al inicio y a la semana 12 a través de los cuestionarios SF36; HAQ, EVA de dolor y EVA de fatiga. La flexibilidad se midió en cm a través de la distancia entre las manos con brazos por detrás de la espalda (DMDE) y la distancia dedo-suelo (DDS). La funcionalidad se midió con la prueba de la silla de 30 segundos (PS30s). Las variables fueron presentadas como medias y desviación estándar (DE). La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

Resultados: Un total de 46 personas fueron incluidos en el estudio, 30 con diagnóstico AR y 16 controles sanos. Los pacientes con AR fueron asignados aleatoriamente a uno de los grupos según la orden de llegada a la consulta, 15 ARYg y 15 AREj. La edad media fue de 45,7 CSYg, 49,3 ARYg y 53,1 AREj. 33 (71,73%) eran mujeres y 13 (28,26%) hombres. Todos los pacientes con AR estaban en BAE o RE al inicio del estudio, no habiendo diferencias estadísticas entre los grupos ($p = 0,181$). A la semana 12 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo ARYg en las categorías SF36 Salud mental ($p = 0,0058$); SF36 Dolor corporal ($p = 0,0285$); SF36 Cambios en salud ($p = 0,0179$) y SF36 valor total ($p = 0,0161$). La flexibilidad (DDS) y la funcionalidad también mejoraron significativamente en ambos grupos de yoga. La comparación entre los grupos evidenció una mayor mejoría para el grupo ARYg en comparación con AREj en las categorías SF36 Salud mental ($p = 0,037$); SF36 Dolor corporal ($p = 0,039$); SF36 cambios en salud ($p = 0,005$) y flexibilidad (DDS) ($p = 0,032$), (tabla 1). Dividiendo a los participantes en categorías de no mejoría (< 10%) y mejoría (> 11% de cambios) del SF36 valor total a la semana 12, se observó mayor porcentaje de pacientes con mejoría, 8 (66,67%) en ARYg, comparado con solo 4 (26,67%) en AREj y 2 (18,18%) en CSYg, resultado estadísticamente significativo ($p = 0,04245$), (tabla 2, fig.). No se registraron efectos adversos (EA) graves durante la intervención. La mayoría de los EA se presentaron durante o poco después las clases y se resolvieron en pocos días.

Conclusiones: La práctica de YM podría ser útil para mejorar aspectos importantes de la CVRS como dolor y salud mental en pacientes con AR. Mejorías en la flexibilidad y la funcionalidad podrían ser igualmente beneficiosos para aquellos pacientes que han alcanzado RE o BAE, pero perciben pérdida de calidad de vida debida a la enfermedad. Futuros estudios son necesarios para aclarar cuestiones de tipología, duración, frecuencia e intensidad para determinar la utilidad de la práctica de yoga como un método adicional para mejorar la CVRS en pacientes con AR.

Variable	Grupo	Media (DE)		P dentro de los grupos (medidas pareadas)	P entre grupos		Tamaño del efecto
		Inicio	12 semanas		AR yoga/Control yoga	AR yoga/AR ejercicio	
SF36 Función física	Control yoga	85.8 (16.4)	90.0 (13.0)	0.0578			0.231
	AR yoga	60.0 (22.1)	65.8 (27.4)	0.5900	0.551	0.822	0.141
	AR ejercicio	83.0 (20.1)	84.3 (21.6)	0.7172			0.063
SF36 Rol físico	Control yoga	91.9 (16.3)	93.8 (15.5)	0.7855			0.163
	AR yoga	66.7 (38.6)	87.5 (25.0)	0.1048	0.405	0.18	0.509
	AR ejercicio	86.7 (28.1)	88.3 (26.5)	1.00			0.061
SF36 Rol emocional	Control yoga	97.4 (9.2)	94.5 (13.0)	1.0			0
	AR yoga	86.7 (27.6)	91.7 (28.9)	0.8501	0.472	0.876	0
	AR ejercicio	91.1 (26.6)	93.3 (25.8)	1.00			0.085
SF36 Vitalidad	Control yoga	60.4 (18.9)	62.1 (23.3)	0.7253			0.021
	AR yoga	47.7 (18.6)	54.6 (24.3)	0.4540	0.643	0.825	0.259
	AR ejercicio	65.0 (23.5)	69.7 (19.9)	0.4535			0.214
SF36 Salud mental	Control yoga	80.3 (10.0)	78.0 (14.7)	0.3452			0.369
	AR yoga	57.9 (15.5)	78.3 (18.7)	0.0058	0.002	0.037	1.039
	AR ejercicio	76.5 (21.4)	81.3 (18.1)	0.5281			0.242
SF36 Función social	Control yoga	92.3 (12.0)	88.5 (14.6)	0.7728			0.089
	AR yoga	61.7 (25.6)	76.0 (22.9)	0.0583*	0.048	0.533	0.571
	AR ejercicio	80.0 (24.5)	90.0 (19.6)	0.1248			0.447
SF36 Dolor corporal	Control yoga	63.1 (22.3)	73.8 (18.4)	0.0915			0.682
	AR yoga	41.5 (28.7)	55.4 (24.2)	0.0285	0.682	0.039	0.675
	AR ejercicio	70.0 (22.7)	71.3 (25.0)	0.8114			0.056
SF36 Salud general	Control yoga	70.0 (16.6)	66.7 (17.1)	1.00			0.077
	AR yoga	32.7 (12.4)	37.7 (21.4)	0.3797	0.731	0.503	0.211
	AR ejercicio	68.0 (21.8)	66.7 (20.2)	1.00			0.063
SF36 Cambios en salud	Control yoga	51.9 (12.3)	56.2 (15.5)	0.4237			0.303
	AR yoga	56.7 (32.0)	72.9 (24.9)	0.0179	0.0602*	0.005	0.687
	AR ejercicio	66.7 (26.2)	66.7 (26.2)	0.8501			0.000
SF36 valor total	Control yoga	77.0 (6.0)	78.7 (7.3)	0.2402			0.373
	AR yoga	56.8 (16.2)	68.9 (19.5)	0.0161	0.0792*	0.107	0.606
	AR ejercicio	75.7 (15.7)	78.5 (15.2)	0.2293			0.178
Distancia entre manos(cm)	Control yoga	1.2 (2.3)	0.7 (1.6)	0.7103			0.184
	AR yoga	9.8 (11.1)	2.7 (5.6)	0.0579	0.0751*	0.611	0.756
	AR ejercicio	8.3 (9.6)	4.9 (6.5)	0.0343			0.333
Distancia dedo suelo(cm)	Control yoga	3.8 (4.6)	0.5 (1.4)	0.035			0.659
	AR yoga	7.4 (8.6)	3.5 (5.6)	0.022	0.0937	0.032	0.476
	AR ejercicio	8.0 (8.9)	7.4 (9.4)	0.4753			0.061
Prueba de la silla	Control yoga	18.4 (3.1)	21.0 (6.1)	0.0460			0.356
	AR yoga	11.6 (2.1)	14.0 (3.5)	0.0284	0.581	0.075*	0.828
	AR ejercicio	15.5 (4.4)	16.5 (3.7)	0.1294			0.233
DAS 28 VSG inicio	Control yoga	NR					
	AR yoga	2.2 (0.6)	2.2 (0.6)	0.6245		0.751	0.007
	AR ejercicio	2.0 (0.6)	1.9 (0.7)	0.8385			0.053

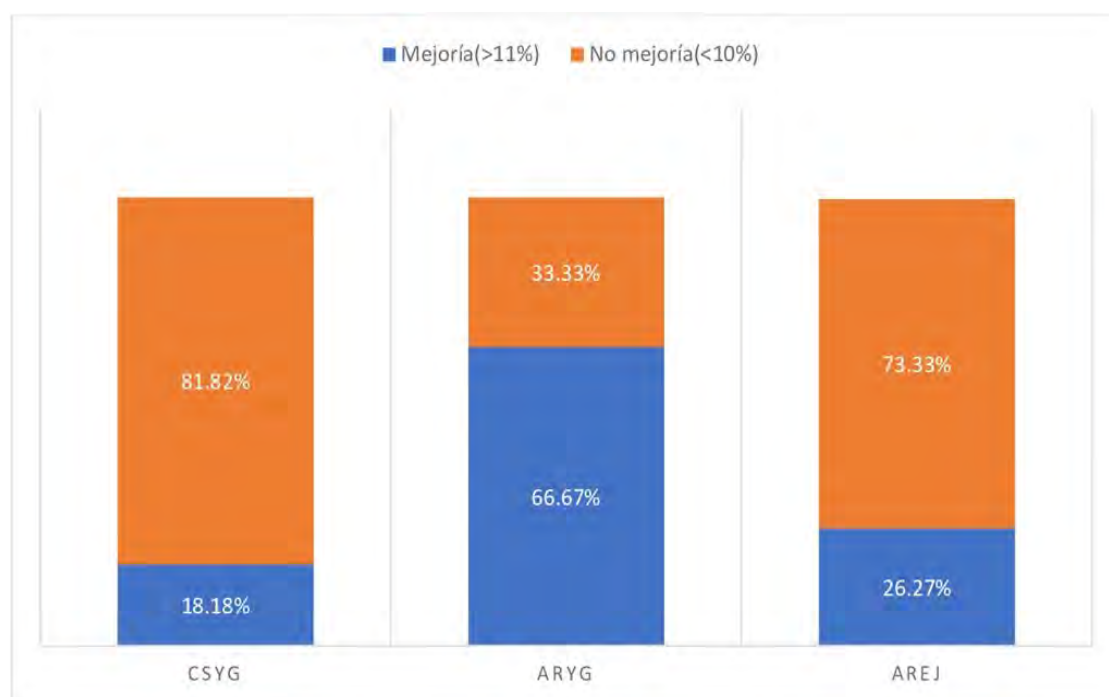
Tabla 1.

Cambios en SF 36 valor total (sem12)	Nº de pacientes(porcentaje)		
	Controles sanos Yoga	AR yoga	AR ejercicio
No mejoría (<10 %)	9(81.82%)	4(33.33%)	11(73.33%)
Mejoría (>11%)	2(18.18%)	8(66.67%) *	4(26.67%)

Tabla 2

*(p<0.05)

Tabla 2.



P005 Figura

P006. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL VERSUS REUMATÓLOGO EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. ¿PENSAMOS IGUAL?

O. Rusinovich Lovgach¹, E. Calvo Aranda³, C. M. Gómez González³, P. Cardoso Peñafiel³, A. Ramos Lisbona⁴, P. Navarro Palomo¹, M. Machattou¹, M. Alonso de Francisco¹, C. Navarro Joven¹, A. Martínez Rodado¹, L. Ramos Ortiz de Zárate¹, P. Navarro Alonso², M. Cantalejo Moreira², A. Díaz Oca², M. Fernández Castro¹, H. Godoy Tundidor¹, C. Merino Argumáñez¹, B. García Magallon¹, C. Barbadillo Mateos¹, C.M. Isasi Zaragoza¹, J. Campos Esteban², J. Sanz Sanz¹ y J.L. Andreu Sánchez¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada. ³Hospital Universitario Infanta Leonor. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La toma de decisiones en el tratamiento de la artritis reumatoide es un proceso complejo. La opinión sobre el uso de inteligencia artificial (IA) en la toma de decisiones terapéuticas es un tema controvertido, mientras unos ven en IA un aliado, otros una amenaza.

Objetivos: Comparar la actitud de los reumatólogos españoles en diferentes supuestos clínicos con las respuestas proporcionadas por IA.

Métodos: Se remitió un formulario Google en línea de 15 preguntas por 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, posteriormente la encuesta fue completada por ChatGPT 3,5 y ChatGPT 4 (22 de diciembre de 2023).

Resultados: Se recogieron 108 encuestas. En pacientes con AR de reciente comienzo con factores de mal pronóstico, la mitad de los encuestados (50%) comienzan tratamiento con FAMEsc + rápida escalada a FAMEb/sd si respuesta es insuficiente, mientras chatGPT 3,5 se inclina por FAMEb/sd ± MTX desde el inicio y chatGPT 4 por la terapia combinada con ≥ 2 FAMEsc. La mayoría de los reumatólogos (47,2%) y ChatGPT 3,5 y 4 coinciden que el perfil del paciente es el factor de mayor peso a la hora de elegir el fármaco.

Los factores más relevantes a la hora de elegir cada FAME son: anti-TNF, reumatólogos (47,2%) por su coste-efectividad; IA por su eficacia; anti-IL6, por su eficacia (reumatólogos (72,2%) e IA); abatacept, por su eficacia y seguridad en pacientes EPID-AR (reumatólogos (53,7%) e IA); rituximab, por su seguridad en pacientes refractarios a otros tratamientos (reumatólogos (76,9%) y ChatGPT 3,5), por su eficacia en pacientes seropositivos (ChatGPT 4); inhibidor de JAK, por la posibilidad de uso en monoterapia (reumatólogos (40,7%) y ChatGPT 3,5) y eficacia (ChatGPT 4). El factor más importante que hace cambiar de tratamiento a los reumatólogos (57,4%) y Chat GPT 4 es la medición de actividad, mientras ChatGPT 3,5 respondió "existencia de otras alternativas terapéuticas potencialmente más efectivas o seguras". Si hay buena respuesta terapéutica, la mayoría de reumatólogos (50%) y ChatGPT 4 optimizaría el intervalo de administración de FAMEb/sd, mientras que ChatGPT 3,5 optimizaría simultáneamente el FAMEsc y FAMEb/sd. En cuanto al uso de corticoides, la mayoría de los compañeros (79,6%) y ChatGPT4 prefieren intentar suspenderlos cuanto antes, mientras ChatGPT 3,5 optaría por mantener dosis bajas, salvo que haya comorbilidades. En caso de embarazo, 59,3% de los encuestados sustituye el fármaco por uno más seguro, mientras IA se mantendría el fármaco si se trata de antiTNF. El diagnóstico incidente de cáncer es motivo de suspensión de todos los FAMEb/sd para el 47,2% de los encuestados, sin embargo, la IA preferiría mantener/cambiar a rituximab si el paciente está recibiendo FAMEb/sd. Finalmente, los fármacos biosimilares se consideran igual de eficaces y seguros que los originales tanto por los reumatólogos (80,6%) como IA.

Conclusiones: Se ha observado una llamativa heterogeneidad en la forma de actuar en supuestos clínicos complejos, tanto entre los reumatólogos, como en comparación con ChatGPT. Entre los reumatólogos, hay consenso en la necesidad de limitar el uso de corticoides, en empleo de índices de actividad para evaluar la respuesta terapéutica y en la amplia aceptación de fármacos biosimilares, esta última también apoyada por la IA. ChatGPT 4 muestra mayor concordancia con las opiniones del reumatólogo que ChatGPT 3.5.

PO07. BREAKTHROUGH SARS-COV-2 INFECTION AND DISEASE FLARES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: RESULT FROM COVAD E-SURVEY STUDY

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, Jun-Peng Chen², Elena Nikiphorou^{3,4}, Chi-Wei Tseng⁵, Carlos Enrique Toro Gutiérrez⁶, Ai Lyn Tan^{7,8}, Arvind Nune⁹, Esha Kadam¹⁰, Masataka Kuwana¹¹, Jessica Day^{12,13,14}, Sreoshi Saha¹⁵, Tsvetelina Velikova¹⁶, James B. Lilleker^{17,18}, Carlo V. Caballero-Urbe¹⁹, Parikshit Sen²⁰, Hector Chinoy^{21,22,23}, Rohit Aggarwal²⁴, Vikas Agarwal²⁵, Latika Gupta^{26,27,28} and Yi-Ming Chen^{29,30,31,32}

¹Rheumatology. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

²Department of Medical Research. Taichung Veterans General Hospital.

Taichung City. Taiwan. ³Centre for Rheumatic Diseases. King's College

London. London. UK. ⁴Rheumatology Department. King's College

Hospital. London. UK. ⁵Division of Allergy, Immunology and

Rheumatology. Department of Internal Medicine. Taichung Veterans

General Hospital. Taichung City. Taiwan. ⁶Reference Center for

Osteoporosis. Rheumatology and Dermatology. Pontificia Universidad

Javeriana Cali. Colombia. ⁷NIHR Leeds Biomedical Research Centre.

Leeds Teaching Hospitals Trust. Leeds. UK. ⁸Leeds Institute of Rheumatology

and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Leeds. UK.

⁹Southport and Ormskirk Hospital NHS Trust. Southport. PR8 6PN. UK.

¹⁰Seth Gordhandhas Sunderdas Medical College and King Edwards

Memorial Hospital. Mumbai. Maharashtra. India. ¹¹Department of

Allergy and Rheumatology. Nippon Medical School Graduate School of

Medicine. Sendagi. Bunkyo-ku. Tokyo. Japan. ¹²Department of

Rheumatology. Royal Melbourne Hospital. Parkville. Australia. ¹³Walter

and Eliza Hall Institute of Medical Research. Parkville. Australia.

¹⁴Department of Medical Biology. University of Melbourne. Parkville.

Australia. ¹⁵Mymensingh Medical College. Mymensingh. Bangladesh.

¹⁶Medical Faculty. Sofia University St. Kliment Ohridski. Sofia. Bulgaria.

¹⁷Division of Musculoskeletal and Dermatological Sciences. Centre for

Musculoskeletal Research. School of Biological Sciences. Faculty of

Biology. Medicine and Health. Manchester Academic Health Science

Centre The University of Manchester. Manchester. UK. ¹⁸Manchester

Centre for Clinical Neurosciences. Salford Royal NHS Foundation Trust.

Salford. UK. ¹⁹Department of Medicine. Hospital Universidad del Norte.

Barranquilla. Atlántico. Colombia. ²⁰Maulana Azad Medical College.

Delhi. India. ²²National Institute for Health Research Manchester

Biomedical Research Centre. Manchester University NHS Foundation

Trust. The University of Manchester. Manchester. UK. ²³Department of

Rheumatology. Salford Royal Hospital. Northern Care Alliance NHS

Foundation Trust. Salford. UK. ²⁴Division of Rheumatology and Clinical

Immunology. University of Pittsburgh School of Medicine. Pittsburgh.

Pennsylvania. USA. ²⁵Department of Clinical Immunology and

Rheumatology. Sanjay Gandhi Postgraduate Institute of Medical

Sciences. Lucknow. India. ²⁶Department of Rheumatology. Royal

Wolverhampton Hospitals NHS Trust. Wolverhampton. UK.

²⁸Department of Rheumatology. City Hospital. Sandwell and West

Birmingham Hospitals NHS Trust. Birmingham. UK. ²⁹Division of

Allergy, Immunology and Rheumatology. Department of Medical

Research. Taichung Veterans General Hospital. Taiwan. ³⁰Department of

Post-Baccalaureate Medicine. College of Medicine. National

Chung-Hsing University. Taichung City. Taiwan. ³¹Precision Medicine

Research Center. College of Medicine. National Chung Hsing University.

Taichung City. Taiwan. ³²School of Medicine. National Yang-Ming Chiao

Tung University. Taipei. Taiwan.

Introduction: COVID-19 has been suggested as a possible trigger of disease flares in patients with rheumatoid arthritis (RA). However, factors associated with disease flares remain unknown. This study aimed to identify factors associated with breakthrough infection (BI) and disease flares in patients with RA following COVID-19.

Methods: We analysed data from RA patients who participated in the COVID-19 vaccination in autoimmune diseases (COVAD) study. Demographic data, patient-reported outcomes, comorbidities, pharmacologic treatment and details regarding disease flares were extracted from the COVAD database. Factors associated with disease flare-ups were determined by multivariate logistic regression analysis.

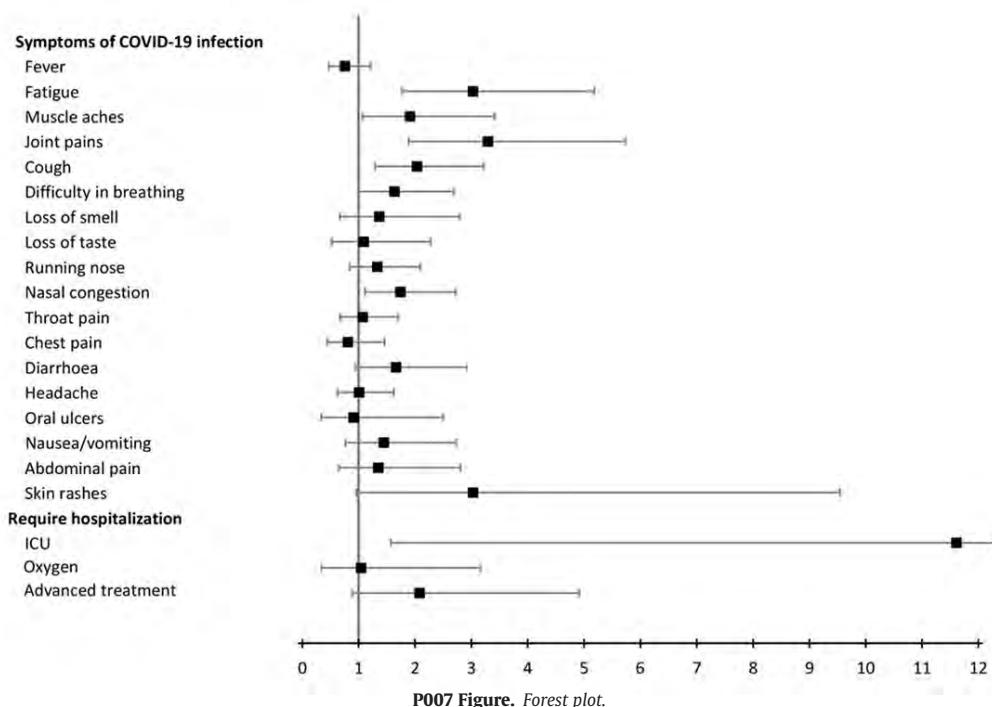
Results: The analysis comprised 1,928 patients with RA who participated in the COVAD study. Younger age, Caucasian ethnicity, comorbidities with obstructive chronic pulmonary disease and asthma were associated with COVID-19 breakthrough infection. Moreover, younger age (odds ratio (OR): 0.98, 95% CI: 0.96-0.99, p < 0.001), ethnicity other than Asian, past history of tuberculosis (OR: 3.80, 95% CI: 1.12-12.94, p = 0.033), treatment with methotrexate (OR: 2.55, 95%CI: 1.56-4.17, p < 0.001), poor global physical health (OR: 1.07, 95% CI: 1.00-1.15, p = 0.044) and mental health (OR: 0.91, 95%CI: 0.87-0.95, p < 0.001) were independent factors associated disease flares in patients with RA (table).

Conclusions: Our study highlights the impact of socio-demographic factors, clinical characteristics and mental health on disease flares

Factors associated with disease flare in patients with RA after COVID breakthrough infections

	Univariate				Multivariable			
	OR	95%CI		p	OR	95%CI	p	
Age	0.98	(0.97-	0.99)	< 0.001**		(0.96-	0.99)	< 0.001**
Gender								
Female	Reference							
Male	0.76	(0.46-	1.24)	0.268				
Ethnicity								
Asian	Reference				Reference			
Caucasian	3.73	(2.15-	6.47)	< 0.001**		(2.43-	7.72)	< 0.001**
African American or of African origin	4.13	(2.02-	8.46)	< 0.001**		(1.73-	7.64)	0.001**
Hispanic	3.45	(1.78-	6.66)	< 0.001**		(1.88-	7.34)	< 0.001**
Native American/Indigenous/Pacific Islander	1.5	(0.19-	12.01)	0.704		(0.18-	12.60)	0.697
Mixed	2.87	(1.17-	7.02)	0.021*		(1.18-	7.34)	0.021*
Other	2.65	(1.16-	6.09)	0.021*		(1.21-	6.64)	0.017*
Comorbidities								
Asthma	1.49	(0.99-	2.25)	0.057		(0.78-	1.90)	0.394
Interstitial Lung Disease	1.89	(0.99-	3.58)	0.053		(1.00-	4.04)	0.051
Tuberculosis	3.41	(1.06-	10.97)	0.040*		(1.12-	12.94)	0.033*
Medication								
Glucocorticoid	1.98	(1.20-	3.25)	0.007**		(0.71-	2.23)	0.425
Methotrexate	2.8	(1.82-	4.31)	< 0.001**		(1.56-	4.17)	< 0.001**
Hydroxychloroquine	2.9	(1.44-	5.84)	0.003**		(0.76-	4.18)	0.186
Anti TNF agents†	3.72	(1.68-	8.24)	0.001**		(0.94-	5.77)	0.066
JAK inhibitors+	4.27	(1.27-	14.29)	0.019*		(0.80-	10.78)	0.106
PROMIS global physical health	1.07	(1.00-	1.15)	0.044*		(1.00-	1.18)	0.040*
PROMIS global mental health	0.91	(0.87-	0.95)	< 0.001**		(0.87-	0.95)	< 0.001**

By Logistic regression. *p < 0.05, **p < 0.01. †infliximab, adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept. +tofacitinib, baricitinib, upadacitinib.



P007 Figure. Forest plot.

in patients with RA. These insights may help determine relevant strategies to proactively manage RA patients at risk of flares.

P008. PROTEÍNA KREBS VON DEN LUNGEN-6 COMO BIOMARCADOR SÉRICO CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PRECISO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

Verónica Pulito-Cueto^{1,2}, Belén Atienza-Mateo^{1,2}, J. Gonzalo Ocejo-Vinyals³, Víctor M. Mora-Cuesta^{1,4}, David Iturbe-Fernández^{1,4}, Joao Carlos Batista-Liz^{1,2}, María Sebastián Mora-Gil^{1,2}, Ana Triguero-Martínez⁵, Patricia Quiroga Colina⁵, Esther F. Vicente-Rabaneda⁵, Santos Castañeda⁵, José M. Cifrián^{1,4}, Ricardo Blanco^{1,2} y Raquel López-Mejías^{1,2}

¹Grupo de Inmunopatología. Marqués de Valdecilla University Hospital-IDIVAL. Santander. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Departamento de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Departamento de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una de las principales causas de mortalidad en los pacientes con artritis reumatoide (AR)¹. El diagnóstico precoz de la AR-EPI⁺ es fundamental para evitar daños pulmonares irreversibles en estos pacientes¹, sin embargo hoy en día aún no se dispone de biomarcadores séricos válidos para identificar esta grave enfermedad. En este contexto, la proteína Krebs von den Lungen-6 (KL-6), una glicoproteína mucinosa que se expresa en las membranas superficiales de las células epiteliales alveolares y bronquiolares, se ha visto implicada con la patogénesis de la EPI asociada a enfermedades autoinmunes (EAs)²⁻⁴. **Objetivos:** Estudiar el papel de KL-6 como biomarcador de cribado para el diagnóstico precoz y preciso de la AR-EPI⁺.

Métodos: En este estudio se incluyeron 43 pacientes con AR-EPI⁺ y cuatro grupos comparativos: 60 controles sanos (CS), 26 pacientes con AR-EPI⁻, 75 pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y 57 pacientes

con otras EA-EPI⁺. Todos los individuos fueron reclutados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, España) y en el Hospital Universitario de la Princesa (Madrid, España). Los niveles séricos de KL-6 se determinaron mediante un inmunoensayo enzimático quimio-luminiscente (Lumipulse G KL-6, Fujirebio Iberia SLU) y se analizaron con el equipo Fujirebio Lumipulse G600 II. Las comparaciones de los niveles de KL-6 entre dos grupos de estudio se realizaron mediante la prueba t de Student. Se realizó un análisis de curvas de las características operativas del receptor (ROC) y se calculó el área bajo la curva (AUC) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas a valores de p < 0,05.

Resultados: Los pacientes con AR-EPI⁺ presentaron niveles de KL-6 más altos que aquellos con AR-EPI⁻ y los CS (ambos p < 0,0001, fig. 1). Además, se encontraron niveles séricos de KL-6 más bajos en los pacientes con AR-EPI⁺ en comparación con aquellos con FPI y otras EA-EPI⁺ (p = 0,0002 y p = 0,0038, respectivamente, fig. 1). Adicionalmente, se confirmó la capacidad de los niveles séricos de KL-6 para discriminar los pacientes con AR-EPI⁺ de los CS y de aquellos pacientes con AR-EPI⁻, FPI y otras EA-EPI⁺ mediante un análisis de curvas ROC (AUC: 0,8942, p < 0,0001; AUC: 0,8842, p < 0,0001; AUC: 0,7473, p < 0,0001 y AUC: 0,6914, p = 0,0011, respectivamente, fig. 2).

Conclusiones: Nuestro estudio confirma el papel relevante de KL-6 en la AR-EPI⁺ y apoya la utilidad de esta proteína como potencial biomarcador sanguíneo de cribado para el diagnóstico precoz de EPI en los pacientes con AR y la discriminación entre pacientes con AR-EPI⁺ y aquellos con FPI u otras EA-EPI⁺.

VP-C está financiada por fondos de NVAL23/02 de IDIVAL; JCB-L es beneficiario de una beca del programa PFIS del ISCIII, cofinanciada por el Fondo Social Europeo (“Invirtiendo en tu futuro”), (FI22/00020); MSM-G está financiada por fondos del “Fondo de Investigaciones Sanitarias” del ISCIII (PI121/00042); y RL-M es beneficiaria de una beca del programa Miguel Servet tipo II del ISCIII, cofinanciada por el FSE (“Invirtiendo en tu futuro”) (CPII21/00004).

BIBLIOGRAFÍA

1. Expert Rev Clin Immunol. 2021;17(5):485-97.
2. J Rheumatol. 2018;45(8):1153-8.
3. Sci Rep. 2021;11(1):22574.
4. Arthritis Res Ther. 2022;24(1):115.

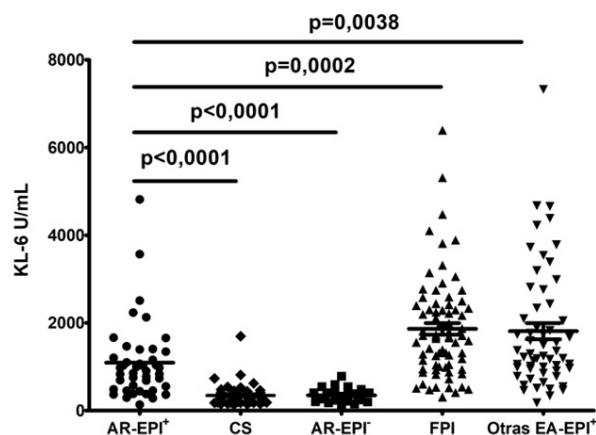


Figura 1. Diferencias en los niveles séricos de KL-6 entre los pacientes con AR-EPI⁺, los CS, y los pacientes con AR-EPI⁻, FPI y otras EA-EPI⁺. KL-6: Krebs von den Lungen-6; AR: artritis reumatoide; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; CS: controles sanos; FPI: fibrosis pulmonar idiopática; EA: enfermedades autoinmunes. Los resultados significativos se destacan en **negrita**.

P008 Figura 1

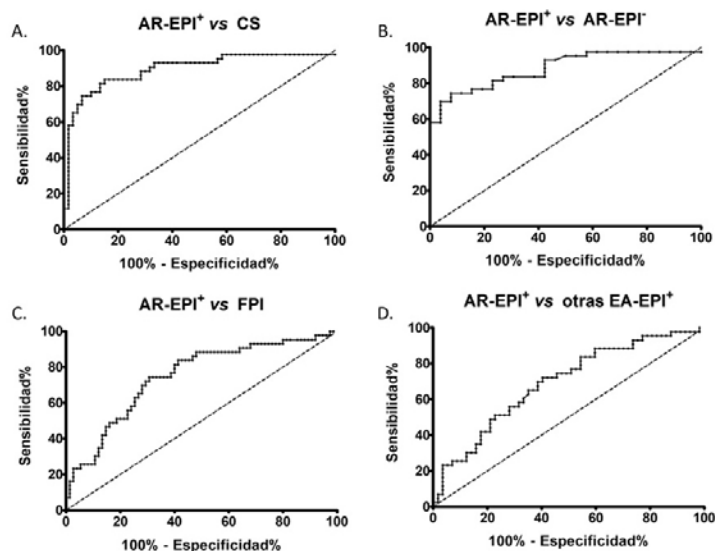


Figura 2. Análisis de curvas ROC que confirman la capacidad de los niveles séricos de KL-6 para la discriminación de AR-EPI⁺ y CS (A), AR-EPI⁺ y AR-EPI⁻ (B), AR-EPI⁺ y FPI (C), y AR-EPI⁺ y otras EA-EPI⁺ (D). KL-6: Krebs von den Lungen-6; AR: artritis reumatoide; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; HS: controles sanos; FPI: fibrosis pulmonar idiopática; EA: enfermedades autoinmunes.

P008 Figura 2

P009. EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD DE LOS FAME BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON AR DIFÍCIL DE TRATAR EMPLEANDO DATOS DEL REGISTRO BIOBADASER 3.0

Adrián Quevedo Rodríguez¹, Lucía Otero-Varela², Fernando Sánchez-Alonso², Yanira Pérez Vera¹, Javier Manero³, Cristina Campos⁴, Sara Manrique Arijá⁵, Paloma Vela Casasempere⁶, Antonio Mera Varela⁷, César Díaz Tornés⁸, Atusa Movasat⁹, Blanca García Magallón¹⁰, Inmaculada Ros-Vilamajo¹¹, Carolina Pérez García¹² e Isabel Castrejón¹³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁶Servicio de Reumatología.

Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos y sintéticos dirigidos (FAMEb/ts) han cambiado la forma de tratar la artritis reumatoide (AR) en los últimos años. Hay pacientes que siguen sintomáticos a pesar de los cambios en el tratamiento, lo que ha llevado al término de "AR difícil de tratar" (D2T AR), definición propuesta por la European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) en 2020. Hasta la fecha, se han publicado pocos estudios que evalúen la supervivencia y efectividad de los FAMEb/ts en pacientes

Tasa de incidencia (IR) de eventos adversos (EA) por 1000 personas-año, según gravedad

Diana terapéutica	Anti-TNF	IL-6Ri	Anti-CD20	JAKi	CTLA4-Ig	Total
EA totales	IR (IC95%) Nº eventos	710,2 (560,9-899,2) 69	726,4 (588,8-896,3) 87	578,4 (401,9-832,3) 29	726,4 (592,2-891,1) 92	1.063,5 (763,6-1.481,3) 312
EA graves	IR (IC95%) Nº eventos	144,1 (85,3-243,3) 14	167,0 (107,7-258,8) 20	59,8 (19,3-185,5) 3	134,2 (83,4-215,9) 17	212,7 (101,4-446,2) 61
EA mortales	IR (IC95%) Nº eventos	0,0 (0,0-0,0) 0	25,0 (8,1-77,7) 3	0,0 (0,0-0,0) 0	7,9 (1,1-56,1) 1	0,0 (0,0-0,0) 4

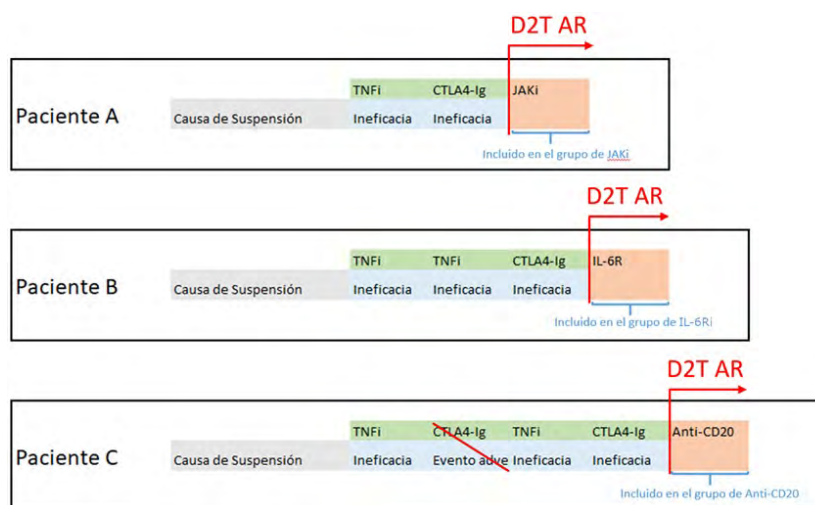


Figura 1. Esquema de clasificación de pacientes D2T AR.

con D2T AR. El objetivo del presente trabajo es comparar la seguridad y tasa de retención de los FAMEb/ts en aquellos pacientes con diagnóstico de D2T AR incluidos en el registro BIOBADASER 3.0.

Métodos: Estudio longitudinal, observacional y retrospectivo en pacientes adultos con diagnóstico de D2T AR incluidos en el registro nacional de seguridad BIOBADASER 3.0. Se ha tenido en cuenta una definición de D2T AR de EULAR adaptada a la información disponible en el registro: pacientes que hayan recibido al menos 2 dianas de FAMEb/ts, y su retirada haya sido por ineficacia (fig. 1). También se recogieron datos sobre características clínicas y demográficas, comorbilidades, líneas y duración del tratamiento, índices de actividad y eventos adversos (EA). La tasa de retención se analizó

mediante curvas de Kaplan-Meier teniendo en cuenta como punto basal el momento en el que el paciente cumple criterios de D2T AR. En cuanto a la valoración de la seguridad, se estimó la tasa de incidencia de eventos adversos. También se utilizaron modelos de regresión de Poisson teniendo en cuenta diferentes variables clínicas y demográficas.

Resultados: Se incluyeron 279 pacientes con diagnóstico de AR que cumplen con la definición adaptada de D2T AR. Entre los pacientes incorporados: 67, 66, 22, 89 y 35 fueron clasificados en el grupo de inhibidor del TNF (anti-TNF), inhibidor del receptor de interleucina-6 (IL-6Ri), anticuerpo monoclonal anti-CD20 (anti-CD20), inhibidor de la Janus-quinasa (JAKi) e inmunoglobulina del antígeno 4 asociado a linfocitos T citotóxicos (CTLA4-Ig), respectivamente. Fue más frecuente recibir fármacos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEc) concomitante en el grupo anti-CD20, el FAMEc más frecuentemente empleado fue el metotrexato (MTX). No se encontraron diferencias en el índice de comorbilidad de Charlson entre los grupos. En lo que se refiere a la retención de fármaco, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas salvo el grupo CTLA4-Ig que presentó menor supervivencia (fig. 2). En cuanto a la seguridad, se registraron 312 eventos adversos: 61 EA graves (IR 143,0; IC95%: 111,3-183,8) y 4 EA mortales (IR 9,4; IC95%: 3,5-25,0) (tabla). Los EA más frecuentes han sido las infecciones (n: 98; 31,4%), seguido de las lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos (n: 23; 7,4%). Los pacientes del grupo CTLA4-Ig fueron los que presentaron más riesgo de EA (IR 1063,5; IC95%: 763,6-1481,3) y de EA graves (IR 212,7; IC95%: 101,4-446,2). Sin embargo, los EA mortales se presentaron en el grupo de IL-6Ri (n: 3) y JAKi (n: 1).

Conclusiones: El CTLA4-Ig presentó menor supervivencia y mayor tasa de EA respecto al resto de fármacos en esta población de D2T AR, lo que podría ayudar a orientar las opciones terapéuticas en estos pacientes. Se requieren más estudios al respecto para elaborar recomendaciones más completas.

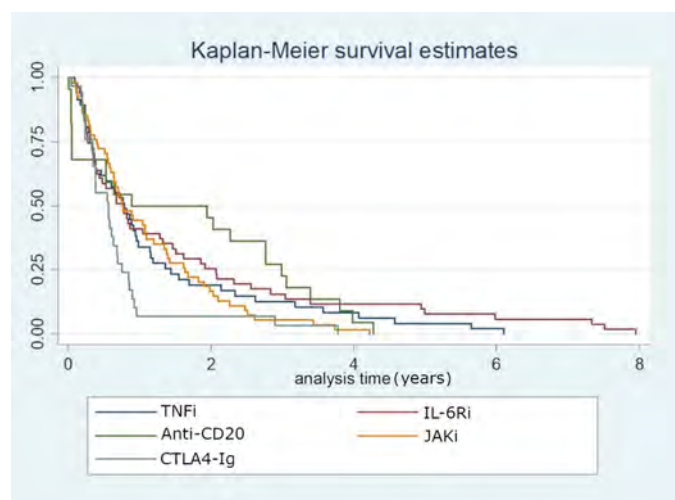


Figura 2. Estimaciones de supervivencia de Kaplan-Meier según tratamiento iniciado al diagnóstico de D2T AR.

P010. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON FÁRMACOS TNFI VS. JAKI EN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DE UN REGISTRO LOCAL

J.C. Rosas Gómez de Salazar¹, A Pons-Bas¹, J.M. Senabre-Gallego¹, C. Raya-Santos¹, J.C. Cortés-Quiroz¹, X. Barber², G Santos-Soler¹, J.A. Bernal¹, 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.

Objetivos: Evaluar la seguridad a largo plazo en pacientes con AR, tratados con fármacos TNFi vs. JAKi en práctica clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes en seguimiento por AR, tratados con algún TNFi desde el año 2000 o con JAKi desde 2017. Se recogen datos epidemiológicos, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular (CV); De AR: FR, ACPA, tiempo evolución, tipo, dosis y tiempo en tratamiento con TNFi y JAKi, causa de finalización y su tasa de incidencia/100 pacientes/año (TIPA): trombosis, eventos CV, neoplasia, infección grave. Se utilizó contraste de proporciones z-test para comparación de porcentajes de pacientes TNFi vs. JAKi con significación de 5%, y para comparaciones de la diferencia de la tasa de incidencia (IRD). Test chi-cuadrado para contrastar, si la ratio de la tasa de incidencia (IRR) era o no distinto de 1, con significación del 5%.

Resultados: Se incluyen 355 pacientes tratados con algún TNFi, como 1^o-2^o-3^{er} fármaco biológico y 238 con algún fármaco JAKi (baricitinib/BARI: 138 [58%] pacientes, upadacitinib/UPA: 70 [30%] y tofacitinib/TOFA: 30 [12%]). El tiempo global de exposición fue de 1,328,06 años para TNFi y 539,48 para JAKi (BARI: 437,74 años, UPA: 70,52 y TOFA: 35,22). No se detectaron diferencias en factores de riesgo CV. El grupo de TNFi vs. JAKi presentó (tabla: 1) MACE: 8 casos (2,2%), con una TIPA de 0,60 y ningún caso con JAKi. 2) Trombosis, 4 (1,1%) casos, con TIPA 0,305 (0,08-0,78) en TNFi (TEP: 3 casos, Trombosis venosa superficial [TVS]: 1 caso) vs. 3 (1,6%) casos (TEP: 1 caso, TVP: 1 caso y TVS: 1 caso; todos en el grupo BARI), p = 0,88, con TIPA: 0,685 (0,14-2,00), con IRD: -0,379 (-1,06-3,05, p = 0,27), IRR: 0,446 (0,0007-3,04, p: 0,316). Sin embargo, el tiempo medio en tratamiento hasta la aparición de trombosis fue superior en TNFi vs. JAKi: 5,3 (DE: 4,1), con rango: 0,4-10 años vs. 1,33 (0,57), rango: 1-2 años (p < 0,0001), así como el tiempo medio desde el diagnóstico de AR a trombosis: 19,0 (13,5) vs. 30,3 (5,5), p < 0,0001. 3) Neoplasia, El grupo TNFi presentó 13 (3,6%) casos (colon: 3 casos, mama: 2 casos, melanoma, sarcoma y 1 caso de linfoma, vesícula biliar, síndrome mielodisplásico, carcinomatosis peritoneal) vs. 3 (1,2%) casos (p = 0,07. 1 caso en BARI de glioblastoma, melanoma y 1 caso con TOFA de ca tiroides), con una TIPA de 0,993 (0,05-1,69) vs. 0,685 (0,01-2,0), IRD: 0,308 (-0,72-1,34), p = 0,55), IRR: 0,39-7,93, p = 0,59). 4) Infección grave, El grupo TNFi es de mayor edad (67,7 [DE: 12,3] vs. 59,75 [20,5], p < 0,0001), con 29 (8,1%) casos (neumonía: 9, artritis séptica: 6, infección urinaria: 5, osteomielitis: 3, celulitis: 2, otros: 4) vs. 4 (1,6%) en el grupo JAKi, p = 0,0007 (en el grupo BARI: neumonía 3 casos [2 de ellas

por COVID19] gastroenteritis: 1), con una TIPA de 1,303 (-0,18-2,79) vs. 2,42 (0,85-9,48), p = 0,07.

Conclusiones: 1. Entre ambos grupos, no se detecta diferencias en factores de riesgo convencionales, aparición de trombosis o de neoplasias. 2. El grupo JAKi, no presentó casos de MACE. 3. Sin embargo, el TNFi sí presentó de forma significativa mayor número de casos de infección grave, siendo en este caso los pacientes de mayor edad y la neumonía la infección más frecuente. 4. Resaltar el escaso número global de eventos ocurridos durante el seguimiento.

P011. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES NAÍVE CON ARTRITIS REUMATOIDE. DATOS DEL REGISTRO BIOBADASER 3.0

Paloma Vela Casasempere^{1,2,3}, Lucía Otero-Varela⁴, Silvia Gómez Sabater², Rocío Caño Alameda², Cristina Campos⁵, Jerusalem Calvo-Gutiérrez⁶, Yanira Pérez-Vera⁷, Sara Manrique Arijá⁸, Sagrario Bustabad⁹, Javier Manero¹⁰, Dolores Ruiz Montesinos¹¹, Lucía Ruíz Gutiérrez¹², Antonio Mera Varela¹³, Manuel José Moreno Ramos¹⁴, Fernando Sánchez-Alonso⁴ e Isabel Castrejón¹⁵

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. ³Universidad Miguel Hernández. Alicante. ⁴Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ⁵Hospital General Universitario de Valencia. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁷Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁸Hospital General Carlos Haya. Málaga. ⁹Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ¹⁰Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ¹¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹²Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ¹³Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ¹⁴Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Las características de la artritis reumatoide (AR) difieren entre géneros en comorbilidades, manifestaciones extraarticulares, y respuesta al tratamiento. Se han detectado además sesgos en los profesionales a la hora de diagnosticar y tratar las enfermedades de hombres y mujeres.

Objetivos: Detectar diferencias de género en las características clínicas, la actividad de la enfermedad o el tiempo de evolución de la AR al inicio del primer fármaco modificador de enfermedad biológico (FAMEb) o sintético dirigido (FAMEsd).

Métodos: Se seleccionaron pacientes diagnosticados de AR incluidos en el registro BIOBADASER 3.0, que iniciaron tratamiento por primera vez con un FAMEb o sd, desde 2000 hasta octubre 2022. Se estratificó el momento de prescripción en tres períodos: antes de diciembre 2006 (solo comercializados tres anti-TNF); enero 2007-diciembre 2016 (cinco anti-TNF, abatacept, rituximab y tocilizumab); posterior a enero 2017 (aparecen los inhibidores de JAK y sarilumab). Se utilizaron proporciones, medias y medianas. Se realizaron modelos de regresión lineal para DAS28 y sus componentes

Tabla P010

Efectos adversos de especial interés en los pacientes con AR tratados con TNFi o JAKi

	TNFi (N: 355)	JAKi (N: 238)	p	IRD	p	IRR	p
Años exposición	1,308,06	539,48	-	-	-	-	-
MACE , n (%)	8 (2,2)	0	-	-	-	-	-
Tasa incidencia/100 pacientes/año	0,6	-	-	-	-	-	-
Trombosis , n (%)	4 (1,1)	3 (1,6)	0,88	-	-	-	-
Tasa incidencia/100 pacientes/año	0,305 (0,08-0,78)	0,685 (0,14;2,0)	-	-0,379 (-1,06;3,05)	0,27	0,446 (0,007;3,04)	0,31
Neoplasia , n (%)	13 (3,6)	3 (1,2)	0,007	-	-	-	-
Tasa incidencia/100 pacientes/año	0,993 (0,005-1,69)	0,685 (0,01-2,0)	-	0,308 (-0,72;1,34)	0,55	1,45 (0,39;7,93)	0,59
Infección grave , n (%)	29 (8,1)	4 (1,6)	0,0007	-	-	-	-
Tasa incidencia/100 pacientes/año	2,21 (1,48-3,18)	0,9 (0,249;2,33)	-	1,303 (-0,18;2,79)	0,08	2,42 (0,85;9,48)	0,07

MACE: evento cardiovascular mayor (IAM, ACVA); IRD: incidence rate difference (R2-R1). IRR: incidence rate ratio (R1/R2).

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con artritis reumatoide al inicio del tratamiento, estratificado por sexo

	Hombre (n = 615, 21,6%)	Mujer (n = 2229, 78,4%)	Total (n = 2.844)	p
Edad al diagnóstico (media, DE)	49,6 (12,8)	47,2 (13,4)	47,7 (13,3)	0,023
Edad al inicio del tratamiento (media, DE)	56,4 (11,5)	54,7 (12,7)	55 (12,5)	0,002
Seropositivo (n, %)	453 (73,7)	1591 (71,4)	2044 (71,9)	0,155
Cáncer (n, %)	25 (4,01)	98 (4,4)	123 (4,3)	0,720
Hipercolesterolemia (n, %)	113 (18,4)	342 (15,3)	455 (16,0)	0,070
Hipertensión arterial (n, %)	112 (18,2)	314 (14,1)	426 (15,0)	0,012
Diabetes (n, %)	76 (12,4)	132 (5,9)	208 (7,3)	< 0,001
EPOC (n, %)	51 (8,3)	37 (1,7)	88 (3,1)	< 0,001
Enfermedad pulmonar intersticial (n, %)	51 (9,7)	60 (3,3)	111 (4,8)	< 0,001
Osteoporosis (n, %)	25 (4,1)	270 (12,1)	295 (10,4)	< 0,001
Úlcus péptico (n, %)	15 (2,8)	16 (0,9)	31 (1,3)	0,001
Insuficiencia renal crónica moderada-severa (n, %)	18 (2,9)	25 (1,1)	43 (1,5)	0,588
Fumador (n, %)				< 0,001
No	205 (37,4)	1.264 (65,8)	1.469 (59,5)	
Sí	166 (30,3)	315 (16,4)	481 (19,5)	
Exfumador	146 (26,6)	226 (11,8)	372 (15,1)	
Desconocido	31 (5,7)	115 (6,0)	146 (5,9)	
Síndrome de Sjögren	10 (1,6)	147 (6,6)	157 (5,5)	< 0,001
Índice de Charlson (mediana, RIQ)	1 [1-2]	1 [1-1]	1 [1-1]	< 0,001
IMC (mediana, RIQ)	27,2 [24,6-30,1]	26,2 [22,9-30,3]	26,5 [23,3-30,2]	< 0,001
IMC (n, %)				< 0,001
Normopeso	149 (29,6)	761 (42,5)	910 (39,7)	
Sobrepeso	227 (45,1)	565 (31,5)	792 (34,5)	
Obesidad	127 (25,3)	466 (26,0)	593 (25,8)	
DAS28-VSG (media, de)	4,4 (1,4)	4,7 (1,3)	4,7 (1,3)	< 0,001
DAS28-PCR (media, de)	3,6 (1,2)	3,7 (1,1)	3,7 (1,1)	0,275
NAT (mediana, RIQ)	3 [1-6]	3 [1-6]	3 [1-6]	0,703
NAD (mediana, RIQ)	5 [2-9]	5 [2-9]	5 [2-9]	0,034
EVA (mediana, RIQ)	6 [5-7]	6 [5-8]	6 [5-8]	0,016
VSG mm/h (mediana, RIQ)	17 [8-37]	24 [12-40]	23 [11-40]	< 0,001
PCR mg/L (mediana, RIQ)	7,7 [3,5-20,0]	6,0 [2,3-14,0]	6,5 [2,6-15,1]	< 0,001

con el sexo como variable explicativa, y ajustados por edad al inicio del tratamiento, índice de Charlson, IMC y síndrome de Sjögren (al detectarse discrepancias en los niveles de VSG y PCR en el análisis descriptivo). Se representó el tiempo de diagnóstico de AR a inicio de fármaco, mediante una curva de Kaplan Meier; se realizó un modelo de regresión de Cox multivariante para explorar los factores asociados al tiempo de evolución de la enfermedad.

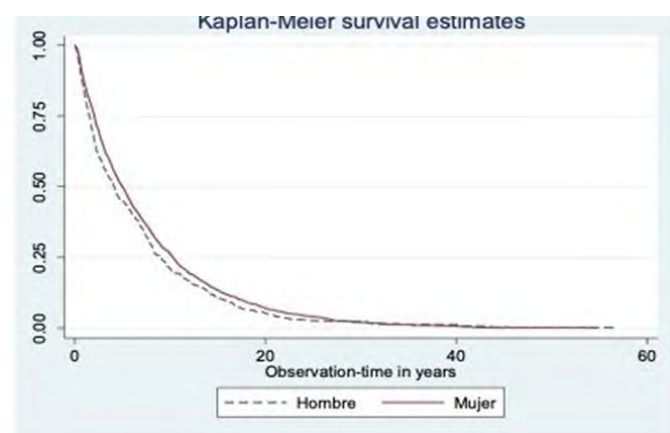
Resultados: 2.844 pacientes (2.229 mujeres, 78,4%) incluidos en BIOBADASER 3.0 iniciaron un primer FAMEb/sd. La edad media de inicio de las mujeres era inferior. Los varones tenían mayor IMC, índice de Charlson, hábito tabáquico, HTA, diabetes, EPOC, EPID y úlcus péptico, y las mujeres más osteoporosis. No hubo diferencias en el resto de comorbilidades o características clínicas (tabla 1). Al inicio del primer FAMEb/sd, las mujeres tenían un mayor índice de actividad medido por DAS28-VSG, pero sin diferencia con los varones al utilizar DAS28-PCR. Se encontró diferencia en los componentes subjetivos de DAS28 (NAD y EVA), y en la VSG, pero no en los objetivos (NAT) ni en la PCR (tabla 2). Al ajustar el modelo de regresión lineal para DAS28 y sus componentes, la variable “síndrome de Sjögren” solo resultó significativa en el modelo de VSG. En la figura se observan diferencias significativas en el tiempo de evolución de AR entre hombres y mujeres (HR 0,89 (IC95% 0,80-0,98), p = 0,016): el inicio del primer FAMEb/sd fue más tardío (mayor tiempo de evolución de la AR) en mujeres, en seropositivos, y a mayor edad del paciente, y más precoz en los periodos 2007-2016, y > 2016, que antes de 2007, y en fumadores o exfumadores (tabla 3).

Tabla 2. Modelos de regresión lineal para DAS28 y sus distintos componentes, con el sexo como variable explicativa (ajustado por edad al inicio del tratamiento, Charlson, IMC, y síndrome de Sjögren)

	Coefficiente	(IC95%)	p
DAS28-VSG	0,38	(0,23, 0,52)	< 0,001
DAS28-PCR	0,08	(-0,06, 0,21)	0,258
NAD	0,81	(0,14, 1,48)	0,018
NAT	0,11	(-0,37, 0,59)	0,660
EVA	0,42	(0,17, 0,67)	0,001
VSG	4,81	(2,10, 7,51)	0,001
PCR	-3,57	(-8,10, 0,95)	0,122

Tabla 3. Modelos de regresión de Cox para valorar factores asociados al tiempo de evolución de la AR hasta el inicio del fármaco

	HR (IC95%)	p
Mujer	0,89 (0,80, 0,98)	0,016
Edad inicio	0,98 (0,98, 0,98)	< 0,001
Seropositivo	0,87 (0,78, 0,96)	0,005
Año inicio de tratamiento (ref < 2007)		
2007-2016	1,35 (1,11, 1,65)	0,003
> 2016	1,35 (1,12, 1,63)	0,001
Fumador (ref. No)		
Sí	1,18 (1,07, 1,32)	0,002
Exfumador	1,10 (0,98, 1,24)	0,110
Desconocido	0,84 (0,71, 1,00)	0,044



Curva de Kaplan-Meier: tiempo de evolución de la AR en el momento de la primera prescripción de FAMEb/sd.

Conclusiones: Existen diferencias de género en la primera prescripción de un FAMEb/sd: el grado de actividad es superior en mujeres medido por DAS28-VSG, pero no por DAS28-PCR. La VSG mayor en mujeres podría deberse a la coexistencia de un síndrome de Sjögren, y no a un mayor grado de inflamación. Existen discrepancias entre los parámetros subjetivos (EVA, NAD) y objetivos (NAT) de DAS28, que deberán ser

estudiados en mayor profundidad. La prescripción de FAMEb/sd es más tardía en mujeres, seropositivos y a mayor edad, y más precoz en fumadores, y en los periodos más recientes, quizás por mayor confianza en los fármacos y al disponer de diferentes dianas terapéuticas.

P012. UTILIDAD DEL ÍNDICE DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIO (IDE) Y DEL RATIO NEÚTRÓFILO/LINFOCITO (RNL) EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Santiago Dans Caballero¹, Marta Rojas-Giménez^{2,3}, Andrea Cid-Chaves^{1,3}, Mitndbaim A. Parra-Moreno^{1,3}, Mónica Rico-Muñoz^{1,3}, Inmaculada C. Aranda-Valera^{1,3,4}, Clementina López-Medina^{1,3,4} y Alejandro Escudero-Contreras^{1,3,4}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Gestión de Clínica Reumatología, Hospital Universitario de Jaén. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ⁴Universidad de Córdoba.

Objetivos: Analizar la utilidad del índice de distribución eritrocitaria (IDE) y la ratio neutrófilo/linfocito como un marcador de actividad en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal y retrospectivo utilizando los datos de la cohorte Cordobesian Rheumatoid Arthritis Registry (CRheAR). Se recopilaron datos clínicos y bioquímicos en una visita basal y a los 6 meses. Los pacientes se dividieron en tres grupos en función del tratamiento recibido: FAME convencional, anti-TNF α y anti-IL-6. Se realizó un análisis univariante para evaluar las diferencias en las características clínicas de los tres grupos. Se realizaron curvas ROC y área bajo la curva (AUC) para evaluar el rendimiento del IDE y de la ratio neutrófilo/linfocito en la evaluación de la actividad de la enfermedad y en su capacidad para identificar un flare de la enfermedad (según la definición estandarizada de DAS28) utilizando el cambio (Δ) de estas variables entre visitas. Además, las mismas curvas ROC se llevaron a cabo con los índices tradicionales (SDAI, CDAI, PCR, VSG) para su comparación. La concordancia entre las medidas se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI).

Resultados: Se incluyeron un total de 204 pacientes, siendo 133 FAME convencional, 37 anti-TNF α y 34 anti-IL-6. El análisis univariante se muestra en la tabla. Se observaron diferencias en el tiempo de evolución ($p < 0,01$) con una mediana de la enfermedad más baja en el grupo de FAME (9,07) respecto a anti-TNF (12,36) o IL-6 (15,02). No se observaron diferencias significativas en cuanto a la actividad de la enfermedad. En las curvas ROC, la ratio neutrófilo/linfocito mostró una AUC mayor en el grupo de anti-IL-6 en comparación con FAME y anti-TNF α (0,762; 0,511; 0,526), siendo superior a PCR (0,683; 0,719; 0,548) y a VSG (0,566; 0,564; 0,543) en el grupo mencionado. Sin

embargo, los resultados del IDE tuvieron un peor rendimiento (0,528; 0,642; 0,507), con un AUC mayor en el grupo de FAME. En cuanto a la identificación de flare, se realizaron curvas ROC con los valores del cambio (Δ) en la ratio neutrófilo/linfocito en los grupos de anti-TNF α y anti-IL-6 (figs. 1 y 2), siendo ligeramente superior en este último (0,583; 0,621), con un desempeño similar a PCR (0,5; 0,646) y VSG (0,583; 0,679). Asimismo, evaluamos la concordancia de la ratio neutrófilo/linfocito frente al DAS28-VSG en la visita basal utilizando el CCI (0,165; -0,173; 0,465 en FAME, anti-TNF α y anti-IL-6, respectivamente) y a los 6 meses (0,238; 0,101; 0,412) siendo esta superior en el grupo de anti-IL-6. La concordancia del IDE tanto en la visita basal (0,101; 0,084; -0,046) como a los 6 meses (0,097; 0,318; -0,221) mostró unos resultados pobres en todos los grupos.

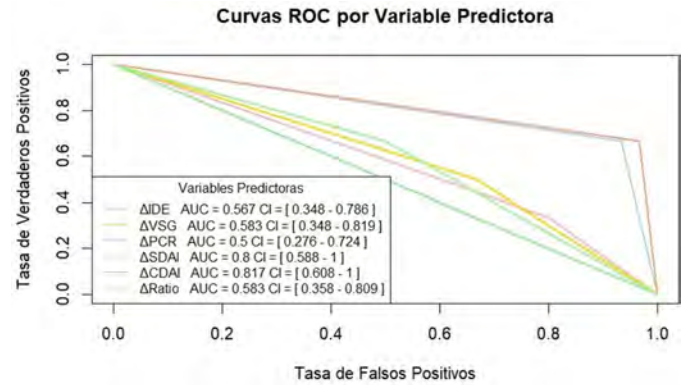


Figura 1. Curvas ROC en pacientes tratados con anti-TNF evaluando las variables Δ . Creación propia.

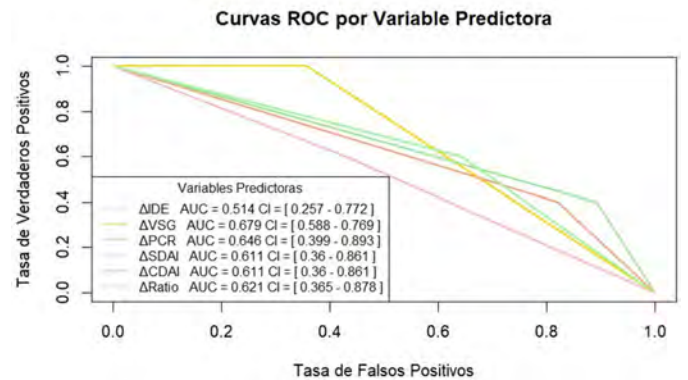


Figura 2. Curvas ROC en pacientes tratados con anti-IL6 evaluando las variables Δ . Creación propia.

Tabla P012

Variable	FAME (n = 133)	Anti-TNF α (n = 37)	Anti-IL-6 (n = 34)	p
Edad (años), media (DE)	62,64 (12,03)	57,48 (11,77)	56,50 (10,47)	< 0,01
Sexo (mujer), n (%)	97	32	32	0,02
Tabaco alguna vez, n (%)	60	14	12	0,34
Tiempo evolución (años), mediana (RIC)	9,07 (13,80)	12,36 (10,65)	15,02 (14,04)	< 0,01
Retraso diagnóstico (años), mediana (RIC)	0,43 (0,69)	0,50 (0,55)	0,41 (1,06)	< 0,01
Multimorbilidad, n (%)	64	20	19	0,41
DAS28-VSG, media (DE)	2,63 (1,07)	2,64 (1,09)	2,25 (0,89)	0,16
SDAI, media (DE)	9,49 (7,36)	9,33 (7,25)	9,64 (6,58)	0,98
CDAI, media (DE)	8,72 (6,97)	8,61 (7,01)	9,35 (6,34)	0,88
VSG (mm/h), media (DE)	15,40 (14,30)	18,03 (16,35)	7,76 (8,85)	< 0,01
PCR (mg/L), media (DE)	8,19 (13,03)	7,40 (9,01)	2,41 (5,17)	0,03
Hemoglobina (g/dl), media (DE)	13,80 (1,30)	13,92 (1,15)	13,87 (1,14)	0,87
IDE (%), media (DE)	14,70 (1,35)	14,27 (1,42)	14,30 (1,67)	0,14
Ratio neutrófilo/linfocito, mediana (RIC)	2,01 (1,24)	1,49 (0,94)	1,63 (1,50)	0,02
Δ DAS28-VSG, mediana (RIC)	0,06 (1,36)	0,27 (0,73)	-0,12 (1,13)	0,88
Δ SDAI, mediana (RIC)	0,04 (9,28)	-0,19 (7,22)	-0,70 (7,96)	0,91
Δ CDAI, mediana (RIC)	0 (7,6)	0 (7,62)	0 (7,75)	0,92
Δ IDE, mediana (RIC)	0,3 (1,8)	0,1 (1,1)	-0,05 (2,1)	0,96
Δ Ratio, mediana (RIC)	0,03 (0,74)	-0,08 (0,77)	0,02 (0,80)	0,45

Conclusiones: El ratio neutrófilo/linfocito muestra un rendimiento aceptable para la identificación de la actividad de la enfermedad y de *flare* en pacientes con AR, especialmente en pacientes tratados con inhibidores de anti-IL-6, mientras que el IDE no mostró ventajas adicionales. Sin embargo, se necesitan más estudios para comprender mejor la utilidad de este marcador en la práctica clínica, así como su validación en otras cohortes.

P013. ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD ARTICULAR MEDIANTE ECOGRAFÍA POWER-DOPPLER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE HACEN INTERCAMBIO DE FAME BIOLÓGICO ORIGINAL A BIOSIMILAR

Cristina Zamora Ramos, Nicolás García-Arenzana, Paloma Turiel, Nuria Garvín, Manuel Beladiez, Jorge Ávila, Paz Collado, Ana Belén Rodríguez, Eva Álvarez, Rocío Mustienes, Clara Sangüesa, Patricia López Viejo, Sofía García Martínez y María Alcalde

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Objetivos: Determinar si existen diferencias clínicas, analíticas o ecográficas en el control de la actividad de la enfermedad, al hacer el intercambio de un FAME biológico original a su biosimilar en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se trata de un estudio observacional, prospectivo, de una única cohorte, constituida por pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con etanercept o adalimumab, a los que se les realizó intercambio de FAME biológico original a FAME biosimilar en 2023. Se efectuó basalmente y a las 24 semanas las siguientes determinaciones: proteína C reactiva (PCR), velocidad sedimentación globular (VSG), DAS28-VSG, número de articulaciones inflamadas/dolorosas (NAI/NAD de 0-28), valoración global de la enfermedad por el paciente mediante escala analógica visual (EVAp de 0-100) y una ecografía musculoesquelética. En cuanto a la valoración ecográfica se estudiaron 20 articulaciones incluyendo carpos, 2ª a 4ª metacarpofalángicas (MCF), tibio-astragalinias y 2ª a 5ª metatarsofalángicas (MTF). Se recogió el valor para cada una de las localizaciones en escala de grises (0-3) y de *Power-doppler* (0-3), según las definiciones OMERACT de sinovitis. Se utilizó el sistema de puntuación Global OMERACT-EULAR (GLOESS) para clasificar y dar una puntuación a cada articulación. La puntuación total fue el resultado de la suma de todas las articulaciones evaluadas. Las variables continuas se describieron con media y desviación estándar (DE), o mediana y rango intercuartílico (RIC) si no seguían una distribución normal. Para valorar si existía diferencia entre los valores con el fármaco biológico original y el biosimilar se realizó el análisis estadístico t de Student para los datos apareados cuando las variables seguían una distribución normal y el test de Wilcoxon en caso contrario. Se consideró que existía una diferencia estadísticamente significativa cuando la $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes. En cuanto a los parámetros analíticos la PCR presentó una mediana inicial de 2 (RIC: 1-4) y a las 24 semanas de 2 (RIC:1-2,5) con una $p = 0,34$. La VSG tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,42$) con una mediana basal de 26,5 (RIC:17-40) y en la segunda visita de 26 (RIC: 17-35). En relación a la escala EVAp cabe destacar una mediana inicial de 20 (RIC:10-50) frente a una mediana posterior de 32,5 (RIC:10-60) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,027$). En cuanto al índice DAS28-VSG se observó una media en la consulta previa al cambio de 2,80 (DE: 0,16) y en la consulta posterior de 3,12 (DE: 0,17) con una $p = 0,09$. En la valoración del NAI y NAD no se observaron diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo. Por último, con respecto a los resultados ecográficos, siguiendo la clasificación GLOESS se observó una mediana basal de 10,5 (RIC:5-16) y en la segunda visita de 10 (RIC: 1-14) con una $p = 0,14$.

Resultados basales y a las 24 semanas tras el cambio a fármaco biosimilar

Determinación	Basal	A las 24 semanas	p
PCR	Mediana = 2 (RIC: 1-4)	Mediana = 2 (RIC: 1-2,5)	0,34
VSG	Mediana = 26,5 (RIC: 17-40)	Mediana = 26 (RIC: 17-35)	0,42
DAS28VSG	Media = 2,8 (DE: 0,16)	Media = 3,12 (DE: 0,17)	0,09
EVAp	Mediana = 20 (RIC: 10-50)	Mediana = 32,5 (RIC: 10-60)	0,03*
NAI	Mediana = 0 (RIC: 0-0)	Mediana = 0 (RIC: 0-0)	0,08
NAD	Mediana = 0 (RIC: 0-1)	Mediana = 0 (RIC: 0-1)	0,79
GLOESS	Mediana = 10,5 (RIC: 5-16)	Mediana = 10 (RIC: 1-14)	0,14

*p estadísticamente significativa.

Conclusiones: No se han encontrado diferencias analíticas ni ecográficas al realizar el intercambio de FAME biológico original a su biosimilar en nuestros pacientes con AR. Cabe destacar que los pacientes, tras el cambio, sí que registraron un empeoramiento global subjetivo (medido en escala EVAp). Sin embargo, se requieren estudios más extensos, con mayor número de pacientes y en un periodo de tiempo más prolongado para confirmar estas conclusiones.

P014. ESTUDIO DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA. DATOS DEL REGISTRO CRHREAR

Marta Rojas Giménez¹, Santiago Dans-Caballero², Mónica Rico-Muñoz², Mitndbaim Parra-Moreno², Jerusalem Calvo-Gutiérrez² y Alejandro Escudero-Contreras²

¹Hospital Universitario de Jaén. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMBIC). Universidad de Córdoba.

Objetivos: Evaluar prevalencia de multimorbilidad en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR), factores asociados y tiempo de desarrollo de comorbilidades.

Métodos: Estudio trasversal de una cohorte de pacientes con AR del registro CRheAR (Cordobesian Rheumatoid Arthritis Registry) de Córdoba. Se definió multimorbilidad, según la OMS, como presencia de dos o más enfermedades crónicas, además de la AR. Se recogieron comorbilidades incluidas en el índice de Charlson además de otras comunes en AR. Estadística: descriptivo, bivariante y regresión logística multivariante para evaluar factores asociados de forma independiente a multimorbilidad.

Resultados: Se incluyeron 591 pacientes. Las características de los pacientes se muestran en la tabla. La morbilidad más frecuente fue la HTA (44,5%) y la DL (44,2%), seguido de osteoporosis (24,4%), obesidad (19,7%) y depresión (17,3%). De las comorbilidades incluidas en el índice de Charlson destacaron la enfermedad cardiovascular (11,2%) y las neoplasias (12,5%). Las comorbilidades que con más frecuencia se desarrollaban tras el diagnóstico de AR fueron los ACVA (86,9%), EPI (75,3%) y OTP (72,2%) con un tiempo medio de aparición de 11,2 (7,9), 10,3 (8,6) y 9,3 (7,2) años respectivamente. Las morbilidades diagnosticadas antes fueron EPOC y Asma, a los 7,1 años (6,7) y 7,5 años (6,5), respectivamente, de la AR, y la más tardía la OTP a los 9,3 años (7,2) e insuficiencia cardíaca a los 14,4 años (9,8). El análisis multivariante mostró que el retraso en el diagnóstico de la AR [OR: 1,15; IC95 (1,04-1,3)], el tiempo de evolución [OR: 1,03; IC95 (1-1,05)] y la edad [OR: 1,1; IC95 (1,08-1,14)] se asociaban de forma independiente a multimorbilidad, ajustado por sexo.

Conclusiones: En nuestra cohorte la presencia de multimorbilidad fue elevada (62,7%). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA, dislipemia, depresión y OTP. El retraso en el diagnóstico de AR, la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad se asociaron de forma independiente a la presencia de multimorbilidad. Más del 70% de ACVA, EPI y OTP se desarrollaron tras el diagnóstico de AR y con más de 7 años de evolución de la enfermedad.

