

Jueves 11 de mayo de 2023

P140. VALOR CLÍNICO DE LAS VARIANTES DEL GEN DEL RECEPTOR DE IL-6 COMO BIOMARCADORES PREDICTIVOS DE TOXICIDAD A TOLICIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Luis Sainz^{1,2,3}, Pau Riera^{3,4,5}, Patricia Moya^{1,3}, Sara Bernal^{3,5,6}, Jordi Casademont^{2,3,7}, Cesar Díaz-Torné^{1,2,3}, Ana Milena Millán^{1,3}, Hye Sang Park^{1,3}, Ana Laiz^{1,2,3}, Berta Magallares^{1,3}, Ivan Castellví^{1,2,3}, Jose Luis Tandaiapan^{1,3}, Helena Codes^{1,2,3}, Asier García¹, Albert Casals¹, Sandra Ros^{1,3}, Susana Fernández¹, Adriana Lasa^{3,5,6} y Héctor Corominas^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. ³Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). Barcelona. ⁴Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER). Instituto de Salud Carlos III. ⁶Servicio de Genética. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción y objetivos: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune caracterizada clínicamente por artritis crónica que puede producir daño articular irreversible y discapacidad. Actualmente existe un amplio arsenal terapéutico de fármacos para el tratamiento de la AR pero no existen biomarcadores útiles para dirigir el tratamiento de forma individualizada. El tocilizumab (TCZ) es un fármaco biológico antagonista del receptor de IL-6 que se usa de forma habitual para el tratamiento de la AR y podría ser clave conocer marcadores farmacogenéticos de toxicidad para brindar un abordaje terapéutico personalizado. El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar si polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en el gen del receptor de IL-6 pueden predecir la toxicidad farmacológica a TCZ en pacientes con AR.

Métodos: Hicimos un estudio de cohortes retrospectiva que incluyó a los pacientes con AR tratados con TCZ en el período entre enero de 2016 y enero de 2021 a partir de los registros de farmacia hospitalaria. Se incluyeron las características sociodemográficas y clínicas basales y se recogieron los siguientes efectos adversos (EAs): hepatotoxicidad, gastrointestinales, hematológicos, infecciones, reacciones de hipersensibilidad y dislipidemia. Además, se incluyeron datos correspondientes a la gravedad de los EAs siguiendo la terminología internacional Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAEs) versión 6.0: leves (grado 1), moderados (grado 2), severos (grado 3). Se extrajeron muestras de ADN genómico a partir de sangre periférica y se analizaron mediante PCR a tiempo real 6 SNPs de *IL6R* que fueron incluidos considerando la evidencia previa en la literatura: rs12083537, rs11265618, rs4329505, rs2228145, rs4537545 y rs4845625. Se usaron test paramétricos para evaluar la asociación entre los polimorfismos y la aparición de EAs. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución y también fue registrado en clinicaltrials.gov (protocol code: IIBSP-III-2020-148).

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes en el estudio. Los EAs más frecuentes fueron los hematológicos (n = 27), entre los que destaca la neutropenia (n = 23) y que no se registraron EAs graves, junto a la dislipidemia (n = 27). Los portadores del genotipo CC de la SNP rs4845625 desarrollaron menos frecuentemente dislipidemia (16,7%) en comparación con los portadores del alelo T (TT+CT) (36,7%) (p = 0,04). Por otra parte, los pacientes portadores del genotipo CC de la SNP rs11265618 mostraron una mayor aparición de EAs hematológicos en comparación con los portadores del alelo T (CT+TT) (36,7 vs. 14,3%, p = 0,032). De la misma forma, también tuvieron más EA hematológicos los portadores del alelo T en homocigosis en la SNP rs4329505 (36,1 vs. 14,8%, p = 0,044). Se detallan los resultados en la tabla. No se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas entre el resto de SNPs y EAs estudiados.

Conclusiones: Nuestros hallazgos indican el potencial valor clínico de SNPs en *IL6R* como biomarcadores predictivos de toxicidad de TCZ en pacientes con AR, con los polimorfismos de rs4845625 asociados con la aparición de dislipidemia y los de rs11265618 y rs4329505 con el desarrollo de EAs hematológicos.

P141. IMPACTO DE LOS TÍTULOS BASALES DE FACTOR REUMATOIDE Y DE LA ESTRUCTURA MOLECULAR DEL ANTI-TNF EN LA TASA DE RETENCIÓN DEL FÁRMACO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Jerusalem Calvo Gutiérrez¹, Rafaela Ortega Castro^{1,2,3}, M. Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Francisco J. Cepas^{1,3}, Desirée Ruiz^{1,2}, Marta Rojas-Giménez^{1,2,3}, María Lourdes Ladehesa Pineda^{1,2,3}, Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

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

Introducción: El factor reumatoide (FR) es un anticuerpo contra la porción Fc de IgG que forma complejos inmunitarios que contribuyen en el desarrollo de la artritis reumatoide (AR). FR también se une a la región Fc de muchos anticuerpos monoclonales (mAB), lo que conduce a tener niveles más bajos de fármaco y a una posible suspensión temprana del mismo. Por el contrario, la ausencia de la porción Fc en certolizumab pegol (PEG) puede conducir a una mayor tasa de retención en comparación con otros fármacos en pacientes con AR con títulos de FR más altos.

Objetivos: a) Evaluar la tasa de retención a cualquier anti-TNF según los niveles basales de títulos de FR en pacientes con AR y b) comparar la tasa de retención a PEG versus otros anti-TNF en pacientes con títulos elevados de FR.

Métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes con diagnóstico de AR tratados con algún anti-TNF (mAB (adalimumab, golimumab e infliximab), proteína de fusión (etanercept) o PEG (certolizumab pegol)) entre 2007 y 2022. Se recogieron los niveles de FR antes del inicio del anti-TNF así como

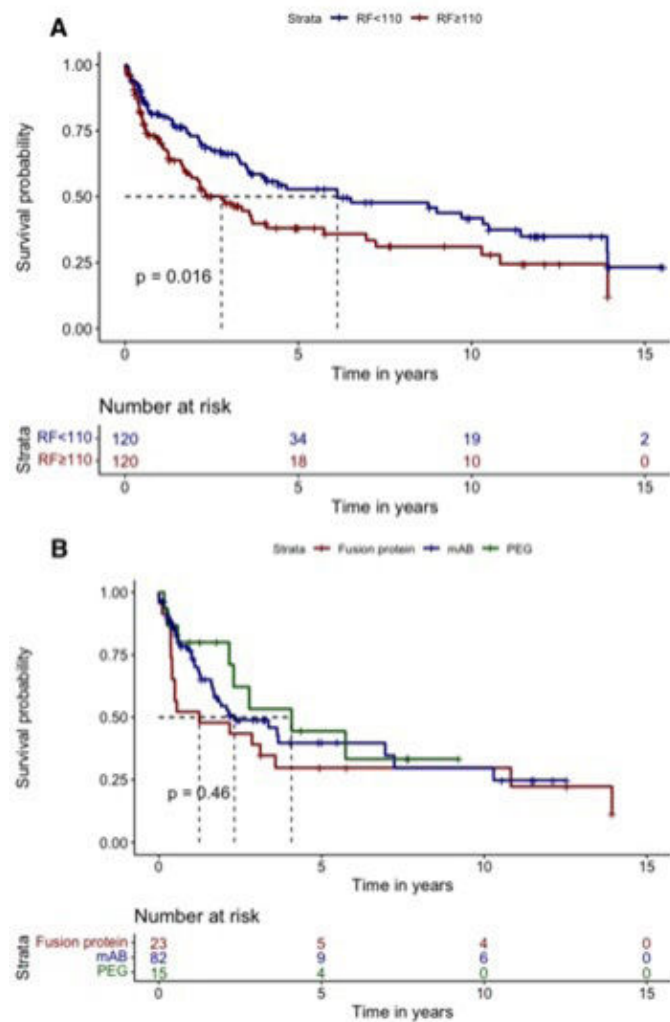
Tabla P140

SNPs	Genotipo (n)	Hepatotoxicidad				EAs hematológicos				Dislipidemia			
		%	Modelo genético	OR (95% CI)	p	%	Modelo genético	OR (95% CI)	p	%	Modelo Genético	OR (95% CI)	p
rs4845625	T/T (13)	7,7	Cod	-	0,048	38,5	Cod	-	0,712	23,1	Cod	-	0,051
	C/T (45)	33,3	Dom	4,07 (0,49-33,42)	0,161	26,7	Rec	1,03 (0,39-2,71)	0,946	42,2	Rec	3,05 (1,02 -9,17)	0,04
	C/C (30)	13,3				30				16,7			
rs11265618	C/C (60)	16	Cod	-	0,603	36,7	Cod	-	0,075	33,3	Cod	-	0,447
	C/T (25)	25	Dom	0,65 (0,21-2,02)	0,456	12	Dom	3,47 (1,07-11,36)	0,032	28	Dom	0,67 (0,24-1,83)	0,43
rs4329505	T/T (3)	33,3				33,3				0			
	T/T (61)	24,6	Cod	-	0,665	36,1	Cod	-	0,099	32,8	Cod	-	0,388
	C/T (24)	16,7	Dom	0,69 (0,23-2,16)	0,531	12,5	Dom	3,25 (1-10,64)	0,044	29,2	Dom	0,72 (0,26-1,98)	0,52
	C/C (3)	33				33,3				0			

Cod: codominante; Dom: dominante; OR: odds ratio; Rec: recesivo; SNP: single nucleotide polymorphism.

las fechas de inicio y retirada del tratamiento. Se realizó test log-rank test y curvas de Kaplan-Meier para evaluar la tasa de retención del tratamiento en pacientes FR positivo *versus* FR negativo, y entre FR < 110 UI/ml vs. FR ≥ 110 UI/ml (considerando la mediana del título de FR (110 UI/ml) como punto de corte). Además, se comparó la tasa de retención de cada estructura molecular en pacientes con títulos altos de FR (≥ 110 UI/ml).

Resultados: Se incluyeron un total de 356 pacientes con AR tratados con anti-TNF de los que disponíamos de los títulos de FR. La edad media fue de 52,0 (11,2) años y el 80,1% eran mujeres. Un total de 254 (71,3%) fueron FR positivos. La tasa de retención a cualquier anti-TNF fue similar en pacientes FR- frente a FR+ (mediana de 4,30 frente a 3,91 años, valor de p 0,580). Sin embargo, considerando títulos elevados de FR, aquellos con FR basal ≥ 110 UI/ml mostraron una menor tasa de retención en comparación con FR < 110 UI/ml (mediana 2,78 vs. 6,13 años, p = 0,020). En pacientes con títulos altos de FR (FR ≥ 110 UI/ml), se encontró una mayor tasa de retención con PEG en comparación con la proteína de fusión y con mAB, aunque estas diferencias no fueron significativas (mediana 4,08 en PEG, 2,33 en proteína de fusión y 1,24 en mAB, respectivamente; p = 0,460).



Tasa de retención a cualquier anti-TNF según los títulos de RF (A) y tasa de retención de cada estructura molecular en pacientes con niveles de títulos elevados (≥ 110 UI/L) **Conclusiones:** En pacientes con AR Los títulos más altos de FR antes del inicio del anti-TNF se asociaron con una tasa de retención más corta del biológico. Sin

embargo y aunque no se encontraron diferencias entre las estructuras moleculares, los pacientes tratados con PEG parecen tener una mayor tasa de retención. Estos resultados confirman el posible efecto del FR en la unión de la porción Fc del anticuerpo monoclonal del fármaco.

P142. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN VIDA REAL DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS Y TERAPIAS DIRIGIDAS EN REUMATOLOGÍA

E. Júdez¹, G. Sánchez Nieves¹, S Soro¹, I. Labiano¹, G. García-Consuegra¹, M.A García Morales¹, N Aviles¹, A Monroy¹, L. Cebrián¹ y F.A. Pretel²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Introducción: Los estudios de vida real (RWE) son imprescindibles para conocer el comportamiento de un fármaco en condiciones de práctica clínica habitual. Complementan los resultados eficacia y seguridad obtenidos en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Objetivos: Analizar la supervivencia de las terapias biológicas (TB) y terapias dirigidas (TD) en pacientes con enfermedades inmunomediadas en práctica clínica habitual. Describir los motivos de suspensión de dichas terapias. Buscar asociaciones entre variables clínicas y sociodemográficas y la supervivencia de las TB/TD así como los motivos de suspensión.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo que incluye a todos los pacientes que han iniciado tratamiento con TB y TD entre 2000-2022 en nuestro servicio de Reumatología (análisis del registro de terapias biológicas y terapias dirigidas). Se realizó análisis descriptivo, comparaciones con test estadísticos en función del tipo de variables, supervivencia mediante tablas de vida y Kaplan-Meier aplicando la prueba de comparación log-rank test y finalmente, análisis multivariado mediante regresión de Cox.

Resultados: Un total de 939 pacientes (55,5% mujeres, edad media al inicio del 1er tratamiento de 55,35 (± 16,23 años) han iniciado 1672 TB y/o TD. Los pacientes han recibido una media de 1,78 (± 1,32) TB/TD. El 60% de los pacientes (n = 562) ha recibido una única TB/TD, el 22% (n = 209) una segunda línea de tratamiento y el 18% (n = 168) una tercera/sucesiva línea de tratamiento. Por prescripciones, adalimumab es el fármaco más prescrito 21,4% (n = 358), seguido de etanercept 20,2% (n = 339) e infliximab 14,7% (n = 246). Los anti IL-6 suponen el 7% al igual que los JAKi y los anti IL-17 un 3,5% del total de las TB/TD prescritas. Por diagnósticos, la AR es la patología más frecuente seguida de SPA, APS y Otros diagnósticos (tabla). Los pacientes con AR reciben de media más TB/TD que los pacientes con SPA u Otros diagnósticos (p < 0,05). La supervivencia de las TB/TD al 1er, 3er, 5º y 10º año fue del 73% [IC95%: 0,71-0,75], 56% [IC95%: 0,53- 0,58), 45% [IC95%: 0,43-0,48] y 32% [IC95%: 0,29-0,35] respectivamente (fig. 1) con una mediana de supervivencia de 4,12 años [IC95%: 3,59-4,58]. La supervivencia fue mayor en los hombres que en mujeres (mediana 5,42 años [IC95%: 4,41- 6,75] vs. A 3,41 años [IC95%: 2,75- 4,17]; p = 0,0018, fig. 2) y menor en AR frente a otras patologías (mediana AR 3,50 años [IC95%: 2,75-4,08], mediana SPA 4,5 años [IC95%: 3,5-6,5] y mediana APS 6,83 años [IC95%: 3,84-8,0] (p = 0,018). No se observaron diferencias en la supervivencia entre las distintas TB/TD. El análisis multivariable confirmó la relación entre sexo femenino y AR y una menor supervivencia de las TB/TD (p < 0,05) Motivos de suspensión: la ineficacia (51%) y los acontecimientos adversos (AA) (26%) fueron los principales motivos de suspensión, seguido de otros motivos (18%) y remisión (5%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los motivos de suspensión en relación con la propia TB/TD, el sexo y la patología base.

Diagnóstico	n	%
AR	338	41,3%
SPA	322	34,3%
APs	139	14,8%
Otros (LES, ES, MII, Vasculitis,...)	89	9,48%

Diagnósticos.

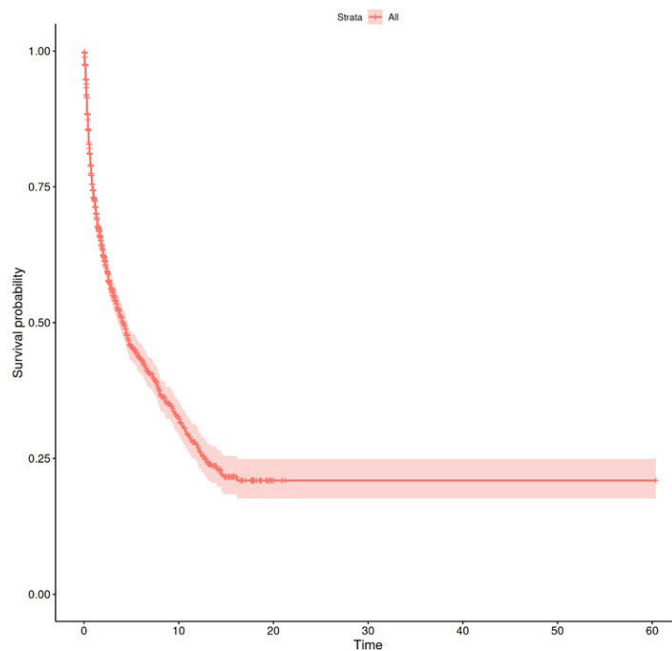


Figura 1. Supervivencia TB/TD.

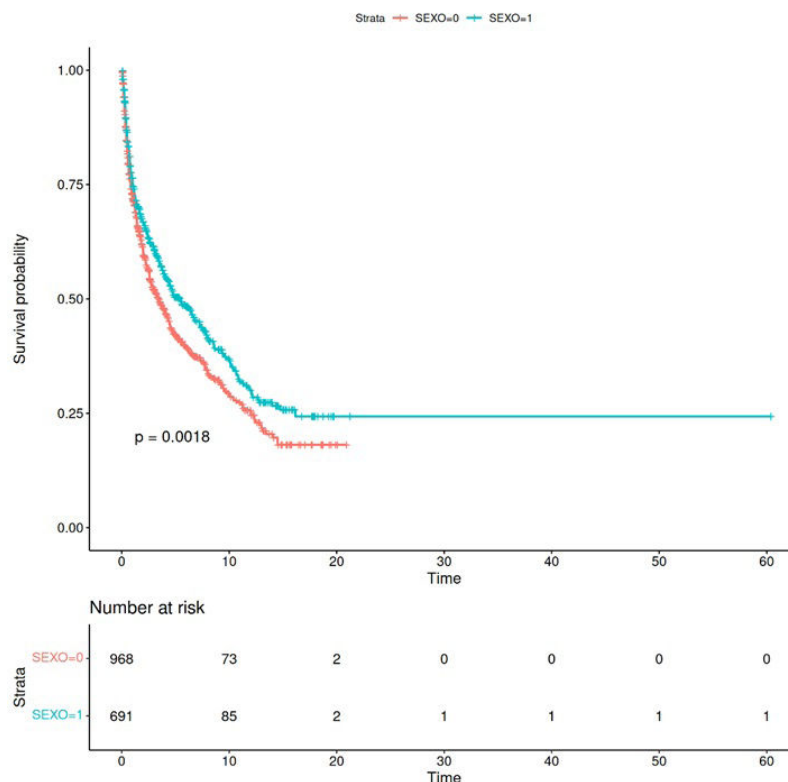
Conclusiones: La supervivencia global de las TB/TD en vida real a los 5 años es del 45%. No se han observado diferencias en cuanto a la supervivencia de los distintos tratamientos. Variables como el sexo y la enfermedad influyen en la supervivencia de dichas terapias. Se observan diferencias en cuanto a los motivos de suspensión en relación con la propia TB/TD y la patología de base.

P143. MACE AND VTE ACROSS UPADACITINIB CLINICAL TRIAL PROGRAMS IN RHEUMATOID ARTHRITIS, PSORIATIC ARTHRITIS, AND ANKYLOSING SPONDYLITIS

Ana Medina¹, Christina Charles-Schoeman¹, Ernest Choy², Iain McInnes³, Eduardo Mysler⁴, Peter Nash⁵, Kunihiro Yamaoka⁶, Ralph Lippe⁷, Nasser Khan⁸, Anna K Shmigel⁸, Hannah Palac⁸, Jessica Suboticki⁹ and Jeffrey R Curtis⁹

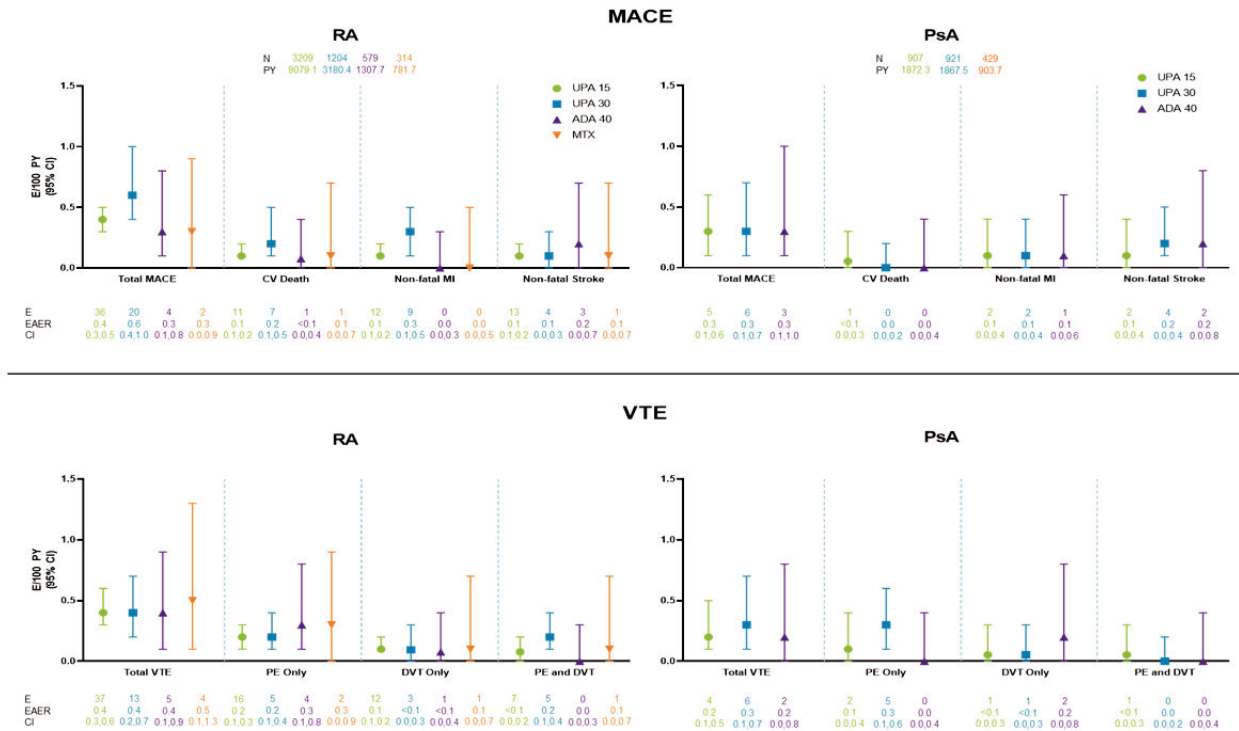
¹Division of Rheumatology. University of California. Los Angeles, CA. USA. ²Division of Infection and Immunity. CREATE Centre. Cardiff University. Cardiff. United Kingdom. ³Institute of Infection, Immunity and Inflammation. College of Medical. Veterinary and Life Sciences. University of Glasgow. United Kingdom. ⁴Department of Rheumatology. OMI (Medical Research Organization). Uruguay. Argentina. ⁵School of Medicine. Griffith University. Brisbane. Queensland. Australia. ⁶Department of Rheumatology and Infectious Diseases. Kitasato University School of Medicine. Kanagawa. Japan. ⁷AbbVie Deutschland GmbHospital & Co KG. Wiesbaden. Hesse. Germany. ⁸AbbVie Inc. North Chicago, IL. USA. ⁹Division of Clinical Immunology & Rheumatology. University of Alabama at Birmingham, AL. USA.

Introduction and objectives: Patients with untreated immune-mediated inflammatory diseases, such as RA, PsA, and AS, are at increased risk for major adverse cardiovascular events (MACE) and venous thromboembolic events (VTE) compared with the general population. The purpose of this analysis was to describe the events and risk factors for MACE and VTE in the RA, PsA, and AS clinical trial programs of the Janus kinase (JAK) inhibitor, upadacitinib (UPA).



P142 Figura 2. Supervivencia por sexo.

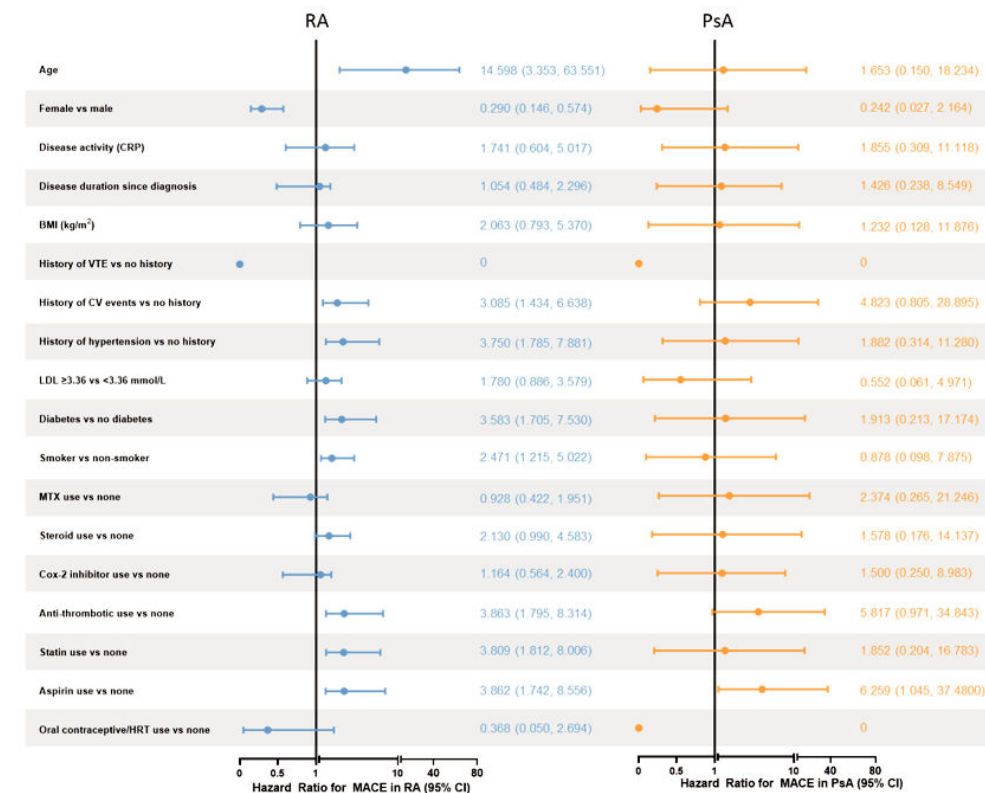
Figure 1. Breakdown of MACE and VTE in RA and PsA by Event Type^a



^aA single PE event occurred in the AS group (0.3 E/100 PYs; 95% CI, 0.0–1.7) with 0 events of MACE observed in AS. ADA, adalimumab; AS, ankylosing spondylitis; CV, cardiovascular; DVT, deep vein thrombosis; E, event; EAER, exposure-adjusted event rate; MACE, major adverse cardiovascular event; MI, myocardial infarction; MTX, methotrexate; PE, pulmonary embolism; PsA, psoriatic arthritis; PY, patient-years; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib; VTE, venous thromboembolism.

P143 Figure 1. Breakdown of MACE and VTE in RA and PsA by Event Type.

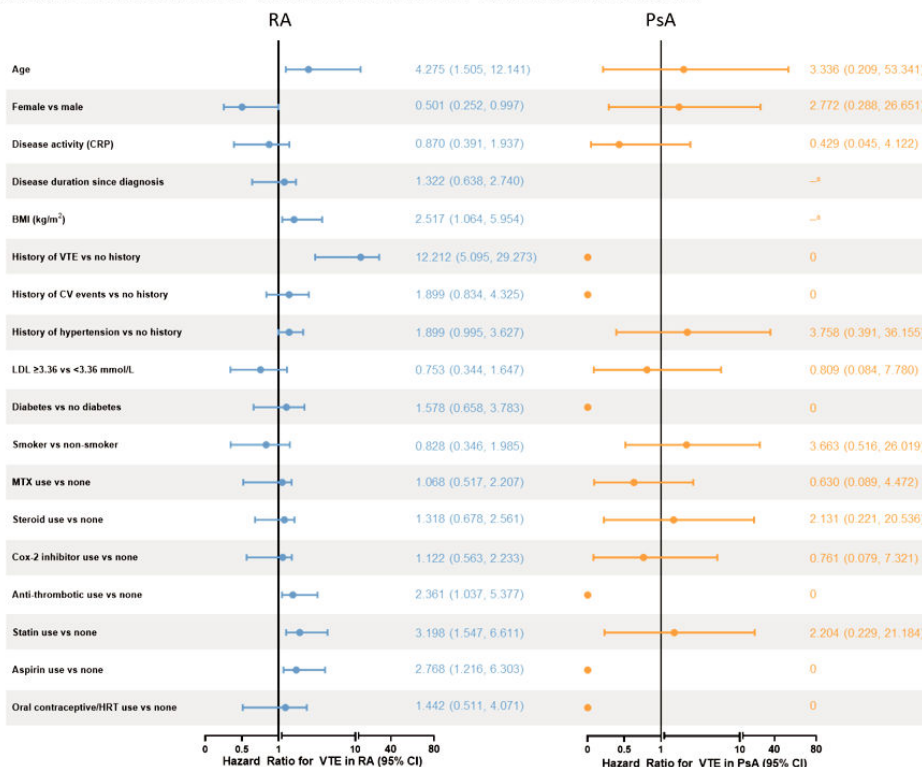
Figure 2. MACE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis)



BMI, body-mass index; CRP, C-reactive protein; CV, cardiovascular; HRT, hormone-replacement therapy; LDL, low-density lipoprotein; MACE, major adverse cardiovascular event; MTX, methotrexate; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib; VTE, venous thromboembolism.

P143 Figure 2. MACE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis).

Figure 3. VTE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis)



*Hazard ratios not estimated due to zero events in ≥ 1 parameter.
 BMI, body-mass index; CRP, C-reactive protein; CV, cardiovascular; HRT, hormone-replacement therapy; LDL, low-density lipoprotein; MTX, methotrexate; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib; VTE, venous thromboembolic event.

P143 Figure 3. VTE Risk Factors in Patients Receiving UPA 15 mg (Univariable Analysis).

Methods: Treatment-emergent adverse events (TEAEs) of MACE and VTE from 9 (6 RA; 2 PsA; 1 AS) pivotal, randomized, controlled, phase 2b/3 trials were summarized for UPA 15 mg (approved rheumatology dose), UPA 30 mg, adalimumab (ADA) 40 mg, and MTX. TEAEs were defined as onset on or after the first dose of study drug and up to 30 or 70 days after last dose for UPA/MTX or ADA, respectively. TEAEs of MACE (cardiovascular [CV] death, non-fatal myocardial infarction, and non-fatal stroke) and VTE (pulmonary embolism [PE] and deep vein thrombosis [DVT]) were adjudicated by a blinded, independent cardiovascular adjudication committee. Patients were not censored at the time of event; data are presented as exposure adjusted event rates (EAERs) in events per 100 patient-years (E/100 PY), with a cutoff date of 30 June 2021. Time-to-event was analyzed using the Kaplan-Meier method, and EAERs were evaluated over 6-month increments. Given the limited number of events, Cox-regression were limited to univariable analyses and assessed the relationship between potential risk factors and occurrence of MACE and VTE in patients receiving UPA.

Results: Across trials, 4,298 patients received ≥ 1 dose of UPA 15 mg and 2,125 received UPA 30 mg, 1,008 patients received ADA 40 mg, and 314 patients received MTX. At baseline, 40-50% of patients had 2 or more CV risk factors, and the proportion of patients ≥ 65 years ranged from 6-23%. EAERs of MACE and VTE in RA and PsA are presented in Figure 1, with 0 MACE and 1 VTE (PE) reported in AS. Of the 41 MACE reported in the UPA 15 mg group across RA and PsA, only 2 RA patients did not have ≥ 1 CV risk factors at baseline. There were 2 fatal VTEs across trials, both occurring in the RA UPA 15 mg group. Overlapping confidence intervals were observed across UPA doses and comparators for rates of MACE as well as for rates of VTE in both RA and PsA. There was no pattern of time-to-event of EAERs by 6-month intervals over 42 months observed in patients receiving UPA (data not shown). In univariable analyses, factors potentially

associated with MACE or VTE occurrence in patients with RA receiving UPA 15 mg included age ≥ 65 years; baseline hypertension; diabetes *mellitus*; smoking; history of CV event or VTE; as well as use of aspirin, statins, or antithrombotics. In PsA, aspirin use was associated with increased risk of MACE. The full list of evaluated factors is presented in Figures 2 and 3.

Conclusions: Rates of adjudicated MACE and VTE with UPA were infrequent and consistent with background rates in RA, PsA, and AS populations. The patient characteristics found to be associated with MACE and VTE are known risk factors for these events. Continued follow-up is ongoing to further contextualize the risk of MACE and VTE in the UPA clinical programs.

P144. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN LOS NIVELES SÉRICOS DE COLESTEROL NOHDL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Francesco Fulvio Bizzarri, Nuria Molina Osorio, Ismael Aomar Millán, Enrique Raya Álvarez y Juan Salvatierra Ossorio

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: Se estima que la artritis reumatoide (AR) aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) en un 50% en comparación con la población general^{1,2}. El colesterol no HDL (CT noHDL) se ha convertido en un marcador innovador de riesgo cardiovascular (RCV). Según las recomendaciones de la ESC de 2022 (2), los pacientes con AR parten de un RCV intermedio y recomiendan niveles de CT noHDL < 130 mg/dL.

Objetivos: Evaluar el riesgo de ECV a largo plazo según los niveles de CT noHDL en una cohorte de pacientes con AR de reciente diagnóstico que iniciaron terapia biológica y describir sus características.

Métodos: Se revisaron 71 pacientes con AR bajo terapia biológica. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos en el momento del diagnóstico. Para estimar el RCV a largo plazo, aplicamos el modelo desarrollado por Brunner *et al.*³ (fig.). En base a ello, los pacientes fueron estratificados en 5 grupos de RCV según el CT noHDL y agrupados en tres rangos de edad. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando IBM-SPSS Statistics versión 26.

Resultados: Las características demográficas, clínicas, de laboratorio y grupos de RCV se indican en la tabla. En cuanto a la edad media según el grupo de RCV: en los 8 pacientes del grupo 1 fue de 38,13 ± 15,28 años - 7 con edad < 45 años y uno > 60 años -, en el grupo 2 fue 42,93 ± 11,76 años - 17 pacientes < 45 años, 10 entre 45 y 59 años y 2 ≥ 60 años -, en los 31 pacientes del grupo 3 fue 51,45 ± 11,49 años - 8 < 45 años, 15 entre 45-59 años y 8 ≥ 60 años -. Los 2 pacientes del grupo 4 tenían una edad media de 52,5 años (45-59) y el paciente del grupo 5 tenía 36 años al diagnóstico. No se encontraron correlaciones significativas entre los niveles de PCR, VSG, FR, ACPA y la presencia de erosiones radiográficas con los valores de CT noHDL. Se observaron diferencias significativas (valor de p < 0,01) entre los individuos más jóvenes (edad < 45 años) de los grupos 1 y 2 con respecto a los mayores de 60 años de los grupos de riesgo 3 o 4. La aplicación del modelo actual -Imagen 1- permitió estimar una probabilidad media de ECV del 9,7% a los 75 años con una reducción al 3,54% tras una disminución del 50% en el CT noHDL. Se registró un único evento cardiovascular fatal en un hombre obeso, hipertenso y diabético, clasificado en el grupo de riesgo 3.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con AR de reciente comienzo, la mayoría (46%) se clasificó en el grupo 3 de RCV (CT no HDL 145-184 mg/dl), a pesar de que aproximadamente el 50% tenía menos de 45 años. La exposición desde edades tempranas a un aumento moderado del CT noHDL induce un aumento del riesgo de ECV a largo plazo, no captado por la estimación del RCV a 10 años. Por todo ello, se debe hacer hincapié en el establecimiento de medi-

das para reducir el RCV guiadas por los niveles de CT noHDL en pacientes diagnosticados de AR.