Tabla P014

Características de los pacientes

Variable	Total (n = 591)	Multimorbilidad (n = 371)	No multimorbilidad (n = 220)	p
Edad (años), media (DE)	64 (13,2)	69,2 (11,1)	54,7 (11,6)	< 0,001
Sexo (mujer), n (%)	437 (73,4)	260 (70,1)	166 (80,2)	0,008
Tabaco alguna vez, n (%)	240 (40,6)	155 (41,8)	80 (36,4)	0,377
Tiempo evolución AR (años), media (DE)	12,4 (8,9)	13,9 (9,7)	10,1 (6,9)	< 0,001
Retraso diagnóstico (años), media (DE)	1,7 (3,1)	2,1 (3,8)	1,2 (1,7)	< 0,001
Factor reumatoide positivo, n (%)	462 (78,4)	285 (77)	166 (80,6)	0,321
Factor reumatoide, media (DE)	143 (238)	145 (225)	139 (259)	0,789
ACPA positivo, n (%)	439 (76,1)	267 (74,6)	160 (77,7)	0,410
ACPA, media (DE)	222 (255)	237 (251)	210 (267)	0,349
Erosiones, n (%)	220 (37,4)	144 (39)	68 (33)	0,151
Nódulos, n (%)	70 (11,9)	38 (10,3)	31 (15)	0,092
DAS28-VSG, media (DE)	2,7 (1,1)	2,7 (1,1)	2,7 (1,2)	0,989
Remisión por Das28, n (%)	285 (53,9)	172 (46,4)	107 (48,6)	0,518
SDAI, media (DE)	9,9 (8,2)	10,2 (8,5)	9,4 (7,8)	0,254
CDAI, media (DE)	9,1 (7,7)	9,2 (8)	8,7 (7,5)	0,484
FAMEs al corte, n (%)	481 (82,1)	289 (79)	180 (87)	0,017
FAMEs alguna vez, n (%)	576 (98,5)	358 (97,8)	205 (99,5)	0,117
FAMEb al corte, n (%)	167 (28,5)	97 (73,5)	69 (33,3)	0,083
FAMEb alguna vez, n (%)	199 (34)	117 (32)	81 (39,1)	0,083
Índice de Charlson, media (DE)	1,8 (1,6)	2,2 (1,8)	1,0 (0,2)	< 0,001
Índice de Charlson ajustado por edad, media (DE)	3,7 (2,3)	4,5 (2,4)	2,1 (1,1)	< 0,001

P015. EXPLORACIÓN HEPÁTICA CON FIBROSCAN Y CAP EN PACIENTES NO OBESOS CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIÁSICA. EFECTO DE LAS DOSIS ACUMULADAS DE METOTREXATO

Miriam Ruiz Ponce¹, Laura Cuesta-López¹,
María Dolores López-Montilla¹, María Lourdes Ladehesa-Pineda¹,
Antonio Barranco¹, Pedro Ortiz¹, María Ángeles Puche-Larrubia¹,
Carlos Pérez-Sánchez^{1,2,3}, María del Carmen Ábalos-Aguilera¹,
Desirée Ruiz-Vílchez¹, Inmaculada Ruiz-Cáceres⁴,
Diana Corona-Mata⁴, María Casares-Jiménez^{4,5},
Chary López-Pedrerá¹, Alejandro Escudero-Contreras¹,
Eduardo Collantes-Estévez¹, Clementina López-Medina^{1,2},
Iván Arias-de la Rosa¹ y Nuria Barbarroja^{1,2}

¹Servicio de Reumatología /Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Universidad de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Cobiomic Bioscience S.L. Córdoba. ³Departamento de Biología Celular. Fisiología e Inmunología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. ⁴Unidad de Enfermedades Infecciosas. IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ⁵CIBERINFEC. ISCIII-CIBER de Enfermedades Infecciosas. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Introducción: La disfunción hepática se considera una manifestación extraarticular de la artritis psoriásica (APs) y la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, los factores que contribuyen a la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) en el contexto de la artritis inflamatoria (AI) aún no han sido completamente dilucidados. Persiste la controversia sobre los posibles efectos perjudiciales para el hígado asociados al metotrexato (MTX).

Objetivos: 1) Determinar la presencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con AR y APs, sin obesidad, mediante FibroScan y el parámetro atenuado por coeficiente (CAP); 2) Analizar la relación entre el daño hepático y las características clínicas de la enfermedad; 3) Comparar la eficacia predictiva de los índices de riesgo de enfermedad hepática y 4) Evaluar la influencia de las dosis acumuladas de MTX.

Métodos: Estudio transversal con 108 pacientes no obesos (57 AR, 51 APs). Se evaluaron parámetros clínicos, biomarcadores hepáticos y varios índices de riesgo de enfermedad hepática. Se utilizó FibroScan y CAP para evaluar la rigidez hepática y la infiltración grasa. Pacientes con AI que recibieron MTX se dividieron según dosis acumuladas (< 1,5 g, > 1,5 g). Las dosis acumuladas se calcularon retrospectivamente desde el inicio del tratamiento hasta el día de la

extracción de sangre, calculando la cantidad total de miligramos administrados por semana durante el período de tratamiento.

Resultados: Pacientes con AR y APs presentaron baja actividad de enfermedad. Los pacientes AR presentaron una duración de la enfermedad de $4,63 \pm 4,84$ años mientras que los pacientes con APs presentaron $9,60 \pm 6,63$ años. En pacientes con AI (AR + APs), el 51,9% mostró esteatosis y el 7,50% fibrosis, a pesar de la ausencia de obesidad. El índice FLI (Fatty Liver Index) fue el más efectivo para identificar esteatosis (AUC = 0,733; p = 0,0003). En APs, el 47,10% tenía esteatosis y el 11,80% fibrosis, asociados a niveles elevados de PCR. El 30% de los pacientes con APs y esteatosis tenían niveles anormales de aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT). En AR, el 56,40% tenía esteatosis y el 3,60% fibrosis, asociados niveles elevados de ACPA, FR y triglicéridos. En los pacientes con AR y esteatosis no se observaron niveles anormales de AST o ALT. Cabe destacar que no se encontraron diferencias significativas en los perfiles de biomarcadores inflamatorios, metabólicos y de enfermedad hepática, en los valores de FibroScan y CAP, así como en la prevalencia de esteatosis y fibrosis entre los dos grupos de riesgo hepatotóxico debido al MTX.

Conclusiones: 1) Pacientes con AI, sin obesidad, muestran esteatosis hepática significativa no reflejada en parámetros bioquímicos anormales; 2) Índices de daño hepático no identificaron efectivamente esteatosis, destacando la necesidad de nuevos biomarcadores; 3) Se enfatiza la necesidad de evaluaciones hepáticas integrales en pacientes con AI sin obesidad y baja actividad de enfermedad; 4) altas dosis acumuladas de MTX no parecen influir en la presencia de esteatosis en comparación con bajas dosis acumuladas.

Financiado por el "Instituto de Salud Carlos III" (PI20/00079 y RICOR-RD21/0002/0033), cofinanciado por la Unión Europea.

P016. MEDICIÓN NO INVASIVA DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL (PERIFLUX) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Santiago Dans Caballero¹, María Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2},
M. Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Patricia Ruiz-Limón⁴,
Carlos Pérez-Sánchez^{2,3} y Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). ³Universidad de Córdoba. ⁴Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina (IBIMA Plataforma BIONAND). CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se constituye como una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta principalmente las articulaciones que, sin embargo, conlleva también un aumento significativo en la morbimortalidad a nivel cardiovascular. A pesar de numerosas investigaciones, persisten necesidades no satisfechas en este ámbito. Estudios han evidenciado disfunción endotelial como precursora de aterosclerosis, estimulando así la búsqueda de métodos no invasivos para su detección temprana.

Objetivos: Evaluar diferencias en características clínicas y serológicas según parámetros de disfunción endotelial en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Un estudio transversal con 100 pacientes de AR del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba analizó características clínicas (sexo, edad, presencia ecográfica de placa carotídea, tabaquismo, etc.) y serológicas (colesterol total, ACPA, factor reumatoide, apolipoproteínas A y B, etc.). Se evaluó la presencia de disfunción endotelial mediante un láser-Doppler Periflux 5010, dividiendo a los pacientes en dos grupos (n = 50) según la mediana del área de hiperemia (1.417,18).

Resultados: El análisis univariante (tabla) mostró una mediana de edad inferior en el grupo con mayor área de hiperemia (53,23 (12,31) vs. 56,58 (12,09)), sin significancia estadística (p = 0,31). Otras variables clínicas de interés (tabaquismo, tiempo de evolución, retraso diagnóstico) tampoco llegaron a alcanzar el umbral de significación. Otras variables serológicas de interés a nivel cardiovascular como la media de colesterol total (201,97 (35,51); 191,67 (37,46)), la media de LDL (123,23 (26,26); 114,24 (32,9)) o las cifras de ApoA (157,5 (47,5); 151 (23)) mostraron una tendencia a mostrar valores más elevados en el grupo con AH inferior, aunque sin llegar a alcanzar la significación. Parámetros de disfunción endotelial medidos por Periflux como el flujo de reposo (RF) o el flujo pico (PF) fueron significativamente menores en el grupo con menor área de hiperemia (p < 0,01; p = 0,04). En el análisis multivariante ajustado por cifras de ApoA, persistieron diferencias estadísticamente significativas en PF (OR 1,15; - IC95% (1,08-1,27)), RF (OR 0,79; - IC95% (0,66-0,88)) y cifras de ACPA (OR 1,001; - IC95% (1,001-1,002)).

Características clínicas de la enfermedad según el área de hiperemia en pacientes con artritis reumatoide. Los datos se expresan como media (DE) o mediana (RIC) para las variables cuantitativas y como N (%) para las cualitativas

Variable	AH < 1.417,18 (n = 50)	AH ≥ 1.417,18 (n = 50)	p
Edad (años), media (DE)	56,58 (12,09)	53,23 (12,31)	0,31
Sexo (mujer), n (%)	38 (76)	35 (70)	0,65
Tabaco alguna vez, n (%)	24 (48)	25 (50)	0,54
Tiempo evolución (años)	11 (10,5)	8 (11)	0,88
Retraso diagnóstico (años)	0,7 (3)	0 (2)	0,79
IMC (kg/m ²), media (DE)	28,09 (5,62)	26,38 (4,66)	0,14
ApoA (mg/dl), media (DE)	157,5 (47,5)	151 (23)	0,07
ApoB (mg/dl), media (DE)	89,5 (21,75)	80,71 (20,32)	0,09
Colesterol total (mg/dl), media (DE)	201,97 (35,51)	191,67 (37,46)	0,23
LDL (mg/dl), media (DE)	123,27 (26,26)	114,24 (32,90)	0,21
FR positivo, n (%)	33 (66)	38 (76)	0,17
ACPA positivo, n (%)	35 (70)	41 (82)	0,23
Título ACPA, mediana (RIC)	161,4 (330,86)	343,1 (724,91)	0,06
Título FR, mediana (RIC)	57 (162)	84 (109)	0,21
RF, mediana (RIC)	14,1 (9,36)	18,65 (12,50)	0,04
PF, mediana (RIC)	35,7 (25,06)	77,33 (31,66)	< 0,01
PF-RF, mediana (RIC)	20,16 (15,44)	57,71 (31,48)	< 0,01
Placa carotídea (Sí), n (%)	6 (12)	8 (16)	0,35
DAS28-PCR, mediana (RIC)	4,4 (2,23)	3,54 (2,3)	0,47

Conclusiones: La disfunción endotelial evaluada con Periflux podría ser útil en la práctica clínica para estratificar el riesgo cardiovascular en pacientes con AR, independientemente de los parámetros clásicos. En el análisis univariante se detectaron tendencias que no llegaron a alcanzar el umbral de significación estadística, en probable relación con un escaso tamaño muestral. No obstante, se

requieren otras cohortes para validar los hallazgos obtenidos y así poder determinar la utilidad en la práctica clínica de forma combinada con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ampliamente conocidos.

PO17. A PATIENT REPORTED-OUTCOMES REFERRAL TOOL TO IDENTIFY PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND FACILITATE EARLY REFERRAL FROM PRIMARY CARE TO RHEUMATOLOGY

Camille Bourgeois¹, Teresa Schiaffino², Tamara del Río², Marina Sánchez-Lucas¹, Juan Molina-Collada^{1,2}, Julia Martínez-Barrio^{1,2}, Javier Rivera^{1,2}, José María Álvaro-Gracia^{1,2,3} and Isabel Castrejon^{1,2,3}

¹Rheumatology Department. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. ³Department of Medicine. Complutense University of Madrid.

Introduction: Early referral to rheumatology of patients with arthritis is recommended for an early diagnosis of rheumatoid arthritis (RA) to initiate treatment during the window of opportunity¹. However, the insidious onset, non-specific symptoms early in the disease, and the lack of confidence to diagnose RA are challenges for primary care physicians (PCPs) in our area in order to adequately refer patients as we evaluated in a previous survey².

Objectives: We aimed to evaluate a referral tool based on patient reported outcomes (PROs), easily completed by patients, to guide PCPs and support referral of patients with suspected RA.

Methods: A one-day a week Early Arthritis Clinic (EAC) with fast and direct access for PCPs (180 in 11 primary care centres) has been established from January 2022. Referral criteria are clinical, and in consensus with a PCP committee: > 2 swollen joints, duration of symptoms < 2 years, and no previous rheumatology diagnosis. At baseline, patients complete two questionnaires on a tablet, a referral form based on PROs including affected joints, symmetry, morning stiffness in minutes, age and family history of RA and a multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ). Physical exam and laboratory tests are performed at baseline. A descriptive analysis by diagnostic group is presented. Receiver operating characteristic (ROC) analysis were performed to evaluate the ability of the referral form to discriminate RA.

Results: From 328 patients referred to our EAC up to November 2023, only 70 (21%) fulfilled the inclusion criteria: 23 (33%) with undifferentiated arthritis (UA), 24 (34%) with RA, 17 (24%) with spondyloarthritis including psoriatic arthritis, and 6 (9%) with other diagnosis. Patients in the RA group were older, more frequently female, with positive ACPA and rheumatoid factor, and presented higher levels of CRP (Table 1). Disease activity according to DAS28 and CDAI was higher in the RA group, but according to RAPID3 higher in the spondyloarthritis group. The ability to discriminate between RA and other diagnosis was comparable for the referral score based on PROs (AUC: 0,59 95%CI (0,43-0,75) versus DAS28-CRP (AUC: 0,43 95%CI (0,26-0,61) and CDAI (AUC: 0,56 95%CI (0,38-0,74) which require a physician's global assessment of disease activity and joint counts by the physician. The cut-off of 18 presented the best combination of sensibility 43%, specificity 89% and likelihood ratio for a positive test 3,8.

Conclusions: Our results show poor quality of referral to our EAC with only 21% patients fulfilling criteria to be evaluated, highlighting the need for tools to guide PCPs. The PROMs-referral tool is easily completed by patients on a tablet, discriminate patients with RA, and may be useful for PCPs for an early referral of patients with suspected RA.

Table P017

Patients demographics and clinical characteristics at baseline

	Undifferentiated Arthritis N = 23	Rheumatoid Arthritis N = 24	Spondyloarthritis N = 17	Other N = 6
Age, mean (SD)	44,7 (10,7)	57,3 (17,2)	50,1 (7,8)	53,5 (9,1)
Female	18 (78)	20 (83)	7 (41)	4 (67)
Rheumatoid Factor positive	12 (53)	15 (64)	2 (14)	2 (33)
ACPA positive	3 (13)	18 (73)	0	0
ESR, mean (SD)	15,3 (13,3)	27,8 (16,7)	29,4 (24,2)	18,3 (14,7)
CRP, mean (SD)	0,5 (0,3)	2,1 (1,1)	1,7 (1,1)	0,4 (0,2)
PATGL, mean (SD)	4,4 (2,7)	4,9 (2,5)	6,4 (2,7)	5,2 (1,9)
DOCGL, mean (SD)	1,9 (1,5)	2,5 (1,9)	2,7 (1,8)	1 (0,7)
Disease Activity indices				
DAS28-CRP, mean (SD)	1,9 (0,6)	2,7 (0,8)	2,0 (0,7)	1,7 (0,4)
CDAI, mean (SD)	7,5 (6,2)	12,6 (9,7)	6,9 (6,3)	6,6 (4,3)
RAPID3, mean (SD)	9,9 (6,5)	11,5 (7,6)	15,7 (5,2)	10,0 (4,4)
Referral Score, mean (SD)	13,6 (10,8)	16,2 (10,1)	10,0 (7,5)	11,1 (9,6)

*Except where indicated otherwise, values are the number (%)

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.

REFERENCES

- van Steenberg HW, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:491–496.
- Bourgeois C, et al. Ann Rheum Dis 2023. volume 82, supplement 1, page 89

P018. EVALUATION OF A SCREENING TOOL TO IDENTIFY RISK FOR SUBCLINICAL INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN A COHORT OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND TARGETED THERAPIES

Marina Sánchez Lucas¹, Camille Bourgeois¹, Teresa Schiaffino², Julia Martínez-Barrio^{1,2}, Juan Molina-Collada^{1,2}, Esther Chamorro de Vega^{2,3}, José María Álvaro-Gracia^{1,2,4} and Isabel Castrejón^{1,2,4}

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid. ³Pharmacy department. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ⁴Department of Medicine. Complutense University. Madrid.

Introduction: Interstitial lung disease (ILD) is the second leading cause of mortality in patients with rheumatoid arthritis (RA) (1). However, is frequently underrecognized as presents a highly variable clinical course, ranging from subclinical ILD to rapid progression to pulmonary fibrosis. Although, RA-ILD may have a substantial impact on prognosis, there are insufficient data to inform evidence-based recommendations on screening. In a combined effort by expert rheumatologists and pulmonologists, a screening tool based on risk factors for RA-ILD have been recently proposed (2). However, this risk score has not been validated in clinical practice.

Objectives: To evaluate risk factors and treatment in patients with RA-ILD in comparison with patients without ILD in a cohort of RA patients with targeted therapies and to examine different cut-off points for the screening tool to identify patients at risk to develop ILD.

Methods: Cohort study from a single academic center of RA patients undergoing targeted therapies. Risk factors associated with the development of ILD and current treatment were compared between RA-ILD and RA-noILD patients. The proposed risk score based on sex, age, smoking status, RA duration, rheumatoid factor and anti-cyclic citrullinated protein antibodies was calculated and different

cut-off values were explored to identify patients at risk for ILD on the basis of the best trade-off values between sensitivity and specificity from a ROC curve analysis.

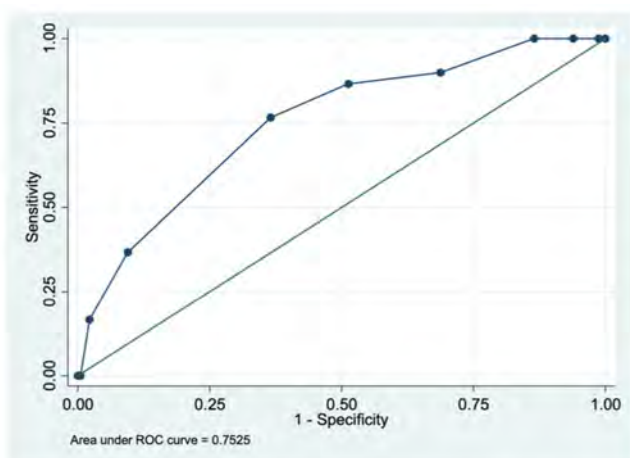
Results: A total of 688 patients with RA treated with targeted therapies were included in our cohort, 31 (4,5%) with RA-ILD. RA-ILD patients were elder at RA onset (54,9 vs. 45,2, $p < 0,05$) and more frequently smokers (48,4 vs. 14%, $p < 0,05$) (table). Different patterns in treatment were observed between groups, RA-ILD patients were receiving more frequently abatacept (32%) followed by tocilizumab (22%) and JAKi (19%). The area under the receiver operating characteristic curve (AUC) with 95% confidence interval was 0,75 95%CI (0,67-0,84) (fig.). Three different cut-off points for the risk score were evaluated: 5 (Sens 86,7%, Spec 48,7% LR+1,7) corresponding to 228 patients (36,5%) in our cohort, 6 (Sens 76,7%, Spec 63,5% LH+ 2,1) 59 patients (9,5%), and 7 (Sens 36,7%, Spec 90,5% LH+ 3,9) 14 (2,2%) (fig.).

Conclusions: Prevalence of ILD in our cohort of patients with RA and targeted therapies was 4,5%. The risk score identified 36% patients at low risk, 9,5% at moderate risk, and 2,2% at high risk of subclinical RA-ILD. The use of screening tools could favor the early detection of subclinical ILD and assist rheumatologists in early intervention to improve the prognosis of RA-ILD.

	Overall RA N = 688	RA-no ILD N = 657	RA-ILD N = 31	p
Sex (female)	567 (82.4)	547 (83.3)	20 (64.5)	0.007
Age, mean (SD)	62.3 (13.9)	62.0 (14.1)	68.7 (9.0)	0.004
Age at RA onset, mean (SD)	45.6 (14.8)	45.2 (14.7)	54.9 (12.2)	<0.001
RA duration, median (IQR) years	15 (9-23)	15 (9-23)	11 (8-19)	0.05
ACPA positive high titer	354 (54)	334 (53.4)	20 (66.7)	0.68
RF positive	489 (73.2)	462 (72.4)	27 (90)	0.034
Ever smoker	107 (15.5)	92 (14.0)	15 (48.4%)	<0.001
Treatment				
Methotrexate	254 (37)	247 (37)	7 (22)	<0.001
TNFi	379 (55)	375 (57)	4 (13)	<0.001
JAKi	104 (15)	98 (15)	6 (19)	
Tocilizumab	99 (14)	92 (14)	7 (23)	
Abatacept	56 (8)	46 (7)	10 (32)	
Rituximab	50 (7)	46 (7)	4 (13)	
Number of previous biologics	1 (1-3)	1 (1-3)	2 (1-3)	0.52
Risk score value (median (IQR))	5 (3-6)	5 (3-6)	6 (6-7)	<0.001

*Except where indicated otherwise, values are the number (%)

Characteristics of patients with RA with and without ILD.



AUC: 0.75 95%CI (0.67-0.84)

Performance of the proposed risk score for detection of RA-ILD. Result is shown as area under the receiver operating characterise curves (AUC) with 95% confidence interval (Stata roctab).

REFERENCES

1. Kronzer VL, Huang W, et al. J Rheumatol. 2021 May;48(5):656–63.
 2. Narváez J, Aburto M, et al. Reumatol Clínica. 2023 Feb;19(2):74–81.
 Acknowledgments: this work was supported by the following grants: PI20/00847, PI23/01226 and RD21/0002/0034 from Instituto de Salud Carlos III and co-financed by the European Regional Development Fund.

P019. MARCADORES DE PERMEABILIDAD INTESTINAL PARA DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE

José Manuel Lisbona Montañez¹, Arkaitz Mucientes^{1,2}, Patricia Ruiz-Limón^{1,4,5}, Gracia María Martín-Núñez^{1,2}, Rocío Redondo-Rodríguez^{1,2}, Laura Cano García^{1,2}, Sara Manrique Arijá^{1,2,3}, Antonio Fernández-Nebro^{1,2,3} y Natalia Mena-Vázquez^{1,2}

¹IBIMA Plataforma-Bionand. Málaga. ²UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ³Universidad de Málaga. Departamento de Medicina. Málaga. ⁴UGC de Endocrinología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁵Instituto de Salud Carlos III. CIBER Fisiopatología de Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Madrid.

Introducción: El tracto digestivo ocupa un lugar importante en la artritis reumatoide (AR). Recientes descubrimientos han cambiado la relación entre el tracto digestivo y la AR, no considerándose ya un

elemento asociado a la enfermedad, sino un factor importante. Sin embargo, los mecanismos que conectan el intestino y la AR siguen sin estar claros¹. Actualmente no existen marcadores séricos basados en la permeabilidad intestinal que sean clínicamente útiles para el diagnóstico y pronóstico de la AR.

Objetivos: Identificar factores de permeabilidad intestinal asociados a la AR y actividad inflamatoria, que funcionan como biomarcadores para el diagnóstico y gravedad de la AR.

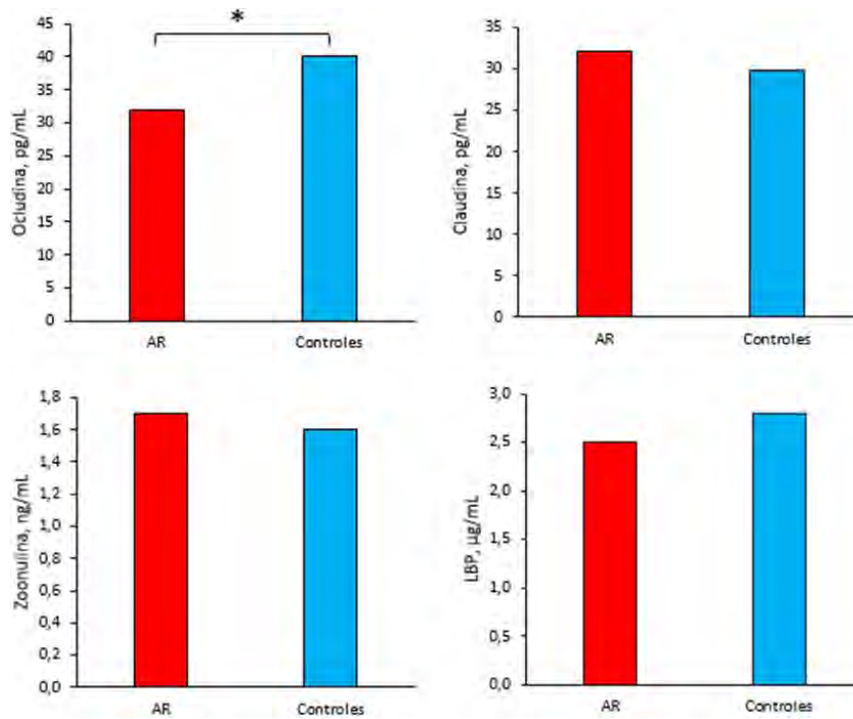
Métodos: Estudio transversal controlado dentro de una cohorte prospectiva, que involucra a pacientes con AR y controles sanos. Los pacientes diagnosticados de AR (ACR/EULAR 2010) fueron elegidos para iniciar su primera terapia biológica debido a niveles de inflamación moderados a altos. Los controles fueron individuos sin enfermedades inflamatorias, emparejados por sexo y edad. Se analizaron mediante ELISA diferentes marcadores de permeabilidad intestinal, como los niveles séricos de LBP, Zoonulina, Claudina y Ocludina. Se estudiaron otras variables de gravedad de la AR: comorbilidades, actividad inflamatoria mediante DAS28 y proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular, factor reumatoide (FR), anticuerpos contra péptido citrulinado anticíclico (ACPA) y valores del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ). Se realizó un análisis descriptivo y bivalente para identificar factores de permeabilidad y otras características clínicas en pacientes con AR. Se realizaron análisis multivariantes para ver los factores asociados con los trastornos de permeabilidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 140 sujetos, 70 casos de AR y 70 controles (tabla). Los pacientes con AR presentaron valores más bajos de ocludina en suero (p = 0,002) (fig.). Los niveles de ocludina en suero de pacientes con AR con actividad inflamatoria moderada-alta se correlacionaron con PCR (p = 0,006), HAQ (p = 0,017), títulos de FR (p < 0,001) y con el número de comorbilidades (p = 0,045); Además, los niveles séricos de ocludina fueron más bajos entre aquellos pacientes con AR que tenían antecedentes de tabaquismo en comparación con aquellos que nunca habían fumado (p = 0,046), y también en aquellos que tenían multimorbilidad (p = 0,043). En el análisis de regresión lineal multivariante, los factores que se asociaron con los títulos de ocludina en pacientes con AR con actividad inflamatoria moderada-alta fueron la PCR (p = 0,042), los títulos de factor reumatoide (p = 0,018) y la multimorbilidad (p = 0,046).

Conclusiones: Los pacientes con AR muestran una mayor permeabilidad intestinal que los controles. Algunas de las moléculas estudiadas están asociadas a la AR, por lo que podrían ser potenciales biomarcadores de esta entidad. En concreto, la ocludina ha resultado ser un buen biomarcador de la permeabilidad intestinal y, además, se le asocian varios factores de gravedad de AR, por lo que podría utilizarse en el diagnóstico y pronóstico de esta enfermedad. Se necesitan estudios futuros para validar estos datos y confirmar los hallazgos.

Variable	AR N = 70	Controles N=70	p-valor
Género, mujer, n (%)	57 (81.4)	57 (81.4)	1.000
Edad, media (DE)	56.2 (12.3)	56.4 (11.3)	0.947
Multimorbilidad, n (%)	38 (54.3)	26 (37.1)	0.042
Cualquier comorbilidad general, n (%)	70 (100.0)	9 (12.9)	<0.001
Número de comorbilidades generales, mediana (RIC)	1.0 (1.0-1.25)	0.0 (0.0-0.0)	<0.001
Historial tabáquico			0.037
No fumador, n (%)	31 (44.3)	46 (65.7)	
Exfumador, n (%)	21 (30.0)	12 (17.1)	
Fumador, n (%)	18 (25.7)	12 (17.1)	
VSG mm/h, mediana (DE)	24.0 (13.2-38.0)	10.0 (6.5-16.5)	<0.001
PCR, mg/L, mediana (RIC)	9.4 (4.0-17.2)	3.0 (2.0-4.0)	<0.001
RF positivo (>10 U/ml), n (%)	60 (85.7)	0 (0.0)	<0.001
ACPA positivo (>20 U/ml), n (%)	56 (80.0)	0 (0.0)	<0.001
Hemoglobina g/dl, mediana (DE)	12.8 (1.4)	13.4 (1.2)	0.011
Leucocitos 109/L, media (DE)	7675.7 (2858.9)	6119.5 (2162.3)	<0.001
Plaquetas 109/L, promedio (DE)	275304.3 (80631.5)	246100.0 (61285.0)	0.017

P019 Figura 1. Características iniciales de la población de estudio.



P019 Figura 2. Parámetros de permeabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Intestinal permeability in spondyloarthritis and rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature.
2. Assessment of Intestinal Permeability and Inflammation Bio-Markers in Patients with Rheumatoid Arthritis.

P020. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE LOS DIFERENTES FÁRMACOS UTILIZADOS COMO LÍNEA POSTERIOR A LA CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR

Marta Novella-Navarro¹, Virginia Ruiz-Esquide², Natalia López-Juanes¹, Chafik Alejandro Chacur², Irene Monjo-Henry¹, Laura Nuño¹, Mónica Kafati¹, Diana Peiteado¹, Alejandro Villalba¹, Elisa Fernández-Fernández¹, María Sanz-Jardón¹, Raimon Sanmartí², Chamaida Plasencia¹ y Alejandro Balsa¹

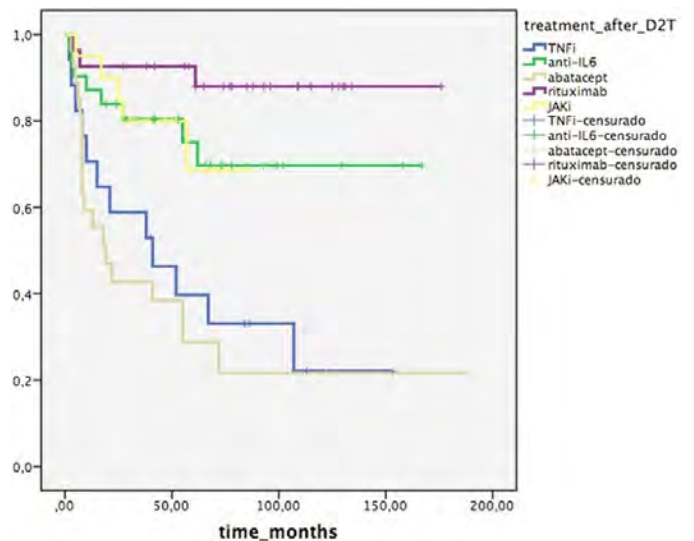
¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Universitari Clínic. Barcelona.

Introducción: Desde la publicación de los criterios de artritis reumatoide difícil de tratar (D2TRA), varios estudios han intentado establecer las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más adecuadas para el manejo de estos pacientes. Sin embargo, los datos sobre el tratamiento de elección para los pacientes que pasan a ser D2TRA siguen siendo escasos.

Objetivos: Evaluar la supervivencia de diferentes los fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad biológicos o sintéticos dirigidos (FAMEb/sd) administrados tras cumplir los criterios D2TRA. Evaluar los factores clínicos relacionados con la supervivencia de estos tratamientos.

Métodos: Este estudio de cohorte retrospectivo incluyó a pacientes con D2TRA según la definición EULAR. Se recogieron datos sociodemográficos, características clínicas, serológicas y datos de actividad de la enfermedad al inicio del primer FAMEb/sd. También se recogió el DAS28 al inicio del siguiente tratamiento indicado tras cumplir la clasificación D2T y a los 6 meses. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante al menos un año. La supervivencia de los diferen-

tes fármacos utilizados como línea posterior al D2T se evaluó mediante Kaplan-Meier utilizando el estadístico *log-rank* para evaluar las diferencias. Los factores asociados con la interrupción del tratamiento se evaluaron mediante un modelo de regresión de Cox univariante y multivariante.



Curva de supervivencia de los diferentes tratamientos utilizados tras la clasificación D2TRA.

Resultados: De los 122 pacientes incluidos, 75 (61,5%) mantuvieron la misma línea de tratamiento posterior al D2T, frente a 37 pacientes (38,5%) que interrumpieron este tratamiento y precisaron líneas sucesivas de FAMEb/sd. Las líneas de tratamiento tras la clasificación D2T fueron TNFi (17 pacientes), anti-IL6R (31 pacientes), abatacept (27 pacientes), rituximab (27 pacientes) y JAKi (20 pacientes). La supervivencia media de los tratamientos fue de 78,3 ± 7,6 meses y el porcentaje de pacientes que mantuvieron el tratamiento tras D2T fue del 29,4% para TNFi, 29,6% para abatacept, 74,2% para anti-IL6R, 88,9% para rituximab y 75,0% para JAKi. Se observaron diferencias significativas en la supervivencia de los distintos FAMEb/sd (*log-rank* p < 0,01)

(fig.) y se realizó una regresión de Cox tomando cada FAMEb/sd como referencia y comparándolo con los demás. Las principales diferencias se encontraron entre TNFi y abatacept con rituximab, mientras que los anti-IL6R y JAKi no mostraron diferencias significativas entre ellos. El DAS28 a los 6 meses del inicio del FAMEb/sd posterior al D2T fue superior en los pacientes que interrumpieron el tratamiento frente a los que lo mantuvieron [4,4 (1,2) vs. 3,5 (1,3), $p = 0,01$]. No se encontraron diferencias significativas en la edad al diagnóstico o al inicio del primer FAMEb/sd, ni para tratamientos previos o concomitantes, manifestaciones extraarticulares, erosiones o perfil serológico. En la regresión de Cox multivariante, el que el tratamiento posterior tras D2T [HR = 1,26 (IC95% 1,06-1,05)] y valores más altos de DAS28 a los 6 meses [HR = 1,41 (IC95%: 1,15-1,72)] fueron factores de riesgo independientes asociados a la interrupción de este tratamiento.

Conclusiones: Una vez que los pacientes cumplen los criterios de D2TRA, la línea posterior de FAMEb/sd con mejor supervivencia es rituximab, seguida de JAKi y anti-IL6R siendo TNFi y abatacept las opciones con menor tasa de retención. Además, DAS28 a los 6 meses de iniciar el tratamiento tras D2T fue un factor de riesgo independiente para la supervivencia del fármaco.

P021. LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO Y ENFERMEDAD ESTABLECIDA PRESENTAN FIRMAS INFLAMATORIAS DISTINTIVAS ASOCIADAS A PROCESOS BIOLÓGICOS RELEVANTES

Carlos Pérez Sánchez¹, Beatriz Vellón-García^{1,2}, Adrián Llamas-Urbano^{1,3}, Ismael Sánchez-Pareja¹, Laura Muñoz-Barrera¹, Yas Hanaee^{1,3}, Tomás Cerdó¹, Christian Merlo-Ruiz¹, Iván Arias-de la Rosa¹, Desirée Ruiz-Vilchez¹, María del Carmen Ábalos-Aguilera¹, María Lourdes Ladehesa-Pineda¹, Concepción Aranda-Valera¹, Marta Rojas-Giménez¹, Jerusalem Calvo-Gutiérrez¹, Nuria Barbarroja^{1,3}, Eduardo Collantes-Estévez¹, Clementina López-Medina¹, Rafaela Ortega-Castro¹, Alejandro Escudero-Contreras¹ y Chary López-Pedrerá¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Inmunología y Fisiología, Universidad de Córdoba y Campus de excelencia internacional Agroalimentario (ceiA³). ³Cobiomic Bioscience. EBT UCO/IMIBIC. Córdoba.

Objetivos: 1. Caracterizar el proteoma inflamatorio circulante en pacientes con AR de reciente inicio y enfermedad establecida. 2. Identificar firmas inflamatorias comunes y distintivas asociadas con la actividad de la enfermedad en ambos grupos.

Métodos: En el estudio se incluyeron 125 pacientes con AR, incluyendo 72 con AR de reciente inicio (diagnóstico de menos de 2 años) y 54 con AR establecida (diagnóstico de más de 10 años). En el suero de estos pacientes se realizó el análisis del proteoma inflamatorio utilizando la tecnología proteómica de alto rendimiento 'Proximity Extension Assay' (PEA-Olink, Cobiomic), permitiendo una caracterización de proteínas inflamatorias mediante qPCR a un nivel de especificidad y sensibilidad sin precedentes. Se realizaron estudios de correlación y asociación para identificar firmas compartidas y distintivas entre ambos grupos. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de enriquecimiento funcional utilizando la plataforma STRING para obtener información sobre el significado biológico de las firmas identificadas.

Resultados: Clínicamente, los pacientes con AR de reciente inicio y establecida fueron tratados con FAMES sintéticos convencionales, excluyendo biológicos o inhibidores de JAK, sin diferencias en la actividad de la enfermedad (media DAS28 4,3 vs. 4,4), edad (53 vs. 55 años) y sexo (75 vs. 77% mujeres). El análisis del proteoma inflamatorio circulante reveló que los pacientes con AR establecida presentan niveles significativamente más altos de diversos mediadores inflamatorios en relación a los de reciente inicio, incluyendo CSF-1,

IFN- γ , FGF-23, TNF, Flt3L, EN-RAGE, OPG, DNER, IL-10RB, Beta-NGF, IL-18R1, AXIN1, CD40, CXCL5, STAMBP, SIRT2. Se identificaron asociaciones comunes y distintivas entre la actividad de la enfermedad y las moléculas inflamatorias en cada grupo de pacientes. Así, en AR de reciente inicio, 20 marcadores inflamatorios se correlacionaron positivamente con el DAS28, mientras que, en AR establecida, esta correlación positiva se observó en casi el doble de proteínas (36). El enriquecimiento funcional reveló que las proteínas correlacionadas con el DAS28 en AR de reciente inicio estaban principalmente asociadas con vías como la migración y quimiotaxis de células mieloides, mientras que en AR establecida estaban además asociadas con vías de diferenciación y activación de células plasmáticas y T reguladoras. Así, la actividad de la enfermedad en AR podría orquestarse de manera diferente al principio de la enfermedad y conforme la patología progresa. Paralelamente se identificó una firma común de mediadores inflamatorios correlacionada positivamente con el DAS28 en ambos grupos de pacientes (CASP-8, CSF-1, CXCL1, CXCL10, CXCL9, EN-RAGE, GDNF, HGF, IL-15RA, IL6, LAP TGF-beta-1, MCP-3, TNFRSF9, VEGFA), reflejando su potencial papel clave en AR.

Conclusiones: Los pacientes con AR de reciente inicio y de enfermedad establecida muestran firmas inflamatorias circulantes distintivas asociadas con la actividad de la enfermedad, lo cual podría conducir al desarrollo de estrategias clínicas personalizadas en AR. Financiado por: EU/EFPIA Innovative Medicines Initiative Joint Undertaking 3TR, PI21/0591 & CD21/00187 financiado por Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por la Unión Europea. RD21/0002/0033 financiado por ISCIII y financiado por "Next Generation EU", via Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) y MINECO (RYC2021-033828-I, y PID2022-141500OA-I00).

P022. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA ARTRITIS DE INICIO TARDÍO VS. POLIMIALGIA REUMÁTICA

África Andreu Suárez¹, Ana Corral Bote¹, Karen Carpio¹, Carlos A. Guillén Astete¹, Marina Tortosa Cabañas², Claudia Urrego Laurín¹ y Pablo Zurita Prada¹

¹Hospital Universitario HLA Moncloa. Madrid. ²Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Introducción: La artritis de inicio tardío (*elderly onset rheumatoid arthritis* - EORA) es aquella de comienzo a partir de los 60-65 años. Su prevalencia se estima entre el 10-33% de los casos totales de artritis reumatoide (AR). Es frecuente que asocie clínica polimiálgica, dificultando el diagnóstico diferencial con la polimialgia reumática (PMR). En la PMR se puede objetivar en ocasiones sinovitis, pero suele ser leve y el tratamiento corticoideo suele ser suficiente para el control de la enfermedad. El tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) en la EORA, por el contrario, debería ser similar al de la AR de inicio temprano, aunque dada la mayor prevalencia de comorbilidades y polimedicación en el paciente de edad avanzada, así como una posible similitud clínica con la PMR, hacen que en muchas ocasiones la tendencia en la práctica clínica real sea tratar con menor intensidad terapéutica.

Objetivos: El objetivo principal es comparar la necesidad de inmunosupresores entre los pacientes con EORA y PMR para un control adecuado de su enfermedad. Como objetivos secundarios se describen las características demográficas y clínicas así como los eventos adversos acontecidos durante el seguimiento de ambos grupos.

Métodos: Estudio descriptivo observacional longitudinal retrospectivo. Se incluyeron pacientes de más de 60 años al diagnóstico de PMR y EORA en el Hospital HLA Moncloa desde el 12/2010 hasta el 12/2023.

Resultados: De un total de 141 pacientes, 66 fueron diagnosticados de EORA (46,8%) y 74 (53,2%) de PMR. Ambos grupos no presentaban diferencias demográficas ni en comorbilidades (tabla 1) al diagnóstico. Existía inicialmente debilidad de cintura escapular y/o pelviana en un 40,9% (27) de los pacientes con EORA. Un 41,8% (31) de los

pacientes con PMR presentaron sinovitis de carpos versus 89,4% (59) de los pacientes con EORA ($p < 0,001$). Respecto al resto de diferencias en presentación clínica entre PMR y EORA se observó: artritis de pequeñas articulaciones de las manos en 16 (21,3%) vs. 37 (56,9%) ($p < 0,001$), artritis de rodillas en 10 (13,3%) vs. 20 (30,8%) ($p < 0,012$), artritis de tobillos en 5 (6,7%) vs. 16 (24,2%) ($p < 0,003$), artritis de pequeñas articulaciones de los pies en 0 (0%) vs. 8 (12,1%) ($p < 0,001$). Se detectó elevación de reactantes de fase aguda (RFA) en el 70,7% (41) de pacientes con PMR y en el 64,7% (33) de pacientes con EORA ($p < 0,504$). Presentaban positividad para el factor reumatoide (FR) y anticuerpos antiacitrulina (aCCP) 17 (25,8%) y 23 (34,8%) pacientes con EORA respectivamente. 62 (93,9%) pacientes con EORA precisaron el uso de FAMES vs. 26 (34,7%) pacientes con PMR ($p < 0,001$). Un 33,3% (22) de los pacientes con EORA necesitaron más de un FAME durante su seguimiento vs. 12% (9) de pacientes con PMR ($p < 0,002$). Se pudo suspender el GC en el 54,7% (35) de los pacientes con EORA y en el 52,1% (37) con PMR ($p < 0,765$). Los acontecimientos adversos se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Características demográficas

	PMR (N 75; 53,2%)	EORA (N 66; 46,8%)	p
Sexo (femenino)	51 (68%)	46 (69,7%)	0,828
Edad media al diagnóstico	72,87 (DE 8,52)	70,24 (DE 8,54)	0,546
Comorbilidades	56 (74,7%)	55 (83,3%)	0,21
Dislipemia (DL)	29 (38,7%)	25 (37,9%)	0,923
Hipertensión arterial (HTA)	41 (54,7%)	38 (57,6%)	0,728
Diabetes mellitus (DM)	9 (12%)	7 (10,6%)	0,795
Cardiopatía isquémica (CI)	9 (12%)	5 (7,6%)	0,381
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	6 (8%)	1 (1,5%)	0,077
Insuficiencia renal (IR)	6 (8%)	2 (3%)	0,203
Antecedentes oncológicos	11 (14,7%)	12 (18,2%)	0,573

Tabla 2. Acontecimientos adversos en el seguimiento

	EORA	PMR	p
Infecciones	10 (15,2%)	8 (10,7%)	0,426
Hemorragia digestiva	4 (6,1%)	1 (1,3%)	0,186
Cardiopatía isquémica	3 (4,5%)	1 (1,3%)	0,340
Fracturas osteoporóticas	11 (16,7%)	10 (13,3%)	0,579
Neoplasia	5 (7,6%)	3 (4%)	0,474
Ingreso	11 (16,7%)	4 (5,3%)	0,052
Dependencia	6 (9,2%)	4 (5,3%)	0,514

Conclusiones: Existe diferencia en el uso de FAME entre los pacientes con EORA y PMR para el control de su enfermedad durante su seguimiento. Dada la ausencia de diferencias demográficas y de comorbilidades, la forma de presentación y diferenciación correcta en el momento del inicio de la artritis entre PMR y EORA acontece como significativo para un correcto tratamiento de nuestros pacientes.

P023. EVOLUCIÓN PROSPECTIVA DE LOS VALORES DE CALCIO CORONARIO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Cristina Corrales-Selaya^{1,2}, Nuria Vegas-Revenga³, José Antonio Parra Blanco⁴, Virginia Portilla⁵, Ricardo Blanco^{1,2}, Miguel A. González-Gay⁶, Iván Ferraz-Amaro⁷ y Alfonso Corrales^{1,2}

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Santander. ²Servicio de Reumatología. Grupo de Inmunopatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander.

³Reumatología. Hospital de Galdácano. Galdakao. ⁴Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

⁵Enfermería-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Reumatología. Universidad de Cantabria. IDIVAL. Santander y Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁷Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (CV) subclínica y, consecuentemente, eventos CV, en comparación con la población general. La cuantificación del calcio coronario (CAC) ha demostrado ser capaz de predecir eventos CV en población sin AR. No existen estudios que hayan evaluado cómo evolucionan los valores de CAC coronario de forma prospectiva en pacientes con AR y qué factores se asocian con la progresión de este.

Objetivos: Determinar cómo evolucionan, de forma prospectiva, los valores de CAC en una población de pacientes con AR y qué factores se asocian a la progresión de este.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de 95 pacientes con AR sin eventos CV previos que fueron reclutados en 2011. Mediante tomografía axial computarizada multidetector (TACM) se evaluaron los niveles de CAC *-score* Agastston- basales y tras un tiempo de seguimiento medio de 5 años. Se consideró progresión si el segundo CAC tenía cualquier valor superior al basal. Mediante regresión logística multivariable se analizaron qué factores basales se asocian con progresión de los valores de CAC.

Características demográficas

Edad, años (media \pm ds)	68 \pm 8
Mujer (n, %)	68 (72)
Factores de Riesgo CV	
Fumador actual o exfumador (n, %)	53 (56)
Hipertensión, n (%)	34 (36)
Diabetes Mellitus, n (%)	42 (44)
Dislipemia, n (%)	6 (6)
Hipertrigliceridemia	50 (53)
Obesidad, n (%)	17 (18)
IMC, kg/m ² (media \pm ds)	29 \pm 9
Perímetro abdominal, cm (media \pm ds)	215 \pm 44
Colesterol total (media \pm ds)	130 \pm 37
Lipoproteína baja densidad (LDL)(media \pm ds)	113 \pm 60
Características AR	
PCR mg/dl, , mediana [RIC]	12 [6-21]
VSG, mm/ 1a hora, mediana [RIC]	2 [0.8-6.0]
Factor Reumatoide (n, %)	60 (63)
Ac. Antipéptidos citrulinados (n, %)	62 (65)
DAS28_VSG (media \pm ds)	3.3 \pm 1.4
DAS28_PCR (media \pm ds)	3.0 \pm 1.2
Tratamientos	
AINEs, (n, %)	39 (41)
Corticoides, (n, %)	47 (50)
Metotrexato, (n, %)	66 (70)
Leflunomida, (n, %)	10 (11)
Hidroxicloroquina, (n, %)	19 (20)
Sulfasalazina, (n, %)	1 (1)
b-FAMES, n (%)	41 (4)
Anti-TNF, (n, %)	18 (19)
Tocilizumab, (n, %)	11 (12)
Rituximab, (n, %)	2 (2)
Abatacept, (n, %)	2 (2)
JAK inhibidores, n (%)	4 (4)
Estudio de Riesgo Cardiovascular	
Score 2 (media \pm ds)	4.6 \pm 2.8
Qrisk3 (media \pm ds)	14.3 \pm 10.3
IMT Carotídeo (media \pm ds)	0.7 \pm 0.2
Placa carotídea, n (%)	67 (71)

Tabla 1. Características basales de 95 pacientes con ar sin eventos cardiovasculares previos.

	UNIVARIATE			MULTIVARIATE		
	OR	CI (95%)	p	OR	CI (95%)	p
Edad, años	1.06	1.003-1.12	0.038			
Mujer	2.48	0.89-6.91	0.083			
Fumador actual o pasado	0.88	0.36-2.18	0.79			
Hipertensión	1.64	0.69-3.90	0.26			
Diabetes mellitus	1.06	0.19-6.17	0.94			
Dislipidemia	1.05	0.99-1.02	0.18			
IMC kg/m ²	0.99	0.95-1.04	0.92			
PCR mg/l	1.07	0.99-1.16	0.11			
Factor reumatoide	0.90	0.38-2.17	0.82			
ACPA	1.27	0.53-3.04	0.59			
DAS28-PCR	0.99	0.70-1.12	0.99			
Puntuación 2	1.13	0.95-1.35	0.16			
Qrisk3	1.02	0.98-1.06	0.39			
AINE	0.27	0.11-0.65	0.003	0.26	0.10-0.67	0.005
Prednisona	0.41	0.17-0.99	0.04	0.45	0.18-1.12	0.085
Metotraxato	2.61	1.06-6.41	0.036	2.25	0.88-5.74	0.090
Hidroxicloroquina	0.30	0.11-0.84	0.021	0.24	0.08-0.73	0.012
Inhibidores del TNF	1.08	0.36-3.20	0.89			
Placa carotídea	2.86	1.15-7.08	0.023	2.32	0.88-6.13	0.091

P023 **Tabla 2.** Incremento en los valores de calcio coronario. Regresión logística. Análisis multivariante ajustado por edad y sexo.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes con una media de edad de 68 ± 8 años, la mayoría fueron mujeres ($n = 68$, 72%). Las principales características basales se detallan en la tabla 1. Tras un tiempo medio de seguimiento $5,5 \pm 0,4$ años, en 62 pacientes (65%) se observó un empeoramiento del CAC, mientras que en 33 (35%) no hubo progresión. La edad al inicio del seguimiento mostró una relación significativa con el riesgo de incremento del CAC (OR 1,06 [95%CI 1,003-1,12], $p = 0,038$) (tabla 2). También, los pacientes varones (OR 2,48 [IC95% 0,89-6,91], $p = 0,083$), expresaron un mayor riesgo para este aumento, si bien, en este caso, la significación estadística no se alcanzó. La presencia de factores de riesgo CV clásicos, al inicio del seguimiento, no mostró asociación significativa con la posibilidad de que el CAC empeorara. Este también fue el caso de los niveles basales de colesterol total, triglicéridos o moléculas de alta y baja densidad. En cuanto a los datos relacionados con la enfermedad, la presencia de factor reumatoide o anticuerpo antipeptido citrulinado, así como los niveles basales de velocidad de sedimentación glomerular y proteína C reactiva al inicio del seguimiento, no se asociaron con cambios en el valor de CAC después de 5,5 años. Igualmente, los índices de riesgo cardiovascular SCORE2 y QRISK3 no mostraron capacidad predictiva para incremento del valor de CAC. Tras ajuste multivariable, el uso de AINES (OR 0,26 [IC95% 0,10-0,67], $p = 0,005$) e hidroxicloroquina (OR 0,24 [95%CI 0,08-0,73], $p = 0,012$) se asociaron con un menor riesgo de incremento de CAC. No se halló asociación entre el uso inicial de otras terapias y los cambios en CAC. La presencia de placa carotídea al inicio del seguimiento mostró relación univariable significativa con el incremento de CAC. No obstante, tras ajuste por covariables esta significación se perdió si bien se mantuvo una tendencia positiva (OR 2,32 [IC95% 0,88-6,13], $p = 0,091$).

Conclusiones: Un 65% de pacientes con AR incrementa su valor de CAC tras un seguimiento medio de 5,5 años. Los índices de riesgo CV clásicos no predicen este empeoramiento del CAC. El uso de AINE e hidroxicloroquina, se asocian a un menor riesgo de incremento de CAC. La presencia de placa carotídea podría ser un marcador de progresión de CAC en esta población.

P024. LA COEXISTENCIA DE ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SE ASOCIA CON UNA MAYOR CARGA AUTOINMUNE, INCLUYENDO FACTOR REUMATOIDE Y ANTICUERPOS ANTINUCLEARES

Cristina Corrales-Selaya^{1,2}, Virginia Portilla^{2,3}, Javier Rueda-Gotor^{4,5}, Ricardo Blanco^{1,2}, Iván Ferraz-Amaro⁶ y Alfonso Corrales^{1,2}

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Grupo de Immunopatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander. ³Enfermería-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁵IDIVAL. Research group on genetic epidemiology and atherosclerosis in systemic diseases and in metabolic bone diseases of the musculoskeletal system. Santander. ⁶Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica que presenta afectación multiorgánica. La enfermedad tiroidea de origen inmune constituye la enfermedad autoinmune órgano-específica más frecuente en población general. Aunque estudios previos han demostrado un aumento de la prevalencia de enfermedad autoinmune tiroidea (EAT) en pacientes con AR, se desconoce la relación que esta y sus correspondientes autoanticuerpos específicos, tiene con las características clínicas de los pacientes con AR.

Objetivos: Determinar la prevalencia de la positividad para autoanticuerpos tiroideos (acT) en pacientes con AR. Analizar la relación que la presencia de EAT, y sus autoanticuerpos organoespecíficos, tiene con la expresión clínica de la AR.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron 755 pacientes con AR. Se determinó función tiroidea (TSH, T4L) y los acT antiperoxidasa y antitiroglobulina (según protocolo específico en el que los segundos solo se determinan si los primeros son negativos). A efectos del presente trabajo se considera positividad para acT a la presencia de cualquiera de ellos. Mediante regresión logística o lineal multivariable se analizó la relación entre dichos acT y las características de la enfermedad incluyendo, entre otras, la actividad clínica

	Univariable			Multivariable
	No=625	Sí=130	p	
Edad, años, (media±ds)	58 ± 12	57 ± 13	0.74	
Varones, n (%)	169 (27)	19 (15)	0.003	
Duración de la enfermedad, años, (mediana [RIC])	3.7 (1.4-9.6)	3.0 (1.2-7.0)	0.069	
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR				
Dislipidemia, (n, %)	359 (58)	71 (55)	0.53	
Hipertensión, (n, %)	254 (41)	46 (35)	0.25	
Diabetes mellitus, (n, %)	61 (10)	16 (12)	0.37	
Obesidad, (n, %)	175 (28)	36 (28)	0.90	
Fumador, (n, %)				
No fumador	260 (41)	57 (44)	0.66	
Fumador actual	170 (28)	38 (29)		
Exfumador	193 (31)	35 (27)		
Insuficiencia renal, (n, %)	29 (5)	3 (2)	0.34	
CARACTERÍSTICAS DE LA AR				
Factor reumatoide, n (%)	318 (51)	80 (62)	0.028	0.013
APCC, n (%)	319 (51)	74 (58)	0.18	0.094
ANA, n (%)	87 (16)	32 (27)	0.004	0.003
Erosiones, n (%)	220 (36)	46 (36)	0.91	
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	138 (22)	31 (24)	0.67	
Nódulos, n (%)	31 (5)	6 (5)	0.89	
Deformidad articular, n (%)	60 (13)	10 (11)	0.67	
VSG mm 1 hora, (mediana [RIC])	13 (6-25)	14 (6-29)	0.90	
PCR mg/dl, (mediana [RIC])	2.8 (0.8-7.1)	2.6 (1.0-8.0)	0.47	
DAS28-ESR (media±ds)	3.3 ± 0.06	3.4 ± 0.13	0.47	
DAS28-PCR (media±ds)	3.1 ± 0.05	3.2 ± 0.12	0.73	
CDAI, (media±ds)	11.9 ± 0.5	12.5 ± 1.0	0.60	
SDAI, (media±ds)	12.6 ± 0.5	13.2 ± 1.0	0.61	
(*) Analisis Multivariable ajustado por sexo y tiempo de evolución de la enfermedad				

P024 Figura. Diferencias en las características demográficas, clínicas y de parámetros de analíticos entre el grupo de ACT positivos y negativos en 755 pacientes con AR.

de la misma y presencia de factor reumatoide, anticuerpos antipéptido citrulinado y antinucleares.

Resultados: El 17% (130) de los pacientes con AR mostraban positividad para acT. Mientras que un 91% de los pacientes presentaban una función tiroidea normal, el 4 y 5% de ellos tenían niveles de hormonas tiroideas compatibles con hiper e hipotiroidismo respectivamente. Las características demográficas, comorbilidades y características relacionadas con la enfermedad, separadas por presencia o no de acT, se muestran en la tabla. En este sentido, los pacientes que presentaban negatividad para acT eran de forma significativa más frecuentemente varones (27 vs. 15%, $p = 0,003$) y tendieron a tener una duración de la enfermedad superior (3,7 [1,4-9,6] vs. 3,0 [1,2-7,0] años, $p = 0,069$). No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a la distribución de otras características tales como factores de riesgo cardiovascular. En cuanto a las características relacionadas con la AR, la presencia de acT se asoció con una frecuencia más alta de factor reumatoide (FR) (51 vs. 62%, $p = 0,028$) y anticuerpos antinucleares (ANA) (16 vs. 27, $p = 0,004$). Estas relaciones se mantuvieron tras ajuste por covariables. También, la presencia de positividad para anticuerpos antipéptido citrulinado tendió a ser superior en pacientes acT positivos, aunque, en este caso, la significación estadística no se alcanzó (51 vs. 58 %, $p = 0,18$). Sin embargo, otras características de la enfermedad tales como reactantes de fase aguda (RFA), índices de actividad, presencia de erosiones o manifestaciones extraarticulares y uso de determinadas terapias, no fueron significativamente diferentes entre los pacientes con y sin acT.

Conclusiones: Un 17% de los pacientes con AR presentan positividad para acT. La presencia de estos acT se asocia con una carga de autoinmunidad superior en lo que se refiere a una frecuencia significativamente aumentada de FR y ANA positivos. Sin embargo, en este

estudio transversal, no se observó relación entre la presencia de estos acT y otras características de la enfermedad tales como actividad clínica de la misma, RFA, daño radiológico o manifestaciones extraarticulares.

P025. CONSULTA DE ARTRITIS DE INICIO: DETECCIÓN TEMPRANA, TRATAMIENTO PRECOZ Y EVALUACIÓN DE RIESGOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Ana Daniela Ulloa Navas, Adriana Jackeline Cabrera Capelo, Luis Coronel Tarancon, Hugo Fernando Avalos Bogado, Andrea Pluma Sanjurjo, Helena Borrell Paños, Rafael Touriño García, María Alba Erra Duran, Miriam Almirall Bernabé, Esther Espartal López, Xabier Michelena Vegas, Sara Marsal Barril y María América López-Lasanta

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo debe ser considerada una prioridad diagnóstica, es esencial derivar al Reumatólogo ante la presencia de síntomas o signos susceptibles. Las consultas de artritis de inicio tienen por objetivo evaluar de forma rápida y accesible a los pacientes, identificar los factores de mal pronóstico e iniciar el tratamiento precozmente.

Objetivos: Proporcionar una evaluación de la utilidad de las Unidades de artritis de inicio (UARi) en la detección temprana y en la comprensión de las etapas iniciales de la artritis reumatoide.

Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte de pacientes con AR de inicio y sujetos en riesgo de desarrollar la enfermedad, en seguimiento protocolizado en una consulta monográfica especializada

del Hospital Universitario Vall d'Hebron entre diciembre de 2021 y septiembre de 2023. Se han registrado variables epidemiológicas, clínicas y se ha analizado el perfil de pacientes en seguimiento.

Resultados: Se han analizado un total de N = 94 individuos remitidos desde Atención Primaria (N = 66; 70%) u de otros Servicios hospitalarios en los que se han realizado un total de 799 visitas clínicas (N = 688 presenciales; N = 110 telefónicas). En todos los casos incluidos, el tiempo de demora para la primera visita en la UARi ha sido inferior a 6 semanas. Al inicio del seguimiento N = 38 individuos se consideraron sujetos en riesgo (ACPA positivo y/o factor reumatoide a título alto sin clínica de artritis) a los que se les realizó una ecografía articular para descartar actividad inflamatoria subclínica a un 80% de los casos. De los sujetos en riesgo, N = 8 (21%) desarrollaron una AR definida durante el seguimiento. El tiempo medio en desarrollar la enfermedad fue de 14,5 meses. Durante el periodo de estudio se ha confirmado el diagnóstico de AR en N = 64 pacientes. Se describen las características basales de los sujetos en riesgo y AR en las tablas 1 y 2, incluyendo comorbilidades y factores de mal pronóstico. El retraso medio en el diagnóstico de la enfermedad desde el inicio de los síntomas fue de 13,8 meses (3-84) siendo la mayor proporción de los casos diagnosticados antes de los 5 meses (N = 27; 42%). En N = 21 (32%) pacientes se inició una terapia dirigida (N = 16 anti-TNF; N = 4 iJAK; N = 1 ABA), el principal motivo fue una respuesta inadecuada a scFAME. En un 66,6% se inició en terapia combinada (scFAME + bFAME /sd FAME). El tiempo medio de inicio de la terapia dirigida desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 11,4 meses. Adicionalmente, se realizó cribado para enfermedad pulmonar intersticial (EPID) a los pacientes diagnosticados de AR según el algoritmo establecido por SER-SEPAR según se describe en la tabla 3. De los 64 pacientes con AR, 2 (3,1%) fueron diagnosticados de una EPID asociada y 1 (1,5%) de nódulos pulmonares.

Tabla 1. Características basales de los sujetos en riesgo (N = 38)

	N (%)
Edad, media	59,2 (18-85)
Hombre	4 (10,5%)
Mujer	34 (89,5%)
FR positivo (3 LSN)	23 (60,5%)
ACPA positivo	37 (97,4%)
Fumador	7 (18,4%)
Exfumador	10 (26,3%)
Historia familiar de IMID	7 (18,4%)
Hipertensión arterial	13 (34,2%)
Dislipemia	7 (18,4%)
Diabetes mellitus	5 (13,2%)

Tabla 2. Características basales de los pacientes con AR (N = 64)

	N (%)
Edad, media	51 (26-89)
Hombre	16 (25%)
Mujer	48 (75%)
FR positivo	48 (75%)
ACPA positivo	50 (78,1%)
Fumador	16 (25%)
Exfumador	12 (18,8%)
Historia familiar de IMID	23 (35,9%)
Hipertensión arterial	14 (21,9%)
Dislipemia	13 (20,3%)
Diabetes	4 (6,3%)
Artritis erosiva	3 (4,7%)
Afectación extraarticular	2 (3,1%)
MTX	57 (89%)
HCQ	2 (3,1%)
LFN	2 (3,1%)
SSZ	1 (1,6%)
MTX + HCQ	1 (1,6%)
Terifflunomida	1 (1,6%)
Corticoides	52 (81,3%)
VSG, media	54,4
PCR, media	1,6
DAS28-VSG, media	4,09

Tabla 3. Cribado para EPID en la cohorte de AR

Cribado EPID SER-SEPAR (N = 64)	
Seguimiento	10 (16,6%)
Rx	33 (51,6%)
RX + PFRs	10 (16,6%)
TCAR	7 (10,9%)
TCAR + PFRs	4 (6,3%)

Conclusiones: La consulta de artritis de inicio ha permitido diagnosticar y tratar pacientes con AR de forma óptima y de manera integral, abordando factores de mal pronóstico y posibles complicaciones. Se han identificado áreas de mejora en relación al acceso del paciente a Atención Primaria. La identificación de sujetos considerados en riesgo ha permitido analizar el desarrollo de la enfermedad, destacando la importancia de la monitorización de esta población.

PO26. PROTEÍNAS DE UNIÓN ESTRECHA EN ARTRITIS REUMATOIDE: ETIOLOGÍA Y BIOMARCADORES

Arkaitz Mucientes^{1,2}, José Manuel Lisbona^{1,2,3}, Patricia Ruiz-Limón^{1,4,5}, Gracia María Martín-Núñez^{1,3}, Rocío Redondo-Rodríguez^{1,2}, Laura Cano García^{1,2}, Sara Manrique Arijia^{1,2,3}, Natalia Mena-Vázquez^{1,2} y Antonio Fernández-Nebro^{1,2,3}

¹IBIMA Plataforma Bionand. Málaga. ²UGC of Rheumatology. Regional University Hospital of Málaga. ³Department of Medicine and Dermatology. University of Málaga. ⁴UGC of Endocrinology and Nutrition. Virgen de la Victoria University Hospital. Málaga. ⁵Carlos III Health Institute. CIBER Physiopathology of Obesity and Nutrition (CIBEROBN). Madrid.

Introducción: Estudios recientes han descrito a la permeabilidad intestinal como un factor importante en el establecimiento y desarrollo de la artritis reumatoide (AR)¹. Las proteínas de la unión estrecha (TJ) son claves en la homeostasis intestinal, necesaria para la correcta comunicación entre el medio interno y externo que se produce a través del tracto intestinal². La alteración de esta homeostasis se ha relacionado con la AR. Sin embargo, faltan datos sobre los mecanismos subyacentes del eje permeabilidad intestinal-proteínas de la unión estrecha-AR³.

Objetivos: Cuantificar las proteínas TJ presentes en heces de pacientes con AR y controles sanos, analizar las diferencias e identificar posibles biomarcadores para el diagnóstico y la gravedad de la AR.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) y controles sanos emparejados por sexo y edad. Se recogieron heces y variables epidemiológicas, clínico-analíticas, inflamatorias y terapéuticas. Todos los sujetos dieron su consentimiento informado para el estudio. La cuantificación de las proteínas TJ se realizó mediante ELISA específicos para cada proteína (Ocludina, CSB-EL016263HU, Cusabio; Claudina, CSB-EK005490HU, Cusabio; y Zonulina, CSB-EQ027649HU, Cusabio). Las variables inflamatorias analizadas fueron la puntuación de actividad de la enfermedad (DAS28), proteína C reactiva (PCR), citoquinas inflamatorias (IL-6, IL-1, TNF- α) y LDL oxidadas. En el análisis estadístico, los valores de proteínas TJ en ambos grupos se compararon mediante la prueba χ^2 de Pearson o la prueba t. Además, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre proteínas y características de la AR. Por último, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple para identificar factores relacionados con las proteínas TJ en pacientes con AR.

Resultados: Se incluyeron 164 individuos: 82 AR y 82 controles sanos. La tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas y la tabla 2 las características inflamatorias. El 76,8% eran mujeres con una edad media de 56,3 \pm 11,1 años. Los pacientes presentaban

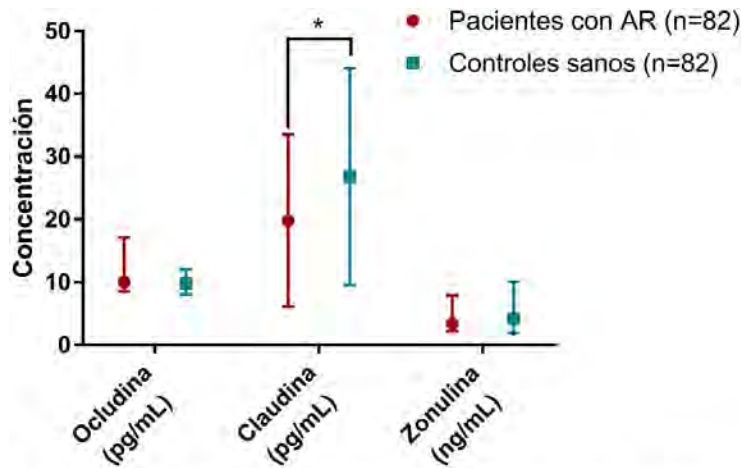


Figura 1. Concentración de las distintas proteínas de la unión estrecha analizadas en heces (rojo: pacientes con AR, azul: controles sanos). Los datos se muestran como media ± desviación estándar para la claudina, y mediana (p25-p75) para la ocludina y la zonulina. Nivel de significación: * $p < 0,05$

Tabla 1: Características basales de los pacientes incluidos

Variable	AR N=82	Controles N=82	p-valor
<i>Características epidemiológicas</i>			
Edad en años, media (DE)	56,3 (11,1)	56,3 (10,9)	0,986
Sexo, mujer; n (%)	63 (76,8)	63 (76,8)	1,000
Raza, caucásico, n (%)	81 (98,8)	81 (98,8)	1,000
IMC (Kg/m ²), media (DE)	28,3 (5,3)	27,0 (4,2)	0,072
<i>Tabaco</i>			
Nunca fumador, n (%)	35 (42,7)	50 (61,0)	
Exfumador, n (%)	20 (24,4)	9 (11,0)	
Fumador activo, n (%)	27 (32,9)	23 (28,0)	
<i>Comorbilidades</i>			
Hipertensión arterial, n (%)	25 (30,5)	20 (24,4)	0,382
Diabetes Mellitus, n (%)	6 (7,3)	2 (2,4)	0,147
Dislipemia, n (%)	19 (23,2)	16 (19,5)	0,567
Obesidad OMS, n (%)	29 (35,4)	18 (22,0)	0,057
<i>Características clínico-analíticas</i>			
Tiempo de evolución AR, meses, mediana (RIC)	91,3 (77,6-122,7)	-	-
Retraso diagnóstico, meses, mediana (RIC)	8,1 (4,6-14,2)	-	-
Erosiones, n (%)	52 (63,4)	-	-
FR >10, n (%)	66 (80,5)	0 (0,0)	<0,001
ACPA >20 U/ml, n (%)	67 (81,7)	0 (0,0)	<0,001
<i>Tratamientos</i>			
FAME sintético, n (%)	75 (91,5)	-	-
Metotrexato, n (%)	59 (72,0)	0 (0,0)	<0,001
Leflunomida, n (%)	9 (11,0)	0 (0,0)	0,002
Sulfasalazina, n (%)	10 (12,2)	0 (0,0)	0,001
Hidroxicloroquina, n (%)	6 (7,3)	0 (0,0)	0,013
FAME biológico, n (%)	27 (32,9)	0 (0,0)	<0,001
Anti TNF- α , n (%)	20 (24,4)	0 (0,0)	<0,001
Anti IL-6, n (%)	6 (7,3)	0 (0,0)	0,013
Rituximab, n (%)	1 (1,2)	0 (0,0)	0,316
Glucocorticoides al protocolo, n (%)	17 (20,7)	0 (0,0)	<0,001

Abreviatura: ACPA: anticuerpos anti-péptidos cíclico citrulinado; FR: factor reumatoide. DE: desviación estándar, DAS28-VSG (Disease Activity Score 28 articulaciones); PCR (proteína C reactiva); VSG (velocidad de sedimentación globular), FAME (Fármacos Modificadores de la Enfermedad), JAK: Janus cinasa.