		N	%	
Demográficos	Número total de pacientes	71		
	Sexo Hombres	11	15,5%	
	Mujeres	60	84,5%	
Clínicos	Edad media al diagnóstico	46,28 ± 12,73		
	Erosiones radiográficas	24	33,8%	
	Corticoterapia	45	63,38%	
Analíticos	FR (+)	47	66,19%	
	ACPA (+)	46	64,78%	
			Media	Mediana
Riesgo cardiovascular (RCV)	Evento CV previo	0		
	Estatinas	2	2,81%	
	Tabaquismo activo	21	29,57%	
	Hipertensión	13	18,30%	
	Obesidad	15	21,12%	
	Diabetes	2	2,81%	
	Grupo de RCV según niveles de colesterol no-HDL	Grupo 1 (< 100 mg/dL)	8	11,3%
		Grupo 2 (100-144 mg/dL)	29	40,8%
		Grupo 3 (145-184 mg/dL)	31	43,7%
		Grupo 4 (185-219 mg/dL)	2	2,8%
Grupo 5 (≥ 220 mg/dL)		1	1,4%	
		13,35 ± 19,06	6,74 IQR 15,90	
		25,06 35 ± 16,56	20 IQR 17,00	
		203		
		144		
		121,5		

BIBLIOGRAFÍA

1. Agca R, *et al.* Ann Rheum Dis 2017;76:17-28.
2. Visseren FLJ, *et al.* ESC Scientific Document Group. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2022;75(5):429.
3. Brunner FJ, *et al.* Application of non-HDL cholesterol for population-based cardiovascular risk stratification: results from the Multinational Cardiovascular Risk Consortium. Lancet. 2019.

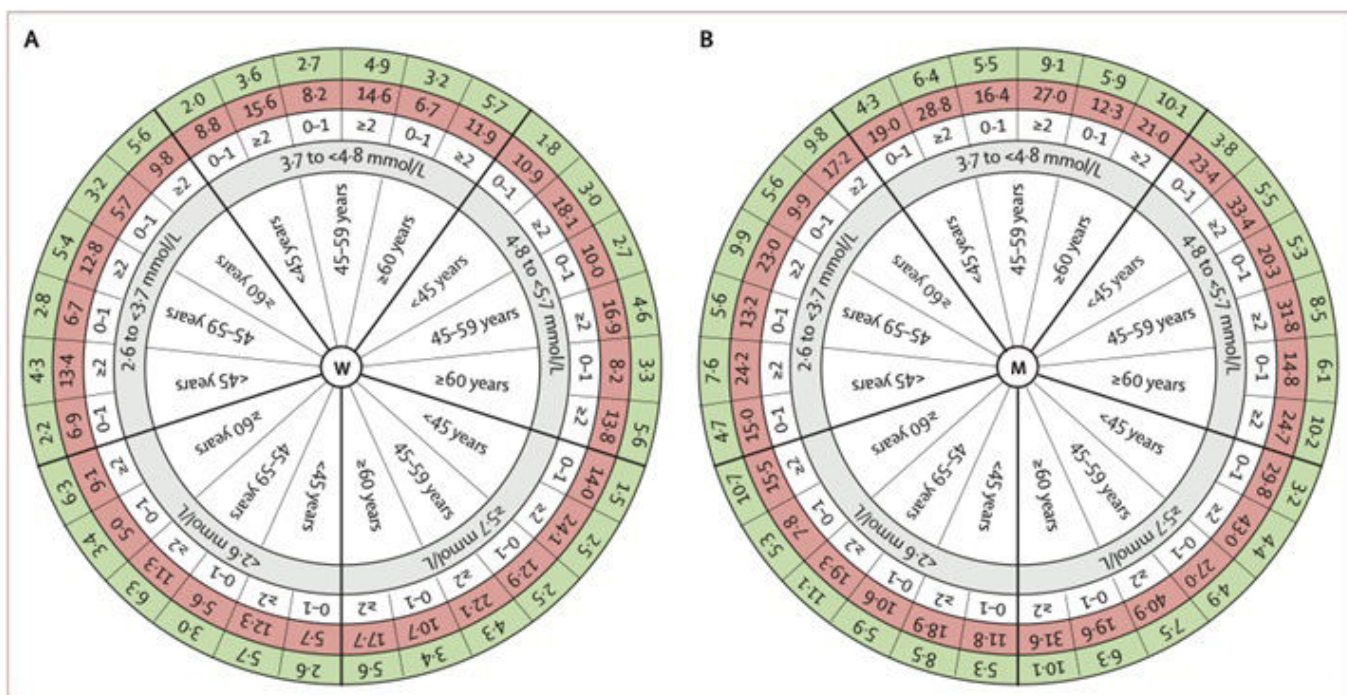


Figure 4: Model of long-term cardiovascular disease risk prediction and the benefit of lipid reduction
 Individual risk of fatal or non-fatal cardiovascular disease in women (A) and men (B) according to age, non-HDL cholesterol concentration, and the number of additional cardiovascular risk factors (daily smoking, arterial hypertension, diabetes, and obesity); white circle. The red circle represents the probability (%) of cardiovascular disease by the age of 75 years. The hypothetically achievable probability (%) for cardiovascular disease by the age of 75 years after 50% reduction of non-HDL cholesterol is given in the green circle. Corresponding 95% CIs are provided in the appendix (p 37).

Figura. Modelo de estimación del RCV a largo plazo según CT noHDL desarrollado por Brunner *et al.*

P145. ENDOTELINA-1: POTENCIAL BIOMARCADOR DEL DAÑO PULMONAR EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Verónica Pulito-Cueto^{1,2}, Sara Remuzgo-Martínez^{1,2}, Belén Atienza-Mateo^{1,2}, Fernanda Genre^{1,2}, Víctor M. Mora-Cuesta^{1,3}, David Iturbe-Fernández^{1,3}, María Sebastián Mora-Gil^{1,2}, Virginia Portilla^{1,2}, Alfonso Corrales^{1,2}, Iván Ferraz-Amaro⁴, Ricardo Blanco^{1,2}, José M. Cifrián^{1,3,5}, Raquel López-Mejías¹ y Miguel A. González-Gay^{6,7}

¹Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Óseas Metabólicas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁶IDIVAL y Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. ⁷Servicio de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una de las principales causas de mortalidad en los pacientes con artritis reumatoide (AR) y su diagnóstico precoz constituye un desafío para los clínicos¹. En este sentido, la activación del endotelio pulmonar es una de las fases fundamentales para la generación de las lesiones pulmonares^{2,3}. Así, la endotelina-1 (ET-1), el vasoconstrictor endógeno más potente, se ha descrito como una molécula profibrótica^{3,4}. Por lo tanto, es lógico pensar que la ET-1 podría contribuir al desarrollo de EPI en los pacientes con AR.

Objetivos: Estudiar el papel de la ET-1 como biomarcador de la fibrosis pulmonar en la AR-EPI⁺.

Métodos: En este estudio se incluyeron 21 pacientes con AR-EPI⁺ y dos grupos control: 25 pacientes con AR-EPI⁻ y 21 pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Todos los individuos fueron reclutados en los Servicios de Reumatología y Neumología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. Los niveles séricos de ET-1 se determinaron mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas.

Resultados: Se encontraron niveles séricos de ET-1 más altos en los pacientes con AR-EPI⁺ en comparación con aquellos con AR-EPI⁻ ($p < 0,01$, fig. 1A). Se confirmó mediante un análisis de curvas ROC la capacidad de ET-1 para discriminar entre los pacientes con AR-EPI⁺ y aquellos con AR-EPI⁻ (AUC: 0,77, $p < 0,01$, fig. 1B). El valor óptimo de corte para la ET-1 sérica que reveló la mejor sensibilidad y especificidad fue de 1,02 pg/mL. Además, los pacientes con AR-EPI⁺ presentaron niveles de ET-1 similares a aquellos con FPI ($p = 0,50$, fig. 1A). Asimismo, se observó en los pacientes con AR-EPI⁺ una correlación negativa entre los niveles séricos de ET-1 y la capacidad vital forzada, así como con el volumen espiratorio forzado en el primer segundo ($r = -0,56$, $p = 0,04$ y $r = -0,65$, $p = 0,01$, respectivamente).

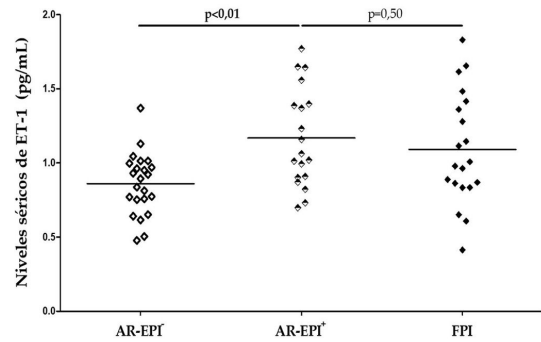
Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que los niveles de ET-1 están asociados con el daño pulmonar y un empeoramiento de la función pulmonar, apoyando su papel como posible biomarcador de la EPI en los pacientes con AR.

VP-C está financiada mediante fondos del PI18/00042 del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER); MSM-G está financiada por fondos de TRANSVAL 22/01 del IDIVAL; RL-M es beneficiaria de un contrato postdoctoral "Miguel Servet II" del ISCIII cofinanciado por el Fondo Social Europeo (FSE, "El FSE invierte en tu futuro") (CPII21/00004).

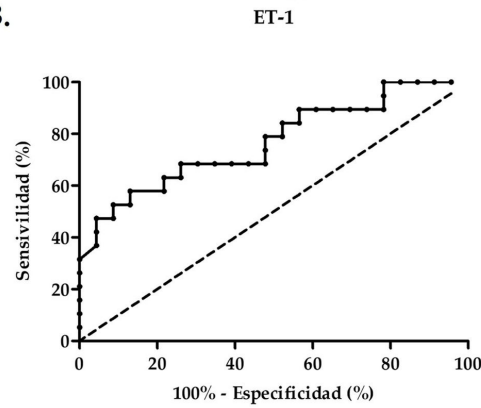
BIBLIOGRAFÍA

- Expert Rev Clin Immunol. 2021;17(5):485-97.
- JCI Insight. 2021;6(22):e125635.
- Am J Respir Cell Mol Biol. 2010;42(1):16-20.
- Int J Mol Sci. 2023;24:1275.

A.



B.



Papel de ET-1 en el diagnóstico de la AR-EPI⁺. Diferencias en los niveles séricos de ET-1 entre los pacientes con AR-EPI⁺ y aquellos tanto con AR-EPI⁻ como con FPI (A), así como el análisis de curvas ROC para la discriminación entre los pacientes con AR-EPI⁺ y AR-EPI⁻ (B). ET-1: endotelina-1; AR: artritis reumatoide; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; FPI: fibrosis pulmonar idiopática. Los resultados significativos se destacan en negrita.

P146. EL AGRUPAMIENTO JERÁRQUICO NO SUPERVISADO DEL PERFIL MOLECULAR CIRCULANTE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEFINE UN RIESGO CV PRECISO. EFECTOS DE TNFI, IL6RI Y JAKINIBS

Laura Muñoz-Barrera¹, Carlos Pérez-Sánchez¹, Tomás Cerdó¹, Rafaela Ortega Castro¹, Jerusalem Calvo Gutiérrez¹, Font Ugalde Pilar¹, Marta Rojas¹, Pedro Seguí¹, M. Carmen Ábalos-Aguilera¹, Desirée Ruiz¹, Sara Remuzgo-Martínez², Raquel López-Mejías², José Javier Pérez Venegas³, María Dolores Ruiz Montesinos³, Carmen Domínguez³, Carlos Rodríguez-Escalera⁴, Carmen María Romero-Barco⁴, Antonio Fernández-Nebro⁵, Natalia Mena-Vázquez⁵, Julia Uceda⁶, Charo Santos⁶, Javier Godoy⁷, Nuria Barbarroja Puerto¹, Iván Arias de la Rosa¹, María A Aguirre¹, Eduardo Collantes Estévez¹, Alejandro Escudero Contreras¹, Miguel A González-Gay⁸ y Chary López-Pedrerá¹

¹IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²IDIVAL. Grupo de investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis en enfermedades inflamatorias sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor. Santander. ³Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ⁵Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁶Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ⁷Hospital Universitario de Jaén. ⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: 1) Analizar el perfil inflamatorio circulante de pacientes con Artritis Reumatoide (AR), a fin de identificar fenotipos clínicos

distintivos asociados al riesgo CV; 2) Evaluar los efectos moduladores de inhibidores de TNF (TNFi -Etanercept-), JAK-STAT (JAKinibs, -baricitinib-) e IL-6R (IL6Ri -tocilizumab-); 3) Caracterizar los mecanismos moleculares subyacentes involucrados en la disfunción endotelial.

Métodos: Se reclutaron 208 pacientes AR y 45 donantes sanos (DS), a los cuales se evaluó el perfil inflamatorio en suero mediante el análisis de 27 citoquinas/quimioquinas-ensayos Luminex-y biomoléculas relacionadas con NETosis y estrés oxidativo-kits comerciales. En paralelo, se llevaron a cabo extensos análisis clínicos. El efecto de TNFi, JAKinibs e IL6Ri se evaluó tras 6 meses de tratamiento en 45, 20 y 17 pacientes respectivamente. Por último, se desarrollaron estudios mecanísticos *in vitro* en cultivos de células endoteliales (ECs); los cambios promovidos en expresión proteica fueron determinados en lisados celulares mediante tecnología de extensión de proximidad (PEA, Olink), analizando un panel de 88 proteínas relacionadas con enfermedad CV.

Resultados: El agrupamiento no supervisado identificó 3 clústeres de pacientes representativos de perfiles moleculares específicos en relación a mediadores inflamatorios, bioproductos de NETosis (elastasa y nucleosomas) y estrés oxidativo (lipoperóxidos). A nivel clínico, aún con un score de actividad similar (DAS28) y positividad para autoanticuerpos, el clúster 1 (C1) identificó pacientes con alta expresión de mediadores inflamatorios, el score de riesgo CV más elevado y preponderancia de placas de ateroma. Por el contrario, los pacientes en C3 mostraron el perfil inflamatorio y score de riesgo CV más bajos. C2 caracterizó un fenotipo intermedio. Los análisis comparativos con una cohorte de 90 pacientes AR con eventos CV previos demostraron que su perfil inflamatorio se asemeja en gran medida al observado en pacientes pertenecientes a C1, apoyando la asociación de esta firma alterada con el estatus de riesgo CV. *In vivo*, la terapia con ambos FAME biológicos y sintéticos redujo el score DAS28 y restableció niveles normales de varias biomoléculas alteradas, reflejando su papel clave en el control del riesgo CV. *In vitro*, el tratamiento con un pool de suero procedente de pacientes AR del C1 promovió un aumento en la expresión de un conjunto de proteínas relacionadas con riesgo CV en cultivos de ECs, asimismo prevenidas de forma específica por la preincubación con TNFi, JAKinibs e IL6Ri.

Conclusiones: El perfil inflamatorio sistémico de pacientes AR identificó subgrupos de pacientes con riesgo CV elevado, no asociándose a su estado de actividad de la enfermedad. La terapia con FAME sintéticos/biológicos reestableció niveles normales de las biomoléculas inflamatorias circulantes, reduciendo el riesgo CV en AR. Los estudios *in vitro* revelaron que los mediadores inflamatorios en suero inducen daño endotelial, el cual puede ser prevenido por efecto de ambos tratamientos con FAME sintéticos o biológicos. Por tanto, el análisis del perfil molecular circulante en pacientes AR podría contribuir a una mejora en el manejo clínico personalizado de estos pacientes y su riesgo CV. Financiado por ISCIII (PI21/0591, CD21/00187 y RICOR-RD21/0002/0033) y Junta de Andalucía (P20_01367). Cofinanciado por FEDER; RYC2021-033828-I; Fundación Andaluza de Reumatología (FAR).

PI47. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL SUBCLÍNICA

Marta Rojas Giménez, Jerusalem Calvo-Gutiérrez, Rafaela Ortega-Castro, Clementina López-Medina, Lourdes Ladehesa-Pineda y Alejandro Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes con artritis reumatoide y enfermedad pulmonar intersticial (AR-EPI) clínica y subclínica y comparar la evolución y progresión de ambas.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR-EPI confirmada mediante pruebas de función respiratoria y tomografía computarizada de alta resolución (TCAR). De enero 2019- diciembre 2021 se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con estos diagnósticos de las consultas monográficas de AR. De forma retrospectiva se incluyeron datos sobre el inicio de la EPI y prospectivamente datos al final del seguimiento (última revisión). Se evaluó el% de pacientes que tenían EPI subclínica, definiendo esta como aquella afectación pulmonar por un TCAR solicitado sin ninguna clínica respiratoria previa. Desenlace: evolución de la EPI final: (1) mejoría (mejora en FVC ≥ 10% o DLCO ≥ 15% y no progresión radiológica); 2) no progresión (estabilización o mejora en FVC ≤ 10% o DLCO < 15% y no progresión radiológica); 3) progresión (empeoramiento de FVC > 10% o DLCO > 15% y progresión radiológica); o 4) muerte. Variables demográficas, datos de actividad (DAS28VSG acumulado 24 meses previos al diagnóstico de EPI), niveles de FR y ACPA, datos severidad de AR y tratamientos. Se realizó análisis descriptivo, χ^2 o t-Student, análisis multivariante de regresión logística para hallar variables predictoras de la evolución de EPI.

Características de los dos grupos de pacientes al diagnóstico de EPI-AR y evolución de EPI

Variables	EPI-AR clínica (n = 32)	EPI-AR subclínica (n = 18)	p
Edad al diagnóstico de AR (años), media (DE)	48,8 (13,7)	56,5 (11,4)	0,042
Edad al diagnóstico de EPI (años), media (DE)	61,7 (11,2)	65,2 (11,7)	0,311
Sexo (varón), n (%)	13 (40,6)	11 (61,1)	0,164
Tabaco, n (%)	18 (60)	13 (81,2)	0,143
Tiempo evolución AR (años), media (DE)	19,7 (11)	12,2 (7,5)	< 0,001
Tiempo desde diagnóstico de AR a EPI (años), media (DE)	16,3 (9,6)	8,7 (7,4)	< 0,001
Retraso diagnóstico de AR (años), media (DE)	1,3 (2,5)	1,4 (2,5)	0,952
FR positivo, n (%)	29 (90,6)	17 (94,4)	0,632
FR, media (DE)	247,3 (244)	339,2 (390)	0,338
ACPA positivo, n (%)	32 (100)	16 (88,9)	0,054
ACPA, media (DE)	395,6 (643)	468 (698)	0,740
Erosiones, n (%)	10 (31,2)	5 (27,8)	0,797
Nódulos reumatoides, n (%)	6 (18,8)	3 (16,7)	0,854
S. Sjögren secundario, n (%)	2 (6,2)	0	0,279
Osteoporosis, n (%)	10 (31,2)	3 (16,7)	0,259
DAS28-VSG acumulada, media (DE)	3,4 (1,1)	3,3 (1,2)	0,949
VSG acumulada, n (%)	26,6 (14,7)	19,1 (13,4)	0,097
PCR acumulada, n (%)	10,4 (8,9)	13,5 (9,8)	0,299
FAME, n (%)	23 (71,9)	16 (88,9)	0,163
Metotrexato, n (%)	13 (40,6)	12 (66,7)	0,077
Leflunomida, n (%)	9 (28,1)	5 (27,8)	0,979
Hidroxicloroquina, n (%)	4 (12,5)	6 (33,3)	0,077
Sulfasalacina, n (%)	1 (3,1)	0	0,448
FAMEb, n (%)	9 (28,1)	3 (16,7)	0,362
Rituximab, n (%)	1 (3,1)	0	0,448
Abatacept, n (%)	2 (6,2)	1 (5,6)	0,920
Anti-TNF α , n (%)	6 (18,8)	2 (11,1)	0,478
Glucocorticoides, n (%)	20 (69)	12 (66,7)	0,869
Dosis glucocorticoides, media (DE)	4,6 (2,2)	6,6 (4,3)	0,153
Patrón TCAR			0,407
NIU, n (%)	9 (28,1)	4 (22,2)	
Probable NIU, n (%)	8 (25)	1 (5,6)	
NIU indeterminada, n (%)	9 (28,1)	9 (50)	
NINE, n (%)	4 (12,5)	3 (16,7)	
Otros, n (%)	2 (6,2)	1 (5,6)	
DLCO-SB, media (DE)	66,1 (17,9)	80,3 (12,7)	0,013
CVF, media (DE)	86,4 (19,3)	90,6 (15,6)	0,461
CVF < 80%, n (%)	10 (40)	5 (38,5)	0,926
Evolución de EPI final del seguimiento (total)			
Mejoría, n (%)	8 (25)	4 (22,2)	
Estabilización, n (%)	11 (34,4)	8 (44,4)	0,896
Progresión, n (%)	10 (31,2)	5 (27,8)	
Mortalidad, n (%)	3 (9,4)	1 (5,5)	

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR-EPI, 18 (36%) eran EPI subclínicas. El motivo de petición de TCAR cuando se diagnosticaron fue alteración de la radiografía de tórax en 11 pacientes (61,1%) y crepitanes en 7 pacientes (38,8%). Las características basales de ambos grupos al diagnóstico de la EPI y la evolución se recogieron en la tabla 1. El tiempo de evolución de la EPI clínicas fue de 5,6

(5,2) años y las subclínicas de 3,5 (2,4) años (p = 0,053). Al diagnóstico de EPI, se modificaron los tratamientos en 10 pacientes con EPI clínicas y en 7 con EPI subclínicas (p = 0,593); se iniciaron un total de 8 abatacept, 7 rituximab y un antifibrótico. Un total de 13 pacientes (26%) progresaron y 25 (48%) se estabilizaron o mejoraron. Fallecieron 4 pacientes de causa no pulmonar. La única variable asociada de forma independiente a la progresión de la EPI en la muestra completa, ajustado por títulos de ACPA y edad al diagnóstico de EPI, fue presentar un patrón NIU [OR = 5,3 (IC95% 1,1-26,2), p = 0,037].

Conclusiones: En nuestra cohorte, la prevalencia de EPI subclínica fue alta (36%). Aunque al diagnóstico de EPI las PFR, en concreto los niveles de DLCO eran más altos en EPI subclínicas que en clínicas, la progresión al final del seguimiento fue igual en ambos grupos. El patrón NIU se asoció de forma independiente a progresión. Por tanto, teniendo en cuenta que la EPI es una de las principales causas de mortalidad en nuestros pacientes, debemos hacer una búsqueda activa de esta afectación para tratar de forma precoz y mejorar su pronóstico.

P148. EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES, TROMBOSIS E INFECCIÓN POR VIRUS DE HERPES ZÓSTER EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON BARICITINIB

Nerea Alcorta Lorenzo¹, César Antonio Egües Dubuc¹, Luis María López Domínguez¹, Lina El Kadaoui El Ouariachi¹, Andrea De Diego Sola², Jesus Alejandro Valero Jaimes³, Olga Maíz Alonso¹, Jorge Jesús Cancio Fanlo¹, Esther Uriarte Isacelaya¹ y Joaquín María Belzunegui Otano¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Bidasoa. Hondarribia. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Zumárraga.

Introducción: El baricitinib (BARI) es un inhibidor selectivo y reversible de la janus quinasa (JAK)1 y 2. El estudio ORAL Surveillance reflejó que los pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con tofacitinib tienen un mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares mayores (MACE), tromboembolismo venoso e infección por virus de herpes zóster (VHZ) en comparación con los que reciben inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa¹. Por la alerta sanitaria publicada en noviembre de 2022, que define estos eventos como efectos de clase, interesa describir los eventos observados en

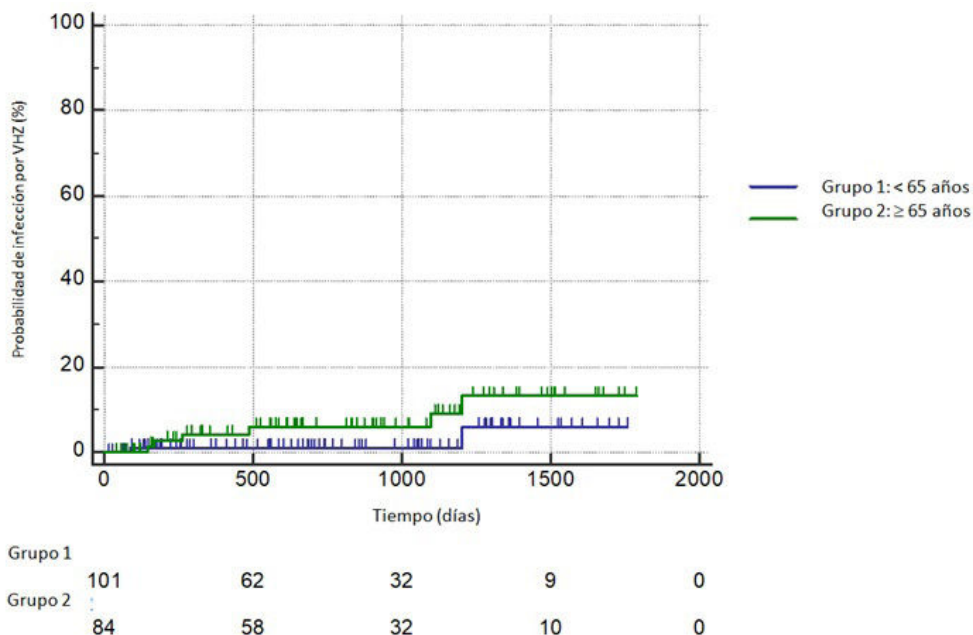
pacientes con BARI. Según los datos de seguridad publicados de BARI durante un periodo de hasta 9,3 años, la tasa de incidencia (TI) de MACE, trombosis y VHZ es de 0,005; 0,005 y 0,030 eventos/paciente-año, respectivamente².

Objetivos: Describir y analizar los MACE, trombosis e infección por VHZ en pacientes con AR que iniciaron tratamiento con BARI entre 01/11/2017 y 31/11/2021 en el Hospital Universitario de Donostia.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas hasta 01/01/2023. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, dosis inicial de BARI, duración del tratamiento, FRCV [tabaquismo activo, hipertensión arterial (HTA), High Density Cholesterol (HDL) < 40 mg/dL, diabetes mellitus (DM), manifestación extrarticular e historia de coronariopatía], desarrollo de MACE [infarto agudo de miocardio (IAM), ictus o muerte por cualquiera de ambos], trombosis y VHZ, y el tiempo bajo tratamiento hasta el desarrollo de los eventos. Las variables cualitativas se muestran con el valor absoluto y su porcentaje, las cuantitativas con la media y desviación estándar. Se ha calculado la tasa de incidencia por paciente año de los eventos, el tiempo hasta el evento de la infección con la curva de Kaplan Meier y la diferencia entre grupos de < 65 años y ≥ 65 años con la Hazard ratio.

Edad (años)	
· Media	63.18 ± 12.79
· ≥ 65 años	84 (45.4)
Sexo	
· Femenino	147 (79.5)
· Masculino	38 (20.5)
FRCV	
· Tabaco	33 (17.8)
· HTA	53 (28.6)
· HDL < 40 mg/dL	182 (98.4)
· DM	23 (12.4)
· Afectación extra articular	54 (29.2)
· Historia coronaria	11 (5.9)
Dosis inicial BARI (mg)	
· 2	39 (21.1)
· 4	146 (78.9)
Persistencia del tratamiento (años)	
	2.15 ± 1.28

Características demográficas, clínicas y FRCV.



P148 Figura 2. Probabilidad de infección por VHZ a lo largo del tiempo (días). Curva de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron un total de 185 pacientes. Las características demográficas, clínicas y FRCV se muestran en la tabla. Los pacientes presentaron de media $1,56 \pm 0,88$ FRCV. Se recogieron 2 MACE (1 IAM y 1 ictus); corresponde a una TI de 0,005 eventos/paciente-año. El IAM ocurrió en una mujer de 60 años con 3 FRCV (tabaquismo, HDL < 40 mg/dL y manifestación extrarticular) y tras 2,06 años de tratamiento con BARI 4 mg. El ictus ocurrió en una mujer de 83 años con 4 FRCV (HTA, HDL < 40 mg/dL, DM y manifestación extrarticular) y tras 2,82 años de tratamiento con BARI 2 mg. Se encontró una trombosis venosa en una mujer de 73 años con 4 FRCV (HTA, HDL < 40 mg/dL, DM y manifestación extrarticular) en tratamiento con BARI 2 mg, tras 1,88 años de tratamiento; corresponde a una TI de 0,003 eventos/paciente-año. Se registraron 8 infecciones por VHZ, TI de 0,020 eventos/paciente-año. Al año, la probabilidad de infección por VHZ fue del 2,5%, y a los dos años del 5,1%. La probabilidad por grupos de edad (< 65 años y \geq 65 años) se muestra en la figura; existe una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos [hazard ratio de 2,9, intervalo de confianza 95% (0,72-11,59), p 0,13].

Conclusiones: En nuestra serie, la TI de MACE es similar a la reportada en la literatura; la de trombosis e infección por VHZ es menor. Se observó mayor riesgo de infección por VHZ en pacientes \geq 65 años en comparación con < 65 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steven R. N Engl J Med. 2022;386:316-26.
2. Taylor PC. Ann Rheum Dis. 2022;81:335-43.

P149. LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVOS PRESENTAN UN PERFIL LIPÍDICO PROFUNDAMENTE ALTERADO, EL CUAL ES REVERTIDO CON ANTI-TNF, ANTI-IL6R E INHIBIDORES DE JAK

Carlos Pérez Sánchez¹, Laura Muñoz-Barrera², Tomas Cerdó², Rafaela Ortega Castro², Jerusalem Calvo², María A. Aguirre², Pedro Seguí Azpilcueta², Iván Arias de la Rosa², M. Carmen Ábalos-Aguilera², Marta Rojas², Desirée Ruiz², Christina Merlo², Pedro Ortiz Buitrago², José Javier Pérez Venegas³, Dolores Ruiz-Montesinos³, Carmen Domínguez³, Carlos Rodríguez-Escalera⁴, Carmen María Romero-Barco⁵, Antonio Fernández-Nebro⁵, Natalia Mena-Vázquez⁶, Julia Uceda⁶, Charo Santos⁶, Javier Godoy⁷, Nuria Barbarroja Puerto⁴, Eduardo Collantes Estevez², Alejandro Escudero Contreras² y Chary López-Pedrerá²

¹Biología celular, fisiología e inmunología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/ Universidad de Córdoba. ²Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía. Universidad de Córdoba. ³Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ⁵Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁶Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ⁷Reumatología. Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: Dado que el metabolismo de lípidos afecta la plasticidad de las células inmunes regulando su activación, diferenciación y función, el análisis pormenorizado del perfil lipídico utilizando técnicas metabolómicas de alta resolución en enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide (AR) podría contribuir a caracterizar mejor la patogénesis de la enfermedad.

Objetivos: Analizar el perfil lipídico completo en el suero de pacientes con RA, su asociación con la actividad de la enfermedad y su modulación por terapias biológicas y sintéticas dirigidas.

Métodos: En este estudio se incluyeron 250 pacientes consecutivos con AR. Se obtuvieron muestras de suero y datos clínicos (actividad de la enfermedad, reactantes de fase aguda, perfil autoinmune, etc.) de todos los sujetos. El perfil lipídico se analizó mediante espectroscopía de resonancia magnética nuclear (NMR) de la tecnología Nightingale LTD, que incluía más de 200 marcadores lipídicos. En

paralelo, se siguió prospectivamente a los pacientes con AR activos de esta cohorte después de 6 meses de terapia con biológicos [anti-TNF (n = 50), anti-IL6R (n = 15)] e inhibidores de JAK (JAKi, n = 20) y se obtuvieron muestras de suero antes y después de las mismas donde también se evaluaron los cambios en el perfil lipídico y clínico.

Resultados: Los pacientes con AR fueron estratificados de acuerdo a la actividad de la enfermedad en alta (68), moderada (117) y baja (65) y aproximadamente 100 marcadores de lípidos se encontraron significativamente alterados en el suero de pacientes de estos grupos. En concreto, la mayoría de los marcadores de lípidos se encontraron reducidos en el grupo de pacientes con alta actividad de la enfermedad, incluyendo apolipoproteínas, colesterol (libre y en lipoproteínas), ácidos grasos [ácidos grasos saturados (AGS), ácidos grasos monoinsaturados (AGMI), ácidos grasos poliinsaturados (AGPI), omega 3 y 6, ácido linoleico (AL), ácido docosahexaenoico (DHA)], triglicéridos (libre y en lipoproteínas), colinas, fosfolípidos, lipoproteínas [lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL), lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL)] y el contenido total de lípidos presentes en esas lipoproteínas. Estas alteraciones del perfil lipídico podrían estar asociadas entre otras con una función hepática anormal vinculada a un estado inflamatorio exacerbado. Además, se encontraron múltiples correlaciones entre estos marcadores de lípidos y parámetros inflamatorios [proteína C reactiva (CRP) y tasa de sedimentación de eritrocitos (ESR)] y autoinmunes [anticuerpos frente a péptidos citrulinados (ACPAS) y factor reumatoide (FR)]. Por otro lado, tras seis meses de terapia, de forma paralela a la mejoría en los perfiles clínicos y analíticos de pacientes con AR, se observó una modulación significativa de los marcadores de lípidos alterados, incluyendo moléculas comunes y distintas revertidas por cada fármaco.

Conclusiones: El perfil lipídico circulante de pacientes con AR activos se encuentra drásticamente reducido y directamente asociado a la actividad de la enfermedad, su perfil inflamatorio y autoinmune. Paralelamente a la mejoría clínica de la enfermedad, las terapias biológicas y los inhibidores JAK reestablecen dicho metabolismo lipídico alterado.

Financiado por: ISCIII (PI21/0591, CD21/00187, y RICORD21/0002/0033), RYC2021-033828-I y Junta de Andalucía (P20_01367) cofinanciado por FEDER; FAR.

P150. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A MULTIMORBILIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA. DATOS DEL REGISTRO CRHREAR

Marta Rojas Giménez, Santiago Dans- Caballero, Mitndbaim Parra-Moreno Mónica Rico-Muñoz, María Ángeles Puche-Larrubia, Rafaela Ortega-Castro, Clementina López-Medina, Jerusalem Calvo-Gutiérrez, Lourdes Ladehesa-Pineda y Alejandro Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de multimorbilidad en una cohorte de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) y los factores asociados a esta.

Métodos: Estudio observacional trasversal de una cohorte de pacientes con AR según criterios ACR/EULAR 2010 del registro CRheAR (Cordobesian Rheumatoid Arthritis Registry) del HURS de Córdoba. Se definió multimorbilidad, según la OMS, como la presencia de dos o más enfermedades crónicas, además de la AR. Se recogieron comorbilidades incluidas en el índice de Charlson, además de otras como hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes mellitus, depresión, osteoporosis, enfermedad pulmonar intersticial y patología tiroidea. Otras variables: actividad de la enfermedad, tratamientos actuales y previos, FR y ACPA, erosiones, nódulos. Aná-

lisis estadístico: análisis descriptivo, bivariante y regresión logística multivariante para evaluar variables asociadas de forma independiente a multimorbilidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 233 pacientes, con una edad media de 63,6 (13,4) años y un 70,4% eran mujeres. Más de un 70% eran ACPA y FR positivo. Un 99,1% habían usado algún FAMEs y un 42,1% algún FAMEb. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 13,7 años (11,6). 192 pacientes presentaban alguna comorbilidad. 151 (64,8%) presentaban multimorbilidad, y el índice de Charlson medio ajustado por edad fue de 2,9 (2,4). La morbilidad más frecuente fue la HTA (45,1%) y la DL (47,6%), seguido de osteoporosis (27,5%) y EPI (16,7%). De las comorbilidades incluidas en el índice de Charlson las más frecuentes fueron la enfermedad cardiovascular (14,2%) y las neoplasias (11,2%). En la tabla se muestran las diferencias entre pacientes con multimorbilidad y sin ella. El análisis multivariante mostró que el retraso en el diagnóstico de la AR [OR 1,31; IC95 (1,1-1,7)], la edad [OR: 1,2; IC95 (1,1-1,23)] y el número de terapias biológicas utilizadas a lo largo del seguimiento [OR: 2,7; IC95 (1,7-4,3)] se asociaban de forma independiente a multimorbilidad, ajustado por sexo.