Tabla 2: Características inflamatorias de los pacientes incluidos

Variable	AR N=82	Controles N=82	p-valor
<i>Actividad inflamatoria</i>			
DAS28 average value, mean (DE)	3,0 (0,7)	-	-
Remisión-baja actividad, n (%)	52 (63,4)	-	-
Moderada-alta actividad, n (%)	30 (36,6)	-	-
DAS28 at index-date, mean (DE)	2,9 (1,0)	-	-
Remisión-baja actividad, n (%)	53 (64,6)	-	-
Moderada-alta actividad, n (%)	29 (35,4)	-	-
HAQ average value, mean (DE)	0,6 (0,5)	-	-
HAQ at index-date, mean (DE)	0,7 (0,6)	-	-
<i>Parámetros de laboratorio</i>			
VSG mm/h, mediana (DE)	13 (7,2-21,0)	11,0 (6,0-16,0)	0,044
Hemoglobina g/dl, mediana (DE)	13,2 (12,3-14,4)	14,0 (12,8-14,9)	0,018
Leucocitos 10 ⁹ /L, mediana (DE)	6375,0 (5410,0-8102,5)	6040,0 (4980,0-7700,0)	0,135
Plaquetas 10 ⁹ /L, media (DE)	243426,8 (64859,3)	236146,3 (55291,8)	0,440
Colesterol total (mg/dl), media (DE)	202,1 (36,5)	209,5 (35,6)	0,188
LDL colesterol (mg/dl), mediana (RIC)	115,9 (101,1-139,2)	123,5 (101,7-148,5)	0,150
HDL colesterol (mg/dl), mediana (RIC)	58,0 (51,0-65,2)	61,5 (50,7-73,2)	0,202
Triglicéridos (mg/dl), mediana (RIC)	89,5 (67,7-142,2)	86,5 (69,0-125,2)	0,699
Homocisteína mg/L, mediana (RIC)	14,1 (12,0-17,1)	11,6 (9,6-14,9)	0,001
<i>Adipocytokines, lipoproteins and interleukines</i>			
Leptina, ng/mL, mediana (RIC)	15,5 (8,3-33,1)	19,1 (8,7-35,1)	0,628
Resistina, ng/mL, media (DE)	7,6 (3,3)	7,8 (3,2)	0,817
Adiponectina, µg/mL, media (DE)	12104,5 (6228,4)	10202,7 (6263,6)	0,118
IL6, pg/mL, mediana (RIC)	11,0 (5,3-23,3)	4,1 (2,7-5,7)	<0,001
PCR, mg/L, mediana (RIC)	3,4 (2,9-7,0)	2,9 (2,0-3,0)	<0,001
IL-1β, pg/mL, mediana (RIC)	4,3 (4,1-4,4)	2,8 (2,6-4,1)	<0,001
TNF alfa, pg/mL, mediana (RIC)	4,7 (3,5-11,1)	3,5 (3,0-4,4)	<0,001
IGF-1, pg/mL, media (DE)	164,8 (85,5-226,3)	139,1 (48,9-298,9)	0,462
LDL-oxidasa, UI/ml, mediana (RIC)	2,5 (0,8-5,6)	1,2 (0,3-2,7)	0,065
<i>Actividad física y dieta mediterránea</i>			
IPAQ, METs, mediana (RIC)	334,5 (198,0-792,0)	647,0 (336,7-990,0)	0,002
Sedentarismo, n (%)	54 (65,9)	38 (46,3)	0,042
MEDAS (>9), n (%)	52 (63,4)	47 (57,3)	0,425

Abreviaturas: AR: artritis reumatoide; DAS28: Disease Activity Score 28 articulaciones; HAQ: Health Assessment Questionnaire; VSG: velocidad de sedimentación globular; IL-6: Interleuquina 6; PCR: proteína C reactiva; TNF: factor de necrosis tumoral; IPAQ: Cuestionario Internacional de actividad física; MEDAS: Encuesta validada de adherencia a la dieta mediterránea.

un DAS28 medio de 3,0, PCR de 3,4 mg/L y el 35,4% se clasificaron como obesos. Solo la claudina presentó diferencias significativas (fig. 1): Claudina: AR_{mediana} = 19,8(± 13,7) pg/mL; Controles_{mediana} = 26,8 (± 17,3) pg/mL; p = 0,024; Ocludina: RA_{mediana} = 10,0 (8,5-17,1) pg/mL; Controles_{mediana} = 9,8 (8,1-12,0) pg/mL; p = 0,412; Zonulina: RA_{mediana} = 3,4(2,2-7,9) ng/mL; Controles_{mediana} = 4,2 (1,9-10,1) ng/mL ; p = 0,431. Se evidenció una correlación entre los valores de claudina y tanto la edad ($r_s = -0,317$; p < 0,05) como el índice de masa corporal ($r_s = 0,326$; p < 0,05), y entre los valores de zonulina y tanto la PCR ($r_s = 0,326$; p < 0,05) como el TNFα ($r_s = 0,326$; p < 0,05). Por último, el análisis multivariante mostró que los niveles de claudina y PCR están relacionados (β: -0,619; IC95% -1,222, -0,015; p: 0,045).

Conclusiones: Los pacientes con AR presentan una menor concentración de claudina, lo que compromete la homeostasis intestinal y resulta en un aumento de la permeabilidad intestinal. Además, tanto la claudina como la zonulina se correlacionan con características clínicas de la AR. Los resultados indican que las proteínas TJ están implicadas en la patogénesis de la AR y podrían utilizarse como biomarcadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Blenkinsopp, et al. J Am Nutr Assoc. 2024;43(1):59-76.
- García MA, et al. Cold Spring Harb Perspect Biol. 2018;10(4):a029181.
- Hecquet S, et al. Semin Arthritis Rheum. 2021;51(4):712-8.

P027. RHEUMATOID FACTOR LEVELS INFLUENCE SERUM DRUG LEVELS AND TREATMENT DISCONTINUATION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS TREATED WITH ANTI-TNF MONOCLONAL ANTIBODIES

Chamaida Plasencia Rodríguez, Ana Martínez Feito, Marta Novella Navarro, Mariana Almirón Díaz, Gema Bonilla Hernán, Alejandro Villalba, Laura Nuño, Irene Monjo and Alejandro Balsa

Hospital Universitario La Paz-Idipaz. Madrid.

Introduction: In a previous study conducted by our research group, higher rheumatoid factor (RF) levels prior to start TNF inhibitors (TNFi) were associated with lower serum drug levels in patients treated with monoclonal antibodies (Mc-Ab) such as infliximab (IFX) or adalimumab (ADL). In contrast, baseline RF levels did not influence on drug levels in those treated with certolizumab (CZP) which is a pegylated antibody (PEG-Ab). In the EXXELARATE study, a worse clinical activity was observed in patients under Mc-Ab (ADL) with RF ≥ 200 UI/ml.

Objectives: To analyze the influence of baseline RF levels of in serum drug levels and TNFi treatment discontinuation and whether there are differences depending on the TNFi structure (Mc-Ab versus PEG-Ab).

Methods: This is a retrospective study performed in real-world patients. We assessed 170 patients with RA: 90 (53%) received IFX,

48 (28%) ADL and 32 (19%) CZP. Demographic and clinical variables, RF and ACPA levels were measured at the baseline visit (T0). Patients were stratified based on baseline RF levels in low (LL: < 200 UI/ml) and high (HL: ≥ 200 UI/ml). After 6 months (T6) serum drug levels were measured by ELISA (161 patients with available samples). Reasons for discontinuation and drug survival (Kaplan Meier and competitive risk study adjusted by age, gender, MTX use and basal DAS28) were performed.

Results: Demographic and baseline clinical characteristics are summarized in Table 1. Serum drug levels at T6 were lower in patients treated with Mc-Ab (IFX or ADL) but not in PEG-Ab (CTZ) (see Table 2). Drug survival was shorter in patients with HL-RF treated with Mc-Ab (3.9 ± 0.6 years with HL vs. 6.5 ± 0.7 years with LL, $p = 0.037$). No differences in drug survival were observed in patients under PEG-Ab (5.6 ± 1.5 years vs. 4.0 ± 0.6 years, $p = 0.689$). Drug discontinuation due to secondary inefficacy was more frequent in patients under Mc-Ab (79 vs. 40%, $p = 0.001$). The risk of discontinuation due to secondary non-response increases 3.6 times in patients with RA treated with Mc-Ab and HL-RF ($p = 0.001$).

Conclusions: High levels of RF translate into lower bioavailability of the drug with consequent greater discontinuation due to secondary inefficacy in patients treated with TNFi Mc-Ab. However, this effect is not observed in CTZ, which is a PEG-Ab.

Table 1: Baseline demographic and clinical characteristics

Characteristics	Total (n = 170)	Infliximab (n = 90)	Adalimumab (n = 48)	Certolizumab (n = 32)	p-value*
Age (years), Mdn (IQR)	55.5 (45.3–66)	57 (46–65)	50 (42–64)	61 (47–70)	0.08
BMI, mean \pm SD	24.5 (21.7–29.0)	24.2 (21.8–27.7)	24.7 (21.5–30.3)	24.6 (22.2–30.3)	0.3
Male, n (%)	28 (16.7)	14 (15.6)	9 (18.8)	5 (15.6)	0.2
Disease duration (years)	8.7 (4.5–14.3)	8.4 (4.4–14.3)	8.8 (3.9–16)	9.7 (5–12)	0.940
Smoking status, n (%)					
Current or previous smoker	66 (39.3)	29 (32.2)	22 (45.8)	16 (50.0)	0.03
Nonsmoker	96 (57.1)	61 (67.8)	24 (50.0)	12 (37.5)	
RF positive, n (%)	128 (76.2)	75 (83.3)	28 (58.3)	25 (78.1)	0.002
ACPA positive, n (%)	134 (79.8)	73 (81.1)	35 (72.9)	27 (84.4)	0.3
DAS28-ESR, mean \pm SD	5.1 \pm 1.3	5.4 \pm 1.3	4.5 \pm 1.3	4.9 \pm 1.3	0.002
CRP level (mg/dl)	7.8 (3–21.8)	10.3 (3.2–25.2)	5.1 (1.4–10.1)	7.8 (2.3–18.2)	0.1
Previous bDMARDs, n (%)	26 (15.5)	10 (11.1)	10 (20.8)	6 (18.75)	0.2
Monotherapy, n (%)	16 (9.5)	8 (8.9)	8 (16.7)	0	0.2
Methotrexate, n (%)	112 (66.7)	64 (71.1)	33 (68.8)	17 (53.1)	0.2
Prednisone, n (%)	85 (50.6)	49 (54.4)	21 (43.8)	16 (50.0)	0.6

Table 2: Serum drug levels at T6 according to basal RF status

	Serum drug levels at 6 months of starting TNFi		p
	Basal RF levels <200 UI/ml	Basal RF levels ≥ 200 UI/ml	
Infliximab n=85	376 [0-2076]	0 [0-1057]	0,09
Adalimumab n=44	4570 [1104-7572]	751 [53-2401]	0,01
Certolizumab n=32	3300 [2000-4600]	3200 [1300-3900]	0,6

P027 Figure 2.

P028. IMPACTO DE LA INFLAMACIÓN MANTENIDA SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. García Studer¹, F. Ortiz-Márquez¹, P. Borregón-Garrido¹, R. Redondo-Rodríguez¹, S. Manrique-Arija^{1,2} y N. Mena-Vázquez^{1,2}

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)-Plataforma Bionand. Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Departamento de Medicina. Universidad de Málaga.

Introducción: Estudios previos han descrito alteraciones de la masa grasa y magra en pacientes con artritis reumatoide, y su relación con la inflamación ha sido contradictoria.

Objetivos: Analizar las alteraciones en la composición corporal en una cohorte de pacientes con AR y alta actividad inflamatoria acumulada; y estudiar los factores asociados.

Métodos: Estudio observacional transversal de una cohorte prospectiva de pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) *naïve* a terapia biológica y con una media de moderada-alta actividad inflamatoria a lo largo del seguimiento. Se incluyó un grupo control de sujetos sin enfermedad inflamatoria de igual sexo y edad con los casos. En la fecha de corte todos los pacientes fueron evaluados mediante un cuestionario de recogida de datos clínicos, analíticos y de composición corporal mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA). Las variables principales fueron masa magra y masa grasa total (Kg). También se evaluó la masa grasa magra de brazos, piernas, tronco, androide y ginoide (Kg). Se evaluó el promedio de la actividad inflamatoria según DAS28-PCR obtenido en cada una de las visitas efectuadas desde el diagnóstico de la AR. Otras variables incluidas fueron: comorbilidades, medidas antropométricas, clínico-analíticas, terapéuticas, la actividad física medido por el cuestionario IPAQ por Unidad Metabólica de Reposo (METs), y la adherencia a la dieta mediterránea evaluada por cuestionario MEDAS. El análisis estadístico incluyó análisis descriptivo, bivariante y modelos de análisis multivariante. El estudio fue aprobado por el Comité de ética del Hospital Regional Universitario de Málaga.

Resultados: Se incluyeron 140 sujetos, 70 casos con AR y 70 controles. La mayoría eran mujeres (81,4%), con una media (DE) de edad de 56,3 (11,8) años. Las características basales de ambos grupos de pacientes se muestran en la tabla. Los pacientes con AR en comparación con los controles presentaron una menor mediana (RIC) de masa magra (kg) (37,2 [31,9-41,2] vs. 39,4 [36,1-44,0]; p = 0,015) y una tendencia a una mayor mediana (RIC) de masa grasa (Kg) (28,3 [23,3-35,7] vs. 26,7 [19,2-44,0]; p = 0,32). En los pacientes con AR, la masa grasa mostró una correlación positiva con el índice de masa corporal (r = 0,804; p < 0,001), con parámetros de actividad inflamatoria como PCR (r = 0,263; p = 0,004) y VSG (r = 0,224; p = 0,017), y otros parámetros analíticos como triglicéridos (r = 0,327; p = 0,001) y títulos de ACPA (r = 0,336; p = 0,008). En cuando la masa magra, también mostró una correlación positiva con el IMC (r = 0,265; p = 0,038), y una

correlación negativa con los títulos de ACPA (r = -0,182; p = 0,048) y niveles de colesterol (r = -0,224; p = 0,014). En el análisis multivariante los factores que se asociaron de forma independiente con la masa grasa en los pacientes con AR y alta actividad inflamatoria, fueron el DAS28-PCR promedio (β = 0,243; p = 0,015), el HAQ promedio (β = -0,198; p = 0,043), el colesterol total (β = 0,167; p = 0,025) y el IMC (β = 0,817; p < 0,001). En cuanto a la masa magra, los factores asociados de forma independiente fueron el sexo femenino (β = -0,732; p < 0,001), la edad (β = -0,181; p = 0,038), el IMC (β = 0,336; p < 0,001) y la PCR promedio (β = -0,254; p = 0,005).

Características basales de la muestra

Variable	AR (N = 70)	Controles (N = 70)	p
Sexo, mujer, n (%)	57 (81,4)	57 (81,4)	1,000
Edad años, media (DE)	56,2 (12,3)	56,4 (11,3)	0,947
Algún FRCV tradicional, n (%)	49 (70,0)	36 (51,4)	0,024
Dislipemia, n (%)	16 (22,9)	13 (18,6)	0,532
Hipertensión arterial, n (%)	20 (28,6)	18 (25,7)	0,704
Tabaco			0,037
No fumador, n (%)	31 (44,3)	46 (65,7)	
Exfumador, n (%)	21 (30,0)	12 (17,1)	
Fumador, n (%)	18 (25,7)	12 (17,1)	
Diabetes mellitus, n (%)	8 (11,4)	5 (7,1)	0,382
Duración enfermedad, mediana (RIC), meses	126,4 (34,6-184,8)	-	-
Erosiones, n (%)	35 (50,0)	-	-
FR positivo (> 10 U/ml), n (%)	60 (85,7)	0 (0,0)	< 0,001
VSG mm/h, mediana (DE)	24,0 (13,2-38,0)	10,0 (6,5-16,5)	< 0,001
DAS28-PCR, media (DE)	4,9 (1,15)	-	-
DAS28-PCR promedio, media (DE)	3,7 (0,9)	-	-
HAQ, media (DE)	1,4 (0,7)	-	-
FAME sintéticos, n (%)	70 (100)	-	-

Conclusiones: Los pacientes con AR *naïve* a terapia biológica y con alta actividad inflamatoria presentaron menor masa magra en comparación con los controles. Factores clínicos, inflamatorios y de discapacidad se asociaron con menor masa magra y más grasa en los pacientes.

P029. ESTUDIO DE BIOMARCADORES EPIGENÉTICOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Gracia María Martín Núñez^{1,2,3}, Arkaitz Mucientes^{2,3}, José Manuel Lisbona Montañez^{1,2,3}, Patricia Ruiz Limón^{2,4}, Rocío Redondo Rodríguez^{1,2}, Sara Manrique Arija^{1,2,3}, Inmaculada Ureña Garnica^{2,3}, Laura Cano García², 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: Las modificaciones epigenéticas pueden actuar como biomarcadores, y son el resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales. Estas alteraciones en el ADN han sido relacionadas con la artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Identificar nuevos biomarcadores epigenéticos de diagnóstico y pronóstico en la AR.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte prospectiva, en la que se estudiaron 32 pacientes (16 AR graves, 16 AR no graves) y 32 controles sanos (cohorte descubrimiento). El fenotipo gravedad se definió de acuerdo a 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 global del ADN se determinó mediante Infinium Methylation EPIC BeadChip (Illumina, San Diego, EE. UU.). La validación de los resultados de la matriz HM850k para los CpGs seleccionados se realizó por pirosecuenciación (PyroMark Q48) tanto en la cohorte de descubrimiento como en el resto de la cohorte de inceptión (cohorte de validación: 78 pacientes y 78 controles). La pirosecuenciación incluyó informa-

ción de los CpGs colindantes a los CpGs del *arrays* (nomenclatura: número de nucleótidos respecto a la posición del CpG del *arrays*-Down-código CpG array). Se realizó un análisis descriptivo y bivariente para la comparación estadística entre los diferentes grupos de sujetos, un modelo de regresión logística multivariante para identificar factores asociados a la AR y AR grave, así como un análisis del área bajo la curva (AUC) ROC para identificar el potencial diagnóstico.

Resultados: Más de la mitad de los sujetos eran mujeres ($\geq 75\%$), con una media de edad de 56 años. No se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las características epidemiológicas y comorbilidades entre los grupos comparados de ambas cohortes. Sin embargo, en el grupo de pacientes había más fumadores (62 vs. 40%; $p = 0,015$ y 44 vs. 29%, $p = 0,036$). Entre los pacientes, los sujetos con AR grave en comparación con los no graves presentaron un promedio de DAS28-VSG superior ($3,6 \pm 0,6$ vs. $2,9 \pm 0,7$ mg/l, $p = 0,017$ y $3,6 \pm 0,9$ vs. $2,5 \pm 0,8$ mg/l, $p < 0,001$), y ACPA elevado (68 vs. 31%, $p = 0,034$ y 57 vs. 22%, $p = 0,004$) en ambas cohortes. Los pacientes con AR graves presentaron mayor frecuencia de erosiones (81 vs.

Tabla 1. Niveles medios de metilación obtenidos por pirosecuenciación de los CpGs seleccionados para los grupos de estudio

		Cohorte Descubrimiento	Cohorte Validación
Gen	ID	Paciente vs. Controles	Paciente vs. Controles
PRHOXNB TBC1D22A	cg21950155	60,45 \pm 16,11 vs. 47,06 \pm 14,12, $p = 0,001$	53,78 \pm 15,68 vs. 53,46 \pm 14,85, $p > 0,05$
	cg08161306	75,08 \pm 13,92 vs. 63,96 \pm 13,54, $p = 0,002$	73,18 \pm 14,83 vs. 71,92 \pm 15,75, $p > 0,05$
	7-Down-cg08161306	86,35 \pm 5,43 vs. 79,46 \pm 6,65, $p < 0,0001$	84,58 \pm 6,80 vs. 83,32 \pm 7,79, $p > 0,05$
	19-Down-cg08161306	81,23 \pm 4,81 vs. 74,48 \pm 6,04, $p < 0,0001$	80,10 \pm 5,70 vs. 77,96 \pm 6,41, $p = 0,03$
Gen	ID	AR grave vs. AR no grave	AR grave vs. AR no grave**
PRG2 ALLC TBC1D22A	cg15971518	37,09 \pm 14,17 vs. 18,1762 \pm 8,86, $p < 0,0001$	28,14 \pm 14,68 vs. 29,57 \pm 14,86, $p > 0,05$
	5-Down-cg19052272	55,04 \pm 12,21 vs. 65,63 \pm 6,10, $p = 0,02$	59,63 \pm 16,13 vs. 61,98 \pm 10,72, $p > 0,05$
	cg19052272	75,73 \pm 13,10 vs. 87,70 \pm 5,43, $p = 0,003$	79,05 \pm 18,75 vs. 83,80 \pm 11,24, $p > 0,05$
	7-Down-cg08161306	85,60 \pm 5,32 vs. 87,10 \pm 5,60, $p > 0,05$	87,32 \pm 7,06 vs. 83,57 \pm 6,47, $p = 0,031$

Tabla 2. Asociación de los CpGs seleccionados con la AR y gravedad de la AR en un modelo de regresión logística

		Cohorte Descubrimiento	Cohorte Validación
Gen	ID	Paciente vs. Controles R ² ; OR (IC95%), p	Paciente vs. Controles R ² ; OR (IC95%), p
PRHOXNB TBC1D22A	cg21950155	0,163; 1,059 (1,02-1,09), $p = 0,002^*$	NS
	cg08161306	0,143; 1,062 (1,01-1,10), $p = 0,004^*$	NS
	7-Down-cg08161306	0,247; 1,21 (1,08-1,34), $p < 0,0001^*$	NS
	19-Down-cg08161306	0,280; 1,26 (1,11-1,43), $p < 0,0001^*$	0,030; 1,06 (1,00-1,18), $p = 0,032^*$
Gen	ID	AR grave vs. AR no grave R ² ; OR (IC95%), p	AR grave vs. AR no grave R ² ; OR (IC95%), p
PRG2 ALLC TBC1D22A	cg15971518	0,385; 1,13 (1,04-1,22), $p = 0,002^*$	NS
	5-Down-cg19052272	0,233; 0,89 (0,82-0,97), $p = 0,01^*$	NS
	cg19052272	0,263; 0,89 (0,81-0,97), $p = 0,01^*$	NS
	7-Down-cg08161306	NS	0,060; 1,09 (1,00-1,17), $p = 0,034^*$

En la tabla se muestran dos modelos de regresión logística. Modelo 1: variable dependiente: Pacientes (1) vs. Controles (0). Modelo 2: variable dependiente: AR grave (1) vs. AR no grave (0). * $p < 0,05$ al incluir además en el modelo edad y sexo. Resultados obtenidos con los datos de validación (pirosecuenciación) para ambas cohortes. NS: modelo estadísticamente no significativo.

Tabla 3. Potencial diagnóstico de los CpGs seleccionados de acuerdo al área bajo la curva ROC

		Cohorte Descubrimiento	Cohorte Validación
Gen	ID	*AUC (95% CI), valor de p	*AUC (95% CI), valor de p
PRHOXNB TBC1D22A	cg21950155	0,750 (0,62-0,87), $p = 0,001$	NS
	cg08161306	0,725 (0,59-0,85), $p = 0,002$	NS
	7-Down-cg08161306	0,788 (0,67-0,89), $p < 0,0001$	NS
	19-Down-cg08161306	0,820 (0,71-0,92), $p < 0,0001$	0,609 (0,52-0,69), $p = 0,019$
Gen	ID	**AUC (IC95%), p	**AUC (IC95%), p
PRG2 ALLC	cg15971518	0,871 (0,73-1), $p < 0,0001$	NS
	5-Down-cg19052272	0,273 (0,93-0,45), $p = 0,029$	NS
	cg19052272	0,309 (0,11-0,50), $p = 0,065$	NS

*AR vs. Controles, ** AR grave vs. AR no grave. Resultados obtenidos con los datos de la validación, para ambas cohortes. NS: modelo estadísticamente no significativo.

37%, $p = 0,012$), y tratamiento con terapia biológica (56 vs. 12%, $p = 0,009$), así como mayor abundancia en *Collinsela* (mediana [RIC], 0,3 [0,1-1,7] vs. 0,1 [0,0-0,4] mg/l, $p = 0,003$) en la cohorte de descubrimiento. En cuanto al análisis de metilación, de todos los CpG diferencialmente metilados en la matriz HM850k, se seleccionaron aquellos CpG anotados en genes o pseudogenes, con cambio mínimo en el β -valor $\geq 0,10$ entre grupos, valor de $p \leq 0,01$, y que estaban en regiones diferencialmente metiladas ($p < 0,05$) para la validación por pirosecuenciación. Se identificaron cambios diferenciales en los niveles de metilación entre los grupos comparados para los CpGs descritos en la tabla 1. Estos CpGs además se asociaron con el riesgo en AR o gravedad de la enfermedad en un modelo multivariante de regresión logística (tabla 2) y presentaron un potencial diagnóstico de acuerdo al AUC ROC (tabla 3).

Conclusiones: El nivel de metilación del ADN en los sitios CpG identificados está asociado con la AR, los cuales podrían actuar como biomarcadores potenciales en el diagnóstico y pronóstico de la AR.

P030. ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES DE ANTICARP CON EL PERFIL SEROLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Grau García, P. Martínez Calabuig², C. Riesco Bárcena¹, J. Oller Rodríguez¹, J. Ivorra Cortés¹, P. Muñoz Martínez¹, S. Leal Rodríguez¹, L. González Puig¹, A.V. Huaylla Quispe¹, A.M. Torrat Noves¹, D. Ramos Castro¹, L. Mas Sánchez¹, I. Cánovas Olmos¹, H. Charia¹, I. Martínez¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, M. de la Rubia Navarro¹, E. Tovar Sugrañes¹, E. Vicens Bernabéu¹, I. Alcántara Álvarez¹, B. Villanueva Mañes¹ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Escuela de Doctorado. UCV San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune, en la cual se ha descrito una relación entre la severidad de la enfermedad y la presencia de ciertos autoanticuerpos como el factor reumatoide (FR) o los anticuerpos antipéptido citrulinado (anti-CCP). Recientemente se han descritos los anticuerpos antiproteínas carbamiladas (antiCarP) como potenciales biomarcadores en AR, especialmente en aquellos casos seronegativos para los autoanticuerpos tradicionales.

Objetivos: Analizar la relación de los niveles séricos de anticuerpos anti-CarP con el perfil serológico de FR y antiCCP en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional transversal de pacientes con diagnóstico de AR y controles sanos (CS). Se realizó una evaluación clínica y analítica completa, obteniéndose datos demográficos, clínicos y analíticos. Se determinó el perfil serológico de cada individuo, así como los niveles de anticuerpos anti-CarP mediante ELISA.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes (79% mujeres) con una edad media de 45 (13) años, y 98 controles sanos (67% mujeres) con una edad media de 55 (11) años. Los pacientes presentaron valores significativamente mayores de antiCarP que los controles sanos ($p < 0,001$), así como en general los individuos de mayor edad ($p = 0,004$). Al analizar los niveles de anticuerpos, se observa una asociación significativa entre niveles elevados de anti-CarP y niveles elevados de FR ($p < 0,001$). Se dividieron los pacientes en perfiles serológicos según la positividad del FR y el anti-CCP (tabla). En función del perfil serológico, los pacientes con doble positividad FR/anti-CCP presentaron una elevación de anti-CarP significativamente mayor al resto de grupos ($p < 0,001$). Se estableció el valor de corte para los niveles altos de anti-CarP en dos veces la desviación típica del valor medio de la población control (17,23 ng/mL). Se clasificaron como anti-CarP elevado a 35 pacientes, 32 de ellos englobados en el grupo de doble positividad para FR y anti-CCP ($p = 0,006$), y 3 de ellos en el grupo de FR y anti-CCP negativos. No se encontraron

casos de anti-CarP elevado en aquellos pacientes con FR positivo o anti-CCP positivo solamente. También se clasificaron 3 casos de anti-CarP elevado entre los 98 CS, sin elevación de FR ni anti-CCP.

	FR/antiCCP (-/-) N = 23	FR/antiCCP (-/+) N = 10	FR/antiCCP (+/-) N = 7	FR/antiCCP (+/+) N = 61
	Media (DE)	Media (DE)	Media (D DE S)	Media (DE)
Anti-CarP	10,61 (8,33)	8,69 (3,99)	10,85 (2,45)	23,78 (21,06)
FR	11,26 (4,18)	16,2 (7,16)	77,29 (56,3)	213,38 (339,87)
Anti-CCP	1,76 (3,37)	197,9 (128,25)	2,51 (2,69)	284,72 (112,34)

Conclusiones: Los pacientes con AR presentan un nivel serológico de antiCarP significativamente mayor a los CS, y el 34,6% de los pacientes presenta un perfil elevado anti-CarP. Los niveles altos de anti-CarP se asocian a la elevación conjunta de FR/anti-CCP. El 3% de los pacientes seronegativos de AR presentaron positividad para anti-CarP, elevando la tasa total de seropositividad en nuestra serie de casos del 77% al 80%.

P031. EFECTIVIDAD DE UN CUADRO DE ACTUACIÓN O CHECKLIST PARA EL CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Raquel Amodovar¹, Elia Pérez-Fernández², Marta Valero³, Virginia Villaverde⁴, Laura González⁵, Beatriz Joven⁶, Eva Tomero⁷, Alex Prada⁸, Teresa Navío⁹, Laura Cebrián Méndez⁹, Leticia Lojo Oliveira⁹, Ramón Mazzucchelli¹ y Pedro Zarco¹

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

²Departamento de Investigación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles.

⁵Departamento de Reumatología. Hospital del Tajo. Madrid.

⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Torrejón.

⁹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: Los cuadros de actuación o *checklist* son métodos rápidos de evaluación y cumplimiento de actividades repetitivas. Son fáciles de aplicar y se utilizan en proyectos de calidad para mejorar procesos sanitarios. El Grupo para el Estudio de las Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (GRESSER) diseñó un cuadro de actuación para pacientes con espondiloartritis (EspA) con el fin de homogeneizar su evaluación, identificar factores de progresión radiográfica, de respuesta al tratamiento, y mejorar la detección de comorbilidades¹. Este cuadro de actuación ha demostrado una clara y significativa mejoría en el seguimiento de los pacientes con EspA².

Objetivos: Analizar si se produce un cambio en la actividad de la enfermedad y el control de la comorbilidad en pacientes con EspA axial tras la aplicación del cuadro de actuación en práctica diaria.

Métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental retrospectivo pre-posintervención evaluando para cada sujeto la mejoría en la actividad de la enfermedad (BASDAI, PCR) y el estado de comorbilidad en 2020-2022, tras el desarrollo e implementación del cuadro de actuación en 2018. Se realizó un análisis de varianza con modelos mixtos; así como el cambio en el nivel terapéutico y el estado de la enfermedad (baja actividad, remisión), mediante el test de asimetría de McNemar. También se presenta la estimación del objetivo BASDAI50 posintervención.

Resultados: Participaron un total de 7 hospitales y se revisaron 108 pacientes con EspA axial que cumplían los criterios de clasificación ASAS antes y después de la aplicación del cuadro de actuación. La edad media fue de 43,6 años (DE 11,7), el 43,5% eran mujeres

(n = 47) y la duración media de la enfermedad fue de 5,4 años. La dislipemia fue la comorbilidad más frecuente (32,4%), seguida de la depresión (23,1%), la hipertensión (21,3%) y la obesidad (20,4%). Tras 24 meses de aplicación del cuadro de actuación, el 15% de los pacientes (n = 16, IC95%: 10%-24%) alcanzaron el BASDAI50. En cuanto al nivel de actividad de la enfermedad, se observó un cambio estadísticamente significativo, con un 40% (28/70) de sujetos que pasaron a una actividad baja de la enfermedad (p = 0,001), así como un 19% (16/85) de sujetos que pasaron a remisión (p = 0,027). En términos absolutos, se observó una reducción estadísticamente significativa en el BASDAI de 0,44 (IC95%: 0,06-0,82; p = 0,023) y de 3,82 mg/L (IC95%: 1,49-6,14; p = 0,001) en la PCR. Se obtienen estimaciones de la misma magnitud en los modelos que ajustan por edad y sexo. Se observó un aumento de la uricemia de 0,24 mg/dL, mientras que no hubo cambios estadísticamente significativos en otras comorbilidades.

Conclusiones: Por primera vez, demostramos que la implementación en la práctica clínica diaria de un cuadro de actuación o *checklist* conduce a una mejora significativa en el control de la actividad de la enfermedad en pacientes con EspA axial.

Agradecimientos: este estudio ha sido iniciado por un investigador y recibió el apoyo financiero de UCB Biopharma SRL.

BIBLIOGRAFÍA

- Almodóvar R, Torre Alonso JC, Batlle E, et al. Development of a checklist for patients with axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis in daily practice: ONLY TOOLS project. *Reumatología Clínica*. 2018;14:155-9.
- Almodóvar R, Joven B, Rodríguez Almaraz E, et al. Implementation of an assessment checklist for patients with spondyloarthritis in daily practice. *Clinical and experimental Rheumatology*. 2020;38:115-21.

P032. ¿CÓMO SE ASOCIAN LA ACTIVIDAD TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD Y LA RESPUESTA CLÍNICA TEMPRANA CON LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO CON IXEKIZUMAB EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA?

Sofía Ramiro¹, Cédric Lukas², Louis Bessette³, Pendleton Wickersham⁴, Soyi Liu Leage⁵, Tommaso Panni⁶, Rebecca Bolce⁵, Boris Janos⁵, Michael J. Nissen⁶, James Cheng-Chung Wei^{7,8} y Alba Murcia

¹Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden. Países Bajos. ²University of Montpellier. University Hospital Centre Montpellier. Montpellier. Francia. ³Department of Medicine. Laval University. Quebec City. Quebec. Canadá. ⁴Arthritis Associates. San Antonio. TX. EE. UU. ⁵Eli Lilly and Company. Indianápolis. IN. EE. UU. ⁶Geneva University Hospital. Division of Rheumatology. Ginebra. Suiza. ⁷Chung Shan Medical University Hospital. Department of Allergy. Immunology and Rheumatology. Taichung. Taiwán. ⁸Chung Shan Medical University. Institute of Medicine. Taichung. Taiwán. ⁹Lilly and Company. Alcobendas.

Tabla P032

Características basales demográficas y de la enfermedad de los pacientes que tenían una ASDAS < 2,1 o ASDAS ≥ 2,1 en la semana 12 y/o la semana 24

	Semana 12 ASDAS < 2,1 (N = 34)		Semana 12 ASDAS ≥ 2,1 (N = 47)	
	Semana 24 ASDAS < 2,1 (N = 29)	Semana 24 ASDAS ≥ 2,1 (N = 5)	Semana 24 ASDAS < 2,1 (N = 8)	Semana 24 ASDAS ≥ 2,1 (N = 39)
Edad, años	35,0 (10,1)	38,2 (9,8)	42,1 (11,5)	45,5 (12,3)
Mujeres, n (%)	1 (3,4)	0 (0)	2 (25,0)	10 (25,6)
HLA-B27+, n (%)	28 (96,6)	5 (100,0)	8 (100,0)	34 (87,2)
Duración de los síntomas, años	9,9 (6,6)	14,2 (10,4)	16,2 (13,1)	20,3 (11,8)
IRM-SIJ+, n (%)	15 (51,7)	2 (40,0)	2 (25,0)	8 (20,5)
PCR+, n (%)	21 (72,4)	2 (40,0)	5 (62,5)	24 (61,5)
ASDAS inicial	3,7 (0,8)	3,5 (0,5)	3,6 (0,7)	3,8 (0,7)
ASDAS en la semana 12	1,5 (0,4)	1,9 (0,2)	2,5 (0,2)	2,9 (0,4)
ASDAS en la semana 24	1,4 (0,4)	2,5 (0,3)	1,6 (0,3)	2,9 (0,7)

Los datos se muestran como media (desviación estándar) a menos que se indique lo contrario. ASDAS: índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score); PCR+: nefelometría de proteína C-reactiva en sangre > 5,0 mg/l; HLA-B27: antígeno leucocitario humano B27; IRM-SIJ+: resonancia magnética de articulaciones sacroilíacas, ≥ 2 en la puntuación del índice del Research Consortium of Canada.

Introducción: ASAS-EULAR recomienda evaluar la respuesta al tratamiento de los pacientes (pts) con espondiloartritis axial (axSpA) tras al menos 12 semanas de tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEB)¹. El objetivo del tratamiento es la enfermedad inactiva (ID, *inactive disease*) o la enfermedad de actividad baja (LDA, *low disease activity*)² (Índice de actividad de la enfermedad espondilitis anquilosante [ASDAS] < 2,1³). Se ha explorado la asociación entre la respuesta al ixekizumab (IXE) en la semana (S)12 y la consecución de la recomendación del tratamiento por objetivo (T2T) de una ASDAS < 2,1 en la S52 en pts con espondiloartritis axial radiográfica (r-axSpA).

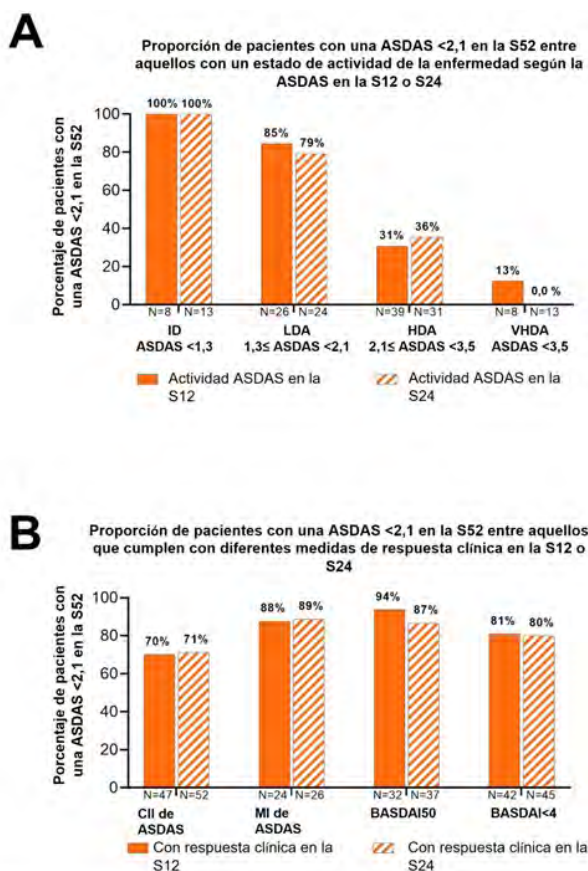
Métodos: Este análisis *post hoc* incluyó pacientes asignados de manera aleatoria a 80 mg de IXE cada 4 semanas (N = 81) del COAST-V (NCT02696785), un ensayo en fase III sobre la eficacia de IXE en pacientes con r-axSpA que no han recibido tratamiento con FAMEB. Se evaluó a la proporción de pacientes que alcanzaron la respuesta objetivo de ASDAS < 2,1 en la S52 entre los que tenían ID, LDA, enfermedad de actividad alta (HDA, *high disease activity*) o enfermedad de actividad muy alta (VHDA, *very high disease activity*) en la S12 o S24. La proporción de pts que alcanzó el ASDAS ≤ 2,1 también se midió en la S52 entre los que consiguieron una respuesta clínica significativa en la S12 o la S24, definida por una mejoría clínicamente importante (CII, ΔASDAS ≥ 1,1) o sustancial (MI, ΔASDAS ≥ 2,0) en ASDAS, mejoría ≥ 50% en la puntuación del Índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante de Bath (BASDAI50) o la consecución de un BASDAI < 4. Los pts y las características de la enfermedad se describen según las respuestas en la S12/S24 y la S52.

Resultados: De los 81 pts, 34 (42%) tenían ID o LDA en la S12 (8 ID, 26 LDA); la mayoría alcanzó el objetivo de ASDAS < 2,1 en la S52 (ID = 100%, LDA = 85%; Fig. 1A). 47 pts alcanzaron la CII de ASDAS en la S12; 33/47 (70%) tenían una ID o una LDA en la S52 (fig. 1B). La mayoría de pts que alcanzaron las medidas de respuesta clínicas de MI de ASDAS, BASDAI50 o BASDAI < 4 en la S12 alcanzaron el ASDAS < 2,1 en la S52 (81-94%; fig. 1B). 37 pts (46%) tenían ID o LDA en la S24 (13 ID, 24 LDA). 29/37 (78%) habían alcanzado ASDAS < 2,1 en la S12 (tabla). 52 pts alcanzaron la CII de ASDAS en la S24. 37/52 (71%) tenían ID o LDA en la S52 (fig. 1B). La mayoría de pts que alcanzaron las medidas de respuesta clínicas de MI de ASDAS, BASDAI50 o BASDAI < 4 en la S24 alcanzaron el ASDAS < 2,1 en la S52 (80-89%; fig. 1B). 39 pts tenían HDA o VHDA (ASDAS ≥ 2,1) tanto en la S12 como en la S24 (tabla); 9 (23%) de estos (el 11% de los 81 pts incluidos) alcanzaron el objetivo de una ASDAS < 2,1 en la S52.

Conclusiones: Los pts tratados con IXE para la r-axSpA que alcanzaron la CII de ASDAS o ASDAS < 2,1 en la S12 y/o S24 tenían muchas posibilidades de conseguir el T2T de ID o LDA en la S52.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramiro SE, et al. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(1):19-34.
- Smolen JS, et al. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(1):3-17.
- Machado PM, et al. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(10):1539-40.



Los valores porcentuales están redondeados. ASDAS <2,1 representa el objetivo de tratamiento ID o LDA. CII de ASDAS es un cambio de unidades $\geq 1,1$, MI de ASDAS es un cambio de unidades $\geq 2,0$. BASDAI50 representa una mejoría $\geq 50\%$ de la puntuación de BASDAI desde el inicio. Una puntuación BASDAI menor de 4 no se considera enfermedad activa.

Abreviaturas: ASDAS= índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score); BASDAI= índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index); CII= mejoría clínicamente importante (Clinically Important Improvement); HDA= enfermedad de actividad alta (High Disease Activity); ID= enfermedad inactiva (Inactive Disease); IXE=ixekizumab; LDA= enfermedad de actividad baja (Low Disease Activity); MI= mejoría sustancial (Major Improvement); VHDA= enfermedad de actividad muy alta (Very High Disease Activity); S= semana

P032 Figura. Proporción (%) de pacientes tratados con IXE que consiguieron ASDAS < 2,1 en la semana 52 de entre los que cumplen con criterios de respuesta específicos en la semana 12 o semana 24.

P033. LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON IXEKIZUMAB MOSTRARON MEJORES RESULTADOS CLÍNICOS INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE EROSIONES AL INICIO DEL ESTUDIO

M. Elaine Husni¹, Vinod Chandran², Jeffrey Lisse³, Rebecca Bolce³, Carlos Díaz³, Baojin Zhu³, Elaine Lui⁴, Laura C. Coates⁵ y Alba Murcia

¹Department of Rheumatologic and Immunologic Disease. Cleveland Clinic. Cleveland. Ohio. EE. UU. ²Division of Rheumatology. Department of Medicine. University of Toronto. Schroeder Arthritis Institute. University Health Network. Toronto. Canadá. ³Eli Lilly and Company. Indianápolis. IN. EE. UU. ⁴Brightech International. An Everest Clinical Research Company. Somerset. NJ. EE. UU. ⁵Nuffield Department of Orthopaedics. Rheumatology and Musculoskeletal Sciences. University of Oxford. Oxford. Reino Unido. ⁶Lilly and Company. Alcobendas.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad progresiva que se caracteriza por altas tasas de erosiones articulares tempranas, asociadas a un deterioro de la calidad de vida y una mayor tasa de mortalidad. No se ha investigado a fondo la relación entre el número de erosiones al inicio del estudio (BL) y la respuesta al tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb). En este análisis *post hoc* hemos evaluado la eficacia de placebo (PBO), ixekizumab (IXE) o adalimumab (ADA) en pacientes (pts) con erosiones visibles en las radiografías de la mano al inicio del estudio.

Métodos: Los pacientes con APs que no habían recibido tratamiento biológico (SPIRIT-P1, NCT01695239) fueron asignados de manera aleatoria a PBO, 80 mg de IXE cada 2 semanas (C2S) o cada 4 semanas (C4S), después de una dosis inicial de 160 mg, o 40 mg de ADA C2S. Los pts se estratificaron en dos grupos según el número de erosiones al inicio (componente de erosión del Índice total de Sharp modificado ≤ 4 y > 4). En la semana 24, los resultados analizados para los diferentes grupos del índice de erosión basal (BES) incluyeron el American College of Rheumatology (ACR) 20%, 50%, 70%, el índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica-actividad de enfermedad baja (DAPSA-LDA), el cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad (HAQ-DI) y el índice de actividad mínima de la enfermedad-índice de gravedad del área de psoriasis (MDA-PASI). Los datos se imputaron usando el NRI (imputación de pacientes que no responden al tratamiento) y el mBOCF (imputación de la observación inicial modificada), según correspondiese. En las comparaciones entre PBO y el tratamiento dentro de cada grupo de BES se emplearon modelos logísticos para las variables de resultado categóricas y ANCOVA para las variables continuas.

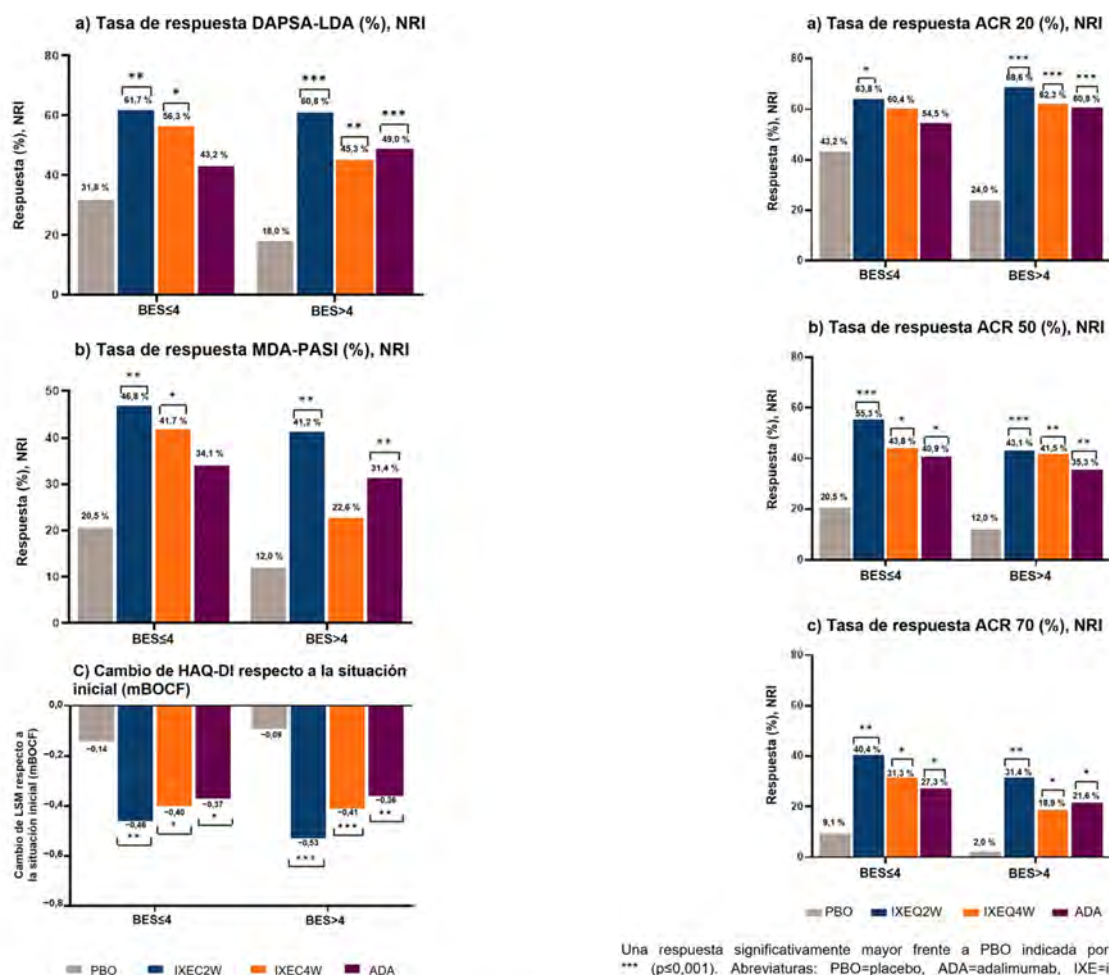
Resultados: Se incluyeron 183 pts con BES ≤ 4 y 205 pts con BES > 4 . En la semana 24, los pts con BES > 4 en PBO tuvieron peores resultados en todos los parámetros frente a aquellos con BES ≤ 4 . Hubo una mejoría significativa en las tasas de respuesta DAPSA-LDA en pacientes tratados con IXE independientemente de BES, mientras que se observaron tasas de respuesta significativas en pts tratados con ADA con BES > 4 (fig. 1a). Las tasas de respuesta de MDA-PASI

Tabla P033

Datos demográficos y características de la situación inicial de los pacientes

	BES ≤ 4				BES > 4			
	PBO (N = 44)	IXEC2S (N = 47)	IXEC4S (N = 48)	ADA (N = 44)	PBO (N = 50)	IXEC2S (N = 51)	IXEC4S (N = 53)	ADA (N = 51)
Edad, años	46,8 (12,2)	46,3 (12,2)	45,6 (8,9)	45,8 (10,7)	53,5 (11,3)	52,6 (12,6)	52,1 (10,1)	50,8 (13,4)
Hombre, n (%)	23 (52,3)	21 (44,7)	17 (35,4)	18 (40,9)	20 (40)	25 (49)	25 (47,2)	31 (60,8)
Tiempo desde inicio de APs, años	9,6 (9,7)	7,9 (6,7)	6,5 (5,3)	7,2 (6,6)	11,5 (8,5)	13,5 (13,0)	13,1 (11,4)	10,6 (7,7)
Tiempo desde diagnóstico de APs, años	5,9 (7,4)	5,6 (6,2)	4,3 (4,7)	5,2 (6,1)	7,1 (6,8)	8,9 (9,5)	8,0 (7,4)	7,9 (7,3)
Índice de erosiones óseas	2,1 (1,2)	2,1 (1,2)	1,9 (1,4)	1,6 (0,9)	18,4 (20,9)	16,7 (20,8)	20,3 (20,9)	17,2 (19,9)
Puntuación DAPSA	40,5 (17,9)	50,2 (22,9)	43,0 (15,2)	40,9 (16,6)	43,2 (19,5)	44,8 (19,0)	46,9 (22,5)	41,5 (20,4)
Puntuación HAQ-DI	1,2 (0,6)	1,1 (0,6)	1,2 (0,6)	1,1 (0,6)	1,0 (0,6)	1,2 (0,5)	1,3 (0,5)	1,1 (0,5)
Puntuación total PASI	7,0 (8,3)	6,9 (8,4)	7,4 (7,2)	4,1 (5,1)	5,5 (7,3)	5,1 (5,0)	6,8 (6,3)	6,7 (7,4)

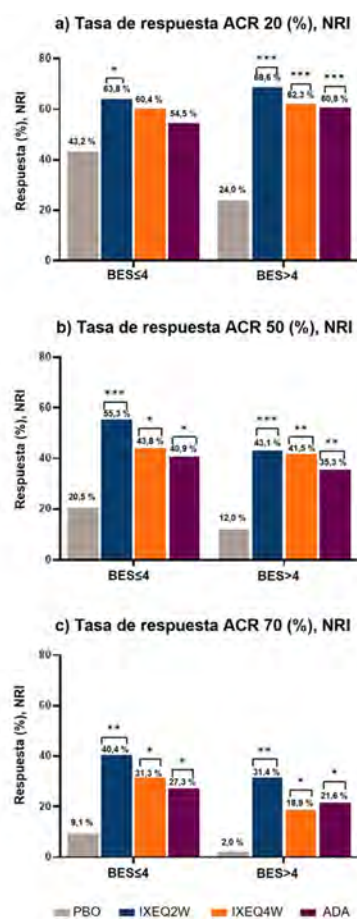
Los datos son medias (± DE) a menos que se indique lo contrario. Abreviaturas: PBO: placebo; ADA: adalimumab; IXE: ixekizumab; C2S: cada 2 semanas; C4S: cada 4 semanas; N: número de pacientes que responden al tratamiento; n: número de pacientes en una categoría específica; APs: artritis psoriásica; DAPSA: Índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica (Disease Activity index for Psoriatic Arthritis); PASI: Índice de gravedad del área de psoriasis (Psoriasis Area Severity Index); BES: Puntuación de erosión a tiempo basal (Baseline Erosion Score); HAQ-DI: cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad (Health Assessment Questionnaire-Disability Index).



Una respuesta significativamente mayor frente a PBO indicada por * (ps0,05); ** (ps0,01), *** (ps0,001). Abreviaturas: PBO=placebo, ADA=adalimumab, IXE=ixekizumab, C2S=cada 2 semanas, C4S=cada 4 semanas, NRI=imputación de pacientes que no responden al tratamiento, DAPSA-LDA= Índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica-actividad de enfermedad baja (Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis-Low Disease Activity), MDA-PASI= Actividad de enfermedad mínima-índice de gravedad del área de psoriasis (Minimal Disease Activity-Psoriasis Area Severity Index), BES=puntuación de erosión al inicio del estudio (Baseline Erosion Score), MMC= media de mínimos cuadrados, mBOCF= imputación de la observación inicial modificada (modified baseline observation carried forward) HAQ-DI = cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad(Health Assessment Questionnaire-Disability Index).

Figura 1. a) Tasa de respuesta DAPSA-LDA (%), NRI, b) Tasa de respuesta MDA-PASI (%), NRI y c) Cambio de HAQ-DI desde la situación inicial (mBOCF) en la semana 24.

fueron significativas en pacientes tratados con IXEC2S y IXEC4S con un BES ≤ 4, mientras que los pts con BES > 4 demostraron una tasa de respuesta significativa con IXEC2S y ADA (fig. 1b). El cambio respecto a la situación basal en HAQ-ID fue significativo para todos los pacientes tratados con FAMEb, independientemente de BES (fig. 1c).



Una respuesta significativamente mayor frente a PBO indicada por * (ps0,05), ** (ps0,01), *** (ps0,001). Abreviaturas: PBO=placebo, ADA=adalimumab, IXE=ixekizumab, C2S=cada 2 semanas, C4S=cada 4 semanas, NRI=imputación de pacientes que no responden al tratamiento, ACR=American College of Rheumatology, BES=Puntuación de erosiones al inicio del estudio (Baseline Erosion Score).

Figura 2. a) ACR 20, b) ACR 50, c) Tasa de respuesta ACR70 (%), NRI en la semana 24.

De manera similar, independientemente de BES, se observaron diferencias significativas en las tasas de respuesta ACR50 y ACR70 frente al PBO en pts tratados con FAMEb (figs. 2b y 2c).

Conclusiones: Los pts con un BES más alto en el grupo de PBO experimentaron peores resultados. Las tasas de respuesta altas (p. ej. ACR50/70) también costaron más de conseguir en pts con un BES más alto. Independientemente de BES, los pts tratados con IXE mostraron una mejoría mayor en comparación con el PBO a la hora de conseguir resultados de LDA y funcionales.

P034. EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS EN LA SALUD Y BIENESTAR DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA (ESTUDIO ONIROS)

María Esther Toledano Martínez¹, Covadonga Chaves², Agustín Moñivas² y Carlos Montilla³

¹Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

²Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Pozuelo de Alarcón. ³Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

Introducción: El *mindfulness* o atención plena se ha descrito como una conciencia centrada en el presente, no interpretativa ni enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado sin juicio. Las intervenciones basadas en *mindfulness* se han ido incorporando tanto a programas de mejora de la salud como a tratamientos psicológicos para mejorar síntomas como la ansiedad, la depresión, el insomnio o aumentar la calidad de vida. Aunque se ha demostrado el impacto positivo de este tipo de intervención en varias enfermedades reumáticas, hasta el momento no existe evidencia de la eficacia en la artritis psoriásica (APs).

Objetivos: Evaluar el efecto de una intervención basada en *mindfulness* en el estado de salud y bienestar de pacientes con APs y, en especial, en la calidad del sueño, la fatiga, la ansiedad, la depresión y la calidad de vida.

Métodos: Se realizó un estudio comparativo, de grupos paralelos, no aleatorizados, controlado con placebo, en un único centro hospitalario. Se incluyeron 22 pacientes con APs asignados a una intervención de *mindfulness* adaptada a pacientes con APs vs. grupo control. Los participantes fueron asignados al grupo de intervención o al grupo control de forma cronológica, no aleatoria. La intervención se administró a los participantes incluidos en el grupo activo, mientras que los participantes del grupo control recibieron consejos basados en evidencia científica para mejorar la higiene del sueño. Se evaluó la calidad del sueño (PSQI), la fatiga (FACIT-fatiga), la ansiedad y la depresión (HADS), la calidad de vida (EQ-5D) y habilidades de atención plena (FFMQ). El presente estudio ha sido aprobado por el comité de ética del centro (CEIm Ref. 2023/02). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado y completaron el protocolo de evaluación antes y después de la intervención.

Resultados: La muestra estuvo compuesta por 22 pacientes (19 mujeres) mayores de 18 años atendidos de forma consecutiva que cumplieron los criterios CASPAR para APs, de los cuales 12 pacientes fueron asignados al grupo de intervención activa y 10 al grupo control. La edad media de los participantes fue de 53,55 años (DT = 11,91 años). Los dos grupos fueron similares en las características basales sociodemográficas. Ambos grupos mejoraron en el tiempo en la variable de duración del sueño. En comparación con el grupo control, el grupo de intervención mostró una mejoría en la calidad del sueño (F = 16,58, p = 0,002, h² = 0,58), en los síntomas de depresión (F = 6,55, p = 0,02, h² = 0,35) y de ansiedad, evaluados tanto con el HADS (F = 14,12, p = 0,002, h² = 0,46) como con el cuestionario de calidad de vida EQ-5D (F = 8,48, p = 0,01, h² = 0,45). Un mayor tiempo de práctica meditativa se correlacionó de forma inversa con la eficiencia (r = -0,83, p = 0,005) y la disfunción del sueño (r = -0,81, p = 0,008) y de forma directa con la habilidad de actuar en conciencia de la atención plena (r = 0,81, p = 0,008).

Conclusiones: Esta intervención basada en *mindfulness* fue eficaz para mejorar la calidad del sueño y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con APs. Además, un mayor tiempo de práctica meditativa mejoró la eficiencia, la disfunción del sueño y la habilidad de actuar en conciencia de los participantes. En cualquier caso, son necesarios estudios controlados y aleatorizados con un mayor tamaño muestral que permitan la generalización de estos resultados.

P035. EFECTO DE LOS INHIBIDORES DE LA IL-17 EN MARCADORES DE FIBROSIS HEPÁTICA EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Deseada Palma Sánchez, Marta Pastor Mena, Ana Haro Martínez, Marta Mayor González, María José Moreno Martínez y Juana María Castellón Millán

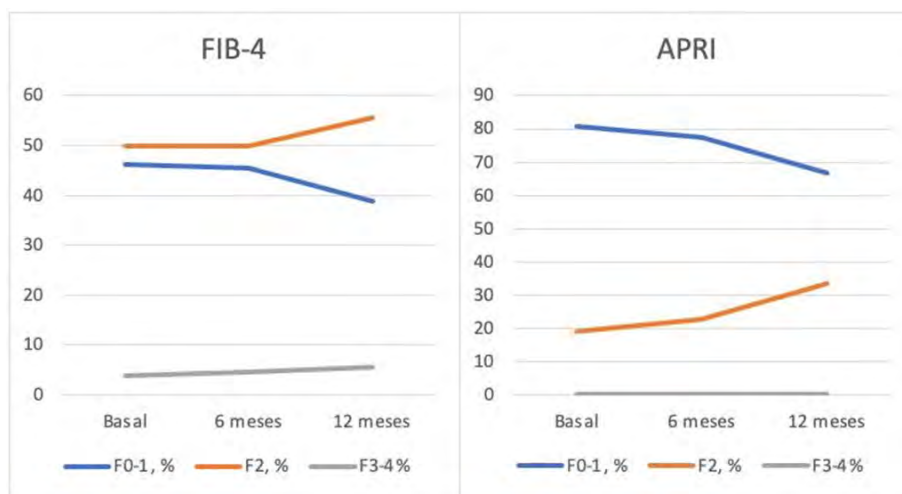
Unidad de Reumatología. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) se asocia a enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA) en un 32-44% de los casos, presentando riesgo de fibrosis hepática progresiva y cirrosis. El metotrexato (MTX), fármaco de elección en APs puede producir fibrosis

Tabla P034

Diferencias en las variables analizadas pre y posintervención en el grupo control e intervención (test de ANOVA de medidas repetidas) en pacientes con APs

	Preintervención		Posintervención		Efecto tiempo			Efecto grupo			Efecto interacción		
	Grupo control	Grupo intervención	Grupo control	Grupo intervención	F	p	h ²	F	p	h ²	F	p	h ²
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)									
PSQI	9,20 (3,27)	11,22 (4,11)	10,80 (5,49)	7,33 (4,12)	2,83	0,15	0,19	0,10	0,75	0,08	16,58	0,002	0,58
Calidad subjetiva	1,40 (0,54)	1,77 (0,83)	2,00 (1,22)	1,22 (0,83)	0,10	0,91	0,01	0,21	0,65	0,01	6,93	0,02	0,36
Latencia del sueño	0,60 (0,54)	1,66 (1,22)	1,00 (1,22)	1,22 (0,97)	0,00	0,93	0,93	1,45	0,25	0,10	2,91	0,11	0,19
Duración del sueño	2,60 (0,54)	2,00 (0,70)	2,40 (0,89)	1,11 (1,16)	5,94	0,03	0,33	4,35	0,05	0,27	2,38	0,14	0,16
Eficiencia	1,00 (1,41)	1,55 (1,33)	1,60 (1,51)	0,88 (1,16)	0,01	0,91	0,00	0,01	0,91	0,00	4,68	0,05	0,28
Perturbación	1,40 (0,54)	2,44 (0,52)	1,60 (0,54)	2,00 (0,50)	0,76	0,40	0,06	7,87	0,01	0,39	5,30	0,04	0,36
Uso de medicamentos	0,60 (0,89)	0,77 (1,20)	0,60 (0,89)	0,33 (1,00)	0,92	0,35	0,07	0,00	0,93	0,00	0,96	0,29	1,11
Disfunción	1,60 (1,14)	1,00 (0,50)	1,60 (0,89)	0,55 (0,72)	1,80	0,20	1,31	4,16	0,06	0,25	1,80	0,20	1,31
FACIT-fatiga	23,80 (13,82)	29,33 (12,89)	27,20 (12,51)	34,11 (11,62)	1,83	0,20	0,13	0,96	0,34	0,07	0,05	0,82	0,00
HAD-Ansiedad	9,33 (4,87)	9,67 (5,07)	10,78 (4,04)	5,33 (3,46)	3,53	0,07	0,18	1,75	0,20	0,09	14,12	0,002	0,46
HAD-Depresión	8,20 (4,65)	7,89 (5,08)	9,80 (5,12)	4,22 (3,66)	1,00	0,33	0,07	1,56	0,23	0,11	6,55	0,02	0,35
FFMQ	110,20 (24,0)	132,67 (27,48)	114,20 (21,17)	141,78 (20,37)	0,65	0,43	0,05	5,73	0,03	0,16	0,10	0,75	0,00
Observación	23,40 (4,56)	27,22 (7,54)	22,80 (7,39)	31,77 (5,21)	0,65	0,43	0,05	6,16	0,02	0,33	1,10	0,31	0,08
Descripción	22,80 (8,16)	30,11 (6,58)	24,20 (5,89)	31,44 (5,43)	0,63	0,42	0,05	5,36	0,03	0,30	0,00	0,98	0,00
Actuar en conciencia	20,80 (6,09)	27,88 (10,36)	24,80 (9,54)	28,11 (7,86)	1,05	0,32	0,08	1,35	0,26	0,10	0,84	0,37	0,06
Ausencia juicio	23,60 (7,92)	24,88 (7,92)	24,40 (9,65)	27,33 (6,74)	0,98	0,33	0,07	0,26	0,61	0,02	0,25	0,62	0,02
Ausencia reactividad EQ-5D	19,60 (4,03)	22,55 (6,18)	18,00 (6,40)	23,11 (5,44)	0,67	0,80	0,00	2,74	0,12	0,18	0,28	0,60	0,02
Movilidad	1,00 (0,00)	1,55 (0,52)	1,33 (0,57)	1,44 (0,52)	0,71	0,41	0,06	1,15	0,30	0,10	2,85	0,12	0,22
Autocuidado	1,33 (0,57)	1,22 (0,44)	1,33 (0,57)	1,11 (0,33)	0,53	0,48	0,05	0,96	0,76	0,10	1,23	0,56	0,24
Actividades	1,33 (0,57)	1,77 (0,66)	1,33 (0,57)	1,55 (0,52)	0,93	0,35	0,08	0,31	0,58	0,30	0,31	0,58	0,30
Dolor	1,66 (0,57)	2,22 (0,66)	2,00 (0,00)	2,33 (0,50)	2,85	0,12	0,22	1,63	0,23	0,14	0,71	0,41	0,06
Ansiedad	1,66 (0,57)	2,11 (0,60)	2,00 (0,00)	1,44 (0,52)	0,93	0,35	0,08	0,31	0,86	0,03	8,48	0,01	0,45
Grado de salud (EVA)	60,66 (4,04)	59,77 (19,43)	45,00 (13,22)	63,55 (24,07)	1,23	0,29	0,11	0,52	0,47	0,04	3,29	0,10	0,24



P035 Figura. Evolución de los índices de fibrosis FIB-A y APRI.

hepática y su uso se ha relacionado con aumento de FIB-4. El FIB-4 y APRI son índices combinados de fibrosis hepática. El índice FIB-4 ha demostrado ser predictor independiente de fibrosis hepática en EHGNA. Un FIB-4 < 1,30 tiene un valor predictivo negativo (VPN) del 90% para fibrosis hepática avanzada mientras que un FIB-4 > 2,67 presenta un valor predictivo positivo (VPP) de 80%. Un índice APRI < 0,5 tiene un VPN del 72,7% y > 1,5 un VPP del 54,2%. Las células Th17 y su producción de IL-17 pueden desempeñar un papel fundamental en la inflamación hepática de EHGNA, favoreciendo la esteatosis hepática y una respuesta proinflamatoria que facilitaría la transición de esteatosis simple a esteatohepatitis. Por tanto, el bloqueo de la vía de IL-17 podría prevenir y controlar el avance de EHGNA.

Objetivos: Estudiar el efecto de los inhibidores de la IL-17 sobre la fibrosis hepática, evaluada mediante FIB-4 y APRI, en pacientes con APs. Para ello, se evaluó la evolución a los 6 y 12 meses los índices FIB-4 y APRI en aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con un fármaco inhibidor de la IL-17.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis psoriásica que iniciaban tratamiento con fármacos inhibidores de la IL-17. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban infección por VHB, VHC o alteración plaquetaria secundaria a enfermedad hematológica o agregados plaquetarios en el frotis de sangre periférica. Se recogieron variables clínico-demográficas y relacionadas con la enfermedad como actividad de la enfermedad medido por número de articulaciones inflamadas y dolorosas y reactantes de fase aguda (VSG mm/h y PCR en mg/dl). Las variables cuantitativas se describen como media \pm desviación estándar (DE) o mediana y las cualitativas en porcentajes. Para comparar las variables cuantitativas se utilizó el test t de Student para muestras relacionadas y para comparar variables cualitativas relacionadas se usó el test de Cochran.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con APs con una edad media de 54,58 \pm 11,43 años. Las características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad se muestran en la tabla. Al inicio de tratamiento con el fármaco inhibidor de la IL-17, un 50% de los pacientes presentaban fibrosis hepática grado 2 según FIB 4 y un 3,8% un grado 3-4 mientras que este porcentaje disminuía al 19,2% según APRI. En el gráfico 2 se muestra la evolución de los índices FIB-4 y APRI. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de FIB-4 y APRI basales y a los 6 y 12 meses de iniciar tratamiento con inhibidores de la IL-17. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pacientes con fibrosis hepática basal y a los 6 y 12 meses de tratamiento.

Características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad

Mujer, n (%)	17 (65,4)
DM, n (%)	2 (7,7)
AINES, n (%)	6 (23,1)
Corticosteroides, n (%)	15 (57,7)
Dosis corticosteroides, media \pm DE	5 \pm 1,87
Afectación periférica, n (%)	24 (92,3)
NAT basal, mediana	2
NAD basal, mediana	2
VSG basal, mediana	13,50
PCR basal, mediana	0,20

Conclusiones: El estudio encontró control en el avance de la EHGNA evaluado por los índices FIB-4 y APRI con el uso de fármacos inhibidores de la IL-17 a pesar de estar un 42,3% de los pacientes en tratamiento combinado con MTX. Se precisan estudios de mayor tamaño muestral y prospectivos para confirmar que los fármacos inhibidores de la IL-17 pueden controlar la EHGNA e incluso mejorarlo en pacientes con APs.

P036. IMPACTO DEL ALELO HLA-CW6*0602 Y VARIANTES DEL GEN IFIH1/MDA5 SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: La enfermedad psoriásica es una entidad muy heterogénea tanto desde el punto de vista clínico como genético. El alelo HLA-Cw6 es el principal determinante de la carga genética de la enfermedad y también se ha asociado con rasgos fenotípicos marcados. Recientemente, se han encontrado asociaciones entre este biomarcador y algunos factores cardiometabólicos (CM) como la hipertensión y la adiposidad visceral¹⁻³. Nuestro objetivo fue analizar las asociaciones entre algunos biomarcadores genéticos y la presencia de factores de riesgo CM en pacientes con enfermedad psoriásica.

Métodos: Estudio observacional transversal de 572 pacientes con enfermedad psoriásica (30% con artritis psoriásica -APs-). Se determinaron los siguientes biomarcadores genéticos vinculados al riesgo de enfermedad: alelo HLA-Cw6*0602 (SNP rs1050414

C/G) y las variantes del gen IFIH1/MDA5: rs35337543, intrón8 +1G > C; rs35744605, Glu627Stop; y rs1990760, Ala946Thr. Anteriormente descubrimos que la variante del gen IFIH1/MDA5 rs1990760 (946Thr) diferenciaba la enfermedad cutánea de aparición temprana de la tardía y aumentaba el riesgo de artritis⁴, por lo que se puso especial atención en esta variante. En este estudio, se investigaron las posibles asociaciones entre estos marcadores y los factores de riesgo CM, tanto mediante modelos de regresión crudos como ajustados (*software* R 4.3.1 “Beagle Scouts”).

Resultados: Se incluyeron 309 (54%) hombres y 263 mujeres (46%). La edad media fue de 46,7 años (DE 14,5), mientras que la evolución media de enfermedad fue de 19,4 años (DE 14,8). La tabla resume las principales características estratificadas por sexo. Se confirmó la asociación clásica entre el alelo HLA-Cw6 y la psoriasis tipo I (familiar, grave, de inicio temprano). En cuanto a la APs, se encontraron asociaciones con la gravedad de la psoriasis (OR: 2,14, IC95%: 1,46-3,16), el sexo femenino (OR: 1,63, IC95%: 1,12-2,38) y el genotipo rs1990760 TT (OR: 1,62, IC95%: 1,11-2,37), mientras que la positividad para HLA-Cw6 resultó protectora (OR: 0,65, IC95%: 0,44-0,95). Los pacientes Cw6+ tuvieron un perímetro de cintura más bajo con un promedio de 2,37 cm menos, sin embargo, esta diferencia se explicó por la edad, el sexo femenino y la artritis. Estos sujetos tenían en promedio 0,81 unidades menos de IMC, pero nuevamente esta diferencia se explicó por la edad, el sexo femenino y la artritis. Los pacientes Cw6+ pesaron en promedio 2,3 kg menos que los pacientes Cw6 negativos, pero esta diferencia se explicó por el sexo femenino y la artritis. La presencia de este marcador se asoció con una reducción en el riesgo de hipertensión (OR: 0,52, IC95%: 20-66), sin embargo, esta diferencia perdió importancia después del ajuste por edad y artritis. Los sujetos Cw6 positivos tuvieron un menor riesgo de diabetes (OR: 0,36, IC95%: 0,19-0,63), sin embargo, esta asociación se perdió después de ajustar por edad. Ni en el modelo crudo ni en el ajustado se detectó asociación entre la comorbilidad CM y las variantes del gen IFIH1/MDA5.

Distribución de las variables de estudio estratificadas por sexo

VARIABLES	Hombres, n: 309	Mujeres, n: 263	Total, n: 572
Edad (años), media (DE)	47,5 (14,6)	45,7 (14,3)	46,7 (14,5)
Edad al inicio (años), mediana (mín, máx)	24,5 [1,00, 74,0]	20,0 [1,00, 78,0]	23,0 [1,00, 78,0]
Duración (años), media (DE)	18,7 (14,3)	20,3 (15,4)	19,4 (14,8)
APs, n (%)	81 (26,2)	90 (34,2)	171 (30)
Peso, media (DE)	85,4 (14,6)	69,3 (13,9)	77,9 (16,4)
IMC, media (DE)	28,5 (4,43)	26,7 (5,48)	27,6 (5,02)
Perímetro de cintura (cm), media (DE)	101 (11,6)	91,4 (14,7)	96,7 (14,1)
PASI, media (DE)	16,0 (11,9)	14,0 (12,0)	15,1 (12,0)
PASI ≥ 10, n (%)	174 (56,3)	120 (45,6%)	294 (51,4%)
Onicopatía, n (%)	192 (62,1)	136 (51,7%)	328 (57,3%)
Psoriasis común, n (%)	281 (90,9)	216 (82,1)	497 (86,9)
Fumadores, n (%)	99 (32,0)	97 (36,9)	196 (34,3)
Consumo alcohol (UBE), mediana (min, max)	0 [0, 2,00]	0 [0, 30,0]	0 [0, 30,0]
DM1, n (%)	11 (3,6)	11 (4,2)	22 (3,8)
DM2, n (%)	29 (9,4)	16 (6,1)	45 (7,9)
Hipertensión, n (%)	68 (22,0)	46 (17,5)	114 (20,0)
Dislipemia, n (%)	68 (22,0)	45 (17,1)	113 (19,8)
EHGNA, n (%)	99 (32,0)	30 (11,4)	129 (22,6)
Eventos coronarios adversos, pacientes (%)	20 (6,5)	13 (4,9)	33 (5,8)
Tratamiento sistémico, n (%)	203 (65,7)	167 (63,5)	370 (64,7)

Conclusiones: En este estudio, la aparente protección que confiere el HLA-Cw6 frente al desarrollo de hipertensión, diabetes o una mayor adiposidad visceral, se explicó por otras variables como la edad, el sexo o la artritis. Dado que la distribución mundial de HLA-Cw6 no es uniforme, estos hallazgos necesitan confirmación.

PO37. USO DE INHIBIDORES DE JAK EN ESPONDILOARTRITIS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ismael González Fernández¹, Ignacio González Fernández¹, Pedro Luis Baenas González¹, Carolina Díez Morrondo¹, Miriam Retuerto Guerrero¹, Clara Moriano Morales¹, Paula Pérez García¹, Cristiana Sieiro Santos¹, Carolina Álvarez Castro¹, José Ordás Martínez¹, María Eva Vallejo Pascual² y Elvira Díez Álvarez¹

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía y Estadística. Universidad de León.

Introducción: Las espondiloartritis son un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias crónicas. En los últimos años, la incorporación¹ de nuevas dianas terapéuticas como los inhibidores de JAK (JAKi) han permitido mejorar el porcentaje de pacientes que alcanzan la remisión clínica, manteniendo un adecuado perfil de seguridad.

Objetivos: Describir características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de espondiloartritis que han precisado tratamiento con JAKi y analizar las complicaciones derivadas del uso de estos fármacos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de todos los pacientes con diagnóstico de espondiloartritis (criterios ASAS, CASPAR y NUEVA YORK) que han recibido tratamiento con JAKi en nuestro centro hasta el 31 de diciembre de 2023. Se describen las siguientes variables: sexo, edad media al diagnóstico y al inicio del tratamiento, tiempo que ha pasado entre ambas fechas, presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y hábitos tóxicos, complicaciones infecciosas/trombóticas/neoplásicas/analíticas por JAKi, medicaciones prescritas y motivo de suspensión y remisión de la enfermedad en última consulta.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (56% hombres). Se utilizaron upadactinib (56%) y tofacitinib (44%). Edad media al inicio del tratamiento fue 52,8 ± 8,67 años con una demora entre el diagnóstico y el inicio del JAKi de 18,4 ± 18,3 meses. El 84% recibió vacuna frente a herpes zoster (HZ) y un 4% habían presentado previamente infección por HZ. Un 84% presentaba FRCV (destacando dislipemia en 48% e hipertensión arterial en 44%). Un 40% habían sido fumadores. El 12% tenían enfermedad cardiovascular establecida (aterosclerosis 100%) y un 8% habían tenido episodio trombótico previo (1 infarto y 1 tromboembolismo pulmonar). Al inicio del tratamiento, el 65% presentaban cifras de PCR > 5 mg/l (valor normal en nuestro centro de 0-5 mg/l). En las tablas siguientes, se describen las principales características clínicas así como los tratamientos que recibieron con anterioridad nuestros pacientes. Como complicaciones por el tratamiento, a nivel de infecciones no se documentaron casos de HZ ni infecciones graves que requirieran ingreso; 1 caso de neoplasia (concretamente dermatofibroma en un paciente tratado con tofacitinib 10 mg/día) y ningún evento trombótico. No se registraron alteraciones analíticas que obligaran a suspender el tratamiento. En la última consulta, destacar mejoría a nivel axial en un 85,7%, periférico en 93,8% y cifras de PCR > 5 mg/l en un 12%. Actualmente, solo un 16% de los pacientes precisa antiinflamatorio a demanda para control de síntomas. De los 25 pacientes, 6 (24%) han tenido que suspender tratamiento con JAKi. Los motivos fueron fallo primario (5 pacientes) y fallo secundario (1 paciente). Ninguno paciente tuvo que retirarlo por complicación infecciosa, trombótica, neoplásica o analítica.

Conclusiones: En nuestra experiencia, los JAKi muestran un adecuado perfil de seguridad, sin documentarse complicaciones infecciosas, trombóticas, neoplásicas y/o analíticas. Así mismo, los JAKi representan una opción terapéutica adecuada con mejoría clínica axial, periférica y reducción de las cifras de PCR.

Tabla 1. Características de los pacientes

Diagnóstico	Número total pacientes	Afectación axial radiográfica	Afectación axial no Rx	Afectación periférica	HLA-B27
Artritis psoriásica	14 (56%)	3 (21,4%)	0	14 (100%)	3 (21,4%)
Espondiloartritis axial	9 (36%)	8 (88,8%)	1 (11,2%)	2 (22,2%)	9 (100%)
Espondiloartritis enteropática	2 (8%)	1 (50%)	1 (50%)	0	0

Tabla 2. FAMEsc

FAMEsc	Pacientes que inician	Pacientes en tratamiento en actualidad	Motivo más frecuente suspensión
Metotrexato	17 (68%)	4 (16%)	Ineficacia
Leflunomida	9 (36%)	0	Ineficacia
Sulfasalazina	2 (8%)	2 (8%)	Ineficacia

Tabla 3. FAMEb

FAMEb	Pacientes que inician	Pacientes en tratamiento en actualidad	Motivo más frecuente suspensión
Anti-TNF	24 (96%)	1 (4%)	Fallo primario
Inhibidor IL-17	13 (52%)	1 (4%)	Fallo primario
Inhibidor IL-12-23	7 (28%)	0	Fallo primario
Inhibidor IL-23	2 (8%)	2 (8%)	Continúan

BIBLIOGRAFÍA

1. Braun J, Kiltz U, Baraliakos X. Management of Axial Spondyloarthritis - Insights into padacitinib. Drug Des Devel Ther. 2022;16:3609-20.

P038. EFECTIVIDAD DE SECUKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y ARTRITIS PSORIÁSICA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LAS ISLAS BALEARES

Lucía Silva Fernández, Ana Urruticochea-Arana², Inmaculada Ros-Vilamajo³, Regina Faré-García³, Judit Lluch-Pons⁴, Laura Crespí-Martínez⁵, Catalina Melia-Mesquida³ y Carol V. Kienzer-Melsión⁶

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital General Mateu Orfila. Maó. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Manacor. Manacor. ⁶Unidad de Investigación. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Introducción: Secukinumab (SEC) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la espondiloartritis axial y artritis psoriásica en ensayos clínicos. Sin embargo, hasta el momento, la evidencia en vida real es limitada.

Objetivos: Evaluar la efectividad y supervivencia de SEC en pacientes con espondiloartritis axial o artritis psoriásica en la práctica clínica habitual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en los servicios de reumatología de los hospitales públicos de las Islas Baleares. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspA-ax) que habían recibido SEC entre enero 2015 y julio 2023. Se evaluó la respuesta a SEC mediante parámetros clínicos y analíticos e índices compuestos y se analizó la persistencia del fármaco a los 12 y 24 meses.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, 24 con APs y 26 con EspA-ax. La edad media fue 52,4 (11,7) años y 33 (66%) eran hombres. Un 74% de los pacientes habían recibido tratamiento previo con un fármaco biológico. Las características basales de los pacientes se mues-

tran en la tabla 1. A los 6 meses de seguimiento se observó una mejoría en los recuentos articulares, BASDAI, ASDAS-PCR, DAPSA, VSG y PCR, que se mantuvo a los 12 y 24 meses de seguimiento (tabla 2). A los 2 años de seguimiento, la media de BASDAI (3,7) y DAPSA (2,1) descendieron a niveles de enfermedad inactiva y el ASDAS-PCR (2,0) a rango de baja actividad de la enfermedad. La supervivencia de SEC a los 12 meses fue del 62,9% (44,6% para pacientes con APs y 75,5% para pacientes con EspA-ax) y se mantuvo sin cambios a los 24 meses (figs.).

Tabla 1. Características basales

	Toda la muestra (n = 50)	APs (n = 24)	EspA-ax (n = 26)
Hombres, n (%)	33 (66)	10 (41,7)	7 (26,9)
Edad (años), media (DE)	52,5 (11,7)	50,4 (9,7)	54,5 (13,2)
Edad al diagnóstico (años), media (DE)	37,8 (12,0)	40,4 (10,9)	35,3 (12,7)
Tabaco, n (%)			
Actual	13 (26)	6 (25)	7 (26,9)
Ex	5 (10)	2 (8,3)	3 (11,5)
Nunca	32 (64)	16 (66,7)	16 (61,5)
HLA-B27, n (%)	47 (94)	8 (33,3)	23 (88,4)
HTA, n (%)	18 (36)	7 (29,2)	11 (42,3)
Dislipemia, n (%)	25 (50)	13 (54,2)	12 (46,2)
Diabetes, n (%)	10 (20)	4 (16,7)	6 (23,1)
IAM/ACV previo, n (%)	7 (14)	3 (12,5)	4 (15,4)
EPOC, n (%)	5 (10)	1 (4,2)	4 (15,4)
ERC, n (%)	2 (4)	0 (0)	2 (7,7)
Psoriasis, n (%)	23 (46)	23 (95,8)	0 (0)
EII, n (%)	2 (4)	0 (0)	2 (7,7)
Uveítis, n (%)	4 (8)	0 (0)	4 (15,4)
Cáncer, n (%)	2 (4)	1 (4,2)	1 (3,8)
N FAME clásicos previos, n (%)			
Ninguno	25 (50)	5 (20,8)	20 (76,9)
1	14 (28)	10 (41,7)	4 (15,4)
2	8 (16)	8 (33,3)	0 (0)
3	3 (6)	1 (4,2)	2 (7,7)
N FAME bio previos, n (%)			
Ninguno	13 (26)	6 (25)	7 (26,9)
1	15 (30)	7 (29,2)	8 (30,8)
2	14 (28)	5 (20,8)	9 (34,6)
3 o más	7 (14)	5 (20,8)	2 (7,7)

Tabla 2. Evolución de los parámetros clínicos, analíticos e índices compuestos

	Basal	6 meses	12 meses	24 meses
NAD, media (DE)	3,4 (3,9)	0,9 (1,1)	1 (1,5)	0,8 (1,8)
NAT, media (DE)	2,7 (4,3)	0,5 (0,9)	0,5 (1,0)	0,1 (0,3)
VSG, media (DE)	21,2 (24,0)	14,0 (12,2)	14,5 (13,1)	12,0 (9,7)
PCR (mg/dl), media (DE)	2,7 (5,1)	2,0 (4,3)	3,0 (6,1)	1,9 (3,6)
BASDAI, media (DE)	6,5 (2,5)	4,8 (2,0)	3,1 (1,7)	3,7 (1,5)
ASDAS-PCR, media (DE)	4,0 (1,0)	2,4 (0,9)	2,1 (0,7)	2,0 (0,7)
DAPSA (solo APs), media (DE)	25,5 (11,7)	10,5 (6,9)	6,3 (6,1)	2,1 (1,3)

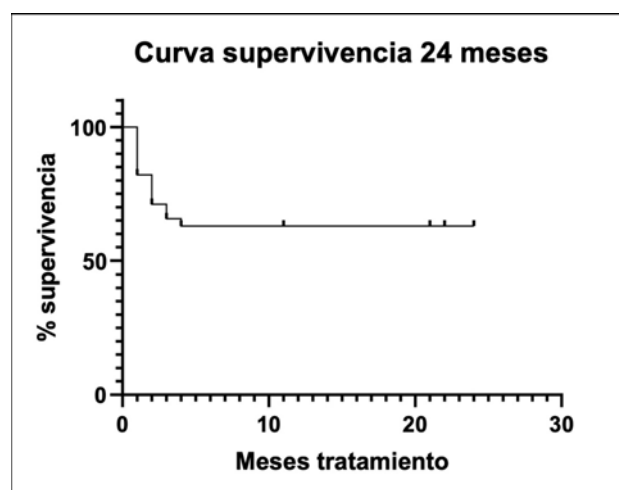


Figura 1. Supervivencia de SEC en toda la muestra.

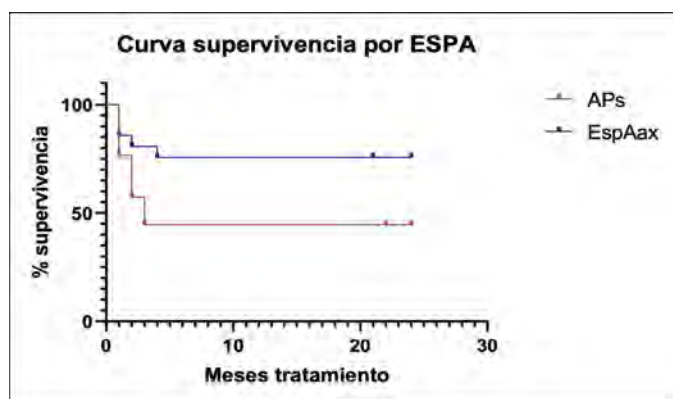


Figura 2. Supervivencia de SEC en APs y EspA-ax.

Conclusiones: Secukinumab es un fármaco efectivo en pacientes con APs y EspA-ax en práctica clínica habitual. La persistencia de SEC a los 24 meses fue superior al 60%, con mayor supervivencia en pacientes con EspA-ax que en pacientes con APs.

P039. DOS TRATAMIENTOS Y UN DESTINO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS CON TERAPIA DUAL DIRIGIDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ignacio González Fernández¹, Carolina Álvarez Castro¹, Mónica Sierra Ausin² y Elvira Díez Álvarez¹

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La terapia dual¹ dirigida se ha convertido en una posible herramienta para tratar pacientes con espondiloartritis, sobre todo, aquellos refractarios a varios tratamientos y/o con dominios concomitantes activos (enfermedad inflamatoria intestinal/psoriasis) a pesar de la medicación habitual. Actualmente, se dispone de pocos datos sobre qué fármacos combinar o sobre la seguridad/eficacia de las distintas uniones.

Objetivos: Describir características clínico-epidemiológicas de pacientes con espondiloartritis que han precisado terapia dual dirigida y las complicaciones derivadas del uso combinado de fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) e inhibidores de JAK (JAKi).

Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes con diagnóstico de espondiloartritis (criterios ASAS, CASPAR y Nueva York) en nuestro centro que recibieron terapia dual dirigida hasta el 31 de diciembre de 2023. Se describen las siguientes variables: sexo, edad media al diagnóstico y al inicio de la terapia combinada, parámetros analíticos (PCR/calprotectina fecal/HLA-B27), presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y hábitos tóxicos, manifestaciones clínicas, complicaciones infecciosas/neoplásicas/trombóticas/análíticas por la terapia dual dirigida, tratamientos previos y remisión de la enfermedad en última consulta.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes, 3 hombres/2 mujeres, con edad media al diagnóstico de espondiloartritis de 41,08 ± 13,3 años; todos HLA-B27 negativo. 4 tenían diagnóstico de espondiloartritis enteropática y 1 de artritis psoriásica. Todos los pacientes habían fracasado a diferentes tratamientos previos (FAMEsc y FAMEb). Los 5 enfermos presentaban FRCV (destacando sobrepeso en 4, hipertensión arterial en 2 y hábito tabáquico en 2 de ellos). 2 asociaban síndrome depresivo. Ninguno presentaba infecciones previas por herpes zoster (HZ) y/o neoplasias basales. En la tabla 1, se describen las características clínicas y tratamientos previos que recibieron nuestros pacientes. En 4 de los 5 casos, los tratamientos prescritos fueron JAKi con otros FAMEb por actividad a nivel intestinal y articular. La edad media al inicio de la terapia combinada fue 56 ± 8,3 años. Ninguno de los enfermos suspendió la combinación. No se observó aumento de complicaciones infecciosas (HZ u otras que precisaran ingreso), oncológicas, trombóticas ni analíticas (citopenias) durante el tiempo que han sido tratados con la combinación. Se documentó, reducción en las cifras de PCR/calprotectina fecal y mejoría clínica de la enfermedad a nivel articular e intestinal. A continuación, en la tabla 2, se resaltan los principales aspectos de nuestros pacientes con terapia dual.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la terapia dual dirigida muestra mejoría clínica de los distintos dominios de la enfermedad

Tabla P039

Tabla 1. Características clínicas y tratamientos recibidos

Variables	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Diagnóstico	EspA enteropática	EspA enteropática	Artritis psoriásica	EspA enteropática	EspA enteropática
Artritis periférica	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Af. axial	Sí	Sí	No	No	No
Tipo EI	Crohn (i. delgado)	C. ulcerosa (i. grueso)	No	Crohn (íleon)	Crohn (íleocólica)
Comorbilidad	Ictus isquémico	SAF secundario (TEP + AL confirmado)	Psoriasis cutánea	Escarlatina que precisó ingreso	Pseudofaquia
FAMEsc (por orden, subrayado si continúa)	Metotrexato	Metotrexato	Metotrexato	Metotrexato	Metotrexato
FAMEb (por orden, subrayado si continúa)	Infliximab	Infliximab	Adalimumab	Adalimumab	Adalimumab
	Adalimumab	Adalimumab	Golimumab	Infliximab	Ustekinumab
	Ustekinumab	Golimumab	Etanercept	Certolizumab	Golimumab
	Vedolizumab	Vedolizumab	Ustekinumab	Ustekinumab	
		Ustekinumab	Ixekizumab	Guselkumab	

Tabla P039

Tabla 2. Aspectos detallados de la terapia combinada

Variables	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Tratamiento	TNFi + inh integrina	JAKi + i- IL12-23	JAKi + i-IL 17	JAKi + i- IL 23	i-IL12-23 + TNFi
Dominio activo	Intestinal	Intestinal	Cutáneo	Articular	Articular
Edad (años)	65	45	53	55	64
Tiempo tto (meses)	13	8	7	6	11
Dosis fármaco 1	Adalimumab 40 mg/semana	Upadacitinib 15 mg/día	Tofacitinib 10 mg/día	Upadacitinib 30 mg/día	Ustekinumab 90 mg/8 sem
Dosis fármaco 2	Vedolizumab 300 mg/8 sem	Ustekinumab 130 mg/mes	Ixekizumab 80 mg/mes	Guselkumab 100 mg/8 sem	Golimumab 100 mg/mes
PCR ¹ pre - pos-tto	9,2 - 10,7	< 0,6 - < 0,6	8,6 - 5	< 0,6 - < 0,6	13,2 - 4
Calprotectina fecal ² pre - pos-tto	282,2 - 275	209,8 - 40	No	< 27 - < 27	477 - < 27
Mejoría articular	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mejoría intestinal	Parcial	Sí	No tenía	Sí	Sí

1. Valor normal en nuestro centro PCR: 0-5 mg/l. 2. Valor normal en nuestro centro calprotectina: < 50 mg/Kg de heces.

con un adecuado perfil de seguridad sin complicaciones relevantes. Se precisan estudios con mayor tamaño muestral para poder establecer claramente perfil de eficacia y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valero-Martínez C et al. Dual targeted therapy in patients with psoriatic arthritis and spondyloarthritis: a real-world multicenter experience from Spain. *Front Immunol.* 2023;14:1283251.

P040. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA SARCOPENIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Laura Berbel Arcobé, Lidia Valencia Muntalà, Diego Benavent, Xavier Juanola-Roura, Carmen Gómez Vaquero y Joan Miquel Nolla
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) presentan un riesgo potencial de presentar sarcopenia. La información existente acerca del impacto clínico de esta comorbilidad es limitada. De la escasa evidencia disponible se infiere la necesidad de investigación adicional para contribuir a la mejora global del manejo de los pacientes. El cuestionario SARC-F se ha desarrollado como una prueba diagnóstica de cribado de sarcopenia en la población general.

Objetivos: Analizar la prevalencia de sarcopenia probable (SP) en una cohorte de pacientes con EspAax en seguimiento en un hospital universitario de tercer nivel, evaluar los posibles factores asociados, y calcular la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y precisión diagnóstica del cuestionario SARC-F en la detección de SP.

Métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo, desde noviembre de 2022 hasta noviembre de 2023, incluyendo a pacientes que cumplían con los criterios de clasificación ASAS para EspAax, excluyendo casos de discapacidad extrema. Dado que la sarcopenia se relaciona directamente con la edad, el estudio se ha realizado en > 50 años. La SP se definió de acuerdo con el último consenso del "European Working Group on Sarcopenia in Older People" (EWG-SOP-2), en caso de observar un SARC-F ≥ 4 y una fuerza de prensión < 27 kg en hombres y < 16 kg en mujeres. Se recopilaban variables sociodemográficas, características clínicas y medidas de resultado. Se evaluaron las diferencias entre pacientes con y sin SP. Además, se analizaron la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y precisión diagnóstica del cuestionario SARC-F en la detección de SP.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes (74,7% hombres; edad media 64 ± 9 años; 36% fumadores). El 65,3% realizaba ejercicio físico regular y un 9,3% presentaba antecedentes de fracturas por fragilidad. La gran mayoría de los pacientes (81,3%) padecían espondilitis anquilosante. La frecuencia de SP fue de un 9%. El valor medio de SARC-F fue de $2,3 \pm 2,1$. 56 pacientes (74,7%) presentaron SARC-F < 4; y 14 de ellos presentaron además una fuerza de prensión disminuida. En la

tabla 1 se describen las características generales de la población y la comparación entre grupos basada en la presencia de SP. En el análisis comparativo entre pacientes con y sin SP, se observó una proporción menor de hombres entre los pacientes con SP (25 vs. 84,1%). Estos pacientes presentaron niveles inferiores de hemoglobina ($13,4 \pm 1,3$ vs. $14,8 \pm 1,7$), mayor actividad de la enfermedad (ASDAS PCR $3,8 \pm 1,1$ vs. $1,9 \pm 0,7$; BASDAI $5,7 \pm 1,8$ vs. $3 \pm 1,9$), peor salud percibida y funcionalidad (ASAS-HI $9,1 \pm 3,6$ vs. $5,3 \pm 3,5$; BASFI $5,7 \pm 2$ vs. $3,5 \pm 2,6$), más fatiga (FACIT $29 \pm 7,4$ vs. $39,2 \pm 8,3$) y peores resultados en la esfera física del cuestionario SF-12 ($30,9 \pm 7,4$ vs. $43,5 \pm 10$). En la tabla 2 se describen la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos y la precisión diagnóstica del cuestionario SARC-F en la detección de la SP.

Tabla 2. Sensibilidad, especificidad, valores predictivos y precisión diagnóstica del cuestionario SARC-F en la detección de SP

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Precisión diagnóstica
SARC-F	0,889	1	1	0,631	0,906

VPP: valor predictivo positivo, VPN: valor predictivo negativo.

Conclusiones: La sarcopenia es una comorbilidad relevante en la EspAax que parece relacionarse con la actividad de la enfermedad, la funcionalidad y la fatiga. En la práctica clínica, el cuestionario SARC-F es una herramienta útil para la evaluación de la sarcopenia en pacientes con EspAax. Considerar la sarcopenia en el manejo global de la EspAax podría contribuir a mejorar la atención clínica de los pacientes.

P041. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE ESFINGOSINA-1-FOSTATO (S1P) Y SU RECEPTOR (S1PR) COMO BIOMARCADOR Y PREDICTOR DE DAÑO E INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

María Dolores Ruiz Montesino¹, Dolores Mendoza-Mendoza¹, Carmen Domínguez Quesada¹, Jesús Bocio-Núñez², M^a José Montoya-García², Mercè Giner², M^a Ángeles Vázquez-Gámez² y José J. Pérez-Venegas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Universidad de Sevilla.

Introducción: La esfingosina 1-fosfato (S1P) y su receptor S1PR participan en la interacción entre los sistemas inmunitario y óseo. La unión S1P-S1PR1 participa en la remodelación ósea, también se expresa en linfocitos, siendo un importante modulador del tráfico, crecimiento y proliferación linfocitaria, contribuyendo a mantener la respuesta inflamatoria. En situaciones de estrés o de actividad inflamatoria, la señalización de S1P-S1PR1 participaría en un incremento en la formación y erosión ósea.

Tabla P040

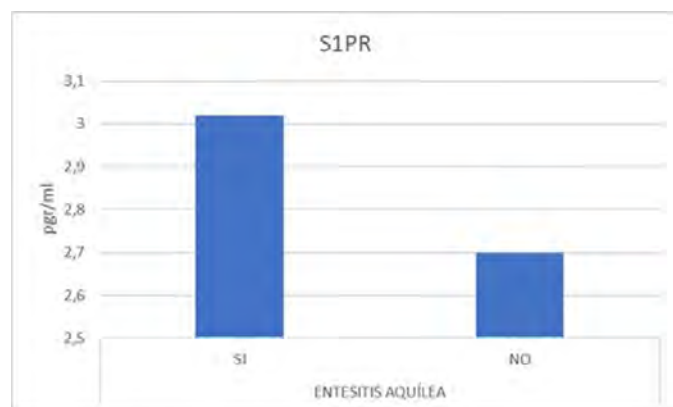
Tabla 1. Características generales de la población y la comparación entre grupos basada en la presencia de SP

	Global (n = 75)	Pacientes sin SP (n = 63)	Pacientes con SP (n = 12)	p
Hombres	56 (74,7%)	53 (84,1%)	3 (25%)	< 0,001
Edad media	64 ± 9	$64,1 \pm 9,4$	$63,4 \pm 7,2$	0,803
Fumadores	27 (36%)	25 (39,7%)	2 (16,7%)	0,383
Ejercicio	49 (65,3%)	39 (61,9%)	8 (66,7%)	0,390
Fractura por fragilidad	7 (9,3%)	5 (7,9%)	2 (16,7%)	0,681
Espondilitis Anquilosante	61 (81,3%)	52 (82,5%)	9 (75%)	0,850
Hemoglobina (g/dL)	$14,6 \pm 1,7$	$14,8 \pm 1,7$	$13,4 \pm 1,3$	0,005
BASDAI	$3,4 \pm 2,1$	$3 \pm 1,9$	$5,7 \pm 1,8$	< 0,001
ASDAS PCR	$2,1 \pm 0,9$	$1,9 \pm 0,7$	$3,8 \pm 1,1$	< 0,001
ASAS-HI	$5,9 \pm 3,7$	$5,3 \pm 3,5$	$9,1 \pm 3,6$	0,001
BASFI	$3,83 \pm 2,6$	$3,5 \pm 2,6$	$5,7 \pm 2$	0,007
FACIT	$37,5 \pm 8,9$	$39,2 \pm 8,3$	$29 \pm 7,4$	< 0,001
SF-12 mental	$49,4 \pm 10,6$	$50,2 \pm 10,8$	$45 \pm 8,6$	0,120
SF-12 físico	$41,5 \pm 10,7$	$43,5 \pm 10$	$30,9 \pm 7,4$	< 0,001

Objetivos: Analizar los niveles séricos de S1P y S1PR1 en pacientes con APs y controles sanos y valorar su correlación con la actividad clínica de la enfermedad, actividad evaluada por imagen y parámetros de metabolismo óseo.

Métodos: Se incluyeron 64 pacientes: 43 APs y 21 voluntarios sanos, pareados por edad y sexo. Los pacientes con APs se clasificaron en APs de inicio y APs establecida, según tiempo de evolución de la enfermedad. Se realizó evaluación de actividad clínica mediante DAPSA y evaluación de actividad por imagen mediante ECO (score OMERACT) y RMN (score PSAMRIS). Se determinaron niveles séricos de S1P, S1PR1 y parámetros del metabolismo óseo OPG, RANKL y SOST, mediante ELISA. Se establecieron grupos en función de la actividad medida por DAPSA (remisión, baja, moderada o alta actividad) y por presencia/ausencia de actividad inflamatoria medida por imagen.

Resultados: Se estudiaron 64 pacientes: 43 APs (16 de inicio y 27 establecida) y 21 voluntarios sanos. El grupo control compuesto por 17 mujeres y 4 hombres, mediana de edad de 53 años (25-75). Pacientes con APs de inicio: 6 hombres y 10 mujeres, mediana de edad de 52 (25-70) años; el 13% en remisión y el 25% con alta actividad; de ellos, 4 pacientes tomaban corticoides y el 69% FAME. Pacientes con APs establecida: 14 hombres y 13 mujeres, mediana de edad de 49 años (34-76) y con actividad moderada en el 48%; el 93% tenía tratamiento FAME. Los niveles de S1P fueron significativamente mayores en pacientes con APs global y APs establecida frente a controles ($p = 0,013$) pero no en APs de inicio. Tanto en la ApS global como con la ApS establecida, hubo niveles más altos de SOST y cociente RANKL/OPG ($p = 0,023$ y $p = 0,03$, respectivamente) respecto a los controles. No hubo una correlación significativa entre los niveles de S1P y S1PR y la actividad de la enfermedad medida por DAPSA en ninguno de los grupos. Se encontró correlación significativa positiva débil entre S1PR y SOST; S1PR y el cociente RANKL/OPG, en el grupo de APs total. Los niveles de S1PR fueron superiores en el grupo de APs total con entesitis aquílea evaluada por ECO ($p = 0,046$) (fig.). Existe una correlación significativa y fuertemente negativa entre los niveles de OPG y la puntuación de inflamación en talón en RMN, tanto en APs global como en APs establecida ($p = 0,043$).



Niveles de S1PR en el grupo de APs total con y sin inflamación en la entesitis medida por ECO.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio demuestran que los niveles séricos S1P están más elevados en pacientes con ApS que en personas sanas, sin que se objetiven diferencias entre ApS de inicio o establecida. Tampoco hemos hallado correlación entre estos niveles con la actividad clínica evaluada por DAPSA. Sin embargo, hemos encontrado una correlación entre S1PR y los marcadores de activación de osteoclastogénesis y el edema óseo en RMN en los pacientes con entesitis aquílea. Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

PO42. IDENTIFICACIÓN DE MARCADORES MOLECULARES ASOCIADOS A LA EVOLUCIÓN RADIOGRÁFICA EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL

I. Arias de la Rosa¹, L. Cuesta-López¹, M.L. Ladehesa-Pineda¹, M. Ruiz-Ponce¹, A. Barranco¹, M.A. Puche-Larrubia¹, C. Pérez-Sánchez^{1,2,3}, M.C. Ábalos-Aguilera¹, D. Ruiz-Vilchez¹, P. Ortiz¹, C. López-Pedrerá¹, A. Escudero-Contreras¹, E. Collantes-Estévez¹, C. López-Medina¹ y N. Barbarroja^{1,2}

¹Servicio de Reumatología/Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC/Universidad de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Cobiomic Bioscience S.L. 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 evaluación radiográfica desempeña un papel crucial en el diagnóstico y la monitorización de la espondiloartritis axial (EspAax), proporcionando información sobre la severidad y el impacto en el esqueleto axial. Comprender los mecanismos moleculares que conducen a la progresión radiográfica es esencial para desarrollar terapias dirigidas y mejorar el pronóstico del paciente. La identificación de biomarcadores asociados a la progresión radiográfica puede ayudar a la detección temprana, a la estratificación del riesgo y al desarrollo de estrategias de medicina personalizada para los pacientes con EspAax.

Objetivos: 1) Determinar la progresión radiográfica en EspAax en un margen de cinco años, y 2) examinar los aspectos clínicos y moleculares asociados con la progresión radiográfica en EspAax.

Métodos: Se incluyó una cohorte de 70 pacientes con EspAax de la cohorte CASTRO del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se analizaron variables clínicas y se extrajeron muestras sanguíneas para analizar los niveles séricos de 184 proteínas mediante la tecnología disruptiva de Olink. Se evaluó el daño estructural mediante el "modified Stoke Ankylosing Spinal Score" (mSASSS) en la consulta y en los cinco años previos. La progresión radiográfica se cuantificó como Δ mSASSS (mSASSS en la visita - mSASSS en los 5 años previos). Los progresores EspAax se determinaron utilizando la fórmula Δ mSASSS/años (> 1 mSASSS).

Resultados: De 70 pacientes con EspAax, 26 mostraron un incremento anual de mSASSS mayor a 1 punto, clasificándolos como progresores, mientras que los restantes 44 se clasificaron como no-progresores. No hubo diferencias de edad, sexo, duración de la enfermedad, actividad de la enfermedad, reactantes de fase aguda y positividad para HLA-B27 entre los grupos de progresores y no-progresores. A nivel proteómico, se detectaron alteraciones en los niveles de GRN, IL-2RA, KLK-6, IL-18BP, LTBR, IGFBP-7, TNFSF-13B, GDF-15, IL-10RA, IL-2, IL2Rb y IL-10 entre los dos grupos. Además, estas proteínas mostraron correlaciones significativas con el Δ mSASSS en los 5 años previos. La alteración observada en el proteómico sérico se asoció de forma significativa con los niveles de fosfatasa alcalina. El análisis de enriquecimiento biológico de las proteínas alteradas en los progresores en comparación con los no-progresores reveló un enriquecimiento significativo en procesos que incluyen la regulación positiva de la diferenciación de células plasmáticas, la regulación de la proliferación homeostática de las células T y la regulación de los procesos apoptóticos de las células B. Estos descubrimientos implican una exacerbación del sistema inmune, potencialmente relacionados con el daño estructural. Notablemente, la IL-2 destacó significativamente en todos los análisis de enriquecimientos, abarcando funciones moleculares, componentes celulares, rutas KEGG y rutas del reactoma.

Conclusiones: 1) la progresión del daño estructural en EspAax está relacionada con niveles de ALP, una variable de seguimiento clínico rutinario; 2) una firma molecular distintiva reveló nuevos biomarcadores.

dores candidatos para la evolución del daño estructural en EspAax; 3) las proteínas identificadas sugieren la participación del sistema inmunológico en la progresión, con la IL-2 como un componente crucial. Financiado por el "Instituto de Salud Carlos III" (PMP21/00119 y RICOR-RD21/0002/0033) cofinanciado por la Unión Europea.

P043. POTENCIALES BIOMARCADORES DE DIAGNÓSTICO Y PATRONES MOLECULARES MEDIANTE EL ANÁLISIS PROTEÓMICO EN CÉLULAS INMUNES DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

I. Arias de la Rosa¹, L. Cuesta-López¹, M.L. Ladehesa-Pineda¹, M. Ruiz-Ponce¹, A. Barranco¹, M.A. Pucho-Larrubia¹, C. Pérez-Sánchez^{1,2,3}, Y. Hanaee^{1,2}, M.C. Ábalos-Aguilera¹, D. Ruiz-Vilchez¹, P. Ortiz¹, C. López-Pedrerá¹, A. Escudero-Contreras¹, E. Collantes-Estévez¹, C. López-Medina¹ y N. Barbarroja^{1,2}

¹Servicio de Reumatología/Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC/Universidad de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Cobiomic Bioscience S.L. 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 identificación temprana y precisa de la artritis psoriásica (APs) presenta desafíos, y la búsqueda de biomarcadores mediante enfoques proteómicos es crucial. La inclusión de individuos con manifestaciones musculoesqueléticas relacionadas, pero sin diagnóstico de APs, sería esencial para identificar biomarcadores específicos. Además, el uso de clústeres basados en patrones moleculares puede arrojar luz sobre la heterogeneidad de la enfermedad y orientar a estrategias terapéuticas personalizadas.

Objetivos: 1) identificar nuevas proteínas implicadas en la patogénesis de la APs; 2) descubrir posibles biomarcadores candidatos para el diagnóstico de la APs; y 3) revelar fenotipos moleculares asociados a características clínicas en pacientes con APs mediante análisis no supervisado.

Métodos: Participaron 154 individuos, 104 diagnosticados con APs según los criterios CASPAR y 50 con manifestaciones musculoesqueléticas pero sin diagnóstico reumático definitivo, como grupo de control. Se realizó un análisis exhaustivo de 384 proteínas en células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) utilizando tecnología Olink. La plataforma "Enriched R" facilitó la exploración de funciones biológicas asociadas a proteínas alteradas. Se empleó el algoritmo de *self-organizing map* para elucidar clústeres moleculares no supervisados. Para controlar la tasa de descubrimiento falso, se utilizó el procedimiento de Benjamini-Hochberg.

Resultados: Los pacientes con APs mostraron una duración media de la enfermedad de 7 ± 5 años, con actividad moderada. Presentaron niveles significativamente elevados de reactantes de fase aguda y manifestaciones clínicas como dactilitis, entesitis y onicopatía. El análisis molecular detectó 338 de 384 proteínas en PBMCs, con 73 mostrando alteraciones significativas en APs. Las proteínas identificadas se enriquecieron en procesos inflamatorios, función inmune y diferenciación y células precursoras de osteoclastos. Siete proteínas demostraron capacidad discriminatoria, alcanzando un área bajo la curva (AUC) de 0,9 en análisis combinado. ANGPTL-2, CCL-17, CXCL-12, MEGF-10 y TREM-2 se asociaron con la actividad de la enfermedad, mientras ANXA-11 y PREB se vincularon a la presencia de dactilitis. Análisis no supervisados revelaron tres grupos de APs con patrones moleculares distintivos definidos por los niveles de proteínas como DAPP-1, CCN2, SPRY2, WAS, PTX3, LILRB4, TIMP3, CLL17, CEP164 y BANK1, con tipos celulares enriquecidos como fibroblastos y células inmunes como células B y monocitos, incluyendo. Asimismo, los pacientes con APs en uno de los grupos mos-

traron niveles significativamente más altos de proteína C-reactiva y monocitos en comparación con los otros grupos.

Conclusiones: 1) El análisis proteómico de PBMCs identificó alteraciones vinculadas a la respuesta inflamatoria, modulación del sistema inmune y la función de los osteoclastos en APs; 2) Se identificaron grupos moleculares asociados a características clínicas y subtipos celulares inmunes; y 3) Un conjunto de proteínas mostró potencial discriminatorio, abriendo la puerta a estudios de validación para consolidar biomarcadores robustos y transformar el diagnóstico de la APs.

Financiado por "Instituto de Salud Carlos III" (PMP21/00119 y RICOR-RD21/0002/0033) y cofinanciado por la Unión Europea y Junta de Andalucía (PI-0243-2022).

P044. DESCRIPCIÓN DE LA RESPUESTA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL ANTE LA SUBIDA DE DOSIS DE SECUKINUMAB DE 150 MG A 300 MG MENSUALES. EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Alicia María García Dorta¹, Adela Gallego-Flores², Andrea García-Valle³, Marta Valero- Expósito⁴, Isabel de la Morena⁵, Dalifer Freitas-Núñez⁶, Celia Arconada-López⁷, Cristina Valero⁸, Marta López-Gómez⁹, Manuel Fernández-Prada¹⁰, Antonio Álvarez-Cienfuegos¹¹, Rubén López¹², Enrique González-Dávila¹³ y Álvaro García-Martos¹⁴

¹Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. ²Reumatología. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena.

³Reumatología. Complejo Asistencial de Valencia. ⁴Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Clínico de Valencia. ⁶Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ⁷Reumatología. Hospital Universitario Infanta Elena. Madrid. ⁸Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁹Reumatología. Hospital Universitario de Araba. Álava. ¹⁰Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara.

¹¹Reumatología. Hospital Vega Baja. Alicante. ¹²Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrin. Las Palmas de Gran Canaria.

¹³Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna. ¹⁴Reumatología. Hospital Universitario del Tajo. Madrid.

Introducción: La interleucina 17 (IL-17) desempeña un papel clave en las espondiloartropatías (EspA). El anticuerpo anti-IL-17, secukinumab (SECU), ha demostrado eficacia en ensayos clínicos sobre la espondilitis anquilosante (EA) y la espondilitis axial no radiográfica (EspA-nr). Aunque estudios previos evaluaron SECU en dosis de 150 mg y 300 mg, la respuesta clínica a la escalada de dosis de 150 mg a 300 mg en pacientes con EspA axial no ha sido suficientemente estudiada en la práctica clínica diaria.

Objetivos: Evaluar la persistencia del tratamiento con SECU en pacientes con EspA axial con aumentarse de 150 a 300 mg mensuales debido a una respuesta clínica insuficiente y analizar los factores asociados a mayor respuesta clínica a 300 mg.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de pacientes diagnosticados con EspA axial y EspA-nr que aumentaron dosis de SECU a 300 mg por mejoría clínica (Δ ASDAS $> 1,1$ o Δ > 2), pero sin conseguir baja actividad de la enfermedad o remisión después de 12-16 semanas de tratamiento con 150 mg. Se recopilaron características demográficas y antropométricas iniciales y actividad clínica durante 24 meses después del inicio de 300 mg según práctica clínica estándar. Se utilizaron la curva de Kaplan-Meier y la regresión de Cox para analizar los datos.

Resultados: Se incluyeron un total de 106 pacientes (77 con EA y 29 con EspA-nr), de los cuales 79 (74,5%) continuaron recibiendo SECU 300 mg mensuales mientras participaban en el estudio. La principal causa de interrupción fue la falta de eficacia en 25 pacientes (92,6%),

mientras que 2 pacientes (7,4%) interrumpieron el tratamiento debido a efectos adversos. La tabla 1 muestra las características de los pacientes según si interrumpieron o continuaron el tratamiento con la dosis de 300 mg. No se encontraron diferencias significativas en género, diagnóstico de EspAx, edad al inicio de SECU 300 mg, índice de masa corporal (IMC), hábito tabáquico, línea de tratamiento y prevalencia de psoriasis entre los dos grupos. La actividad de la enfermedad en el inicio tendía a ser peor en pacientes que interrumpieron: BASDAI (p = 0,057) y ASDAS-CRP (p = 0,059), y el recuento total de articulaciones dolorosas (NAD) fue mayor entre los pacientes que interrumpieron (p = 0,017). Los pacientes que continuaron tenían una menor prevalencia de dislipidemia (p = 0,021) y uveítis (p = 0,035). En los análisis de Cox (tabla 2), BASDAI, ASDAS-VSG, PCR, no mostraron asociaciones significativas con la interrupción de SECU. Sin embargo, NAD y la presencia de dislipidemia resultaron ser predictores significativos (HR = 1,137, p = 0,002 y HR = 3,191, p = 0,016, respectivamente) de la interrupción de SECU. La introducción de la variable uveítis no alteró sustancialmente la importancia de NAD y dislipidemia (p = 0,389) (tabla 2).

Tabla 1. Características basales de los pacientes que continuaban con tratamiento a dosis de 300 mg

	Continúa con SECU 300 mg		p
	Sí (N = 79)	No (N = 27)	
Hombre, n (%)	49 (62,0)	17 (63,0)	0,930
Diagnóstico EA, n (%)	55 (69,6)	22 (81,5)	0,345
Edad al inicio de SECU 300 (años)	47,8 ± 10,6	50,9 ± 14,7	0,338
Tiempo entre dosis de 150 a SECU 300 (años)*	0,7 (0,4; 1,7)	0,4 (0,2; 1,3)	0,106
Duración de la enfermedad hasta SECU 300 (años)*	6,6 (3,1; 13,6)	10,0 (2,8; 16,6)	0,674
IMC (kg/m ²)	27,5 ± 4,8	26,5 ± 3,3	0,419
IMC, n (%)			0,194
18,5-24,9	15 (36,6)	5 (26,3)	
≥ 25	16 (39,0)	12 (63,2)	
≥ 30	10 (24,4)	2 (10,5)	
Fumador, n (%)			0,656
Nunca	49 (62,0)	16 (61,5)	
Exfumador	17 (21,5)	4 (15,4)	
Fumador activo	13 (16,5)	6 (23,1)	
Comorbilidades, n (%)			
Hipertensión	18 (22,8)	10 (37,0)	0,231
Enfermedad cardiovascular	6 (7,6)	5 (14,8)	0,467
Dislipemia	20 (25,3)	14 (51,9)	0,021
Diabetes	6 (7,6)	5 (14,8)	0,467
Uveítis	9 (11,4)	8 (29,6)	0,035
Psoriasis	9 (11,5)	2 (7,4)	0,725
HLAB-27, n (%)	57 (73,1)	21 (80,8)	0,601
Línea de tratamiento			0,788
Primera	21 (26,6)	9 (33,3)	
Segunda	27 (34,2)	8 (29,6)	
Tercera o más	31 (39,2)	10 (37,0)	
DAS28-PCR	2,42 ± 1,02	2,68 ± 1,16	0,269
BASDAI	4,19 ± 2,46	5,36 ± 2,16	0,057
ASDAS-PCR	7,94 ± 4,99	6,41 ± 6,28	0,202
ASDAS-PCR*	6,5 (4,33; 11,93)	7,62 (2,92; 14,65)	0,059
ASDAS-VSG*	7,0 (4,1; 12,9)	3,9 (0,6; 12,2)	0,086
NAD*	0 (0; 2)	1 (0; 4)	0,017
NAT*	0 (0; 0,2)	0 (0; 0)	0,665
PCR	3 (2; 7,2)	3 (1,6; 16,7)	0,904

*Los datos se muestran en Me (IQR). EA: espondilitis anquilosante; SECU: secukinumab; IMC: índice de masa corporal; DAS28-PCR: Disease activity Score-28. ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAT: número de articulaciones tumefactas; PCR: proteína C reactiva.

Tabla 2. Factores asociados a una mayor persistencia en pacientes a los que se aumentó la dosis estándar de SECU. Análisis de Cox

	HR (IC95%)	p
NAD	1,199 (1,07-0,42)	0,042
Dislipemia	3,191 (1,24-8,17)	0,016
DAS28-PCR	1,013 (0,44-2,3)	0,976
ASDAS-PCR	1,423 (0,73-2,74)	0,292
ASDAS-VSG	0,664 (0,37-1,16)	0,156

Conclusiones: Pacientes con EspA axial que precisaron aumento de la dosis a 300 mg mensuales muestra una persistencia del 74,5%. La edad, sexo, duración de la enfermedad y línea de tratamiento no se asociaron con la interrupción de SECU. BASDAI y ASDAS-CRP mostraron tendencias que sugieren que la actividad de la enfermedad puede influir en la persistencia de SECU. La presencia de manifestaciones articulares periféricas y dislipidemia fueron factores asociados con una baja persistencia de SECU. Se necesitan estudios adicionales para confirmar estas observaciones preliminares.

P045. EVALUACIÓN DE LA PÉRDIDA DE AUDICIÓN Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

María Lourdes Ladehesa Pineda^{1,2,3}, Desirée Ruiz-Vilchez^{1,2}, María de los Ángeles Puche Larrubia^{1,2}, Jesús Castellano Curado⁴, Leonardo Rodríguez Pérez⁵, Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3}, Eduardo Collantes Estévez^{2,3} y Clementina López Medina^{1,2,3}

¹UGC Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. ³Universidad de Córdoba. ⁴Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Otorrinolaringología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La espondiloartritis (EspA) se caracteriza por una afectación tanto a nivel musculoesquelético (columna vertebral y articulaciones sacroilíacas predominantemente) como por manifestaciones extramusculoesqueléticas y comorbilidades asociadas. La pérdida de audición parece ser la manifestación más frecuentemente asociada en la clínica otorrinolaringológica. La evidencia previa apoya una mayor prevalencia de la pérdida de audición en pacientes con EspA axial (EspAax) que en la población general, manifestándose hasta en el 42% de estos pacientes.

Objetivos: Comprobar la existencia de una mayor prevalencia de hipoacusia en pacientes con EspAax en comparación con la población general. Secundariamente, caracterizar el tipo de hipoacusia predominante y detectar posibles factores asociados a la misma.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal incluyendo 55 pacientes consecutivos con EspAax procedentes de REGISPON-3 y evaluados por un otorrinolaringólogo entre enero de 2021 y febrero de 2022 y 17 controles sanos. Se utilizaron pruebas t de muestras independientes, U de Mann Whitney y chi cuadrado para comparar la prevalencia de hipoacusia (definida como la condición en la que cualquiera de las intensidades necesarias para la audición de un tono dado es superior a 20 decibelios) entre EspAax y controles y para evaluar la asociación entre hipoacusia y características de la enfermedad en el grupo de pacientes con EspAax.

Tabla 1. Estudio transversal: características demográficas y clínicas de pacientes con EspAax y controles sanos

Variable	axSpA (n = 70)	Healthy controls (n = 17)	p
Age (years)	58.08 (9.83)	57.35 (10.54)	0.786
Sex	Male 51 (72.9) Female 19 (27.1)	11 (64.7) 6 (35.5)	0.556
Hearing loss	Yes 55 (78.6) No 15 (21.4)	9 (52.9) 8 (47.1)	0.032*
Type of hearing loss	Conductive 0 Sensorineural 50 (90.9) Mixed 5 (9.1)	0 8 (88.9) 1 (11.1)	1
Bilaterality	Bilateral 55 (100) Unilateral 0	8 (88.9) 1 (11.1)	0.141
Severity	Mild (20-40 db) 0 Moderate (40-70 db) 17 (30.9) Severe (70-90 db) 27 (49.1) Deep (> 90 db) 11 (20)	4 (44.4) 4 (44.4) 1 (11.1) 0	< 0.0001**

Note: Data are represented by mean (standard deviation (SD)) for quantitative variables and total (percentage) for qualitative variables. axSpA: axial spondyloarthritis; db: decibel. *Significant differences versus healthy controls, p < 0.05. **Significant differences versus healthy controls, p < 0.01.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con axSpA según la presencia de hipoacusia

Variable		Presence of hearing loss (n = 55)	Normal hearing (n = 15)	p
Age (years)		60.6 (9.04)	49.2 (7.1)	< 0.001**
Sex	Male	41 (74.5)	10 (66.7)	0.531
	Female	14 (25.5)	6 (33.3)	
BASDAI		3.76 (2.85)	3.75 (2.46)	1
ASDAS		2.37 (1.12)	2.17 (0.85)	0.801
BASFI		35.19 (23.82)	32.88 (17.42)	0.978
Radiographic sacroiliitis		44 (93.6)	5 (71.4)	0.12
mSASSS	Cervical	9.18 (8.61)	6.86 (2.6)	0.486
	Lumbar	12.31 (9.05)	7.28 (5.28)	0.161
	Total	21.53 (16.16)	14.14 (5.05)	0.023*
Symptom duration (years)		35.73 (10.92)	24.71 (6.21)	0.012*
BMI (Kg/m ²)		27.27 (3.7)	24.2 (1.87)	0.037*
Ever smoking (past or present)		32 (69.6)	3 (100)	0.548
Treatment	NSAIDs	40 (87)	4 (57.1)	0.086

Note: Data are represented by mean (standard deviation (SD)) for quantitative variables and total (percentage) for qualitative variables. *Significant differences versus healthy controls, p < 0.05. **Significant differences versus healthy controls, p < 0.01.

Resultados: La prevalencia de hipoacusia fue mayor en el grupo de EspAx que en los controles (78,6 vs. 52,9%, p < 0,05), a pesar de no existir diferencias de edad entre grupos. Se observó hipoacusia en 55 (78,6%) pacientes, de los cuales 50 (90,9%) eran neurosensoriales (tabla 1). Los pacientes con EspAax con hipoacusia presentaron mayor edad, IMC, años de duración de los síntomas y mSASSS frente a los que no presentaban hipoacusia (p < 0,05) (tabla 2).

Conclusiones: La hipoacusia es más frecuente en pacientes con EspAax en comparación con la población sana, siendo la hipoacusia neurosensorial bilateral el tipo predominante. La edad avanzada, la mayor duración de los síntomas, el mayor IMC y el daño radiográfico se asocian a la presencia de hipoacusia.

P046. PROYECTO ESPANDE: MEJORA DE LA COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA-REUMATOLOGÍA EN ESPONDILOARTROPATÍAS EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTANDER, CANTABRIA

C. Martínez Dubois¹, J. Rueda Gotor², G. Pinedo López³, A. Pérez Martín³, R. González Santamaría³, J. Sánchez Martín¹, B. Atienza Mateo¹, V. Calvo del Río¹, I. González Mazón¹, N. Palmou Fontana¹, E. Peiró Callizo¹, D. Prieto Peña¹, L. Sánchez Bilbao¹, F. López Gutiérrez¹ y R. Blanco¹

¹Grupo Inmunopatología. Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Hospital Universitario Sierrallana. Torrelavega. ³Atención Primaria. Área 1 Santander.

Introducción: Las espondiloartritis (EspA) constituyen un conjunto diverso de enfermedades reumáticas inflamatorias con una prevalencia del 1,9% en la población general. El retraso diagnóstico, identificado como un factor determinante del agravamiento de la enfermedad, ha sido señalado en el estudio ATLAS 2017 con un promedio de casi 9 años, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes. Este estudio aborda la detección temprana como un desafío crucial para los profesionales de la salud, buscando mejorar la situación funcional de los pacientes, reducir comorbilidades y prevenir la pérdida de calidad de vida.

Objetivos: El proyecto EspAnde se enfoca en optimizar la coordinación entre Atención Primaria (AP) y Reumatología, a través de la Unidad Musculoesquelética (UME), con el propósito de identificar, implementar y evaluar mejoras en la ruta asistencial de pacientes con espondiloartritis. El objetivo es impulsar la derivación temprana, reduciendo los tiempos de diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Se estableció un Grupo de Trabajo compuesto por médicos de AP y reumatólogos de la UME. Se analizó la situación actual del proceso asistencial para pacientes con espondiloartritis en el Área Sanitaria, desarrollando soluciones como un Algoritmo de derivación precoz y un test de cribado (PURE 4), ambos integrados en el programa informático AP Cantabria. La UME proporcionó formación a los profesionales de AP para la correcta implementación. Se realizó un seguimiento y medición del impacto, incluyendo análisis de resultados.

Resultados: En 2021, el retraso diagnóstico en pacientes con EspA en el área de Santander era de 44 meses. Dos años después de la implementación del proyecto, se logró una reducción significativa, alcanzando un tiempo medio de diagnóstico de 16 meses en 2023, representando una mediana de descenso de 28 meses. En 2023, al llegar al servicio de Reumatología, el 71% de los pacientes pudo confirmar o descartar el diagnóstico en la primera visita, en comparación con el 43% en el momento basal, indicando un impacto positivo del proyecto en la eficiencia del diagnóstico temprano.

Conclusiones: El proyecto EspAnde ha demostrado ser altamente efectivo al reducir significativamente el retraso diagnóstico de espondiloartritis en el área de Santander, pasando de 44 meses en 2021 a 16 meses en 2023. La colaboración entre Atención Primaria y Reumatología, respaldada por algoritmos y pruebas de cribado, ha mejorado la certeza diagnóstica al llegar al servicio de Reumatología, alcanzando un 71% en 2023. Este enfoque también ha fortalecido la coordinación asistencial y destaca la importancia de la sostenibilidad y continuidad de estas prácticas. Además, se espera que la detección temprana tenga un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. Estas lecciones aprendidas y resultados

Impacto Demora desde 1ª visita HUMV a diagnóstico



P046 Figura

alentadores sugieren un potencial para la replicación y adaptación de estas estrategias en otros entornos de atención médica.

Proyecto en colaboración con Novartis España.

BIBLIOGRAFÍA

- Garrido-Cumbrera M, Navarro-Compán V, Gratacós J, et al. Atlas of axial spondyloarthritis in Spain 2017: Study design and population. nAtlas de Espondiloartritis Axial en España 2017: diseño del estudio y descripción de la muestra. Reum Clin. 2019;15:127-32.
- Quilis N, Sivera F, Seoane-Mato D, et al. Prevalence of ankylosing spondylitis in Spain: EPISER2016 Study. Scand J Rheumatol. 2020;49:210-3.

P047. PERFIL DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL REFRACTARIOS A TERAPIAS DIRIGIDAS EN VIDA REAL

I. Alcántara Álvarez, E. Grau García, E. Vicens Bernabéu, C. Riesco Bárcena, J. Oller Rodríguez, J. Ivorra Cortés, P. Muñoz Martínez, S. Leal Rodríguez, L. González Puig, A.V. Huaylla Quispe, A.M. Torrat Noves, D. Ramos Castro, L. Mas Sánchez, I. Cánovas Olmos, H. Charia, I. Martínez, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuixech, M. de la Rubia Navarro, E. Tovar Sugrañes, B. Villanueva Mañes y J.A. Román Ivorra

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: La espondiloartritis axial (EspA) es una enfermedad autoinflamatoria en la que los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos o sintéticos contra diana son ampliamente

usados, con diferentes dianas entre las que elegir. Sin embargo, algunas pacientes siguen siendo refractarias a los tratamientos que se les introducen.

Objetivos: Analizar las características clínicas y terapéuticas en pacientes con EspA a las que se les han administrado al menos tres líneas distintas de terapias dirigidas (TD).

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de pacientes con EspA a las que se les han administrado al menos una TD, donde se analizan las diferentes líneas terapéuticas administradas, su duración y los motivos de retirada de tratamiento. Las personas se clasificarán en EspA no refractaria a tratamiento (han requerido hasta 2 líneas diferentes de terapias dirigidas (TDs)) y EspA refractaria a tratamiento (han requerido al menos 3 líneas distintas).

Resultados: Se incluyen 162 pacientes con EspA (62,4% hombres) que han recibido tratamiento con TDs, con una edad al diagnóstico de 41 (13) años y un tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio de la primera TD de 20 (30) meses. El 59,1% presentaba positividad para el HLA-B27, el 20,5% presentaba manifestaciones extra-articulares (uveítis y/o EII) y el 38,3% presentaban carga periférica de la enfermedad. Del total de pacientes, 10 han requerido al menos 3 familias terapéuticas diferentes. Se observa una supervivencia terapéutica menor en este grupo (p < 0,001). La opción mayoritaria de tratamiento en primera línea es un anti-TNF, sin embargo, es menos habitual en aquellos casos con 3 o más familias terapéuticas respecto a las pacientes con 1 o 2 familias empleadas. El cambio de tratamiento en 2ª línea es principalmente a través del *switching*, empleándose el *cycling* ya en 3ª línea de tratamiento. Se observa

Variable	EspA NO REFRACTARIA - PACIENTES CON 1 O 2 FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS				EspA REFRACTARIA - PACIENTES CON 3 O MÁS FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS							
	1ª LÍNEA DE TTO N=152	2ª LÍNEA DE TTO N=28	3ª LÍNEA DE TTO N=5	4ª LÍNEA DE TTO N=1	1ª LÍNEA DE TTO N=10	2ª LÍNEA DE TTO N=10	3ª LÍNEA DE TTO N=10	4ª LÍNEA DE TTO N=6	5ª LÍNEA DE TTO N=3	6ª LÍNEA DE TTO N=2	7ª LÍNEA DE TTO N=1	8ª LÍNEA DE TTO N=1
Familias terapéuticas												
Anti-TNF	102 (67,1%)	17 (60,7%)	2 (40%)	0 (0%)	4 (40%)	4 (40%)	6 (60%)	3 (50%)	1 (33,3%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (100%)
Anti-IL17	44 (28,9%)	8 (28,6%)	1 (20%)	1 (100%)	4 (40%)	6 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
JAK inh	2 (1,3%)	3 (10,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	3 (50%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Otras	4 (2,7%)	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)	2 (20%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

P047 Figura 1. Familias terapéuticas en cohorte.

Variable	EspA NO REFRACTARIA - PACIENTES CON 1 O 2 FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS				EspA REFRACTARIA - PACIENTES CON 3 O MÁS FAMILIAS DISTINTAS DE TERAPIAS DIRIGIDAS							
	1ª LÍNEA DE TTO N=152	2ª LÍNEA DE TTO N=28	3ª LÍNEA DE TTO N=5	4ª LÍNEA DE TTO N=1	1ª LÍNEA DE TTO N=10	2ª LÍNEA DE TTO N=10	3ª LÍNEA DE TTO N=10	4ª LÍNEA DE TTO N=6	5ª LÍNEA DE TTO N=3	6ª LÍNEA DE TTO N=2	7ª LÍNEA DE TTO N=1	8ª LÍNEA DE TTO N=1
Cambio de tratamiento												
Switching	0 (0%)	24 (85,7%)	3 (60%)	1 (100%)	0 (0%)	9 (90%)	9 (90%)	4 (66,7%)	2 (66,7%)	2 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Cycling	0 (0%)	4 (14,3%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (10%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
FAME concomitante	36 (24,16%)	8 (28,57%)	3 (60%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (16,67%)	1 (33,33%)	1 (50%)	1 (100%)	1 (100%)
Motivo de suspensión												
Ineficacia	5 (12,2%)	4 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	4 (40%)	3 (42,96%)	2 (66,67%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
Pérdida de eficacia	13 (31,7%)	4 (40%)	2 (100%)	0 (0%)	5 (50%)	4 (40%)	1 (14,3%)	1 (33,33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Reacción adversa	14 (34,2%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	2 (20%)	3 (42%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Otros motivos	9 (21,9%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

P047 Figura 2. Características en función de nº de líneas terapéuticas.

además una tendencia a la utilización del FAME concomitante conforme se avanza en las líneas terapéuticas ($p = 0,06$). No se observa una asociación estadísticamente significativa entre los motivos de retirada del tratamiento y la utilización de 3 o más familias terapéuticas. Tampoco se observa asociación con la edad o el sexo de las pacientes. Sí se observa una asociación entre la utilización de al menos 3 familias terapéuticas diferentes y la ausencia de manifestaciones extraarticulares ($p = 0,01$), la presencia de psoriasis ($p = 0,022$) y la presencia de síndrome ansioso depresivo ($p = 0,001$).

Conclusiones: La proporción de pacientes con EspA que requieren de la utilización de al menos 3 familias terapéuticas diferentes es del 6%, con una media de 4 líneas de TD. El tratamiento con anti-TNF es menos utilizado en la primera y segunda línea en los casos que requieren de al menos 3 familias terapéuticas, y los tratamientos se modifican principalmente a través del *switching*. La presencia de otros factores como la presencia de psoriasis o el síndrome ansioso depresivo parece estar asociado con el uso de tres o más familias terapéuticas diferentes.

P048. LA SEMAFORINA5A ESTÁ ELEVADA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y POTENCIA LA EXPRESIÓN DE MEDIADORES INFLAMATORIOS EN MACRÓFAGOS DE PACIENTES

Jaime Marty Lobo, Carlos Rafael-Vidal, Sara Martínez-Ramos, Beatriz Malvar-Fernández, Coral Mouriño, Nair Pérez, Sara García Pérez, Francisco J. Maceiras Pan, José M. Pego-Reigosa y Samuel García

Grupo de Reumatología y Enfermedades Inmunomediadas (IRIDIS). Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS). SERGAS-UVIGO. Vigo.

Introducción: La Semaforina5A (Sema5A) es un miembro de la familia proteica de las semaforinas cuya expresión se encuentra elevada en pacientes con artritis reumatoide, tanto a nivel local como sistémico¹⁻³. En estos pacientes, la Sema5A estimula la activación y diferenciación de células Th1, Th17 y *natural killer* (NK), induciendo en estas una mayor expresión de citoquinas proinflamatorias². Ade-

más, promueve un fenotipo proinflamatorio e invasivo en fibroblastos sinoviales³.

Objetivos: Determinar si la expresión de la Sema5A también está desregulada en pacientes con artritis psoriásica (APs) y analizar su efecto sobre macrófagos derivados de monocitos de estos pacientes.

Métodos: La expresión de membrana de Sema5A fue determinada mediante citometría de flujo en células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) de individuos control (HC) y pacientes con APs. Por otra parte, se aislaron monocitos de las PBMCs de dichos pacientes y fueron entonces estimulados con Sema5A (200 ng/mL), LPS (10 ng/mL) o su combinación durante 4h y 24h. Alternativamente, se diferenciaron monocitos a macrófagos en presencia de M-CSF (25 ng/mL). A día 7, se estimularon durante 4h y 24h con Sema5A (200 ng/mL), TNF- α (10 ng/mL) o su combinación. Finalmente, se determinó la expresión de diferentes mediadores inflamatorios mediante PCR cuantitativa (qPCR).

Resultados: Se halló un aumento significativo de las células T CD4⁺ Sema5A⁺ y los monocitos no clásicos Sema5A⁺ de pacientes con APs respecto a HC ($p < 0,05$) (fig. 1). Las células T CD8⁺ Sema5A⁺ también se encontraban incrementadas en pacientes con APs respecto a HC, pero la diferencia no fue significativa ($p = 0,06$). Posteriormente, analizamos las consecuencias funcionales de la estimulación de monocitos y macrófagos con Sema5A. Esta no moduló la expresión de mediadores inflamatorios en monocitos. En macrófagos, la Sema5A indujo modestamente la expresión de *TNF*, *IL12B* e *IL23*, y potenció la expresión de *IL1B*, *IL6*, *IL8* y *TNF* inducida por TNF- α (fig. 2).

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que la expresión de Sema5A está incrementada en pacientes con APs y que, en un contexto inflamatorio, refuerza la producción de mediadores inflamatorios por parte de los macrófagos. Estos hallazgos sugieren que la Sema5A está implicada en los procesos inflamatorios desarrollados en la patogénesis de la APs, por lo que podría constituir una potencial diana terapéutica para el tratamiento de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xiao C, Lv C, Sun S, et al. TSP1 is the essential domain of SEMA5A involved in pannus formation in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2021;60(12):5833-42.

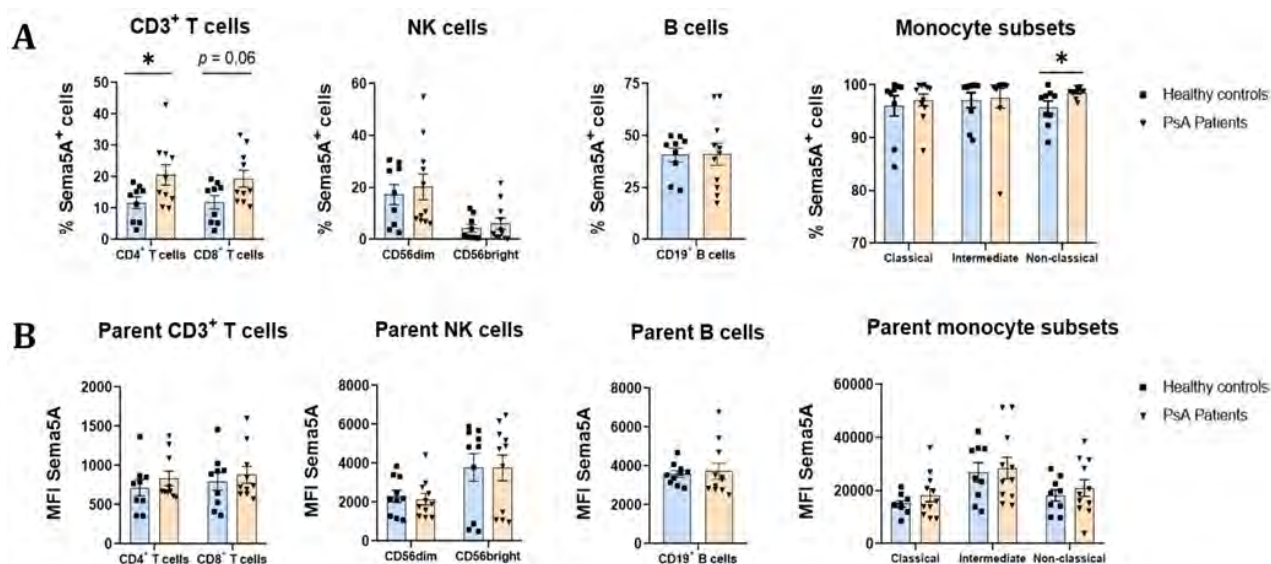


Figura 1. (A) Porcentaje de células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) que expresan Sema5A de controles sanos y pacientes con APs. **(B)** Intensidad media de fluorescencia (MFI) de la Sema5A en cada población de PBMCs, determinada por citometría de flujo. Los símbolos representan pacientes individuales; las barras muestran la media ± error estándar de la media (SEM). * $p < 0,05$.

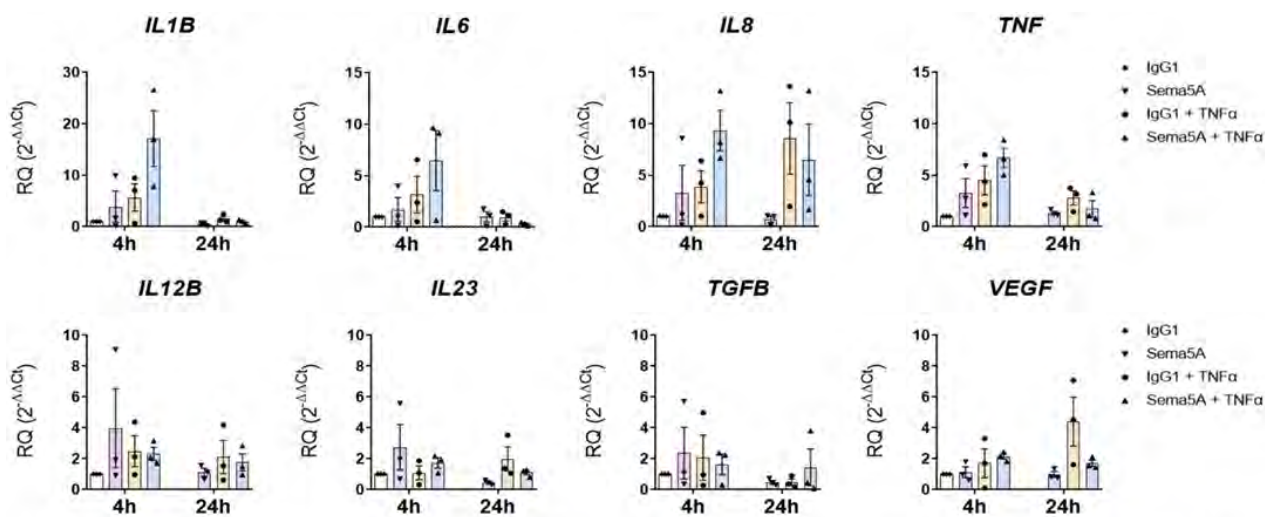


Figura 2. Niveles de expresión de los mediadores inflamatorios obtenidos mediante PCR cuantitativa (qPCR) tras estimulación durante 4h y 24h con Sema5A, TNF-α o la combinación de ambos en macrófagos de pacientes con APs. Los símbolos representan pacientes individuales; las barras muestran la media ± error estándar de la media (SEM), RQ, expresión relativa.

P048 Figura 2

- Gras C, Eiz-Vesper B, Jaimes Y, et al. Secreted Semaphorin 5A Activates Immune Effector Cells and Is a Biomarker for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 2014;66(6):1461-71.
- Cheng Q, Chen M, Liu M, et al. Semaphorin 5A suppresses ferroptosis through activation of PI3K-AKT-mTOR signaling in rheumatoid arthritis. *Cell Death and Disease*, 2022;13(7):1-10.

P049. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE GUSELKUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL A 2 AÑOS DE TRATAMIENTO EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Víctor Ruiz del Valle¹, Irene Martín Martín¹, Ana Peña-Almagro², Alba Belmonte Mora², Cristina Caro Hernández³ y María José Pérez Galán¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ³Unidad de Reumatología. Hospital Santa Ana. Motril.

Introducción: Guselkumab es un anticuerpo monoclonal IgG1λ dirigido específicamente frente a la IL-23 debido a su afinidad por la subunidad p19. La IL-23 es 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); una enfermedad autoinmune que además de afectar las articulaciones posee un amplio espectro de manifestaciones sistémicas y en la cual existen diversos perfiles de enfermedad en función de los dominios afectados. 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.

Objetivos: Analizar la eficacia a largo plazo de guselkumab.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, en pacientes diagnosticados de APs según criterios ACR, que recibieron tratamiento con guselkumab durante al menos 104 semanas (s), empezando en abril de 2020. Se registraron datos demográficos de los pacientes, así como los dominios de afectación de la enfermedad y el grado de afectación de los mismos. Se recogieron datos de respuesta mediante índices habituales en práctica clínica como DAPSA y BSA y la presencia de entesitis y dactilitis. El análisis estadístico se realizó con Graph Path Prism 8.0 y SPSS Inc. 2007.

Resultados: Las variables demográficas se encuentran detalladas en la tabla. El valor medio de DAPSA al inicio del tratamiento fue de 21

± 1,47. Este dato se redujo progresivamente observando diferencias significativas desde s 12 (13,36 ± 2,33) hasta la 104 (3,43 ± 1,33) (fig. 1A). Según DAPSA, los pacientes se clasificaron en categorías de actividad alta, moderada, baja y remisión. El 59,37% de los pacientes alcanzaron LDA o remisión a s 12, estando el 91,66% en remisión completa a las 76 s (fig. 1B). El porcentaje de pacientes con afectación entesítica o dactilitis también se redujo del 37,5% y 14,77% respectivamente en condiciones basales a remisión (fig. 2A). Se analizó la reducción de puntos entesíticos o dactilíticos, con remisión a 76 y 52 s respectivamente (fig. 2B). La afectación cutánea fue del 15,76 ± 4,9 de media al inicio del estudio medido por BSA, con una reducción significativa desde las 12 (2,4% ± 1,1) hasta remisión completa a las 104 (fig. 3). Se clasificaron los pacientes en función de las líneas de tratamientos 2^a-3^a línea y posteriores, y su DAPSA basal fue respectivamente 18,73 ± 2,3 y 17,46 ± 2,2. Pacientes de 2^o-3^o línea reducían antes su DAPSA (8,63 ± 2,7 a 12 s, 6,6 ± 1,5 a 52 s y 0 a 104 s). Sin embargo, pacientes de 4^o línea en adelante tardaban más en mejorarlo, habiendo incluso un pequeño repunte (16,79 ± 3,3 a 12 s, 8,1 ± 2,2 a 52 s y 4,57 ± 1,6 a 104 s) La persistencia del tratamiento fue del 100% hasta 52 s en líneas más tempranas de tratamiento siendo a los dos años del 83%. No se reportaron efectos adversos.