Tabla 1. Diferencias entre pacientes con multimorbilidad y sin multimorbilidad

Variable	Multimorbilidad (n = 151)	No multimorbilidad (n = 82)	P
Edad (años), media (DE)	68,8 (11,5)	53,8 (10,9)	< 0,001
Sexo (mujer), n (%)	96 (63,6)	68 (82,9)	0,002
Tabaco alguna vez, n (%)	70 (46,3)	29 (35,4)	0,123
Tiempo evolución AR (años), media (DE)	14,5 (9,5)	12,1 (14,6)	0,196
Retraso diagnóstico (años), media (DE)	3,4 (11,1)	0,9 (1,4)	0,013
Factor reumatoide positivo, n (%)	112 (74,2)	61 (74,4)	0,971
Factor reumatoide, media (DE)	145 (205)	156 (313)	0,805
ACPA positivo, n (%)	110 (72,8)	63 (76,8)	0,558
ACPA, media (DE)	240 (260)	260 (309)	0,674
Erosiones, n (%)	58 (38,4)	32 (39,02)	0,926
Nódulos, n (%)	13 (8,6)	11 (13,4)	0,249
DAS28-VSG, media (DE)	2,7 (1,1)	2,6 (1,1)	0,648
SDAI, media (DE)	10,5 (10,3)	8,4 (6,9)	0,086
CDAI, media (DE)	8,7 (7,2)	7,5 (6,3)	0,226
FAMEs al corte, n (%)	99 (65,6)	70 (85,4)	0,002
FAMEs alguna vez, n (%)	147 (98)	82 (100)	0,292
FAMEb al corte, n (%)	66 (97,3)	26 (31,7)	0,006
FAMEb alguna vez, n (%)	71 (47,01)	27 (32,9)	0,024
Índice de Charlson, media (DE)	1,5 (1,7)	0,3 (0,6)	< 0,001
Índice de Charlson ajustado por edad, media (DE)	3,9 (2,3)	1,2 (1,3)	< 0,001

Conclusiones: En nuestra cohorte la presencia de multimorbilidad fue elevada (64,8%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad pulmonar intersticial y osteoporosis. El retraso en el diagnóstico de AR, la edad y el número de terapias biológicas usadas se asociaron de forma independiente a la presencia de multimorbilidad.

P151. LA COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LOS JAK CON TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS COMO OPCIÓN SEGURA Y EFICAZ EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA RESISTENTE A MÚLTIPLES FÁRMACOS

Guadalupe Morote Ibarrola, Mohammad Usman Aamir, Amina Gsel, Bridgette Connaughton, Eleanor Sheehy y John J. Carey

Galway University Hospitals. Galway. Irlanda.

Introducción: El tratamiento de las artritis inflamatorias ha mejorado en los últimos años con el desarrollo y aprobación de nuevas y eficaces terapias biológicas y no biológicas. Sin embargo, aún son necesarios nuevos progresos, especialmente para aquellas formas severas y multirresistentes (AIMR). La combinación de biológicos e inhibidores de las JAK (CBJ) resulta, en este aspecto, un área de especial interés y que requiere ser investigada¹.

Objetivos: Revisar la eficacia y seguridad de la combinación CBJ en nuestro centro en los últimos 6 años.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes en seguimiento en nuestro Servicio desde 2017 a 2023.

Resultados: 80 pacientes (< 1% de los seguidos en nuestro Servicio) fueron tratados con una combinación de CBJ para su AIMR tras haber fallado a varios DMARDs convencionales sintéticos y biológicos. Tenían una edad media de 59 años (rango 25-87) y 56 eran mujeres. 46 tenía artritis reumatoide (RA) y 34 alguna espondiloartropatía (28 psoriásica, 4 espondilitis anquilosante, y 2 asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal). Cuatro pacientes (1 RA) no comenzaron con CBJ, 19 los suspendieron: 10 debido a eventos adversos, 7 por pérdida de eficacia y 2 por falta de adherencia al tratamiento. 19 sufrieron uno o más eventos adversos, principalmente infecciones leves-moderadas o síntomas gastrointestinales. Un paciente con AR y afectación pulmonar murió de COVID y otro de carcinoma metastásico de origen desconocido. EL 75% de los que comenzaron la terapia combinada continúan con el tratamiento y están satisfechos con él.

Resumen de la cohorte de pacientes y sus outcomes

Características	Artritis reumatoide	Espondiloartropatía
Número (%)	46 (57)	34 (43)
Mujeres (%)	34 (72)	22 (65)
Edad media en años (rango)	65 (33-87)	52 (25-81)
Duración media de la enfermedad en años (rango)	15 (1-43)	13 (4-29)
Número de DMARD no biológicos previos a CBJ	3 (1-6)	2 (0-7)
Número de DMARD biológicos previos a CBJ	3 (0-8)	3 (0-8)
Duración media de CBJ en meses (rango)*	24 (1-72)	19 (1-55)
Criterios EULAR de Buena o muy buena respuesta a CBJ (%)*	38 (81)	25 (80)

Expresa el % de aquellos que comenzaron el tratamiento.

Conclusiones: La combinación de biológicos e inhibidores de las JAK parece una opción segura y eficaz para pacientes con artritis inflamatoria resistente a múltiples tratamientos. Son necesarios estudios más extensos que aporten más información acerca de esta opción terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. EULAR Recommendations for the Management of Rheumatoid Arthritis: 2022 Update.

P152. A PATIENT REPORTED OUTCOMES BASED REFERRAL FORM TO IDENTIFY PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND FACILITATE EARLY REFERRAL FROM PRIMARY CARE: PRELIMINARY RESULTS

Isabel Castrejon^{1,2,3}, Teresa Schiaffino^{2,4}, Tamara del Río², Camille Bourgeois¹, Marina Sánchez-Lucas¹, Juan Molina-Collada^{1,2}, Julia Martínez-Barrio^{1,2}, Javier Rivera^{1,2} and Jose-Maria Alvaro-Gracia^{1,2,3}

¹Rheumatology Department. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Rheumatology. Madrid. ³Complutense University of Madrid. Department of Medicine. Madrid. ⁴Immunology Department. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid.

Introduction: Early referral to rheumatology of patients with symptoms suspicious for progression to rheumatoid arthritis (RA) is recommended for an early diagnosis and intensive treatment during the window of opportunity¹. However, the non-specific symptoms early in the disease and the lack of confidence can be a challenge for primary care physicians (PCPs) in order to adequately refer patients.

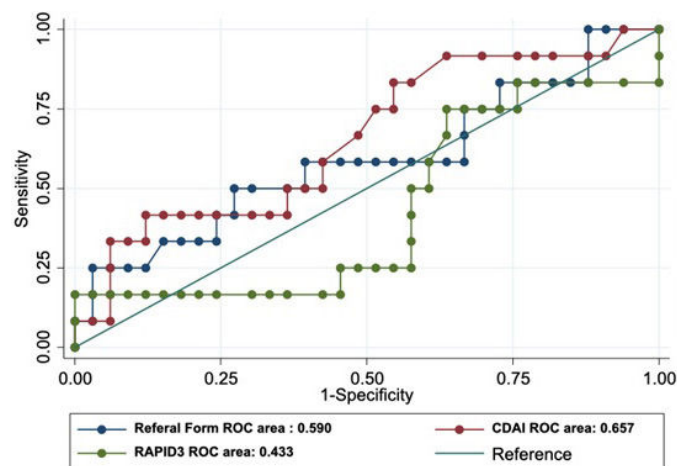
Objectives: To validate a referral form based only on patient reported outcomes (PROs) easily completed by patients as a tool to improve referral of patients with suspected RA by PCPs.

Methods: An early arthritis clinic (EAC) with direct access for PCPs in our area (180 in 11 primary care centres) was started in January 2022 for patients with suspected RA or undifferentiated arthritis. Referral criteria are strictly clinical, based on previous EACs, literature review and approved by a PCP committee. Patients can be referred if > 2 swollen joints, duration of symptoms < 2 years and no previous diagnosis by a rheumatologist explaining the symptoms. At baseline, patients complete a referral form based on PROs and a multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ) on a tablet. The referral form include an evaluation of affected joints, symmetry, morning stiffness, age and family history. In addition, a physical exam including joint counts and laboratory tests are performed. A descriptive analysis of the included patients by diagnostic group is presented. A receiver operating characteristic (ROC) analysis was performed to evaluate the ability of the referral form to discriminate between RA and other diagnosis.

Results: From January to December 2022, 50 (31%) over 164 patients fulfilled the inclusion criteria: 14 (28%) with RA, 23 (46%) with undifferentiated arthritis and 13 (26%) with other diagnosis. A detailed description by diagnosis is presented in the table. Patients in the RA group were older, with higher levels of ESR and CRP. Disease activity according to DAS28, CDAI and RAPID3 was moderate in the 3 groups. A comparison was performed to evaluate how the referral form discriminate RA from other diagnosis with an area under the curve of 0,5896, larger than the one for RAPID3 (0,4331) also based only on PROs, but smaller than the one for CDAI (0,6566) which require a physician's global assessment of disease activity and joint counts (fig.).

Patients demographics and clinical characteristics

	Rheumatoid Arthritis N = 14 (28%)	Undifferentiated Arthritis N = 23 (46%)	Other diagnosis N = 13 (26%)
Age, mean (SD)	53.5 (17.3)	44.4 (10.1)	52.9 (12.6)
Female, n (%)	11 (78%)	17 (74%)	6 (46%)
Rheumatoid Factor, n (%)	169 (190)	52 (63)	30 (33)
ACPA, n (%)	470 (968)	88 (250)	25 (0.4)
ESR, mean (SD)	30.9 (19.9)	16.0 (13.4)	25.0 (26.3)
CRP, mean (SD)	1.5 (3.0)	0.5 (0.2)	0.8 (0.7)
PATGL, mean (SD)	4.7 (2.9)	4.4 (2.7)	6.4 (2.7)
DOCGL, mean (SD)	2.1 (2.5)	1.6 (1.9)	1.8 (2.7)
Referral Score, mean (SD)	15.2 (11.5)	14.2 (10.7)	12.1 (7.5)
DAS28-CRP, mean (SD)	2.6 (0.9)	2.1 (0.6)	2.5 (0.8)
CDAI, mean (SD)	10.9 (9.5)	6.7 (5.9)	8.2 (7.1)
RAPID3, mean (SD)	11.0 (17.3)	8.9 (6.2)	15.8 (4.7)



ROC curves comparison for the referral form, RAPID3 and CDAI.

Conclusions: Our preliminary results show that a referral form based only on PROs and easily completed by patients on a tablet, can be useful to discriminate patients with RA. This tool may guide PCPs for an early referral of patients with suspected RA.

Acknowledgements: Approved by the HGUGM CEIC (02-08-2021, acta 03/2021). This work was supported by the following grants: PI20/00847 and RD21/0002/0034 from Instituto de Salud Carlos III and co-financed by the European Regional Development Fund. IC received funding for protected research time from the Spanish Society of Rheumatology (SER).

REFERENCES

1. van Steenberg HW, Aletaha D, Beart-van de Voorde LJJ, *et al.* Ann Rheum Dis 2017;76:491-6.

P153. MARCADORES DE ACTIVACIÓN NEUTROFÍLICA (CALPROTECTINA Y NETS PLASMÁTICOS) Y SINOVITIS ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO O INHIBIDORES DE LA JAK

Andrés Ponce Fernández¹, Beatriz Frade-Sosa¹, Julio Ramírez¹, Sandra Myriam Farietta Varela¹, Estibaliz Ruiz-Ortiz², Odette Viñas², Jordi Yagüe², Josep M Auge³, Ana Azuaga¹, Juan C. Sarmiento-Monroy¹, Rosa Morlà¹ Virginia Ruiz-Eskuide¹, Patricia Corzo¹, Nuria Sapena¹ Yolanda Romero¹, Juan de Dios Cañete¹, José A. Gómez-Puerta¹ y Raimón Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología. ICEMEQ. Hospital Clínic de Barcelona. ²Immunologia-Autoimmunitat. Centre de Diagnòstic Biomèdic. Hospital Clínic de Barcelona. ³Oncobiologia Citoquines. Centre de Diagnòstic Biomèdic. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Estudios previos han demostrado relación entre la sinovitis medida por ecografía (US) y la calprotectina plasmática en pacientes con artritis reumatoide (AR)¹. Las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) pueden desempeñar un papel patogénico en la AR², pero no está clara su relación con la actividad de la enfermedad. No se ha analizado previamente la asociación entre los NETs y la sinovitis medida por US en la AR.

Objetivos: Analizar si la calprotectina plasmática y los NETs están asociados con la inflamación sinovial medida por US en pacientes con AR establecida en tratamiento con terapias biológicas o inhibidores de la JAK (JAKi).

Métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron consecutivamente pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) en tratamiento con inhibidores de la IL6 (IL6i), JAKi, inhibidores del TNF (anti-TNF) o rituximab (RTX), independientemente de la actividad de la enfermedad y de la terapia previa recibida. Se evaluaron los índices clínicos de actividad de la enfermedad (DAS28, SDAI, CDAI), los parámetros de laboratorio de inflamación, incluida la PCR de alta sensibilidad (hsCRP) y la calprotectina. Se determinaron los niveles plasmáticos de elastasa-ADN (EN-ADN) y complejo histona-ADN (H3-ADN) (remanentes de NETs) mediante ELISA propio. Se practicó US de manos, calculándose una puntuación de hipertrofia sinovial (HS) y de señal *power doppler* (PD) así como la puntuación total. Se definió como sinovitis activa una puntuación de HS ≥ 2 y señal PD ≥ 1³. Se estudió la correlación entre los marcadores de activación neutrofílica y las puntuaciones ecográficas.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes (91% mujeres, 86% seropositivos (FR y/o ACPA) edad media 55,4 años y duración media de 15,4 años). 78 recibieron biológicos (45 IL6i, 30 antiTNF y 3 RTX) y 23 JAKi. La media de DAS28, CDAI y SDAI fue 3,19, 12 y 13 respectivamente. La remisión o la baja actividad (CDA < 10) se encontró en 56 pacientes (54,5%). La puntuación total ecográfica fue de 12,7 ± 13,7 y la sinovitis US activa se vio en 69 pacientes (69,8%). Los niveles medios de calprotectina plasmática fueron de 0,98 µg/ml ± 1,4 y los niveles plasmáticos de NETs fueron 1,1 ± 0,4 (EN-DNA) y 0,9 ± 0,08 (H3-DNA). Los niveles plasmáticos de NETs no se correlacionaron con ninguna de las puntuaciones ecográficas, mientras que la calprotectina plasmática sí se correlacionó moderadamente (entre 0,54 y 0,60, p < 0,001). No se observó correlación entre los NETs y la calprotectina. Mientras que los pacientes con sinovitis US activa presentaron niveles

Tabla P153

Características clínicas, ecográficas y de laboratorio

	IL6i (n 45)	JAKi (n 23)	AntiTNF (n 30)	RTX (n 3)	Total (n 101)
Edad	56,4 ± 11,3	53,9 ± 12,5	55,4 ± 13,1	50,9 ± 14,3	55,4 ± 12,1
Mujer	42 (93,3)	20 (87)	27 (90)	3 (100)	92 (91,1)
Seropositiva (ACPA/FR)	39 (86,7)	22 (95,7)	23 (76,7)	3 (100)	101 (86,1)
Duración (años)	16,4 ± 8,1	12,2 ± 9,3	16,5 ± 11,6	14,6 ± 8,5	15,4 ± 9,51
28TJC	4,1 ± 5,8	3,7 ± 5,4	2,3 ± 3,7	14,3 ± 2,1	3,8 ± 5,4
28SJC	1,6 ± 2,3	2,0 ± 2,7	2,2 ± 0,5	9,3 ± 0,5	1,8 ± 2,7
DAS28	2,8 ± 1,2	3,7 ± 1,4	3,1 ± 1,1	6,3 ± 0,6	3,2 ± 1,3
CDAI	12,0 ± 10,6	12,4 ± 9,3	9,9 ± 9,4	40,1 ± 0,8	12,3 ± 10,1
SDAI	12,4 ± 10,7	13,1 ± 9,6	11,03 ± 11,1	42,8 ± 3,08	13,04 ± 11,6
hs PCR (mg/dL)	0,1 ± 0,2	0,4 ± 0,43	0,7 ± 2,5	2,3 ± 2,6	0,45 ± 1,4
Calprotectina plasma (µg/ml)	0,73 ± 0,64	0,93 ± 1,02	1,25 ± 2,24	2,47 ± 1,45	0,98 ± 1,45
EN-DNA	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,6	0,9 ± 0,1	1,1 ± 0,4
H3-DNA	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0,8 ± 0,5	1,1 ± 0,4
Hipertrofia Sinovial	6,20 ± 5,6	7,6 ± 7,6	6,83 ± 6,6	32,7 ± 8,1	7,5 ± 7,8
Power Doppler	4,9 ± 5,0	5,0 ± 6,1	4,35 ± 6,0	20,0 ± 10,5	5,2 ± 6,2
Total (HS+PD)	11,1 ± 10,3	12,6 ± 13,4	11,1 ± 12,4	52,7 ± 15,8	12,7 ± 13,6

Resultados en media ± desviación estándar o número de pacientes (%).

de calprotectina significativamente más elevados (1,28 ± 1,64 vs. 0,35 ± 0,18 µg/ml, p < 0,001) no sucedió así con la determinación de NETS (datos no mostrados.) La falta de correlación entre los NETS y las puntuaciones ecográficas se observó en todos los grupos terapéuticos.

Conclusiones: La calprotectina plasmática, y no los NETS, está asociada con la inflamación sinovial medida por US en pacientes con AR establecida en tratamiento con biológicos o JAKi. Estos dos marcadores de activación neutrofílica jugarían un papel patogénico diferente en la AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frade-Sosa B, *et al.* Ther Adv Musculoskelet Dis. 2022.
2. Song *et al.* Frontiers in Immunology. 2021.
3. Ramirez J, *et al.* Arthritis Res Ther. 2014.

P154. INCIDENCIA, GRAVEDAD Y MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD BIOLÓGICO Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS

Gonzalo Jurado Quijano, A. Fernández Reboul-Fernández, J. Rodas Flores, I. Fernández-Maeztu Palacín, J.J. Pérez Venegas y B. Hernández Cruz

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inmunomediada con un riesgo de infección que duplica el de la población sin AR. El riesgo se incrementa en relación con la edad, número de infecciones previas y el tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad de tipo biológico (FAMEb) y sintético dirigidos (FAMEsd) y glucocorticoides (GCC). Es interesante conocer las características de la infección por SARS-CoV-2 y la mortalidad asociada en pacientes con AR.

Objetivos: Analizar el número de casos de infección por SARS-CoV-2. Conocer la gravedad de la infección en términos de número de hospitalizaciones, requerimiento de ingreso en UCI y mortalidad. Identificar factores de riesgo asociados a la infección.

Métodos: Serie de casos retrospectiva de una cohorte de pacientes con AR en tratamiento con FAMEb o FAMEsd. Se revisaron los pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) en tratamiento con FAMEb o FAMEsd desde diciembre 2019 hasta el 15 enero de 2022, atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena. Se recabaron variables relacionadas con la AR y con la infección.

Resultados: Se analizan datos de 565 pacientes de 59,9 ± 12,8 años; 454 (80%) mujeres, 465 (82%) con FR y/o ACPA positivo, con una AR de 14,1 ± 10,7 años de evolución. Se encontraron 64 (11,3%) casos de infección SARS-CoV-2. 6 (1,6%) requirieron ingreso en planta durante 6,6 ± 3,8 días y ninguno ingresó en UCI. Dos (22%) fueron tratados con

ventilación no invasiva y ninguno con ventilación mecánica invasiva. El tratamiento inmunosupresor recibido en los 6 meses previos a la infección por SARS-CoV-2 consistió en prednisona en 22 (34,3%) casos a dosis de 4,8 ± 1,7 mg/día; MTX en 23 (35,9%) pacientes a dosis de 14,7 ± 5,7 mg/semana; fármacos anti-TNF en 23 (39%); anti IL-6 en 17 (26%); Inhibidores de JAK en 14 (22%); rituximab en 5 (8%) y abatacept en 3 (5%) pacientes. En 32 (50%) de ellos no se informó vacunación previa frente al virus. De los vacunados, uno (3%) tenía una dosis; 8 (25%) 2 dosis y 23 (71%) 3 dosis. Se registraron 13 (2,3%) defunciones del total de la cohorte; de las que 1 caso (0,18%) falleció por COVID. Este caso fue una mujer de 80 años, con una AR de 60 años de evolución que tenía EPID y múltiples manifestaciones extraarticulares y múltiple comorbilidad asociada. Recibía tratamiento con GCC (7,5 mg/día) más baricitinib (2 mg/día). Los pacientes con infección SARS-CoV-2 tuvieron menor edad (57,3 ± 11,7 vs. 60,3 ± 12,9 años, p < 0,05) y menor tasa de vacunación (50% vs. 93%, p < 0,0001). No hubo asociación con el tipo de AR, presencia de manifestaciones extraarticulares (entre ellas EPID) ni el número, presencia o tipo de comorbilidades. Respecto a los tratamientos se encontró asociación de riesgo entre la exposición previa a GCC y el empleo previo de fármacos inhibidores de JAK y protectora con los fármacos anti-TNF.

Variable	AR con COVID		AR sin COVID		p
	n	%	n	%	
Sexo	52	81	402	80	0,8
FR+	50	83	402	82	0,8
ACPA+	43	70	377	78	0,8
Comorbilidades	49	77	365	73	0,3
Tabaquismo	7	11	82	18	0,1
Hipertensión	20	31	213	43	0,08
Diabetes	10	16	69	14	0,6
Dislipemia	19	30	164	33	0,6
Obesidad	14	28	81	19	0,1
EPID	5	7	45	9	0,7
Pulmón (asma + EPOC)	9	14	86	17	0,5
Tratamiento					
Glucocorticoides	22	34	0	0	0,04
FAMEsc	52	100	415	99	0,5
Metotrexato	51	100	403	99	0,7
Leflunomida	17	71	183	83	0,1
FAMEb	64	100	501	88	0,1
Anti-TNF	25	39	273	54	0,01
Anti-IL6	17	27	99	20	0,2
Rituximab	5	8	35	7	0,7
Abatacept	3	5	35	7	0,3
FAMEsd	14	22	58	12	0,02
Vacunación vs. SARS-CoV-2	32	50	500	99	0,0001
Defunciones	1	1,5	12	2	0,6
	Media	DE	Media	DE	
Edad (años)	57	11,9	60,3	12,9	0,05
Duración de la AR (años)	13,7	11,7	14,1	10,6	0,8
Duración del FAMEb/ FAMEsd (meses)	71,9	61,1	76,6	63,6	0,5

Conclusiones: La frecuencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con AR tratados con FAMEb y FAMEsd fue similar a la de la población general. La infección fue leve/moderada, sin encontrar incremento en hospitalizaciones, necesidad de ventilación asistida o número de ingresos en UCI respecto a lo informado en la literatura. La mortalidad fue baja. Como factor de riesgo se encontró la ausencia de vacunación. Si bien se encontró asociación entre la infección y la exposición a prednisona e inhibidores de JAK y protector del anti-TNF dichas asociaciones habrán de confirmarse en estudios prospectivos.

P155. PERFIL DE UTILIZACIÓN Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE ETANERCEPT INNOVADOR O BIOSIMILAR EN ARTROPATÍAS REUMÁTICAS INFLAMATORIAS, SEGÚN LA PAUTA DE TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA O ASOCIADO A FAMES Y/O CORTICOIDES ORALES

Ana Fernández-Reboul Fernández, I. Fernández-Maeztu Palacín, P. Muñoz Reinoso, J.L. Rodas Flores, E. Fernández Panadero y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La eficacia y seguridad de etanercept han sido demostradas en numerosos ensayos y han surgido un número creciente de biosimilares. En los últimos años, se han publicado estudios que sugieren la posibilidad de individualizar las dosis en pacientes de larga evolución, reduciendo la misma para alcanzar la dosis mínima eficaz!

Objetivos: Analizar el perfil de pacientes con artropatías inflamatorias en tratamiento con una pauta optimizada de etanercept según la práctica habitual de un hospital terciario, y analizar la supervivencia de dicha pauta según si se encontraban en monoterapia o en combinación con FAMES y/o corticoides.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, que incluye pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartritis (EA) axial y periférica, artritis idiopática juvenil (AIJ) y otras, atendidos en el servicio de Reumatología del HUVM que han recibido tratamiento con etanercept innovador o biosimilar. El

periodo analizado fue entre enero de 2001 y enero de 2023. Definimos tratamiento optimizado como aquella pauta con menor dosis o más espaciada que la pauta indicada en ficha técnica. Se realizó estadística descriptiva y análisis de supervivencia según el modelo de Kaplan-Meier. Para el análisis estadístico se ha utilizado el software estadístico R *commander*. El protocolo fue aprobado por el CEIC.

Resultados. Se incluyeron 289 pacientes. El 86,2% de los pacientes habían realizado tratamiento previo con FAMES y el 21,5% con FAMEb, de estos últimos el 6,9% con más de uno. El 53,6% de los pacientes se encuentra actualmente en monoterapia. El 67,8% (n = 196) de los pacientes han tenido en algún momento el tratamiento optimizado (tabla). Proporcionalmente, el grupo de AIJ fue el que tuvo mayor porcentaje de casos con etanercept optimizado (78,9%), seguida de EA axial (77,1%). El 66,3% (n = 130) de los pacientes optimizados continúan con esta pauta de tratamiento. La pauta optimizada de etanercept se mantuvo una media global de 71,1 meses. La EA axial fue la patología en la que la optimización duró más tiempo, con el 100% de pacientes en monoterapia (tabla). El 37,9% de los pacientes abandonaron la optimización con niveles de actividad alta/moderada. Los resultados de la curva de supervivencia mostraron diferencias en función del fármaco (Enbrel®, Benepali® y Erelzi®) (p < 0,05), probablemente por el distinto tamaño muestral de cada grupo (fig. 1, tabla). Sin embargo, no hubo diferencias en función de la monoterapia o combinación con FAMES y/o corticoides (p = 0,3) (fig. 2), ni según el diagnóstico (fig. 3).

Conclusiones. Los resultados demuestran que etanercept innovador o biosimilar permite la optimización terapéutica manteniendo la eficacia en un 62,1% de nuestra población optimizada. No encontramos diferencias en la supervivencia de la optimización en función de la monoterapia o combinación con FAMES ± corticoides ni por grupo de patología.

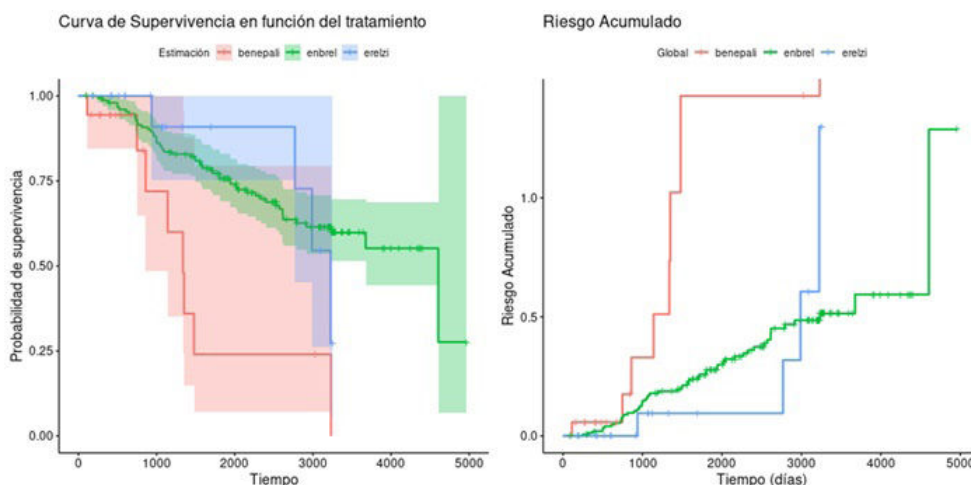
BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Cutillas J, et al. The use of adalimumab, etanercept, golimumab and infliximab in rheumatic pathologies: variation between label dosage and real-world use. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2015;15(5):851-8.

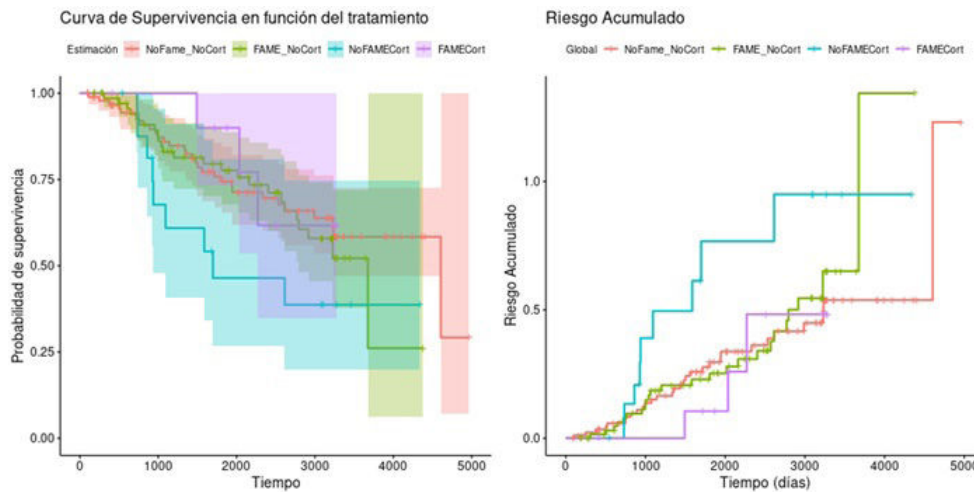
Tabla 155

Resumen de la distribución de la población estudiada y análisis descriptivo de la optimización por grupo de patología

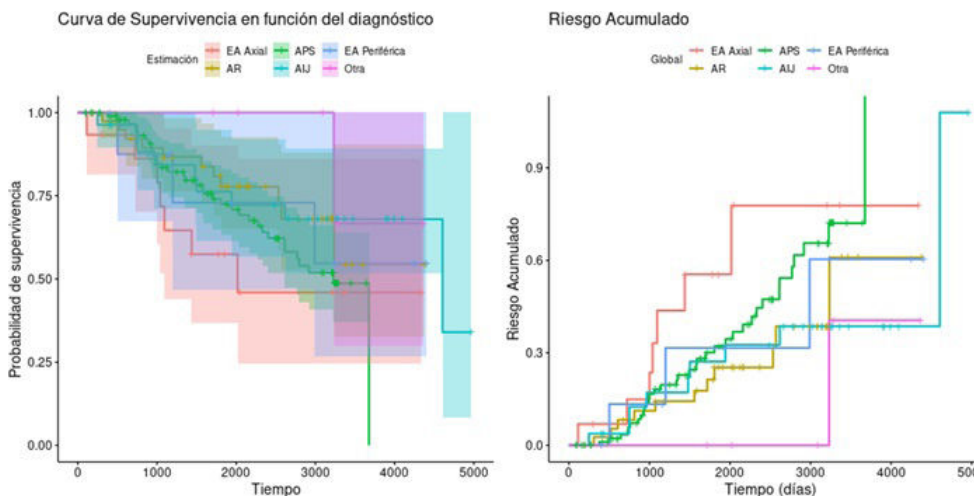
Patología	AR	APs	EA axial	EA periférica	AIJ	Otras	Total
Tamaño muestral, n (%)	145 (50,2%)	58 (20,1%)	35 (12,1%)	16 (5,5%)	20 (6,9%)	15 (5,2%)	289 (100%)
Optimizados total, n (%)	100 (51,0%)	39 (19,9%)	27 (13,8%)	9 (4,6%)	15(7,6%)	6 (3,1%)	196 (100%)
¿Continúan optimizados? n (%)	64 (32,6%)	28 (14,3%)	18 (9,2%)	6 (3,1%)	9 (4,6%)	5 (2,5%)	130 (66,3%)
Duración de la optimización (meses, media)	36 (18,4%)	11 (5,6%)	9 (4,6%)	3 (1,5%)	6 (3,1%)	1 (0,5%)	66 (33,7%)
Fármaco	60,8	65,8	82,7	72,7	51,3	93,3	71,1 (media global)
Enbrel	92 (47,7%)	39 (20,2%)	28 (14,5%)	12 (6,2%)	15 (7,8%)	7 (3,6%)	193 (100%)
Benepali	31 (60,8%)	6 (11,8%)	4 (7,8%)	2 (3,9%)	3 (5,9%)	5 (9,8%)	51 (100%)
Erelzi	22 (50,0%)	13 (29,5%)	3 (6,8%)	2 (4,5%)	1 (2,3%)	3 (6,8%)	44 (100%)



P155 Figura 1. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier según fármaco. Las curvas de supervivencia son distintas en función del fármaco utilizado, p < 0,05.



P155 Figura 2. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier según monoterapia o combinación FAMES-corticoide. No se encontraron diferencias en función de si el paciente optimizado se encontraba en monoterapia o en combinación con FAMES y/o corticoides ($p = 0,3$).



P155 Figura 3. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier según el diagnóstico. No se encontraron diferencias significativas en función de la patología.

P156. ANTIFIBRÓTICOS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE 57 PACIENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Belén Atienza-Mateo¹, Ana Serrano-Combarro¹, María Martín López², Santos Castañeda³, Rafael B. Melero-Gonzalez⁴, Jesús Loarca Martos⁵, Natalia Mena Vázquez⁶, Carmen Carrasco-Cubero⁷, Carolina Díez Morrondo, David Castro Corredor⁹, Tomás Ramón Vázquez Rodríguez¹⁰, Andrea García Valle¹¹, Gema Bonilla¹², Marina Rodríguez López¹³, Juan Ramón de Dios¹⁴, Libe Ibarrola¹⁵, Carmen González Montagut¹⁶, Sergi Ordóñez¹⁷, Anahy M⁸ Brandy-García¹⁸, Fernando Lozano Morillo¹⁹, María López Lasanta²⁰, Cristina Campos²¹, Marta Garijo-Bufort²², Ivette Casafont-Solé²³, Mónica Calderón-Goercke²⁴, Carlota Iñiguez Ubiaga²⁵, Francisco Ortiz-Sanjuán²⁶, Emilio Giner-Serret²⁷, Ignacio Braña Abascal²⁸, Bryan Josué Flores-Robles²⁹, Mireia Moreno³⁰, Diego Ferrer³¹ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. ⁷Servicio de Reumatología.

CHU Infanta Cristina. Badajoz. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital de León. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹⁰Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²¹Servicio de Reumatología. Consorcio Hospitalario General Universitario de Valencia. ²²Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. ²³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital José Molina Orosa. Lanzarote. ²⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²⁷Servicio de Reumatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²⁹Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. ³⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ³¹Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR). El abatacept y el rituximab son los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos más utilizados en la EPI-AR. Sin embargo, la EPI puede progresar a pesar de su administración. Un análisis de subgrupos del ensayo INBUILD ha demostrado un enlentecimiento en la disminución de la capacidad vital forzada (CVF) con el antifibrótico nintedanib (NINTE) en pacientes con EPI fibrosante progresiva asociada a enfermedades autoinmunes [Arthritis Rheumatol. 2022;74(6):1039-47].

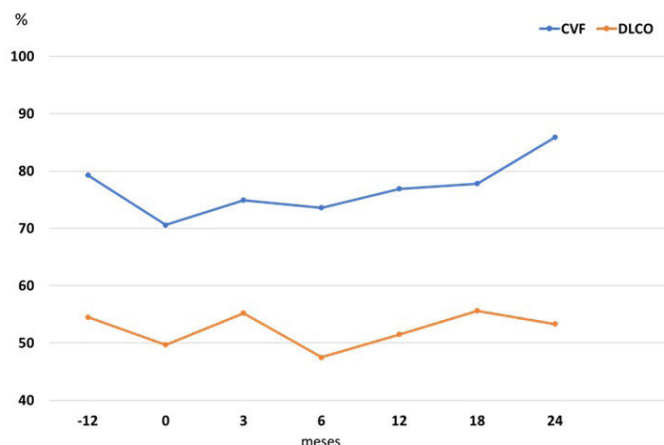
Objetivos: A) Evaluar la efectividad de los fármacos antifibróticos, NINTE y pirfenidona (PIRFE), en pacientes españoles con EPI-AR con fenotipo fibrosante progresivo en la práctica clínica (PC). B) Comparar el perfil de los pacientes con EPI-AR de la PC con los del subgrupo de EPI-AR del ensayo INBUILD.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional de pacientes con EPI-AR a los que se añadió NINTE o PIRFE debido al desarrollo de EPI fibrosante progresiva. Se recogieron las variables demográficas y clínicas de todos los pacientes. Estas características se compararon con las de los pacientes con EPI-AR del ensayo INBUILD (n = 89, 42 tratados con NINTE y 47 con placebo). La variable de desenlace principal fue la evolución de la CVF. Los resultados se expresan como porcentaje, media ± DE o mediana [RIC] según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (23 mujeres/34 hombres) (edad media; 69 ± 8 años) de la PC de varios hospitales nacionales. La mediana de duración de la EPI hasta el inicio de los antifibróticos fue de 48 [21-79] meses. NINTE fue el antifibrótico más utilizado (n = 52), combinado con tratamiento inmunosupresor en todos los casos: corticoides en 44, FAMEc en 16 (micofenolato de mofetilo = 6, leflunomida = 5, metotrexato = 3, hidroxiclороquina = 1, azatioprina = 1), FAMEb en 34 (abatacept = 26, rituximab = 6, anti-IL6R = 2) y JAKi en 4 (baricitinib = 2, tofacitinib = 1, filgotinib = 1). La CVF media fue de 79 ± 20 y de 71 ± 22 (%predicho) un año antes y en el inicio del NINTE, respectivamente. En la Tabla se muestra la comparación de pacientes con EPI-AR tratados con NINTE en la PC y en el ensayo INBUILD. La evolución de la CVF y la capacidad de difusión pulmonar del monóxido de carbono (DLCO) en la PC desde el año anterior al inicio del NINTE se muestra en la Figura. Tras una mediana de seguimiento de 15 [4-23] meses, no se observó descenso de los valores medios de la CVF ni de la DLCO. Además, el 84% de los pacientes presentó estabilización o mejoría de la disnea. NINTE se retiró en 9 pacientes debido a: eventos adversos gastrointestinales (n = 7), fallecimiento (n = 1) o riesgo de hemorragia (n = 1). PIRFE fue administrado en 5 pacientes (4 hombres), combinada con abatacept en 3 pacientes y metotrexato en 1. La CVF media fue de 72 ± 18 y de 70 ± 23 (%predicho) un año antes y en el inicio PIRFE, respectivamente. Al igual que con NINTE, se observó una estabilidad en la evolución de la función pulmonar. PIRFE se retiró en 2 pacientes debido a eventos adversos gastrointestinales.