Características demográficas y basales de los pacientes n = 88

Edad de inclusión, media (95% CI), años	50,9 ± 1,25
Sexo	
Mujer, n (%)	50, 56,81%
Hombre, n (%)	38, 43,19%
IMC, media [IC95%]	30,22 ± 1,35
Fumador, n (%)	16, 18,18%
Duración de la enfermedad, PSO, media [IC95%], años	9,48 ± 0,79
Duración de la enfermedad, APs, media [IC95%], años	13,18 ± 1,1
DAPSA media [IC95%]	21 ± 1,47
Entesitis, n (%)	33, (37,5%)
Dactilitis, n (%)	13, (14,77%)
BSA media [IC95%]	15,76 ± 4,9
FAMEs previos:	
MTX, n (%)	46, (52,27%)
MTX dosis, mg/s	15
Línea de tratamiento con FAMEb	
Segunda o tercera n (%)	47, (57,31%)
Cuarta a décima, n (%)	35, (42,69%)

Conclusiones: Guselkumab es eficaz y seguro a 2 años en una cohorte de pacientes de vida real con PsA moderada-grave. Muestra muy buenos resultados en dominios como la dactilitis, entesitis o

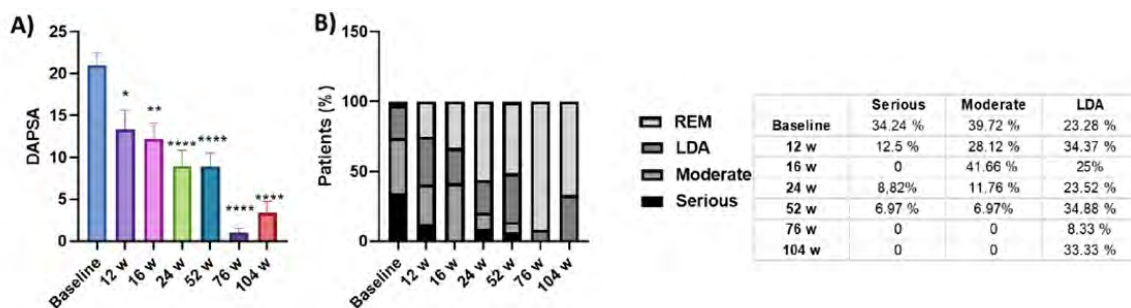


Figura 1: Valores de DAPSA absoluto a 104 s (A). % de pacientes según gravedad de DAPSA hasta 104 s(B).

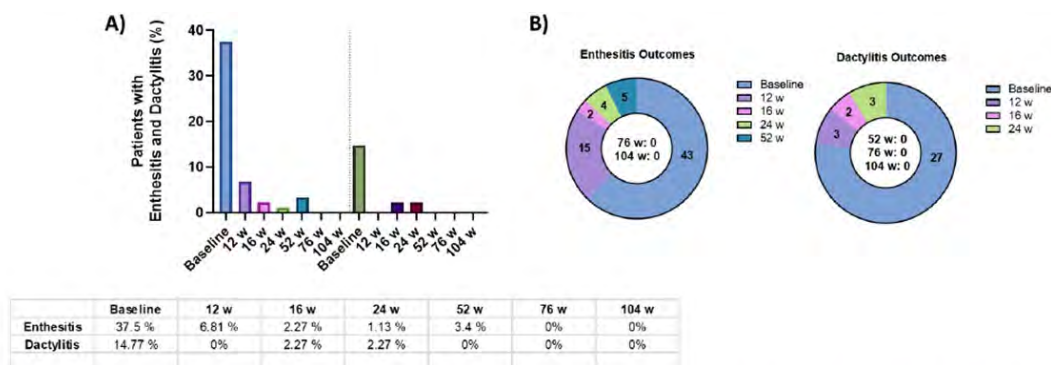


Figura 2: % de pacientes con entesitis y dactilitis a 104 s (A). Recuento de puntos entesíticos y dactilíticos durante el tratamiento (B).

piel. La persistencia y eficacia son potencialmente mayores cuando se administra en primeras líneas, ya que pacientes tratados en 2^a-3^a línea responden antes y mejor que los de líneas más tardías. La persistencia a los dos años es del 83% o del 41% dependiendo del grupo de línea de tratamiento. No se informaron efectos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Study Group. Guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who were biologic naive or had previously received TNF TNF α inhibitor treatment (DISCOVER 1): a double blind, randomised, placebo controlled phase 3 trial. Lancet. 2020;395(10230):1115 25.

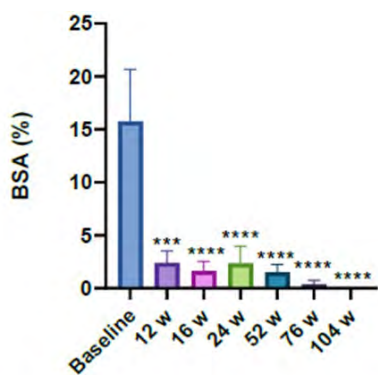


Figura 3: Valores de BSA a 104 s.

P050. UTILIDAD DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN EL CRIBADO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

Sandra Farietta Varela¹, Rosana Albertos², Patricia Corzo¹, Montserrat Ferrer³, Miriam Sidro³, Josep Riera³, Beatriz Frade-Sosa¹, Juan C. Sarmiento¹, Ana Azuaga¹, Virginia Ruiz¹, Andrea Zacarías¹, Julio Ramírez¹, José A. Gómez-Puerta¹, Eva Cantín⁴ y Sandra Farietta¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Escuela de Ingeniería Informática. Universidad Politécnica de Valencia.

Introducción: Los estudios epidemiológicos enfocados en el riesgo cardiovascular en pacientes con artritis psoriásica (APs) y psoriasis (Ps) han revelado un elevado riesgo de eventos cardiovasculares. Debido al largo periodo de inducción de la arterioesclerosis, estos trastornos resultan adecuados para investigar la enfermedad subclínica con fines preventivos. La enfermedad arterial periférica (EAP) asintomática está asociada con un mayor riesgo cardiovascular. Aunque el índice de presión tobillo-brazo (ITB) es comúnmente utilizado para detectar EAP asintomática, su utilidad en pacientes con APs y Ps aún no se ha determinado.

Objetivos: Evaluar la utilidad ITB en la detección de arterioesclerosis subclínica en pacientes con APs y Ps, comparándola con controles.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal con tres cohortes de pacientes con APs y Ps, comparados con controles sanos, sin hipertensión arterial ni antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV). La

Características demográficas y FRCV clásicos en los pacientes con artritis psoriásica, psoriasis y controles sanos

	APs (n = 73)			Ps (n = 43)			Controles (n = 68)		
	n	%	Media ± DE	n	%	Media ± DE	n	%	Media ± DE
Edad (año)			51,9 ± 14			51,9 ± 14			48 ± 15
Perímetro abdominal			93,7 ± 12			90 ± 12			92,4 ± 13
Mujeres	43	58,9		21	48,8		40	58,8	
A Familiares de ECV precoz	34	46,6		12	27,9		29	42,6	
Dislipemia	29	39,7		12	27,9		12	17,6	
Diabetes	73	0		43	0		2	2,9	
Hígado graso no alcohólico	13	17,8		5	11,6		2	2,9	
Fumador	15	20,6		14	32,6		22	32,4	
Exfumador	16	21,9		4	9,3		16	23,5	
Alcohol	7	9,6		14	32,6		32	47	
Sedentario	29	39,7		17	39,5		22	32,4	
Sobrepeso/obesidad	49	67,1		25	58,1		34	50	
Perímetro abdominal			93,7 ± 12			90 ± 12			92,4 ± 13

inclusión se realizó de manera consecutiva en las consultas externas de Reumatología y Dermatología de un Hospital terciario entre mayo de 2022 y septiembre de 2023 (CEIM STRAIN/22). Se recopilaron variables sociodemográficas y factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCV). Además, en los pacientes con APs y Ps, se evaluaron biomarcadores inflamatorios: PCR, PCR-U, VSG y se calcularon índices como el neutrófilo linfocito (NRL), la proporción de plaquetas linfocitos (PRL) y el índice de inflamación sistémica (SII). El ITB se midió en

ambas extremidades y se definió como bajo si era $\leq 0,9$ y elevado si era $\geq 1,4$, siguiendo las directrices internacionales. Para el análisis de datos, se utilizó Python versión 3,9.13, empleando la prueba de Kruskal-Wallis para comparar las medianas de ITB entre los grupos. La prueba U de Mann-Whitney para evaluar diferencias en ITB y sexo, y la correlación de Pearson para analizar la influencia de las variables del estudio en el ITB de pacientes con APs y Ps.

Resultados: En la tabla se describen las características de los pacientes con APs, Ps y controles. Como se puede apreciar en la figura 1, los pacientes de todas las cohortes con valores de ITB en el rango de 1 a 1,3, considerados normales. Se identificó un ITB bajo ($\leq 0,9$), indicativo de la presencia de EAP, en una mujer de 60 años con APs, y en dos mujeres con Ps mayores de 70 años. No se observó el ITB elevado ($\geq 1,40$) en ningún sujeto. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mediana del ITB entre las tres cohortes. Se observan diferencias significativas en los hombres con APs de tener un ITB medio más bajo respecto a las mujeres ($1,099 \pm 0,733$ vs. $1,134 \pm 0,088$ $p < 0,018$), sin embargo, en las cohortes de Ps y controles, hay una tendencia de un ITB medio más alto en las mujeres, aunque no se observan diferencias significativas. Con respecto a los pacientes APs y Ps, la variable ITB no parece tener ninguna correlación con la edad, duración de la enfermedad, factores de riesgo cardiovasculares clásicos y biomarcadores inflamatorios, el NRL, PRL ni el SII (fig. 2 a y b).

Conclusiones: Sobre la base de nuestros resultados, encontramos una baja prevalencia de EAP asintomática según el ITB. No conside-

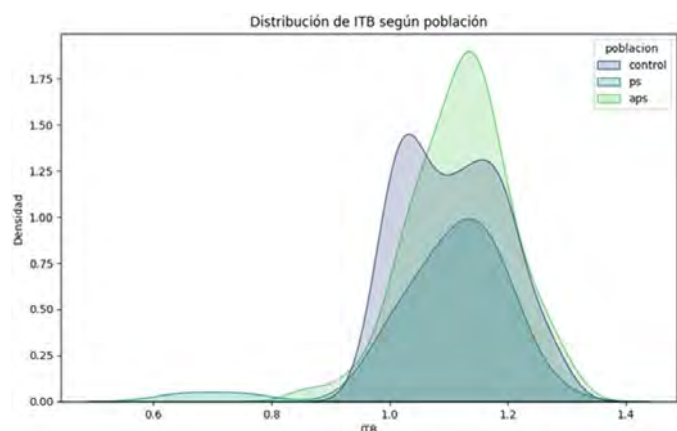


Figura 1. Gráfico de densidad del ITB según la población.

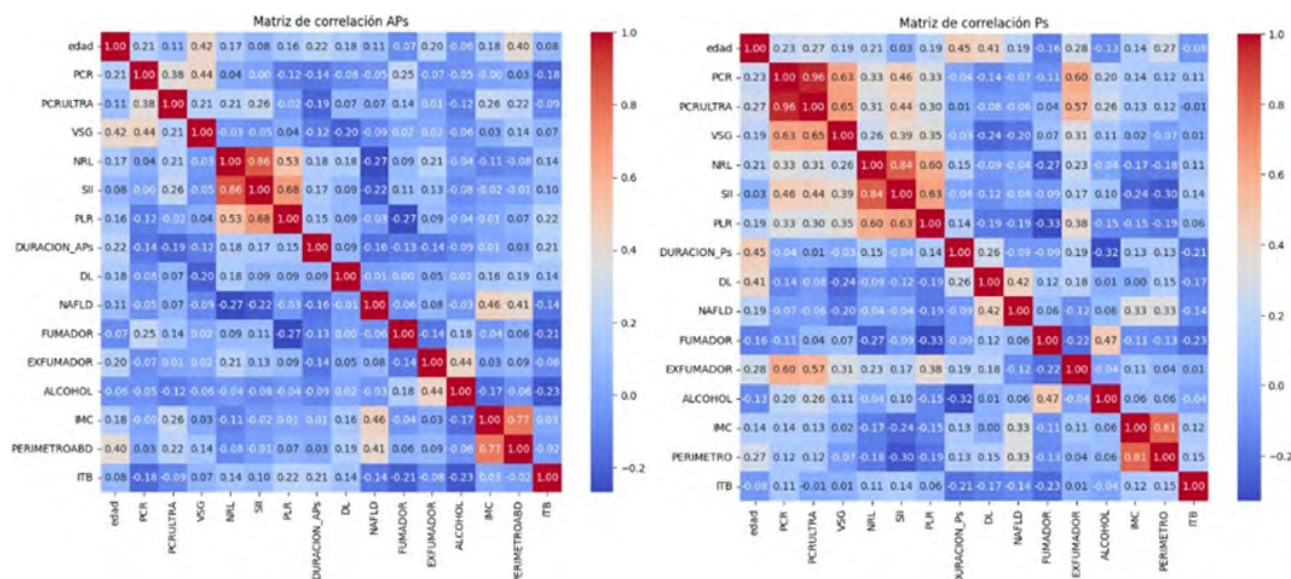


Figura 2. Matriz de correlación de Pearson en los pacientes artritis psoriásica (2a) y psoriasis (2b).

ramos justificada la realización rutinaria del ITB en pacientes con APs ni Ps sin antecedente de ECV ni HTA, dado los resultados en gran medida negativos. Por lo tanto, no es rentable llevar a cabo un ITB en las consultas en este grupo de pacientes.

P051. EFFICACY OF BDMARDS IN EARLY VERSUS ESTABLISHED DISEASE IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS: A META-ANALYSIS OF RANDOMIZED TRIALS

Diego Benavent¹, Victoria Navarro-Compán², Dafne Capelusnik^{3,4} and Sofia Ramiro^{5,6}

¹Rheumatology Department. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

²Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid.

³Department of Rheumatology. Tel Aviv Sourasky Medical Center. Tel Aviv. Israel.

⁴Maastricht University. Care and Public Health Research Institute (CAPHRI). Maastricht. Netherlands.

⁵Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden. Netherlands.

⁶Zuyderland Medical Center. Heerlen. Netherlands.

Introduction: A consensus definition of 'early axial spondyloarthritis (axSpA)' for the research setting was recently developed under the auspices of Assessment of SpondyloArthritis international Soci-

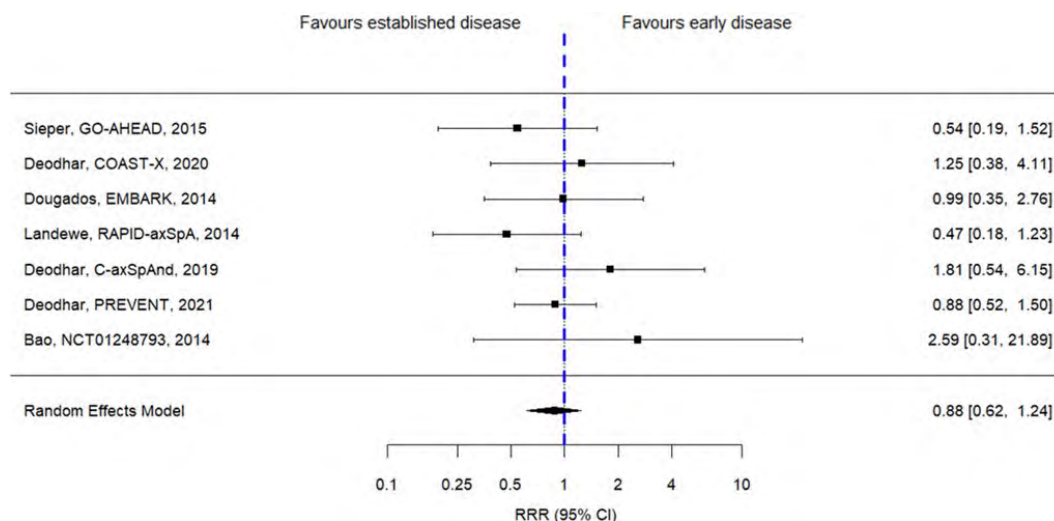
ety (ASAS)¹. The definition (axial symptoms \leq 2 years) was expert-based given the scarcity of evidence on treatment outcomes according to the different thresholds of symptom duration. We conducted a meta-analysis of all placebo-randomised controlled trials (RCTs) of approved bDMARDs and tsDMARDs in patients with axSpA, with the aim of investigating the influence of symptom duration on treatment response.

Methods: AxSpA RCTs were identified from systematic literature reviews informing the ASAS-EULAR management recommendations². Eligibility criteria were RCTs involving adult axSpA patients treated with b/tsDMARDs compared to placebo, ensuring at least 20% of patients in the early disease group according to at least one specific symptom duration threshold (1, 2, 3, 4 or 5 years), and assessing efficacy by any of the selected primary/secondary outcomes. As these stratified data are mostly not published, access to the individual RCT data was requested. Vivli, ClinicalStudyDataRequest and Engagezone data-sharing platforms were used to analyse the individual studies. Patients were categorized based on symptom duration into early or established disease, stratified in groups according to the referred thresholds, and outcomes were compared between the groups. The primary outcome was ASAS40 response, with secondary outcomes including ASAS20, ASAS 5/6, ASAS partial remission, and ASDAS out-

Outcome	Threshold Symptom Duration (Years)	Pooled RRR (95% CI)	I ²	p-value
ASAS40	2	0.88 (0.62-1.24)	0	0.52
	3	1.14 (0.75-1.75)	26.1%	0.22
	4	1.11 (0.80-1.54)	0	0.55
	5	1.08 (0.78-1.49)	0	0.29
ASAS20	2	0.96 (0.77-1.20)	0	0.64
	3	1.09 (0.83-1.44)	36.6%	0.16
	4	1.14 (0.92-1.40)	0	0.61
	5	1.15 (0.94-1.41)	0.41%	0.41
ASAS PR	2	1.10 (0.58-2.09)	0	0.96
	3	1.30 (0.67-2.54)	0	0.62
	4	1.15 (0.58-2.30)	0	0.56
	5	1.32 (0.66-2.64)	0	0.67
ASAS 5/6	2	0.87 (0.61-1.24)	0	0.73
	3	0.86 (0.47-1.58)	53.5%	0.05
	4	0.95 (0.67-1.35)	0	0.45
	5	0.93 (0.66-1.31)	0	0.91
ASDAS LDA	2	0.96 (0.67-1.37)	16.8%	0.38
	3	0.98 (0.72-1.33)	0	0.58
	4	0.96 (0.68-1.36)	0	0.37
	5	0.92 (0.66-1.29)	0	0.49
ASDAS ID	2	1.21 (0.70-2.07)	0	0.93
	3	1.13 (0.60-2.56)	0	0.69
	4	0.93 (0.43-2.02)	0	0.33
	5	0.90 (0.33-2.51)	24.5%	0.21
ASDAS CII	2	1.03 (0.76-1.39)	0	0.96
	3	0.90 (0.64-1.24)	19.2%	0.25
	4	0.83 (0.64-1.10)	0	0.52
	5	0.84 (0.64-1.11)	0	0.53
ASDAS MI	2	0.84 (0.43-1.64)	8.5%	0.48
	3	0.92 (0.49-1.72)	0	0.90
	4	0.57 (0.29-1.13)	0	0.83
	5	0.65 (0.32-1.30)	0	0.83

ASAS: Assessment of SpondyloArthritis International Society; PR: Partial Remission; LDA: Low Disease Activity; ID: Inactive Disease; CII: Clinically Important Improvement; MI: Major Improvement

P051 Figure 1. Pooled relative risk ratio of bDMARDs vs. placebo in early vs. established disease for primary and secondary outcomes.



P051 Figure 2. Relative risk ratio for ASAS40 at the timing of the primary endpoint for the bDMARD treatment vs. placebo effect in patients with axSpA with early versus established disease, defined based on the 2-Year symptom duration threshold.

comes, at the timing of the primary endpoint. For each trial, treatment effects of b/tsDMARDs vs. PBO were assessed through relative risks (RR) and RR ratios (RRR), according to the defined thresholds. A meta-analysis was conducted across all included RCTs.

Results: In total 11 RCTs fulfilled the eligibility criteria and could be included, involving 3,272 patients with axSpA; 7 of these were eligible for the analysis of the primary endpoint. Among the included studies there were 4 studies with golimumab, 2 with certolizumab and secukinumab each, and 1 with adalimumab, etanercept and ixekizumab each- no studies with tsDMARDs were included. Mean age (standard deviation) of patients was 37.9 (11.6) years and 59% were male. The table shows the pooled RRR of bDMARDs vs. PBO in early vs. established disease for different outcomes and according to different symptom thresholds. Only 1 study was eligible for the 1-year cut-off and therefore pooled outcomes could not be assessed. With the 2-year threshold, the RR for the ASAS40 at the timing of the primary endpoint (weeks 12-16) with bDMARD vs. PBO was not different in patients with early disease (RR 2.04 [1.48-2.84]) as compared with established disease (RR 2.28 [1.65-3.15]). None of the individual studies yielded a significant RRR for ASAS40 or the remaining outcomes for early versus established disease (fig.).

Conclusions: In this meta-analysis of RCTs, no significant difference has been found in the effect of bDMARDs vs. PBO in early compared to established axSpA, defined according to several thresholds of symptom duration (between 2 and 5 years). Treating patients earlier or later in the disease course translates into the achievement of comparable short-term clinical outcomes.

REFERENCES

1. Navarro-Compán V, et al. Ann Rheum Dis. 2023;ard-2023-224232.
2. Webers C, et al. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):130-41.

P052. UTILIDAD DE LOS ÍNDICES INFLAMATORIOS HEMATOLÓGICOS COMO INDICADORES DE GRAVEDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PSORIÁSICA

Sandra Farietta¹, Rosana Albertos², Patricia Corzo¹, Montserrat Ferrer³, Miriam Sidro³, Josep Riera³, Beatriz Frade¹, Juan C. Sarmiento¹, Ana Azuaga¹, Virginia Ruiz¹, Andrea Zacarías¹, Julio Ramírez¹, Eva Cantín⁴ y José A. Gómez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Escuela de Ingeniería Informática. Universidad Politécnica de Valencia.

Introducción: En los pacientes con artritis psoriásica (APs) y psoriasis (Ps), la inflamación crónica desempeña un papel fundamental en la patogénesis de la aterosclerosis, actuando de forma independiente y/o sinérgica con los factores de riesgo tradicionales y provocando un riesgo cardiovascular (RCV) sustancialmente elevado en estos pacientes en comparación con la población general. Por otro lado, se sabe que los índices inflamatorios hematológicos como el índice neutrófilos-linfocitos (NRL), el índice plaquetas-linfocitos (PLR) y el índice de inflamación inmune sistémica (SII), pueden ser marcadores valiosos en pacientes tanto con enfermedad cardiovascular (ECV)¹, como con el estado inflamatorio sistémico, relacionados con mal pronóstico².

Objetivos: Investigar el papel de los índices hematológicos en pacientes con APs y Ps, en pacientes sin enfermedad cardiovascular conocida, con el fin de aclarar si se relaciona de forma independiente con la inflamación en estos pacientes

Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con APs y Ps, excluyendo aquellos con HTA, ECV, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica. La inclusión se realizó de manera consecutiva en las consultas de Reumatología y Dermatología de un hospital terciario entre mayo de 2022 y septiembre de 2023 (CEIM STRAIN 2022). Se recopilaron variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCV). Además, se evaluaron biomarcadores inflamatorios y se calcularon índices inflamatorios como la ratio neutrófilo linfocito (NRL), la proporción de plaquetas linfocitos (PRL) y el índice de inflamación sistémica (SII) y variables de actividad de la enfermedad. Para el análisis de datos, se utilizó Python versión 3.9.13. Se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney y la matriz de correlación de Pearson para correlacionar las variables del estudio y el NRL, PRL y SII

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes con APs [(44 mujeres (58,7%) y 31 hombres (31%); edad media 53,04 ± 12,22 (rango: 23-79)]. La media del DAS28 fue 2,11 (0-5,62); DAPSA 1,43 (rango 0-28); CPDAI 1,96 (rango 0-9); BASDAI 2,41 (rango 0-9); ASDAS VSG 1,43 (0,47-4); ASDAS PCR 1,43 (0,60-3,70). 41 pacientes con Ps [(21 mujeres (51,2%) y 20 hombres (48,8%) edad media 51,92 ± 14,19 (rango: 27-75)]. La media del PASI fue 3,30 (rango 0-17,50) y del BSA 4,33% (rango 0-30). No se observan diferencias en el NRL, PRL ni el SII, en las 2 cohortes (tabla). Si se analiza las cohortes por separado en el grupo APs y Ps (figs. 1-2 a/b), las variables NRL, PLR y SII no mostraron prácticamente ninguna correlación con los biomarcadores inflamatorios, edad, duración de la enfermedad, variables de laboratorio ni variables de actividad de la enfermedad

Media de las variables NRL, PRL, SII según la población

	APs (n = 75)	Ps (n = 41)	p*
NRL			
Media ± DT	2,096 ± 1,031	2,096 ± 1,031	0,862
Mediana	1,947	1,739	
PRL			
Media ± DT	133,762 ± 49,416	128,182	0,103
Mediana	117,849 ± 49,116	107,895	
SII			
Media ± DT	504,451 ± 245,50	502,994 ± 359,446	0,103
Mediana	514,000	450,909	

Conclusiones: En nuestros pacientes con enfermedad psoriásica sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, los índices inflamatorios hematológicos no están relacionados con la actividad inflamatoria. Estos resultados sientan una base para realizar estudios comparativos con controles y con pacientes con enfermedades cardiometabólicas, para valorar el estado inflamatorio sistémico.

BIBLIOGRAFÍA

- Seo IH, Lee YJ. Usefulness of Complete Blood Count to Assess Cardiovascular and Metabolic Diseases in Clinical Settings. Biomedicine. 2022;10(11):2697.
- Yorulmaz A, et al. Systemic Immune-Inflammation Index (SII) Predicts Increased Severity in Psoriasis and Psoriatic Arthritis. Curr Health Sci J. 2020;46(4):352-7.

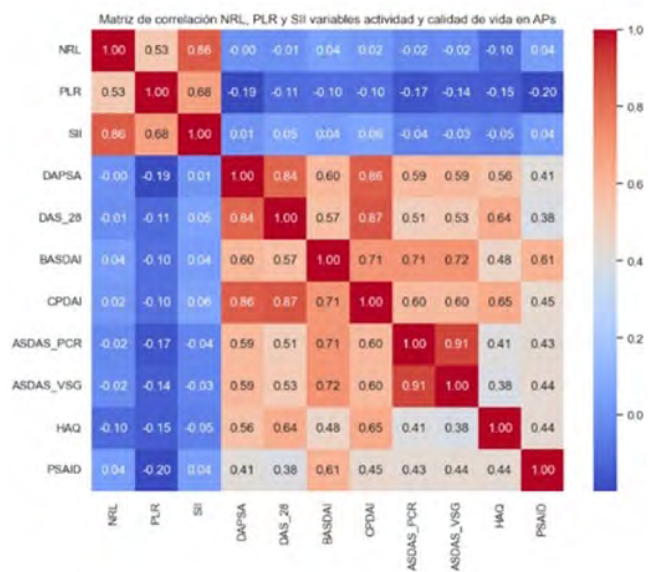


figura 1a. NRL, PRL y SII con variables actividad de la enfermedad y calidad de vida

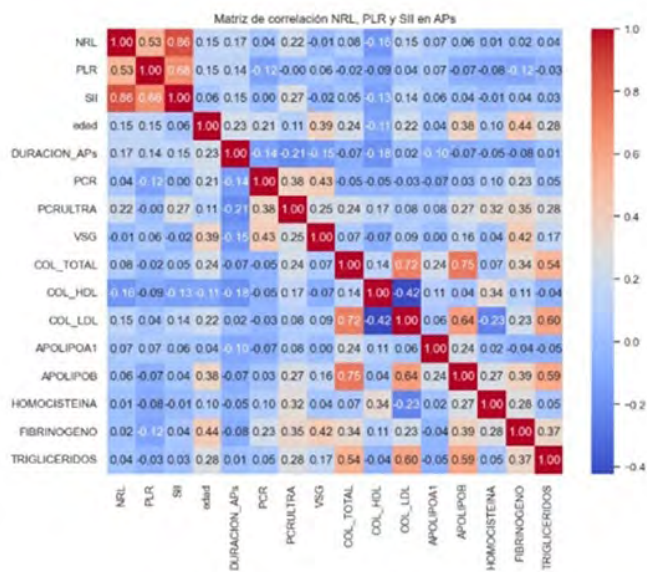


Figura 1b NRL, PRL y SII con la edad, duración, biomarcadores inflamatorios y parámetros de laboratorio.

Figura 1. Pacientes con APs: Matriz de correlación NRL, PRL y SII con las variables del estudio.

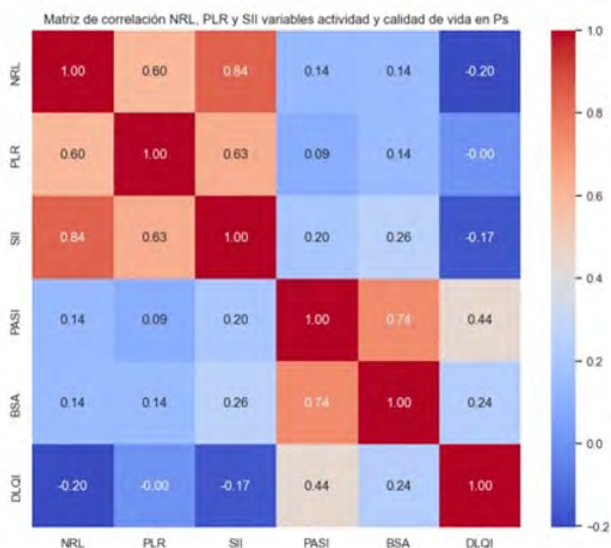


figura 2a. NRL, PRL y SII con variables actividad de la enfermedad y calidad de vida

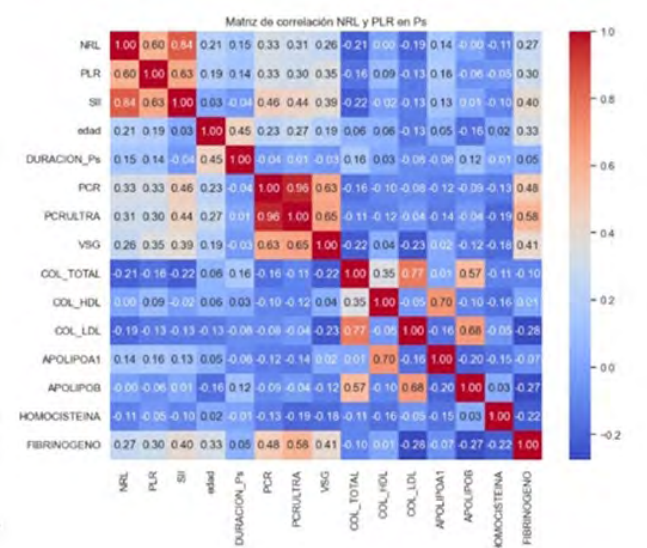


Figura 2b NRL, PRL y SII con la edad, duración, biomarcadores inflamatorios y parámetros de laboratorio.

Figura 2. Pacientes con Ps: Matriz de correlación NRL, PRL y SII con las variables del estudio.

P053. THE OMERACT GIANT CELL ARTERITIS ULTRASONOGRAPHY SCORE: A POTENTIAL PREDICTIVE OUTCOME TO ASSESS THE RISK OF RELAPSE DURING FOLLOW-UP

Juan Molina-Collada^{1,2}, Irene Monjo-Henry³,
Elisa Fernández-Fernández³, 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.

Objectives: To determine whether OMERACT giant cell arteritis (GCA) Ultrasonography (US) Score (OGUS) response after treatment is a predictive outcome for relapse.

Methods: Multicenter retrospective observational study of GCA patients referred to two US GCA fast-track clinics over 2-years. All patients underwent US evaluation at basal, 3 and 6-months. EULAR definitions for remission and relapse were checked at 3 and 6 months. Variations in OGUS scores at 0-3 months and 0-6 months were compared among patients with and without relapse during follow-up as well as those with and without remission at 6 months.

Results: A total of 76 patients were included (mean age 77.2 years, 55.3% females). Nineteen (26%) patients relapsed at 6-months follow-up, of whom 13 (17.8%) showed a minor relapse. EULAR remission at 6 months was achieved by 32 (43.8%) patients. The standardized mean difference of OGUS between baseline and 3 and 6 months was -0.25 and -0.38, respectively. OGUS significantly improved at 6 months (1.18 vs. 0.99, p = 0.004) and from 3 to 6 months (1.08 vs. 0.99, p = 0.04) in non-relapsing patients, whereas no significant changes at 3 (1.17 vs. 1.17; p = 0.736) and 6 (1.17 vs. 1.21; p = 0.343) months were observed in patients who experienced relapse (Table 1). Figure 1 depicts OGUS variations among baseline, 3- and 6-months follow up according to the achievement of EULAR remission at 6 months. The 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 Table 2. Mean 0-6-month OGUS improvement was lower in patients with relapse (-0.1 vs. 0.16, p = 0.037). Mean 0-6-month OGUS improvement was greater in patients achieving remission at 6 months (0.28 vs. -0.07, p = 0.001).

Conclusions: The absence of OGUS improvement during follow-up may predict the risk of relapse and the absence of remission at 6-months.

Table 1. Laboratory and OGUS examination at baseline and at the 3- and 6-month follow-up visits

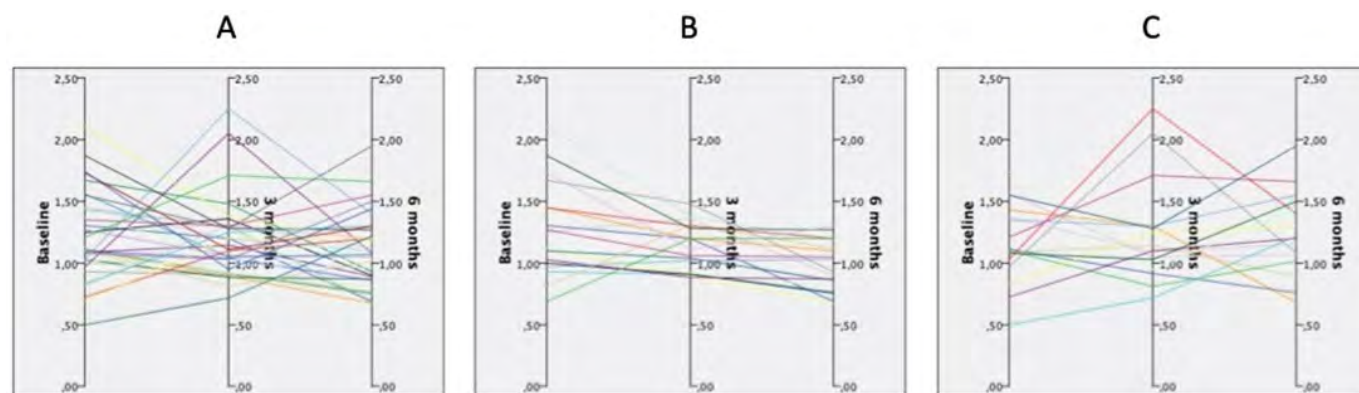
Parameter	Baseline	After 3 months	After 6 months	Baseline vs. 3 months*	Baseline vs. 6 months*	3 months vs. 6 months*
Laboratory parameters						
CRP (mg/dL), mean (SD)	33.1 (45.9)	7.6 (16.7)	5.8 (11.2)	< 0.001	< 0.001	0.241
ESR (mm/h), mean (SD)	62.2 (34.9)	17.6 (19.1)	16.1 (15)	< 0.001	< 0.001	0.532
Haemoglobin (g/dL), mean (SD)	12.1 (1.6)	14.9 (1.6)	13.4 (2.2)	0.110	< 0.001	0.370
Platelets 10 ⁹ /L, mean (SD)	335.8 (139.1)	256.1 (123.1)	248.7 (76.3)	0.353	< 0.001	0.677
OGUS parameters						
OGUS, mean (SD)	1.18 (0.32)	1.1 (0.34)	1.06 (0.27)	0.108	0.071	0.171
OGUS (non-relapsing patients n = 54), mean (SD)	1.18 (0.32)	1.08 (0.32)	0.99 (0.2)	0.125	0.004	0.004
OGUS (relapsing patients n = 19), mean (SD)	1.17 (0.36)	1.17 (0.38)	1.21 (0.36)	0.736	0.343	0.626

*t-student test, paired samples; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; US: ultrasound; OGUS: OMERACT Giant cell arteritis Ultrasonography Score; SD: standard deviation.

Table 2. Baseline, 3- and 6-months OGUS, and 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 = 76)	Relapse at 6-months follow-up (n = 19)	No relapse at 6-months follow-up (n = 54)	p	EULAR remission at 6-months (n = 32*)	No EULAR remission at 6-months (n = 41*)	p
Baseline OGUS, mean (SD)	1.18 (0.32)	1.17	1.18	0.902	1.23	1.14	0.255
3-months OGUS, mean (SD)	1.1 (0.34)	1.17	1.08	0.439	1.07	1.14	0.415
6-months OGUS, mean (SD)	1.06 (0.27)	1.21	0.99	0.01	0.98	1.13	0.061
0-3-months OGUS variations, mean (SD)	0.07 (0.48)	0.05 (0.48)	0.07 (0.50)	0.854	0.12 (0.41)	0.01 (0.57)	0.439
0-6-months OGUS variations, mean (SD)	0.08 (0.39)	-0.1 (0.38)	0.16 (0.38)	0.037	0.28 (0.32)	-0.07 (0.39)	0.001
3-6-months OGUS variations, mean (SD)	0.08 (0.34)	-0.08 (0.51)	0.15 (0.23)	0.071	0.15 (0.19)	0.01 (0.46)	0.09

SD: standard deviation; OGUS: OMERACT Giant cell arteritis Ultrasonography Score. *73 patients completed an US exam at 6 months.



Variations among baseline, 3-month and 6-month OGUS in A) all GCA patients, B) patients achieving EULAR remission at 6 months and C) not achieving EULAR remission at 6 months.

PO54. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ASOCIADOS CON DESENLACES CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Ana Belén Azuaga Piñango¹, Vicenç Torrente², Andrea Cuervo³, Mireia Moreno⁴, Lourdes Mateo⁵, Beatriz Frade¹, Andrea Zacarías¹, Noemí Busquets³, Susana Holgado⁵, Paula Estrada⁶, Delia Reina⁶, Juan José de Agustín⁷, Carme Moragues⁸, María Bonet², Sandra Farietta¹, Patricia Corzo¹, Andrés Ponce¹, Virginia Ruiz-Esquide¹, Lucía Alascio¹, Juan D. Cañete¹ y Julio Ramírez¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Alt Penedés-Garraf. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers. ⁴Servicio de Reumatología. Parc Taulí Hospital Universitari (IPT-CERCA). Sabadell. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Vall Hebron. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El hallazgo ecográfico de sinovitis proliferativa (SP) [hipertrofia sinovial (HS) > 2+Power Doppler (PD)] en pacientes con artritis reumatoide se asocia con ACPA positivo, enfermedad erosiva y cambio de tratamiento a largo plazo¹. No hay evidencia de la presencia de este patrón ecográfico en la artritis psoriásica (APs) ni de sus implicaciones clínicas.

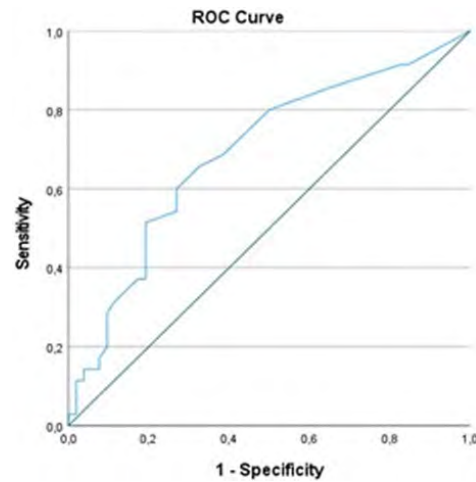
Objetivos: Caracterizar los hallazgos ecográficos e identificar la presencia del patrón ecográfico de SP y sus asociaciones con desenlaces clínicos y radiológicos en pacientes con APs.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico. Se recogieron datos clínicos y ecográficos de pacientes con APs activa de carpo y/o mano. Se excluyeron los pacientes con APs de inicio reciente (< 6 meses). La HS y PD fueron evaluadas en tendones extensores del carpo y flexores de mano, articulaciones radiocarpianas y metacarpofalángicas. La SP fue definida como HS ≥ 2+PD. Se obtuvo un score ecográfico resultado de la suma de HS y PD (0-100).

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes, el 53,4% fueron mujeres, con una edad media de 55,97 (12,93) años y duración de la enfermedad de 103,03 (107,00) meses. La media de la actividad de la enfermedad por DAPSA fue 19,90 (9,38). El 42% de los pacientes tenían dactilitis, el 13,6% entesitis, 31,8% onicopatía y el 39,8% enfermedad erosiva. Treinta y un pacientes (35,2%) tomaban fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc), 31 (35,2%) biológicos (FAMEb) y 24 (27,3%) glucocorticoides (< 5 mg/PDN). Se observó SP ecográfica en 35 (39,8%) pacientes. Entre ellos, el 64,7% presentó enfermedad erosiva, mientras que solo el 24,5% sin este patrón ecográfico mostró enfermedad erosiva ($p < 0,001$). En el análisis multivariable, ajustado por edad, sexo, tratamiento y duración de la enfermedad, solo la enfermedad erosiva se asoció independientemente con la SP (OR 6,01 [2,15-16,73], $p < 0,001$). Catorce (15,9%) pacientes tenían solo afectación tendinosa sin sinovitis articular y 25 (28,4%) pacientes tienen paratendonitis, pero ninguno de estos hallazgos se asoció con variables clínicas ni con las erosiones óseas. La media del Score ecográfico fue 10,84 (12,91). Los pacientes con enfermedad erosiva y aquellos con patrón SP tuvieron un score ecográfico mayor (14,40 [15,56], $p 0,039$ y 16,77 [18,15], $p < 0,001$; respectivamente). Los pacientes con FAMEb tenían una puntuación ecográfica total más alta (14,55 [16,02], $p 0,046$). El score ecográfico se correlacionó significativamente con DAPSA ($r = 0,403$, $p < 0,001$), PCR ($r = 0,330$, $p 0,002$), VSG ($r = 0,283$, $p 0,011$), escala de dolor ($r = 0,246$, $p 0,021$), VGP ($r = 0,28$, $p 0,015$) y VGM ($r = 0,296$, $p 0,005$). La curva ROC de la puntuación total ecográfica resultó en un AUC de 0,691 y el punto de corte de 6,5 mostró una sensibilidad del 68,6% y especificidad del 61% para discriminar enfermedad erosiva (fig.).

Conclusiones: El patrón ecográfico de sinovitis proliferativa se asocia significativamente con enfermedad erosiva en pacientes con APs, independientemente de la actividad de la enfermedad, confirmando los

hallazgos previos en AR. El Score ecográfico se asoció con desenlaces clínicos y radiológicos, como enfermedad erosiva, uso de FAMEb, valoración del dolor del paciente e índices de actividad de la enfermedad.



Curva ROC para la predicción de enfermedad erosiva basado en la puntuación total ecográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez J, Azuaga-Piñango AB, et al. Proliferative synovitis, an ultrasound pattern associated with ACPA-positive patients and erosive disease in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2022;40(5):960-66.

PO55. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN LA VALORACIÓN DE EPID EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ESCLEROSIS SISTÉMICA

Jesús Loarce Martos¹, Javier Arechavala Hita¹, Ana García de Vicente², Juan Rigual³, Carlos de la Puente Bujidos¹, Javier Bachiller-Corral¹ y Mónica Vázquez Díaz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una de las complicaciones más graves en la esclerosis sistémica (SSc) y la artritis reumatoide (AR). Si bien el TC es considerado el *gold-standard* para el diagnóstico, en los últimos años la ecografía pulmonar ha surgido como técnica diagnóstica en la valoración de EPID, con posible utilidad en el proceso de cribado o diagnóstico precoz. El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad de la ecografía pulmonar en la valoración de EPID en pacientes con AR y SSc.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, unicéntrico, en pacientes con AR y SSc que tuviesen indicación de realizar TC de tórax como técnica de cribado, diagnóstico o seguimiento de EPID. Se realizó el mismo día un TC con protocolo de EPID y una ecografía pulmonar. Se realizaron 2 ecografías pulmonares realizada con sonda lineal de 6-10 mHz, en la primera se realizó el conteo de líneas B en los 14 espacios definidos por Gutiérrez et al y en la segunda se valoraron los espacios pleurales patológicos de acuerdo a los criterios de Fairchild et al. Además, se midió el grosor pleural máximo en los espacios subescapulares. Se realizaron pruebas funcionales respiratorias (PFR) en los 2 meses adyacentes a la realización del TC.

Resultados: Se reclutaron 80 pacientes, 49 pacientes con AR y 31 con SSc (tabla 1). El tiempo medio para realizar la ecografía pulmonar para el score de líneas B fue de 09:15 minutos, y para el score de pleura de 07:45 minutos. Hubo una correlación significativa entre la presencia de EPID con el score de líneas B ($p < 0,001$), así como con el score de pleura ($p < 0,001$). También hubo una correlación significativa entre el grosor pleural en bases (media de ambas bases) y la pre-

sencia de EPID (2,41 mm vs. 0,91 mm, $p < 0,001$). Hubo una correlación moderada entre el conteo de líneas B con la CVF (-0,42, $p < 0,001$) y también con la DLCO (-0,49, $p < 0,001$). El score de pleura tuvo una correlación baja con la CVF (-0,27, $p = 0,016$) y moderada con la DLCO (-0,43, $p < 0,001$). Por último, se encontró una correlación moderada entre la disnea medida por mMRC y el score de líneas B (0,465, $p < 0,001$), así como con el score de pleura (0,427, $p < 0,001$). El AUC del score líneas B fue de 0,926 (fig.). El punto de corte óptimo para diagnóstico de EPID fue > 10 líneas B, con una sensibilidad de 0,81 y una especificidad de 0,89. El AUC para las alteraciones pleurales fue de 0,933 (fig.). El punto de corte óptimo fue > 2 espacios pleurales patológicos, con una sensibilidad de 0,91 y una especificidad de 0,81. Si se incluyen únicamente los 47 pacientes (58,8%) en los que no se conocía EPID previa (primera prueba diagnóstica), los AUC fueron algo menores (0,86 para líneas B y 0,87 para alteraciones pleurales). Similar a otros estudios, hubo una asociación significativa entre la presencia de panal en el TC de tórax y el grosor pleural máximo medido por ecografía, siendo estadísticamente significativa en la base derecha (4,29 vs. 1,64 mm, $p < 0,001$), aunque no llegó a la significación estadística en la base izquierda (3,27 vs. 1,54 mm, $p = 0,16$). Los falsos positivos por ecografía fueron revisados, encontrándose alteraciones en los TC que justificaron los hallazgos en todos los casos (tabla 2).

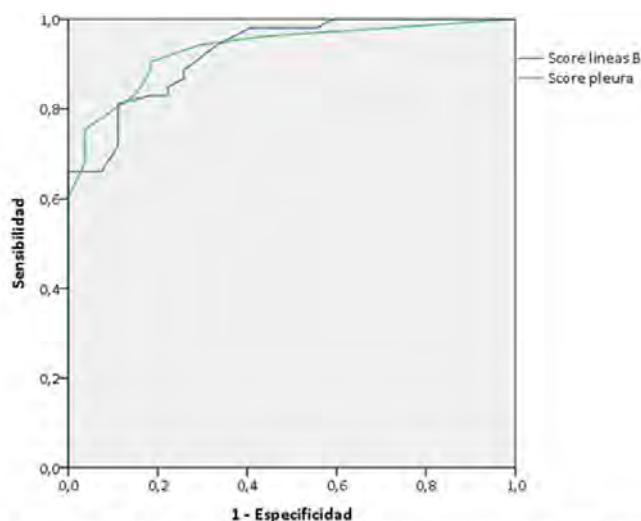


Figura 1. Curva ROC del score de líneas B y pleura en comparación con TC de tórax para el diagnóstico de EPID.

Tabla 1. Características basales

Variable	AR (n = 49)	SSc (n = 31)	Global (n = 80)
Edad (media ± DE)	68,8 (± 9,4)	59,7 (± 12,8)	65,3 (± 11,7)
Sexo (mujer)	33 (67,3%)	28 (90,3%)	61 (76,3%)
Tabaquismo			
No fumador	11 (22,9%)	24 (80%)	34 (43,6%)
Exfumador	23 (47,9%)	5 (16,7%)	29 (37,2%)
Activo	14 (29,2%)	1 (3,3%)	15 (19,2%)
Primer TC	30 (61,2%)	17 (54,8%)	47 (58,8%)
Disnea/tos	18 (36,7%)	14 (45,2%)	32 (40%)
Crepitantes	19 (28,8%)	16 (51,6%)	35 (43,7%)
FR+	44 (89,8%)	0	
CCP+	47 (95,9%)	0	
ANA+	13 (26,5%)	30 (96,8%)	
Anticentrómero	0	3 (10,3%)	
Anti-Sc170	0	12 (38,7%)	
Anti-Ro52	0	9 (29%)	
Otros anticuerpos	0	2 (6,4%)	
		1 anti-PMScl, 1 anti-U1RNP	
EPID en TC	32 (65,3%)	21 (67,7%)	53 (66,3%)
CVF %	85 (± 28,9)	83 (± 19,8)	84,4 (± 25,6)
DLCO %	70,7 (± 36%)	67,8 (± 25,9)	69,6 (± 32,3)

AR: artritis reumatoide; SSc: esclerosis sistémica; DE: desviación estándar; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; CVF: capacidad vital forzada; DLCO: difusión de CO.

Tabla 2. Falsos positivos por ecografía (líneas B o pleura) y hallazgos en TC

Casos discordantes	Líneas B	Pleura	Hallazgos TC
Varón, 58 años, AR Exfumador	2/140	5/14	Enfisema centroacinar y paraseptal Atelectasias
Mujer, 82 años, AR No fumadora	9/140	2/14	Atelectasias laminares en el lóbulo medio y llingula Nódulos milimétricos
Mujer, 65 años, AR Fumadora activa	6/140	4/14	Enfisema centroacinar y paraseptal Nódulo pulmonar y consolidación adyacente (nódulo reumatoide)
Varón, 79 años, AR Exfumador	15/140	7/14	Enfisema centroacinar Atelectasia lóbulo inferior izquierdo Vidrio deslustrado en lóbulo inferior izquierdo y llingula, engrosamiento pleural (probable relación con infección previa)
Varón, 63 años, AR Fumador activo	16/140	5/14	Enfisema centroacinar y paraseptal Engrosamiento pleural apical (posible secuela tuberculosis)
Mujer, 75 años, SSc Exfumadora	17/140	5/14	Enfisema centroacinar Atelectasia completa lóbulo superior izquierdo y subsegmentaria lóbulo superior derecho, con pérdida de volumen Bronquiectasias no relacionadas con EPID

AR: artritis reumatoide; SSc: esclerosis sistémica; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Conclusiones: La ecografía parece una técnica útil en el diagnóstico de EPID en AR y SSc. La valoración de la pleura requiere menos tiempo y parece tener una rentabilidad diagnóstica algo mayor en comparación al conteo de líneas B.

P056. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON PARATENDONITIS DE LOS EXTENSORES POR ECOGRAFÍA: ESTUDIO TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO

Lucía Alascio¹, Vicenç Torrente-Segarra², Andrea Cuervo³, Mireia Moreno⁴, Ana Belén Azuaga¹, Lourdes Mateo⁵, Beatriz Frade¹, Andrea Zacarías¹, Noemí Busquets³, Susana Holgado⁵, Paula Estrada⁶, Delia Reina⁶, Juan José de Agustín⁷, Carme Moragues⁸, María Bonet², Sandra Farietta¹, Patricia Corzo¹, Andrés Ponce¹, Virginia Ruiz-Esquide¹, Juan D. Cañete¹ y Julio Ramírez¹

¹Unidad de Artritis. Departamento de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Departamento de Reumatología. Hospital Comarcal Alt Penedès-Garraf. ³Departamento de Reumatología. Hospital de Granollers. ⁴Departamento de Reumatología. Parc Taulí Hospital Universitari (I3PT-CERCA). Sabadell. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La paratendonitis de los extensores (PTE), desde el punto de vista ecográfico, se caracteriza por un engrosamiento hipoecoico que rodea a los tendones extensores de los dedos, con o sin señal Power Doppler (PD). Estudios previos han señalado su papel en el diagnóstico diferencial entre artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APS). Además, se ha asociado la PTE con la presencia de erosiones y entesitis activa en pacientes con APs 1.

Objetivos: Describir las características clínicas y radiográficas de los pacientes con artritis activa de manos que presentan PTE mediante ecografía.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y ecográficas de pacientes con artritis crónica que presentarían inflamación activa en articulaciones de manos en la exploración física. Las artropatías microcristalinas y artritis de reciente inicio (< 6 meses) fueron excluidas. Se evaluó la

presencia de Hipertrofia Sinovial (HS) y señal PD en ambos carpos, metacarpofalángicas, tendones extensores del carpo y flexores de las manos, así como la presencia de PTE, definida como un engrosamiento hipoecoico que rodea a los tendones extensores de los dedos, con o sin señal PD (fig.). Este estudio fue aprobado por el comité ético (HCB/2022/0212).

Resultados: Se reclutaron 223 pacientes con artritis activa de manos procedentes de 8 centros del área de Barcelona. Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. El 65,9% eran mujeres, con una edad media de 58,1 años (DE \pm 14,5) y una duración media de la enfermedad de 113 meses (DE \pm 134,9). Un 17,9% de los pacientes (n = 40) presentaban PTE por ecografía. Del total de la población con PTE, el 62,5% tenían diagnóstico de APs (n = 25), un 12,5% correspondían a AR seropositiva (n = 5) y un 10% a AR seronegativa (n = 4). Los seis pacientes restantes tenían diversos diagnósticos, como artritis indiferenciada (n = 3; 7,5%), artritis de inicio tardío (n = 1; 2,5%), enfermedad mixta del tejido conectivo (n = 1; 2,5%), y espondiloartritis periférica (n = 1; 2,5%). Veintiocho pacientes (32,5%) con PTE presentaban onicopatía, y 5 pacientes (12,5%) tenían entesitis. En cuanto al tratamiento, 12 pacientes (30%) recibían tratamiento con glucocorticoides, 19 (47,5%) estaban bajo tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEs), y 16 (40%) con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb). De los 223 pacientes de la cohorte total, 10 (4,9%) presentaban anquilosis radiográfica de alguna articulación de las manos, todos ellos diagnosticados de APs. Ocho de estos pacientes (80%) también tenían PTE (p = 0,001). Así mismo, de los 43 pacientes con dactilitis, 17 (39,5%) presentaban PTE, mientras que este hallazgo ecográfico solo se encontró en el 13,5% de los pacientes sin dactilitis (p = 0,001).

Características clínicas y demográficas

Diagnóstico	Total	Sin PTE	Con PTE	p
n (pacientes), %	223 (100)	183 (82)	40 (18)	-
Mujeres, n (%)	147 (65,9)	119 (84,4)	22 (15,6)	0,086
Edad (años), media (\pm DE)	58,1 (14,5)	58,5 (14,8)	57,7 (13,1)	0,768
Duración enfermedad (meses), media (\pm DE)	113 (139,9)	114 (140,9)	114,7 (105,4)	0,977
Glucocorticoides, n (%)	96 (43)	78 (86,7)	12 (13,3)	0,064
FAMEs, n (%)	94 (42,2)	70 (78,7)	19 (21,3)	0,244
FAMEb, n (%)	83 (37,2)	63 (79,7)	16 (20,3)	0,382
NAD, media (\pm DE)	4,9 (4,8)	4,6 (4,5)	5 (4,8)	0,656
NAI, media (\pm DE)	3,9 (3,6)	3,9 (3,6)	4,2 (3,8)	0,307
PCR (mg/dl), media (\pm DE)	2,4 (5,2)	2,8 (5,8)	1,1 (1)	0,001
Enfermedad erosiva, n (%)	104 (47,1)	84 (84,8)	15 (15,2)	0,138
SDAI, media (\pm DE)	27,9 (25,1)	28,2 (26,4)	25 (20,5)	0,478
DAPSA, media (\pm DE)	19,9 (9,3)	21,9 (11,4)	20,1 (10)	0,345
Sinovitis proliferativa, n (%)	114 (51,04)	96 (89,7)	11 (10,3)	0,001
Compromiso de tendón, n (%)	102 (46,2)	80 (82,5)	17 (17,5)	0,464
Anquilosis radiográfica en dedos, n (%)	10 (4,9)	2 (20)	8 (80)	0,0001
US Score (0-100), media (\pm DE)	13,9 (13,2)	12,8 (11,7)	12,4 (9,1)	0,847
Entesitis clínica, n (%)	13 (6,1)	8 (61,5)	5 (38,5)	0,072
Dactilitis, n (%)	43 (19,6)	26 (59,5)	17 (40,5)	0,001

DE: desvío estándar; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAI: número de articulaciones inflamadas; SDAI: Simplified Disease Activity Index; DAPSA: Disease Activity in Psoriatic Arthritis; FAMEs: fármacos modificadores de la enfermedad convencionales; FAMEb: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos.

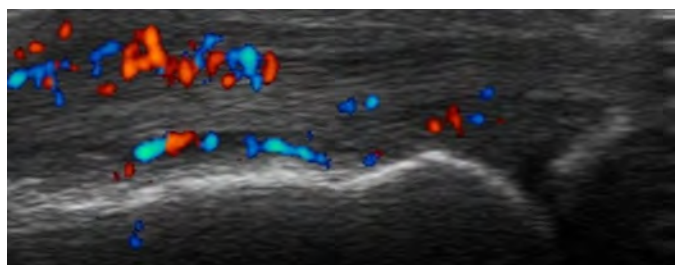


Imagen ecográfica que muestra una paratendonitis del extensor del dedo a la altura de la articulación metacarpofalángica.

Conclusiones: La PTE no es un hallazgo exclusivo de los pacientes con APs, y puede manifestarse en otras patologías crónicas inflamatorias de manos. Estos pacientes presentaban con mayor frecuencia dactilitis en la exploración física y anquilosis radiográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macía-Villar C. Clinical and Experimental Rheumatology. 2018;36:896-9.

P057. CAPI-DETECT: INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL RECONOCIMIENTO DE PATRONES EN CAPILAROSCOPIA

B.C. Gracia Tello^{1,2}, L. Sáez Comet³, G. Lledó⁴, M. Freire Dapena⁵, M.A. Mesa⁶, M. Martín-Cascón⁷, A. Guillén del Castillo⁸, E. Martínez Robles⁹, C.P. Simeón-Aznar⁸, C. Udaondo¹⁰, D.C. Varela¹¹, G. Maldonado Vélez¹², A. Marín Ballvé^{1,2} y E. Ramos Ibáñez¹³

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza. ³Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Department of Autoimmune Diseases. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ⁵Thrombosis and Vasculitis Unit. Complejo Hospitalario Universitario of Vigo. ⁶Sección de Reumatología. Clínica El Rosario. Medellín. Antioquia. ⁷Internal Medicine. Hospital General Universitario José M. Morales Meseguer. Murcia. ⁸Autoimmune Unit. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁹Department of Internal Medicine. Hospital General Universitario La Paz. Madrid. ¹⁰Reumatología Pediátrica. Hospital General Universitario La Paz. Madrid. ¹¹Rheumatology Department. Hospital General Luz Castro de Gutiérrez. Medellín. ¹²Rheumatology Department. Vanderbilt University Medical Center. Nashville. EE. UU. ¹³Software Engineer. University of Zaragoza.

Introducción: La capilaroscopia es un examen no invasivo, de bajo coste y ampliamente establecido que puede utilizarse para diagnosticar diversas enfermedades reumáticas autoinmunes y apoyar el seguimiento necesario de los pacientes. A pesar de su utilidad clínica, la subjetividad en su interpretación representa un desafío importante. Recientemente, la inteligencia artificial (IA) ha desempeñado un papel crucial en mejorar la objetividad y eficiencia de la capilaroscopia. CAPI-DETECT es un algoritmo que permite la detección objetiva de patrones capilaroscópicos evaluando capilaroscopias de forma exhaustiva e inmediata, utilizando métricas cuantitativas automáticas obtenidas al analizar las imágenes con inteligencia artificial (IA). **Métodos:** Se analizaron 1.750 capilaroscopias examinadas por al menos 3 capilaroscopistas expertos. Aquellas cuyo patrón fue consensuado (\geq 2 de 3 interobservadores) fueron seleccionadas para valoración por parte del sistema. Se analizaron las imágenes de forma automatizada mediante el software Capillary.io, que permitió el análisis cuantitativo mediante la medición y clasificación de capilares y microhemorragias. Utilizando estos datos, se desarrolló un modelo de predicción de patrones basado en machine learning, compuesto por 24 métricas cuantitativas.

Resultados: Se analizaron un total de 1750 capilaroscopias con una media de 28 imágenes y 50 mm analizados por capilaroscopia. En el total de capilaroscopias analizadas hubo consenso (acuerdo de al menos 2/3 de los expertos) en el 87,8% de los casos. El modelo entrenado con estos datos consiguió una exactitud del 93,2% en la diferenciación entre patrón esclerodermiforme y no esclerodermiforme, 90,2% en la diferenciación de los distintos patrones de Cutolo y del 88,5% en la discriminación entre patrón normal e inespecífico.

Conclusiones: CAPI-DETECT es un algoritmo automático, objetivo y de fácil aplicación, capaz de determinar con alta precisión el patrón de cualquier capilaroscopia. Este sistema integra automáticamente hasta 24 métricas cuantitativas, lo que lo convierte en una herramienta muy útil para estandarizar y mejorar la interpretación de imágenes capilaroscópicas de forma exhaustiva, rápida y eliminando la subjetividad.

P058. EXPERIENCIA EN 134 PACIENTES CON AORTITIS Y PERIAORTITIS EN UN CENTRO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO: EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO

Carmen Secada Gómez, Javier Loricera, Adrián Martín-Gutiérrez, Fernando López-Gutiérrez y Ricardo Blanco

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

Introducción: Las aortitis y periaortitis incluyen un grupo heterogéneo de entidades que pueden ser idiopáticas o secundarias a procesos infecciosos y no infecciosos. El tratamiento será diferente dependiendo de la causa subyacente.

Objetivos: Nuestro objetivo fue identificar el tratamiento y la respuesta al mismo en una serie de pacientes con aortitis o periaortitis de un hospital universitario.

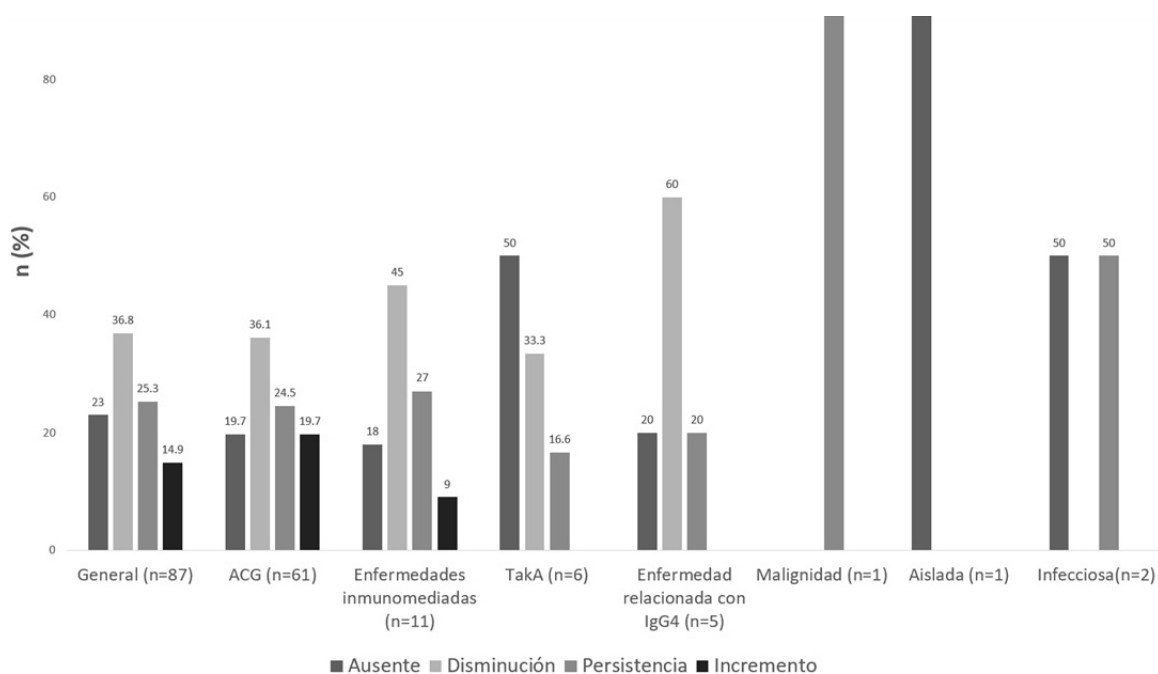
Métodos: Estudio observacional de pacientes con aortitis o periaortitis de un centro hospitalario de referencia en España. Evolución:

remisión clínica (ausencia de clínica), remisión completa (ausencia de clínica y normalización analítica) y ausencia de inflamación sistémica (remisión completa y remisión por imagen) (1). La seguridad fue también evaluada.

Resultados: Se incluyeron 134 pacientes (87 mujeres/47 hombres) (edad media: 55,1 ± 9,1 años) con aortitis (n = 132) o periaortitis (n = 2) relacionadas con diferentes enfermedades. Los tratamientos recibidos fueron los siguientes: glucocorticoides (n = 127; 94,8%), inmunosupresores sintéticos (n = 53; 39,5%), terapia biológica (n = 45; 33,5%), antibióticos (n = 2; 1,5%) y cirugía (n = 5; 3,7%). Los efectos adversos registrados fueron: dolor abdominal (n = 6, 4,5%), vómitos (n = 3, 2,2%), ansiedad (n = 3, 2,2%), diarrea (n = 2, 1,5%), temblor (n = 1, 0,7%), aumento del apetito (n = 1, 0,7%), pirosis (n = 1, 0,7%), astenia (n = 1, 0,7%) y disnea (n = 1, 0,7%). Tras un tiempo de seguimiento de 39,2 ± 26,7 meses, 19 pacientes (14,2%) experimentaron remisión clínica, 64 (47,8%) remisión completa y 16 (11,9%) ausencia de inflamación sistémica (tabla). Al diagnóstico, el ¹⁸F-FDG

	General	ACG	TakA	Enfermedades inmunomediadas	Enfermedad Relacionada con IgG4	Malignidad	Fármacos	Aislada	Infecciosa	Fibrosis retroperitoneal idiopática
Pacientes (n)	134	102	6	12	6	1	1	1	3	2
Sexo (femenino/masculino)	87F/47M	65F/37M	6F	10F/2M	3/3M	1M	1F	1M	3M	2F
Edad (media ± desv.est)	55.1±9.1	67.9±9.9	41.8±14.1	61.3±16	55.3±11.1	62	48	46	49.7±17	63.5±3.5
Tratamientos, n (%)										
-Glucocorticoides	127(94.8)	100 (98)	5 (83.3)	10 (83.3)	5 (83.3)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	2 (66.6)	2 (100)
-Inmunosupresores sintéticos	53 (39.5)	35 (34.3)	3 (50)	10 (83.3)	3 (50)	-	-	-	1 (33.3)	1 (50)
-Terapia biológica	45 (33.6)	31(30.3)	3 (50)	7 (58.3)	4 (66.6)	-	-	-	-	-
-Antibióticos	2 (1.5)	-	-	-	-	-	-	-	2 (66.6)	-
-Cirugía	5 (3.7)	3 (2.9)	1 (16.6)	1 (8.3)	-	-	-	-	-	-
Seguimiento (meses) media ± desv.est	39.2±26.7	58.8±58.17	75.2±37.5	63.1±63.47	49.8±32.8	6	14	9	57±66.5	19.5±12
Evolución, n (%)										
-Remisión clínica	19 (14.2)	15 (14.7)	-	1 (8.3)	2 (33.3)	-	-	-	1 (33.3)	-
-Remisión completa	64 (47.8)	53 (52)	2 (33.3)	5 (41.6)	2 (33.3)	1 (100)	-	-	1(33.3)	1 (50)
-Ausencia de inflamación sistémica	16 (11.9)	8 (7.8)	2 (33.3)	4 (33.3)	1 (16.6)	-	-	1 (100)	-	-

Tratamientos y evolución de 134 pacientes con aortitis o periaortitis de un centro hospitalario universitario.



PET/TAC fue positivo en todos los pacientes, durante el seguimiento el PET/TAC fue realizado a 87 pacientes (65%). El tiempo medio entre el PET/TAC basal y el PET/TAC de seguimiento fue de 18,1 ± 15,1 meses, observándose los siguientes cambios en la captación aórtica de ¹⁸F-FDG: ausente (n = 20, 23%), disminución (n = 32, 36,8%), persistencia (n = 22, 25,3%) e incremento (n = 13, 14,9%) (fig.).

Conclusiones: La aortitis y la periaortitis son entidades que requieren un tratamiento temprano. Los glucocorticoides son la primera línea de tratamiento en pacientes con aortitis no infecciosas o periaortitis. El PET/TAC es una técnica de imagen útil para evaluar la actividad y la respuesta a los diferentes tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dejaco C, et al. Ann Rheum Dis. 2018.

P059. DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ARTRITIS REUMATOIDE: PAPEL DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA

Cristina Corrales-Selaya¹, Sabela Fernández², Isla Morante-Bolado³, Monserrat Santos-Gómez³, Sara Alonso-Castro⁴, Virginia Portilla⁵, Javier Rueda-Gotor³ y Alfonso Corrales¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁵Enfermería-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: El diagnóstico precoz de la artritis reumatoide (AR) es esencial para establecer un tratamiento que mejore el pronóstico a largo plazo. La ecografía musculoesquelética (ME) es capaz de detectar sinovitis subclínica y erosiones de forma precoz. Los recuentos articulares ecográficos reducidos permiten la evaluación global de la sinovitis y las erosiones articulares.

Objetivos: Evaluar la capacidad diagnóstica del recuento articular ecográfico reducido en pacientes con sospecha clínica de AR.

Métodos: Estudio transversal descriptivo de 203 pacientes con sospecha de AR, pero que no cumplían los Criterios de Clasificación de AR EULAR/ACR 2010. Los pacientes fueron clasificados en 6 grupos diferentes: a) mono oligoartritis seropositiva (SP) (FR y/o ACPA posi-

tivos), b) artralgiyas inflamatorias SP, c) artralgiyas inespecíficas SP, d) artritis seronegativa (SN) (FR y ACPA negativos), e) artralgiyas inflamatorias SN y f) artralgiyas inespecíficas SN. Se realizó un recuento ecográfico reducido para evaluar la sinovitis de 20 articulaciones (muñecas, 1^a-5^a metacarpofalángica (MCP) y 2^a-5^a metatarsofalángica (MTF) de forma bilateral) y un recuento ecográfico simplificado de erosiones de 10 articulaciones (muñecas, 2^a y 5^a MCP, 2^a interfalángica proximal de la mano y 5^a MTF bilaterales). La hipertrofia sinovial (HS) en modo B y la señal *Power Doppler* (PD) sinovial se puntuaron de 0 a 3 en cada articulación de las manos, mientras que en las articulaciones MTFs solo se puntuó la señal PD. Solo las puntuaciones ≥ 1 tanto en el modo B como en el PD se consideraron sinovitis. El diagnóstico definitivo se basó en el número de articulaciones inflamadas detectadas mediante exploración física y en las nuevas articulaciones en las que se identificó sinovitis en la ecografía.

Resultados: Se incluyeron 203 pacientes, el 80% eran mujeres y la edad media era de 54 ± 13 años. Las principales características basales se muestran en la tabla. Ochenta y cinco pacientes (42%) fueron diagnosticados de AR (tabla). Los grupos con mayor porcentaje de diagnóstico fueron: artritis SP (94%), artralgiyas inflamatorias SP (77%), artritis SN (40,3%) y artralgiyas inflamatorias SN (29%). Solo el 15% y el 6% de los pacientes con artralgiyas inflamatorias SN y artralgiyas inespecíficas SN respectivamente, alcanzaron el diagnóstico de AR. Se diagnosticó artritis indiferenciada (AI) en 57 pacientes (28%), ya que no cumplían los criterios de clasificación. La mayoría de los pacientes de este grupo (55/57; 96%) procedían de grupos de pacientes SN, principalmente artritis SN (31) y artralgiyas inflamatorias SN (21). Ningún paciente tenía erosiones radiológicas, sin embargo, se encontraron erosiones en 36 (18%) pacientes mediante ecografía. Esto es importante ya puede ayudar al diagnóstico precoz y es un factor de mal pronóstico. El 94% de las artritis SP alcanzaron el diagnóstico final de AR, permaneciendo el diagnóstico de AI en 1/16. Por el contrario, en el grupo de artritis SN, solo se alcanzó el diagnóstico de AR en el 40%, permaneciendo el 46% (31/67) en el grupo de AI. Este hecho pone de manifiesto la dificultad para alcanzar el diagnóstico definitivo de AR en pacientes SN.

Conclusiones: El recuento articular ecográfico reducido es un método eficaz que ayuda a establecer un diagnóstico precoz de la AR y puede contribuir a mejorar el pronóstico. El grado de eficacia depende de la situación clínica previa al estudio ecográfico.

	FR y/o APCC POSITIVO				FR y APCC NEGATIVO		
	General n=203 (100%)	Artritis n=16 (7,9%)	Artralgiyas Inflamatorias n=39 (19,2%)	Artralgiyas Inespecíficas n=17 (8,4%)	Mono/Oligo/ Poliartritis n=67 (33%)	Poliartritis Inflamatorias n=46 (22,7%)	Poliartritis Inespecíficas n=18 (8,9%)
Mujer, (n, %)	162 (79.8)	10 (62.5)	32 (82.1)	14 (82.4)	48 (71.6)	43 (93.5)	15 (83.3)
Edad, años (media ± ds)	54 ± 13	58.9 ± 10.2	55 ± 12	54 ± 14.3	55.6 ± 13.3	49.6 ± 12.0	51.6 ± 10.4
Tiempo de Evolución (meses), mediana [RIC]	12 [6-24]	12 [8-24]	6 [12-26]	10 [6-25]	8 [4-24]	12 [6-24]	12 [11-42]
FR +, (n, %)	46 (22.7)	12 (75.0)	26 (66.7)	8 (47.1)	0	0	0
ACPA +, (n, %)	51 (25.1)	13 (81.3)	27 (69.2)	11 (64.7)	0	0	0
VSG elevada, (n, %)	73 (36.0)	6 (37.5)	14 (35.9)	3 (17.6)	31 (46.3)	15 (32.6)	4 (22.2)
PCR elevada, (n, %)	108 (53.2)	13 (81.3)	18 (46.2)	7 (41.2)	42 (62.7)	21 (45.7)	7 (38.9)
Rigidez Matutina Sí, (n, %)	47 (23.2)	0	9 (23.1)	3 (17.6)	20 (29.9)	14 (30.4)	1 (5.6)
Erosiones Radiológicas, (n %)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
DIAGNÓSTICO TRAS ECOGRAFIA							
AR, (n %)	85 (41.9)	15 (93.8)	30 (76.9)	5 (29.4)	27 (40.3)	7 (15.2)	1 (5.6)
AR seropositiva, (n %)	50 (24.6)	15 (93.8)	30 (76.9)	5 (29.4)	-	-	-
AR seronegativa, (n %)	35 (17.2)	-	-	-	27 (40.3)	7 (15.2)	1 (5.6)
Artritis Indiferenciada, (n %)	57 (28.1)	1 (6.2)	0 (0)	1 (5.9)	31 (46.3)	21 (45.7)	3 (16.7)
Artritis Indiferenciada Seropositiva, (n %)	2 (1)	1 (6.2)	0 (0)	1 (5.9)	-	-	-
Artritis Indiferenciada seronegativa, (n %)	55 (27.1)	-	-	-	31 (46.3)	21 (45.7)	3 (16.7)
Otros diagnósticos, (n %)	61 (30.0)	0 (0)	9 (23.1)	11 (64.7)	9 (13.4)	18 (39.1)	14 (77.8)
EROSIONES Ecográficas, (n %)	36 (17.7)	3 (18.8)	6 (15.4)	1 (5.9)	20 (29.9)	6 (13.0)	0 (0)

P059 Figura. Características demográficas, clínicas, pruebas de laboratorio y diagnóstico ecográfico final de 203 pacientes.

P060. TOCILIZUMAB EN MONOTERAPIA VS. COMBINACIÓN EN AORTITIS ASOCIADA CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO ABIERTO DE 196 PACIENTES

Adrián Martín Gutiérrez¹, Javier Loricera¹, Carmen Secada-Gómez¹, Javier Narváez², Olga Maiz³, Íñigo Hernández⁴, Susana Romero-Yuste⁵, Eugenio de Miguel⁶, Eva Galíndez-Agirregoikoa⁷, Iván Ferraz-Amaro⁸, Julio Sánchez-Martín¹, Patricia Moya⁹, Cristina Campos¹⁰, Fernando López-Gutiérrez¹, Santos Castañeda¹¹ y Ricardo Blanco¹, en nombre del Grupo Colaborador Español de Tocilizumab en la Arteritis de Células Gigantes

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo de Inmunopatología. Santander.

²Departamento de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Donosti. San Sebastián.

⁴Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

⁵Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto.

Bilbao. ⁸Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

⁹Departamento de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

¹¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Cátedra UAM-Roche. EPID-Future. UAM. Madrid.

Introducción: La aortitis relacionada con la arteritis de células gigantes (ACG-aortitis) es una complicación frecuente y potencialmente grave. Tocilizumab (TCZ) ha sido aprobado en ACG, pero la efectividad en ACG-aortitis no ha sido aún estudiada específicamente en ensayos clínicos aleatorizados.

Objetivos: Comprobar la efectividad y la seguridad del TCZ en monoterapia comparado con TCZ en combinación en una serie de ACG-aortitis.

Métodos: Un estudio multicéntrico observacional de ACG-aortitis tratadas con TCZ. ACG fue diagnosticada por: a) criterios ACR, b) biopsia de la arteria temporal, y/o c) técnicas de imagen. Aortitis fue diagnosticada principalmente por PET/TAC. Los principales objetivos fueron la remisión EULAR y por imagen. La remisión EULAR se describió como la ausencia de síntomas clínicos e inflamación sistémica.

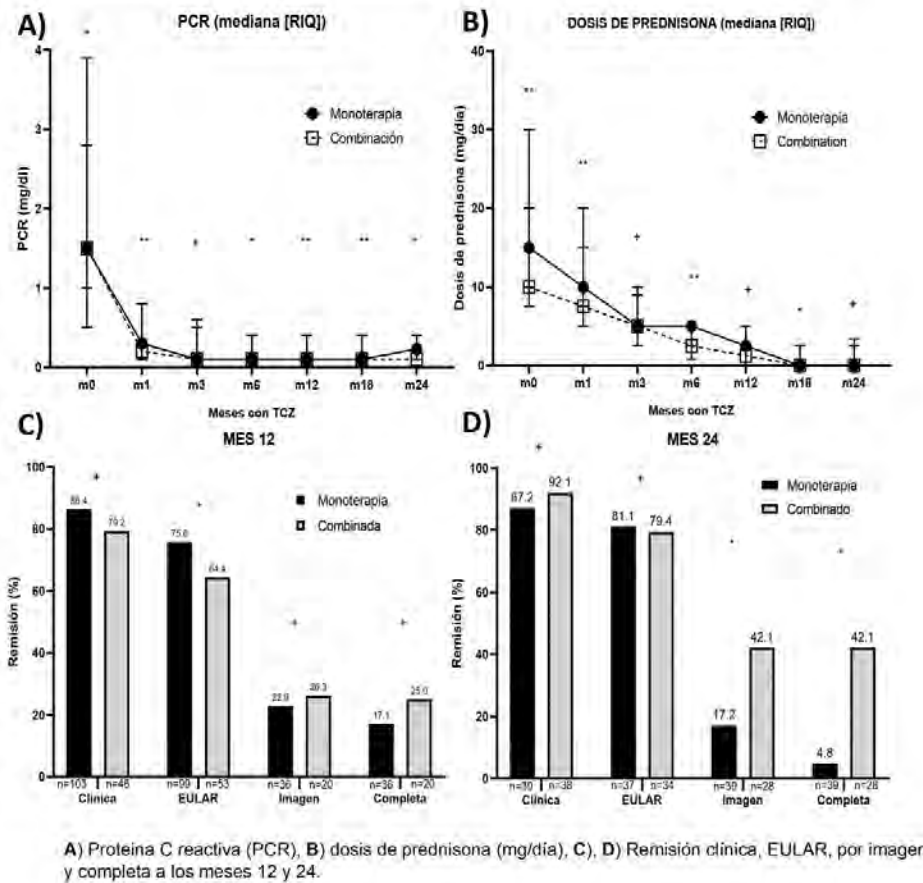
FIGURA 1. Características generales de 196 pacientes con aortitis relacionada con ACG al inicio del TCZ.

	Global n=196	Monoterapia n=136	Combinado n=60	p
Edad, (años), media (±DE)	71.3±9.5	70.4 ±9.4	70.3±9.5	0.3451
Sexo, mujer/hombre n(% mujer)	148/48 (75.5)	105/31 (77.2)	43/17 (71.7)	0.4715
Tiempo desde el diagnóstico de ACG hasta el inicio de TCZ (meses), mediana [RIC]	7 [2-18.7]	5 [2-14.8]	13 [4-27]	0.5293
CRITERIOS				
GI/ACTA, n(%)	145 (74)	101 (77.7)	44 (73.3)	0.5825
ACR, n(%)	105 (54)	76 (55.9)	29 (48.3)	0.2788
ACR/LVV, n(%)	120 (61.2)	78 (86.6)	42 (84)	0.8016
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR				
Hipertensión arterial, n (%)	112 (57)	76 (57.1)	36 (64.3)	0.3615
Dislipemia, n (%)	103 (53)	73 (54.9)	30 (53.6)	0.8683
Diabetes, n (%)	26 (13)	18 (13.5)	8 (14.3)	0.9061
Historia de fumador, n (%)	20 (10)	14 (10.4)	6 (10.7)	0.9999
MANIFESTACIONES SISTÉMICAS				
PMR, n(%)	131 (67.2)	86 (63.7)	45 (75)	0.1210
Síndrome constitucional, n (%)	87 (44.6)	66 (48.9)	21 (35)	0.0717
Fiebre, n (%)	24 (12.4)	18 (13.4)	6 (10)	0.6391
MANIFESTACIONES ISQUÉMICAS				
Cefalea, n (%)	74 (37.8)	52 (38.2)	22 (38)	0.8057
Claudicación mandibular, n (%)	27 (14.4)	22 (17.1)	5 (8.5)	0.1776
Afectación visual, n (%)	16 (8.2)	11 (8.08)	5 (8.3)	0.5955
Ictus, n (%)	2 (1)	2 (1.5)	0 (0)	0.9999
LABORATORIO				
VSG, mm/1º hora, mediana [RIQ]	32 [14- 54]	32[15-58]	28 [11.3-50.5]	0.1852
PCR, mg/dL, mediana [RIQ]	1.5 [0.6-3.4]	1.5 [0.5-3.9]	1.5 [1-2.8]	0.0078
Hb, g/dL, media (±DS)	12.5 (±1.65)	12.6 (±1.7)	12.3 (±1.4)	0.2323
BIOPSIA POSITIVA DE ARTERIA TEMPORAL, n (%)	56 (50)	38 (50.7)	18 (48.6)	0.9999
FÁRMACOS PREVIOS, n (%)				
MTX, n (%)	116 (59.1)	57 (41.9)	58 (96.7)	<0.0001
AZA, n (%)	108 (55.1)	55 (40.4)	53 (88.3)	<0.0001
SSZ, n (%)	4 (2)	0 (0)	4 (6.7)	0.0116
HCCQ/CQ, n (%)	2 (1)	2 (1.4)	0 (0)	0.9999
IFX, n (%)	1 (0.5)	0 (0)	1 (1.7)	0.9999
MMF, n (%)	1 (0.5)	0 (0)	1 (1.7)	0.9999
BIOLOGICOS PREVIOS, n (%)				
IFX, n (%)	2 (1)	1 (0.7)	1 (1.7)	0.9999
Sirukumab/placebo, n(%)	1 (0.5)	1 (0.7)	0 (0)	0.9999
CORTICOESTEROIDES AL INICIO DE TCZ				
Pacientes con corticosteroides, n (%)	196 (100)	136 (100)	60 (100)	0.9999
Prednisona al inicio deTCZ, mg/día, mediana [RIC]	15 [10-30]	15 [10-30]	10 [7.5-20]	0.0013
VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE TOCILIZUMAB				
Intravenoso/subcutáneo, n/n (% intravenoso)	110/86 (56.12)	69/67 (50.7)	41/19 (68.3)	0.0221

Abreviaturas: ACR: American College of Rheumatology; ACR/LVV: Large vessel vasculitis: criterio de ACG ACR con una imagen p sugestiva de aortitis; AZA: azatioprina; CQ: cloroquina; ; DE: desviación estándar; FÁRMACOS: fármacos modificadores de la enfermedad hemoglobina; HCCQ: hidroxilcloroquina; IFX: infliximab; LFN: leflunomida ; MMF: micofenolato de mofetilo; n : número ; PCR: protein reactiva; PmR: polimialgia reumatica; RTX: rituximab ; RIC: rango intercuartílico; SSZ: sulfasalacina; TCZ: tocilizumab; VSG: velocidad sedimentación glomerular.

Resultados significativos fueron expresados en letra **negrita**.

FIGURA 2. Evolución de los principales resultados en pacientes con ACG-aortitis tratados con TCZ. Una comparación entre TCZ en monoterapia y TCZ en combinación.



P060 Figura 2

mica. La remisión por imagen fue considerada cuando la captación vascular de FDG era menor a la del hígado en PET/TAC. La remisión completa se definió como la remisión EULAR más la remisión por imagen.

Resultados: Se estudiaron 196 pacientes diagnosticados de ACG-aortitis tratados con TCZ (136 en monoterapia/60 combinados con otros FAMEs) (tabla). Después de 24 meses, se observaron diferencias significativas en la remisión por imagen y en la remisión completa (17,2 vs. 42,1%) (fig.). No obstante, no hubo diferencias en la remisión clínica y EULAR.

Conclusiones: En ACG-aortitis, TCZ en combinación con FAMEs podría ser más efectivo que en monoterapia para la remisión por imagen y completa.

P061. VALOR AÑADIDO DE INCLUIR CARÓTIDA Y SUBCLAVIA EN LA ECOGRAFÍA DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: RESPONDIENDO A LAS CUESTIONES PENDIENTES DE LAS RECOMENDACIONES EULAR 2023

Eugenio de Miguel, Elisa Fernández-Fernández, Noelia Cabaleiro-Raña e Irene Monjo-Henry

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: En las últimas recomendaciones EULAR sobre el uso de imagen en la arteritis de células gigantes (ACG)1 se planteaban una serie de necesidades pendientes de investigar.

Objetivos: Responder a algunas de las necesidades no cubiertas que planteaba esta agenda: analizar el valor añadido en el diagnóstico,

en la monitorización de la actividad y en la predicción de recaídas de la evaluación ecográfica de todos los vasos supraaórticos en comparación con la evaluación aislada de la arteria axilar en la ACG de vaso grande (ACG-VG).

Métodos: Se han incluido dos cohortes. Cohorte A: Pacientes con diagnóstico de ACG con vasculitis de VG y controles con aterosclerosis. Cohorte B: Formada por 23 pacientes con ACG VG seguidos prospectivamente. A todos los pacientes se les realizó ecografía de las arterias axilares, subclavias y carótidas con un equipo MylabX8 (Génova, Italia) con una sonda de 4-15 MHz considerando patológico un grosor intima media (GIM) ≥ 1 mm. En las dos cohortes se realizó un recuento de los vasos afectados y se calculó el índice OGUS de reciente descripción (aplicado únicamente a los VG y añadiendo a la arteria axilar las carótidas y subclavias).

Resultados: La cohorte A incluyó 44 pacientes con edad media de $72,8 \pm 7,6$ años, de los que 24 eran mujeres, y 42 controles con arteriosclerosis pareados por edad y sexo. La cohorte B incluyó 23 pacientes, 12 mujeres, con edad media $75 \pm 7,6$ años. En la cohorte A la inclusión de la arteria subclavia aumentó en un 12% la sensibilidad para el diagnóstico de ACG-VG (tabla 1), mientras que en la cohorte B lo hacía en un 10%. El valor discriminativo de la carótida en ambas series fue menor con pérdida de especificidad, aunque en casos aislados con alta probabilidad pretest podría ayudar al diagnóstico. En cuanto al índice OGUS, el OGUS de axilares y subclavias mostraba mayor sensibilidad al cambio, mostrando reducciones significativas respecto a la basal a partir del sexto mes, mientras que el OGUS original de axilares no lo hacía hasta los dos años y medio. El OGUS de 6 ramas, añadiendo también carótidas, consigue significación estadística a partir de los

Arteria	ACG (n=44)		Aterosclerosis (n=42)	
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
Carótida común proximal	Cualquiera	28	Cualquiera	14
	Derecha	4	Derecha	3
	Izquierda	9	Izquierda	3
	Bilateral	2	Bilateral	1
	Cualquiera	11	Cualquiera	5

P061 Tabla 1. Número arterias con grosor Íntima media ≥ 1 mm en los grupos ACG y aterosclerosis.

		OGUS2VG Axilares		OGUS4VG Axilares y subclavias		OGUS6VG Axilares, subclavias y carótidas	
		Recaída n=12	No Recaída n=11	Recaída n=12	No Recaída n=11	Recaída n=12	No Recaída n=11
Media		1,2950	1,1130	1,2783	1,0845	1,1000	1,0364
Mediana		1,2250	1,1150	1,2500	1,1500	1,0450	,9400
Desviación standard		,37602	,32958	,30424	,29767	,21162	,26086
Percentiles	10	,8450	,5550	,8440	,6400	,8090	,6720
	20	1,0400	,8020	1,0000	,8440	,9020	,8440
	25	1,1100	,8625	1,0650	,8500	,9525	,8500
	30	1,1360	,9230	1,1820	,8560	,9590	,8620
	40	1,1600	1,0320	1,2040	,8680	1,0200	,8940
	50	1,2250	1,1150	1,2500	1,1500	1,0450	,9400
	60	1,2900	1,1800	1,2880	1,2260	1,1180	1,1440
	70	1,3650	1,3750	1,3160	1,3340	1,2930	1,2160
	75	1,4625	1,4625	1,4850	1,3400	1,3125	1,2400
	80	1,5000	1,4900	1,5700	1,3460	1,3400	1,2460
	90	2,0600	1,5450	1,8310	1,5100	1,4190	1,4900

OGUS= Índice ecográfico Omeract de ACG; VG= vaso grande

P061 Tabla 2. Índices OGUS de 2, 4 y 6 vasos a los 3 meses de inicio de tratamiento en pacientes con ACG con y sin recaídas.

18 meses, con lo cual también muestra superioridad a la inclusión exclusiva de axilares. Respecto a las recaídas, no hemos alcanzado significación estadística por el tamaño muestral de la cohorte B pero sí una clara tendencia, tanto a partir de los tres meses como de los seis meses, a una mayor reducción del índice OGUS de 4 VG y unos menores valores en el GIM en los pacientes que no tienen recaídas. Los pacientes con recaídas presentan menores valores basales de todos los índices OGUS y menores reducciones del OGUS a los 3 meses (tabla 2).

Conclusiones: El incluir la arteria subclavia en la evaluación ecográfica de grandes vasos incrementa el poder diagnóstico de la ecografía en ACG-VG en un 10-12%. Tanto la adición aislada de las subclavias como la de subclavias y carótidas en el cálculo del OGUS de VG aumenta la sensibilidad al cambio con respecto al OGUS original en la valoración de VG. El OGUS con evaluación de VG muestra tendencia a correlacionarse con la presencia de recaídas de la enfermedad lo que sería de utilidad en la monitorización clínica. La evaluación ecográfica de la ACG-VG debería incluir al menos entre 4 y 6 vasos frente a la inclusión exclusiva de la arteria axilar.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeJaco C, et al. Ann Rheum Dis 2023.

P062. MACHINE LEARNING REGRESSION MODEL DEL ÍNDICE ECOGRÁFICO DE ENTESIS MASEI EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

D. Castro Corredor¹, L.A. Calvo Pascual², M.A. Ramírez Huaranga¹ y M. Paulino Huertas¹

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

Introducción: Los modelos de regresión de aprendizaje automático se construyen minimizando el error de generalización en la predicción y evitando al mismo tiempo el sobreajuste. Estas técnicas mejoran los modelos y pronósticos de investigaciones médicas anteriores al lograr una mayor precisión que las técnicas econométricas tradicionales.

Objetivos: Predecir el índice de entesis ecográfico de Madrid (MASEI) en pacientes con espondiloartritis utilizando las mejores variables predictoras, incluida la actividad de la enfermedad y otros factores.

Métodos: Se realizaron investigaciones transversales, descriptivas y observacionales. Recopilamos datos de 24 pacientes con

espondiloartritis que recibieron tratamiento en nuestras consultas durante 5 meses y se sometieron a una ecografía musculoesquelética utilizando el índice MASEI. Utilizando pruebas F-test y *mutual information*, reducimos las variables a las más importantes (fig. 1). Finalmente, utilizamos el aprendizaje automático (*machine learning*) para estimar algunos modelos de regresión.

Resultados: Las variables predictoras con valores más altos en las pruebas de selección que explican el índice MASEI son la actividad, el puntaje de actividad de la enfermedad de espondilitis anquilosante (ASDAS), los corticosteroides, los entesofitos y el sexo masculino (fig. 2). El modelo de regresión más preciso fue el modelo de

Support Vector Machine (R cuadrado = 0,81 en la validación). Dado que este modelo es una caja negra, también calculamos una regresión lineal clásica (R-Cuadrado = 0,60 en la validación) porque proporciona un modelo explícito dado por: $MASEI = -4,02 + 2,75 \text{ Entesofitos} + 4,838 \text{ ASDAS}$ (fig. 3).

Conclusiones: Hasta la fecha se conocía la correlación entre el índice MASEI y la actividad de la enfermedad en pacientes con espondiloartritis. Para examinar más a fondo esta relación, predijimos dos modelos regresivos para pronosticar el índice MASEI: un modelo de regresión lineal clásico y un modelo *support vector machine* con el error cuadrático medio estimado más bajo entre 32 modelos alternativos de aprendizaje automático.

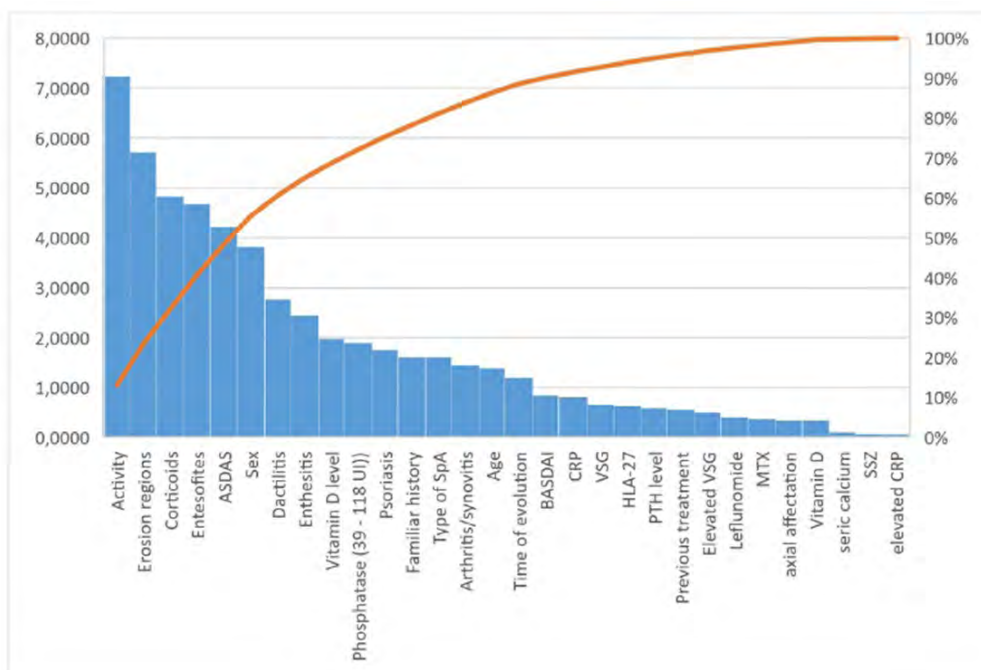


Figura 1. Diagrama de Pareto de las pruebas F del índice MASEI con el resto de las variables.

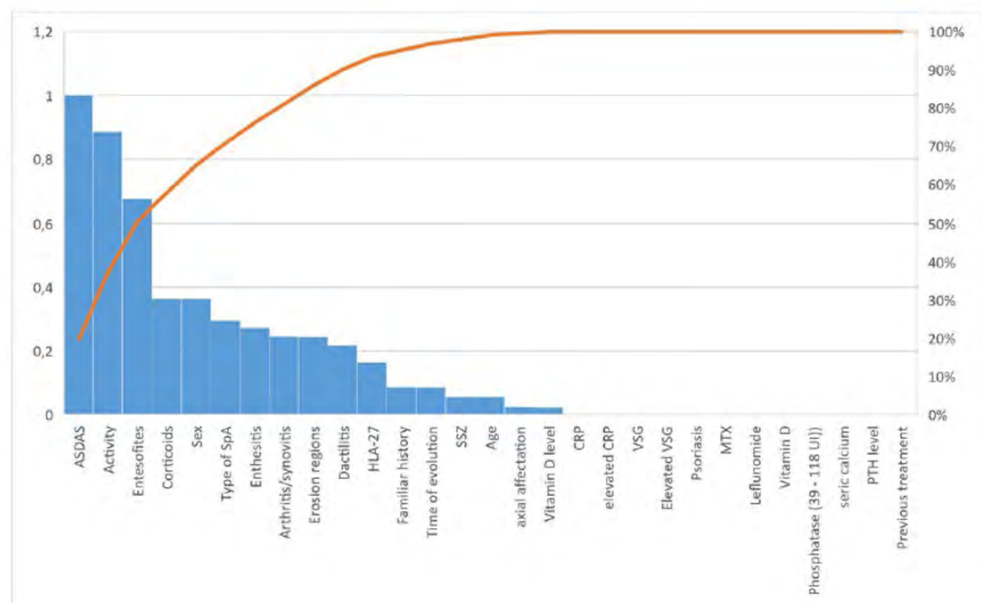
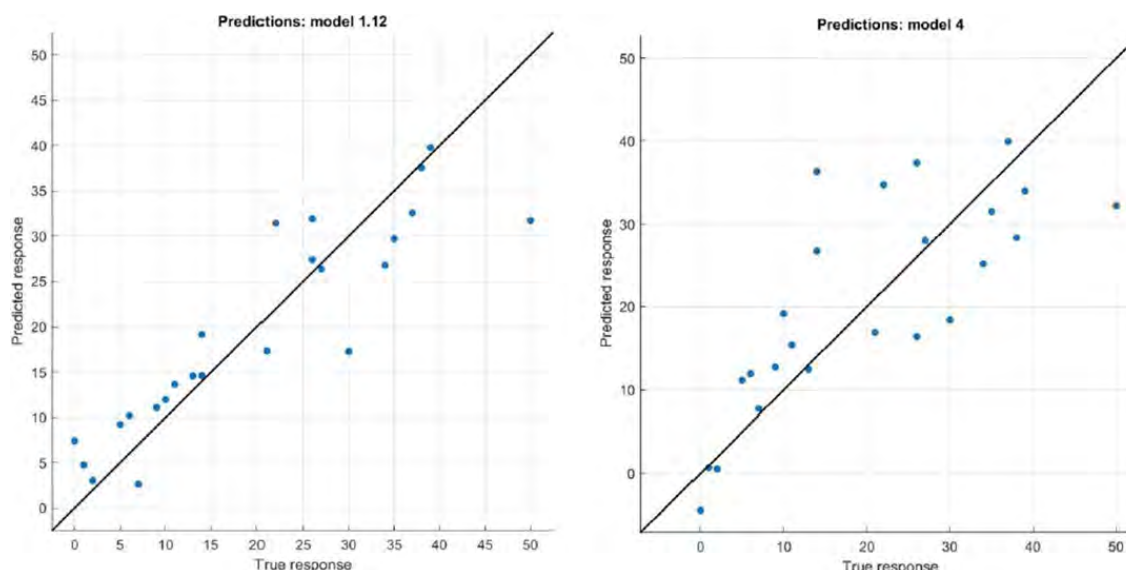


Figura 2. Diagrama de Pareto de la prueba de Información Mutua del índice MASEI con el resto de las variables.



P062 Figura 3. Respuesta verdadera versus prevista del modelo SVM y el modelo de regresión lineal.

P063. NUEVOS ENFOQUES PARA EL ESTUDIO DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD: DESCUBRIMIENTO, EXTRACCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PROFESIONES DE LOS PACIENTES MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA USANDO DEEP LEARNING Y MODELOS DE LENGUAJE PREENTRENADOS

Alfredo Madrid-García¹, Inés Pérez-Sancristóbal¹, Alejandro Rodríguez-González², Leticia León-Mateos¹, Lydia Abasolo-Alcázar¹, Benjamín Fernández-Gutiérrez¹, Ernestina Menasalvas-Ruiz y Luis Rodríguez-Rodríguez¹

¹Grupo de Patología Musculoesquelética. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid.
²Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad Politécnica de Madrid.

La información relativa a las profesiones de los pacientes permite hacer diagnósticos más precisos y mejorar sus resultados en salud. Aun habiéndose caracterizado la relevancia de este determinante social en salud (SDOH), su estudio queda eclipsado por otros SDOH, y su recogida en la historia clínica electrónica (HCE) comprometida. En el campo de la reumatología, este SDOH cobra más importancia por las políticas de prevención e intervención para reducir la discapacidad (incluidas bajas laborales) asociada a estas patologías. En este estudio se busca a) validar un modelo de aprendizaje profundo que permita detectar las menciones de ocupación en el texto de la HC de forma automática y su posterior extracción, b) describir las características demográficas y clínicas que influyen en la recogida de la información relacionada con la ocupación. Se entrenan modelos de aprendizaje profundo basados en Transformadores (RoBERTa) para el reconocimiento de las ocupaciones, con textos clínicos en castellano, provenientes de corpus públicos. Se seleccionan aleatoriamente 2.000 notas clínicas de primera visita del servicio de reumatología del Hospital Clínico San Carlos, pertenecientes a los años 2007-2017 (cohorte HCSC-MSKC) para construir un gold standard (GS). Se anotan las menciones de ocupación por dos personas, calculándose el índice de acuerdo entre ambas y resolviendo discrepancias mediante debate, y se mide el desempeño de los modelos usando la métrica F1. Una vez evaluados, se hacen predicciones para identificar menciones de ocupación en el resto de las notas clínicas de la cohorte HCSC-MSKC. Como criterios de inclusión y para reducir sesgos de selección, se incluyen pacientes que tengan evolutivo en primera visita, se encuentren

laboralmente activos y tengan menos de 65 años. Además, se hace un emparejamiento 1:1 mediante los k-vecinos más cercanos por edad, sexo, número de visita, tiempo desde la primera visita y año calendario para seleccionar los controles (sujetos sin mención de ocupación). Finalmente se hacen análisis bivariados y multivariados, seleccionando las variables con un p-valor < 0,15 y con una p < 0,05 de forma *stepwise*, incluyendo diagnósticos y medidas de calidad de vida para estudiar su influencia en la recogida de este SDOH. El índice de acuerdo entre anotadores en el GS fue de 0,67. El valor de F1 en el GS fue de 0,73. Solo un 8% de las notas del GS tenían mención de ocupación. Los modelos se lanzaron sobre 117.068 notas clínicas pertenecientes a 35,470 pacientes. Tras aplicar los criterios de inclusión, 3,527 pacientes tenían al menos una ocupación identificada por el modelo (e.g., naturópata, ebanista, ferroviario, matricero). La tabla muestra los resultados del análisis multivariado del mejor modelo. Hemos validado en notas clínicas de vida real un modelo de aprendizaje profundo basado en grandes modelos de lenguaje preentrenados para identificar menciones de ocupación en la HCE. Solo un 10% de los pacientes tenían al menos una mención ocupación, esto podría tener implicaciones negativas en la toma de decisiones asistenciales. Finalmente, los diagnósticos relacionados con patología mecánica altamente discapacitante se asociaron a una mayor probabilidad de recogida de ocupación. La extracción de información ocupacional de manera automática en grandes colecciones de notas tiene un inmenso potencial en investigaciones longitudinales. Sin embargo, se debe promover su recogida en la HCE.

Variable	OR	p-value
(Intercept)	0.94 (0.83-1.07)	3.59E-01
Back pain	1.96 (1.7-2.25)	5.35E-21
Tendinitis (lower extremities)	1.8 (1.56-2.07)	2.83E-16
Muscle disorders	2.61 (2.06-3.34)	5.79E-15
Mild distress	0.65 (0.58-0.74)	2.36E-11
Moderate and severe distress	0.85 (0.72-0.99)	3.99E-02
Peripheral neuropathy	2.06 (1.62-2.62)	4.87E-09
Osteoarthritis of knee	1.85 (1.48-2.33)	1.03E-07
Neck pain	1.64 (1.33-2.04)	4.68E-06
No diagnoses	0.8 (0.68-0.93)	3.81E-03
Other joint disease	0.77 (0.63-0.95)	1.25E-02
Pain in joint	1.18 (1.01-1.37)	4.30E-02

Resultados del análisis multivariado.

P064. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS. ANÁLISIS-BIG DATA A PARTIR DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

José Ramón Lamúa Riazuelo¹, Ángela Herranz Varela¹ y Domingo López Ovejero²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Henares. Madrid.

²Unidad de control de gestión. Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Objetivos: Estimar y analizar la frecuencia y el tipo de procedimientos quirúrgicos que precisan los pacientes con enfermedades inflamatorias reumáticas.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las necesidades quirúrgicas en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. Se han estudiado tanto los motivos de ingreso como el tipo de cirugía requerida entre enero de 2021 y agosto de 2023 en el Hospital Universitario del Henares. Para el análisis de datos y su acceso rápido se ha utilizado el sistema de codificación de historias clínicas CIE-10 (v2022), seleccionando 37 códigos vinculados con enfermedades reumáticas inflamatorias.

Resultados: Entre enero de 2021 y agosto se registraron 306 ingresos hospitalarios en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. 74 pacientes requirieron cirugía bien programada o urgente (24,2% del total de ingresos). 52 de los ingresos (17%) fueron para realizar cirugía programada siendo la traumatológica y la cirugía general y digestivo (ambas con (42,3%) las más realizadas. Menos frecuente fueron la cirugía programada urológica (7,7%), la ginecológica (5,8%) y la ORL (1,7%) (fig.). Dentro de la cirugía traumatológica programada el procedimiento más frecuente fue la implantación de prótesis total de rodilla (54,5%) frente a la prótesis total de cadera (18,2%), siendo menos frecuentes las cirugías de manos, tobillo, hombro y columna lumbar. En cuanto a la cirugía general programada los procedimientos más frecuentes realizados fueron la cirugía herniaria (36,4%) y la colecistectomía (31,8%), siendo mucho menos frecuentes las cirugías programadas de tiroides, paratiroides, hemorroides y páncreas. La cirugía urológica (7,7%) programada en su totalidad se trató de RTU prostática. La

cirugía programada de neoplasias endometriales fue el procedimiento ginecológico más frecuentemente realizado. En cuanto a la cirugía urgente, el 50% fueron cirugías traumatológicas siendo el motivo más frecuente la fractura, apareciendo por orden de frecuencia la de cadera (37,5%), radio (25%), tobillo (25%) y vertebral (12,5%); el 40,9% de la cirugía urgente fue digestiva siendo la fisura anal (44,4%) y la obstrucción intestinal (22,2%) más frecuentes que la apendicitis (11,1%), perforación intestinal (11,1%) y las complicaciones postquirúrgicas (11,1%).

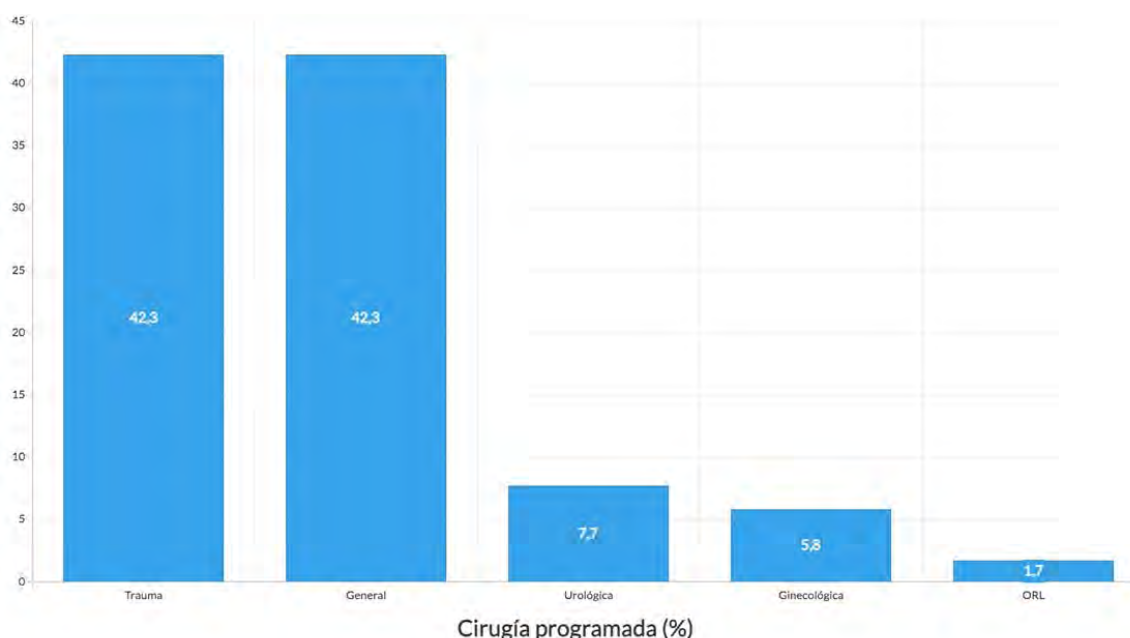
Conclusiones: Una alta tasa de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias ingresan en el hospital con necesidad de recibir un procedimiento quirúrgico bien programado o urgente. La cirugía urgente más frecuente es la asociada a fracturas. La cirugía programada se distribuye por igual en procedimientos digestivos y traumatológicos.

P065. MODELADO DE TEMAS MEDIANTE PROCESAMIENTO DE LENGUAJE NATURAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE REUMATOLOGÍA EN LOS QUE SE APLICA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Alfredo Madrid García¹, Beatriz Merino-Barbancho², Leticia León Mateos¹, Lydia Abasolo Alcázar¹, Benjamín Fernández Gutiérrez¹ y Luis Rodríguez-Rodríguez¹

¹UGC de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos e IdiSSC; Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos e IdiSSC. Madrid. ²Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad Politécnica de Madrid.

Objetivos: El modelado de temas (TM) es una técnica de minería de textos que permite descubrir la estructura semántica latente, los temas, presentes en una colección de documentos de forma no supervisada, así como la clasificación de dichos documentos en los distintos temas. Esta técnica se puede emplear también para estudiar tendencias bibliométricas. El objetivo de este estudio es: a) aplicar TM para descubrir los temas presentes en los artículos en los que se ha aplicado inteligencia artificial (IA) en el ámbito de las enfermedades musculoesqueléticas (RMDs), b) estudiar el conjunto de palabras que caracterizan cada tema, c) analizar qué temas pre-



P064 Figura. Cirugía programada.

JCR, se identificaron *abstracts* de IA. Los cinco temas principales de este subconjunto son: artritis reumatoide (17,05%); práctica clínica (11,05%); factores de riesgo (8,75%); revisión bibliográfica (8,45%), y expresión génica (8,29%).

Conclusiones: El MT permite de forma rápida y no supervisada estudiar la estructura semántica de un conjunto de documentos de interés. En este caso nos hemos centrado en literatura científica que combina el mundo de las RMDs y la IA. De forma general, la mayor parte de artículos que combinan ambos mundos guardan relación con la expresión génica. Sin embargo, si particularizamos a las revistas más especializadas, el tema central sobre el que versan los *abstract* y presumiblemente los artículos asociados, es la artritis reumatoide.

P066. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SEROLÓGICA DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Pablo Martínez Calabuig¹, Jorge Juan Fragío Gil¹, Roxana González Mazarío¹, Laura Salvador Maicas¹, Mireia Sanmartín Martínez¹, Amalia Rueda Cid¹, Clara Molina Almela¹, Juan José Lerma Garrido¹, Antonio Sierra Rivera² y Cristina Campos Fernández¹

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia. ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes sistémicas con impacto significativo multidominio, incluyendo la musculatura esquelética, la piel, los pulmones y el sistema cardiovascular. Los autoanticuerpos asociados a miositis, presentes en aproximadamente el 70% de los pacientes con MII, se asocian a fenotipos clínicos dentro de las MII. Este estudio se centra en la asociación real entre estos autoanticuerpos y las MII.

Objetivos: Determinar la prevalencia y significación clínica de varios autoanticuerpos en pacientes con sospecha de MII, estableciendo una conexión con distintas formas de MII y su relación con otras comorbilidades (incluyendo neoplasias y otras enfermedades autoinmunes sistémicas).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un único hospital entre 2016 y 2023, examinando los *western blot* de miositis positivos en pacientes con sospecha de miopatías inflamatorias (estudiados los antígenos CN-1A, Mi-2a, Mi-2b, TIFg, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl100, PM-Scl75, Jo1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52). Los pacientes incluidos cumplieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2017. De estos, se recopilaron datos demográficos, clínicos y analíticos, incluyendo la presencia de neoplasias y otras enfermedades autoinmunes sistémicas, así como el fenotipo clínico asociado.

Resultados: Entre los 520 anticuerpos positivos por *western blot* (tabla 1), se confirmaron 52 casos de MII. Se observó diferencias en cuanto a la prevalencia de autoanticuerpos específicos, como anti-MDA5 (46,15%), anti-TIF1 gamma (25,81%), anti-NXP2 (17,65%), entre otros (tabla 1). Se observó la asociación de formas específicas de MII, como en los autoanticuerpos anti-TIF1 gamma y anti-NXP2 con la dermatomiositis paraneoplásica (n = 4) o los anticuerpos antisintetasa (anti-Jo1, PL-7, PL12...) que mostraban una asociación con el SÍNDROME antisintetasa (n = 6). Sin embargo, las correlaciones clínicas esperadas de ciertos autoanticuerpos no siempre se manifestaron (ej. anti-SRP con MII necrosante (n = 0)) (fig. 1). La presencia de múltiples anticuerpos fue notable, con una mediana de 2 autoanticuerpos positivos por paciente. Así como el 67,31% presentaban positividad para los anticuerpos antinucleares (ANAs), con un patrón de inmunofluorescencia en su mayoría granular (25%). Además, se registró cáncer en 8 pacientes con MII, aunque no exclusiva-

mente en aquellos con autoanticuerpos típicamente asociados a este (como anti-MDA5, anti-Mi2b...). El resto de variables clínico-analíticas se recogen en la tabla 2.

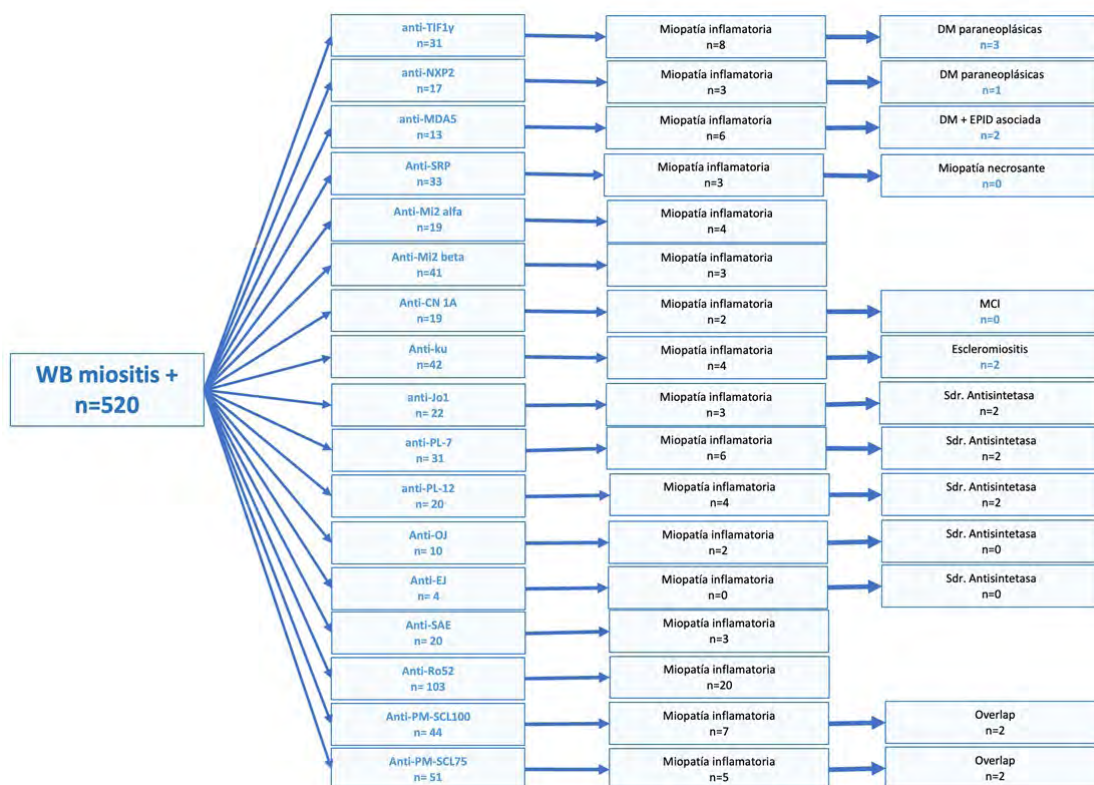
Tabla 1. Prevalencia entre los pacientes con autoanticuerpos positivos y pacientes con MII

	Wb miositis + (n = 520)	Miopatía inflamatoria (n = 52)
Anti-TIF1 gamma, n (%)	31 (5,96%)	8 (25,81%)
Anti- NXP2, n(%)	17 (3,26%)	3 (17,65%)
Anti-MDA5, n(%)	13 (2,5%)	6 (46,15%)
Anti-SRP, n(%)	33 (6,35%)	3 (9,09%)
Anti- Mi2a, n(%)	19 (3,65%)	4 (21,1%)
Anti-Mi2b, n(%)	41 (7,88%)	3 (7,32%)
Anti-CN1A, n(%)	19 (3,65%)	2 (10,53%)
Anti-Ku, n(%)	42 (8,08%)	4 (9,52%)
Anti-Jo1, n(%)	22 (4,23%)	3 (13,64%)
Anti-PL7, n(%)	31 (5,96%)	6 (19,35%)
Anti-PL12, n(%)	20 (3,85%)	4 (20%)
Anti-OJ, n(%)	10 (1,92%)	2 (20%)
Anti-EJ, n(%)	4 (0,76%)	0 (0%)
Anti-SAE, n(%)	20 (3,85%)	3 (15%)
Anti-Ro52, n(%)	103 (19,81%)	20 (18,02%)
Anti-PM-SCL100, n(%)	44 (9,46%)	7 (15,91%)
Anti-PM-SCL75, n(%)	51 (9,81%)	5 (9,8%)

Tabla 2. Variables demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes con MII

Miopatías inflamatorias	
Edad, mediana (IC), años	64 (21-92)
Sexo, mujeres (%)	75
Años seguimiento, mediana (IC), años	4 (1-43)
Número de anticuerpos positivos, mediana (IC), n	2 (1-3)
1 anticuerpo positivo, n (%)	22 (42,21)
2 anticuerpos positivos, n (%)	24 (46,15)
3 anticuerpos positivos, n (%)	6 (11,54)
Anticuerpos antinucleares (ANAs) +, n (%)	35 (67,31)
Patrón de Inmunofluorescencia (IFI)	
Granular, n (%)	13 (25)
Nuclear homogéneo, n (%)	8 (15,38)
Nuclear granular fino, n (%)	3 (5,77)
Nucleolar, n (%)	4 (7,69)
Citoplasmático, n (%)	6 (11,54)
Centrómero, n (%)	1 (1,92)
Asociado a otra EAS, n (%)	13 (25)
Esclerosis sistémica, n (%)	6 (11,54)
Sjögren, n (%)	3 (5,77)
AR, n (%)	2 (3,85)
LES, n (%)	2 (3,85)
Miopatía inflamatoria	
dermatomiositis, n (%)	20 (38,46)
Sdr. Antisintetasa, n (%)	8 (15,38)
Dermatomiositis amiopática, n (%)	4 (7,69)
Polimiositis, n (%)	7 (13,46)
Escleromiositis, n (%)	4 (7,69)
DM paraneoplásica, n (%)	9 (17,31)
VSG i, mediana (IC), mm/h	32 (2-111)
VSG f, mediana (IC), mm/h	16 (2-115)
CPK i, mediana (IC), U/L	235 (16-8753)
CPK f, mediana (IC), U/L	88 (10-901)
Aldolasa i, mediana (IC), U/L	12,5 (4-9,8)
Aldolasa f, mediana (IC), U/L	5,5 (3-8,2)
PCR i, mediana (IC), mg/dL	11 (0,05-40,8)
PCR f, mediana (IC), mg/dL	1 (0,05-5,69)
Tratamientos	
Prednisona, n (%)	52 (100)
Metotrexato, n (%)	18 (34,62)
Micofenolato, n (%)	7 (13,46)
Azatioprina, n (%)	8 (15,38)
Rituximab, n (%)	6 (11,54)
Hidroxycicloroquina, n (%)	5 (9,62)
Leflunomida, n (%)	1 (1,92)
Inmunoglobulinas IV, n (%)	2 (3,85)
Ciclosporina, n (%)	1 (1,92)
Exitus, n (%)	7 (13,46)
Exitus de causa infecciosa, n (%)	5 (9,62)
Exitus de causa cardiovascular, n (%)	2 (3,85)

Conclusiones: De entre el total de pacientes con autoanticuerpos positivos mediante *western blot* únicamente un 10% estaban en



P066 Figura. Asociación de los diversos autoanticuerpos con sus respectivos fenotipos clínicos que clásicamente se asocian.

relación con MII, observándose una mayor relación autoanticuerpo-MII con los anti-MDA5, anti-TIF1 gamma y anti-NXP2; siendo de estos dos últimos los que más se asociaban con el fenotipo que clásicamente se les relaciona (en este caso dermatomiositis paraneoplásica). En total, se detectaron 8 neoplasias malignas, aunque no exclusivamente en aquellos con autoanticuerpos típicamente asociados a cáncer. Además, en los pacientes con MII se observa la presencia de múltiples anticuerpos (con una mediana de 2) y en la mayoría de pacientes coexiste una positividad para los ANA patrón granular.

P067. SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE VALME EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Celia Azabal Pérez, Consuelo Ramos Giráldez, María Luisa Velloso Feijoo, Álvaro Román Perea, Minerva Berrocal Acedo y Julia Uceda Montañés

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

Introducción: La vía de señalización JAK/STAT es un área de interés en el ámbito de la Reumatología. A pesar de la ya conocida seguridad y eficacia de los inhibidores JAK, siempre es adecuado correlacionar los hallazgos obtenidos en los diversos estudios con la práctica clínica real.

Objetivos: Describir la seguridad de upadacitinib en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes mayores o iguales de 18 años, en tratamiento con upadacitinib desde diciembre de 2020 hasta junio de 2023, en seguimiento por el servicio de Reumatología del Hospital de Valme. Se realizó seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, referentes al tratamiento y eventos adversos.

Parámetros	AR N:58	APs N:18	EA N:16
Mujeres, n (%)	47 (81,0%)	12 (66,7%)	8 (50,0%)
Edad actual, años, media (DS)	53,7 (12,93)	50,89 (10,36)	50,31 (10,11)
Tiempo evolución, años, media (DS)	9,30 (5,61)	11,88 (6,65)	8,84 (7,05)
FRCV, n(%)	30 (51,7%)	10 (55,6%)	7 (43,8%)
HTA, n(%)	19 (32,8%)	6 (33,3%)	2 (12,5%)
DM, n(%)	2 (3,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
DLP, n(%)	20 (34,5%)	8 (44,4%)	5 (31,3%)
Fumador, n(%)	7 (12,1%)	2 (11,1%)	3 (18,8%)
Exfumador, n(%)	9 (16,4%)	3 (16,7%)	3 (18,8%)
Enfermedad Crohn, n(%)	4 (6,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Actividad enfermedad DAS 28 VSG/ DAPSA/ ASDAS	4,52 (1,21)	29,56 (10,10)	3,09 (0,51)
Biológicos previos, n(%)	50(87,7%)	18 (100,0%)	16 (100,0%)
Nº Biológicos previos, n(%)	0	8 (13,8%)	0 (0,0%)
	1	23 (39,7%)	6 (33,3%)
	>1	27 (46,6%)	12 (66,7%)
FAME concomitante, n(%)	39 (67,2%)	9 (50,0%)	8 (50,0%)
Corticoides concomitantes, n(%)	33 (57,9%)	2 (11,1%)	3 (20,0%)
Dosis corticoides, n(%)	<=7,5	16 (48,5%)	2 (100,0%)
	>7,5	17 (51,5%)	0 (0,0%)

Tabla 1. Características basales.

Variables sociodemográficas y comorbilidades.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes, 58 con artritis reumatoide (AR), 18 con artritis psoriásica (APs) y 16 con espondiloartritis (EspA), 72,8% mujeres, con edad media de 52,48 años ± 12,93 DE, y tiempo medio de enfermedad 9,75 años ± 6,11 DE. Padecía algún factor de riesgo cardiovascular el 51,1%, principalmente dislipemia en el 35,9% de los casos. El 13% eran fumadores y el 16,9% exfumadores. Recibían concomitantemente fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) 56 pacientes; 38 recibían corticoides, 17 de ellos prednisona > 7,5 mg. Habían recibido fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) previamente el 92,3% (tabla). El tiempo medio de tratamiento fue 1,1 años ± 0,7 DE. El 45,7% suspendieron el tratamiento (fig. 1). El 48,2% de los pacientes que sus-

Gráfico 1. Suspensión de tratamiento.

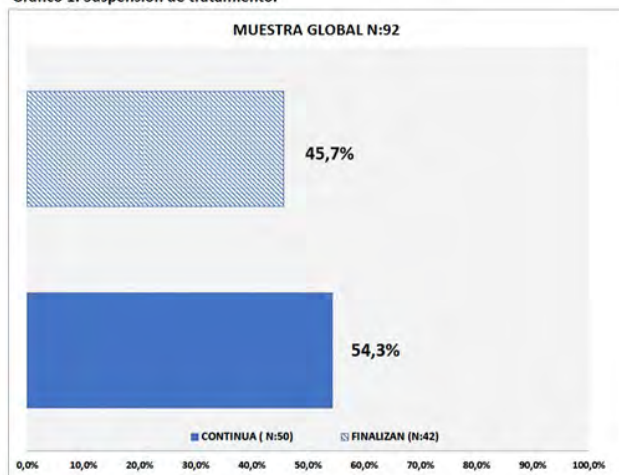


Gráfico 3. Eventos adversos.

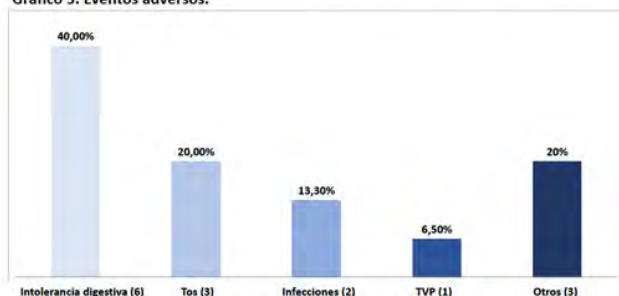


Gráfico 2. Suspensiones según régimen de tratamiento.

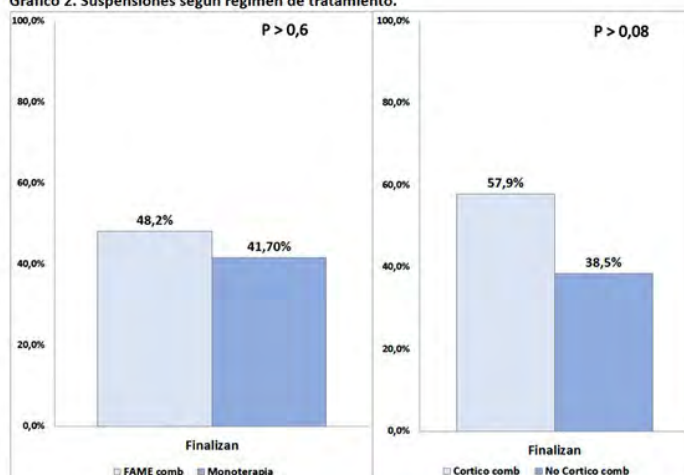


Gráfico 4. Infecciones.

	AR(24)	APs(2)	EA(4)	Total(30)
TBC	0	0	1	1
Amigdalitis	1	0	0	1
Celulitis	2	0	0	2
COVID leve	6	1	1	8
Faringoamigdalitis viral	1	0	0	1
Flemón dentario	1	0	0	1
Gripe A leve	1	0	0	1
Herpes zóster	1	0	0	1
ITU	3	1	0	4
IVRA	7	0	1	7
Neumonía	1	0	0	1
Vaginosis bacteriana	0	0	1	1

P067 Figura. Seguridad.

pendieron el tratamiento recibían FAMEsc, sin hallarse diferencias significativas frente a monoterapia (fig. 2). Las suspensiones fueron principalmente por ineficacia (47%), mayoritariamente primaria, seguido de eventos adversos en el 33%, sobre todo intolerancia digestiva en el 40% (fig. 3). Se recogieron 30 infecciones, 24 en AR, principalmente leves (87%), y un caso de tuberculosis; cuatro requirieron hospitalización, uno en la unidad de cuidados intensivos (UCI), y solo dos suspendieron el tratamiento tras la infección (fig. 4). Hubo un síndrome coronario agudo en un paciente con AR y una trombosis venosa profunda en un paciente con APs. No hubo fallecimientos.

Conclusiones: Pese a la limitación del estudio, los resultados concuerdan con ensayos clínicos previos. El principal motivo de suspensión del fármaco fue la ineficacia. La intolerancia digestiva fue el principal evento adverso, igual que en otros estudios de práctica clínica real. Las infecciones, mayoritariamente leves, la baja tasa de eventos cardiovasculares y la ausencia de muertes, reflejan la seguridad de upadacitinib en práctica real.

P068. IMPACTO DE LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y FATIGA SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS

S. Rodríguez Muguruza¹, S. Castro¹, M.J. Poveda¹, N. del Castillo¹, P. Alamillo¹, S. Paredes², D. Taverner² y R. Fontova¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.
²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Sant Joan. Reus.

Introducción: La prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con enfermedades reumáticas es aproximadamente el doble que en la población general. Además, se estima que un 40-80% de pacientes reumáticos sufre de fatiga. Estas comorbilidades se han asociado a un incremento del dolor, aumento de discapacidad,

reducción en la calidad de vida y empeoramiento en los valores de medida de la actividad de la enfermedad. En la práctica clínica la valoración de la depresión, ansiedad y fatiga en los pacientes reumáticos puede ser compleja debido al solapamiento de los síntomas.

Objetivos: Evaluar el impacto de la depresión, la ansiedad y la fatiga en la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA).

Métodos: Estudio observacional transversal multicéntrico realizado en las consultas externas de reumatología de los hospitales Joan XXIII de Tarragona y Sant Joan de Reus, de mayo a noviembre de 2023. Se invitó a participar a pacientes mayores de 18 años que cumplieran los criterios diagnósticos de AR, APs o EA, excluyendo aquellos con diagnóstico de fibromialgia o con incapacidad para el entendimiento del cuestionario. Se midió la fatiga con el Functional Assessment of chronic illness Therapy Fatigue Scale (FACIT-F) y la depresión/ansiedad con el Hospital Anxiety and Depression scale (HADs). El DAS28, DAPSA y ASDAS se utilizaron para evaluar la actividad de la enfermedad en los pacientes con AR, APs y EA respectivamente.

Resultados: Participaron un total de 333 pacientes (tabla 1): 193 (58%) AR, 82 (24,6%) APs y 58 (17,4%) EA. Ciento noventa y dos (57,65%) estaban en tratamiento biológico. La media de DAS28 fue de 2,44 (DE ± 1,05), 6,43 (6,43) de DAPSA y 1,45 (DE ± 0,83) de ASDAS. Del total de pacientes, 51 (15,4%) presentaron depresión, 87 (26,2%) ansiedad y 156 (47,7%) fatiga. No se encontró diferencia en la frecuencia entre los tres grupos (p 0,930, 0,873 y 0,292). La media de FACIT-F, HAD ansiedad y HAD depresión fue de 37,1 (DE ± 11,7), 6,42 (DE ± 4,41) y 4,81 (DE ± 3,98) respectivamente. No hubo diferencia en las medias entre los tres grupos (p 0,229, 0,176 y 0,313). La presencia de depresión y ansiedad se relacionó de manera significativa con una media de actividad de la enfermedad más elevada en los tres grupos de pacientes. Igualmente, la presencia de fatiga se relacionó con una media de actividad de la enfermedad más elevada en los tres grupos, sin embargo, la diferencia fue únicamente significativa

tiva en los pacientes con AR y EA (tabla 2). Por otro lado, la media de actividad de la enfermedad no tuvo relación con el grado de fatiga (leve, moderado o grave) (tabla 3).

Tabla 1. Características de los pacientes (N 333)

	AR (N 193)	Aps (N 82)	EA (N 58)
Edad, media en años	58,8	56,9	48,4
Mujeres (%)	138 (71,5)	35 (42,7)	26 (44,9)
Tratamiento biológico (%)	98 (50,77)	53 (64,63)	41 (70,68)
Uso de glucocorticoides (%)	48 (25,1)	2 (2,5)	1 (1,8)
Actividad de la enfermedad-Media (± DE)*	2,44 (1,05)	6,43 (6,43)	1,45 (0,83)
FACIT-F, media (± DE)	36,6 (12,10)	38,98 (10,78)	36,28 (11,75)
Fatiga (%)	97 (50,25)	33 (40,24)	26 (43,10)
HAD depresión, media (± DE)	5,13 (4,08)	4,23 (3,67)	4,52 (4,10)
Depresión (%)	30 (15,54)	13 (15,85)	8 (13,79)
HAD ansiedad, media (± DE)	6,68 (4,25)	5,78 (4,54)	6,43 (4,72)
Ansiedad (%)	49 (25,38)	23 (28,04)	15 (25,86)

*DAS28 para AR, DAPSA para APs y ASDAS para EA.

Tabla 2. Media de actividad de la enfermedad en pacientes con o sin depresión, ansiedad o fatiga

	DAS 28, media (± DE)	p	DAPSA media (± DE)	p valor	ASDAS media (± DE)	p
Depresión	Sí 2,90 (1,20)	0,028	6,02 (6,94)	0,047	2,29 (0,83)	0,012
	No 2,36 (1,00)		8,87 (4,65)		1,31 (0,74)	
Ansiedad	Sí 2,77 (1,15)	0,022	8,65 (4,48)	0,003	1,75 (0,75)	0,050
	No 2,33 (0,99)		5,66 (7,20)		1,34 (0,83)	
Fatiga	Sí 2,64 (1,18)	0,009	6,08 (7,18)	0,722	1,77 (0,83)	< 0,001
	No 2,24 (0,87)		6,64 (6,40)		1,06 (0,48)	

Tabla 3. Medias de actividad de la enfermedad según el grado de fatiga

Grado de fatiga	DAS 28, media (± DE)	p	DAPSA media (± DE)	p valor	ASDAS media (± DE)	p
Leve	2,81 (1,18)	0,250	7,05 (7,98)	0,369	1,46 (0,73)	0,166
Moderada	2,42 (1,23)		3,56 (4,91)		1,89 (0,76)	
Severa	2,29 (0,85)		12,00 (8,49)		3,00 (0,70)	

Conclusiones: En nuestro estudio, la frecuencia de depresión, ansiedad y fatiga fue similar en los pacientes con AR, APs o EA. Su presencia se relacionó con una media de actividad de la enfermedad más elevada. En la práctica clínica habitual sería importante el diagnóstico y manejo oportuno de estas comorbilidades, ya que pueden influir negativamente en la valoración los índices de actividad utilizados de manera rutinaria.

P069. IMMUNE RESPONSES TO HERPES ZOSTER VACCINE RESPONSES IN RHEUMATIC PATIENTS ON JAK INHIBITORS: INSIGHTS IN HUMORAL AND CELLULAR RESPONSE

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, José Ordas Martínez¹, Estefanía Robles Martín², Xenia Casas Fernández³, Carolina Álvarez Castro¹, Alejandra López Robles⁴, Carolina Díez Morrondo¹, Elvira Díez Álvarez¹ and José María García Ruíz de Morales⁵

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Medicina General y Familiar. Centro de Salud El Ejido. ³Servicio de Farmacia. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Río Ortega. Valladolid. ⁵Servicio de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Table P069

Table 2. Correlations between humoral and cellular response

β coefficient (p value)	Age > 60 years	Disease duration	Cumulative glucocorticoid dose	Cumulative methotrexate dose	Treatment with 2 or more b/tsDMARDs
VHZ IgG Ab	β = -0.29, p = 0.02	β = -0.24, p = 0.04	β = -0.22, p = 0.04	β = -0.42, p = 0.0007	β = -0.351, p = 0.003
CD4 T-cell response	β = -0.46, p 0.0007	β = -0.643, p = 0.0007	β = -0.32, p = 0.007	β = -0.46, p = 0.001	β = -0.20, p = 0.001
CD8 T-cell response	β = 0.155, p = 0.2	β = -0.24, p = 0.04	β = -0.19, p = 0.1	β = -0.18, p = 0.13	β = -0.19, p = 0.12

Introduction: Patients with immune-mediated rheumatic diseases treated with JAK inhibitors face an elevated risk of herpes zoster (HZ) infection. Shingrix, a recombinant inactive vaccine, offers protection against HZ. However, limited data exist on Shingrix vaccine responses in patients with immune-mediated rheumatic diseases (IMRD).

Objectives: This study aims to assess B-cell and T-cell immune responses elicited by herpes zoster vaccines in patients with rheumatic diseases undergoing treatment with JAK inhibitors (baricitinib, upadacitinib and tofacitinib), comparing these responses with those of healthy controls.

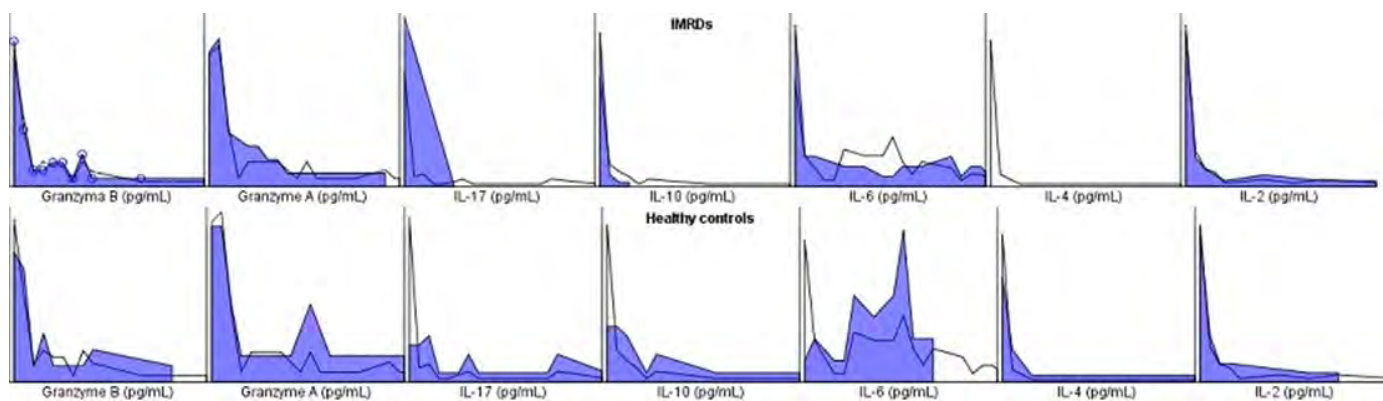
Methods: We investigated humoral, CD4, and CD8 immune responses in 43 JAK inhibitor-naïve patients with specific rheumatic diseases following a two-dose regimen of the Shingrix vaccine. The responses were compared with age, gender, and disease-matched healthy controls. Additionally, the serum cytokine profile (IL-17, IL-4, IL-6, IL-10, IL-2, TNF-α, INF-γ), including the expression of granzyme A and B and the level of VZV IgG antibodies post-vaccination, was assessed.

Results: Patients with IMRDs treated with JAK inhibitors exhibited lower seroconversion rates than healthy controls (74 vs. 96%, p = 0.04). T-CD4 cellular immune responses displayed a significant difference (81 vs. 4%, p < 0.0001), as did T-CD8 cellular immune responses (26 vs. 67%, p = 0.009). Table 1 details the circulating levels of granzyme A and B, along with serum cytokines in IMRD and healthy controls. Post-vaccination, IMRD patients revealed reduced levels of IL-17, INF-γ, IL-10, IL-6, and IL-4 compared to healthy counterparts (Table 1 and Figure 1). Notably, no distinct differences in seroconversion, antibody titers, T-CD4 and T-CD8 cellular immune response emerged between distinct treatment subgroups. Negative correlations were observed between VHZ IgG Ab and T-CD4 cellular response with age > 60 years, disease duration, MTX cumulative dose, GC cumulative dose and history of treatment with 2 or more b/tsDMARDs. (Table 2). Additionally, a positive correlation between T-CD4 and T-CD8 cellular response was identified (β = 0.36, p = 0.003).

Table 1

	IMRD	Healthy controls	p
VHZ IgG Ab (Ab Index)	3.1 (1.2-5)	4.8 (1-5)	0.03
Granzyme A (pg/mL)	439.33+573.31	678.61+1061.8	0.44
Granzyme B (pg/mL)	133.98+207	138.61+151	0.31
IL-17 (pg/mL)	0	6.97+9.28	< 0.00001
INF-γ (pg/mL)	2.91 (0-117.38)	94.9 (0.11-1484)	< 0.00001
TNF (pg/mL)	501.01 (0-12234)	98.98 (0-1579)	0.35
IL-10 (pg/mL)	3.31 (0-35.48)	38.98 (0-234)	< 0.0001
IL-6 (pg/mL)	458.29 (0-6,450)	10,039.43 (1-34,434)	< 0.0001
IL-4 (pg/mL)	0	0.36 (0-3.02)	< 0.0001
IL-2 (pg/mL)	26 (0-478)	44 (1.1-351.80)	0.51

Conclusions: Patients with IMRD treated with JAK inhibitors exhibit lower seroconversion rates and distinct T-CD4 and CD8 cell responses compared to healthy controls. The serum cytokine profile analysis provides nuanced insights. Negative correlations between VHZ IgG antibodies and various clinical factors were found. While no significant differences were observed among JAK inhibitor subgroups, the study emphasizes the need for tailored vaccination strategies in IMRD patients, considering their treatment regimens and clinical characteristics.



P069 Figure. Serum cytokines profile in IMRD and healthy controls.

P070. ESTUDIO ETIOLÓGICO DE LAS UVEÍTIS EN UNA UNIDAD DE INFLAMACIÓN OCULAR DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

P. Turiel Hernández¹, A.B. Rodríguez Cambrón¹, C. Zamora Ramos¹, N. Garvín Hernández¹, M. Beladiez Giner¹, A. Henríquez Recine², M. Alcalde Villar¹ y P. Collado Ramos¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Introducción: La inflamación ocular (IO) o uveítis es una manifestación clínica que se puede observar en numerosas enfermedades autoinmunes sistémicas. Se han relacionado distintos patrones de uveítis con determinadas enfermedades, muchas reumatológicas. Por ello, la colaboración entre oftalmología y reumatología en unidades multidisciplinarias es fundamental para el manejo y tratamiento de estos pacientes de la forma más precoz y efectiva posible, reduciendo tanto la morbilidad humana como los costes sanitarios.

Objetivos: Describir las distintas etiologías de inflamación ocular que se han podido identificar en la Unidad de Inflamación Ocular (UIO) de un hospital de segundo nivel en Madrid.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que recoge datos de los pacientes valorados en la UIO del Hospital Severo Ochoa desde mayo de 2016 hasta octubre de 2023. Se analizan las características demográficas, el patrón y curso de la uveítis, así como su etiología. Se excluyen de este estudio a los pacientes menores de 18 años.