Características basales de pacientes con EPI-AR y NINTE

	Práctica clínica (n = 52)	Ensayo INBUILD (n = 89, 42 NINTE, 47 PCB)
Edad, años media ± DE	69,0 ± 8,2	66,9 ± 9,6
Mujeres, n (%)	22 (42)	35 (39,3)
Tabaquismo, n (%)	39 (75)	57 (64)
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de EPI, años, media ± DE	4,8 ± 4,7	3,6 ± 3,2
FR, n (%)	47 (90)	ND
ACPA, n (%)	43 (83)	ND
CVF (% pred.), media ± DE	70,6 ± 21,7	71,5 ± 16,2
DLCO (% pred.), media ± DE	49,7 ± 13,6	47,7 ± 15,6
Escala de disnea (mMRC), mediana [RIC]	2 [2-3]	ND
Patrón de NIU en TCAR, n (%)	35 (67,3)	77 (86,5)
Tratamiento inmunosupresor concomitante, n (%)	52 (100)	79 (88,7)
Glucocorticoides	44 (84,6)	ND
FAME convencional	16 (30,7)	ND
FAME biológico	34 (65,4)	ND
JAKi	4 (7,7)	ND



Evolución de la CVF y DLCO en 52 pacientes con EPI-AR tratados con nintedanib en la práctica clínica habitual desde el año previo al inicio.

Conclusiones: Los antifibróticos, especialmente NINTE, parecen ralentizar la progresión de la EPI en pacientes con EPI-AR. En la PC, los pacientes reciben NINTE más tarde que en el ensayo clínico, pero los resultados son igualmente satisfactorios. La combinación de antifibróticos y FAMEs en la EPI-AR además de efectiva parece segura.

P157. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR Y EL VALOR DE KREBS VON DEN LUNGEN 6 E N EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEROPPOSITIVA

Irene Peralta García¹, Pere Serra Mitjà², María Martínez-Bujidos³, Pau Alcubilla⁴, Susana Holgado¹ e Ivette Casafont Solé¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) afecta al 0,5-1% de la población general. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a AR (EPID-AR) es su segunda causa de mortalidad, con una incidencia entre 1,06-4,1/1.000 pacientes. Recientemente se han publicado recomendaciones para el cribado de EPID-AR (Recomendaciones SER/SEPAR 2022) que se basan en factores clínicos y biológicos. Actualmente no disponemos de ninguna herramienta de cribado para su diagnóstico de rutina en práctica clínica habitual. En los últimos años se ha descrito la posible utilidad tanto de la ecografía pulmonar como de los valores de Krebs von den Lungen 6 (KL-6) para el diagnóstico de la EPID-AR.

Objetivos: Describir los hallazgos en ecografía pulmonar de pacientes con AR seropositiva. Analizar la relación de dichos hallazgos y los valores de KL-6 con la presencia de EPID-AR y su extensión por TC torácico de alta resolución (TCAR).

Métodos: Estudio exploratorio realizado en pacientes en seguimiento por Reumatología en un hospital de tercer nivel con AR seropositiva y TCAR reciente (< 2 años) que confirma o descarta EPID. A todos se les realizó una ecografía pulmonar simplificada, valorando 14 espacios intercostales, a cargo de un neumólogo experto ciego a los datos clínicos; se determinaron los niveles de KL-6 y se revisó la historia clínica y el TCAR.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (10 con EPID-AR y 10 con AR sin EPID). Las tablas describen las características de ambos grupos.

Tabla 1. Características clínicas y analíticas de la cohorte (n = 20)

Variable	EPID-AR (N = 10)	AR sin EPID (N = 10)	p
Edad, mediana (Q1,Q3)	75 (62,79)	75 (62,79)	
Sexo masculino, n (%)	7 (35)	2 (10)	
Fumador activo o exfumador, n (%)	7 (35)	5 (25)	
Tiempo de evolución AR, n ± DS	14,40 ± 6,99	21,10 ± 7,41	p = 0,05
Tiempo de evolución AR a EPID, n ± DE	10,20 ± 8,3	-	
DAS28-VSG, n ± DE	3,59 ± 1,33	3,03 ± 1,11	
Factor reumatoide + (> 10), n (%)	9 (45)	9 (45)	
Antipéptido cíclico citrulinado + (> 20), n (%)	8 (40)	9 (45)	
KL-6 (U/mL) ± DE	846,2 ± 468,3	487,1 ± 304,1	p = 0,028
FAMEs, n (%)	4 (20)	11 (55)	
FAMEb, n (%)	10 (50)	9 (45)	
Glucocorticoide actual, n (%)	7 (35)	5 (25)	

Debido al pequeño tamaño muestral, no fue posible medir la capacidad predictiva para EPID de ninguna de las variables analizadas de forma combinada, pero sí se realizaron varias observaciones. Los valores de KL-6 fueron superiores en el grupo EPID-AR (IC95% 467,18-866,11, p = 0,028). En la ecografía pulmonar se observó que todos los pacientes con > 10 líneas B/campo en algún cuadrante presentaban EPID (p = 0,003). La presencia de 5 a 10 líneas B/campo en algún cuadrante también resultó sugestivo de EPID (p = 0,002). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos para la presencia de irregularidades pleurales (p = 0,105), pero sí en la de engrosamientos pleurales (p = 0,035), siendo más frecuentes en el grupo EPID-AR. En nuestra cohorte, la afectación de campos anteriores por ecografía (paraesternal, medioclavicular y axilar anterior) es más frecuente en los pacientes con EPID-AR (fig.), pudiendo ser más específico de su presencia. Finalmente, se correlacionó la presencia de líneas B (5-10 y > 10 líneas/campo) en algún cuadrante con la extensión de la EPID en el TCAR. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de 5-10 líneas B/campo con la extensión por TCAR de cualquier grado y la presencia de > 10 líneas B/campo con afectación únicamente moderada o extensa (p = 0,001).

Conclusiones: En pacientes con AR la presencia en la ecografía de tórax de > 5 líneas B/campo es altamente sugestiva de EPID, siendo prácticamente definitoria cuando hay > 10 líneas B/campo. Existe una correlación entre la extensión por ecografía y por TCAR. La pre-

sencia de engrosamientos pleurales es más frecuente en los pacientes con EPID-AR que en los controles, no siendo así para la presencia de irregularidades pleurales. Podría ser que los campos anteriores fueran más específicos para la presencia de EPID-AR. Los valores de KL-6 fueron mayores en los pacientes con EPID que en los controles. Es necesario ampliar la muestra para poder confirmar dichas afirmaciones.

Tabla 2. Hallazgos en ecografía torácica y TCAR

Ecografía pulmonar	
Número de líneas B/campo	n (%)
< 3	4 (20)
3-5	13 (65)
5-10	11 (55)
> 10	6 (30)
Irregularidades pleurales	17 (85)
Engrosamiento pleural TCAR	11 (55)
Patrón EPID	
	n (%)
Neumonía intersticial usual	5 (50)
Neumonía intersticial no específica	3 (30)
Incipiente	2 (20)
Extensión por TCAR	
	n (%)
Leve (< 20%)	5 (50)
Moderada (20-50%)	3 (30)
Extensa (> 50%)	2 (20)

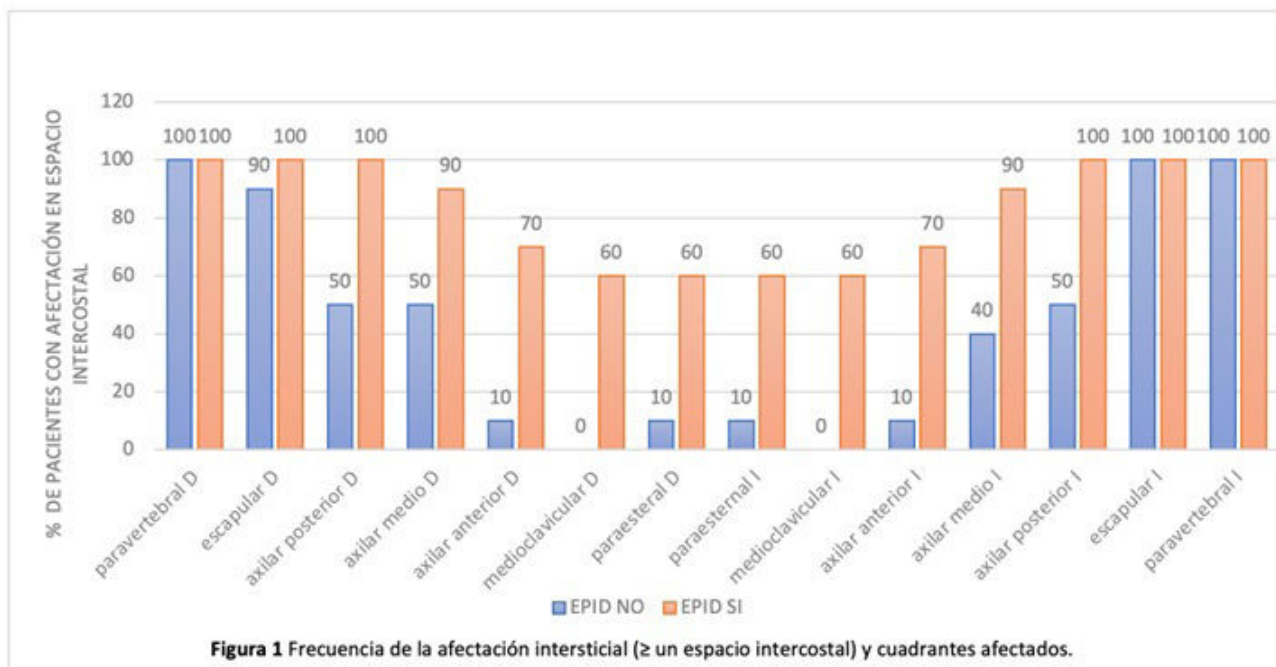


Figura 1 Frecuencia de la afectación intersticial (≥ un espacio intercostal) y cuadrantes afectados.

P158. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTE Y MÉDICO EN LA PERCEPCIÓN DE LA FATIGA Y LA DEPRESIÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Rosa María Morlá Novell, Beatriz Frade-Sosa, Núria Sapena Fortea, Chafik Chacur, Jose A. Gómez-Puerta y Raimon Sanmartí

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Se han descrito diferencias entre la percepción de la actividad de la artritis reumatoide (AR) por parte de los médicos y por parte de los pacientes. La fatiga y la depresión son dos de las comorbilidades informadas como síntomas importantes que experimentan los pacientes en relación a la enfermedad; sin embargo, no se evalúan sistemáticamente en la práctica clínica.

Objetivos: Estudiar la valoración de enfermedad de los pacientes y los médicos referente a estas dos comorbilidades además de en otras variables (biológicas, clínicas y autoinformadas) de actividad de enfermedad en un grupo de pacientes con AR establecida.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AR (ACR/EULAR, 2010) en seguimiento por la Unidad de Artritis de manera consecutiva durante 3 meses, que aceptaron participar en este estudio y que cumplimentaron 3 cuestionarios: 1. Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ), que incluye: 0-10 función física (FN) según HAQ modificado (0-10), escala analógica visual (EVA) 0-10 para dolor (PN), EVA 0-10 para fatiga (EVA-Fatiga) en la pregunta 9; fatiga elevada ≥ 53 y la evaluación global del paciente (VGP) para calcular el índice de actividad RAPID3, una revisión de 60 síntomas (ROS60) y la autoevaluación de 48 articulaciones periféricas (RADAI48). 2. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT-FS), 13 preguntas con puntuación de 0-4 y global de 0-52; puntuaciones más bajas indican peor fatiga. 3. Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9), 10 preguntas para cribado de depresión (PHQ9 ≥ 10). Se recogieron variables del examen físico articular (NAD28, NAI28), pruebas de laboratorio (PCR, VSG), índices compuestos de actividad de la enfermedad EULAR (DAS28PCR, DAS28VSG, CDAI y SDAI), demográficos (sexo, edad, IMC), características de la enfermedad del paciente y la evaluación global de la enfermedad por el médico (VGM). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y la correlación de Pearson entre VGM y VGP con el resto de variables estudiadas.

Resultados: Se reclutaron un total de 75 pacientes (84% mujeres) con AR, con una edad media de $62 \pm 11,6$ años, una duración media de la enfermedad de $14,6 \pm 5$ años y un IMC medio de $22,8 \pm 8,0$. El 64% estaban en tratamiento con FAMES biológicos y el 45,3% recibían tratamiento con glucocorticoides. Se observó depresión (PHQ9 ≥ 10) en 12 pacientes (16%) y en 31 pacientes (41,2%) se observó una fatiga elevada (VAS-fatiga $\geq 5/10$). La correlación entre la VGP y la fatiga medida con la EVA-fatiga ($r = 0,604, p < 0,001$) y para depresión con PHQ9 ≥ 10 ($r = 0,616, p < 0,001$) fue buena, y casi buena para FACIT-FS ($r = -0,517, p < 0,001$). En cambio, la correlación entre VGM fue menor con la fatiga (FACIT-FS): $r = -0,428, p < 0,001$; VAS-Fatiga: $r = 0,451 p < 0,001$ y con la depresión (PHQ9: $r = 0,477 p < 0,001$). La

correlación del resto de variables estudiadas (DAS28PCR, DAS28VSG, CDAI, SDAI, NAD28, NAI28, PCR, VSG y ROS60) fue menor para VGM que para VGP, excepto para NAI28 (tabla).

Conclusiones: La percepción del estado de la enfermedad por parte del paciente se correlaciona mejor que la percepción del médico con estas dos importantes comorbilidades asociadas a la AR, así como con los índices de actividad de la enfermedad. La evaluación de fatiga y depresión mediante escalas o cuestionarios debería tenerse en cuenta en la rutina clínica de los pacientes con AR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inciarte-Mundo J. Ann Rheum Dis. 2020;79(Suppl 1).
2. Katz P. Arthritis Care Res. 2016.
3. Tournadre A. Joint Bone Spine. 2019.

P159. SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAK EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA: RIESGO INFECCIOSO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON IJAK

María José Pérez Quintana, M.C. Trapero Pérez, M. Berrocal Acedo, M.N. Roldán Ruiz y J. Uceda Montañés

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La seguridad de los fármacos inhibidores de JAK (iJAK) con respecto a complicaciones infecciosas está ampliamente respaldada por ensayos clínicos sólidos. Aun así, conviene conocer el comportamiento de los iJAK en condiciones de práctica clínica habitual de cara a establecer estrategias adecuadas de prevención.

Objetivos: Describir los efectos adversos infecciosos (Eai) durante el tratamiento con iJAK para todas sus indicaciones en Reumatología y evaluar su supervivencia en relación con la aparición de estos Eai.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con enfermedades inflamatorias articulares (AR, APS y EspA) tratados con iJAK en seguimiento por la UGC de Reumatología del H. Virgen de Valme.

Resultados: Se trata de una muestra de 213 pacientes (164 M, 49H) tratados con iJAK: 88 (41,31%) con upadacitinib (UPA), 77 (36,15%) con tofacitinib (TOF), 28 (13,15%) con filgotinib (FIL) y 20 (9,39%) con bari-citinib (BAR). Un 37,56% eran tratados en monoterapia y un 62,44% con FAME combinado. El 60,09% recibió tratamiento esteroideo durante el seguimiento (un 72,66% a dosis $< 7,5$ mg prednisona/24h, y un 27,34% a dosis $\geq 7,5$ mg prednisona/24h). Se registran 130 procesos infecciosos en 67 pacientes (31,45%). De ellos 26 (38,80%) recibían UPA, 21 (31,34%) TOF, 10 (14,93%) FIL y 10 (14,93%) BAR. Las infecciones más frecuentes fueron las respiratorias (43,85%), siendo un 52,63% de vías altas, un 17,54% de vías bajas, un 26,32% COVID-19 y un 1,75% infección gripal. Las segundas más frecuentes fueron las herpéticas (14,62%, 11 de ellas por VVZ de las que 2 fueron oftálmicos) e infecciones urinarias (ITU, un 14,62%), seguidas de las infecciones de piel y partes blandas (10%), digestivas (4,62%), infecciones ORL (3,85%), odontológicas (3,85%), genitales (1,54%) y otras oftalmológicas (0,77%). Se han observado 7 Eai graves en 7 pacientes (5,38% del total, de edad media 58,71 años) que precisaron hospitalización (1 de ellos



P158 Figura. Mapa de calor de correlación entre la evaluación global del paciente (VGP), evaluación global del médico (VGM) e índices de fatiga, depresión, evaluación clínica y actividad de la enfermedad.

en UCI), de los que 4 (57,14%) eran mujeres y 3 (42,86%) hombres. De ellos 3 eran tratados con UPA, 3 con TOF y 1 con BAR; un 85,71% recibía tratamiento combinado con FAMEs y un 71,42% con corticoides (el 60% a dosis $\geq 7,5$ mg prednisona/24h). De los EAi graves 5 fueron infecciones respiratorias (71,43%), 1 COVID-19, 1 infección de piel y partes blandas (absceso) y 1 infección digestiva. El tratamiento con iJAK se suspendió en 112 pacientes: en 53 (47,32%) por ineficacia, en 53 (47,32%) por EA (11 por EAi -9,82%- y 42 por EA no infeccioso -37,5%-, destacando la intolerancia digestiva y las reacciones de hipersensibilidad como causas más frecuentes) y 6 (5,36%) por FRCV. De los 11 pacientes que suspendieron iJAK (8 TOF, 2 UPA y 1 BAR) por EAi, 5 fueron por EAi graves, 3 por VVZ y por 3 infecciones de repetición (las más frecuentes respiratorias e ITU).

Conclusiones: Los EAi han sido los segundos EA observados más frecuentes, la mayoría de tipo leve-moderado, ocasionando únicamente 7 EAi graves en 213 pacientes y ningún *exitus*. En línea con otras series, los EAi más frecuentes fueron las infecciones respiratorias, seguidas de las herpéticas, reafirmando así las recomendaciones actuales de vacunación frente a microorganismos causantes de infecciones respiratorias y VVZ en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor. La edad, el tratamiento concomitante con otros FAMEs y el tratamiento esteroideo (aún más a dosis $\geq 7,5$ mg/24h PDN) se postulan como factores de riesgo asociados a EAi graves en pacientes tratados con iJAK.

P160. CAMBIO EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA NEUTROPENIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL SIGLO XXI ¿CONSECUENCIA DE LA ESTRATEGIA TREAT TO TARGET?

Jorge Luis Rodas Flores, B. Hernández-Cruz, I. Fernández-Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández, E. Fernández Panadero y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La neutropenia en pacientes con artritis reumatoide es un fenómeno que se observa en la práctica clínica, pero importante a tener en cuenta por la posibilidad de ocasionar dificultades en el correcto manejo de la enfermedad. Su complicación más frecuente es la presencia de infecciones que pueden ser fatales. La etiología de la neutropenia es variada: farmacológica, autoinmune (síndrome de Felty), hematológica, infecciosa, etc.

Objetivos: Describir la frecuencia de neutropenia en una muestra de pacientes de práctica clínica habitual del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) en pacientes con artritis reumatoide (AR), identificar sus características clínicas, biológicas e inmunológicas, haciendo especial énfasis en su etiología y relación con los tratamientos.

Métodos: Se seleccionó una muestra aleatoria calculada según la prevalencia estimada de neutropenia del 10% de la base de datos de enfermos con AR atendidos en el servicio desde enero de 2014 hasta noviembre de 2022. Se recabaron datos demográficos, clínicos, laboratorio y específicos de neutropenia a partir de la historia clínica digitalizada. Se definió episodio de neutropenia si el recuento absoluto de neutrófilos (RAN) era menor a 1.500/mm³ en una determinación; aguda si la neutropenia persistía < 3 meses y crónica si persistía ≥ 3 meses. El Síndrome de Felty se definió como una AR con ACPA o FR positivo más neutropenia atribuida a la actividad. El diseño del estudio fue observacional, retrospectivo y analítico. Se realizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: De una base de 858 pacientes con AR se seleccionaron aleatoriamente 270 (30%). Se encontró al menos un episodio de neutropenia en 50 enfermos (18,5%), con un total de 99 episodios. El DAS28 al momento de la neutropenia tuvo una mediana de 2,18 (p25 1,76-p75 2,96). A continuación, detallamos los 99 episodios de neutropenia de los que en 58 fue aguda y en 41 crónica. El RAN más bajo alcanzó una mediana de 1,240 (p25 1,000- p75 1,390) mm³. En

32 (32%) hubo otra citopenia asociada. En los 50 enfermos se registraron 12 infecciones (12%), la mayoría de carácter leve a excepción de una neumonía por *K. pneumoniae* y una queratitis herpética. La etiología fue atribuida a fármacos en 82 (83%), a la AR en 13 (13%), a infecciones virales en 3 (3%), a neoplasia hematológica en 1 (1%). Los fármacos asociados al episodio de neutropenia se muestran en la tabla. De ellos 79% se asociaron con FAMEb, 62% en monoterapia sobre todo fármacos Anti-IL6 y 44 con FAMEsc, sobre todo MTX. De los 99 episodios de neutropenia 85 (86%) se habían resuelto y 14 (14%) persistían al momento del estudio; 59 (69%) de los episodios resueltos lo hicieron sin aplicar ninguna medida y 26 (31%) aplicando alguna intervención. Se identificaron 5 (1,8%) pacientes con probable síndrome de Felty, y solo uno mostró la triada clásica de AR, neutropenia y esplenomegalia.

Tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) asociados a los episodios de neutropenia

Tipo	Monoterapia	Combinación de FAMEsc	Combinación FAMEsc + FAMEb	Subtotal
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Metotrexate	9 (20)	1 (2)	18 (41)	28 (64)
Leflunomida	3 (7)	1 (2)	6 (14)	10 (23)
Hidroxicloroquina	0	1 (2)	5 (11)	6 (14)
Total	12 (27)	3 (7)	29 (66)	44

Tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) asociados a los episodios de neutropenia

Tocilizumab	32 (40)	15 (19)	47 (59)
Etanercept	9 (11)	5 (6)	14 (18)
Adalimumab	3 (4)	4 (5)	7 (9)
Sarilumab	5 (6)	2 (2)	7 (9)
Infliximab	0	3 (4)	3 (4)
Rituximab	1 (1)	0	1 (1)
Total	49 (62)	29 (37)	79 (100)

Tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos (FAMEsd) asociados a los episodios de neutropenia

Baricitinib	2 (66)	0	2 (66)
Upadacitinib	1 (33)	0	1 (33)
Total	3	0	3 (100)

Otros tratamientos

Rucaparib	1 (50)	0	1 (50)
Carboxiplatino/ placitacel	1 (50)	0	1 (50)
Total	2 (100)	0	2 (100)

Conclusiones: Se encontró una prevalencia de neutropenia en pacientes con AR del 18,5%, valor mayor a lo descrito en la literatura. La mayoría fueron atribuidas a los FAMEs, de carácter leve, se resolvieron sin necesidad de intervención y no se asociaron a complicaciones graves. La frecuencia de síndrome de Felty se encontró dentro de la informada en la literatura y en la mayoría de los casos la triada clásica estuvo ausente. Destacó que en los pacientes con neutropenia tenían un nivel de actividad de la AR bajo o en remisión.

P161. IMMUNE RESPONSE AFTER SARS-CoV-2 VACCINATION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY IMMUNE-MEDIATED DISEASES ON IMMUNOSUPPRESSIVE TREATMENT

Chamaida Plasencia Rodríguez¹, Ana Martínez-Feito², Marta Hernández³, Pilar Nozal², Lucía del Pino Molina^{4,5}, Marta, Novella-Navarro¹, Yolanda Serrano^{4,5}, Miguel González Muñoz², Diana Peiteado¹, Gema Bonilla¹, Irene Monjo¹, Laura Nuño¹, Carolina Tornero¹, Eduardo López Granados² and Alejandro Balsa¹

¹Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid. ²Immunology. La Paz University Hospital. Madrid. ³Canarias University Hospital. Tenerife. ⁴Center for Biomedical Network Research on Rare Diseases (CIBERER U767). Madrid. ⁵Lymphocyte Pathophysiology in Immunodeficiencies Group. La Paz Institute for Health Research (IdiPaz). Madrid.

Table 161
Patients' characteristics

	Controls (n = 38)	TNFi (n = 45)	RTX (n = 31)	Anti-IL6R (n = 5)	JAKi (n = 5)
Demographic and clinical characteristic					
Sex (female)*	30 (79%)	19 (42%)	27 (87%)	4 (80%)	5 (100%)
Age +	48 ± 14	53 ± 13	61 ± 12	52 ± 22	56 ± 10
BMI+	24 ± 2.4	26 ± 6.4	27 ± 5.4	26 ± 8.5	21 ± 1.6
Diagnosis					
RA*	---	15 (33%)	27 (54%)	3 (60%)	5 (100%)
SpA*	---	20 (45%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
PsA*	-	10 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Conectivopathies*	---	0 (0%)	4 (13%)	2 (40%)	0 (0%)
Treatment					
Methotrexate use	-	23 (51%)	16 (52%)	2 (40%)	4 (80%)
Corticosteroids use	---	6 (13%)	14 (45%)	2 (40%)	1 (20%)
Antibody titers against the SARS-CoV-2 vaccine					
After 2 ^a vaccine dose (UI/ml)	805.6 (405-932)	101 (43-204)	3.9 (0-46)	64 (61-64)	40 (18-40)
After 3 ^a vaccine dose (UI/ml)	-	79 (31.3 -204)	3.1 (0-27)	153 (12.4 -196)	35 (21-204)

Introduction: Some evidence indicates immunosuppressive therapy inhibits humoral response to vaccines. The degree to which this will translate to impaired COVID-19 vaccine responses is unclear and not all immunosuppressants have the same mechanism of action. It's important to elucidate whether these differences influence response to vaccines.

Objectives: To study the antibody-mediated protection and cellular response upon SARS-CoV-2 vaccination in patients with IMIDs treated with different types of immunosuppressive drugs.

Methods: This is an observational study including 86 patients with IMIDs [rheumatoid arthritis (RA), spondyloarthritis (SpA), psoriatic arthritis (PsA) and conectivopathies]. All patients were treated with b/tsDMARDs [TNF inhibitors (TNFi), rituximab (RTX), anti-interleukin 6 receptor (anti-IL6R) or JAK inhibitors (JAKi)]. Demographic, clinical, and treatment information were collected and also, the frequency and severity of SARS-CoV-2 infection. After 4-6 weeks of 2nd and 3rd vaccine dose, humoral response was assessed by the Thermo Scientific EISiA SARS-CoV-2-Sp1 IgG Test which was compared with data of 38 healthy controls (after 2nd vaccine dose). In addition, in patients with serum antibody levels under 100 UI/ml, we analysed the cellular response by the use of the QuantiFERON SARS-CoV-2 Starter Pack (Quiagen).

Results: A total of 86 patients (50 RA, 20 SpA, 10 PsA and 6 JAKi) under b/tsDMARDs and 38 healthy controls were included. Patients and controls' characteristics are in the table. Most patients received TNFi (45 with TNFi, 31 with RTX, 5 with anti-IL6R and 5 with JAKi). Anti-spike IgG antibodies were present in an 86% of the IMIDs patients and in 100% healthy controls (p = 0.017). However, 12 (14%) patients have undetectable serum antibody levels, being treated all of them with RTX (10 RA and 2 conectivopathies). In addition, serum antibody levels (IU/ml) were statistically lower in patients (Mdn (IQR): 54.5 (13.8-163) in patients vs. 625 (405-932) in controls, p < 0.001). The table shows these results in each treatment group; lower antibody levels were detected in patients treated with RTX (p < 0.001). Cell-mediated response to SARS-CoV-2 was evaluated in 32 patients with a poor humoral response. In 38% of patients a cell-mediated response was detected, being more frequent in patients treated with RTX (92%, p = 0.015). Disease flares after vaccination was no frequent in this cohort (18% and 7% after 2^a and 3^a dose, respectively). SARS-CoV-2 infection was reported in 43% of patients and 34% of controls after 2nd or 3rd vaccine dose. No healthy controls required hospitalization. Six (7%) patients required hospitalization, most of them treated with RTX (67%). Only 1 patient was admitted to the intensive care unit. This patient was treated with RTX and a humoral and cellular response was not detected.

Conclusions: Antibody titers against SARS-CoV-2 were lower in patients than in healthy controls, especially in patients treated with RTX. A cellular response can be detected despite having a poor humoral response, even in patients under RTX. Severe infections in

vaccinated patients with IMIDs are rare, being observed mainly in patients treated with RTX.

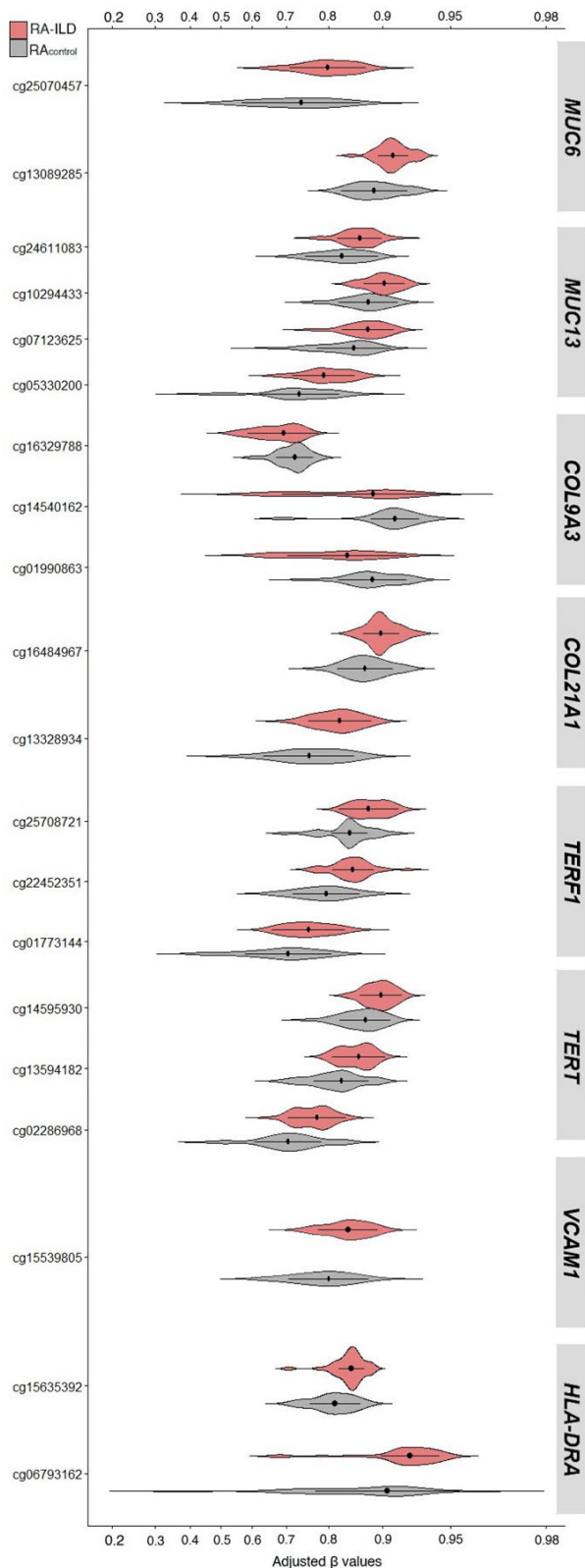
P162. PERFIL DE METILACIÓN DEL ADN EN LA SANGRE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE (EPI-AR)

Antonio González Martínez-Pedrayo¹, Bartosz Kaczmarczyk¹, Carlos de la Calle-Fabregat², Ana Catarina Duarte³, Natalia Mena Vazquez⁴, Antonio Fernández Nebro⁴, Ana Triguero-Martínez⁵, Santos Castañeda⁵, Raquel Dos Santos Sobrin¹, Antonio Mera Varela¹, Marta Rojas Giménez⁶, Alejandro Escudero Contreras⁶, Paloma Vela Casasempere⁷, María Molina⁸, Javier Narvaez⁸, Miriam Retuerto Guerrero⁹, José Luis Pablos Álvarez⁹, Juan C Sarmiento-Monroy¹⁰, Raimon Sanmarti¹⁰, Luis Gómez Carreras¹¹, Gema Bonilla Hernán¹¹, Sara Remuzgo Martínez¹², Miguel Ángel González-Gay¹², Virginia Leiro Fernández¹³, Nair Pérez Gómez¹⁴, Cristina Vadillo Font¹⁵, Lydia Abasolo¹⁵, Ivette Casafont-Solé¹⁶, Lourdes Mateo¹⁶, Ana Cristina Castillo González¹⁷, Carlos Marras Fernández-Cid¹⁷, Eva Pérez Pampín¹ y Esteban Ballestar², en nombre de la red MARILD

¹Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Josep Carreras Leukaemia Research Institute (IJC). Barcelona. ³Hospital Garcia de Orta. Almada. Portugal. ⁴University Regional Hospital of Málaga. Institute for Biomedical Research in Málaga (IBIMA). Malaga University. Málaga. ⁵Instituto de Investigación Sanitaria la Princesa. Hospital Universitario de la Princesa (IIS-IP). Madrid. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁷Dr. Balmis University General Hospital. Alicante Institute for Health and Biomedical Research (ISABIAL). Alicante. ⁸Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona. ⁹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ¹⁰Hospital Clinic e IDIBAPS. Barcelona. ¹¹Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IDIPAZ). Madrid. ¹²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹³Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ¹⁴Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. ¹⁵Hospital Clínico San Carlos-Instituto Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Madrid. ¹⁶Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁷Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide (EPI-AR) limita la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes. Su patogenia es solo conocida en parte, pero incluye elementos como la fibrosis, el acortamiento de los telómeros, el gen de MUC5B, los anticuerpos típicos de la AR y el tabaquismo.

Objetivos: Nuestro objetivo es identificar sitios CpG diferencialmente metilados en los pacientes con EPI-AR. Los hallazgos indicarán genes y rutas de relevancia específica para la patogenia de la EPI.



Diferencia en los valores de metilación del ADN de sitios CpG individuales anotados en genes seleccionados. Se comparan los resultados en pacientes con EPI-AR y AR sin EPI. Se representan valores beta con una escala logit del eje X.

Métodos: Hemos comparado dos grupos de 32 pacientes con AR: pacientes con EPI diagnosticados menos de un año antes y pacientes sin EPI. Todos fueron evaluados mediante TAC de Alta Resolución (TACAR) y emparejados por sexo, edad, tabaquismo y estado de anti-CCP. Todos proporcionaron su consentimiento informado y el estudio

contó con la aprobación de los CEIC de todos los centros participantes. La metilación de 850.000 CpG se midió con Infinium Methylation Epic BeadChip (Illumina). Las posiciones diferencialmente metiladas (DMP) y las regiones diferencialmente metiladas (DMR) se identificaron usando la aplicación de R ShinyÉPICO¹. El análisis de enriquecimiento en conjuntos de genes (GSEA) se hizo con methylGSA².

Resultados: Se identificaron 6.679 DMP con una diferencia $\geq 2\%$ y un FDR $< 0,05$ en los cromosomas autosómicos. Además, se identificaron 119 DMR: 72 en cuerpos génicos, 32 en promotores y 15 en islas de CpG. Algunos de estos DMP y DMR estaban asociados con genes de conocida relevancia (fig.): genes de mucinas (*MUC6*, *MUC13*), de colágenos (*COL9A3*, *COL21A1*), del mantenimiento de los telómeros (*TERF*, *TERT*, *POT1*) y relacionados con procesos inmunes (*HLA-DRA*, *VCAM1*, *TGFBRI*...). El análisis GSEA mostró un enriquecimiento significativo de 62 términos en Gene Ontology (GO) y 49 rutas en Reactome que coincidieron en gran medida. Algunos de los conjuntos de genes más enriquecidos se relacionan con la detección de estímulos químicos implicada en la percepción sensorial. Otros corresponden a cambios cromosómicos durante la mitosis: duplicación de centrómeros, segregación de los cromosomas y a otros procesos de la fase M de la mitosis y de control del ciclo celular. Otro grupo de genes prominente incluye modificaciones postraduccionales de proteínas: incluyendo acetilación y desacetilación de histonas y ubiquitinación de proteínas. Finalmente, se encontraron otros conjuntos de genes enriquecidos significativamente como los de procesos catabólicos del ARNm transcrito en el núcleo y rutas del metabolismo del ARNm, el transporte de vesículas intracelulares y de localización en la célula tanto de proteínas, como de mitocondrias, ARN y cromosomas; la interacción del huésped con infecciones víricas, el silenciamiento génico por ARN pequeños, la SUMOilación y el ciclo de RHO GTPasa.

Conclusiones: Hemos observado diferencias significativas en la metilación del ADN comparando muestras de sangre de pacientes con EPI-AR y AR sin EPI emparejados. Algunas de estas diferencias se relacionan con genes potencialmente interesantes así como con procesos biológicos y rutas que nos ayudarán a entender la patogénesis de la EPI-AR.

Financiación: estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ayudas PI20/01268, RD16/0012/0014, y RD21/0002/0003) con cofinanciación de la Unión Europea.

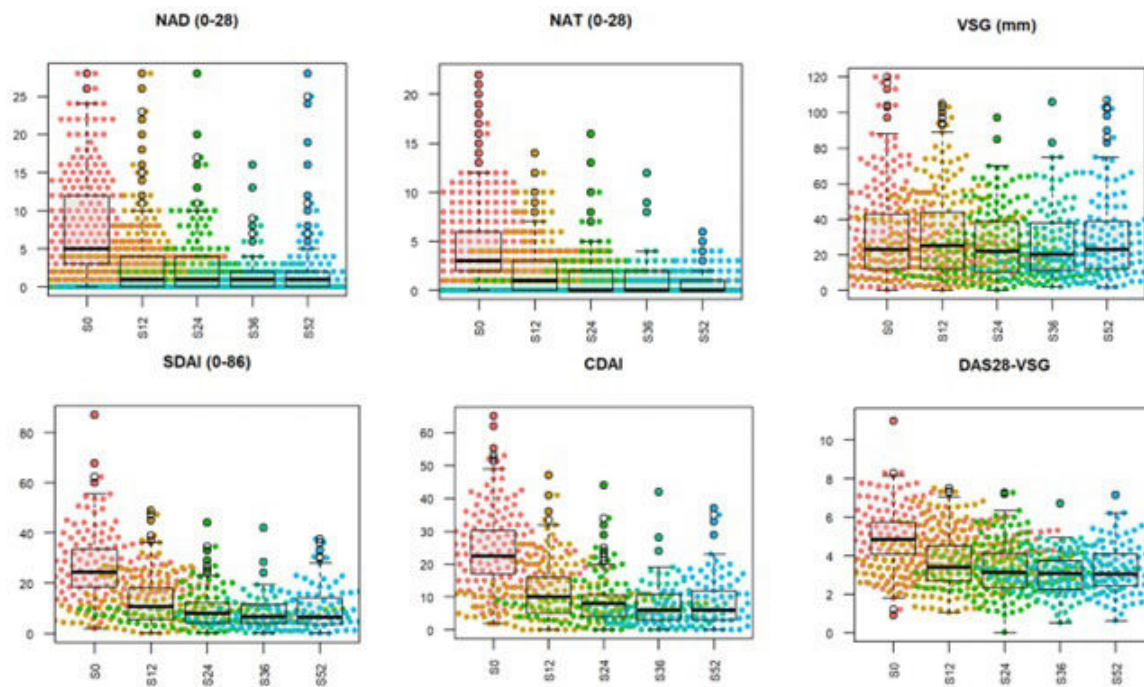
Referencias:

- Morante-Palacios O, Ballestar E. *Bioinformatics*. 2021;2:257-9.
- Ren X, Kuan PF. *Bioinformatics*. 2019;11:1958-9.

P163. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL USO DE INHIBIDORES DE JAK KINASAS EN ARTRITIS REUMATOIDE

María López Lasanta¹, H. Borrell Paños¹, M. Salles Lizarzaburu², V. Ruiz-Esquide³, D. Roig⁴, A. Nack⁵, C. Pérez García⁶, J. Bernárdez⁷, A. García Guillén⁸, J. Rovira Aguilar⁹, A. Cuervo Aguilera¹⁰, M. Vallis Roc¹¹, C. García Gómez¹², S. Mínguez Blasco², R. Morlà Novell³, P. Estrada Alarcón⁴, M. Martínez Morillo⁵, C. Pitarch Grau⁸, S. Sandoval¹, N. Busquets Pérez¹⁰, J. Gómez Puerta³, S. Holgado Pérez⁵, R. Sanmartí³, L. Mateo⁵, C. Diaz Torné⁸, H. Corominas⁸ y G. Salvador Alarcón⁷

- ¹Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Moisès Broggi. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Mutua de Terrassa. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Sant Pau-Dos de Maig. Barcelona. ⁹Unidad de Reumatología. Hospital de Mollet. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Josep Trueta. Girona. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital de Terrassa.



NAD: Número de articulaciones dolorosas; NAT: Número de articulaciones tumefactas; VSG: velocidad de sedimentación globular; SDAI: Simplified Disease Activity Index; CDAI: Clinical Disease Activity Index

Para cada variable se ha calculado la media y la desviación típica -mean(sd)- junto al intervalo de confianza para la media al 95% -IC [.] - y la mediana y el rango intercuartílico, median [IQR].

Figura 1. Evolución de parámetros e índices por semana de tratamiento.

Introducción: Los fármacos inhibidores de janus kinasa (JAKi) están aprobados para su uso en adultos con artritis reumatoide (AR) de actividad moderada a severa. Los estudios de práctica clínica son necesarios ya que proporcionan datos de gran interés que complementa la información proporcionada por los ensayos clínicos de registro.

Objetivos: Analizar el uso de los JAKi para el tratamiento de la AR en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de una cohorte de pacientes con AR tratados con un JAKi y con seguimiento en n = 12 Servicios de Reumatología, miembros del Grupo de Trabajo de AR (GT-ARCat) de la Sociedad Catalana de Reumatología (SCR). Se han incluido datos de pacientes que han realizado un JAKi entre mayo de 2014 y noviembre de 2022. Se han recogido variables epidemiológicas y clínicas desde la semana basal (S0) hasta la 52 (S52) de tratamiento. Se ha realizado el análisis del uso de un primer JAKi.

Resultados: Se incluyeron 256 pacientes (87% mujeres), con una media de edad de 57,31 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 12,17 años. Las características de la cohorte se detallan en la tabla 1. Un 53,5% de la cohorte había recibido baricitinib, un 41,8% tofacitinib y un 4,7% upadacitinib. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características epidemiológicas y clínicas según tipo de JAKi. El 65,6% de los pacientes tenía al menos una de las siguientes características (edad ≥ 65 años, fumador o exfumador, HTA, dislipemia, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, neoplasia, accidente vascular cerebral o trombosis). Un 36% había realizado ≥ 4 terapias biológicas (TB) de forma previa. Durante el tiempo en seguimiento, se retiró el tratamiento con un JAKi en un 39,1% (n = 100) de los casos incluidos. El principal motivo de retirada fue la ineficacia en el 57% (31% primaria, 26% secundaria), seguido de 26% efectos adversos y 17% otros motivos. Tras la retirada del tratamiento con un JAKi, en la mayoría de pacientes (31,3%) se inició un fármaco anti-TNF, seguido de un inhibidor de IL6 (20,2%) u otro JAKi (18,2%).

En relación a la eficacia del tratamiento con JAKi se observó una reducción de los parámetros e índices de actividad a lo largo del seguimiento según se muestra en la figura 1. Se detalla la proporción de pacientes respondedores en las semanas de seguimiento en las tablas 2 y 3. El análisis comparativo entre respondedores y no respondedores no mostró diferencias estadísticamente significativas en las variables descriptivas y de la enfermedad, excepto el n° de TB (2 [RIQ 0,3] vs. 2 [RIC 1,4], p = 0,041, el uso previo de antiTNF (57,8 vs. 76,8%, p = 0,011) y rituximab (7,4 vs. 23,2%, p = 0,003). Se observa un mayor porcentaje de pacientes con DAS28 ≤ 2,6 en el grupo de monoterapia respecto a tratamiento combinado (30,3% vs. 17%, p 0,037). La mediana de supervivencia fue de 3,15 años y mayor en monoterapia, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (fig. 2).

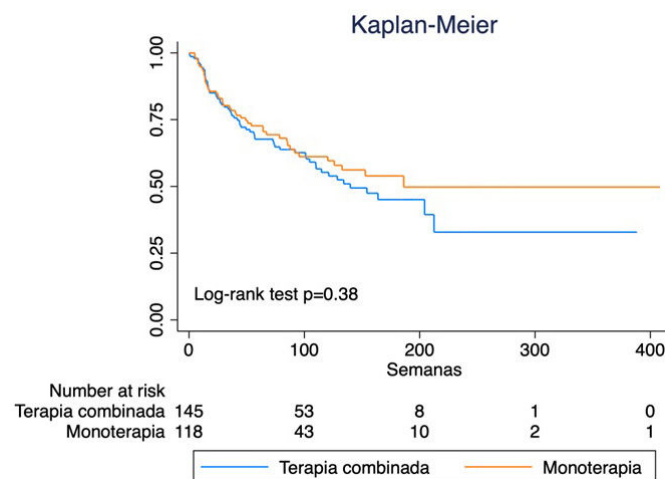


Figura 2. Supervivencia del JAKi según monoterapia o terapia combinada.

Tabla 1. Características epidemiológicas y clínicas de la cohorte

Variable	N (%) [IC95%]	N
Factor reumatoide positivo	191 (74,9%) [69,1;80,1]	255
ACPA positivo	201 (79,4%) [73,9; 84,3]	253
Erosivas	156 (61,7%) [55,4; 67,7]	253
Tabaquismo		248
No fumador	163 (65,7%) [59,5; 71,6]	
Fumador	51 (20,6%) [15,7; 26,1]	
Exfumador	34 (13,7%) [9,7; 18,6]	
HTA	68 (26,6%) [21,3; 32,4]	256
Dislipemia	69 (27%) [21,6; 32,8]	256
Diabetes mellitus	18 (7%) [4,2; 10,9]	256
Cardiopatía isquémica	10 (3,9%) [1,9; 7,1]	256
Fractura vertebral	15 (5,9%) [3,3; 9,5]	255
Fractura no vertebral	26 (10,3%) [6,8; 14,7]	253
Depresión	54 (21,2%) [16,3; 26,7]	255
Úlcera péptica	7 (2,7%) [1,1; 5,6]	256
Neoplasia		252
No	236 (93,7%) [89,9; 96,3]	
Pasada	15 (6%) [3,4; 9,6]	
Activa	1 (0,4%) [0; 2,2]	
Enfermedad pulmonar no EPID	31 (12,2%) [8,4; 16,8]	255
Accidente vascular cerebral	3 (1,2%) [0,2; 3,4]	254
Enfermedad articular degenerativa	65 (25,5%) [20,3; 31,3]	255
Herpes zoster previo	15 (6%) [3,4; 9,7]	250
Trombosis	2 (0,8%) [0,1; 2,8]	256
Manifestaciones extraarticulares		235
Escleritis/epiescleritis	2 (0,9%) [0,1; 3]	
Pleuritis	4 (1,7%) [0,5; 4,3]	
Pericarditis	1 (0,4%) [0; 2,3]	
Vasculitis	2 (0,9%) [0,1; 3,1]	
Amiloidosis	1 (0,4%) [0; 2,4]	
EPID	7 (3%) [1,2; 6,1]	
Portador de prótesis articulares	23 (9,8%) [6,3; 14,4]	234
1 prótesis	14 (60,9%) [38,5;80,3]	
2 prótesis	6 (26,1%) [10,2; 48,4]	
3 prótesis	1 (4,3%) [0,1; 21,9]	
4 o más	2 (8,7%) [1,1; 28]	
Síndrome seco	32 (14,1%) [9,8; 19,3]	227
Luxación atloaxoidea	7 (3%) [1,2; 6,1]	232
Tratamiento previo con biológicos	195 (76,5%) [70,8; 81,5]	256
Número de biológicos, mediana [IQR]	2 [1,3]	256
AntiTNF	167 (65,2%) [59,1; 71,1]	
AntiIL6	79 (30,9%) [25,3; 36,9]	
Abatacept	72 (28,1%) [22,7; 34,1]	
Rituximab	32 (12,5%) [8,7; 17,2]	
Número de FAMEs convencionales previos, mediana [IQR]	2 [1,3]	254
Monoterapia	113 (44,1%) [38; 50,5]	256
Tipos de tratamiento combinado		
Metotrexato	91 (35,5%) [29,7; 41,7]	
Leflunomida	57 (22,3%) [17,3; 27,9]	
Salazopirina	2 (0,8%) [0,1; 2,8]	
Hidroxicloroquina	15 (5,9%) [3,3; 9,5]	
Corticoides actual	159 (62,4%) [56,1; 68,3]	255
Dosis corticoides actual, N media (DE) [IC95% media]	5,9 (4) CI [5,2;6,5]	
Ha discontinuado alguna vez el tratamiento	48 (18,9%) [14,3; 24,3]	254
< 1 semana	7 (14,6%) [6,1; 27,8]	48
1-4 semanas	32 (66,7%) [51,6; 79,6]	
≥ 4 semanas	9 (18,8%) [8,9; 32,6]	
Herpes zoster durante el JAKi	11 (5,1%) [2,6; 8,9]	216

Tabla 2. Proporción de pacientes respondedores y no respondedores a JAKi en S12, n = 204

Criterio de valoración	N (%) [exact CI]
CDAI	Respondedor 111(54,4) [47,3; 61,4]
	No respondedor 93(45,6) [38,6; 52,7]
Respuesta EULAR	Buena/moderada 135(66,2) [59,2; 72,6]
	No respuesta 69(33,8) [27,4; 40,8]

Tabla 3. Proporción de pacientes en remisión, baja, moderada o alta actividad según CDAI y semana de seguimiento

	S12	S24	S36	S52
CDAI N (%) [Exact CI]				
< 2,8	16 (11,2%) [6,5; 17,5]	13 (13,1%) [7,2; 21,4]	14 (20%) [11,4; 31,3]	25 (24%) [16,2; 33,4]
> 2,8 ≤ 10	60 (42%) [33,8; 50,5]	61 (61,6%) [51,3; 71,2]	36 (51,4%) [39,2; 63,6]	45 (43,3%) [33,6; 53,3]
> 10 ≤ a 22	48 (33,6%) [25,9; 41,9]	18 (18,2%) [11,1; 27,2]	17 (24,3%) [14,8; 36]	29 (27,9%) [19,5; 37,5]
> 22	19 (13,3%) [8,2; 20]	7 (7,1%) [2,9; 14]	3 (4,3%) [0,9; 12]	5 (4,8%) [1,6; 10,9]
N	143	99	70	104

Conclusiones: Los JAKi han sido eficaces en diferentes perfiles de pacientes con AR manteniendo un buen perfil de seguridad. En nuestra cohorte, aunque según las últimas recomendaciones de la EMA (European Medicines Agency), en más de la mitad de pacientes el uso de JAKi estaría limitado, la tasa de retirada por efecto adverso ha sido baja, si bien sería necesario un mayor tiempo de seguimiento.

P164. TIEMPO HASTA LA DISCONTINUACIÓN INTERRUPTIÓN Y EFICACIA DE BARICITINIB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: DATOS EUROPEOS DE 12 MESES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO E INTERNACIONAL

Rieke Alten¹, Gerd R. Burmester², Marco Matucci-Cerinic³, Andrew Östör⁴, Liliana Zaremba-Pechmann⁵, Tamas Treuer⁶, Khai Jing Ng⁶, Jens Gerwien⁶, Kathryn A. Gibson⁶, Bruno Fautrel⁷ y Susana Holgado Pérez⁸

¹Departamento de Medicina Interna y Reumatología. Schlosspark-Klinik. University Medicine Berlin. Alemania. ²Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica. Charité Universitätsmedizin Berlin. Alemania. ³División de Reumatología. Universidad de Florencia. Unidad de Inmunología, Reumatología. Alergia y Enfermedades Raras (UnIRAR). Hospital IRCCS San Raffaele. Milán. Italia. ⁴Cabrini Hospital. Monash University & Emeritus Research. Melbourne. Australia. ⁵HaaPACS GmbH. Schriesheim. Alemania. ⁶Eli Lilly and Company. Indianápolis. EE. UU. ⁷Universidad de la Sorbona-Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Pitie Salpetriere Hospital. Departamento de Reumatología. París. Equipo PEPITES. Instituto de Epidemiología y Salud Pública Pierre Louis. París. Francia. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivos: RA-BE-REAL es un estudio de 3 años internacional, prospectivo y observacional de pacientes (ptes.) adultos con artritis reumatoide (AR) en el que se evaluó el tiempo hasta la interrupción del tratamiento inicial de la AR. El baricitinib (BARI), un inhibidor oral selectivo de JAK1/2, está aprobado para el tratamiento de adultos con AR activa moderada o grave. Este análisis informa del tiempo hasta la discontinuación y la eficacia en pacientes con AR reclutados en Europa tras 12 meses (M) de BARI o un fármaco biológico (b) antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) o cualquier otro FAME sintético dirigido (sd).

Métodos: Los ptes. de la cohorte A iniciaron tratamiento con BARI (2 mg o 4 mg en monoterapia o en combinación con cualquier FAME sintético convencional [sc]). Los ptes. de la cohorte B iniciaron tratamiento con algún FAMEb (inhibidor del factor de necrosis tumoral (iTNF o FAMEb no iTNF) o algún otro FAMEsd por primera vez. El inicio del tratamiento y los cambios se hicieron a criterio de los ptes. o del médico. El tiempo hasta la discontinuación en los ptes. de la cohorte A y la cohorte B se analizó tanto en los ptes. sin tratamiento previo con FAMEb como en los ptes. ya tratados. Se determinaron las tasas de respuesta de la remisión y de la actividad baja de la enfermedad (BAE) con el Índice clínico de actividad de la enfermedad a los 12M. Este análisis provisional previamente especificado recoge datos descriptivos a los 12M utilizando estadísticos de resumen, sin ninguna prueba inferencial.

Resultados: A los 12M, el porcentaje de ptes. que interrumpieron el tratamiento fue similar con 2 mg (25,4%) y 4 mg (26,9%) de BARI, ya

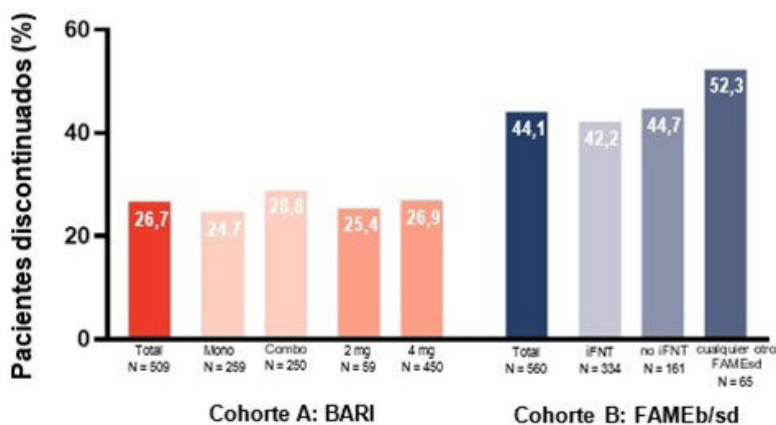
fuera en monoterapia (24,7%) o en combinación con cualquier FAMEsc (28,8%) (fig. 1). En la cohorte B, el 42,2%, 44,7% y 52,3% de los ptes. que recibieron iTNF, no iTNF o cualquier otro FAMEsd, respectivamente, interrumpieron el tratamiento a los 12M (fig. 1). En ambas cohortes, los ptes. sin tratamiento previo con FAMEb/sd eran quienes tenían menos probabilidades de interrumpir el tratamiento, mientras que los que habían recibido > 2 tratamientos previos con FAMEb/sd eran quienes tenían más probabilidades de interrumpirlo (fig. 2). Los motivos más frecuentes de discontinuación del tratamiento fueron la falta de respuesta primaria (cohorte A: 6,3%; cohorte B: iTNF; 8,3%, no iTNF 10,6%, cualquier otro FAMEsd; 10,6%) y los acontecimientos adversos (cohorte A: 6,3%; cohorte B: iTNF; 5,1%, no iTNF; 7,5%, cualquier otro FAMEsd; 13,6%). A los 12M, las tasas de remisión fueron del 21,8%, 18,0%, 4,0% y 18,2% en los pacientes en monoterapia con BARI, iTNF, no iTNF y cualquier otro FAMEsd,

respectivamente. Con el tratamiento combinado, las tasas de remisión fueron del 26,2%, 19,0%, 15,9% y 13,6% para los pacientes tratados con BARI, iTNF, no iTNF y con cualquier otro FAMEsd, respectivamente (fig. 3).

Conclusiones: Aunque la cohorte A (BARI) tenía una edad más avanzada y más experiencia con FAMEb¹, las tasas de discontinuación fueron inferiores, mientras que la remisión fue mayor que en la cohorte B. Las tasas de discontinuación fueron consistentes independientemente de la dosis de BARI o de si el tratamiento se utilizaba en monoterapia o en combinación. Las tasas de discontinuación aumentaron con el número de FAMEb/sd previos en ambas cohortes, con tasas de discontinuación a los 12M numéricamente inferiores en los ptes. tratados con BARI.

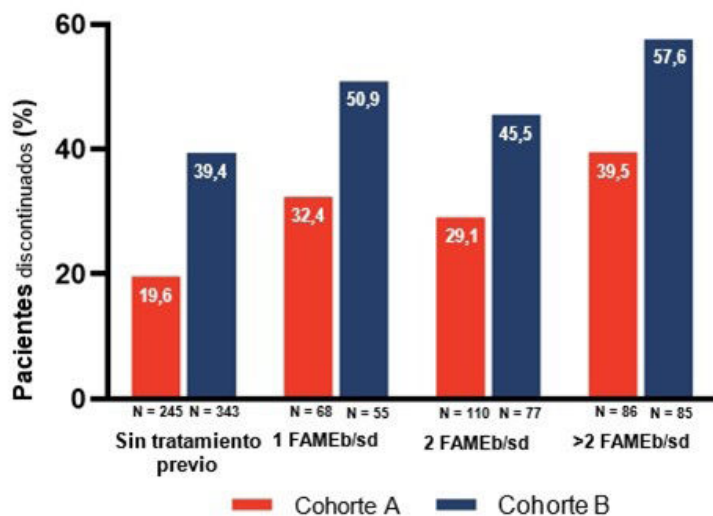
BIBLIOGRAFÍA

1. Alten R, et al. Ann Rheum Dis. 2021;80:1157.



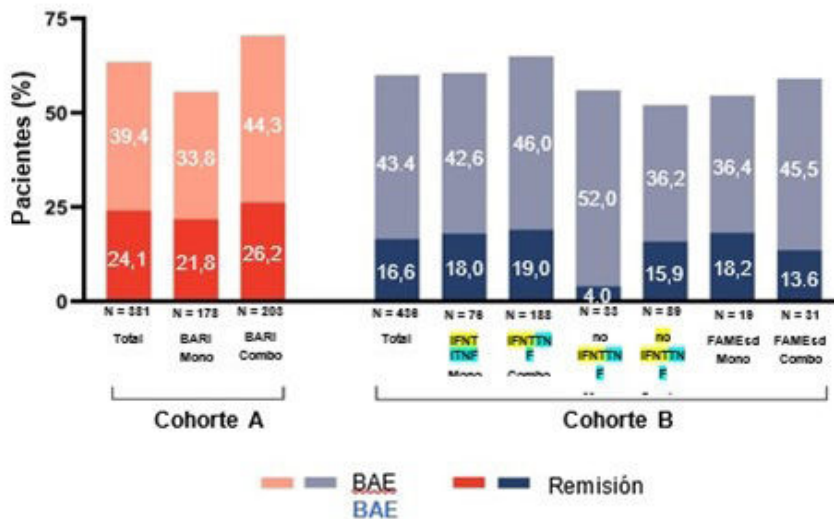
Nota al pie: Los valores se presentan como porcentaje de cada cohorte. BARI, baricitinib; FAMEb/sd, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos/sintéticos dirigidos; Mono, monoterapia; Combo, tratamiento combinado con cualquier FAME sintético convencional; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; FAMEsd, fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético dirigido.

Figura 1. Porcentaje de pacientes de las cohortes A y B que interrumpieron el tratamiento de la AR a los 12M.



Nota al pie: Los valores se presentan como porcentaje de cada cohorte. BARI, baricitinib; FAMEb/sd, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos/sintéticos dirigidos.

Figura 2. Porcentaje de pacientes que interrumpieron el tratamiento de la AR a los 12M en función de la experiencia previa con FAMEb/sd.



Nota al pie: Los valores se presentan como porcentaje de cada cohorte. BARI, baricitinib; Mono, monoterapia; Combo, tratamiento combinado con cualquier FAME sintético convencional; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; FAMEsd, fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético dirigido.

P164 Figura 3. Porcentaje de pacientes de las cohortes A y B que lograron una actividad baja de la enfermedad (BAE y la remisión a los 12M.

P165. EFICACIA DE LOS FÁRMACOS ANTIFIBRÓTICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Raquel dos Santos Sobrín¹, Pablo Rodríguez², David Fernández³, Ignacio González¹, Pablo Castro¹, María Sánchez¹, Jose Luis Puga¹, Alba Mata¹, Irene Álvarez¹, Verónica Busto¹, Alejandro Souto⁴, Jose Ramón Maneiro¹, Antonio Mera^{1,2} y Eva Pérez-Pampín^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Universidad de Santiago de Compostela. ³Hospital Clínico Universitario de Ourense. ⁴Hospital Clínico Universitario de Pontevedra.

Introducción y objetivos: El manejo del tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a la artritis reumatoide (AR) se realiza, principalmente, con el tratamiento propio de las manifestaciones articulares. Se han descrito múltiples similitudes entre la fibrosis pulmonar idiopática y la EPID-AR, lo que implica un potencial beneficio de los fármacos antifibróticos para el tratamiento de esta entidad¹⁻³. El objetivo principal del estudio es evaluar

la eficacia de nintedanib y pirfenidona en el tratamiento de pacientes diagnosticados con EPID-AR.

Métodos: Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura de las publicaciones obtenidas de las bases de datos Medline, Cochrane Library, Web of Science, Embase y de los abstracts pertenecientes a EULAR y ACR. El único límite que se puso a la búsqueda fue el idioma (artículos escritos en inglés o castellano). Tras eliminar duplicados, y un primer cribado por título y resumen, se incluyeron los registros en la selección final tras lectura completa de los mismos. Finalmente se realizó metaanálisis cuando al menos se encontraron 2 medidas comparables.

Resultados: 24 registros se incluyeron en la revisión cualitativa, de los cuales 7 corresponden a 2 ensayos clínicos aleatorizados y controlados, 1 serie de casos prospectivos, 4 reportes de casos y 12 revisiones bibliográficas. Se realiza una revisión cuantitativa (metaanálisis) con los datos obtenidos de 2 registros, uno por ensayo clínico. Se reportó un menor descenso de la capacidad vital forzada (CVF) media en los pacientes con EPID-AR a tratamiento con fármacos antifibróticos en comparación con placebo, y de forma significativa (SMD -3,42; 95%CI -4,19,-2,64; p = 0,000) (fig.).

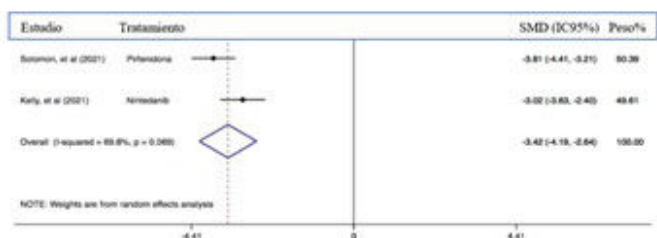
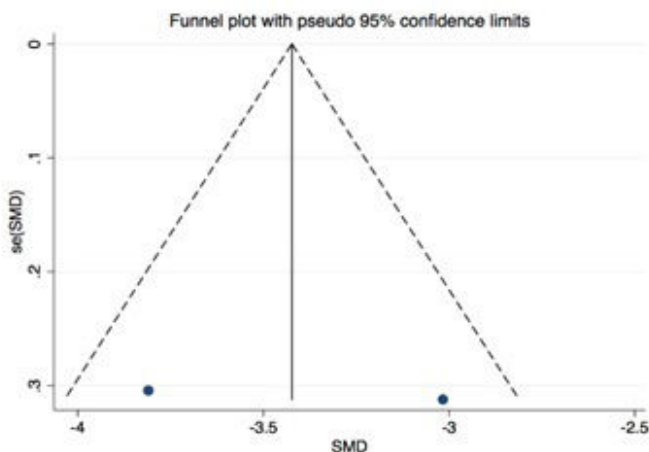


Figura 1: gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) de la evaluación de CVF.

P165 Figura. Gráfico en embudo (izquierda) y forest plot (derecha) de la evaluación de CVF.

Conclusiones: existen diferencias estadísticamente significativas en la progresión de la fibrosis pulmonar, valorada mediante parámetros espirométricos, entre los pacientes tratados con antifibróticos y el grupo placebo a favor de los primeros. Son necesarios más estudios con mayor significación estadística para una correcta comprensión.

BIBLIOGRAFÍA

- Solomon JJ, Danoff SK, Goldberg HJ, Woodhead F, Kolb M, Chambers DC, *et al.* The design and rationale of the Trail1 trial: a randomized double-blind phase 2 clinical trial of Pirfenidone in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Advances in therapy.* 2019;36(11):3279-87.
- Flaherty KR, Wells AU, Cottin V, Devaraj A, Walsh SL, Inoue Y, *et al.* Nintedanib in progressive fibrosing interstitial lung diseases. *N Engl J Med.* 2019;381(18):1718-27.
- Kelly CA, Saravanan V, Nisar M, Arthanari S, Woodhead FA, Price-Forbes AN, *et al.* Rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease: associations, prognostic factors and physiological and radiological characteristics a large multicentre UK study. *Rheumatology.* 2014;53(9):1676-82.

P166. CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIFFICULT-TO-TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS IN REAL LIFE: DATA FROM THE BIOBADASER REGISTRY

Fernando José Montero Reyes¹, Pablo Rodríguez-Merlos¹, Lucía Otero-Varela², Francisco Javier Manero Ruiz³, Paloma Vela-Casasempere⁴, Cristina Campos Fernández⁵, Sara Manrique Arijia⁶, Carlos Rodríguez-Lozano⁷, Olga Martínez González⁸, Jerusalem Calvo Gutiérrez⁹, Jose Campos Esteban¹⁰, Diana Sueiro Delgado¹¹, Fernando Sánchez-Alonso² and Isabel Castrejon¹

¹Rheumatology. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Rheumatology. Miguel Servet University Hospital. Zaragoza. ⁴Rheumatology. General University Hospital of Alicante. Alacant. ⁵Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia. ⁶Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁷Rheumatology. University Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁸Rheumatology. Salamanca University Hospital. Salamanca. ⁹Rheumatology. University Hospital Reina Sofía. Murcia. ¹⁰Rheumatology. Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital. Majadahonda. ¹¹Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introduction: In the last decade there have been multiple attempts to characterize patients with refractory rheumatoid arthritis (RA). In 2020, EULAR proposed a definition for difficult-to-treat RA (D2T-RA) to standardize this population. The mechanisms leading to D2T RA are varied and not fully understood. A better understanding of clinical profile of this specific population may be helpful to support rheumatologists in their clinical decisions.

Objectives: To determine the prevalence of D2T-RA in a multicenter national registry (BIOBADASER) and to investigate the influence of the initial successive lines of treatment (LoT) in the development of D2TRA.

Methods: Longitudinal and prospective cohort study of patients with RA from BIOBADASER (a multicenter national registry of adverse events of biologics and targeted therapies in rheumatic diseases). Patients were classified as refractory if failure to at least 2 biologics or targeted synthetic disease modifying antirheumatic drugs (b/tsDMARDs) with different mechanisms of action (MoA) and as D2TRA if refractory RA who presented moderate to high disease activity according to DAS 28-ESR at their last visit. The com-

Table 1. Demographic, clinical and therapeutic characteristics in the refractory RA, D2TRA and non-D2TRA population

	Refractory RA (n= 892)	D2TRA (n=348)	Non-D2TRA (n=544)	p-value
Age (years), mean ± SD	63.1 (12.8)	64.2 (12.8)	62.5 (12.8)	0.047
Sex (female), n (%)	712 (79.8)	286 (82.18)	426 (78.31)	0.160
FR positivity, n (%)	159 (22.3)	51 (18.3)	108 (24.8)	0.104
aCCP positivity, n (%)	523 (73.6)	207 (74.29)	316 (73.29)	0.108
Smoking habit, n (%)				0.88
Smoker	565 (63.3)	219 (62.93)	346 (63.6)	
Non-smoker	159 (17.8)	68 (19.54)	91 (16.73)	
Former smoker	129 (14.5)	47 (13.51)	82 (15.07)	
Charlson Index, mean ± SD	0.3 ± 0.8	0.4 ± 0.8	0.3 ± 0.8	0.215
DAS28-ESR, mean ± SD	2.1 ± 0.7	4.3 ± 0.9	3.0 ± 0.8	<0.001
Concomitant csDMARD, n (%)	470 (52.7)	194 (55.8)	276 (50.7)	0.144
Time to first b/tsDMARD (years)	6.6 (7.1)	6.9 (7.3)	6.5 (7.0)	0.374
Lines of treatment				0.145
TNFi -> other bDMARD	583 (65.4)	233 (67.0)	350 (64.3)	
TNFi -> JAKi	138 (15.5)	46 (13.2)	92 (16.9)	
Other bDMARD -> TNFi	75 (8.4)	34 (9.8)	41 (7.5)	
Other bDMARD -> JAKi	23 (2.6)	8 (2.3)	15 (2.8)	
JAKi -> TNFi	15 (1.7)	2 (0.6)	13 (2.4)	
JAKi -> other bDMARD	8 (0.9)	5 (1.4)	3 (0.69)	
other bDMARD-> other bDMARD	50 (5.6)	20 (5.8)	30 (5.5)	

P166 Figure. Demographic, clinical and therapeutic characteristics in the refractory RA, D2TRA and nonD2TRA population.

parator group included patients with refractory RA but low disease activity/remission. The therapeutics groups were established as TNF inhibitors (TNFi), JAK-inhibitors (JAKi) and other biological therapies non-TNFi bDMARD. Demographic, clinical and therapeutical data on the 1st and 2nd LoT were compared between groups.

Results: A total of 3,852 patients with RA with at least one year follow up were included in the analysis, 1,612 (42%) had refractory RA and 348 (9%) D2TRA. Patient and therapeutic characteristics are shown in the Table. No differences were found between D2TRA and non-D2TRA in clinical variables except for age, being patients with D2TRA significantly older. The use of JAKi as their first or second LoT was more frequent in patients with non-D2TRA, although no statistical significance was reached.

Conclusions: Around 40% of patients were classified as refractory RA in our registry but only 9% as D2T-RA. Earlier treatment with JAKi was more frequent in the non-D2TRA group. Further research should analyse the influence of LoT on the development of D2TRA.