Resultados: Se analizaron un total de 205 pacientes, El 54,14% eran mujeres con una edad media de 56,19 años. El patrón más frecuente fue el de uveítis anterior (UA) (46,34%), el siguiente patrón más frecuente fue el de uveítis posterior (UP) (13,65%), panuveítis (PU) (6,34%) y uveítis intermedia (UI) (4,39%); y en un 29,28% otras formas de afectación ocular (que se incluyen las afectaciones corneales, palpebrales, muscular...). El patrón de uveítis anterior aguda recidivante unilateral fue el más frecuente dentro del grupo de uveítis anteriores (54,05%). Cabe destacar que con una positividad para HLA B27 en un 13,6 % de estos pacientes. Otros patrones en este grupo fueron, patrón bilateral en un 7,2% de los pacientes. En cuanto a propiamente la relación entre el patrón de uveítis y sus etiologías relacionadas, inicialmente destaca que el 37% de las UA se asociaron con patología reumatológica siendo la más frecuente las espondiloartropatías (EspA) (86%). En las UP un 39,28% fueron de etiología desconocida, seguido de etiología infecciosa en un 39%; un 7,14% se asociaron a enfermedad reumatológica y un 10,7% a enfermedades propiamente oculares (coroidopatía puntata interna y Eales entre otras). En el caso de las PU la asociación más frecuente fue la patología reumatológica (46,15%, en ellas en un 100% de nuestros pacientes presentaban en contexto de la enfermedad de Behçet) seguida de la causa infecciosa (23,07%), un 15% a otras patologías (tumoral o propiamente ocular, como Vogt-Koyanagi-Harada). El 66,6% de las

UI fueron de etiología idiopática, un 11% asociada a sarcoidosis y otro 11% de etiología infecciosa. Otras formas de inflamación ocular se manifestaron en el 29,28% de los pacientes entre ellas afectación queratoconjuntival, pseudotumor orbitario y miositis, en un 31,7% de estos pacientes existe asociación con enfermedad reumatológica (artritis reumatoide, artritis psoriásica y vasculitis entre otras).

Conclusiones: En nuestra serie, el patrón predominante fue la uveítis anterior aguda recidivante unilateral, y dentro de la etiología reumatológica la más frecuentemente asociada fueron las espondiloartritis; datos que concuerdan con otras series publicadas. Cabe destacar que, aun siendo un hospital de segundo nivel, la población de estudio ha sido proporcionalmente alta, pero se requieren estudios epidemiológicos más amplios para sacar conclusiones de más peso.

P071. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL CAMBIO DE ETANERCEPT ORIGINAL A ETANERCEPT BIOSIMILAR

María Cruz Laiño Piñeiro¹, Vicente Aldasoro Cáceres¹ y José Ramón Lamúa Riazuelo²

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital Universitario del Henares. Madrid.

Introducción: Con la llegada de los fármacos biosimilares y las políticas de ahorro, en junio de 2019, tras la instrucción de gerencia 04/2019 de cumplimiento obligatorio en la Comunidad Foral de Navarra, se procedió al switch de etanercept original a su fármaco biosimilar.

Métodos: Se revisaron las historias de pacientes que habían comenzado tratamiento con etanercept original en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Navarra. Los pacientes fueron citados en consulta para informar del cambio y solicitar su consentimiento verbal. La ineficacia fue considerada por índices de actividad de la enfermedad, valores analíticos, clínicos y/o por empeoramiento referido por el paciente.

Resultados: De los 187 pacientes que realizaban tratamiento con la molécula original se les realizó el switch a 176 pacientes con las siguientes patologías: artritis psoriásica (APs, n = 52 pacientes), artritis reumatoide (AR, n = 76), artritis idiopática juvenil (AIJ, n = 2) y espondiloartritis (EspA, n = 44). 76 pacientes (43,2% de los pacientes) interrumpieron el tratamiento tras un seguimiento de 48 meses: 23 pacientes (13,1%) a los 6 meses, 17 pacientes (9,7%) a los 12 meses, 5 pacientes (2,8%) a los 18 meses, 13 pacientes (7,4%) a los 24 meses y 18 pacientes (10,2%) a los 48 meses. 50 pacientes suspendieron el tratamiento por ineficacia, 18 pacientes por eventos adversos (1 linfoma, 1 GIST, 1 adenocarcinoma de pulmón, 1 cáncer de próstata, 2 reacciones cutáneas, 1 reacción alérgica, 1 reacción en el punto de inyección, 2 por diarrea, 1 por cefalea, 1 por infecciones urinarias

recurrentes, 1 por insuficiencia cardiaca, 3 por enfermedad pulmonar intersticial, 1 por polineuropatía, 1 por uveítis), 1 por remisión (tabla). Fallecieron 7 pacientes sin clara relación con el fármaco (1 por neumonía bilateral, 1 por *shock* séptico, 1 por neumonía por COVID, 1 por cáncer páncreas metastásico, 3 pacientes en los que no se pudo establecer la causa por pérdida de seguimiento). 26 pacientes volvieron a la molécula original, de los cuales 3 no volvieron a conseguir respuesta, todos en el grupo AR.

	Suspensión de Enbrel (0-48 meses tras el cambio)	Motivo de suspensión				
		Ineficacia	Otros eventos adversos*	Cáncer	Muerte	Remisión
AR	41	23	9	3	5	1
APs	23	20	1	0	2	0
EspA	12	7	4	1	0	0
Total	76	50	14	4	7	1

Conclusiones: En nuestra serie, más del 40% del switch a biosimilar no mantuvo respuesta tras un seguimiento de 48 meses, con un mayor porcentaje de suspensión en el primer y en el cuarto año de seguimiento. A pesar de que la ineficacia no siempre viene reflejada por parámetros analíticos inflamatorios o índices de actividad y de ser un estudio retrospectivo, los datos mostrados en este estudio van en consonancia con la manera de interpretar la ineficacia publicada en la literatura¹⁻⁶.

BIBLIOGRAFÍA

- Meijboom RW, Gardarsdottir H, Becker ML, Ten Wolde S, Egberts TCG, Giezen TJ. *BioDrugs*. 2021;35(6):765-72.
- Kiltz U, Pudelko JC, Tsiami S, Baraliakos X, Braun J. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39(6):1345-51.
- Bruni C, Gentileschi S, Pacini G, Baldi C, Capassoni M, Tofani L, Bardelli M, Cometi L, Cantarini L, Nacci F, Vietri M, Bartoli F, Fiori G, Frediani B, Maticci-Cerinic M. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020;12:1759720X20964031.
- Müsken WD, Rongen-van Dartel SAA, Teerenstra S, Adang EMM, van Riel PLCM. *Rheumatol Adv Pract*. 2020;4(2).
- Selmi C, Krüger K, Cantagrel A, Abad Hernández MA, Freudensprung U, Farouk Rezk M, Addison J. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39(2):365-71.
- Ebbers HC, Pieper B, Issa A, Addison J, Freudensprung U, Rezk MF. *Rheumatol Ther*. 2019;6(3):317-38.

P072. SERIE DE CASOS DE SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS EN EDAD ADULTA

Nuria Garvín Grande¹, Paloma Turiel Hernández¹, Manuel Giner Beladiez¹, Cristina Zamora Ramos¹, María Alcalde Villar¹, Nicolás Silvestre Torner², Giancarlo Ernesto Candela Ganoza³ y Paz Collado Ramos¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años con una alta sospecha clínica de SAI entre 2005 y 2023 de una base de datos de una consulta de Reumatología de un hospital de complejidad 2. Variables recogidas: sexo, edad y síntomas al debut, edad al diagnóstico, tiempo de demora al diagnóstico, mutación genética, características clínicas, tratamientos recibidos y parámetros analíticos como la velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), procalcitonina y ferritina. Los estadísticos descriptivos se expresaron en media (desviación estándar, DE) o mediana (rango intercuartílico, RIC) para describir las variables continuas; y porcentajes para variables categóricas. El diagnóstico de estos pacientes se realizó por criterios de clasificación diagnóstica (Yamaguchi 1992 para enfermedad de Still del adulto y Eurofever 2015 para del síndrome periódico asociado a mutaciones en el receptor del factor de necrosis tumoral (TRAPS); o por estudio genético. Se incluyen aquellos con estudio genético positivo y aquellos con estudio no concluyente habiendo descartado causas infecciosas, autoinmunes o neoplásicas.

Resultados: Se analizaron 8 pacientes con diagnóstico de sospecha de algún tipo de SAI. La edad media fue de 55,5 ± 20,3 años, sin predominio de género (50% hombres), y la mayoría eran caucásicos. La enfermedad de Still del adulto constituyó el SAI más frecuente, 3 pacientes (37,5%). La media de edad al debut de la sintomatología fue de 40 ± 23,1 años, siendo la media de edad al diagnóstico de la enfermedad de 45,6 ± 20,7. El inicio de síntomas y/o signos característicos de la enfermedad aconteció en la edad adulta en 7 (87,5%) de los casos. Solo hubo un paciente con debut clínico en edad pediátrica. Globalmente, se observó un retraso medio en el diagnóstico final de 5,7 ± 5 años. Las características principales de los SAI incluidos se recogen en la tabla. La elevación de reactantes de fase aguda

	3 (100)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	7 (87,5)
Debut en edad adulta	3 (100)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	7 (87,5)
Edad al debut de los síntomas *	57,7 (± 8,6) *	53	4	20	16	54	40 (± 23,1) *
Edad al diagnóstico *	59 (± 7) *	58	19	27	18	66	45,6 (± 20,8) *
Mutación genética	-	NLRP12 c.753C>G p. Asn251Lys	NLRc4 c > g: p. (Asp1009Gly)	No realizado	MEFV c.2177T>C p. (Val726Ala)	No realizado	
Características clínicas							
Fiebre	3 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	8 (100)
Dolor abdominal	1 (33,3)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (25)
Afectación genital	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (12,5)
Pericarditis/dolor torácico	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (12,5)
Artralgias	2 (66,6)	1 (100)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	5 (62,5)
Artritis	1 (33,3)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (25)
Mialgias	3 (100)	1 (100)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (62,5)
Rash cutáneo	3 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	7 (87,5)
Edema facial	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	2 (25)
Vasculitis leucocitoclastica	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (12,5)
Aftas orales	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (12,5)
Manifestaciones oculares	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (12,5)
Odinofagia	3 (100)	0 (0)	1 (100)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	5 (62,5)
Adenopatías	2 (66,6)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (37,5)
Esplenomegalia	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (12,5)
Hepatoesplenomegalia	1 (33,3)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (25)
Fármacos							
Cóchichina	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	2 (25)
Corticoides	3 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	7 (87,5)
Metotrexate	2 (66,6)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	4 (50)
Anakinra	1 (33,3)	1 (100)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	4(50)

P072 Figura. Principales características de los síndromes autoinflamatorios (SAI).

se recogió en 7 (87,5%) de los casos. El valor medio fue de $187,1 \pm 110$ mg/L para PCR, $3,6 \pm 5,4$ ng/ml para procalcitonina y $95,2 \pm 38$ mm/h para VSG. La mediana de la ferritina fue de 923,5 ng/mL (329-15.410). El tratamiento con inhibidores de la interleucina 1 (IL-1) se recogió en la mitad de la población estudiada (4 pacientes). A tres de estos cuatro pacientes se les realizó cambio de fármaco inhibidor de IL-1 de anakinra a canakinumab por intolerancia a inyección diaria, en el paciente con debut pediátrico, y por fallo secundario al tratamiento en los otros dos casos. Hasta la actualidad, todos los pacientes incluidos presentan un adecuado control de la actividad de la enfermedad.

Conclusiones: El objetivo final de este estudio es enfatizar la necesidad de estar alerta en el reconocimiento de los SAI del adulto como entidades o procesos que empiezan a ser habituales en el campo de nuestra especialidad. Es importante mantener una elevada sospecha diagnóstica para una identificación y manejo terapéutico precoz ya que las terapias biológicas habituales no son eficaces y solo los inhibidores de la IL-1 suelen conseguir un adecuado control de la enfermedad. Se necesitan más estudios para ampliar el conocimiento de los SAI del adulto que permitan prevenir el desarrollo de complicaciones a largo plazo.

P073. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE REDES SOCIALES ENTRE LOS PROFESIONALES HISPANOHABLANTES DE LA REUMATOLOGÍA

M. Ferre-Sanfrancisco¹, J.L. Morell-Hita¹, S. Herrera², A. Rojas³, C.V. Caballero-Urbe⁴ y C. Macía-Villa¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Reumatología. Clínica Las Américas Auna-ARTMEDICA. Medellín. Colombia. ³Medicina Interna/Reumatología. Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes. México. ⁴Reumatología. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

Introducción: El uso de las redes sociales (RS) junto a otras tecnologías de la *e-health* ha experimentado un rápido aumento, en particular atendiendo al uso profesional de las mismas. La información publicada sobre el uso de las RS entre profesionales de la Reumatología es escasa, sin datos específicos en profesionales hispanohablante. Sería interesante aumentar el conocimiento en este campo específico para evaluar el uso de esta herramienta, así como promover medidas de mejora en la difusión de información relacionada con la salud. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el uso de las RS en esta población concreta.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal basado en una encuesta online (plataforma Google Forms) en español distribuida entre profesionales de la Reumatología hispanohablantes a través de boletines de sociedades científicas reumatológicas SER y PANLAR. Se garantizó la confidencialidad de la información siendo todos los datos recogidos totalmente anonimizados desde su origen y siendo presentados de forma agregada. Se realizó un análisis de las variables presentando los resultados mediante media y desviación estándar para aquellas con distribución simétrica. Las variables cualitativas se describieron mediante valores absolutos y porcentajes. Se utilizó el programa estadístico SPSS (IBM SPSS statistics versión 20,0) para el citado análisis. El estudio fue aprobado por el CEIm local con el código 256/23.

Resultados: Se obtuvieron 556 respuestas entre el 17/11/23 y el 31/12/23. La edad media de los encuestados fue $44,7 \pm 13,2$ años, siendo 333 (59,9) mujeres. El país de ejercicio profesional fue España en 266 (48,2) encuestados, Latinoamérica en 282 (51,1), y otros países de Europa y África en 4 (0,7). Cuatro encuestados no aportaron esta información. El español es el idioma utilizado en RS por el 94,2% de los encuestados. La mayoría de encuestados eran Reumatólogos 424 (76,5), seguidos de investigadores clínicos, residentes, y

enfermería especializada. Reconocían ser usuarios de RS 540 (97,1) de los encuestados, de los cuales el 82,5% lo hacían con periodicidad diaria, el 10,8% 4 días semanales o menos, y el 6,7% más de 4 días semanales (pero no a diario). Los principales motivos para no usar RS fueron “no ajustarse a mis necesidades” y “por motivos de seguridad/privacidad”. El 68,4% usa las RS con fines personales y profesionales, compartiendo la misma red social con estos fines el 41,2%. La RS más usada con fines profesionales fue X (antes Twitter) en un 53,8%, seguida por WhatsApp (38,1%) e Instagram (29,9%). La creación de contenido en RS es realizada por 117 (21) de los encuestados. Cualquier tipo de acoso en RS fue informado por 137 (24,8) de los encuestados, siendo el 51,8% de los casos a nivel personal, el 26,3% profesional, y el 21,9% ambos campos.

Conclusiones: Los profesionales hispanohablantes de la Reumatología constituyen una comunidad familiarizada con el uso de las RS, con uso tanto a nivel personal como profesional. Dentro de este último ámbito, esta herramienta se utiliza principalmente para actualización, información de eventos y comunicación con otros profesionales de la Reumatología. A pesar de la distancia geográfica, esta población supone una comunidad con gran actividad e interconexión, albergando un gran potencial en el campo de las tecnologías de la *e-health* para mejorar la difusión de la especialidad y el contacto entre profesionales y pacientes.

P074. RELACIÓN ENTRE HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Eva Pilar Álvarez Andrés¹, Laura Nuño Nuño², Itsaso Losantos García³, María Jesús García de Yébenes⁴, Loreto Carmona⁴, Eugenio de Miguel², Paloma García de la Peña⁵, Alejandro Balsa Criado², Paloma Turiel¹, Nuria Garvín¹, Manuel Beladiez¹, Camila Tapia¹, Cristina Zamora¹, Patricia López Viejo¹, Clara Sanguesa¹, Rocío Mustienes¹, Ana Belén Rodríguez¹, María Alcalde¹, Ana Cruz¹, Paz Collado Ramos¹, Eva Delgado¹, Nieves Guzmán¹, Esther Peira¹ y Beatriz Giménez¹

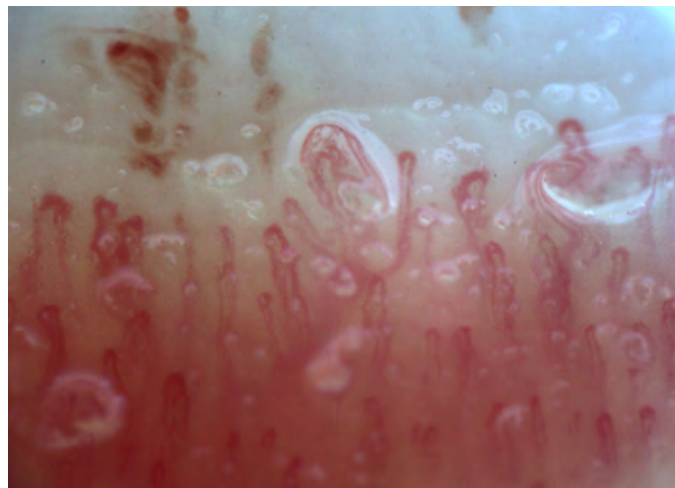
¹Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Instituto de Investigaciones IdIPaz. Madrid. ⁴Instituto de Salud Musculoesquelética (InMusc). Madrid. ⁵Facultad de Ciencias de la Salud de HM Hospitales de la Universidad Camilo José Cela.

Objetivos: La capilaroscopia (CP) es una técnica que observa los capilares del lecho ungueal, utilizada en pacientes con fenómeno de Raynaud (FRy) para el diagnóstico de ciertas patologías reumatológicas (PR). En ellas, una de las principales complicaciones son las enfermedades cardiovasculares, siendo importante el control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). El objetivo principal del estudio era demostrar que los FRCV (diabetes (DM), tabaco (TAB), alcohol (ALC), obesidad (OBE), dislipemia (DL) e hipertensión arterial (HTA)) producen alteraciones en la CP. Como objetivo secundario evaluamos la posible asociación entre los hallazgos CP y la ecografía carotídea (EC).

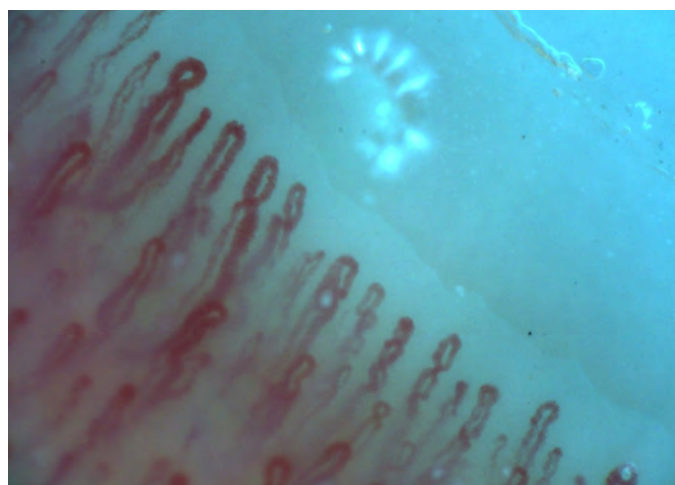
Métodos: Se realizaron 2 estudios: A) Estudio retrospectivo descriptivo multicéntrico basado en historias clínicas y CP de dos hospitales públicos madrileños entre 2015 y 2018. B) Estudio transversal prospectivo basado en CP y EC realizadas en un hospital público madrileño entre 2019 y 2023. Las CP se realizaron con videocapilaroscopia 200x (Dinolite) y *software* DinoXcope versión 1.15. Para la EC se utilizó ecógrafo HITACHI con preset vascular y sonda 14 MHz. Se recogieron variables: sociodemográficas, FRCV (TAB, OH, DM, HTA, DL y OBE), PR, FRy, alteraciones en CP (tortuosidades o TOR, ramificaciones o RAM, dilataciones o DIL (desde 20 μ m), megacapilares o MEG (desde 50 μ m), hemorragias o HEM, plexo venosos y pérdida de capilares (< 7 por campo) o AA), tratamientos (corticoides, AINE, inmunomoduladores, antihipertensivos, estatinas, anti-

diabéticos), y en EC (grosor íntima media y hallazgo placa ateroma) solo en prospectivo. Para el análisis estadístico del prospectivo, se hicieron 4 grupos: PR con FRy, PR sin FRy, No FRy ni PR, y FRy sin PR. Se calculó frecuencia/porcentaje de los hallazgos CP para cada FRCV. Se analizaron mediante modelos de regresión logística bivalente y multivalente (significación estadística con $p < 0,05$).

Resultados: A) Retrospectivo: se revisaron 340 historias clínicas, 286 mujeres, edad media $52,36 \pm 16,97$ años; 77,6% con FRy. Se formaron 3 grupos: 45,6% FRy primarios, 36,2% con patología esclerodermiforme y 18,2% con otras patologías autoinmunes. 62,4% presentaban FRCV: 31,8% DL, 18,2% HTA, 31,8% TAB, 5,8% DM y 2,4% ALC. Se observó asociación estadísticamente significativa entre TOR y FRCV ($p < 0,001$), HTA ($p < 0,001$) y DL ($p = 0,006$); entre RAM y FRCV ($p < 0,001$), HTA ($p < 0,001$) y TAB ($p < 0,001$); entre DIL y FRCV ($p < 0,001$), HTA ($p = 0,019$) y TAB ($p = 0,004$); entre MEG y TAB ($p = 0,034$); entre HEM y FRCV ($p < 0,001$), HTA ($p = 0,008$) y TAB ($p = 0,002$); entre AA e HTA ($p < 0,001$). B) prospectivo: Se incluyeron 402 sujetos, 76% mujeres, edad media 51 ± 16 años. 50% con FRy y 38% con PR. 67% con un único FRCV. Todos los sujetos con FRCV presentaron TOR (100%), y 100% RAM en HTA o DL. Los factores asociados con RAM fueron los FRCV (OR = 95,6), con DIL los FRCV (OR = 59,2), con MEG los FRCV (OR = 8,32), PR (OR = 8,49) y FRy (OR = 6,08). Los individuos con HEM y AA tenían mayor frecuencia de FRCV (OR = 17,6 y OR = 14,4 respectivamente), especialmente ALC y OBE. Respecto a la EC 9,9% presentaron placas, existiendo asociación con RAM (OR = 3,01), DIL (OR = 8,08), HEM (OR = 4,04) y FRCV (OR = 22,6), así como entre grosor íntima media patológico y HEM (OR = 3,14).



Capilaroscopia de varón de 65 años alcohólico con hemorragias, dilataciones y ramificaciones.



Capilaroscopia de mujer de 73 años con TAB e HTA que presenta tortuosidades y dilataciones.

Conclusiones: Existe una clara asociación entre alteraciones en CP y FRCV. Esto es de especial interés para evitar falsos positivos en el diagnóstico de PR, abriendo además la posibilidad de nuevas indicaciones de la CP.

P075. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA DEMANDA DE LAS DERIVACIONES PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TRAS IMPLEMENTAR UN PROYECTO DE COORDINACIÓN

N. de la Torre Rubio¹, M. Pavía Pascual², M. Machattou³, P. Navarro Palomo³, M. Alonso de Francisco³, C. Navarro Joven³, O. Rusinovich³, M. Fernández Castro³, H. Godoy Tundidor³, C. Barbadillo Mateos³, B. García Magallón³, C. Merino Argumán³, J.L. Andreu Sánchez³, J. Sanz Sanz³ y J. Campos Esteban³

¹Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

²Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

³Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: El proyecto ESPANDE tiene como objetivo mejorar el manejo actual de los pacientes atendidos en el servicio de Reumatología, crear nuevas vías con Atención Primaria para lograr la derivación, el diagnóstico precoz y el mejor abordaje del paciente.

Objetivos: Analizar la demanda de Atención Primaria al servicio de Reumatología de un hospital terciario tras la implantación de criterios de derivación preferentes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y comparativo de los datos recogidos de forma consecutiva del 15 al 30 de julio de 2023 (segundo periodo) de las nuevas consultas de Reumatología del hospital de referencia solicitadas desde los centros de salud de Atención Primaria del área y sus consultorios locales. Se recogieron las siguientes variables: mediana y rango de tiempo de espera (días), vía de derivación (ordinaria, preferente o e-consulta), motivo de la derivación, tipo de la visita (alta o seguimiento), sospecha de enfermedad inflamatoria por el especialista en Medicina de Familia y Comunitaria (Sí/No), diagnóstico de confirmación de enfermedad inflamatoria por el especialista en Reumatología (Sí/No), mediana y rango de tiempo desde la aparición de los síntomas inflamatorios hasta la consulta de Reumatología (meses), derivación con analítica (No/Sí/Con reactantes de fase aguda) y derivación con prueba de imagen osteomuscular solicitadas por el Médico de Atención Primaria (Sí/No); quedaron excluidas las aportadas por los pacientes realizadas en centros privados. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los resultados y se calculó el coeficiente Kappa de Cohen para cuantificar el grado de concordancia en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria entre el médico de atención primaria y el reumatólogo. Se realizó la comparación con los datos recogidos en el periodo del 15 al 30 de mayo de 2022 (primer periodo) utilizando el test de la χ^2 cuadrado para variables cualitativas y el test de la t de Student para variables cuantitativas.

Resultados: (Tabla 1). Primer periodo: se recogieron 116 nuevas consultas registradas en el sistema referidas a 100 pacientes, 16 no acudieron a su cita. El grado de concordancia según el índice kappa de Cohen fue de 0,53, suponiendo un 80% de acuerdo (grado moderado). No se encontraron diferencias entre centros de salud en la tasa de derivación acorde a la población atendida por cada centro de salud. Segundo periodo: se recogieron 100 nuevas consultas registradas en el sistema referidas a 88 pacientes, 12 no acudieron a su cita. El grado de concordancia según el índice kappa de Cohen fue de 0,74, 88% de acuerdo (acuerdo sustancial). No se encontraron diferencias entre centros de salud en la tasa de derivación acorde a la población atendida por cada centro de salud. No hubo diferencias significativas en ninguna de las variables salvo en el alta/seguimiento ($p = 0,004$), dándose más altas en el segundo periodo, probablemente en relación a una mejora de la calidad de la derivación.

Descripción de las variables en ambos periodos

	Primer periodo	Segundo periodo
Tiempo de espera en días (mediana (rango))	79 (159)	87 (99)
Ordinaria	79 (159)	96 (99)
Preferente	50 (150)	14 (54)
e-consulta	35 (58)	0
Vía de derivación (%)		
Ordinaria	73	59
Preferente	23	29
e-consulta	4	0
Motivo de la derivación (%)		
Osteoporosis	22	13
Poliartralgias	17	16
Artrosis	9	21,6
Artritis reumatoide	8	8
Espondiloartritis	8	5
Fibromialgia	5	6
Gota	4	5
Lumbalgia	4	7
Polimialgia reumática	3	2
Artritis psoriásica	2	3
Fenómeno de Raynaud	1	1
Otros	19	11
Tipo de visita (%)		
Alta	18	36
Seguimiento	82	64
Sospecha de enfermedad inflamatoria por Medicina de Familia y Comunitaria (%)	38	36
Confirmación de enfermedad inflamatoria por Reumatología (%)	20	27
Tiempo desde la aparición de síntomas inflamatorios en meses (mediana (rango))	13 (1-44)	13 (1-148)
Pruebas complementarias (%)		
Análisis con PCR y VSG	31	35
Pruebas de imagen osteomuscular	75	27

Conclusiones: Los principales motivos de consulta fueron la valoración de osteoporosis y las poliartalgias y la artrosis y las poliartalgias en el segundo. En el segundo periodo se logró disminuir el tiempo de espera por vía preferente. El grado de concordancia fue moderado en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria entre el médico de atención primaria y el reumatólogo y mejoró a sustancial en el segundo periodo.

P076. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS Y TERAPIAS DIRIGIDAS EN REUMATOLOGÍA. FACTORES DETERMINANTES DE SU SUPERVIVENCIA

E. Júdez¹, I. Labiano¹, S. Soro¹, N. Aviles¹, G. García-Consuegra¹, M.A. García Morales¹, A. Monroy², L. Cebrian¹, P. Cifuentes¹, F.A. Pretel³ y G. Sánchez Nievas¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Hospital General de Villarrobledo. ³Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Introducción: Los estudios de supervivencia de terapias biológicas (TB) y terapias dirigidas (TD) pueden resultar de utilidad en la evaluación de la eficacia y seguridad de dichos fármacos a largo plazo. Permiten realizar comparaciones entre fármacos, optimizar su manejo y apoyar la toma de decisiones en la práctica clínica diaria.

Objetivos: Analizar la supervivencia de las TB y TD prescritas a pacientes con diferentes enfermedades autoinmunes (EA) en práctica clínica habitual. Describir las pautas de prescripción de dichas terapias y las principales causas de su suspensión. Determinar la presencia de variables clínicas y sociodemográficas asociadas a diferencias en su supervivencia.

Métodos: Análisis observacional longitudinal del registro de TB y TD de nuestro servicio de Reumatología. Este análisis incluyó de manera prospectiva a todos los pacientes que iniciaron, modificaron o suspendieron tratamiento con TB y TD entre 2000-2023. 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. Valor estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: Un total de 1.076 pacientes (55,5% mujeres, edad media al inicio del 1^{er} tratamiento de 55,83 ± 16,37 años) iniciaron 1903 TB/TD siendo la media de tratamientos recibidos por paciente 1,85 (± 1,69) y la mediana de supervivencia de las TB/TD 4,05 años [IC95%: 3,58-4,54]. Los diagnósticos más frecuentes están recogidos en la tabla 1. TB/TD más prescritas: ADA 21,2%, ETN 20%, IFX 13%, GOL 8%, CTZ 6,25%, TCZ 5,25%, ABA 4,78% y RTX 4,72%. Número de líneas de tratamiento: 417 pacientes (38%) iniciaron una 2^a línea de tratamiento, 195 pacientes (18%) una 3^a línea, 99 pacientes (9%) una 4^a línea, 55 pacientes (5%) una 5^a línea y 37 pacientes (3,5%) una 6^a línea. Duración de la supervivencia por línea de tratamiento: 1^a línea: 4,29 años (± 5,3 años); 2^a línea 3,73 años (± 4 años); 3^a línea 3,13 años (± 3,17 años); 4^a línea 2,55 años (± 2,4 años) y 5^a línea 1,66 (± 1,82 años). Tasa de supervivencia en el tiempo: 1er año 73% [IC95%: 0,7-0,75], 2^o año 62% [IC95%: 0,6-0,65], 5^o año 45% [IC95%: 0,43- 0,48], 8^o año 37% [IC95%: 0,34-0,40] y 32% el 10^o año [IC95%: 0,29-0,35] (fig. 1). Resultados del análisis multivariable: ser mujer se asoció a una menor supervivencia de las TB/TD con una mediana de 3,50 años [IC95%: 2,84- 4,24] frente a 4,48 años [IC95%: 4,08- 6,40] en varones ($p = 0,02$; fig. 2). Del mismo modo la supervivencia global de las TB/TD en AR fue menor que en las otras patologías: mediana AR 3,50 años [IC95%: 2,75-4,08] vs. mediana SPA 4,5 años [IC95%: 3,5-6,5] vs. mediana de Otros Diagnósticos 5,50 años [IC95%: 3,25-12,33] vs. mediana APS 6,83 años [IC95%: 3,84-8,0] ($p = 0,018$; fig. 2). No se observaron diferencias en la supervivencia en relación con la edad (mayor o menor de 65 años) ni entre las distintas TB/TD individualmente ni agrupadas en “familias farmacológicas”. La principal causa de suspensión fue ineficacia en todas las líneas de tratamientos, seguida de acontecimientos adversos.

Diagnóstico	n	%
AR	444	41%
SPA	355	33%
APs	162	15%
Otros (LES, ES, MII, Vasculitis, ...)	112	11%

Figura 1. Diagnóstico.

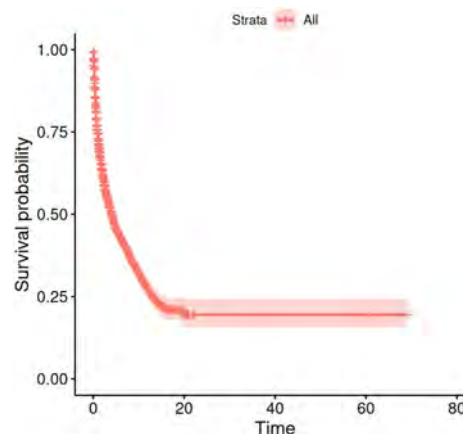
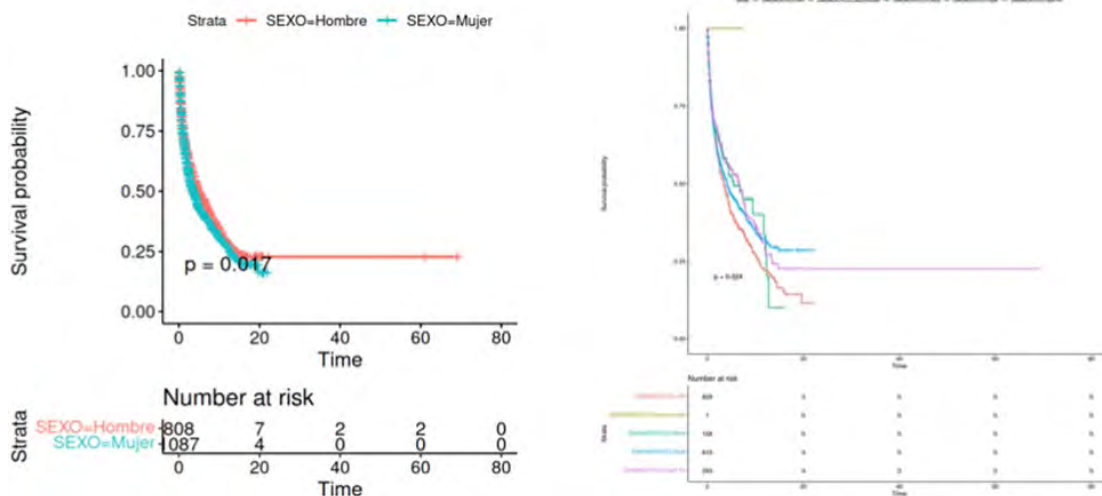


Figura 2. Supervivencia.



P076 Figura 3. Factores determinantes de supervivencia.

Conclusiones: La tasa de supervivencia de las TB/TD en vida real a los 5 años es del 45% siendo la mediana de su supervivencia 4,05 años Ser mujer y la AR se asocian a una menor supervivencia del tratamiento. No se han observado diferencias en cuanto a la supervivencia de las distintas TB/TD.

P077. UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA SÉRICA COMO BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA

Carmen Domínguez Quesada¹, Dolores Ruiz Montesino¹, Israel Oliva², Carmen López Martín¹, Concepción González² y José Javier Pérez Venegas¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

²Bioquímica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La calprotectina es una proteína producida localmente en el sitio de la inflamación que desencadena la activación de los receptores de la inmunidad innata. Se expresa mediante la activación de macrófagos y neutrófilos en el tejido sinovial. Esto la convertiría en un biomarcador de actividad en las enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas que permitiría evaluar y monitorizar la actividad de estas enfermedades.

Objetivos: Determinar las concentraciones de calprotectina sérica en pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APS) con o sin actividad clínica. Correlacionar la actividad clínica con actividad inflamatoria evaluada en imagen (resonancia y/o ecografía) con concentraciones de calprotectina sérica.

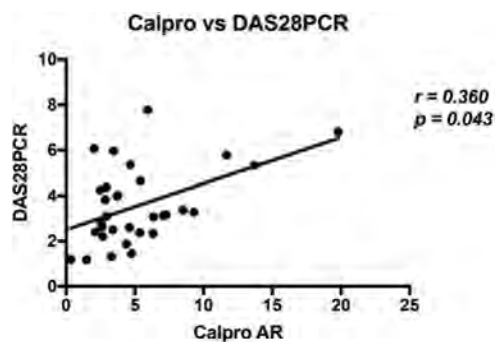
Métodos: Estudio transversal de casos y controles en el que se incluyeron pacientes con AR y APS a los cuales se les realizó, previo

consentimiento informado, una evaluación clínica mediante índice DAS 28 (Disease activity score 28) o DAPSA (Disease activity in psoriatic arthritis) que permitieron estratificar a los pacientes en 4 grupos: AR con actividad con DAS 28 mayor o igual a 2,6, AR en remisión con DAS 28 menor o igual a 2,6, APS con actividad con DAPSA mayor de 4, APS en remisión con DAPSA menor o igual a 4. Además se analizó un subgrupo de pacientes en remisión clínica pero que presentaban actividad en imagen. Se incluyó igualmente, un grupo control de pacientes saneados pareados en edad y sexo. A todos los pacientes se le determinaron los niveles de calprotectina sérica en sangre periférica mediante ensayo de quimioluminiscencia (Liaison, Diasorin) y se les realizó resonancia magnética de bajo campo y/o ecografía articular para valorar actividad. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), tabaquismo, tiempo de diagnóstico y tratamiento recibido, parámetros de laboratorio, actividad de la enfermedad clínica y por imagen. Se utilizó programa estadístico GraphPad Prism 6.0. Este estudio ha sido autorizado por el Comité ético local del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Resultados: Los niveles de calprotectina se midieron en 88 pacientes reclutados en las consultas de reumatología de los cuales: AR (n = 34), APS (n = 21) y controles sanos (n = 33). Las concentraciones de calprotectina sérica estuvieron más elevadas en pacientes con AR y APS que presentaban actividad clínica en comparación con los controles. Los niveles de calprotectina se correlacionaron directamente con actividad clínica, parámetros bioquímicos inflamatorios (velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva) en pacientes con AR (fig.). Sin embargo, no se halló correlación en pacientes con APS. Los pacientes en remisión clínica pero con actividad en imagen, mostraban unos mayores niveles de calprotectina sérica.

Tabla P077

Datos	ARa (n = 23)	ARr (n = 11)	APSa (n = 10)	APSr (n = 11)	Sanos (n = 33)
Edad (años)	51 (42-67)	62 (56-66)	61 (54-66,2)	61 (52-68)	59 (49,5-63,5)
Sexo femenino, n (%)	22 (96%)	7 (64%)	4 (40%)	8 (73%)	24 (73%)
Calprotectina (µg/mL)	4,7 (2,9-7,1)	3,3 (2,2-3,4)	7 (3,7-9)	4,3 (3-7,4)	3 (1,9-4,9)
Proteína C reactiva (mg/L)	4,4 (1,8-11,3)	1,6 (0,8-2,7)	4,6 (2,7-10,5)	5,8 (1,6-11,3)	1,4 (0,6-2,3)
Velocidad sedimentación globular (mm/h)	11 (9-43)	11,6 (7-16)	10 (4-19,2)	12,5 (6-21)	10 (6,5-15,5)
Actividad por imagen (%)					
ECO y RMN	19 (82%)	5 (45%)	6 (60%)	2 (18%)	-
FAME usado					
Metotrexato	8 (33,3%)	10 (90,9%)	6 (60%)	7 (58,3%)	-
Leflunomida	6 (25,0%)	1 (9,1%)	-	1 (8,3%)	-
Salazopirina	-	-	-	1 (8,3%)	-
Tiempo de evolución (años)	6,6 (1,8-14,3)	5,5 (4,4-9,5)	1,8 (0,6-7,14)	6,12 (3,18-13,08)	-



Conclusiones: Los resultados de nuestro trabajo muestran que la calprotectina sérica medida por quimioluminiscencia es un biomarcador que se correlaciona con actividad clínica y de imagen en pacientes con AR y APS. Además estos niveles están elevados en el subgrupo de pacientes de AR en los que, a pesar de estar en remisión clínica evaluada por DAS, presentan actividad por imagen (ECO o RMN). Este hecho podría ser tenido en cuenta a la hora de decidir la optimización de fármacos en este tipo de pacientes.

P078. MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE MARFAN

J.E. Oller Rodríguez, E. Grau García, L. Mas Sánchez, C. Riesco Bárcena, M. de la Rubia Navarro, D. Ramos Castro, S. Leal Rodríguez, A.M. Torrat Novés, P. Muñoz Martínez, A.V. Huaylla Quispe, I. Alcántara Álvarez, B. Villanueva Mañez, I. Martínez Cordellat, I. Cánovas Olmos, H. Charia, L. González Puig, J. Ivorra Cortés, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuixech, E. Tovar Sagrañes, E. Vicens Bernabéu y J.A. Román Ivorra

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Objetivos: Descripción de la afectación de aparato locomotor en pacientes con diagnóstico de síndrome de Marfan (SM) y su asociación a diversas manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de síndrome de Marfan (criterios revisados de Ghent) seguidos en Reumatología desde 2012, de los que se han recogido datos demográficos, clínicos, analíticos y densitométricos.

Manifestaciones clínicas de los pacientes con SM

Variable	N = 65 n (%)
Dilatación aórtica	41 (63,08%)
Cardiopatía (valvulopatía mitral, aórtica, pulmonar, tricuspídea)	30 (46,15%)
Facies marfanoide	10 (15,38%)
Subluxación del cristalino/Ectopia lentis	14 (21,54%)
Alteraciones de la alineación de la columna	
Cifoescoliosis	6 (9,2%)
Escoliosis	29 (44,6%)
Afectación de la pared torácica	
Pectus carinatum	5 (7,7%)
Pectus excavatum	14 (21,5%)
Afectación de pies (planos, cavos, varos, valgus)	19 (29,2%)
Afectación de rodillas (genu recurvatum, genu valgus)	3 (4,6%)
Afectación de caderas (coxa valga, protrusión acetabular)	8 (12,3%)
Afectación de manos (aracnodactilia)	4 (6,15%)

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes (52,3% mujeres) con una media de edad de 39 (16) años. En 48 casos se confirmó genéticamente el diagnóstico, con 3 de ellos como caso índice, siendo el gen FBN1 el más frecuentemente afectado (93,8%). El 80% de los pacientes presentaba afectación del aparato locomotor (tabla), teniendo antecedentes de fracturas el 4,6% de los pacientes. Aproximadamente el 40% de las densitometrías realizadas arrojaba valores en rango de osteo-

porosis. Observamos una tendencia a que en los pacientes con valores disminuidos en la densitometría hay mayor proporción de dilatación aórtica ($p = 0,053$) y afectación de pared torácica ($p = 0,059$). En 11 pacientes se encontraron niveles elevados de autoanticuerpos. Se observa además una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de dilatación aórtica con alteraciones de la pared torácica ($p = 0,027$) y presencia de cardiopatía ($p < 0,001$). Además, se observó una tendencia a presentar mayor desmineralización de la columna lumbar en pacientes con cardiopatía, dilatación aórtica y alteraciones de la pared torácica, siendo estas últimas, además, más frecuentemente observadas en el sexo masculino.

Conclusiones: El 80% de los pacientes con SM presentaban manifestaciones musculoesqueléticas, y además el 40% presentaba densitometría en rango de osteoporosis. Se observa una asociación entre el hallazgo de deformidades de la pared torácica y la presencia de dilatación aórtica. También se observa una tendencia a presentar mayor desmineralización de la columna lumbar en los pacientes con dilatación aórtica y alteraciones de la pared torácica.

P079. USO Y MANEJO DE INMUNOMODULADORES EN UVEÍTIS NO INFECCIOSA: FACTORES ASOCIADOS CON LA RESPUESTA TERAPÉUTICA, LA INDUCCIÓN DE REMISIÓN Y LA APARICIÓN DE RECAÍDAS

Alejandro Gómez Gómez^{1,2,3}, Lydia Abasolo Alcázar^{2,4}, David Díaz Valle^{4,5}, Alfredo Madrid^{2,4}, Ángela Prieto^{2,4}, Benjamín Fernández^{1,2,4}, Diana Peiteado⁶, Esperanza Pato^{2,4}, Estibaliz Loza⁷, Eugenio Pérez⁸, Gerard Espinosa⁹, Inés Pérez Sancristóbal^{2,4}, Javier García González¹⁰, José M. Benítez del Castillo^{4,5}, José M. García Ruiz de Morales¹¹, José M. Herreras¹², Julián García⁴, Lara Borrego Sanz^{4,5}, M. Piedad Rosario⁷, Mar Esteban¹³, María Gurrea¹⁴, María Martín López¹⁰, María Ventura¹⁵, Miguel Cordero Coma¹⁶, Paula Álvarez Hernández^{4,5}, Pedro Arriola Villalobos^{4,5}, Rayma Peña^{2,4}, Rosalía Méndez^{4,5}, Santiago Muñoz Fernández^{17,18}, Teresa Díaz Valle¹³, Zulema Rosales^{2,4} y Luis Rodríguez-Rodríguez^{2,4}

¹Universidad Complutense de Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Health Research Institute (IdISSC). Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁵Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁷Instituto de Salud Musculoesquelética (INMUSC). ⁸Departamento de Oftalmología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Departamento de Enfermedades Autoinmunes. Institut Clínic de Medicina i Dermatologia. Hospital Clínic. Barcelona. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Unidad de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario e Instituto de Biomedicina Universidad de León (IBIOMED). León. ¹²Instituto Universitario de Oftalmobiología (IOBA). Universidad de Valladolid. Centro de Investigación Biomédica en Red en Bioingeniería. Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN). Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹³Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. ¹⁴Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. ¹⁵Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁶Unidad de Uveítis. Complejo Asistencial Universitario e Instituto de Biomedicina Universidad de León (IBIOMED). León. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ¹⁸Universidad Europea de Madrid.

Introducción: Las uveítis no infecciosas (UNI) son enfermedades inmunomediadas que pueden aparecer en el contexto de síndromes oftalmológicos o de enfermedades sistémicas, y que pueden comprometer de manera significativa la visión. En ocasiones, es neces-

rio el uso de tratamiento inmunomodulador para alcanzar el control inflamatorio y evitar la aparición de complicaciones.

Objetivos: Analizar los factores relacionados con el pronóstico en pacientes con UNI tratados con inmunomoduladores en práctica clínica real. Este objetivo se ha dividido en objetivos específicos, como son describir y analizar las variables demográficas y clínicas relacionadas con la tasa de buena respuesta terapéutica, con la incidencia de recaídas tras suspensión de inmunomoduladores debido a mejoría clínica en diferentes UNI, y con el pronóstico y la aparición de complicaciones en las coriorretinopatías multifocales inflamatorias o síndromes de manchas blancas (SMB).

Métodos: Para cada objetivo específico se ha llevado a cabo un estudio diseñado específicamente para la pregunta de investigación correspondiente, para un total de cuatro estudios longitudinales retrospectivos, apoyados por dos revisiones sistemáticas de la literatura sobre el tratamiento inmunomodulador en UNI anteriores y no anteriores. Para ello, se han incluido pacientes atendidos en la Consulta de Uveítis del Hospital Clínico San Carlos (USIO-HCSC), hospital de tercer nivel, entre 1992 y 2018, además de pacientes atendidos hasta en otras cuatro Unidades de Uveítis de hospitales de referencia. Los pacientes habían sido diagnosticados de UNI, sin otros tipos de enfermedad ocular inflamatoria, enfermedad neoplásica o infección activa. Se llevó a cabo un análisis de supervivencia utilizando modelos robustos de regresión de Cox extendidos, bivariados y multivariados, analizando la asociación de variables demográficas y clínicas con las variables dependientes a estudio (buena respuesta terapéutica, reactivación de la enfermedad y pronóstico).

Resultados: Se describió la tasa de incidencia de buena respuesta al tratamiento inmunomodulador, de recaídas tras remisión y de aparición de complicaciones en SMB, y se analizaron las variables relacionadas con estos eventos. El riesgo para alcanzar una buena respuesta terapéutica fue menor si existía edema macular uveítico en el momento de la prescripción y con una dosis más alta de glucocorticoides orales prescrita en el año anterior a la prescripción de inmunomodulador, y se identificaron también factores asociados a la buena respuesta en función de la dosis de glucocorticoide asociada al inmunomodulador; el uso temprano del inmunomodulador, la panuveítis y una dosis oral de glucocorticoides más alta al interrumpir el tratamiento se asociaron a un mayor riesgo de recaída; y en los SMB, los eventos previos de pérdida de visión, la presencia de neovascularización coroidea y de cataratas asociaron un peor pronóstico visual, mientras que la monoterapia con inmunomoduladores, pero no la terapia combinada, se asoció con una mayor tasa de incidencia de pérdida visual.

Conclusiones: Existen factores asociados a la buena respuesta terapéutica, las suspensiones, las recaídas tras suspensión por mejoría y la aparición de complicaciones en pacientes con UNI tratados con inmunomoduladores. Su identificación y aplicación en pacientes con UNI pueden servir para mejorar su pronóstico y su calidad de vida.

P080. ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS DE PROFILAXIS DE OSTEOPOROSIS Y FRACTURA EN PACIENTES TRATADOS CON DOSIS ALTAS DE GLUCOCORTICOIDE

Antonio Naranjo Hernández, Jaime Falcón, M. Mercedes Plasencia Núñez, Fidelina de la Nuez Viera, Josefina Moreno Ramírez y Soledad Ojeda

Servicio de Reumatología. Uso Racional del Medicamento. Servicio Canario de la Salud. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: El empleo de glucocorticoide (GC) es uno de los factores de riesgo conocidos de osteoporosis (OP) y fractura. El concepto de “riesgo inminente de fractura” incluye, además de la

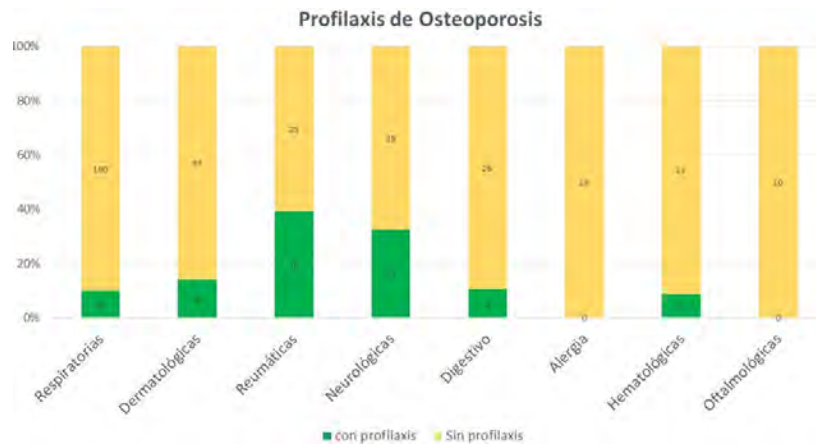
fractura reciente, al paciente caedor y aquellos que reciben GC a dosis altas.

Métodos: Se analiza la prescripción de GC a dosis > 30 mg/d de prednisona y tratamiento concomitante para la OP. Se incluyen pacientes > 50 años de la isla de Gran Canaria con dispensación en farmacia de 3 o más envases de 30 compr de prednisona 30 mg. Los datos se extraen de la historia clínica y de la aplicación de receta electrónica: edad, sexo, enfermedad motivo del empleo de GC, número de envases de prednisona dispensados en la farmacia durante 2022, realización de densitometría ósea y empleo concomitante de bisfosfonato o denosumab.

Resultados: Se incluyeron 427 pacientes, 51% mujeres, edad media de 66 años. La enfermedad de base más frecuente fue la respiratoria (46%), seguida por la dermatológica (10%), la reumática (9%) y la neurológica (8%) (tabla). Se realizó densitometría ósea (analizada en 259 casos) en 88 pacientes (34%), si bien temporalmente relacionada con dosis altas de GC en 56 pacientes (21,6%). En 59 casos (13,8%) se prescribió profilaxis de OP, correspondiendo a 39 mujeres (17,8%) y 20 varones (9,5%) ($p = 0,012$). La diferencia en porcentaje de profilaxis de OP en mayores y menores de 70 años fue estadísticamente significativa (21,6 vs. 8,7%, $p < 0,001$). Los pacientes con profilaxis de OP disponían de una densitometría ósea con mayor frecuencia que los pacientes sin profilaxis (43 vs. 15%). La figura muestra la profilaxis de OP en cada grupo de enfermedad, variando entre el 0 y el 39%. En un modelo de análisis multivariante, encontramos que los pacientes con prescripción de profilaxis de OP fueron de mayor edad (OR 1,047; IC95% 1,017-1,082), predominio de mujeres (OR 3,079; IC95% 1,484-6,387), padecían enfermedad reumática o neurológica (OR4,910; IC95% 2,331-10,343), tenían una densitometría ósea (OR 3,700; IC95% 1,765-7,755) y retiraron de la farmacia más de 4 envases de prednisona 30 mg (OR 2,579; IC95% 1,264-5,264). No se observaron diferencias en cuanto a profilaxis de OP entre las dos áreas sanitarias ni en la fecha de diagnóstico de la enfermedad. Así, setenta de cada 100 mujeres de 70 o más años con enfermedad reumática o neurológica tenía profilaxis, en contraposición con 5 de cada 100 mujeres menores de 70 años con otras enfermedades. El tratamiento OP consistió en risedrónico en 23 pacientes (38,9%), seguido de alendrónico en 21 (35,5%), denosumab en 12 (20,3%) e ibandrónico en 3 pacientes (5%). En conjunto, 37 de los 59 pacientes con profilaxis de OP (79,6%) recibieron un bisfosfonato oral. La prescripción de profilaxis de OP se inició durante el tratamiento con GC en 37 de los 59 pacientes y se había prescrito años antes en 12 pacientes. Las prescripciones iniciadas durante la terapia con GC correspondieron a reumatología (48%), otras especialidades hospitalarias (39%) y médico de familia (13%).

Enfermedad	Área de salud		Total
	Norte	Sur	
N	238	189	427
Respiratorias	96 (46,3%)	104 (55,0%)	200 (46,8%)
Dermatológicas	31 (13%)	12 (6,3%)	43 (10,1%)
Reumatológicas	25 (10,5%)	16 (8,4%)	41 (9,6%)
Neurológicas	21 (8,8%)	16 (8,4%)	37 (8,7%)
Aparato digestivo	14 (5,9%)	15 (7,9%)	29 (6,8%)
Alérgicas	15 (6,3%)	10 (5,2%)	25 (5,9%)
Hematológicas	17 (7,1%)	6 (3,2%)	23 (5,4%)
Oftalmológicas	4 (1,6%)	6 (3,2%)	10 (2,3%)
Otros	15 (4,2%)	4 (2,1%)	19 (4,4%)

Diagnóstico por grupo de enfermedad.



P080 Figura. Enfermedad de base y profilaxis de osteoporosis.

Conclusiones: La profilaxis de la OP en pacientes con dosis elevadas de GC se asoció a padecer enfermedad reumática o neurológica, ser mujer mayor de 70 años y realización de densitometría ósea. No obstante, en el total de la muestra estudiada, solo uno de cada 7 pacientes recibió profilaxis de OP. Se precisan acciones formativas dirigidas a las especialidades que, debido a las enfermedades que tratan, emplean GC a dosis altas.

P081. MORBILIDAD ÓSEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA RECEPTOR CRÓNICA FENOTIPO ESCLERÓTICO

Cristina Hidalgo Calleja², Laura Puebla Tornero¹, Carlos A. Montilla Morales², Lucía Pantoja³, María Dolores Sánchez⁴, Daniel Martín⁵, Marta Ibáñez², Belén Miguel³, Carolina Cristina Chacón², Laura Blanco², Olga Compán² y Lucía López-Corral⁶

¹Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ³Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Segovia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ⁵Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ⁶Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Las complicaciones óseas constituyen un problema creciente en los pacientes sometidos a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH). La intensidad de la quimioterapia y los regímenes de irradiación corporal total pretrasplante así como la exposición a corticoterapia crónica para el tratamiento de la enfermedad injerto contra receptor (EICR) pueden acarrear toxicidades óseas. La osteoporosis (OP) ha sido descrita en más del 50% de los pacientes sometidos a alo-TPH y se ha reportado una incidencia de fracturas en torno a un 5-7% en los largos supervivientes. La necrosis ósea avascular (NOA) es otra complicación ósea debilitante asociada al tratamiento esteroideo y su aparición se ha descrito en 4-9% de los receptores de trasplante.

Objetivos: Analizar la frecuencia y el tipo de morbilidad ósea en una serie de 96 pacientes con EICR crónica (EICRc) fenotipo esclerótico cutáneo, articular y/o fascial atendidos en una consulta multidisciplinar (derma/hemato/reumatología).

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal (desde marzo de 2014 hasta diciembre de 2022) de los pacientes con EICRc que desarrollan complicaciones óseas: OP, FV y/o NOA, con seguimiento según práctica clínica habitual. Se recogen las variables demográficas básicas, las relacionadas con la enfermedad de base y el procedimiento, las características clínicas

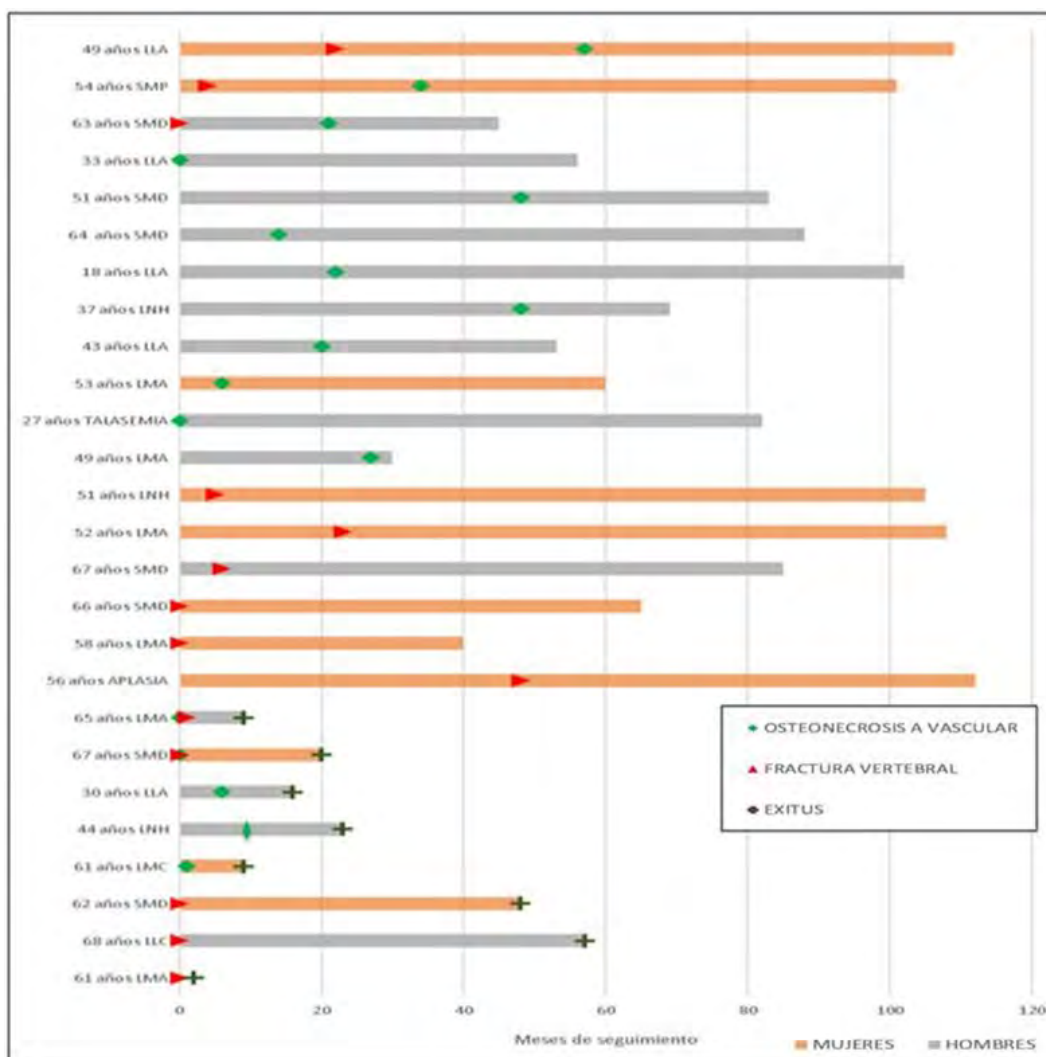
relacionadas con la EICRc y las terapias administradas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v. 25.

Resultados: La presencia de OP se objetivó por DEXA en 32 (33%) pacientes, 14 (14,5%) pacientes desarrollaron FV (3 pacientes con osteopenia densitométrica y un paciente con densidad mineral ósea normal) y 17 (17,7%) pacientes NOA. En la tabla se detallan las características clínicas de los pacientes con OP. La NOA fue diagnosticada por RM en la totalidad de los pacientes. Todos los pacientes habían recibido terapia esteroidea a dosis altas y durante más de 6 meses. La mediana de edad al diagnóstico fue de 45 años (r 18-64). La mediana de tiempo transcurrido desde el trasplante hasta la aparición de la NOA fue de 34 meses (r 6-66). La NOA fue multifocal en la mayoría de los pacientes (n = 9) con mayor frecuencia en cabeza de fémur (n = 9; 53%), seguida de rodilla (n = 5; 29%). En la figura se detallan algunas variables (edad, género, tipo de enfermedad de base, tiempo de seguimiento en la consulta y desenlace en cuanto a fallecimientos) de los pacientes de la serie de EICRc que han desarrollado complicaciones óseas.

Características clínicas de los pacientes con OP (n = 32)

Variable	N (%) / mediana (rango)
Género: hombre/mujer	16 (50%) / 16 (50%)
Edad media al reclutamiento (años)	53 (18-71)
Diagnóstico:	
LMA/LNH/SM	10 (31,3%) / 8 (25%) / 8 (25%)
LLA/LMC	2 (6,3%) / 2 (6,3%)
LH/BTM	1 (3,1%) / 1 (3,1%)
Tiempo desde el trasplante (meses)	28 (4-117)
Órganos afectados:	
Boca	16 (50%)
Ojos	19 (59,4%)
Tracto genital	3 (9,4%)
Tracto gastrointestinal	4 (12,4%)
Hígado	5 (15,7%)
Pulmón	7 (21,9%)
Articular/fascitis	29 (90,6%)
Cutáneo	23 (71,9%)
Score global de actividad: moderado/grave	6 (18,8%) / 24 (75%)
Corticoterapia	29 (90,6%)
índice de masa corporal	22,9 (16,7-38)
Terapias administradas	
Bisfosfonatos	23 (71,8%)
Denosumab	1 (3,1%)
Fracturas	10 (31,5%)
Vertebroplastia	4 (12,5%)
Exitus	6 (18,8%)

Conclusiones: La morbilidad ósea relacionada con la EICRc y su tratamiento es muy frecuente y conlleva un impacto deletéreo en el pronóstico de estos pacientes. La detección de OP debe ser evaluada precozmente con herramientas validadas, para intentar estratificar el perfil de riesgo individual y decidir el protocolo de seguimiento adecuado.



P081 Figura. Complicaciones óseas: fracturas vertebrales y necrosis ósea avascular.

P082. DENOSUMAB: INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO Y DESARROLLO DE FRACTURAS VERTEBRALES MÚLTIPLES

Elena María Oliver García¹, Elena Cañadillas Sánchez¹, Eddy Eduardo Tapia Cabrera¹, Alicia Viñas Barros¹, Tamia Gil Ramos¹, Cilia Amparo Peralta Ginés¹, Pilar Susana del Río Martínez¹, María Camila Osorio Sanjuan¹, Eva Palero Díaz¹, Emilia Aznar Villacampa¹, Jacobo Yáñez Merino¹ y Arantxa Torres Roselló²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La prevalencia creciente de la osteoporosis (OP) ha impulsado la búsqueda de estrategias terapéuticas, como el denosumab, un anticuerpo monoclonal humano (IgG2) con efecto antirresortivo, indicado en casos de elevado riesgo de fractura. En los últimos años se ha demostrado que su suspensión puede provocar efecto rebote con pérdida rápida de densidad mineral ósea ganada durante el tratamiento. En la práctica clínica, hemos observado irregularidades en el cumplimiento terapéutico de este fármaco, que discrepan de la favorable adherencia encontrada en buena parte de la evidencia publicada.

Objetivos: Describir las causas de la interrupción inadecuada del tratamiento con denosumab y su asociación con el desarrollo de FVM.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo que describe la adherencia a denosumab en mujeres posmenopáusicas tratadas entre octubre de 2018 y octubre de 2023. Se incluyeron aquellas que mantuvieron el tratamiento por más de un año. Los datos fueron recopilados a través de la revisión de historias clínicas y de la literatura, y analizados mediante el programa IBM SPSS v.25. Este trabajo ha sido evaluado por el CEICA.

Resultados: Se incluyeron 57 mujeres (edad media: 71,9 ± 6,7 años). A nivel densitométrico, el 91,2% tenía osteoporosis y el 8,8% osteopenia. El 47,4% había sufrido una o más FV. Se establecieron dos grupos según la adherencia: 40 mujeres (61,2%) con cumplimiento adecuado y 17 (29,8%) con discontinuación. En este último grupo, el 57,8% de las pacientes no cumplieron de manera adecuada el tratamiento por olvidos involuntarios, mientras que, en el 42,2% fue por prescripciones médicas erróneas. El tiempo medio de tratamiento fue de 4,7 ± 2,8 años. En el momento del estudio, 25 pacientes (43,8%) habían interrumpido la terapia, siendo solo 8 de ellos (32%) los que continuaron con una correcta terapia secuencial posterior. Las principales razones fueron el vencimiento del periodo recomendado con el fármaco (44%) y los olvidos de la paciente (36%). Otros motivos fueron: manipulación dental (8%), ineficacia terapéutica (4%), insuficiencia renal (4%) y deseo del paciente (4%). En el grupo con discontinuación, 7 de 17 mujeres (41,2%) desarrollaron FVM. Fueron detectadas un total de 22 FV. Comparando ambos grupos con chi-cuadrado, se obtuvo un riesgo significativo de FVM al dis-

Tabla 1: los resultados se expresan como n (%) y media +/-DE

	Tratamiento con denosumab (n=57)	Buena adherencia (n=40)	Mala adherencia (n=17)	OR (IC 95%)
Sexo (mujeres)	57 (100%)	40 (100%)	17 (100%)	
Edad (años)	71,9 +/- 6,6	72,45 +/- 4,9	70,7 +/- 5,5	
Osteoporosis	52 (91,23%)	36 (90%)	16 (94,1%)	
Osteopenia	5 (8,77%)	4 (10%)	1 (5,8%)	
Fractura osteoporótica previa	27 (47,37%)	22 (55%)	5 (29,4%)	
Tiempo medio de tratamiento (años)	4,7 +/- 2,8	4,9 +/- 2,7	4,14 +/- 3,07	
Finalización del tratamiento	25 (43,85%)	8 (20%)	17 (100%)	
Causas de fin de tratamiento	n=25	n=8	n=17	
Suspensión por tiempo con TS	6 (24%)	6 (75%)	0	
Suspensión por tiempo sin TS	5 (20%)	0	5 (29,4%)	
Olvidos	9 (36%)	0	9 (52,9%)	
Deseo de la paciente	1 (4%)	0	1 (5,9%)	
Manipulación dental	2 (8%)	0	2 (11,8%)	
Ineficacia	1 (4%)	1 (12,5%)	0	
Insuficiencia renal	1 (4%)	1 (12,5%)	0	
Discontinuación de denosumab	17 (29,8%)			
Desarrollo de FVM (pacientes)	7 (12,3%)	0	7 (41,2%)	1,7 (p=0)
Número de FV	22	0	22	
Número de ingresos	2 (3,5%)	0	2 (28,6%)	
Complicaciones secundarias	0	0	0	
Mortalidad	0	0	0	

P082 Figura. DE: desviación estándar; FV: fracturas vertebrales; FVM: fracturas vertebrales múltiples; MAP: médico de Atención Primaria; OR: Odds ratio.

continuar denosumab (OR: 1,7 y $p = 0$). En el grupo con FVM, 2 (28,6%) requirieron ingreso hospitalario. No se detectaron complicaciones secundarias.

Conclusiones: En nuestra cohorte, las pacientes con discontinuación de denosumab tienen 1,7 veces más riesgo de desarrollar FVM que aquellos con buen cumplimiento. En este sentido, hemos podido observar que, a pesar de las advertencias publicadas que indican la importancia de cumplir adecuadamente esta terapia, aún existe un porcentaje apreciable de pacientes que interrumpen el tratamiento sin terapia secuencial posterior, ya sea por falta de adherencia terapéutica o por prescripción médica. Así pues, por un lado, nos preocupa que el largo periodo intercurrente entre las dos dosis anuales del fármaco, pautado mayoritariamente en individuos de edad avanzada, propicie un mal cumplimiento por olvido involuntario. Por otro lado, el hecho de que existan ciertos casos en los que se indica la finalización del fármaco sin terapia secuencial posterior por parte del médico de Atención Primaria, nos informa de la necesidad de estimular una mejor comunicación interdisciplinar.

P083. IMPACTO DE LA FRACTURA VERTEBRAL DORSAL EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA PULMONAR CRÓNICA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Adrián Mayo Juanatey¹, Laura Perea-Galera¹, Joaquín Lacasa-Molina¹, Alberto Herrejón-Silvestre², Àngels Martínez-Ferrer¹, Patricia León-Torralba¹, Pablo Andújar-Brazal¹, Carlos Valera-Ribera¹, Alida Taberner-Cortés¹, Ignacio Vázquez-Gómez¹, Elia Valls-Pascual¹, Desamparados Ybáñez-García¹ y Juan José Alegre-Sancho¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

²Servicio de Neumología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Los pacientes con neumopatía crónica presentan mayor riesgo de padecer osteoporosis y fracturas vertebrales. Sin embargo, el impacto de las fracturas vertebrales sobre el pronóstico de las diferentes enfermedades pulmonares no está bien establecido.

Objetivos: Evaluar la influencia de la fractura vertebral dorsal en el curso de la patología pulmonar crónica (enfermedad pulmonar obs-

tructiva crónica [EPOC], asma y enfermedad pulmonar intersticial difusa [EPID]) en los pacientes del área de salud del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, España.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye pacientes con diagnóstico de fractura vertebral dorsal y de patología pulmonar crónica (EPOC, asma, EPID y subtipos) visitados entre enero y septiembre de 2023. Se recogieron datos demográficos, tiempo entre las pruebas funcionales respiratorias (PFR) y la fractura, y parámetros espirométricos en litros y en % de capacidad vital forzada (FVC), volumen espirado máximo en el 1º segundo de la espiración forzada (FEV1), índice de Tiffeneau (FEV1/FVC%) y flujos mesoespiratorios (FEF25-75). También se recogieron nº de ingresos, nº de exacerbaciones que requirieron corticoterapia sistémica antes y después de la fractura, presencia de fractura lumbar o costal, parámetros analíticos de metabolismo óseo (Vitamina D [25-OH-D3], calcio, fósforo) y densitométricos (T-score lumbar y cadera, previo y posterior a la fractura). Se analizó la progresión de la función pulmonar, utilizando parámetros de PFR, nº de ingresos y exacerbaciones.

Resultados: Se incluyeron un total de 50 pacientes. Las características de los pacientes se recogen en la tabla. Se observó un empeoramiento significativo en FVC ($p < 0,001$), FEV1 ($p < 0,001$) y FEF25-75 ($p = 0,008$) medidas en litros tras la fractura. Sin embargo, no presentaban diferencias estadísticamente significativas en FVC% ($p = 0,695$), FEV1% ($p = 0,680$) y FEV1/FVC% ($p = 0,910$). No se observó un aumento significativo de ingresos hospitalarios ($p = 0,661$) ni de las exacerbaciones ($p = 0,365$). Al analizar por subgrupos, se confirman los resultados en asma, EPOC y EPID. Tampoco se observan diferencias significativas en función del nº de fracturas vertebrales dorsales, la presencia de fractura vertebral lumbar, tabaquismo, IMC, fenotipos de EPOC y otros subgrupos explorados. Sí se objetivó un mayor nº de ingresos en varones ($p = 0,028$), así como un empeoramiento significativo de FEV1/FVC% en los pacientes con déficit de vitamina D [< 20 ng/mL] ($p = 0,033$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la presencia de fracturas vertebrales dorsales tiene poca repercusión en la evolución de las patologías pulmonares crónicas más frecuentes. Los pacientes con peor pronóstico son los varones, que presentan más ingresos, así como aquellos con déficit de vitamina D, donde observamos un empeoramiento significativo de FVC/FEV1%.