P167. PERSISTENCIA DE LA TERAPIA AVANZADA Y MOTIVOS DE INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

José Miguel Senabre Gallego¹, Juan Carlos Cortés-Quiroz¹, Ana Pons-Bas¹, Gregorio Santos-Soler¹, José Antonio Bernal¹, Carmen Raya-Santos¹, Rocio Gallego-Campuzano¹, Lara Pons-Canet¹, José Alberto García-Gómez², Xavier Barber-Vallés², Jose Rosas¹ y Grupo AIRE-MB

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

Introducción: Existe escasa evidencia científica que compare la eficacia de las terapias avanzadas en las artropatías inflamatorias. Las tasas de retención de fármaco obtenidas en estudios observacionales son indicadores del éxito del tratamiento.

Objetivos: Analizar las tasas de retención del fármaco y las causas de interrupción del tratamiento en nuestro registro local de terapia avanzada en artropatías inflamatorias.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Todos los pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis (EspA) que reciben terapia avanzada (tratamiento biológico y sintético dirigido) en nuestra sección son incluidos en un registro local. Se recogieron datos demográficos, datos clínicos y la fecha de

inicio e interrupción del tratamiento. Las tasas de retención del fármaco se estimaron mediante la función de supervivencia de Kaplan-Meier. Las variables que pudieran influir en la retención del fármaco se analizaron utilizando el modelo de Cox.

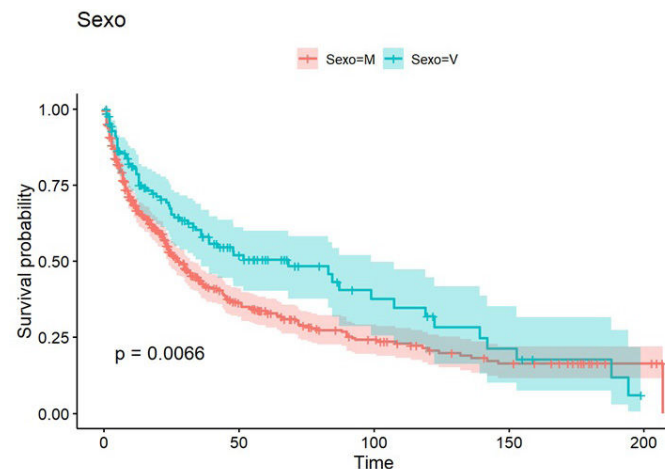


Figura 1. Función de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada según el sexo.

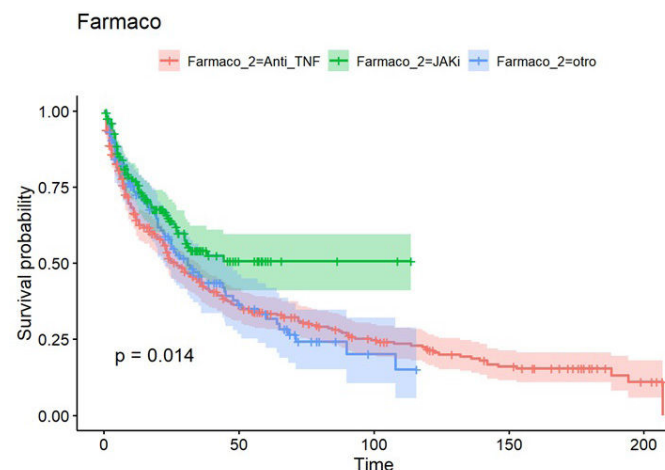


Figura 2. Función de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada según el fármaco.

Tabla P167

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes

	Total	AR	APs	EspA
Pacientes (%)	706	349 (49,43)	107 (15,16)	250 (35,41)
Mujeres (%)	447 (63,31)	271 (77,65)	61 (57,01)	115 (46,0)
Edad inicio ± DE (años)	52,74 ± 13,82	57,6 ± 16,34	50,7 ± 15,71	46,64 ± 16,24
Tpo evol ± DE (años)	7,5 ± 9,16	8,3 ± 8,69	5,5 ± 6,83	7,12 ± 9,86
HLAB27 positivo (%)	-	-	-	168 (87,96)
FR positivo (%)	-	250 (73,75)	-	-
ACPA positivo (%)	-	230 (70,77)	-	-

Tabla P167

Tabla 2. Porcentaje y motivos de interrupción del tratamiento

	Total	AR	APs	EspA
Tratamientos	1373	694	234	445
Interrumpen (%)	869 (62,34)	445 (64,21)	156 (66,67)	268 (60,22)
Motivo de interrupción				
Ineficacia	477 (54,89)	232 (52,14)	93 (59,62)	152 (56,72)
Evento adverso	262 (30,15)	148 (33,26)	42 (26,92)	72 (26,87)
Perdida	54 (6,21)	33 (7,42)	6 (3,85)	15 (5,60)
Abandono	33 (3,8)	12 (2,70)	7 (4,49)	14 (5,22)
Decisión médica	24 (2,76)	10 (2,25)	5 (3,21)	9 (3,36)
Remisión	19 (2,19)	10 (2,25)	3 (1,92)	6 (2,24)

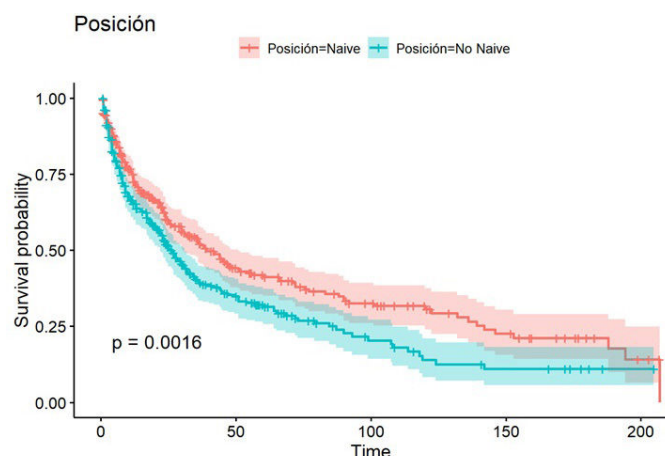


Figura 3. Función de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada según la línea de tratamiento.

Resultados: Desde noviembre del 2000 hasta diciembre de 2022, 706 pacientes con artropatías inflamatorias iniciaron terapia avanzada en nuestra sección. Las características demográficas y clínicas de los pacientes se muestran en la tabla 1. En total se iniciaron 1.373 tratamientos avanzados. Las causas de interrupción del tratamiento se muestran en la tabla 2. Se realizó un modelo de Cox multivariable incluyendo: sexo, edad al inicio, tipo de fármaco (anti-TNF, inhibidor JAK y otros), fecha de inicio del tratamiento (anterior o posterior a 2010), la línea de tratamiento (1ª línea vs. sucesivas) y la positividad del FR, ACPA y HLAB27. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la persistencia según el diagnóstico. En los pacientes con AR, el sexo masculino (HR 0,70; p < 0,01), la 1ª línea de tratamiento (HR 0,74; p < 0,01) y el tratamiento con inhibidor JAK (HR 0,65; p < 0,01) se relacionaron con mayor persistencia del tratamiento. Las funciones de Kaplan-Meier para la persistencia de la terapia avanzada en AR según el sexo, fármaco y la línea de tratamiento se muestran en las figuras 1, 2 y 3 respectivamente. En los pacientes con EspA el sexo masculino se relacionó con mayor persistencia del tratamiento (HR 0,76; p = 0,04). No se encontraron variables que se relacionaran con la persistencia del tratamiento en los pacientes con APs.

Conclusiones: En la AR el sexo masculino, la 1ª línea de tratamiento y el tratamiento con inhibidores de JAK se relaciona con mayor persistencia del tratamiento avanzado. En las EspA el sexo masculino se relaciona con mayor persistencia del tratamiento avanzado. No se encontraron variables relacionadas con la persistencia del tratamiento en los pacientes con APs.

Agradecimientos: el presente estudio ha sido apoyado por una beca de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

P168. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES JAK EN UN CENTRO TERCIARIO

Irene Piñeiro Bugallo¹, Libe Ibarrola Paino¹, Guillén Sada Urmeneta¹, Uxue Astigarraga Urquia¹, Marta López Gómez², Javier Mendizábal¹, Natividad del Val del Amo¹, Laura Garrido Courel¹, Inmaculada Paniagua Zudaire¹, Loreto Horcada¹, Ricardo Gutiérrez¹ y Concepción Fito Manteca¹

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

Introducción: Los inhibidores de JAK son fármacos que están aprobados para varias enfermedades inflamatorias inmunomediadas crónicas, entre las que se encuentra la artritis reumatoide. Actualmente se dispone de pocos datos sobre la seguridad de dichos fármacos, sin embargo, un estudio reciente (ORAL Surveillance) ha

puesto de manifiesto un aumento de efectos adversos mayores en pacientes predispuestos. Son necesarios más estudios para evaluar la seguridad de dichos fármacos.

Objetivos: Evaluar los efectos adversos mayores ocurridos en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con inhibidores JAK (JAKi) en un único centro terciario.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se han analizado 195 tratamientos con JAKi (baricitinib, filgotinib, tofacitinib y upadacitinib) en pacientes diagnosticados de AR entre 2018 y 2022. Se han recogido los datos de las historias clínicas en un único centro terciario. Se han evaluado los factores de riesgo cardiovascular, tratamientos previos y concomitantes, y la incidencia de eventos adversos mayores ocurridos desde el inicio del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 195 tratamientos con JAKi en pacientes diagnosticados de AR. La edad media al diagnóstico fue de 46,7 años (DE 13,8) y la edad media al inicio de los JAK fue de 56,6 años (DE 12,1) (tabla 1). Previo al inicio del inhibidor JAK, la totalidad de los pacientes habían recibido tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMES), 183 pacientes (98,8%) con metotrexato y 115 (59%) con leflunomida. Posteriormente, recibieron tratamiento con Fármacos Biológicos: 93 pacientes (47,7%) con etanercept, 87 (44,6%) con abatacept y 83 (42,6%) adalimumab. Y en menor medida, 57 pacientes (29,4%) recibieron tocilizumab y 34 (17,4%) certolizumab. El 32,4% de la muestra llevó de forma concomitante al JAKi un FAMES, 36 pacientes metotrexato (59%) y 22 (36,1%) leflunomida. Respecto a los JAKi, 59 pacientes (30,2%) recibieron tratamiento con baricitinib 4 mg, 43 (22%) con baricitinib 2 mg, 51 (26,1%) con tofacitinib 5 mg, 24 (12,3%) con upadacitinib 15 mg, 16 (8,2%) con filgotinib 200 mg, 1 (0,6%) con filgotinib 100 mg y 1 (0,6%) con upadacitinib 30 mg. Los principales motivos de suspensión de los JAKi fueron por ineficacia (62,8%), intolerancia (12,8%) y aparición de un efecto adverso mayor (12,8%). Se han objetivado 22 eventos adversos importantes (11,28%). 1 paciente (0,5%) sufrió un infarto agudo de miocardio, 3 pacientes (1%) accidentes cerebrovasculares, 4 pacientes (2%) trombosis arterial, 4 pacientes (2%) trombosis venosa, 3 pacientes (1,5%) desarrollaron algún tipo de neoplasia y 7 pacientes (3,4%) reactivación del virus herpes zoster.

Tabla 1. Características basales

	N = 195
Mujer	163 (83,6%)
Raza caucásica	177 (90,8%)
Tabaco	52 (26,9%)
Alcohol	3 (1,5%)
Hipertensión	48 (24,6%)
Dislipemia	75 (38,5%)
Diabetes mellitus	24 (12,3%)
Obesidad	44 (22,6%)

Tabla 2. Tratamiento con FAMES previo al inicio de JAKi

Metotrexato	183 (93,8%)
Leflunomida	115 (59,0%)
Hidroxicloroquina	36 (18,5%)
Sulfasalazina	20 (10,3%)
Ciclosporina	8 (4,1%)
Azatioprina	4 (2,1%)
Apremilast	1 (0,5%)

Tabla 3. Tratamiento con fármacos biológicos previos al inicio del JAKi

Etanercept	93 (47,7%)
Abatacept	87 (44,6%)
Adalimumab	83 (42,6%)
Tocilizumab	57 (29,4%)
Certolizumab	34 (17,4%)
Golimumab	27 (13,8%)
Infliximab	25 (12,8%)
Rituximab	21 (10,8%)
Sarilumab	16 (8,2%)
Guselkumab	3 (1,5%)
Ixekizumab	2 (1%)
Secukinumab	1 (0,5%)
Ustekinumab	1 (0,5%)
Anakinra	1 (0,5%)

Conclusiones: En nuestra muestra, 22 pacientes sufrieron efectos adversos mayores, de los cuales, el 68,2% estaban bajo tratamiento con baricitinib. El más frecuente fue la reactivación del virus herpes zoster, seguido de la trombosis arterial y venosa.

P169. ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR: ¿ES POSIBLE MEDIR LA PERCEPCIÓN DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LOS REGISTROS?

Marta Novella Navarro, Natalia López-Juanes, Elisa Fernández-Fernández, Carolina Tornero, Alejandro Villalba, Chamaida Plasencia-Rodríguez y Alejandro Balsa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La definición de artritis reumatoide difícil de tratar (D2TRA) cuenta con 3 criterios: el fallo a ≥ 2 fármacos modificadores de enfermedad biológicos y/o sintéticos dirigidos (FAMEb/sd); la objetivación de datos de actividad o progresión de la enfermedad. Y un tercer criterio en el que se tiene en cuenta la percepción del manejo de la enfermedad como problemática por el médico y/o paciente. Este es un punto difícil de considerar cuando se trata de registros retrospectivos ya que no se han definido los datos que puedan ser extrapolables para esta valoración.

Objetivos: Definir mediante los datos de valoración global del médico (VGM) y valoración global del paciente (VGP) un punto de corte como marcador subrogado de percepción de manejo problemático de la enfermedad que sea extrapolable a los registros de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con D2TRA. Se tuvo en cuenta el motivo por el cual cumplían criterios de D2TRA diferenciando entre fallo a ≥ 2 FAMEb/sd por ineficacia o por otros motivos (reacciones adversas, falta de adherencia, comorbilidades...). Se recogió la VGP y VGM (valores de 0 a 100) disponibles en la base de datos de los pacientes de la Unidad de Terapias Complejas en el momento en el que los pacientes cumplían criterios D2TRA. Se realizó un análisis descriptivo de estos datos con el fin de explorar la media, mediana y moda de dichas variables y poder establecer así un valor de punto de corte. Se analizaron las diferencias entre los pacientes con valores VGP-VGM inferiores al punto de corte y superiores. Y posteriormente se analizaron las posibles asociaciones con otras variables relacionadas con la actividad de la enfermedad.

Resultados: De los 88 pacientes con D2TRA, 58 lo fueron por ineficacia (65,9%) y 30 por otros motivos (34,1%). La media de VGP al clasificarse como D2T fue de $57,3 \pm 24,1$, la mediana de 61,0 y la moda 80 (el valor más repetido en 11 pacientes). La media de VGM fue de $54,5 \pm 21,5$ mediana 60,0 y moda 60 (valor más repetido en 20 pacientes). En cuanto al DAS28 la media al D2T fue de $4,6 \pm 1,3$. Se observó una correlación positiva entre los valores VGP-VGM ($r = 0,49$, $p < 0,01$), entre VGM y DAS28 ($r = 0,46$, $p < 0,01$) y entre VGP y DAS28 ($r = 0,66$, $p < 0,01$). Se consideró como valor de corte la combinación de VGP y/o VGM = 50. El 74% de los pacientes al D2T tenían una VGM y/o VGP ≥ 50 . Al analizar los subgrupos de pacientes según el motivo de D2TRA se observó que el 80% de pacientes D2T-ineficacia tuvo valor VGM y/o VGP ≥ 50 , mientras que esto se cumplió en el 61% de los pacientes D2T otros motivos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,04$). En los pacientes D2T-ineficacia la media de los valores VGP, VGM y DAS28 fue mayor que en los pacientes D2T-otras causas, siendo además esta diferencia estadísticamente significativa en VGM y DAS28, no así en VGP cuya variación fue menor (tabla).

	D2TRA-ineficacia	D2TRA-otros motivos	p-valor
VGP (media, DE)	59,3 \pm 21,1	53,2 \pm 28,8	0,31
VGM (media,DE)	58,8 \pm 19,0	46,6 \pm 23,9	0,02
DAS28 (media,DE)	4,8 \pm 1,3	4,2 \pm 1,2	0,04

Conclusiones: Los pacientes D2TRA constituyen un grupo heterogéneo, no obstante, la percepción del control de la enfermedad del paciente es similar independientemente del motivo por el que sean D2T y se correlaciona con la percepción del médico y con los índices compuestos de la enfermedad. Además, este estudio muestra una aproximación para considerar un valor numérico como marcador subrogado de la percepción del manejo de la enfermedad problemática por el médico y/o por el paciente que pueda ser utilizado en los registros.

P170. ANALISISITIS*: LA NUEVA EPIDEMIA REUMATOLÓGICA

Fernando Pérez Ruiz, Cristina Vázquez Puente y Maria del Consuelo Modesto Caballero

Servicio Asistencial de Reumatología. Osakidetza. OSI Enkarterri-Ezkerraldea Cruces.

Introducción: La solicitud de exploraciones complementarias no apropiadas puede derivar en actuaciones ineficientes, diagnósticos erróneos y consultas no procedentes.

Objetivos: Analizamos la evolución de la solicitud y los resultados de anticuerpos antinucleares (ANA) previa a la primera consulta de pacientes con una enfermedad con alta fiabilidad de diagnóstico clínico (Perez-Ruiz *et al*, Reumatol Clin 2009): la gota.

Métodos: En una cohorte de inceptión de pacientes con gota reclutados prospectivamente, se incluyeron en 2013 variables sobre la solicitud y resultados de análisis previos a la primera visita. En la década 2013-2022 se dispone de datos de 504 pacientes. Se analizan las variables asociadas a la solicitud y la evolución de la tasa de solicitudes por bienios.

Resultados: En la década 2013-2022 se dispone de datos de 504 pacientes, 66 (13,7%) mujeres y 415 hombres (86,3%), con edades medias de 73 ± 14 y 65 ± 14 años, respectivamente. Se había solicitado AAN en 114 (23,7%) casos, en 28/66 (42,4%) mujeres y 86/415 hombres ($p < 0,001$). No se apreciaron diferencias en otras variables como edad, tiempo de evolución, distribución, ataques o tofos. La tasa de solicitud tampoco fue diferente respecto al diagnóstico previo de derivación: artralgiás (24,4%), artritis (21,7%) o gota (25,3%). 31/114 (27,2%) solicitudes fueron AAN+, solo en un caso llevaron a un diagnóstico nuevo (hepatitis autoinmune) y dos tenían diagnóstico preexistente (Sjögren primario y lupus sistémico). La tasa de positividad fue mayor en mujeres (12/28, 42,9%) que en varones (19/86, 22,1%). El análisis de solicitudes por bienios mostraba un incremento progresivo y significativo ($p = 0,007$), desde el 11,3% en 2012-14, 21,4% en 2015-16, 34,9% en 2016-2017 y 31,1% en 2021-22. Solo se apreció una caída de la tasa de solicitudes en el bienio 2019-2020 (19,7%).

Conclusiones: En una enfermedad con alta tasa de concordancia clínica (gota), la solicitud no justificable de AAN previa a la derivación es muy elevada, se solicita con mayor frecuencia en mujeres, que a su vez muestran alta tasa de positividad clínicamente no relevante y es independiente del contexto clínico. Esta situación puede ser extrapolable a otras patologías articulares y la causa de una alta frecuencia de solicitud de consultas a reumatología.

P171. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON GOTA

Fernando Pérez Ruiz, Cristina Vázquez Puente y Maria del Consuelo Modesto Caballero

Servicio Asistencial de Reumatología. Osakidetza. OSI Enkarterri-Ezkerraldea Cruces.

Introducción: La adherencia al tratamiento prescrito en la gota ha sido ampliamente estudiada, pero no así la adherencia a la prescripción de seguimiento.

Tabla P171

	B	Sig.	Exp(B)	IC95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad (por año)	-0,029	0,001	0,972	0,955	0,989
Derivación desde A. Primaria	-1,651	0,008	0,192	0,057	0,647
Adherencia (MPR > 0,8)	-1,120	0,000	0,326	0,186	0,572
Evolución (poliarticular)	-0,358	0,107	0,699	0,416	0,117
Sin derivación (petición propia)	,089	0,803	1,093	0,545	2,192
Comorbilidad elevada (estratos 3-4)	0,199	0,519	1,220	0,666	2,234
Tratamiento previo	-0,196	0,477	1,217	0,709	2,089
Sexo (masculino)	0,256	0,566	1,292	0,539	0,988
Etanol > 20 g/día	0,005	0,987	0,995	0,543	1,823

Objetivos: Analizar los factores asociados a la pérdida para el seguimiento programado de los pacientes con gota en reumatología, con el fin de poder realizar intervenciones dirigidas.

Métodos: En una cohorte de inyección de pacientes con gota reclutados prospectivamente en una consulta monográfica, se incluyen variables sobre la procedencia de los pacientes, datos generales, de comorbilidad, de características de la gota, así como de hábitos de vida. Se realizó inicialmente un análisis bivariado y finalmente aquellas variables que mostraron $p < 0,20$ en el análisis inicial se incluyeron en un análisis de regresión logística multivariante. Los pacientes fallecidos con cita programada (219, 15,2%) durante el seguimiento no se consideraron abandonos.

Resultados: Población de 1.442 pacientes, de los cuales se perdió el seguimiento, con una consulta programada, en 354 (24,5%). El tiempo de seguimiento en el momento del abandono fue de 32 meses, frente a un seguimiento medio de 49 meses para el resto de pacientes. La edad, el género, la estratificación por comorbilidad, la distribución clínica de la gota, la ingesta de etanol > 20 g/d, la adherencia al tratamiento y la procedencia se asociaron a pérdida de seguimiento en el análisis bivariado. Las variables excluidas del análisis multivariante, por falta de asociación significativa previa, fueron el tiempo de evolución, la presencia de tofos, número de ataques/año, prescripción de tratamiento previo y el tratamiento prescrito tras la primera consulta. En el análisis multivariante, solo una mayor edad (+2,8% por cada década), una mejor adherencia (+77% si adherencia > 0,8) y haber sido referido por atención primaria (+81%) se asociaron de forma independiente a una menor tasa de abandono del seguimiento prescrito (tabla). La mayor gravedad de la gota (enfermedad poliarticular) se asoció también a una menor tasa de abandono del seguimiento, aunque de forma no significativa ($0,05 < p < 0,20$).

Conclusiones: En nuestro entorno, el perfil del paciente con gota que abandona el seguimiento prescrito en atención especializada de reumatología es más joven, con peor adherencia al tratamiento, que ha sido remitido a través de un "atajo asistencial" (no procedente de atención primaria) y con menor gravedad de enfermedad.

P172. CONDROCALCINOSIS. UNA ENFERMEDAD IGNORADA

Cristina Vázquez Puente, Fernando Pérez Ruiz y Consuelo Modesto Caballero

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya

Introducción: La aparición de dolor articular agudo es una causa frecuente de consulta desde otros Servicios a Reumatología en pacientes hospitalizados, teniendo como causa, en muchas ocasiones, las artritis microcristalinas. Si bien la gota puede ser ya conocida por el propio paciente, la condrocalcinosis en sus múltiples formas de presentación, podría no diagnosticarse hasta la aparición del evento agudo.

Objetivos: Analizar el número de pacientes diagnosticados de gota aguda o condrocalcinosis entre las consultas hospitalarias realizadas a Reumatología en el período 2021-2022. Establecer cuántos

pacientes habían sido diagnosticados previamente de gota o condrocalcinosis y por qué facultativo/especialidad.

Métodos: Estudio transversal con recogida de datos prospectiva desde 01/12/2021 a 01/12/2022. Se incluyeron variables demográficas, servicio que realiza la interconsulta, motivo de la misma, diagnóstico por parte de Reumatología, diagnóstico ya conocido (SI/NO), procedencia del diagnóstico. Se realizó un estudio estadístico descriptivo de las variables junto con un análisis de chi cuadrado en la comparación gota-condrocalcinosis.

Resultados: Del número total de consultas realizadas (278), 146 (52,52%) correspondieron a artritis microcristalinas. El principal motivo de consulta fue el dolor articular agudo en 182 casos (65,47%). La mediana de edad de los pacientes fue de 71 años y el cociente hombre/mujer de 174/103. El servicio que más consultas realizó fue Urgencias (24%), seguido de Enfermedades Infecciosas (18%). En el caso de los pacientes con gota, el 75,76% ya habían sido diagnosticados previamente, mientras que solo el 17% de las condrocalcinosis eran conocidas ($p < 0,001$). La procedencia del diagnóstico previo fue, en el caso de la gota, principalmente desde Atención Primaria (68,42%). En la condrocalcinosis el diagnóstico se había realizado en la consulta especializada (Reumatología) en un 46,67% de los casos, y solo un 13% en Atención Primaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: Siendo la gota y la condrocalcinosis dos entidades frecuentes, los datos sugieren que se debe incidir en la educación a nivel de Atención Primaria de la existencia y manifestaciones de la artritis por depósito de pirofosfato cálcico.

P173. EFICIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS ARTRITIS MICROCRISTALINAS

Cristina Vázquez Puente, Fernando Pérez Ruiz y Consuelo Modesto Caballero

Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya.

Introducción: En las últimas dos décadas, gracias a la eficacia de los nuevos tratamientos en las artritis inflamatorias, se ha producido un descenso importante en el número de hospitalizaciones por esta causa. Sin embargo, la tasa anual de hospitalización por gota se ha duplicado tanto en Europa como en los Estados Unidos.

Objetivos: Analizar el número de consultas realizadas desde Reumatología a otros servicios del hospital, y de ellas cuántas correspondían a brote de artritis microcristalina (gota/condrocalcinosis). Estimar el gasto no-realizado debido al diagnóstico y tratamiento precoz de estas dos entidades.

Métodos: Estudio transversal con recogida de datos prospectiva desde 01/12/2021 al 01/12/2022. Se creó una base de datos con anonimización de los pacientes, en la que se incluyeron las siguientes variables: a) datos demográficos (edad, sexo); b) servicio que realiza la consulta; c) motivo de la misma; d) diagnóstico reumatológico; e) tiempo desde la petición de consulta a su realización; f) tiempo hasta la resolución del problema; g) estimación del gasto no-realizado en base al número de días en que se pudo reducir el ingreso y el gasto promedio por día de hospitalización. Se realizó un análisis

Tabla P173

	Todos	Condro	Gota	p
Número	146	47	99	
Mediana (25-75 IQ)	4.813,94 (2.058,79-5.892,38)	6.360,38 (4.702,33-7.479,26)	4050,13 (2.010,34-5.003,61)	< 0,001

estadístico descriptivo de las variables y test de Mann-Whitney en la comparación de grupos.

Resultados: El número total de consultas realizadas fue de 278, de las cuales 146 (52,52%) correspondían a artritis microcristalinas. La mediana de edad fue de 71 años, El cociente hombre/mujer de 174/103. El servicio que más consultas realizó fue Urgencias (24%), seguido de Enfermedades Infecciosas (18%). El principal motivo de consulta fue el dolor articular agudo (65,47%). El tiempo hasta la realización de la consulta fue de 1,23 horas (rango IQ 0,69-2,53) y el tiempo hasta la resolución del problema de 18,88 horas (rango IQ 0,00-46,20). La estimación del gasto no-realizado por paciente se recoge en la tabla.

Conclusiones: El dolor articular agudo debido a brote de gota o condrocalcinosis es el motivo más frecuente de consulta en el medio hospitalario. El diagnóstico y tratamiento precoz permite su pronta resolución y reducción importante del gasto por paciente, tanto en condrocalcinosis como en gota.

P174. LA ESCALA ACTUALIZADA DE ESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR “SCORE2” NO MEJORA LA PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON GOTA

María del Carmen López González¹, Ernesto Tovar Sugrañes², Cristina Rodríguez Alvear¹, Elisabet Perea Martínez¹, Mar Monzó Pérez³, Antonio Avilés Hernández¹ y Mariano Andrés Collado¹

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Hospital Universitario Y Politécnico La Fe. Valencia. ³Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Introducción: Los pacientes con gota presentan un mayor riesgo cardiovascular (CV) en comparación con la población general al acumular factores de riesgo CV y por tener inflamación persistente. Por ello, es necesario disponer de estrategias de evaluación que categoricen de forma precisa el riesgo CV de los pacientes con gota para así optimizar su tratamiento. En estudios previos, hemos visto que las escalas habituales de evaluación del riesgo CV (SCORE y Framingham Heart Study) son poco precisos a la hora de detectar pacientes con gota y placa de ateroma carotídeo (PMID: 28093417). La versión SCORE2, actualización de la herramienta SCORE, no fue más precisa prediciendo la presencia de placas¹, aunque se desconoce su capacidad predictiva de eventos CV en pacientes con gota.

Objetivos: Evaluar la precisión de la herramienta SCORE2 en la predicción de eventos CV en pacientes con gota y comparar con las escalas SCORE y Framingham Heart Study.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre nuevos pacientes con diagnóstico de gota probada por cristales, provenientes de nuestra cohorte de inicio centrada en la evaluación estructurada de su riesgo CV. El periodo de reclutamiento fue de junio de 2014 a febrero de 2018. Para el presente trabajo seleccionamos a pacientes que fueran candidatos al cálculo de SCORE2 (sin enfermedad CV establecida, diabetes con afectación vascular ni enfermedad renal grave), y recogimos los eventos CV mayores (infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), arteriopatía periférica (AP), accidente cerebrovascular (ACV) y *exitus* de origen cardiovascular) acontecidos desde la inclusión en el estudio hasta el 31/03/2022. La finalidad del trabajo era analizar los eventos CV mayores y estimar su incidencia tras la inclusión en la cohorte, así como estimar la capacidad predictiva de eventos de las herramientas SCORE, REGICOR (ecuación Framingham calibrada para la

población española) (PMID: 2622955) y SCORE2 mediante un modelo de regresión de Cox estimando el Hazard ratio con su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados: De la muestra inicial de 356 pacientes, 193 (54,2%) fueron seleccionados para este estudio. El grupo estaba formado principalmente por hombres (94,8%) de mediana edad (edad media 56,8 años), con una media de 8,2 años desde el primer ataque de gota. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 6,41 años (p25-75 5,12-7,08). Casi todos los pacientes provenían de regiones geográficas de bajo riesgo CV. Durante el seguimiento, 10 pacientes presentaron eventos CV (2 IAM, 2 ICC, 2 AP, 3 ACV es y un paciente falleció por causa CV). La tasa de incidencia de eventos CV fue de 0,83 casos por 100 pacientes-año. En cuanto a la predicción de eventos CV en pacientes con gota, la puntuación de SCORE2 no se asocia con la aparición de estos eventos y no parece mejorar los resultados de las escalas SCORE y REGICOR (tabla).

	Hazard ratio (IC95%)	p
SCORE2	1,10 (0,99-1,21)	0,068
Categorías SCORE2		
SCORE2_bajo	1,00 (ref)	-
SCORE2_moderado	0,97 (0,19-5,01)	0,973
SCORE2_alto	2,34 (0,39-14,05)	0,351
SCORE2_alto (sí/no)	2,39 (0,62-9,27)	0,207
SCORE	1,09 (0,91-1,29)	0,349
Categorías SCORE		
SCORE_bajo	1,00 (ref)	-
SCORE_moderado	0,70 (0,07-6,72)	0,757
SCORE_alto	1,74 (0,20-14,87)	0,615
SCORE muy alto	15,20 (0,94-244,85)	0,055
SCORE muy alto (sí/no)	13,70 (1,72-109,02)	0,013
REGICOR	1,10 (1,00-1,22)	0,059
Categorías de REGICOR		
REGICOR_bajo	1,00 (ref)	-
REGICOR_moderado	2,58 (0,67-9,98)	0,171
REGICOR_alto	0,00	0,988
REGICOR moderado-alto (sí/no)	2,47 (0,64-9,57)	0,190

Conclusiones: La herramienta SCORE2 no estima correctamente el riesgo de eventos CV en pacientes con gota y no mejora la precisión de las escalas SCORE y REGICOR en este grupo específico de pacientes. La baja incidencia de eventos detectada obliga a replicar estos datos en estudios de mayor tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tovar E, et al. The Updated Cardiovascular Risk Tool SCORE2 Provides No Advantage in Identifying Patients with Gout and Carotid Atheroma Plaques. Abstract ACR 2022 ID: 1272286.

P175. APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS CLASIFICATORIOS ACR/EULAR 2022 PARA LA ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE PIROFOSFATO CÁLCICO (CPPD) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE SERONEGATIVA

H. Codes-Méndez¹, L. Sainz¹, H.S. Park^{1,2}, M. Millan¹, B. Magallares^{1,2}, P. Moya^{1,2}, J.L. Tandaipan^{1,2}, S. Fernández¹, S. Ros¹, A. Laiz^{1,2}, I. Castellvi^{1,2}, H. Corominas^{1,2} y C. Díaz-Torné^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: El grupo ACR/EULAR presentó los primeros criterios clasificatorios provisionales para la enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico (CPPD) en el congreso ACR de noviembre del 2022. Estos criterios se basan en un sistema de puntuación por

Tabla P175

Características de la muestra según el cumplimiento o no de los nuevos criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD

	Total (n = 95)	AR seronegativas con CPPD* (n = 18)	AR seronegativas sin CPPD (n = 77)	p
Sexo femenino, n (%)	71 (74,7%)	16 (88,8%)	55 (71,4%)	0,142
Edad al diagnóstico (años), p50	63	69,5	61	0,048
Tiempo de evolución (años), p50	7	6	7	0,952
Evolución temporal, n (%)				0,01
Artritis persistente	38 (40%)	4 (21,1%)	34 (44,5%)	
1 brote típico	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
> 1 brote típico	39 (41,1%)	13 (72,2%)	26 (33,8%)	
Otros	18 (18,8%)	1 (5,3%)	17 (22,1%)	
Erosiones, n (%)	29 (30,5%)	8 (44,4%)	21 (27,3%)	0,091
Tratamiento, n (%)				0,854
Prednisona	21 (21,9%)	4 (21,1%)	17 (22,1%)	
FAMEs	45 (46,9%)	10 (52,6%)	35 (45,5%)	
FAMEb	19 (20%)	3 (16,6%)	4 (20,8%)	
Combinado	10 (10,4%)	1 (5,3%)	9 (11,7%)	

dominios ajustados incluyendo características demográficas, clínicas, radiológicas, y análisis de cristales en líquido sinovial. El diagnóstico diferencial en CPPD se debe hacer con la artritis reumatoide (AR) y la enfermedad por depósito de urato monosódico.

Objetivos: Estudiar qué porcentaje de pacientes con diagnóstico de AR seronegativa cumplen los nuevos criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD (puntuación final ≥ 57). Determinar las diferencias clínicas y demográficas entre pacientes con diagnóstico de AR seronegativa que cumplen o no criterios clasificatorios para CPPD.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo observacional que incluye todos los pacientes de una consulta monográfica de AR entre septiembre y diciembre del 2022. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y de imagen (radiología simple y ecografía). Se aplicaron los criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD.

Resultados: Se identificaron 364 pacientes con AR y se excluyeron aquellos con seropositividad para FR y/o ACPA. Se incluyeron un total de 96 (24,4%) pacientes, siendo el 74,7% de sexo femenino y con una media de edad al diagnóstico de 59,3 ($\pm 16,4$) años y de 8,35 años de evolución de la enfermedad. Un total de 18 pacientes (18,9%) cumplían criterios clasificatorios para CPPD. Las características y diferencias entre los enfermos según el cumplimiento o no de criterios se muestran en la Tabla 1. Los enfermos que cumplían criterios de CPPD eran de edad más avanzada ($p = 0,048$) y tenían una presentación clínica diferente ($p = 0,010$) en cuanto a la evolución temporal de la afectación articular (artritis persistente, 1 brote típico, > 1 brote típico, otros). No se han demostrado diferencias significativas entre grupos en la localización de afectación clínica articular. Se demostró asociación estadísticamente significativa ($p = 0,000$) entre la presencia de condrocalcinosis radiológica (CC) y el cumplimiento de criterios para CPPD, detectándose en 66,6% de los pacientes con CPPD versus ninguno con AR seronegativa sin CPPD. De forma similar, se demostró asociación significativa ($p = 0,000$) entre la artrosis en localizaciones típicas por CPPD (radiocarpiana bilateral, escafo-trapecio/trapezoide sin rizartrosis, 2ª MCF y 3ª MCF) y el cumplimiento de criterios para CPPD, detectándose en 55,5% de los pacientes con CPPD. Se detectó mayor prevalencia de erosiones en pacientes con CPPD (44,4%) versus AR seronegativa sin CPPD (27,3%), sin significación estadística. No se observaron diferencias significativas del tratamiento en ambos subgrupos. Un 74,5% de pacientes con criterios para CPPD estaban en tratamiento con un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) sintético o biológico.

Conclusiones: Un total de 18 (18,9%) pacientes con AR seronegativa de una consulta monográfica de AR cumplen los nuevos criterios clasificatorios provisionales ACR/EULAR 2022 para CPPD. La edad al diagnóstico y la presentación clínica fueron diferentes entre los enfermos con AR que cumplían criterios para CPPD y los que no.

P176. ¿CUÁL ES LA DEFINICIÓN ECOGRÁFICA MÁS APROPIADA PARA LA HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA CON DEPÓSITOS DE CRISTALES DE URATO MONOSÓDICO?

M^a Luisa Peral Garrido¹, S. Gómez-Sabater^{3,4}, R. Caño-Alameda^{3,4}, S. Bermúdez-García^{3,4}, T. Lozano^{5,6}, R. Sánchez-Ortiga⁷, M. Perdiguero^{8,9}, E. Caro¹⁰, C. Ruiz¹¹, R. Francés^{12,13}, E. Pascual^{4,14} y M. Andrés^{3,4,12}

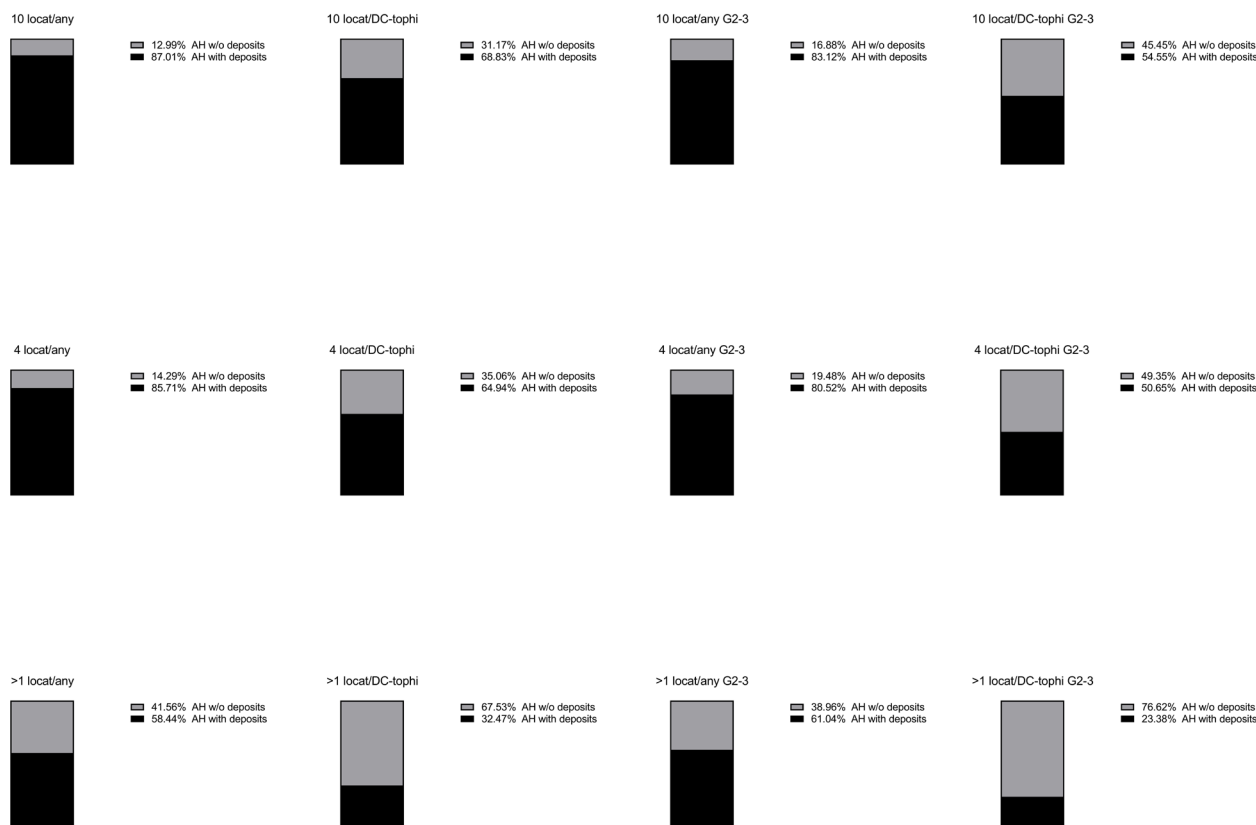
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Vinalopó. Elche. ²Estudiante de doctorado. Universidad Miguel Hernández. Sant Joan d'Alacant. ³Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁴Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Enfermedades Reumáticas y Autoinmunes. ⁵Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁶Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares. Alicante. ⁷Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁸Servicio de Nefrología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁹Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Nefrología. Alicante. ¹⁰Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Vicent-HACLE. Sant Vicent del Raspeig. ¹¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campoamor. Alicante. ¹²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández (UMH). Sant Joan d'Alacant. ¹³Instituto de Investigación Biomédica y Sanitaria de Alicante (ISABIAL). Grupo de Investigación en Immunobiología Hepática e Intestinal. Alicante. ¹⁴Universidad Miguel Hernández (UMH). Sant Joan d'Alacant.

Introducción: Los datos acumulativos indican que el 20-30% de sujetos con hiperuricemia asintomática (HA) presenta depósitos de cristales de urato monosódico (UMS) silentes¹. Para su estudio, se han utilizado varios esquemas de exámenes ecográficos², y la evaluación de la primera articulación metatarsofalángica (MTF) y cóndilo femoral para signo de doble contorno (DC), más 1ª MTF para tofos, muestra la mayor prevalencia y discriminación en comparación con sujetos normouricémicos. Sin embargo, queda por definir cómo deberíamos clasificar ecográficamente HA con depósitos de cristales.

Objetivos: Comparar la variación en la prevalencia de depósitos ecográficos en HA en función de diferentes esquemas de clasificación.

Métodos: Estudio observacional, transversal. Pacientes con HA fueron reclutados consecutivamente de consultas y hospitalización de medicina interna, cardiología, nefrología, endocrinología, reumatología y atención primaria, pertenecientes a un hospital terciario. Se incluyeron sujetos con un nivel de urato sérico ≥ 7 mg/dL en analítica más reciente, excluyendo aquellos con terapia hipouricemiante y/o colchicina o con gota u otras enfermedades reumáticas inflamatorias. La ecografía fue realizada por un reumatólogo ecografista experto, ciego a datos clínicos y de laboratorio, siguiendo las defini-

Rate of sonographic deposits in AH across different definitions



Global p=1.020e-005

P176 Figura. Tasa de depósitos ecográficos en HA según diferentes definiciones.

ciones de OMERACT de 2021 para las lesiones elementales de gota (signo de DC, tofos, agregados) y graduación 0-3³. Las localizaciones examinadas bilateralmente fueron rodillas incluyendo tendones rotulianos, tobillos incluyendo tendones de Aquiles y 1ª y 2ª articulaciones MTFs. Se aplicaron diferentes definiciones en relación con depósitos (cualquier depósito; solo signo DC y/o tofos; solo depósitos de grado 2-3; solo signo de DC y/o tofos de grado 2-3) y número de localizaciones (10 localizaciones; esquema reducido de 4 articulaciones incluyendo rodillas y 1ª MTFs; más de 1 localización con depósitos). Las comparaciones se realizaron mediante la prueba de chi².

Resultados: Se estudiaron 77 participantes con HA, 55 varones (71,4%), con edad media de 59,8 años (DE 17,3). El índice de masa corporal medio fue 31,2 kg/m² (DE 5,2), y el 37,66% y 29,9% padecían enfermedad cardiovascular y renal crónica, respectivamente. La uricemia media fue de 7,6 mg/dl (DE 1,6) con una excreción fraccionada de ácido úrico del 5,6% (DE 2,2). En cuanto a las lesiones elementales, la mediana (p25-75) del número de localizaciones con signo de DC, tofos o agregados fue 0 (0-1), 1 (0-2) y 1 (1-2), respectivamente. Para las lesiones de grado 2-3, los números fueron 0 (0-0), 1 (0-1) y 1 (0-2), respectivamente. Como se muestra en la figura, la proporción de depósitos ecográficos varió en gran medida según las diferentes clasificaciones consideradas para definir HA con depósitos, oscilando desde 23,38% hasta 87,01%, de manera estadísticamente significativa (p < 0,050).

Conclusiones: En una muestra multidisciplinar de sujetos con HA, las tasas de depósitos ecográficos variaron drásticamente en función de las diferentes clasificaciones utilizadas, destacando la necesidad de una definición consensuada y validada que facilite futuras investigaciones en este contexto.

BIBLIOGRAFÍA

- Bengana B, *et al.* Rev Rhumat. 2022; doi: 10.1016/j.rhum.2022.09.015.
- Stewart S, *et al.* Semin Arthritis Rheum. 2019;49(1):62-73.
- Christiansen SN, *et al.* Semin Arthritis Rheum. 2021;51:644-9.

P177. DIAGNÓSTICO DE GOTA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Maria Antonia Pou Giménez¹, Daniel Martínez-Laguna², Mertixell Aivar³, Jose Luis Estébanez⁴, Angeles Conesa², Raquel Gayarre¹, Jordi Hoyo⁵, Cristina Carbonell⁶, Carlen Reyes⁷ y César Díaz-Torne⁸

¹EAP Encants. Barcelona. ²CAP Sant Martí. Barcelona. ³CAP Sants. Barcelona. ⁴CAP Vila de Gracia. Barcelona. ⁵CAP Numància. Barcelona. ⁶EAP Via Roma. Barcelona. ⁷IDIAPI Jordi Gol. Barcelona. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes con un diagnóstico de gota en su historia clínica (HC) de Atención Primaria (AP) que cumplen los criterios EULAR/ACR 2105.

Métodos: Estudio observacional transversal llevado a cabo en siete equipos de AP de ámbito urbano. Se seleccionaron aleatoriamente individuos de al menos 15 años con un diagnóstico de gota (CIE-10 CM: M10.0 o M1A.0 y subcategorías) realizado entre los años 2011 a 2021. Se determinó si los enfermos cumplían los criterios EULAR/ACR 2015 de clasificación de la gota por medio de los datos registrados en la historia clínica y de una entrevista telefónica. Se recogieron las siguientes variables: 1) Demográficas (edad y sexo); 2) Clínicas (fecha del diagnóstico, número y localización de los ataques, filtrado glomerular y uricemia en el momento del diagnóstico y el último disponible, consumo de alcohol (no enol, consumo bajo y bebedor de riesgo), tratamiento reductor de la uricemia (fármaco y dosis), presencia de tofos, estudios de imagen (radiología simple, ecografía y DECT) y estudio del líquido sinovial. Se calculó que era necesaria una muestra de 289 individuos para estimar con una confianza del 95% y una precisión de ≥ 5 unidades porcentuales un porcentaje poblacional que se previó alrededor del 75%.

Resultados: Se incluyeron 289 usuarios. La media de edad al diagnóstico fue de $71,6 \pm 12,2$ años y 235 (81,3%) fueron hombres. Cincuenta (23,6%) presentaban un filtrado glomerular < 60 ml/mn/m². Setenta y nueve (9,5%) eran bebedores de riesgo y 140 (57,9%) presentaban un consumo bajo de alcohol. Ciento noventa (65,7%) pacientes habían presentado podagra y 45 (15,6%) inflamación en medio pie o tobillo. En 8 (2,6%) pacientes se describían tofos. La uricemia media en el momento del diagnóstico fue de $8,1 \pm 1,7$ mg/dl y en el momento de la evaluación de $6,7 \pm 1,8$ mg/dl. En un 72% se recogió alguna uricemia $> 6,8$ mg/dl en la historia clínica. El 71% (205) de los sujetos con un diagnóstico de gota cumplían criterios diagnósticos EULAR/ACR 2015. Al combinar el diagnóstico de gota en la HC con la presencia de hiperuricemia en algún registro el porcentaje aumentaba hasta un 78,4%.

Conclusiones: El 71% de las personas con un diagnóstico de gota en la historia clínica informatizada de Atención Primaria cumplían criterios EULAR/ACR 2015 de gota. Al combinar el diagnóstico de gota con la presencia de hiperuricemia en al menos un registro aumentaba el porcentaje hasta un 78,4%.

P178. ¿COMO TRATAMOS A LOS PACIENTES CON GOTTA EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Maria Antonia Pou Giménez¹, Ángeles Conesa², Jordi Hoyo³, Raquel Gayarre¹, Carlen Reyes⁴, Cristina Carbonell⁵, Meritxell Aivar⁶, Jose Luis Estebanez⁷, Daniel Martínez-Laguna² y César Diaz-Torné⁸

¹EAP Encants. Barcelona. ²CAP Sant Martí. Barcelona. ³CAP Numància. Barcelona. ⁴IDIAPI Jordi Gol. Barcelona. ⁵EAP Via Roma. Barcelona. ⁶CAP Sants. Barcelona. ⁷CAP Vila de Gracia. Barcelona. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes gotosos que están recibiendo tratamiento reductor de la uricemia en una cohorte de enfermos seguidos en Atención Primaria. Determinar el porcentaje que han conseguido alcanzar el objetivo terapéutico (< 6 mg/dl) y relacionarlo con el tratamiento que están recibiendo.

Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo de individuos de al menos 15 años, que tenían registrado un diagnóstico de gota en la historia clínica informatizada y cumplían los criterios diagnósticos EULAR/ACR 2015, en siete equipos de Atención Primaria (AP) de ámbito urbano. Se recogieron las siguientes variables: 1) Demográficas (edad y sexo); 2) Clínicas (fecha del diagnóstico, filtrado glomerular y uricemia en el momento del diagnóstico y el último disponible y tratamiento reductor de la uricemia (fármaco y dosis).

Resultados: La media de edad fue de $64,3 \pm 12$ años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de $6,6 \pm 3,9$ años. Ciento setenta y dos (83,9%) eran hombres. Siete (3,9%) enfermos presentaban un filtrado glomerular entre 15 y 30 ml/mn/m² y 61 (33,9%)

< 60 ml/mn/m². El ácido úrico medio en el momento del diagnóstico fue $8,5 \pm 1,5$ mg/dl y en el momento de la recogida de datos fue de $6,7 \pm 1,8$ mg/dl. Sesenta y dos (39,2%) pacientes consiguieron niveles < 6 mg/dl, 127 (62%) presentaban mal control y en 16 (7,8%) no se recogían uricemias. Sesenta (29,8%) enfermos no tenían pautado tratamiento reductor de la uricemia, ochenta (42,2%) recibían alopurinol 100 mg/día, 6 (3%) alopurinol 150 mg/día, 32 (15,6%) alopurinol 300 mg/día y un enfermo recibía 400 mg/día. Un enfermo estaba en tratamiento con febuxostat 40 mg/día y 17 (8,5%) con febuxostat 80 mg/día. El porcentaje de enfermos que conseguían el objetivo terapéutico según fármaco recibido se muestra en la tabla.

Tratamiento, mg/día	Total	Buen control (< 6 mg/dl)	Porcentaje, %
Sin tratamiento	54	12	22
Alopurinol 100 mg/día	79	18	23
Alopurinol 150 mg/día	5	3	60
Alopurinol 300 mg/día	31	16	52
Alopurinol 400 mg/día	1	0	0
Febuxostat 40 mg/día	1	0	0
Febuxostat 80 mg/día	18	13	72
Todos los tratados	135	55	41

Conclusiones: El control de la uricemia en los enfermos con gota en Atención Primaria fue subóptimo y el uso de la terapia reductora de uricemia insuficiente.

P179. UTILIDAD DE LA PLATAFORMA YOUTUBE PARA REFORZAR LA EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS QUE PRECISAN TERAPIAS BIOLÓGICAS

Begoña Carballal Platas¹, M.L. Uriondo Martínez¹, T. Díaz Díez¹, G. González-Arribas¹, D. Dios-Santos¹, C. San José-Méndez¹, F.J. de Toro Santos¹ y E. González Rodríguez²

¹Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña (UDC). As Xubias. A Coruña.

²Dirección de Procesos de Enfermería. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña (UDC). A Coruña.

Introducción: En la actualidad disponemos de numerosas dianas terapéuticas en enfermedades como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondiloartritis axial o el lupus que pueden bloquearse con moléculas biológicas mediante su administración subcutánea. En estos casos, es de especial relevancia que el paciente disponga de una información clara sobre el uso correcto de los diferentes dispositivos para conseguir la eficacia deseada que se explica durante la consulta de enfermería. La plataforma más popular de vídeos online, YouTube, tiene como objetivo compartir, comentar y visualizar vídeos. El personal sanitario tiene que rentabilizar esta plataforma como un instrumento fundamental para reforzar el aprendizaje autónomo de pacientes que precisan estos tratamientos subcutáneos.

Objetivos: Mejorar las competencias de los pacientes en el uso adecuado de los dispositivos de tratamiento subcutáneos.

Métodos: Hemos creado un canal: "reumatología chuac" en la web YouTube, para subir y alojar vídeos educativos. Elaboramos vídeos demostrativos de corta duración mediante una tableta electrónica o con videocámara. Fueron editados con un sencillo programa. Creamos 4 listas de reproducción de las cuales una está dedicada a pacientes en la que se incluye información sobre lo que son las enfermedades reumáticas y sobre la técnica correcta para realizar el tratamiento con agujas subcutáneo.

Resultados: El canal fue creado el 14 de enero de 2013. Hay 42 vídeos alojados. Hemos tenido 2.680.881 visitas con un total de 107.800 horas de visualización y con una retención media de la

audiencia de 2,45 minutos en cada visita a 29 de enero de 2023. La fuente fundamental de búsqueda es la web YouTube (49%). El material fue visto fundamentalmente desde México (22,9%) y España (18,7%). Tenemos 15.900 suscriptores. El tercer video más visitado es para pacientes sobre el aprendizaje del uso correcto de la administración adecuada de fármacos biológicos subcutáneos con 379.981 visitas (14,2%) que nosotros utilizamos como refuerzo a las instrucciones señaladas en la consulta de enfermería y que fue agregado en agosto de 2018. Si analizamos los datos de este último año, es el segundo vídeo más visitado con el 23,3% de visualizaciones por detrás del primero con el 24,2% del total.

Conclusiones: El papel de la enfermería reumatológica ha ido tomando un protagonismo creciente en el cuidado del paciente con enfermedades reumáticas. Su labor de entrenamiento para la administración correcta de los tratamientos biológicos es fundamental para asegurar la eficacia, adherencia y la seguridad. La utilización de la plataforma YouTube para reforzar los mensajes facilitados en la consulta de enfermería es muy útil para complementar el aprendizaje autónomo de pacientes que precisan estos tratamientos subcutáneos. Es importante mejorar las competencias digitales de los profesionales sanitarios para innovar en actividades docentes y formativas.

Agradecimientos: iniciativa del servicio de reumatología del área sanitaria de A Coruña con la colaboración de Galápagos.

P180. ATENCIÓN EN LA OSTEOPOROSIS: DE LA PATOLOGÍA AL CUIDADO

Maria Raquel Sanz Berruete, Ane Guinea Urtizberea, Sonia Azcárate Jiménez, Tania Herrera Barcia, Beatriz Arrillaga Domínguez, Ane Aldasoro-Ruiz y Joaquín Belzunegui Otano

OSI Donostialdea. Osakidetza. Ambulatorio de Gros.

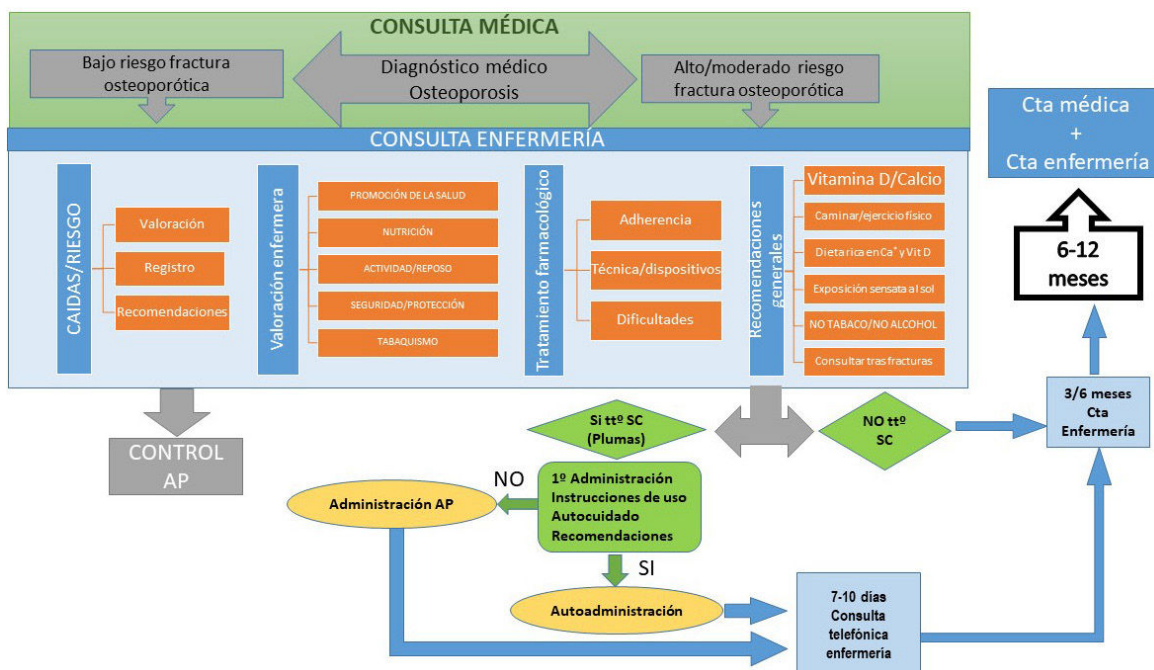
Introducción: La osteoporosis (OP) es una enfermedad esquelética difusa caracterizada por una disminución generalizada de la resistencia ósea que predispone a un mayor riesgo de fracturas por fragilidad (Sociedad Española de Reumatología SER). La incidencia de fractura por fragilidad está aumentando debido fundamentalmente

a una mayor esperanza de vida. En los últimos años se han producido avances en el diagnóstico y tratamiento de la OP. Las terapias biológicas requieren de un personal formado en su manejo, monitorización y evaluación del enfermo, y en el control de efectos adversos. Como centro comprometido con la excelencia en cuidados-BPSO y ligado a la implantación de la guía de Atención centrada en la persona en el área de la reumatología, somos conscientes de la necesidad de estructurar nuestro trabajo siguiendo las directrices y recomendaciones de la misma.

Objetivos: Identificar y establecer las intervenciones enfermeras dirigidas a la persona con op que ayuden a abordar, prevenir y minimizar el impacto de la enfermedad en su proceso vital.

Métodos: Se definió el grupo de trabajo formado por enfermeras de reumatología, una enfermera líder de la guía, una referente de consultas y médicos del servicio de reumatología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversos buscadores. Se revisaron Guías de práctica clínica (Fisterra, Servicio Nacional de Salud, RNAO) y de publicaciones de Sociedades científicas (SER) seleccionando aquellas áreas con evidencia científica y susceptibles de abordaje enfermero. Se debatió el rol de la enfermería en el diagnóstico, tratamiento, valoración, limitaciones, condicionantes y cuidados. Se definieron los aspectos principales de valoración (Dominios OSANAIA) y las actividades e intervenciones enfermeras. Se establecieron los contenidos educativos y de promoción de la salud. Se analizaron las distintas prestaciones de las agendas de Osakidetza relacionadas con las actividades.

Resultados: Se han definido las actividades a realizar en la cta enfermera. Las áreas de valoración enfermera por dominios OSANAIA. Promoción de la salud. Tratamiento farmacológico: adherencia, técnicas/dispositivos, dificultades. Nutrición: dieta. Recomendaciones: vitamina D/calcio. Actividad/reposo: actividad física. Recomendaciones: seguridad/protección, caídas. Valoración y recomendaciones. Registro riesgo de caídas en HC. Circuito de administración de biológicos s/c y seguimiento. Se ha elaborado el algoritmo de derivación, citación e intervenciones y el circuito de administración de biológicos subcutáneos. Se ha creado la agenda de Consulta de Enfermería definiendo las distintas prestaciones relacionadas con las intervenciones. Se han definido los distintos apartados de los informes enfermeros a incluir en la HC.



P180 Figura. Algoritmo abordaje enfermería osteoporosis.

Conclusiones: La creación y puesta en marcha de este proceso nos ha permitido unificar criterios y actuaciones basadas en la evidencia, disminuyendo la variabilidad en la práctica diaria. Proporcionar cuidados personalizados a las personas afectas que precisan de una atención multidisciplinar en la que no solo se atiende a sus patologías sino también a sus cuidados y necesidades. Mejorar la actividad asistencial y fomentar el trabajo colaborativo facilitando la continuidad de la atención y disminuyendo la variabilidad clínica. Posibilitar el desarrollo y la implantación de la actividad enfermera en otros procesos.

P181. TIXAGEVIMAB Y CILGAVIMAB: USO EN UN HOSPITAL COMARCAL

Concepción Vidal Castell, Carolina Alfonso González, Vera Ortiz-Santamaría, Jordi Camins-Fàbregas, Noemí Busquets-Pérez, Andrea Cuervo y Katherine Cajiao

Hospital de Granollers.

Introducción: Tixagevimab y cilgavimab (TyC) es una combinación de dos anticuerpos monoclonales de acción IgG1K prolongada, derivados de células B de pacientes convalecientes con infección por SARS-CoV2. Es conocido que los pacientes en tratamiento inmunosupresor presentan una respuesta inadecuada (RI) a la vacunación candidatos a tratamiento adyuvante. Según indicaciones del CatSalut en el documento "Tratamiento farmacológico de la infección por SARS-CoV-2" del 14 de septiembre de 2022, se elaboró un protocolo de administración de tixagevimab y cilgavimab en Hospital General de Granollers en pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento inmunosupresor.

Objetivos: Conocer la respuesta vacunal de pacientes en tratamiento inmunosupresor con inmunomoduladores biológicos que pueden presentar una RI, en particular fármacos como rituximab, abatacept y belimumab. Administrar TyC según protocolo.

Métodos: Se incluyeron los pacientes en seguimiento en Reumatología en un hospital comarcal con un área de referencia de 230.000 habitantes. Criterios de inclusión: pacientes > 12 años y > 40 kg con alto grado de inmunosupresión, por patología o tratamiento y sin respuesta adecuada a la vacunación, definido como título anticuerpos < 260 BAU/ml. Pacientes con mínimo 3 dosis de vacuna y con título de anticuerpos inadecuados. Procedimiento: revisar la historia clínica de pacientes con inmunomoduladores biológicos. Confirmar tratamiento, valorar antecedentes cardiológicos mayores e histórico de infecciones por SARS-CoV-2. Confirmar vacunaciones anti-SARS-CoV-2 administradas, dosis según posología, marca farmacéutica suministrada, y programar vacunación. Realización de analítica Ac IgG SARS-CoV-2. Comprobación de la respuesta vacunal. Administración de TyC según protocolo.

Resultados: Incluidos 51 pacientes de los cuales el 84% eran mujeres con una edad media de 65 años ± 5 años con los siguientes diagnósticos: 41 AR, 6 LES, 1 síndrome Sjögren, 1 síndrome antisintetasa y 2 ES. Excluidos 12 pacientes: 4 rechazaron la vacunación, 3 traslado de comunidad, 3 insuficiencia cardíaca y 2 *exitus*. De los pacientes que se incluyeron en el estudio, 19 de ellos recibían rituximab, 4 belimumab y 16 abatacept. El 94% de los pacientes con abatacept respondieron a la vacunación con niveles superiores a 260 BAU/ml y por lo tanto no se administró TyC. Únicamente un paciente (6%) presentó niveles < 260 BAU/ml recibiendo el fármaco. Este paciente había recibido dosis de vacunación de población general (1/2 dosis). De 4 que recibían tratamiento con belimumab, el 100% presentaron una respuesta adecuada a la vacunación. De los 19 pacientes con rituximab, 53% presentaron una respuesta AcIgGSARS-CoV2 > 260 BAU/ml por lo que no se administró TyC mientras que el 47% restante (9 pacientes) presentó una respuesta inadecuada. De estos 9, 6 habían recibido únicamente tres dosis de vacuna anti-SARS-CoV-2 (No la 4ª dosis bivalente) y 3 de ellos recibieron 1/2 dosis, que se

administra a población general. De todos los pacientes valorados, se administró tixagevimab y cilgavimab en 10 de ellos.

Conclusiones: De nuestra muestra, los pacientes en tratamiento con rituximab solo presentan respuesta vacunal en el 53%, especialmente tras recibir la pauta completa de vacunación (cuatro dosis). Los pacientes en tratamiento con abatacept y belimumab mayoritariamente presentaron respuesta vacunal, el 94% y 100% respectivamente. El análisis de la respuesta vacunal nos permitió determinar a qué pacientes administrar tixagevimab y cilgavimab.

P182. ¿SON ADHERENTES LOS PACIENTES AL TRATAMIENTO CON JAKINIBS? ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS 4 TIPOS DE INHIBIDORES DE LAS JAKS QUINASAS

Carmen Domínguez Quesada¹, C. López-Martín¹, F. Fernández-Palacín², P. Cejas Cáceres¹, M. Moreno-Galeano¹ y J.J. Pérez-Venegas¹

¹FISEVI (Fundación de ayuda a la investigación de Sevilla) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Departamento de estadística. Universidad de Cádiz.

Introducción: Los inhibidores de Jak quinasas constituyen una nueva alternativa de tratamiento para los pacientes con patología inflamatoria articular. Se ha descrito falta de adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas, que se relacionan con múltiples factores y esto puede conllevar a no conseguir objetivos terapéuticos. Existen diferentes herramientas para la evaluación indirecta de la adherencia, como el test de Morisky-Green (MG) y el Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR-19), que está validado en la AR.

Objetivos: Evaluar la tasa de adherencia en los pacientes tratados con inhibidores de jakinibs (baricitinib, tofacitinib, upadacitib y filgotinib) en un hospital de tercer nivel mediante CQR-19.

Métodos: Estudio transversal observacional. Se incluyeron pacientes con AR, APS y EA en tratamiento con jakinib durante el año 2022 que acudieron a las consultas de reumatología. Criterios de exclusión: Pacientes con inicio de tratamiento inferior a 3 meses y dependientes. Variables. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), diagnóstico y tratamiento, antigüedad de diagnóstico divididos en reciente diagnóstico (2019-actualidad), diagnóstico establecido (2012-2018) y larga evolución (anterior a 2012). (tabla). Se midió actividad de la enfermedad con DAS-28, DAPSA y ASDAS y función física con cuestionario Health Assessment Questionnaire (HAQ). Se evaluó la adherencia al tratamiento mediante CQR-19 y test de MG. Se consideró paciente adherente si CQR-19 mayor o igual 80% y test de MG sin ningún error. La tasa de adherencia se definió como el número de pacientes adherentes dividido por el número total de pacientes. Análisis estadístico: descriptivo y test de comparaciones múltiples de Tuckey para comparar CQR entre los distintos grupos de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes en tratamiento con un jakinib durante el año 2022 de los cuales 49 (77,7%) eran mujeres con una mediana de edad fue de 59 años (rango 26-84 años). De los 63 pacientes, 1 no completó cuestionario por haber suspendido el tratamiento meses previos. El 95,1% de los pacientes presentaron puntuaciones que mostraban adherencia al tratamiento. La puntuación media del CQR-19 de nuestros pacientes fue de 91,1 con una desviación típica de 6,59, mínimo de 68,4, mediana de 91,2 y máximo de 100 (fig. 1). Cuando se compara el resultado del CQR-19 entre los diferentes grupos de tratamiento, usando el test de comparaciones múltiples de Tuckey se observan diferencias significativas (p = 0,03) entre tofacitinib y baricitinib a favor del primero (fig. 2). Al comparar CQR de los 3 grupos aplicando test de Kruskal-Wallis de comparación de medianas, el resultado es p = 0,15. Aunque no es significativo, la adherencia aumenta con la antigüedad del diagnóstico.

Variable	N = 63
Mujer	49 (77,7%)
Edad mediana (años)	59 (26-84)
CQR mediana	91,2 (Mín 68,4-Máx 100)
Diagnóstico AR	52 (82,5%)
Pacientes con TOFA	11 (17,4%)
Pacientes con BARI	18 (28,4%)
Pacientes con UPA	30 (47,6%)
Pacientes con FILGO	4 (6,34%)
Años de evolución enfermedad	15 (1-48 años)
Remisión por DAS-28 PCR	39 (61,9%)
Fallo a 1 o + biológicos	49 (79%)
Jakinib en monoterapia	50 (79,4%)
HAQ 0-0,9	31 (50%)

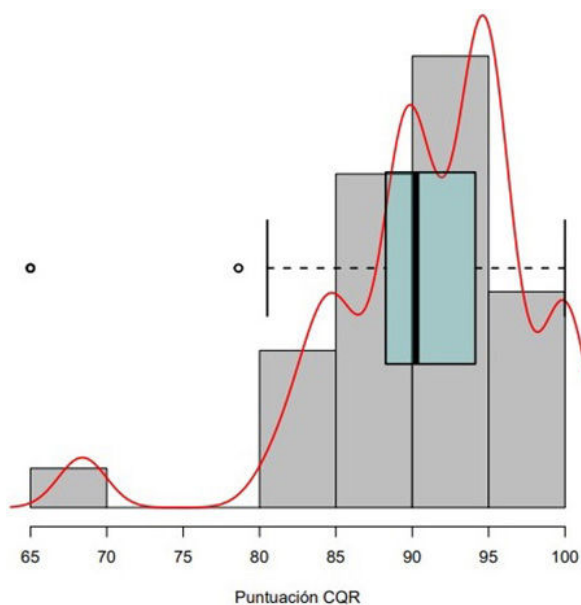


Figura 1. CQR-19.

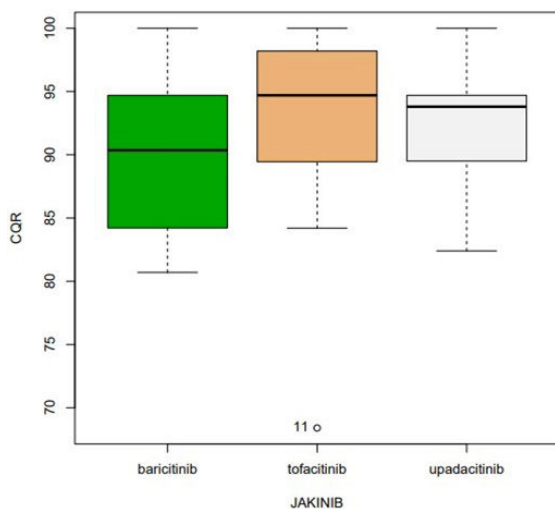


Figura 2. Comparación CQR entre tofacitinib, baricitinib y upadacitinib.

Conclusiones: La adherencia de los pacientes en tratamiento con jakinib es elevada y no está relacionada con edad, actividad de la enfermedad ni años de evolución, aunque sí se ha observado que los pacientes con más años de evolución de la enfermedad parecen ser más adherentes y confiar más en los tratamientos para su patología reumática. EL grupo de pacientes con tofacitinib muestra mayor puntuación en CQR-19 que baricitinib. Hacen falta más estudios a largo plazo y con un mayor tamaño de muestra para confirmar estas

diferencias, ya que de filgotinib aún hay pocos datos en la práctica habitual. CQR-19 puede ser un cuestionario útil en la práctica habitual para medir adherencia.

P183. FATIGA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. PREVALENCIA Y FACTORES DETERMINANTES

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

Introducción: La fatiga impacta de forma muy acentuada en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y no suele formar parte de la evaluación sistemática de los pacientes en práctica asistencial.