Características de los pacientes	n = 50
Mujeres [n (%)]	31 (62)
Mujeres con fractura tras menopausia [n (%)]	31 (100)
Edad en el momento de la fractura (años) [media ± DE]	70,32 ± 10,04
Fracturas vertebrales dorsales por paciente [media ± DE]	2,30 ± 1,38
2 o más fracturas vertebrales dorsales [n (%)]	29 (58)
Fractura vertebral lumbar asociada [n (%)]	27 (54)
Fractura costal asociada [n (%)]	7 (14)
Tiempo desde 1ª PFR a fractura (días) [media ± DE]	743,62 ± 773,17
Tiempo desde fractura a PFR posterior (días) [media ± DE]	619,18 ± 633,62
Hábito tabáquico [n (%)]	No fumador: 23 (46) Exfumador: 16 (32) Fumador activo: 11 (22)
Uso de corticoides inhalados [n (%)]	44 (88)
Tipo de tratamiento de fractura [n (%)]	Médico: 49 (98) Intervencionista (vertebroplastia, cifoplastia): 1 (2)
Fallecidos en el 1º año tras fractura [n (%)]	0
IMC (Kg/m ²) [media ± DE]	29,65 ± 5,08
Deficiencia de vitamina D (< 20 ng/mL) [n (%)]	9 (18)
Osteopenia u osteoporosis tras fractura [n (%)]	Osteopenia: 13 (26) Osteoporosis: 14 (28)
Tipo de patología pulmonar [n (%)]	Asma: 20 (40) EPOC: 24 (48) EPID: 6 (12)
Fenotipo EPOC [n (%)]	Bronquitis crónica: 10 (41,7) Enfisema: 8 (33,3) Mixto: 6 (25)
Clasificación EPOC GOLD 2024 tras la fractura [n (%)]	Exacerbadores (E): 2 (8,3) No exacerbadores (A o B): 22 (91,7)

n: nº de pacientes; DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

P084. FACTORES QUE AFECTAN A LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS. UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Silvia Paredes González-Albo¹, Delia Taverner¹, Ester Costa¹, Anna Pamies², Carles Tomas^{2,3}, Dídac Llop⁴ y Carles Llop⁵

¹Hospital Universitari Sant Joan. Reus. ²Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. ³Hospital Comarcal de Amposta. ⁴Universitat Rovira i Virgili. Reus. ⁵Unitat de Farmàcia. CatSalut. Tarragona.

Introducción: La perseverancia en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis es un factor clave en la prevención de fracturas. Denosumab ha demostrado en estudios previos ser uno de los fármacos antiosteoporóticos con mejor permanencia. Hay factores relacionados con el paciente que pueden influir en la permanencia.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes en tratamiento con denosumab. Comprobar las características clínicas y/o demográficas que se relacionan de manera relevante con la permanencia del tratamiento.

Métodos: Pacientes diagnosticados de osteoporosis de más de 50 años visitados en consultas externas de Reumatología de 3 hospitales de Tarragona, a los cuales se les había indicado tratamiento con denosumab en el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre del 2023 y que como mínimo hubieran recibido dos dosis de denosumab. Se recogieron datos clínicos y demográficos a partir de la historia clínica de los pacientes. El análisis para observar la relación entre diferentes factores y la permanencia se llevó a cabo mediante una regresión logística multivariable. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, polifarmacia, índice de Charlson, estado cognitivo, riesgo de fractura, uso de fármacos psicoactivos, fracturas osteoporóticas previas y tratamientos previos para la osteoporosis.

Resultados: Se reclutaron 854 pacientes. Se excluyeron pérdidas de tratamiento por *exitus* (130 pacientes) y retirada por mejoría según criterio médico (108). Se analizaron 616 pacientes. Las características de estos pacientes se muestran en la tabla. Un total de 468 pacientes

continuaron con el tratamiento (76%) y 148 lo abandonaron (24%). El tiempo medio de seguimiento fue de 59 meses (mínimo 12-máximo 144). Las variables que se asociaron de manera significativa a menor abandono del tratamiento fueron haber recibido tratamiento previo para la osteoporosis (OR = 0,67; IC: 0,48-0,93); polifarmacia entre 5-10 fármacos (OR 0,66; IC 0,45-0,95); polifarmacia > 10 fármacos (OR 0,60; IC 0,37-0,97). La variable asociada significativamente a mayor abandono fue la demencia (OR 1,96; IC 1,34-2,89).

Características de la población analizada

	N = 616
Edad (mediana, IQR)	81 (74-87)
Sexo (n, mujeres, %)	560, 90,90%
Estado cognitivo (n, %)	
Bueno	470, 76,30%
Demencia leve	115, 18,66%
Demencia moderada	30, 4,87%
Densitometría ósea al diagnóstico (sí, %)	416, 67,53%
Valores densitometría columna T-score (mediana, IQR)	-3,10 (-3,7--2,37)
Valores densitometría cadera T-score (mediana, IOR)	-2,5 (-2,9- -1,9)
Valores vitamina D ng/dl antes de inicio tratamiento (mediana, IQR)	33,80 (28-44)
Riesgo osteoporosis (n, %)	
Alto	263, 42,69%
Muy alto	353, 57,31%
Índice Charlson (mediana, IOR)	4 (3-6)
Fármacos psicoactivos (sí, %)	311, 50,49%
Corticoides (n, %)	
Hasta 5 mg de prednisona	63, 10,22%
Más de 5 mg de prednisona	27, 4,38%
No	524, 85,06%
Polifarmacia (n, %)	
Hasta 5 fármacos diferentes	205, 33,28%
Entre 5 y 10 fármacos diferentes	293, 47,56%
Más de 10 fármacos diferentes	116, 18,83%
Fractura osteoporótica previa (n, %)	
Otras fracturas	23, 3,73%
Cadera	122, 19,81%
Vertebrales	204, 33,11%
No	186, 30,19%
Tratamiento previo osteoporosis (n, %)	
Bifosfonato ev	25, 4,06%
Bifosfonatos orales	213, 34,58%
Teriparatida	102, 16,56%
No	274, 44,48%

Conclusiones: La cohorte estudiada está compuesta por población envejecida, con alta comorbilidad, presencia relevante de demencia y polifarmacia. La permanencia del tratamiento con denosumab se ve significativamente influenciada por el estado cognitivo de los pacientes, por el uso de más de 5 fármacos y por haber recibido tratamiento previo para la osteoporosis. Estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de instaurar tratamientos a largo plazo, revalorando el tipo de tratamiento y/o reforzando el seguimiento de estos pacientes.

P085. APROXIMACIÓN A LA PREVALENCIA DE HIPOFOSFATASIA DEL ADULTO EN UNA COMARCA DE CATALUÑA

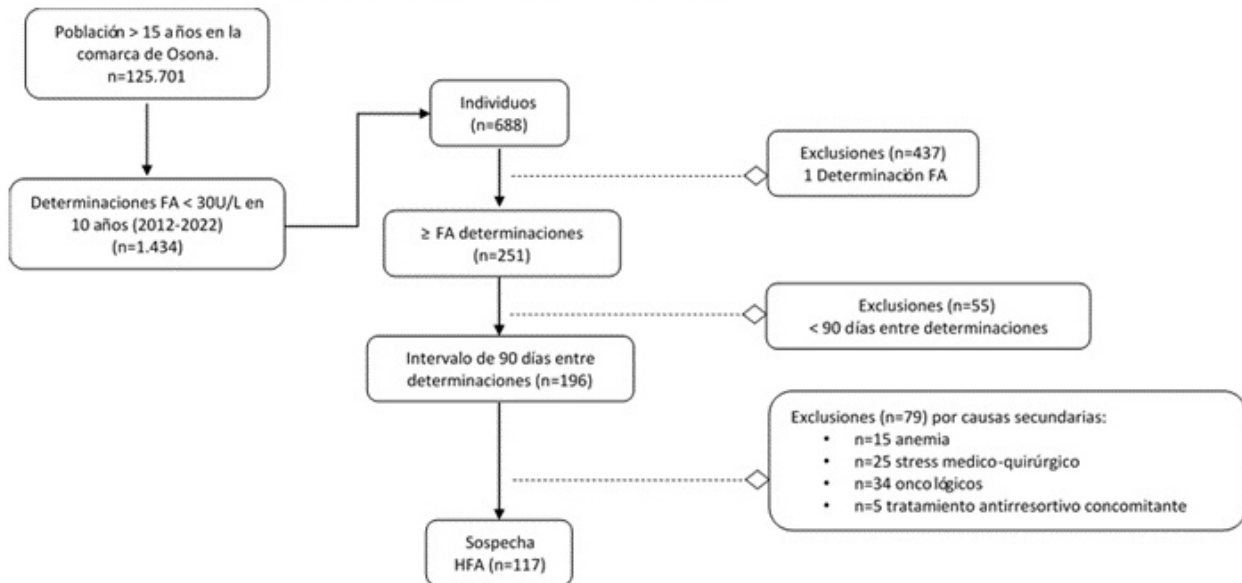
Maria del Carmen Gomar Rubio¹, Eduardo Kanterewicz Binstock^{1,2,3}, Emma Puigoriol Juvanteny^{2,4} y Victor Farré Guerrero^{2,5}

¹Facultad de Medicina. Universitat de Vic-UCC. ²Hospital Universitari de Vic. ³Servicio de Reumatología. ⁴Unidad de Epidemiología.

⁵Laboratorio de Bioquímica.

Introducción y objetivos: La hipofosfatasa del adulto (HFA) es una enfermedad genética rara e infradiagnosticada cuyas principales manifestaciones afectan al aparato locomotor. Conocer la prevalencia de este proceso es problemático ya que la sintomatología es inespecífica y se suele prestar más atención a los niveles elevados de fosfatasa alcalina (FA) que a los niveles bajos. Existen escasos estudios en España sobre la frecuencia de HFA aunque recientemente se ha sugerido que la prevalencia puede ser mayor situándose en valores de que

FIGURA 1. Diagrama de flujo de diagnóstico de hipofosfatasa del adulto.



P085 Figura. Diagrama de flujo de diagnóstico de hipofosfatasa del adulto.

oscilan entre 1/2430 y 1/508 adultos. El objetivo del presente trabajo es analizar la prevalencia de HFA a partir de los datos del laboratorio de un único centro público de referencia comarcal durante un período de 10 años y describir sus principales manifestaciones clínicas.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado entre 2012 y 2022. El laboratorio identificó a los individuos con FA < 30 UI/L, mayores de 18 años. Para catalogar los casos como sospechosos de HFA se exigió un mínimo de dos determinaciones separadas al menos 90 días y se excluyeron las personas con diagnóstico de hipofosfatasa en la niñez y los casos con posibles causas secundarias. Se calculó la prevalencia poblacional y por revisión de las historias hospitalarias y de atención primaria se catalogaron las principales manifestaciones clínicas.

Resultados: La figura muestra los resultados principales: sospecha de HFA en 117 casos sobre una población de 125.701 personas $(117/125.701) \times 100 = 0,093\%$, correspondiente a 1/1.074 individuos. La media de edad de los casos fue de $45,07 \pm 15,6$ en mujeres vs. $58,75 \pm 13,2$ en hombres, $p < 0,001$. Las principales manifestaciones fueron dolor musculoesquelético (76,1%), condrocalcinosis (32,5%), fractura de estrés (19,7%), tendinitis cálcica (15,4%) sin diferencias entre géneros. Únicamente dos casos (1,7%) habían sido previamente diagnosticados de HFA.

Conclusiones: La prevalencia de HFA en nuestra población se acerca al extremo más según lo publicado hace años y coincide con los resultados recientemente publicados por un grupo de Granada, cuestionando el concepto de HFA como enfermedad "rara". Es destacable el poco reconocimiento de la HFA en las historias clínicas, quizás debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas.

P086. OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Daniel Ramos Castro, Samuel Leal Rodríguez, Elena Grau García, José Eloy Oller Rodríguez, Elvira Vicens Bernabeu, José Ivorra Cortés, Isabel Martínez Cordellat, Carmen Riesco Bárcena, Anderson Victor Huaylla Quispe, Laura Mas Sánchez, Pablo Muñoz Martínez, Alba María Torrat Noves, Iago Alcántara Álvarez, Belén Villanueva Mañes, Ernesto Tovar-Sugrañes, Marta de la Rubia Navarro, Luis González Puig, Rosa Negueroles Albuixech, Carmen Nájera Herranz, Inés Cánovas Olmos, Hikmat Charia y José Andrés Román Ivorra

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una conectivopatía hereditaria (90% autosómico dominante) en la que existe una alteración del colágeno tipo 1 o de proteínas asociadas a este. Existe un mayor riesgo de fracturas por la menor densidad mineral ósea que presentan los sujetos afectados; junto a otras manifestaciones sistémicas. En el momento actual no se dispone de un tratamiento específico para estos pacientes, los cuales requieren de un abordaje multidisciplinar y el uso de fármacos antirresortivos en aquellas formas moderadas-graves con alto riesgo de nuevas fracturas.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los pacientes afectados con osteogénesis imperfecta en nuestro centro. Valorar cambio a nivel de densitometría tras introducción de tratamiento antirresortivo.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en 37 pacientes con OI diagnosticados por test genético o con agregación familiar (caso índice confirmado y herencia dominante). Se ha utilizado la historia clínica electrónica para la recogida de parámetros demográficos, clínicos y resultados de pruebas complementarias.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes, 21 mujeres (56,76%) y 16 hombres (43,24%), con una media de edad de 40,24 (17,91) años. Presentaron confirmación genética 23 (62,16%), siendo los subtipos de OI más frecuentes el tipo I (5), síndrome de Brück (2), tipo III (1) y tipo 5 (1). Los genes afectados más frecuentes fueron el COL1A1 (45,83%) y el COL1A2 (41,67%) y el patrón de herencia el dominante (92,86%). El 97,3% tuvieron antecedentes de fracturas, con una media de 5,65 (3,7). Se tiene registro de 5 (13,51%) localizadas en columna vertebral y 5 (13,51%) localizadas en cadera. A nivel de densitometría (DMO), la densidad mineral inicial fue de 0,74 g/cm² (0,14) respecto a 0,83 g/cm² (0,1) en el último registro; siendo el delta de 0,08 (0,18). En cuanto al valor del T-Score lumbar total, la muestra presenta un valor medio de -2,54 (1,03). En sangre encontramos valores medios dentro de rango de vitamina D 31,69 (13,42), de PTH 34,79 (14,93), P1NP 43,86 (77,15) y β-CTX 0,28 (0,44). La media de fosfatasa alcalina 134,24 (121,88) se encuentra levemente elevada. Otros valores como albúmina, filtrado glomerular, calcio y fósforo fueron normales. Respecto a la terapia, 6 (16,22%) no han recibido tratamiento, 27 (72,71%) han recibido bifosfonatos y 4 (10,81%) denosumab. Se han sometido a 1 línea de tratamiento 11 pacientes (29,73%), 2 líneas 15 (40,54%) y 3 líneas 5 (13,51%). El bifosfonato más utilizado 23 (62,16%) es zoledronato. Como tratamiento inicial, el uso de pamidronato es mayor (45,16%) respecto a zoledronato (35,48%).

Tabla P086

Tratamientos utilizados y características en DMO y analítica

	Zoledronato	No tratamiento	Denosumab	Pamidronato	Risedronato
N	23	6	4	2	2
Edad	38,13 (17,64)	45,17 (17,06)	46,5 (25,07)	23,5 (3,54)	54 (2,83)
Fracturas totales	6,13 (4,03)	3,33 (3,08)	7,5 (1,29)	5 (2,83)	4 (4,24)
DMO basal	0,73 (0,15)	0,8 (0,08)	0,61 (0,11)	0,82 (0,07)	0,78 (0,17)
DMO último	0,84 (0,11)	0,78 (0)	0,81 (0,18)	0,83 (0,12)	0,83 (NA)
Delta DMO	0,08 (0,18)	0,1 (0,18)	0,02 (0,03)	0,18 (0,37)	0,01 (0,05)
T-Score	-2,51 (1,04)	-2,37 (0,78)	-3,22 (0,92)	-1,35 (1,48)	-3,2 (0,99)
PTH	34,79 (14,93)	33,58 (14,36)	37,76 (15,51)	39,65 (32,88)	25,5 (NA)
Vit. D	31,69 (13,42)	30,72 (11,55)	33,96 (16,83)	48,57 (17,82)	18,85 (0,64)
P1NP	43,86 (77,15)	46 (96,16)	45,27 (10,97)	28,4 (NA)	34,4 (NA)
β -CTX	0,28 (0,44)	0,3 (0,52)	0,19 (0,1)	0,35 (NA)	0,51 (NA)
Fosfatasa alcalina	134,24 (121,88)	145,24 (137,99)	78,8 (18,01)	198,67 (165,66)	112 (41,01)

Conclusiones: Los pacientes con OI en nuestro centro presentan las mutaciones y patrón de herencia típicos, descritos en la literatura. La práctica totalidad ha presentado fracturas previas y presentan DMO en rango de osteoporosis. Los tratamientos más frecuentemente utilizados son los bifosfonatos, en edad pediátrica el pamidronato y en la edad adulta zoledronato.

P087. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FRACTURAS EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

Isabel Martínez Cordellat, Anderson Víctor Huaylla Quispe, Marta de la Rubia Navarro, Samuel Leal, José Eloy Oller Rodríguez, Carmen Riesco Bárcena, Alba Torrat Novés, Ernesto Tovar Sugrañes, Elvira Vicens Bernabeu, Belén Villanueva Mañes, Elena Grau García, Iago Alcántara Álvarez, Hikmat Charia, Luis González Puig, José Ivorra Cortés, Daniel Ramos Castro, Laura Mas Sánchez, Pablo Francisco Muñoz Martínez, Rosa Negueroles Albuixech, Inés Cánovas Olmos, Carmen Nájera Herranz y José Andrés Román Ivorra

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La lesión de la médula espinal se asocia tempranamente con una marcada pérdida de masa ósea debido a un aumento del recambio óseo, lo que conduce al desarrollo de osteoporosis y por tanto a un aumento de la incidencia de fracturas. A pesar de ello, la etiopatogenia y el manejo clínico de estos pacientes no están claramente establecidos y conlleva la necesidad de adoptar medidas preventivas en su abordaje global.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es el análisis detallado de las fracturas por fragilidad acontecidas a lo largo del estudio evolutivo de nuestros pacientes con lesión medular.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, con adquisición prospectiva de variables de pacientes con lesión medular que desarrollaron diferentes tipos de fractura por insuficiencia tras la lesión medular, en el momento de la lesión medular (visita basal) y en el último control de seguimiento en consultas externas de Reumatología (visita de control).

Resultados: De un total de 44 pacientes con lesión medular, se seleccionaron 8 (18,8%) casos con una edad media de 67 (11) años, que presentaron fracturas a lo largo de la evolución: 5 fracturas en mujeres (62,5%) y 3 fracturas en hombres (37,5%). En 4 pacientes las fracturas aparecieron antes de los 10 años de seguimiento, en 2 casos entre los 10 y 25 años de seguimiento, y en los otros 2 a partir de los 25 años de seguimiento. La localización más frecuente ha sido la vertebral (50%), presentando estos pacientes una mayor edad respecto a otras localizaciones como cadera (2 casos con una media de 66 años), tibia (1 caso con 44 años) y fractura a nivel costal (1 caso con 66 años). A nivel densitométrico (tabla) se observan peores niveles basales en los pacientes que han evolucionado a una fractura de cadera. Con respecto al tratamiento, el grupo que desarrolla frac-

tura vertebral a nivel basal, el 25% no llevaba tratamiento, un 25% recibió calcio y vitamina D, y el otro 50% tenía instaurado además tratamiento con osteoformador/antirresortivo. Los 2 pacientes que desarrollan fracturas de cadera estaban recibiendo tratamiento antirresortivo (bifosfonato/denosumab), calcio y vitamina D. Del grupo que desarrolló fracturas en otras localizaciones, solo un paciente estaba recibiendo tratamiento con antirresortivo (bisfosfonato) además de calcio y vitamina D. Atendiendo a la evolución de los pacientes en el contexto de aparición de fracturas, todos los pacientes estudiados llevaban tratamiento antiosteoporótico (7 de ellos con antirresortivo y 1 con teriparatida), además de calcio y vitamina D.

Variable		Fractura vertebral (N = 4)	Fractura cadera (N = 2)	Otras localizaciones (N = 2)
		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
t-score columna lumbar	Basal	-1,17 (2,91)	-1,7 (3,82)	-0,1 (NA)
	Control	-1 (2,64)	-0,8 (1,84)	2,25 (1,48)
t-score cuello	Basal	-2,03 (1,96)	-3 (NA)	-1,5 (1,13)
fémur	Control	-2,2 (1,25)	-3,8 (NA)	-1,85 (0,78)
t-score cadera	Basal	-2,3 (1,84)	-4,5 (NA)	-2,05 (1,2)
total	Control	-1,97 (1,28)	-4,2 (NA)	-1,85 (1,2)

Conclusiones: Del total de pacientes con lesión medular, el 18,8% de ellos han presentado fractura a lo largo del seguimiento, siendo más frecuentes la de localización vertebral y en pacientes con edad más avanzada. Respecto a la densitometría, los pacientes con fractura de cadera partieron de valores densitométricos más bajos con respecto al resto. Finalmente, se observó una mejoría densitométrica tras la instauración de tratamiento antiosteoporótico en la totalidad de los pacientes.

P088. DENSITOMETRÍA ÓSEA Y RIESGO DE FRACTURA POR FRAGILIDAD

Johanna Sacramento Hernández, A. Nahir, D. Montesino, N. Padrón, M.J. Montesa y B. González Álvarez

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

Introducción: Las fracturas por fragilidad son la principal complicación de la osteoporosis (OP) y suponen un incremento de la movilidad, así como de la mortalidad prematura y del gasto sanitario^{1,2}. La densidad mineral ósea (DMO) medida por absorciometría con rayos X de doble energía (DXA) se emplea para el diagnóstico de OP, siendo un valor de T-score < -2,5 DE patológico. Además, se trata de un predictor de riesgo de fractura pero no de forma individualizada, pues más del 50% de fracturas periféricas ocurren en pacientes con T > -2,5 DE³. Diversos factores pueden artefactar las mediciones de la DXA aumentando el valor de la DMO, como los osteofitos, la artro-

sis y las fracturas vertebrales⁴. Por otro lado, un metaanálisis realizado en 2023 concluyó que la fractura previa confiere mayor riesgo de fractura de forma independiente a la DMO⁵.

Objetivos: Evaluar los resultados de DMO en los 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 que inician seguimiento en la Fracture Liaison Service (FLS) del centro por fractura vertebral por fragilidad reciente desde enero 2017 hasta diciembre de 2023.

Resultados: Se analizaron un total de 225 pacientes y se realizó DXA a 136 de los mismos. Los motivos de no llevarla a cabo fueron por incomparecencia o porque su resultado no iba a modificar la decisión terapéutica. El 85,29% fueron mujeres con una edad media de 71,4 ($\pm 8,55$) años. En el momento de la fractura, únicamente un 44,12% del total presentaban un Tscore $< -2,5$ ds, mientras que más de la mitad de la muestra tenían osteopenia (el 40,44%, con un Tscore entre $-1,0$ y $-2,5$) o una DMO normal (el 15,44%, con un Tscore de $-1,0$ o mayor) (fig. 1). Además, el 33,09% tenían antecedente previo de fractura por fragilidad, y de estos, hasta casi un 10% presentaban una DMO normal (fig. 2).

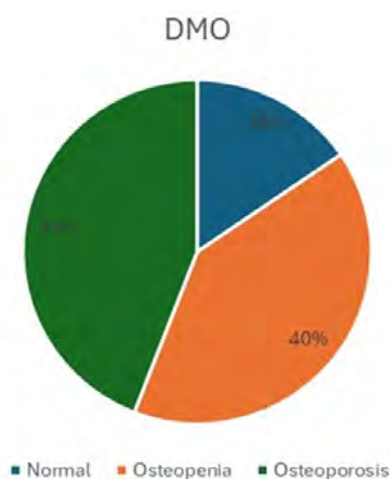


Figura 1. Resultado de DMO medida por DXA en los pacientes que han sufrido fractura vertebral.

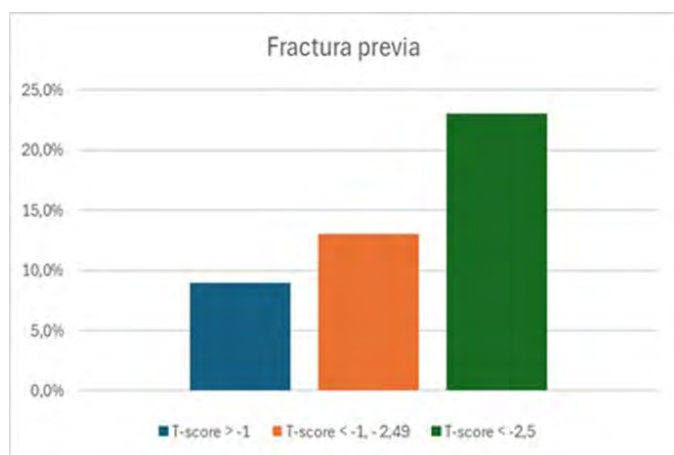


Figura 2. Distribución de pacientes con fractura previa a la fractura vertebral en función de resultado de DMO mediante DXA.

Conclusiones: En nuestra cohorte, menos de la mitad de los pacientes con fractura vertebral por fragilidad presentaban osteoporosis densitométrica y hasta un 16% de los pacientes con fractura vertebral por fragilidad presentaron valores densitométricos normales.

La normalidad de la DXA no exime de la presencia de fragilidad ósea en este perfil de pacientes.

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;14:249-64.
3. Riancho, J. et al. Guías de Práctica Clínica en la osteoporosis postmenopáusica, glucocorticoidea y del varón (actualización 2022), Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2022000100003>.
4. Blanch J, et al. Manual de Enfermedades metabólicas óseas. Madrid: Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM). 2022.
5. Kanis JA, et al. Previous fracture and subsequent fracture risk: a meta-analysis to update FRAX. Osteoporos Int. 2023;34(12):2027-45.

P089. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN “ACUERDO DEPARTAMENTAL PARA EL MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS” EN PACIENTES CON UNA FRACTURA POR FRAGILIDAD RECIENTE

Irene Calabuig Sais^{1,2}, Elena Maestre Griñán³, Silvia Gómez Sabater^{1,2}, Rocío Caño Alameda^{1,2} y Paloma Vela Casasempere^{1,2,4}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). ³Estudiante de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁴Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción y objetivos: La incidencia de fracturas osteoporóticas está aumentando, pero solo una minoría de los pacientes reciben un tratamiento adecuado. Un estudio realizado en un hospital terciario en España reveló que solo el 19% de los pacientes con una fractura por fragilidad reciente recibían tratamiento antiosteoporótico. Por ello, en 2020 se elaboró un “Acuerdo Departamental para el Manejo de la Osteoporosis”. En la “consulta de fractura reciente” de Reumatología se realiza la evaluación inicial y se inicia el tratamiento; en Atención Primaria se lleva a cabo el seguimiento. El objetivo del estudio es evaluar la persistencia del tratamiento antiosteoporótico a los 15 meses de su inicio (intervención), e identificar las causas de discontinuación de la medicación.

Métodos: Estudio observacional longitudinal, incluyendo pacientes con fractura por fragilidad evaluados en la “consulta de fractura reciente”, con un seguimiento posterior de al menos 15 meses. Dado que la prescripción electrónica está limitada a un máximo de 12 meses hasta su siguiente renovación activa, hemos establecido un seguimiento de 15 meses para determinar si esta se ha producido por su médico de Atención Primaria. Se ha determinado el porcentaje de pacientes que mantienen el tratamiento antiosteoporótico a los 15 meses, así como las causas de discontinuación de la medicación, mediante revisión de la historia clínica electrónica. Se ha realizado un análisis comparativo entre grupos de tratamiento “activo” e “interumpido” en función de las características basales, para identificar factores que se asocian a la discontinuación del tratamiento.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 156 pacientes evaluados y tratados, de los cuales 87,2% eran mujeres, y con una mediana de edad de 80 años. El tipo de fractura más frecuente fue la de cadera (64,7%). A los 15 meses, un 86,5% de los pacientes mantenían activo el tratamiento. La causa principal de discontinuación del tratamiento fue la no renovación por parte de su médico (61,9%). Otras causas fueron la interrupción por parte del paciente, la pérdida de

seguimiento del paciente o la interrupción activa por parte de su médico. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo y tipo de fractura entre los pacientes con tratamiento “activo” e “interrumpido”.

Conclusiones: El “Acuerdo Departamental para el Manejo de la Osteoporosis” en la “consulta de fractura reciente” ha sido efectivo en mantener el tratamiento antiosteoporótico en un alto porcentaje de pacientes con fracturas por fragilidad después de 15 meses de la intervención.

P090. FRACTURAS POR FRAGILIDAD Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON ALFA-TRIPTASEMIA HEREDITARIA

Ana Isabel Ramos Lisbona¹, Filip Skrabski², Alicia Prieto-García², José María Álvaro-Gracia¹ y Teresa González¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Alergología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La α -triptasemia hereditaria (ATH) es un rasgo genético con una prevalencia del 4-6% en población caucásica. Comparte con la mastocitosis sistémica (MS), además de cifras elevadas de triptasa sérica, algunas manifestaciones clínicas como anafilaxia, síntomas cutáneos o gastro-intestinales. Se sabe que la MS se asocia con osteoporosis (OP) y fracturas por fragilidad (FF) y que hay una mayor prevalencia de ATH en MS (17,2-21,3%). Sin embargo, no hay estudios que hayan valorado las alteraciones óseas en la ATH.

Objetivos: Identificar la prevalencia de OP y FF y los factores de riesgo asociados en pacientes con ATH. Analizar si la coexistencia de MS y ATH implica mayor riesgo de OP y/o FF en comparación con la MS o la ATH aisladas.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de ATH valorados en los servicios de Reumatología y Alergología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón hasta noviembre de 2023. Se utilizó la triptasemia como cribado, considerándolo positivo ante valores > 8 ng/ml. El diagnóstico de confirmación se hizo mediante test genético. Se recogieron características demográficas y clínicas. La afectación ósea fue definida como OP densitométrica (T-score $\leq -2,5$) y/o la presencia de FF en radiografías de columna dorsal y lumbar. El riesgo de desarrollar fracturas en 10 años fue calculado mediante el índice FRAX.

Resultados: Se incluyeron un total de 30 pacientes, 5 de los cuales presentaban además una MS. Un 10% de los pacientes tenían OP y un 16,7% desarrollaron FF, todos ellos mujeres con una edad superior a 60 años. Las FF fueron vertebrales (múltiples en dos casos) y en un caso, humeral proximal. De los 5 pacientes con FF solo 3 tenían OP densitométrica, y con valores próximos al límite con la osteopenia. Se hallaron 3 genotipos distintos de ATH: 2alfa/3beta, 3alfa/2beta y 3alfa/3beta. En los pacientes con FF no se halló un genotipo predominante respecto a los otros. Ninguno de los pacientes con ATH y MS presentó OP ni FF.

Características demográficas y clínicas de los sujetos con ATH

	ATH (N = 30)
Mujeres, n (%)	22 (73,3)
Edad media de inicio de los síntomas (DE)	39,43 (20,72)
Edad media de diagnóstico (DE)	50,65 (18,09)
Media de IMC (DE)	28,25 (6,15)
IMC < 19 kg/m ² , n (%)	0 (0)
Media de triptasa basal (DE)	18,90 (9,47)
Media de IgE total (DE)	77,50 (73,08)
Población con al menos dos factores de riesgo generales para OP, n (%)	10 (33,33)
Osteoporosis densitométrica, n (%)	3 (10)
Población con fracturas, n (%)	5 (16,7)
Media de T-score en cuello femoral (DE)	-0,72 (1,05)
Media de T-score en columna lumbar (DE)	-0,79 (0,93)
Media de FRAX para fractura global (DE)	4,97 (5,11)
Media de FRAX para fractura de cadera (DE)	1,02 (1,43)

Conclusiones: Un 16,7% de pacientes presentaron OP con FF vertebrales múltiples. La asociación de MS y ATH no parece incrementar la prevalencia de OP ni FF. Los distintos genotipos de ATH no se asociaron con mayor riesgo de OP ni FF. Al ser la obesidad un factor protector frente a OP, existe la posibilidad de que haya constituido un sesgo que haya impedido detectar más casos de OP y FF. Esto, junto con el pequeño tamaño de la muestra limita la extracción de conclusiones.

P091. EVOLUCIÓN EN LOS TRATAMIENTOS EN UNA COMARCA CON UNIDAD DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA (FLS) MULTIDISCIPLINAR

D. Grados¹, C. Alvarado¹, I. Martín¹, A. Gamboa¹, C. Lumbreras¹, E. Duaso¹, V. Charques¹, M.T. Salgado², M.J. García³, E. Marcè³, M. Casanovas³ y F.L.S. Anoa

¹Servicios de Reumatología, Traumatología, Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Atención Primaria, Enfermería y Farmacia. Consorci Sanitari Anoa. ²Servicios de Geriatria, Terapia Ocupacional y Fisioterapia. Fundació Sanitària Sant Josep. ³Servicios de Atención Primaria y Odontología. Institut Català de la Salut.

Introducción: La implementación FLS ayuda a mejorar la atención de los pacientes con fracturas osteoporóticas, a la prevención caídas y a evitar nuevas fracturas. Cuando la FLS se establece, el trabajo en equipo multidisciplinar tanto en atención hospitalaria, atención primaria y atención intermedia, ha permitido aumentar de nuevo la prevención tanto primaria como secundaria.

Objetivos: Analizar los tratamientos actuales en un centro con FLS multidisciplinar y comparar los datos previos de 2019 y 2021.

Métodos: Se ha utilizado un corte transversal de abril de 2023 y se ha comparado con un corte transversal de junio de 2019 y mayo de 2021, los tres obtenidos a través de prescripción de tratamiento antiosteoporótico de nuestro centro y de todos los ABS (población de referencia 111.000 habitantes). Para el zoledrónico se ha utilizado la prescripción en el periodo de un año y comparado con los años previos.

Resultados: El corte muestra que nuestra población tiene 1.854 pacientes en tratamiento activo, 1.619 son mujeres (87%) y 235 son hombres (13%). En 2019 se obtuvieron 1.325 tratamientos y en 2021: 1.283 tratamientos, con porcentaje entre hombres y mujeres muy similar al de 2023. Los datos muestran un crecimiento de más del 40% a medida que la FLS está más establecida. La media de edad ha sido de 77 años (30-102 años). Ha aumentado en 3 años respecto la de 2019/2021 que fue de 74 años. La distribución de los fármacos se puede ver en la tabla. Al analizar los fármacos por edades destacó: la media de edad en antirresortivos parenterales es de 81 años, mientras que en osteoformadores y tratamiento oral es de 74 años. Pese a que las guías recomiendan el uso parenteral en mayores de 75 años, 324 pacientes mayores de esa edad están en tratamiento oral en nuestra zona de referencia. En 2023 han aumentado todos los tratamientos pero de forma más significativa los endovenosos y subcutáneos, podría estar en relación a mejorar la adherencia de los tratamientos sobre todo en los pacientes más ancianos y con fracturas o riesgo alto de fracturas. Dado que analizamos de forma global todos los tratamientos no hemos podido diferenciar entre prevención primaria y secundaria.

Conclusiones: En nuestra población como en la población general, la osteoporosis afecta de forma mayoritaria a mujeres mayores de 50 años. El tratamiento mayoritario son los bifosfonatos. La FLS favorece el uso de los bifosfonatos endovenosos, que se pueden realizar durante el ingreso de la fractura. La edad media de los pacientes es superior en tratamientos endovenosos y subcutáneos,

Tabla P091

	Hombres		Mujeres		Total		Edad		2019	2021	2023
	N	%	N	%	N	%					
Alendronato	44	18,70%	707	43,6%	751	40,50%	74	Alendronato	752	640	751
Ibandronato	0	0%	20	1,2%	20	1,08%	74	Ibandronato	23	20	20
Risedronato	39	16,60%	110	6,8%	149	8%	74	Risedronato	46	90	149
Zoledronato	110	46,80%	361	22,3%	471	25,4%	81	Zoledronato	162	217	471
Denosumab	32	13,60%	341	21,1%	373	20,11%	81	Denosumab	288	280	373
Teriparatida	10	4,30%	75	4,6%	85	4,6%	74	Teriparatida	54	36	85
Romozosumab	0	0%	5	0,4%	5	0,3%	84	Romozosumab	0	0	5
Total	235		1619		1854		77	Total	1325	1283	1854
								Oral	821	750	920
								Otros	504	533	934

exceptuando teriparatida. Durante 2023 se ha observado más de un 40% de tratamientos respecto años previos, deberemos ver evolución.

P092. ESTUDIO DE METABOLISMO ÓSEO PREVIO A PRÓTESIS DE RODILLA

Irene Martín¹, Ángela Zumel², Sergi Gil¹, Joan Leal¹, Juan Erquicia¹, Enric Duaso¹ y Dolors Grados¹

¹Servicio de Traumatología, Geriátría, Reumatología. Consorci Sanitari Anoia. Igualada. ²Fundació Sanitària Igualada.

Introducción: La artroplastia total de rodilla es la técnica de elección en artrosis de rodilla avanzada. La elección del tipo de prótesis a utilizar constituye un factor crucial. Uno de los aspectos que ha ganado relevancia en los últimos años es la evaluación de la densidad ósea para decidir la técnica quirúrgica.

Objetivos: Estudiar el metabolismo óseo y los factores de riesgo de osteoporosis en los pacientes tributarios a prótesis de rodilla de nuestro centro.

Métodos: Se incluyeron consecutivamente durante 2021, 68 pacientes candidatos a prótesis de rodilla. Se les realizó análisis de metabolismo óseo (Ca/P/PTH/vitamina D) y densitometría ósea. Se visitaron en la unidad FLS para valorar FRAX e instaurar tratamiento si procedía. Se excluyeron pacientes con osteoporosis previa, enfermedades de metabolismo óseo o tratamientos que pudieran influir.

Resultados: Se han obtenido resultados de 68 pacientes. Los resultados muestran que no existen diferencias de distribución por sexo entre los participantes siendo 38 mujeres (55,9%) y 30 hombres (44,1%). El promedio de edad fue de 73 ± 8 años. Todos los pacientes tenían valores de calcio y fósforo correctos. La mayoría de los pacientes tenían sobrepeso (91%) (tabla). Se detectó osteoporosis tributaria de tratamiento en 21 pacientes (31%) con la siguiente distribución: Afectación en columna (3 mujeres/1 hombre, edad media de 75 años). Afectación en fémur (8 mujeres/1 hombre, edad media de 78 años). Afectación en columna y fémur (3 mujeres, edad media 74 años). FRAX FC > 3 con DMO (3 hombres/2 mujeres edad media de 82 años). Dentro del grupo de pacientes con osteoporosis, la edad media fue de 77 años (63-85), seis pacientes eran diabéticos. En el caso de los hombres un 80% eran mayores de 80 años. Ninguno de los pacientes era fumador.

Edad media	73 años (46-86)
IMC medio	31,3 ± 4,9
Diabetes mellitus	16 (23%)
Fumadores	7 (10%)
Alteración PTH	13 (19%)
Vitamina D < 30	65 (95%)
Vitamina D < 10	15 (22%)
Vitamina D 10-19	28 (41%)
Vitamina D 20-19	18 (26%)
Enol	0
Menopausia precoz	1 (1%)

Conclusiones: Nuestros resultados corroboran lo descrito en la literatura, estudiar el metabolismo óseo en pacientes candidatos a cirugía de prótesis de rodilla puede ser útil para diagnosticar osteoporosis (evitando fracturas posteriores y decidiendo una mejor técnica quirúrgica), sobre todo en mujeres posmenopáusicas, hombres > 80 años y pacientes con factores de riesgo como diabéticos. El déficit de vitamina D es generalizado y no parece influir en el diagnóstico de osteoporosis.

P093. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS Y DENSITOMÉTRICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS GRAVE TRATADA CON ROMOSUZUMAB

Marina Soledad Moreno García¹, Erardo Ernesto Meriño Ibarra², Yedra Uson Rodríguez¹, Marilia Arce Benavente¹, Julia Ullier Bellmunt¹, Giuliano Boselli Oporto¹, Emilio Giner Serret³, Juan Carlos Cobeta García⁴, María Dolores Fábregas Canales⁵ y Francisco Javier Manero Ruíz¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital San Jorge. Huesca. ³Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ⁴Hospital Ernest Lluch. Calatayud. ⁵Hospital de Barbastro. Huesca

Introducción: Romosozumab (ROMO) es un anticuerpo antiesclerostina que se utiliza en el tratamiento de la osteoporosis (OP) grave. En 2022, ROMO fue aprobado para su uso en España para el tratamiento de la OP grave en la práctica clínica. Para su financiación en nuestro país existen una serie de restricciones: mujeres con OP grave DMO o igual a -3, tratadas previamente con bifosfonatos o contraindicación a estos, con fractura mayor previa por fragilidad en los 24 meses previos, sin antecedente de IAM, ACV o enfermedad arterial coronaria, y con riesgo cardiovascular bajo/moderado según REGICOR (< 10%).

Objetivos: Evaluar las características clínico-analíticas y densitométricas así como los factores de riesgo cardiovascular (tabaco, HTA, DM, DLP) de los pacientes tratados con ROMO en consultas de reumatología de Aragón.

Métodos: Estudio descriptivo observacional prospectivo multicéntrico donde se incluyen pacientes con OP en los que se inició tratamiento con ROMO de 2022 a 2023. Se recopiló la siguiente información: características basales (edad, sexo), factores de riesgo cardiovascular (HTA, DLP, DM, tabaquismo), Regicor (estimación el riesgo cardiovascular), filtrado glomerular, terapias previas (antirresortivas u osteoformadora), y cifras pre-ROMO de densitometría ósea.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, todas mujeres con OP grave. La edad media de la muestra es de 69,8 años. Un 80,4% de las pacientes habían presentado fractura vertebral. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular de la cohorte presentaban: 37% HTA, 37% dislipemia, 10,9% tabaquismo activo. Se estimó el riesgo cardiovascular con la calculadora Regicor, estimándose en riesgo bajo-moderado 2,82%. Resaltar que esta herramienta no nos permite evaluar el riesgo en mayores de 74 años. Todas tenían una

buena función renal (FG 83 ± 12,2). Solo en 12 pacientes fue determinado el CTX con una media de 436 (DE 307) previo al tratamiento con ROMO. De la muestra un 89,1% de pacientes habían llevado terapias previas. De estos, un 34,8% había llevado un fármaco previo, un 34% dos fármacos y un 19,6% habían llevado bifosfonatos + denosumab + teriparatida. Solo un 67,4% llevan terapia con calcio+ vitamina D concomitante. Más de un 50% de las pacientes están en tratamiento con IBP. Con respecto a las cifras de Tscore en la densitometría inicial, la media fue de -3,49 en Tscore lumbar y -2,67 en Tscore cuello fémur.

Características de la cohorte estudiada previamente a la introducción de romosozumab

Variable	N = 46
Edad (años), media ± DE	69,8 ± 6,49
FRCV, n (%)	17 (37%)
HTA	-
DM	-
DLP	17 (37%)
REGICORE, media ± DE	2,82 ± 0,85
Fumador/a activo, n (%)	5 (10,9%)
Menopausia precoz, n (%)	11 (23,9%)
Fractura de cadera de los progenitores, n (%)	8 (17,8%)
Fracturas previas al tratamiento, n (%)	37 (80,4%)
Vertebral	
Nº Fx vertebrales, media ± DE	2,7 ± 2,24
Cadera	3 (6,5%)
Otra localización	13 (28,3%)
Ninguna	4 (8,7%)
Tratamiento previo con corticoides, n (%)	5 (10,9%)
Tratamiento previo con ISRS, n (%)	17 (37%)
Tratamiento previo con IBP, n (%)	26 (56,5%)
Densitometría, media ± DE	
T-Score L1-L4	-3,49 ± 0,66
T-Score cuello fémur	-2,67 ± 0,86
FRAX (%), media ± DE	
Riesgo Fx mayor	18,1 ± 8,63
Riesgo Fx cadera	8,44 ± 7,65
Bifosfonatos	29 (63%)
Tratamiento previo al romosozumab, n (%)	
Denosumab	26 (56,5%)
Teripartida	20 (43,5%)
Tratamiento con calcio y vitamina D, n (%)	31 (67,4%)

Conclusiones: Se describen las características preliminares de la cohorte de pacientes a seguimiento a dos años (tras ROMO un año y posterior antirresortivo y densitometría a 2 años- 2025). Nuestra cohorte de mujeres tratadas con ROMO se caracteriza por osteoporosis grave con fractura previa, alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y en la mayoría de los casos habían recibido tratamiento previo.

P094. ¿SABEMOS QUÉ COMPLICACIONES SUFREN LOS PACIENTES ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA?

Belén Miguel Ibáñez¹, Carmen Pablos Hernández², Marta Ibáñez Martínez¹, Carolina Cristina Chacón Vélez¹, Laura Blanco Ramis¹, Ana Isabel Turrión Nieves¹, Olga Martínez González¹, Manuel Martín Martín¹, Cristina Hidalgo Calleja¹, Carlos Montilla Morales¹, Olga Compán Fernández¹, Lourdes Lorenzo Rodríguez¹, José Vicente Hernández Madrid¹, Susana Gómez Castro¹, Juan Francisco Blanco Blanco³ y Alfonso González Ramírez²

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: Entre un 10-30% de los pacientes con fractura de cadera por fragilidad fallecen durante el primer año tras el evento. Un porcentaje aún mayor no recupera su situación basal previa por mayor predisposición a complicaciones de salud.

Objetivos: Describir la evolución durante el primer año de una cohorte de pacientes ancianos tras sufrir una fractura de cadera osteoporótica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal prospectivo de las refracturas, reingresos y mortalidad de 223 pacientes ancianos hospitalizados en el año 2022 por fractura de cadera desde el alta del proceso hasta diciembre de 2023. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 87,21 años en un intervalo de 62 a 102 años con predominancia de mujeres (169). Al alta del ingreso por fractura de cadera se pautó tratamiento antiosteoporótico a todos los pacientes según criterio del facultativo responsable. El motivo más frecuente de reingreso fue una nueva fractura por fragilidad (12), 6 vertebrales, 2 de cadera y 4 periprotésicas. La mitad de estos pacientes llevaban más de 6 meses de evolución desde la fractura de cadera y presentaban nula adherencia al tratamiento antiosteoporótico pautado. 3 de los 12 pacientes fallecieron poco después por complicaciones de la refractura (1) y por nuevo reingreso con infección respiratoria (2). De la cohorte de 223 pacientes con fractura de cadera, 67 reingresaron a lo largo del año de seguimiento por las causas recogidas en la figura. En cuanto a la mortalidad (fig.), 18 de los 41 fallecimientos constatados fueron durante alguno de los reingresos, en la mitad de los casos por infección respiratoria. Durante el ingreso por fractura de cadera en 2022 se realizó una evaluación geriátrica integral de la situación previa a la fractura. Los pacientes fallecidos durante 2023 presentaban peor situación funcional y menor ejecución de actividades instrumentales (tabla).

Índices geriátricos		Vivos (182)	Fallecidos (41)
Katz	No contestan	3/1,65%	-
	A-B	94/51,65%	8/19,51%
	C-D-E	52/28,57%	24/58,54%
	F-G	33/18,13%	9/21,95%
Lawton Brody	No contestan	4/2,2%	-
	0-1	79/43,41%	29/70,73%
	2-4	49/26,92%	10/24,39%
	≥ 5	50/27,47%	2/4,88%

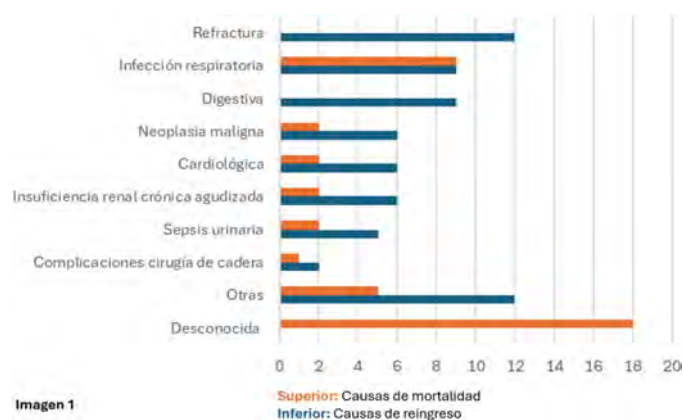


Imagen 1

Causas de reingreso y mortalidad.

Conclusiones: La refractura fue la causa más frecuente de reingreso en este grupo de pacientes ancianos con fractura de cadera. Los pacientes fallecidos presentaban peor puntuación en los índices de Katz (actividades básicas de la vida diaria) y Lawton (ejecución de instrumentales básicas) previos a la fractura, por lo que podría ser beneficioso un seguimiento más estrecho en los ancianos fracturados con peor situación funcional. La nula adherencia al tratamiento estaba presente en todos los pacientes refracturados con más de 6 meses de evolución de la fractura de cadera. La tasa de mortalidad posfractura concuerda con la estadística conocida haciendo necesaria la búsqueda de medidas para evitar complicaciones, recuperar el estado funcional previo (condicionante pronóstico) y vigilar el cumplimiento del tratamiento antiosteoporótico para evitar refracturas.

P095. PREVALENCE OF SENTINEL FRAGILITY VERTEBRAL FRACTURE IN PATIENTS WITH HIP FRACTURE - A RETROSPECTIVE STUDY

Inês Genrinho¹, Cátia Machado⁴, Alina Humenyuk⁵, Susana P. Silva^{2,3}, Sofia F. Azevedo^{2,3}, Cláudia Oliveira^{2,3}, Pedro M. Teixeira^{2,3}, Carolina Vilafanha^{2,3}, Nuno Pais^{3,4} and Anabela Barcelos^{2,3}

¹Rheumatology Department. Centro Hospitalar Tondela Viseu. Viseu. Portugal. ²Rheumatology Department. Centro Hospitalar Baixo Vouga. Aveiro. Portugal. ³Centro Académico Clínico Egas Moniz Health Alliance. Portugal. ⁴Orthopaedic Department. Centro Hospitalar Baixo Vouga. Aveiro. Portugal. ⁵Department of Mathematics. University of Aveiro. Portugal.

Introduction: Vertebral fragility fractures (VFF) are the most common site for osteoporotic fracture, although they are frequently undiagnosed. Both clinical and radiological VFF have been associated with increased morbidity even in the absence of significant pain. Common comorbidities are kyphosis, restrictive lung disease, and spinal stenosis which contribute to the burden on quality of life and increased mortality rates. Previous investigations showed that individuals with VFF are at a significantly increased risk of suffering hip and further vertebral fractures. For these reasons, early recognition of VFF and the institution of treatment can improve morbidity in patients with osteoporosis.

Objectives: To determine the prevalence of previous VFF in patients with fragility hip fracture and to characterize VFF location, type, and severity.

Methods: A retrospective study involved patients ≥ 50 years old with fragility hip fractures admitted to our Fracture Liaison Service between 2019 and 2023. Those who had a thoracic and/or lumbar spine radiological imaging available in the previous 5 years were included. Demographic, lifestyle behaviours, and FRAX data were collected. An independent, blinded rheumatologist and orthopaedist, reviewed the images for VFF and quantified severity using Genant's semiquantitative method. Data was analysed using RStudio.

Results: A total of 357 hip fracture patients were screened for eligibility. 310 of these patients had radiological imaging available for analysis. The mean age was 81.0 (SD ± 9.0) years old and the majority of patients were women (83.9%). Radiological VFF was present in 87 patients (28.1%), but only 38 (12.3%) were previously diagnosed. Lumbar spine (42.5%) was the most frequently affected location, followed by the thoracic spine (32.2%). Multiple thoracolumbar spine fractures were observed in more than a quarter of patients (25.3%). The most prevalent VFF was wedge-type (73.6%), followed by biconcave and crush, 23 and 3.4% respectively. According to the Genant's grading system, 64.4% of the VFF were classified as severe ($> 40\%$ height loss), followed by moderate (23%) and mild fracture (12.6%). Significant differences were found between patients with and without VFF regarding to age ($p 0.009$) and FRAX score for major (0.000) and hip ($p 0.000$) fracture risk.

Conclusions: More than a quarter (28.1%) of hip fracture patients have previous VFF. Lumbar spine was the most frequently involved location, wedge fracture was the most common fracture type, and the majority were severe. These findings highlight that VFF is frequently under-recognized and delays proper osteoporotic treatment. Investigation, diagnosis, and the implementation of timely treatment for VFF can prevent future fragility fractures.

P096. FACTORES ASOCIADOS CON LA PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO EN LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES. RESULTADOS PRELIMINARES

Katherine Cajiao^{1,2}, Helena Flórez¹, José Hernández-Rodríguez³, África Muxi⁴, Sergio Prieto-González⁴, Maria C. Cid³, Ana Monegal¹, Núria Guañabens¹ y Pilar Peris¹

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. ³Unidad de Vasculitis. Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Nuestro grupo reportó previamente la prevalencia y factores de riesgo relacionados con el desarrollo de osteoporosis y fracturas (fxs) por glucocorticoides (GC) en una cohorte de pacientes tratados con GC por enfermedades autoinmunes¹. A todos los pacientes, tras su valoración clínica, se les realizó un informe clínico y se les prescribió tratamiento antiosteoporótico (TAO) según las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Objetivos: Analizar la persistencia al tratamiento a largo plazo en aquellos pacientes en los que se indicó TAO en el estudio basal, los factores asociados a su discontinuación y su relación con la incidencia de nuevas fracturas.

Métodos: Análisis preliminar del estudio longitudinal de la cohorte de pacientes incluidos en el estudio de prevalencia (periodo 2017-18) tras 5 años de seguimiento. Se realizó una anamnesis dirigida al desarrollo de nuevas Fxs y su localización, dosis y duración del tratamiento con GCs y/o tiempo de discontinuación de tratamiento, tipo de TAO prescrito, persistencia y causas de discontinuación de TAO y datos antropométricos, entre otros. Además, se realizó una RX dorsolumbar para valorar Fxs vertebrales (FV) y una densitometría ósea (DXA: analizando la evolución de la densidad mineral ósea [DMO/T-score] en columna lumbar y fémur y del Trabecular Bone Score [TBS]).

Resultados: De los 127 pacientes incluidos en el estudio inicial se han revalorado 86 pacientes hasta la actualidad (16 defunciones y 25 pendientes de revaloración), con una edad media de 63 ± 17 años, 72% mujeres, 72,6% posmenopáusicas. La mayoría tratados por vasculitis (43%) o polimialgia reumática (14%), con una dosis media de GCs en la actualidad de 3 mg/día de prednisona; 33 (38,4%) pacientes había discontinuado el tratamiento con GC (26 de ellos hacía > 1 año). En la valoración inicial, se prescribió TAO a 37 pacientes y 26 continuó el que ya recibían: bisfosfonato oral (73%), zoledronato (1,6%), denosumab (3,2%) y teriparatida (1,6%); 23 pacientes no lo requirieron. Actualmente, 49/63 (78%) continuaban con TAO, 51% de los pacientes tratados referían una buena adherencia (cumplimiento $> 80\%$), 4% una adherencia irregular y 22/49 (45%) no seguían el TAO. Las causas de discontinuación de tratamiento fueron: 18 por indicación médica/dentista, 13 por decisión propia, 5 por efectos secundarios. Durante el seguimiento, 7/86 pacientes (8%) presentaron 12 fracturas por fragilidad (FF; FV+no FV), 7 FV: 4 mujeres con una FV y 1 con 3 FV. Los pacientes que habían discontinuado el TAO presentaron más FF, y 3 de estos 4 pacientes tenían antecedente de FF previas. El 100% los pacientes con fracturas incidentes fueron mujeres postmenopáusicas, 43% presentaron ≥ 2 FF y 5/7 continuaban en ese momento con GC con una dosis media de 4,2 mg/día.

Conclusiones: La persistencia al TAO en los pacientes con osteoporosis por GCs sigue siendo baja, solo un 51% de los pacientes a los que se les había indicado TAO mantiene el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Florez H, et al. RMD Open. 2020

P097. ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE SJÖGREN Y LINFOMA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL

O. Rusinovich Lovgach¹, M. F. Pino Zambrano³, A. Ramos Lisbona⁴, P. Cardoso Peñafiel³, E. Calvo Aranda⁴, J.C. Nieto González⁴, C.M. Gómez González³, A. Pareja Martínez³, P. Navarro Palomo¹, M. Machattou¹, M. Alonso de Francisco¹, C. Navarro Joven¹, A. Martínez Rodado¹, L. Ramos Ortiz de Zárate¹, P. Navarro Alonso², M. Cantalejo Moreira², A. Díaz Oca², M. Fernández Castro¹, H. Godoy Tundidor¹, C. Merino Argumániz¹, B. García Magallon¹, C. Barbadillo Mateos¹, C.M. Isasi Zaragoza¹, J. Campos Esteban², J. Sanz Sanz¹ y J.L. Andreu Sánchez¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada. ³Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta principalmente glándulas exocrinas produciendo infiltración linfoplasmocitaria de las mismas. A lo largo de su evolución, más de 30% de los pacientes desarrollan manifestaciones extraglandulares. La complicación más temida es desarrollo de linfoma (habitualmente, linfoma no Hodgkin (LNH)). Se han asociado distintos factores de riesgo para el desarrollo de linfoma: crioglobulinemia, neutropenia, hipocomplementemia C4, linfadenopatía, entre otros.

Objetivos: Analizar la relación entre el Síndrome de Sjögren primario (SSp) y el linfoma.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio multicéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes con SSp diagnosticados de linfoma. Se incluyeron todos los pacientes con SSp que hayan desarrollado linfoma en tres centros de la comunidad de Madrid. Se analizaron variables demográficas y clínicas de la muestra, se evaluó la relación temporal entre el diagnóstico de SSp y el diagnóstico de linfoma, el subtipo de linfoma y los marcadores de riesgo relacionados con su desarrollo.

Resultados: Se identificaron 15 casos (11 (73,3%) mujeres y 4 (26,7%) varones), con una edad media al diagnóstico de 68 años (53-82), siendo la mediana de duración de Síndrome de Sjögren de 4 (+/-8) años previa al diagnóstico de linfoma. En cuanto a los parámetros analíticos, 12 (80%) pacientes presentaron positividad para anticuerpo anti-Ro, 7 (46,7%) para anti-La, 15 (100%) para anticuerpos antinucleares, 7 (46,7%) para factor reumatoide, en 2 (13,3%) pacientes se objetivó hipocomplementemia C3, en 6 (40%) pacientes hipocomplementemia C4, 1 (6,7%) paciente presentó crioglobulinemia, 8 (53,3%) hipergammaglobulinemia, 6 (40%) leucopenia y 5 (33,3%) anemia. Respecto a las manifestaciones clínicas, parotidomegalia se objetivó en 7 (46,7%) pacientes, linfadenopatía en 11 (73,3%), vasculitis cutánea en 2 (13,3%), neuropatía periférica en 1 (6,7%), fenómeno de Raynaud en 3 (20%). De los 6 (40%) pacientes a los que se realizó biopsia de glándula salival menor, 2 (33,3%) presentaron *high focus score*. El tipo de linfoma objetivado con mayor frecuencia en nuestra muestra fue LNH (12 pacientes (80%)).

Conclusiones: En nuestra experiencia reciente, la positividad para anticuerpo antiRo, presencia de hipocomplementemia C4, leucopenia y linfadenopatía se han asociado al desarrollo de linfoma en pacientes con SS. La mediana de duración de SS previa al desarrollo del proceso linfoproliferativo se situó en 4 (\pm 8) años. El subtipo de linfoma que se ha observado en el 80% nuestra muestra fue el linfoma no Hodgkin.

P098. NUEVOS BIOMARCADORES PROTEICOS EN SÍNDROME DE SJÖGREN

Mónica Fernández Castro, Carolina Merino, María José Santos-Bórnez, Pablo Navarro, Marina Pavía, María Machattou, Carlota Navarro, María Alonso, Laura Ramos, Alejandro Martínez Rodado, Jesús Sanz, José Campos, Hilda Godoy, Blanca García-Magallón, Carmen Barbadillo, Carlos Isasi, Olga Rusinovich, María Concepción Sánchez-Fernández, Andrea Liso Andrino, José Luis Andreu y Alejandra Sánchez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad reumática autoinmune sistémica crónica huérfana de tratamiento. Biomarcadores proteicos séricos y/o salivales podrían constituir potenciales parámetros de clasificación o diagnóstico, pronóstico y dianas terapéuticas. Nuestro objetivo fue analizar la presencia de CD14s (porción soluble del cluster de diferenciación 14), CXCL10 (ligando 10 de quimiocina con motivo C-X-C), EGF (factor de crecimiento epidérmico), PTX3 (pentraxina 3) y VEGFA (factor de crecimiento endotelial vascular A) en muestras de suero y de IL (interleuquina)-6, IL-19 e ICAM1 (molécula de adhesión intercelular 1) en muestras de saliva de pacientes con sospecha de SS.

Métodos: Se han incluido 227 pacientes con sospecha de SS del servicio de reumatología. Sesenta pacientes cumplieron criterios de clasificación de 2016 y/o 2002 (grupo SS), 79 pacientes presentaron una biopsia de glándula salival menor (BGSM) compatible con SS (grupo BGSM+), 136 pacientes no cumplían criterios de clasificación de SS ni presentaron una BGSM compatible (grupo control). Se recogieron muestras de saliva y suero, que fueron centrifugadas a 1.800 g a 4 °C y almacenadas a -80 °C. Los factores proteicos se cuantificaron mediante técnicas de inmunodetección por ELISA empleando el kit Human CD14 Sandwich ELISA Kit (Proteintech) en el caso de CD14s y de forma multiplex por detección mediante Luminex, con los kits Procarta Plex-4plex (Invitrogen) en el caso de los factores CXCL10, EGF, PTX3 y VEGFA y los kits Human Luminex Discovery Assay (R&D system) en el caso de ICAM1, IL-6 e IL-19. El análisis estadístico se realizó mediante el test U de Mann-Whitney con el software SPSS v.18. Valores de $p \leq 0,05$ se definieron como significativos, considerándose *borderline* valores de $0,1 < p > 0,05$.

Resultados: Los pacientes con SS presentaron de forma significativa niveles incrementados de ICAM1 en saliva (mediana (Me): 13,60 μ g/ml, rango intercuartílico (RIC): 3,59-45,979; $p = 0,011$), frente al grupo control (Me: 6,14 μ g/ml, RIC: 2,15-14,22) y niveles elevados, aunque sin alcanzar significación estadística, de CXCL10 en suero (Me: 5,78 pg/ml; RIC: 3,09-8,77; $p = 0,083$) frente al grupo control (Me: 5,03 μ g/ml, RIC: 3,13-8,46). Los pacientes con BGSM+ presentaron niveles significativamente incrementados en saliva de ICAM1 (Me: 14,43 pg/ml; RIC: 5,55-48,08; $p < 0,001$) e IL-6 (Me: 4,45 pg/ml; RIC: 1,59-12,01; $p < 0,032$) y de CXCL10 en suero (Me: 6,30 pg/ml; RIC: 3,34-8,97; $p < 0,047$) frente al grupo control (ICAM1: Me: 6,14 pg/ml; RIC: 2,15-14,22; IL-6: Me: 2,47 pg/ml; RIC: 1,19-5,31; CXCL10: Me 5,03 pg/ml; RIC: 3,13-8,46).

Conclusiones: Los pacientes con SS y los pacientes con BGSM compatible con SS presentaron niveles significativamente mayores de ICAM1 en saliva. El análisis de ICAM1 en saliva podría ser de interés en el diagnóstico temprano de los pacientes con SS.

P099. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES MAYORES PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SJÖGREN EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

José Antonio Bernal Vidal, José Miguel Senabre-Gallego, Lara Pons-Canet, Juan Carlos Cortés-Quiroz, Carmen Raya, Rocío Gallego, Ana Pons-Bas, Gregorio Santos-Soler y José Rosas

Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que afecta las glándulas salivares y lacrimales, y se caracteriza por la infiltración inflamatoria, lo que puede resultar en daño estructural crónico. Los síntomas incluyen xerostomía y xeroftalmia, así como manifestaciones extraglandulares. La ecografía de glándulas salivares mayores (EGS) ha demostrado ser una herramienta prometedora en el diagnóstico del SS, con estudios previos que han demostrado una buena sensibilidad y especificidad en pacientes con SS. Sin embargo, su utilidad en la práctica clínica habitual de reumatología no ha sido completamente establecida. OMERACT ha publicado un sistema de puntuación de la EGS que gradúa de 0 a 3 cada glándula (parótidas y submandibulares), siendo aquellos pacientes con alguna puntuación ≥ 2 los que tenían más posibilidades de ser clasificados como SS. El objetivo principal de este estudio es evaluar el rendimiento de la EGS para diagnosticar el SS en la práctica clínica habitual de reumatología.

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional prospectivo realizado en un único centro, en el cual se incluyeron pacientes con sospecha de SS (por xerostomía, xeroftalmia o anti-Ro positivo) o con diagnóstico clínico de SS, a los que se les solicitó sialometría y Schirmer por parte de reumatología. Como parte de la práctica clínica, se realizó una EGS, siendo esta realizada por un reumatólogo que desconocía los datos del paciente. Se recopilieron datos demo-

gráficos, antecedentes personales, datos clínicos y analíticos como el diagnóstico clínico, test de Schirmer, sialometría basal, presencia de anti-Ro, biopsia de glándula salival menor y si cumplía o no criterios ACR/EULAR de 2016 para SS. Para el cálculo de sensibilidad y especificidad de la sialometría y la EGS se establecieron tablas 2 × 2. **Resultados:** Se incluyeron 81 pacientes de los cuales 76 (93,8%) fueron mujeres. Del total 41 (50,6%) cumplían criterios ACR/EULAR de 2016 para clasificación como SS. El anticuerpo anti-Ro/SSA fue positivo en 54/81 (66,7%) y se realizó biopsia de glándula salival menor en 8 (9,9%) pacientes, siendo patológica en 6 (7,4%). De los pacientes que no cumplían criterios para clasificación como SS, 13/40 (32,5%) tenían algún test de Schirmer < 5 mm y 7/40 (15,5%) tenían una sialometría basal < 1,5 mL en 15 minutos. Tan solo 7/40 (17,5%) tenían una EGS con OMERACT ≥ 2. De los 41 pacientes clasificados como SS, 22/41 (53,7%) tenían Schirmer patológico y 21/41 (51,2%) tenían una sialometría basal < 1,5 mL en 15 minutos, mientras que 29/41 (70,7%) tenían una EGS con OMERACT ≥ 2. El estudio del flujo salival para la clasificación del paciente como SS por criterios ACR/EULAR 2016, tuvo una sensibilidad de 51,2% (36,5-65,7%) y una especificidad de 82,5% (68,0-91,3%). Para la clasificación como SS la EGS (OMERACT ≥ 2) tuvo una sensibilidad de 70,7% (55,5-82,4%) y una especificidad de 82,5% (68,0-91,3%). El valor predictivo positivo de la EGS fue de 80,6% (65,0-90,2%) y el valor predictivo negativo de 73,3% (59,0-84,0%).

Conclusiones: En esta serie de pacientes, siguiendo la práctica clínica habitual, el rendimiento diagnóstico de la EGS es bueno, superior a la sialometría, a pesar de que esta última se incluye en los actuales criterios clasificatorios de SS y la EGS no.

P100. BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR CON TÉCNICA DE MÍNIMA INCISIÓN: UTILIDAD Y COMPLICACIONES

Pablo Navarro Palomo, Mónica Fernández-Castro, Carolina Merino Argumanez, María Machattou, María Alonso de Francisco, Carlota Navarro Joven, Laura Ramos Ortiz de Zárate, Alejandro Martínez Rodado, José Campos Esteban, Hildegarda Godoy Tundidor, Carmen Barbadillo Mateos, Blanca García Magallón, Olga Rusinovich Lovgach, Carlos María Isasi Zaragoza, José Luis Andreu Sánchez, Alejandra Sánchez López, María Concepción Sánchez Fernández, Andrea Liso Andriano, María José Santos Bórnez, Luz Martín Fragueiro y Jesús Sanz Sanz

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad reumática autoinmune sistémica crónica que afecta característicamente a las glándulas exocrinas. En los diferentes criterios de clasificación de SS de los últimos años, americano-europeos de 2002, SICCA-ACR de 2012 y ACR-EULAR de 2016, uno de los ítems con mayor peso, y que siempre se repite, es el hallazgo histológico en la biopsia de glándula salival menor (BGS) de una sialoadenitis linfocítica focal con un *focus score* ≥ 1, de especial interés en los pacientes seronegativos.

Objetivos: Analizar las complicaciones de la BGS realizada con la técnica de mínima incisión y evaluar los resultados obtenidos. La técnica se centra en realizar una pequeña incisión vertical en la mucosa del labio inferior, de 2-4 mm, que no requiere sutura y por lo tanto reduce el tiempo del acto y las complicaciones.

Métodos: Realizamos un estudio transversal retrospectivo de las complicaciones derivadas de las BGS realizadas en el servicio de

reumatología de un hospital de tercer nivel en el último año mediante encuesta telefónica a los pacientes. Se recogieron datos demográficos de los pacientes y las complicaciones derivadas de la intervención y se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia de los acontecimientos adversos. Consideramos una muestra de BGS adecuada cuando el anatomopatólogo emitía un diagnóstico. Mediante encuesta on line hemos recogido información sobre la técnica realizada en otros servicios de reumatología españoles.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, la mayoría mujeres (82%) con una edad media de 57 ± 14 años. Ocho pacientes (8%) estaban antiagregados y 4 pacientes (4%) anticoagulados (ninguno de los cuales precisa ser suspendido para esta técnica). Del total, 67 (67%) pacientes no refirieron complicaciones, 24 (24%) presentaron una complicación y 9 (9%) presentaron más de una complicación (tabla). Respecto a las complicaciones, solo 1 sangrado se relacionó con la toma de anticoagulación, siendo los 7 (100%) sangrados autolimitados con gases hemostáticos. Los 6 (100%) hematomas se autolimitaron a las 48 horas de la técnica. Dos (50%) de las 4 parestesias persisten en el momento de la consulta. Las muestras de tejido de glándula salival menor analizadas presentaban una mediana de volumen de 12 [8, 24] mm³ y presentaban una media de 3 ± 3 lobulillos. En 98 muestras (98%) se emitió un diagnóstico histológico, existiendo solo 2 (2%) muestras insuficientes para su valoración. Veintidós hospitales nacionales respondieron la encuesta. Solo la mitad (11 centros) realizan BGS, con una media anual de 79 ± 91. De los servicios que no realizan BGS, 6 derivan a Cirugía Maxilofacial (50%), 5 (42%) a Otorrinolaringología y 1 (8%) a Dermatología. De todos los servicios que no realizan BGS, 10 (91%) refirieron que se plantearían realizar BGS si aprendieran una técnica sencilla.

Conclusiones: El análisis de las complicaciones de la técnica de mínima incisión muestra una frecuencia de las mismas baja, la mayoría menores y resueltas en la propia consulta o en un máximo de 48h. El 98% de las muestras resultaron adecuadas para el diagnóstico, siendo la mediana del volumen de las mismas de 12 mm³. La mitad de los servicios de reumatología no realizan BGS y, la mitad de los que sí la realizan, dan puntos de aproximación, lo que aumenta potencialmente el tiempo del acto y las complicaciones.

P101. CORRELATION BETWEEN OXFORD GRADING OF CORNEAL STAINING SCORE AND SICCA TEST INCLUDED IN ACR-EULAR 2016 CLASSIFICATION CRITERIA FOR PRIMARY SJÖGREN SYNDROME

Alejandro Gómez-Gómez¹, Sergio H. Martínez-Mateu², Paloma Vela Casasempere³, María Paula Álvarez Hernández⁴, Ignacio Braña Abascal⁵, Mónica Fernández Castro⁶, Hugo Fernando Avalos Bogado¹, Natalia Boix-Martí¹, Eric Kirkegaard-Biosca⁷, Iago Álvarez Saez⁸, Juan de Dios Cañete Crespillo⁹, Antonio Julià Cano^{2,10}, Sara Marsal^{2,10} and José Luis Andréu Sánchez⁶, on behalf of IMID-Consortium

¹Rheumatology. Vall d'Hebron University Hospital. Barcelona.

²Imidomics. Inc. Barcelona. ³Rheumatology. Hospital General

Universitario de Alicante. ⁴Rheumatology. Hospital Universitario de la

Princesa. ISS-Princesa. Madrid. ⁵Rheumatology. Hospital Universitario

Central de Asturias. Oviedo. ⁶Rheumatology. Hospital Universitario

Puerta de Hierro. Madrid. ⁷Ophthalmology. Vall d'Hebron University

Hospital. Barcelona. ⁸Maxillofacial Surgery. Vall d'Hebron University

Hospital. Barcelona. ⁹Rheumatology. Hospital Clínic de Barcelona.

¹⁰Rheumatology. Vall d'Hebron Hospital Research Institute. Barcelona.

Tabla P100

Frecuencia de complicaciones tras la técnica

Complicación	General		Anestesia		Hemorragia		Cicatriz		
	Mareos	Síncope	Alergia	Ineficacia	Profusa	Hematomas	Tardía	Queloides	Parestesias
Eventos (%)	6	0	0	4	7	6	4	0	4