Objetivos: Analizar, en una cohorte de pacientes con AR: a) la prevalencia de fatiga, b) su relación con la edad, el IMC, los índices de actividad y discapacidad de la enfermedad, los valores de hemoglobina y los parámetros con que se evalúa la presencia de sarcopenia.

Métodos: Se consideraron objeto de estudio 237 pacientes atendidos de forma consecutiva en las consultas externas de Reumatología de un hospital universitario. Criterios de inclusión: 1) edad ≥ 50 años, 2) cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2010 para la clasificación de la AR, 3) clase funcional I-III, y 4) ausencia de comorbilidades relevantes. En cada paciente se analizó: 1) edad; 2) género; 3) IMC; 4) Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -FACIT, cuestionario autoadministrado para la valoración de la fatiga que consta de 13 ítems y se basa en una escala Likert de 5 puntos (de 0 “nada” a 4 “muchísimo”). La puntuación oscila entre 0 y 52 puntos. Una puntuación alta representa un bajo nivel de fatiga. No existe un punto estandarizado que marque la existencia de fatiga; se han considerado valores inferiores a 40 y a 30); 5) hemoglobina; 6) variables relacionadas con la AR (duración, DAS28; HAQ; y RAPID3). El Routine Assessment of Patient Index Data 3 -RAPID3-, es un índice de actividad de la AR, autoadministrado, que incluye función física, dolor y evaluación global de la enfermedad por parte del paciente. Una puntuación alta refleja una actividad elevada; 7) Variables relacionadas con la sarcopenia (cuestionario SARC-F y Skeletal Muscle Mass Index -SMI). El cuestionario SARC-F es autoadministrado y consta de cinco preguntas. Valora la probabilidad de que exista sarcopenia. La puntuación oscila entre 0-10; valores iguales o superiores a 4 comportan alta posibilidad de padecer sarcopenia. El SMI (n: 108; 17 hombres y 91 mujeres), evaluado mediante absorciometría fotónica dual de fuente radiológica (DXA) se define por el cociente masa muscular apendicular/altura². Se consideran patológicos valores $\leq 7,23$ kg/m² en hombres y $\leq 5,67$ kg/m² en mujeres.

Resultados: Ver tabla. Se observó una correlación significativa entre los valores de FACIT y los valores del DAS28 (r: -0,39; p < 0,001), del RAPID3 (r: -0,70; p < 0,001) y del HAQ (-0,43; p < 0,001). También se correlacionó con SARC-F (r: -0,62; p < 0,001) y SMI (r: -0,27; p < 0,01). No se observó correlación con la edad, el IMC, la duración de la enfermedad ni los niveles de hemoglobina. La intensidad de la fatiga fue significativamente superior en mujeres en (FACIT: 35,3 \pm 11,0) que en hombres (FACIT: 41,6 \pm 6,7) (p < 0,001).

Conclusiones: En la cohorte de pacientes con AR analizada, la prevalencia de fatiga, evaluada mediante FACIT, fue relevante. Se observó en el 53% de los pacientes, siendo especialmente intensa en el 21%. La fatiga fue independiente de la edad de los enfermos, de su IMC y de los valores de hemoglobina que presentaban y se correlacionó de forma significativa con los índices de valoración de la actividad de la enfermedad, con la discapacidad funcional y con los parámetros con los que se evalúa la sarcopenia. Dados los resultados

observados, en nuestra opinión, el análisis de la fatiga debería incluirse en la valoración sistemática de los pacientes con AR en práctica asistencial.

Edad	68,8 ± 9,1 años
Género	
Hombres	76 (32%)
Mujeres	161 (68%)
IMC	27,63 ± 4,67 kg/m ²
FACIT	37,33 ± 10,2
FACIT < 40	53%
FACIT < 30	21%
Hemoglobina	13,6 ± 1,31 g/L
Variables relacionadas con la AR	
Duración	15,1 ± 10,4 años
DAS28	2,75 ± 1,18
RAPID3	8,48 ± 6,75
HAQ	0,11 ± 0,24
Variables relacionadas con la sarcopenia	
SARC-F	2,45 ± 2,1
SARC-F ≥ 4	30%
SMI	5,73 ± 0,95 Kg/m ²
SMI bajo	63%

P184. ANÁLISIS DE INCIDENCIAS COMUNICADAS AL OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. PAPEL ENFERMERO

Manuel Moreno Galeano, Carmen Vargas Lebrón, Carmen Domínguez Quesada, María Dolores Ruíz Montesino y José Javier Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La seguridad del paciente se considera una dimensión clave, esencial y transversal de la calidad asistencial. Se estima que en España uno de cada 10 pacientes que ingresa en un hospital y uno de cada 100 pacientes que acude a una consulta de atención primaria sufre un daño mientras recibe atención médica sin que esté relacionado con el motivo de la asistencia y pueden llegar a evitarse en más de un 40% y de un 70% respectivamente¹. El Sistema de Notificación de Incidentes y aprendizaje para la Seguridad del Paciente de Andalucía (NotificASP), es una herramienta de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA) que permite comunicar y gestionar riesgos de seguridad y eventos adversos de la atención sanitaria². Se han identificado referentes de seguridad, que en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena son un facultativo y un enfermero. Según la Sociedad Española de Reumatología, una actividad fundamental de Enfermería es controlar posibles efectos secundarios³.

Objetivos: Analizar las notificaciones de seguridad y su gestión comunicadas en notificASP en un Servicio de Reumatología de un hospital terciario durante los años 2021 y 2022.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron las notificaciones de seguridad realizada por nuestra unidad en los años 2021 y 2022, realizadas a través de la herramienta notificASP como parte de la ESSPA.

Resultados: Se realizaron un total de 17 notificaciones de seguridad, de los cuales el 94,12% han sido evaluados y comunicados por Enfermería. El 58,82% afectaron a mujeres con edad media de 71,5 (± 13,65) años, y en el caso de los hombres la edad media es de 60,57 (± 11,25) años. El incidente ha llegado a impactar en el paciente en el 58,82% de los casos, con una afectación leve (60%), moderada (10%) o sin ningún daño (30%). El resto de incidentes que no impactaron se asumen como riesgos. El diagnóstico predominante en las notificaciones es AR con el 64,70%; el resto son EA, APs, polimialgia, oligoartritis, fibromialgia y conectivopatía indiferenciada. Los motivos de notificaciones más frecuentes son: falta de comunicación entre

especialidades (Oncología, Ginecología, Estomatología, Urología, Maxilofacial, Hematología) (35,29%), errores en prescripción (23,53%), reacción adversa (17,65%) y errores de medicación por pacientes (11,76%). Para este último caso, se tratan de mujeres de edad avanzada (77 años), polimedicadas y con dificultades familiares. El 100% de los errores de prescripción no ha llegado a impactar en el paciente. Durante la gestión de incidentes, el 47,06% de las notificaciones no precisaron la incorporación de acciones de mejora. Para el resto, se han elaborado 3 acciones de mejora: errores de medicación por pacientes, errores de prescripción, y notificación de neoplasia en pacientes con inmunosupresores.

Conclusiones: Los incidentes más frecuentes se deben a una falta de comunicación entre distintas especialidades, sobre todo en la coexistencia de enfermedad tumoral y enfermedad reumática; y a los errores de prescripción. Casi la mitad de las notificaciones no precisaron de acciones de mejora, siendo suficientes las medidas establecidas en nuestra unidad para asumirlas como riesgos. Este registro nos ha servido para poner en marcha estrategias de mejora que disminuya el riesgo a la población atendida y confirma el papel de la Enfermería en la estrategia de seguridad del paciente.

P185. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES FUMADORES REMITIDOS A UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA PARA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Susana Fernández Sánchez¹, Berta P. Magallares López¹, Hye-Sang Park¹, Sandra Ros Abarca¹, Ana M^a Laiz Alonzo¹, César Díaz-Torné¹, Patricia Moya Alvarado¹, Ivan Castellví Barranco¹, Ana Milena Millán Arciénagas¹, Luis Sainz Comas¹, Helena Codes-Méndez¹, Cristina Rios Balada², Fermín Rodríguez Muñoz² y Héctor Corominas Macías¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Supervisión de Enfermería. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Conocer las características demográfico-clínicas, los niveles de ansiedad/depresión, la calidad percibida y el historial tabáquico de pacientes fumadores remitidos a una consulta de enfermería reumatológica para consejo anti tabáquico.

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en la consulta de enfermería del Servicio de Reumatología de un hospital universitario. Se recogieron los datos de pacientes fumadores con enfermedad inflamatoria autoinmune remitidos por el reumatólogo desde enero 2019 hasta diciembre 2022. Variables demográfico-clínicas evaluadas: sexo, edad, peso, índice masa corporal (IMC), factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular, neoplásica o reumática y tratamiento concomitante. Se evalúan la ansiedad y la depresión mediante las escalas HADs y BDI. La variable calidad de vida se evaluó con el cuestionario EQ-5D. Variables evaluadas relacionadas con el hábito tabáquico: inicio del hábito, intentos previos para dejarlo, días máximos de abstinencia, motivo de recaída, tratamientos de ayuda utilizados, valoración del entorno familiar (fumador o no fumador), test de Fagerström, número de cigarrillos/día, nivel de monóxido de carbono (CO), test de Russell y fase de Prochaska.

Resultados: Fueron remitidos 42 pacientes, 62% mujeres con media de edad de 56 años (± 13 a), peso medio de 69 kg (± 13) e IMC de 25 kg/m² (± 4). Los factores de riesgo cardiovascular y los antecedentes de enfermedad cardiovascular o neoplásica se describen en las Tablas 1 y 2 y las enfermedades reumáticas en la figura 1; el 38% llevaba tratamiento con corticoides y un 59% con otro inmunosupresor. La ansiedad obtuvo una media de 8,58 (± 4,3) y la depresión una media de 6 (± 2,9) en Escala HADs mientras que en el BDI fue de 12,47 (± 6,9). La media en la escala analógico visual del estado de salud fue de 62,63 (± 16). Las dimensiones se describen en la tabla 3. La media de edad en el inicio del hábito tabáquico fue de 18 años (± 6 a.). Número de intentos previos: el 22% no lo había intentado

nunca y hasta 5 veces el 67,5%. Media de abstinencia de 576 días. El 22% había utilizado algún tratamiento farmacológico de ayuda siendo los substitutivos de nicotina el más frecuente (12,5%). Los motivos de recaída más frecuentes fueron por indulgencia (34%) y para relajarse (29%). Un 37,5% tenía un entorno familiar fumador. En la tabla 4 se describen la media y la desviación estándar de las variables de dependencia física, en la figura 2 las variables de dependencia psíquica y en la figura 3 la fase de cambio para dejar de fumar en la que se encuentra el individuo.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de enfermedad cardiovascular o neoplásica.

	n (%)
Hipertensión arterial	8 (20)
Dislipemia	11 (28)
Diabetes mellitus	4 (10)
Antecedente de enfermedad cardiovascular	0 (0)
Antecedente de enfermedad neoplásica	3 (7)

Tabla 2. Número de factores cardiovasculares (HTA, DLP, DM) presentes en un mismo paciente n (%)

0 factores	24 (62)
1 factor	8 (21)
2 factores	6 (15)
3 factores	1 (3)

Tabla 3. EQ-5D: estado de salud

Dimensión	Sin problemas n (%)	Algunos o moderados n/%	Graves n (%)
Movilidad	29 (76,3)	9 (23,7)	0 (0)
Cuidado-personal	36 (94,7)	2 (5,3)	0 (0)
Actividades diarias	24 (63,2)	14 (36,8)	0 (0)
Dolor/Malestar	10 (26,3)	23 (60,5)	5 (13,1)
Ansiedad/Depresión	14 (36,8)	20 (52,6)	4 (10,6)

Tabla 4. Variables de dependencia física a la nicotina

	Media ± DE
Test Fagerström	7 ± 1,8
Nº cigarrillos/día	17 ± 7
CO ppm	20,6 ± 7,4

Conclusiones: El perfil del paciente con enfermedad inflamatoria autoinmune que fuma y que había sido remitido para consejo anti tabáquico con enfermería fue: 1. Mujeres de edad media que además de fumar tenían sobrepeso y algo menos de la mitad de estas ya presentaban un factor de riesgo cardiovascular. Las patologías más frecuentes fueron la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante y las vasculitis. 2. Los resultados obtenidos indicaron presencia de sintomatología ansiosa. 3. Más de dos terceras partes de los pacientes expresaban un buen estado de salud. 4. Empezaban su hábito hacia la mayoría de edad, habían intentado en más de una ocasión dejar de fumar, tenían una dependencia moderada-grave y contemplaban que lo deberían dejar pero no creían que fuera el momento adecuado para hacerlo.

Figura 1. Enfermedad reumática

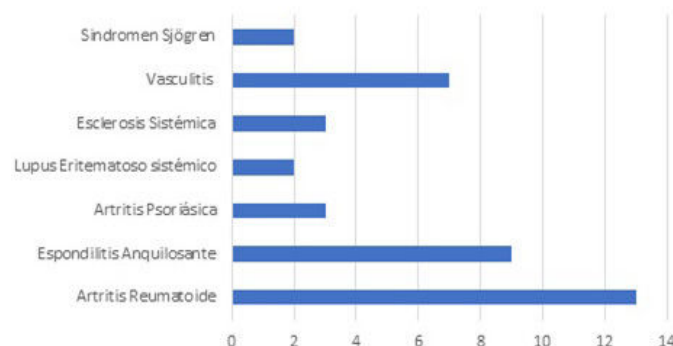


Figura 2. Test de Russell (valora la dependencia psíquica).

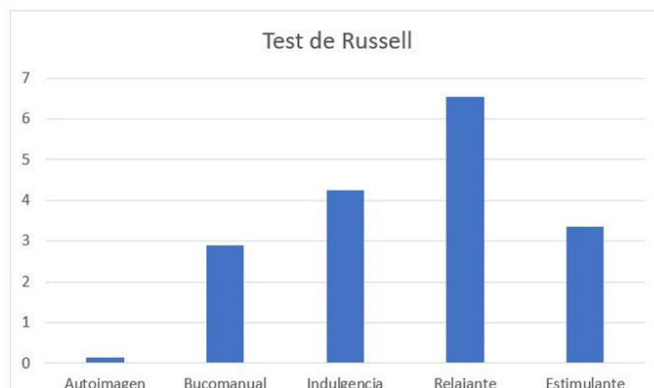
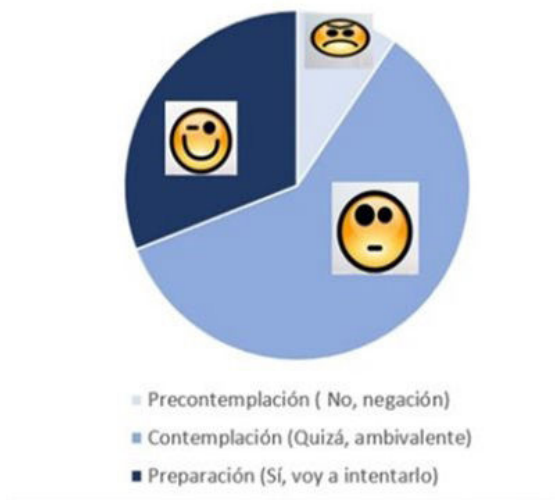


Figura 3. Test de Prochaska (valora la fase de cambio en el individuo).



P186. WHAT SHOULD A DEFINITION OF MODERATE PSORIATIC ARTHRITIS INCLUDE IN ORDER TO BE VALID AND APPLICABLE?

Ana Urruticoechea Arana¹, José Luis Álvarez-Vega², Maria Luz García-Vivar³, José Antonio Pinto-Tasende⁴, Eva Pascual⁵ and Rubén Queiro⁶

¹Hospital Can Misses. ²Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ³Rheumatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁴Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁵Amgen Inc. Madrid. ⁶Rheumatology. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

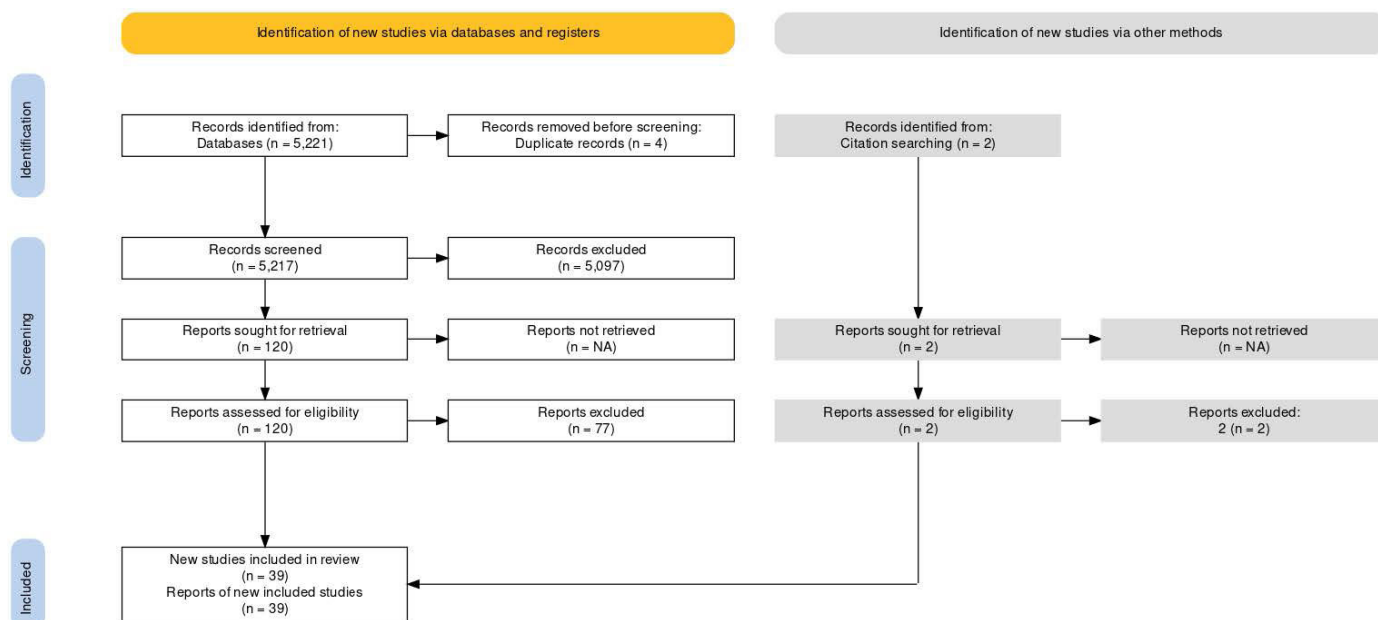
Introduction: Evidence-based treatment recommendations for psoriatic arthritis (PsA) suggest individualizing treatment but acknowledge the difficulty of correctly defining levels of disease activity (mild, moderate, and severe). Moreover, an inability to correctly define disease levels may prevent some patients from receiving suitable treatment(s).

Objectives: To recommend the items or domains of PsA that should be included in a future definition of moderate disease.

Methods: We conducted a literature review to identify classification tools/indexes used in PsA across clinical practice. We searched Medline, Embase, and Cochrane Library (from inception to 21-04-2021) for original articles published in English or Spanish, using

Table P186
Indices and potential definitions of disease activity

Index	Domains/items	Cut-offs	Limitations
BSA	Body surface area	Mild: < 3% Moderate (various): 3%-10% ≥ 5% and < 10% 3-10 palms Severe: > 10% Very severe: > 10%	Only measures skin involvement. Self-reported. Variability of cut-off points. No discrimination data.
PASI	Skin involvement	PASI: 10-20 PASI: 7-12 PASI: > 10	Only skin involvement Variability of cut-off points. No discrimination data.
AMDF	Joint counts (66/68) Quality of life Function VAS arthritis VAS skin PASI Global VAS	Low: ≤ 2.3 Moderate: > 2.3 and < 4.7 High: ≥ 4.7	Calculation complexity. No discrimination data.
ASDAS	Low back pain Morning stiffness Global VAS Peripheral pain/tender CRP	Moderate: < 2.1	Same criteria for different SpA. No discrimination data.
CDAI	Joint counts (28) VAS patient VAS physician	Low: > 2.8 y ≤ 10 Moderate: > 10 y ≤ 22 High: > 22	No discrimination data.
CPDAI	Arthritis (count-HAQ) Skin (PASI; DLQI) Enthesitis (count-HAQ) Dactylitis (count-HAQ) Axial (BASDAI-ASQoL)	Each domain is scored from 0 (absent) to 3 (severe) Total score: 0-15 Mild: < 5 Moderate: 5-6 Severe: > 6	Independent domains. Calculation complexity (multiple indices/domain). The total score does not reflect ≠ severity in ≠ domains. No discrimination data.
DAPSA	Joint counts (66/68) VAS pain Global VAS CRP	Low: > 4 y ≤ 14 Moderate: > 14 and ≤ 28 High: > 28	Only joint involvement. Gold standard: clinical assessment. No discrimination data.
c-DAPSA	Joint counts (66/68) VAS pain Global VAS	Low: > 4 y < 13 Moderate: > 13 y ≤ 27 High: > 27	Removes CRP from DAPSA. No discrimination data.
DAS28	Joint counts (28) VAS activity APR (ESR/CRP)	Low: ≤ 3.2 Moderate: > 3.2 and ≤ 5.1 High: > 5.1 Low: ≥ 2.4 y < 2.9 Moderate: ≥ 2.9 and ≤ 4.6 High: > 4.6	Variability of cut-off points. No discrimination data.
GRAPPA	Joints Skin Axial Dactylitis Enthesitis	Each domain is scored from 0 (absent) to 3 (severe) Total score: 0-15 Mild: < 5 Moderate: 5-6 Severe: > 6	OMERACT core set. Independent domains. Calculation complexity (multiple indices/domain). The total score does not reflect ≠ severity in ≠ domains. No discrimination data.
m-CPDAI	Joints Skin Enthesitis Dactylitis	Each domain is scored 0-3 Total score 0-12 Mild: ≤ 3.2 Moderate: > 3.2 y < 6.4 High: ≥ 6.4	GRAPPA domains except axial. No discrimination data.
PASDAS	Joint counts (66/68) Enthesitis Dactylitis Quality of life VAS global (patient) VAS global (physician) C-RP	Remission: ≤ 1.9 Low: > 1.9 y < 3.2 Moderate: ≥ 3.2 y < 5.4 High: ≥ 5.4	Calculation complexity. No discrimination data.
PsAID	Pain Fatigue Skin Work/Leisure Function Discomfort Sleeping problems Coping Anxiety Feeling of shame Social involvement Depression	Low: > 1.4 y ≤ 4.1 Moderate: > 4.1 y ≤ 6.7 High: > 6.7	It measures impact, not activity.
RAPID3	Function: HAQ VAS (pain) VAS (global)	Low: 0-2 Moderate: 2.1-4 Severe: 4.1-10	Self-reported measures. No discrimination data.
SDAI	Joint counts VAS (patient) VAS (physician) CRP	Low: > 3.3 y ≤ 11 Moderate: > 11 y ≤ 26 High: > 26	No discrimination data.



P186 Figure. PRISMA Flow diagram.

keywords for PsA indexes of disease activity (controlled vocabulary and free text). No restrictions were applied regarding publication date; the reference lists of included articles were checked for supplementary relevant publications. The following data were extracted from the eligible articles: definition or index, domains, cut-offs for different levels of disease activity, strengths, and limitations. Based on the results, and after discussion with a steering committee, rheumatologists from the Spanish rheumatology society, who were experts in PsA were surveyed regarding the level of validation and applicability of the definitions and tools (using scales of 0 to 100) for patients with PsA who do not achieve the therapeutic target (i.e., remission by Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score (DAPSA) or minimal disease activity (MDA)), as well as the perceived utility for clinical practice of the items contained in the different indices.

Results: Of 5,221 articles identified in the literature review, 39 met the inclusion criteria (5,097 articles excluded after screening, 77 excluded after detailed reading, 2 identified through hand-searching) (Figure). The eligible articles included 15 indices for disease activity (with different domains, items, and cut-offs) (Table), and 3 working definitions; none were properly validated. Of 150 experts surveyed, 42 (28%) responded. The panel considered, that the domains/items with maximum utility (based on literature and expert opinion) to include in a definition of moderate PsA were the number of 1) active joints and 2) inflamed entheses; 3) physician global rating (by visual analogue scale); 4) dactylitis; 5) skin surface affected by psoriasis (body surface area, BSA); 6) psoriasis in special locations; 7) absence of hip involvement. Based on the average scores for validity and applicability, the Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis (DAPSA) score and the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) index were considered the most relevant measures to include in a definition of moderate disease.

Conclusions: There is large variability in the domains and cut-offs included in the definition of moderate PsA used in clinical practice. The lack of a gold standard definition likely has a detrimental impact on patient care, including treatment. We report what a panel of experts would accept in a definition of moderate PsA. Our findings could be the starting point for further development and validation.

P187. EFECTIVIDAD Y PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA: DATOS DE VIDA REAL

Francisca Sivera¹, Victoria Núñez Monje², Cristina Campos-Fernández³, Isabel Balaguer-Trull³, Montserrat Robustillo Villarino⁴, Marta Aguilar-Zamora⁵, Marta Garijo-Bufort⁵, Juan Miguel López-Gómez¹, Carolina Peña-González⁶, Isabel de la Morena⁷, Diego Bedoya-Sanchís⁷, Liliya Yankova-Komsalova⁸, Arantxa Conesa-Mateos⁹, Anna Martínez-Cristóbal¹⁰, Francisco Javier Navarro-Blasco¹¹, Jose Miguel Senabre-Gallego¹² y Juan José Alegre-Sancho²

¹Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. ²Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Reumatología. Hospital Universitario de la Plana. Villarreal. ⁵Reumatología. Hospital de Sagunto. ⁶Reumatología. Hospital Comarcal Francesc de Borja. Gandía. ⁷Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁸Reumatología. Hospital de Dénia-Marina Salud. Dénia. ⁹Reumatología. Hospital General Universitario de Castellón. ¹⁰Reumatología. Hospital Universitario La Ribera. Alzira. ¹¹Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. ¹²Reumatología. Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.

Introducción: El espectro de la espondiloartritis axial (EspAax) incluye la espondilitis anquilosante (EA), con alteraciones en la radiografía de columna y/o sacroilíacas, y la EspAax no radiográfica (EspAax-nr), sin daño estructural radiográfico. Aunque los pacientes con EspAax-nr no presentan una sacroilitis radiográfica definitiva, tienen una carga de enfermedad comparable a la de los pacientes con EA. En abril de 2020, secukinumab (SEC), fármaco inhibidor de la interleuquina-17A (IL-17A), fue aprobado para el tratamiento de EspAax-nr en Europa. La evidencia en práctica clínica del uso de SEC en esta población es aún limitada.

Objetivos: Describir el uso, efectividad y persistencia de SEC en pacientes con EspAax-nr tratados en práctica clínica hasta los 12 meses.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en 12 centros de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EspAax-nr y tratados con secukinumab hasta

junio de 2021. Los datos de uso de SEC, perfil del paciente, efectividad (evaluada por BASDAI, [0-10] y dolor medido con escala visual analógica [EVA, 0-100]) y persistencia fueron extraídos de las historias clínicas. Se presentan medidas de tendencia central y dispersión (media [desviación estándar; DE] o mediana [Q1-Q3]) para variables continuas y frecuencias y porcentajes (n; %) para variables categóricas. Se proporcionan los intervalos de confianza (IC) al 95% para la tasa de persistencia, calculada mediante un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: Un total de 39 pacientes fueron incluidos (mediana de edad [Q1-Q3]: 41,4 [31,2-46,7] años, 59% hombres). El tiempo medio (DE) desde el diagnóstico hasta el inicio de SEC fue de 2,4 (2) años. La mayoría de los pacientes iniciaron tratamiento con la dosis de 150 mg (n = 36; 92%) y en monoterapia (n = 30; 77%). El 41% de los pacientes iniciaron secukinumab como primera línea de biológicos, mientras que el 36% y 23% de los pacientes recibieron SEC como segunda o ≥ tercera línea, respectivamente. Tras el inicio de SEC, la mediana de BASDAI (Q1-Q3) disminuyó desde 7,1 (5,4-7,9) hasta 5,0 (3,0-6,8) y 3,2 (3,0-5,0) a los 6 y 12 meses, respectivamente. En la basal, el 3% de pacientes tenía BASDAI < 4, aumentando esta cifra a 39% a los 6 meses y 44% a los 12 meses de tratamiento. La EVA de dolor mediana (Q1-Q3) era de 70,0 (60,0-80,0) en la basal y disminuyó a 50,0 (20,0-68,8) a los 6 meses y a 30,0 (7,5-60,0) a los 12 meses. La tasa de persistencia (IC95%) de secukinumab fue del 92% (IC95%, 83-100) y del 80% (IC95%, 67-93) a los 6 y 12 meses, respectivamente.

Conclusiones: El secukinumab, hasta un año de tratamiento, es efectivo y tiene una alta persistencia en pacientes con EspAax-nr tratados en condiciones de práctica clínica habitual, reforzando así sus datos de ensayo clínico.

P188. EFECTIVIDAD Y PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: DATOS DE VIDA REAL

Juan José Alegre-Sancho¹, Victoria Núñez Monje¹, Cristina Campos-Fernández², Isabel Balaguer-Trull³, Montserrat Robustillo Villarino³, Marta Aguilar-Zamora⁴, Marta Garijo-Bufort⁴, Teresa Pedraz-Penalva⁵, Carolina Peña-González⁶, Isabel de la Morena⁷, Diego Bedoya-Sanchís⁷, Liliya Yankova-Komsalova⁸, Arantxa Conesa-Mateos⁹, Anna Martínez-Cristóbal¹⁰, Francisco Javier Navarro-Blasco¹¹, Jose Miguel Senabre-Gallego¹² y Francisca Sivera⁵

¹Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

²Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

³Reumatología. Hospital Universitario de la Plana. Villarreal.

⁴Reumatología. Hospital de Sagunto. ⁵Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. ⁶Reumatología. Hospital Comarcal Francesc de Borja. Gandía. ⁷Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁸Reumatología. Hospital de Dénia-Marina Salud. Dénia.

⁹Reumatología. Hospital de Dénia-Marina Salud. Dénia. ¹⁰Reumatología. Hospital General Universitario de Castellón.

¹¹Reumatología. Hospital Universitario La Ribera. Alzira.

¹²Reumatología. Hospital Universitario de Elche.

¹²Reumatología. Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por trastornos musculoesqueléticos heterogéneos que incluyen: artritis periférica, enfermedad axial, dactilitis, entesitis; así como manifestaciones extraarticulares, principalmente en piel y uñas. El secukinumab (SEC), un inhibidor de la interleuquina-17A (IL-17A), fue aprobado en Europa en 2015 para el tratamiento de la APs. A pesar de la amplia evidencia en ensayo clínico sobre la eficacia y seguridad de SEC, los datos sobre su uso en la población española son limitados.

Objetivos: Describir el uso, efectividad y persistencia de SEC según dosis de inicio en pacientes (pts) con APs tratados en práctica clínica real, con un seguimiento a 2 años de tratamiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en 12 centros de la Comunidad Valenciana. Se incluyeron pts adultos tratados con SEC hasta junio de 2021. Los datos de uso de SEC, perfil del paciente, efectividad (DAS28-PCR, número de articulaciones dolorosas [NAD28] y tumefactas [NAT28], dolor medido con escala visual analógica [EVA], presencia de entesitis, dactilitis, y manifestaciones en piel y uñas), y persistencia se extrajeron de las historias clínicas. Se presentan medidas de tendencia central y dispersión (media [desviación estándar; DE]) para variables continuas, y frecuencias y porcentajes (n; %) para variables categóricas. Se proporcionan los intervalos de confianza (IC) al 95% para la tasa de persistencia, calculada mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 178 pts diagnosticados de APs. El 49% de los pts iniciaron el tratamiento con SEC a dosis de 150 mg y el 51% iniciaron con la dosis de 300 mg. El 48% de los pts que iniciaron tratamiento con 300mg eran obesos frente al 32% de pts que iniciaron con 150 mg. Además, el 68% de los pts que iniciaron con 300 mg presentaban alguna comorbilidad, frente al 46% de pts que iniciaron con 150 mg, siendo la hipertensión, dislipidemia y depresión las más comunes en ambos grupos. En el momento de iniciar SEC 300 mg el 79% y el 36% de los pts tenían afectación cutánea y ungueal, respectivamente, en comparación con el 61% y el 28% de los pts que iniciaron con SEC 150 mg. Las características basales de los pts se resumen en la tabla. El 61% de los pts que iniciaron tratamiento con SEC 150 mg eran *naïve* a fármaco modificador de la enfermedad biológico (FAMEb) (2ª línea: 16%; ≥ 3ª línea: 23%), mientras que la mayoría de los pts que recibieron SEC 300mg eran refractarios a FAMEb (*naïve*: 12%; 2ª línea: 27%; ≥ 3ª línea: 61%). El tratamiento con SEC aumentó el porcentaje de pts en baja actividad de enfermedad (DAS28-CRP ≤ 3,2) de 21% (150 mg) y 28% (300 mg) hasta 78% (150 mg) y 71% (300 mg) a los 24 meses (M). Asimismo, ambas dosis de SEC disminuyeron de forma similar el número medio de NAD28 y NAT28 y aumentaron el porcentaje de pts con resolución completa de entesitis y dactilitis. La dosis de SEC 300mg fue especialmente efectiva en disminuir el porcentaje de pts con afectación cutánea (basal: 79%; 6M: 9%; 24M: 0%) y ungueal (basal: 36%; 6M: 9%; 24M: 0%). La tasa de persistencia de SEC 150 mg y 300 mg fue de 84% y 71% al año y del 76% y 58% a los 2 años, respectivamente.

Características basales de la población

Parámetro	150 mg	300 mg
	N = 88; 49%	N = 90; 51%
Varones, n (%) [N]	40 (46) [88]	47 (52) [90]
Edad, media (DE) [N]	51 (10,2) [88]	51,9 (10,8) [90]
IMC (kg/m ²), media (DE) [N]	28,7 (4,8) [60]	28,9 (4,7) [48]
Obesidad (IMC ≥ 30), n (%) [N]	19 (32) [60]	23 (48) [48]
Tiempo desde el diagnóstico al inicio del tratamiento con SEC, años, media (DE) [N]	6,5 (7) [81]	8,2 (5,9) [89]
Afectación axial, n (%) [N]	35 (40) [88]	35 (39) [90]
Afectación articular periférica, n (%) [N]	77 (88) [88]	83 (92) [90]
Entesitis, n (%) [N]	15 (22) [69]	21 (27) [77]
Dactilitis, n (%) [N]	16 (23) [70]	14 (18) [78]
Afectación cutánea, n (%) [N]	49 (61) [80]	65 (79) [82]
Afectación ungueal, n (%) [N]	22 (28) [79]	28 (36) [78]
DAS28-PCR, media (DE) [N]	3,8 (0,9) [42]	4 (1,2) [58]
EVA global del paciente, media (DE) [N]	60,9 (21,2) [43]	51,7 (30,1) [39]
EVA de dolor, media (DE) [N]	59,4 (25) [52]	57,6 (25,3) [59]
EVA global del médico, media (DE) [N]	47,9 (21,3) [29]	45,1 (26,1) [37]
FAMEb previo, n (%) [N]	34 (39) [88]	79 (88) [90]
Comorbilidades, n (%) [N]	40 (46) [88]	61 (68) [90]

DE: desviación estándar; EVA: escala visual analógica; SEC: secukinumab.

Conclusiones: Ambas dosis de SEC han demostrado ser efectivas en diferentes perfiles de pacientes con APs, mostrando además una buena persistencia a los 24 meses de tratamiento, en práctica clínica real.

P189. EFICACIA A LARGO PLAZO DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS UNGUEAL O DE CUERO CABELLUDO: RESULTADOS DE VOYAGE 1 Y 2 DURANTE 5 AÑOS

Sabela Díaz Castroverde¹, Luis Puig², Peter Foley³, Megan Miller⁴, Yin You⁴, Ya-Wen Yang⁵, Andrew Blauvelt⁶ y Christopher E.M. Griffiths⁷

¹Departamento Médico Janssen. Madrid. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. ³Universidad de Melbourne. St. Vincent’s Hospital Melbourne and Proby Medical Research. Skin Health Institute. Carlton. VIC. Australia. ⁴Janssen Research & Development. LLC. Spring House. PA. EE- UU. ⁵Immunology Global Medical Affairs. Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson. Horsham. PA. EE. UU. ⁶Oregon Medical Research Center. Portland, OR. EE. UU. ⁷Dermatology Centre. University of Manchester. Manchester. Reino Unido.

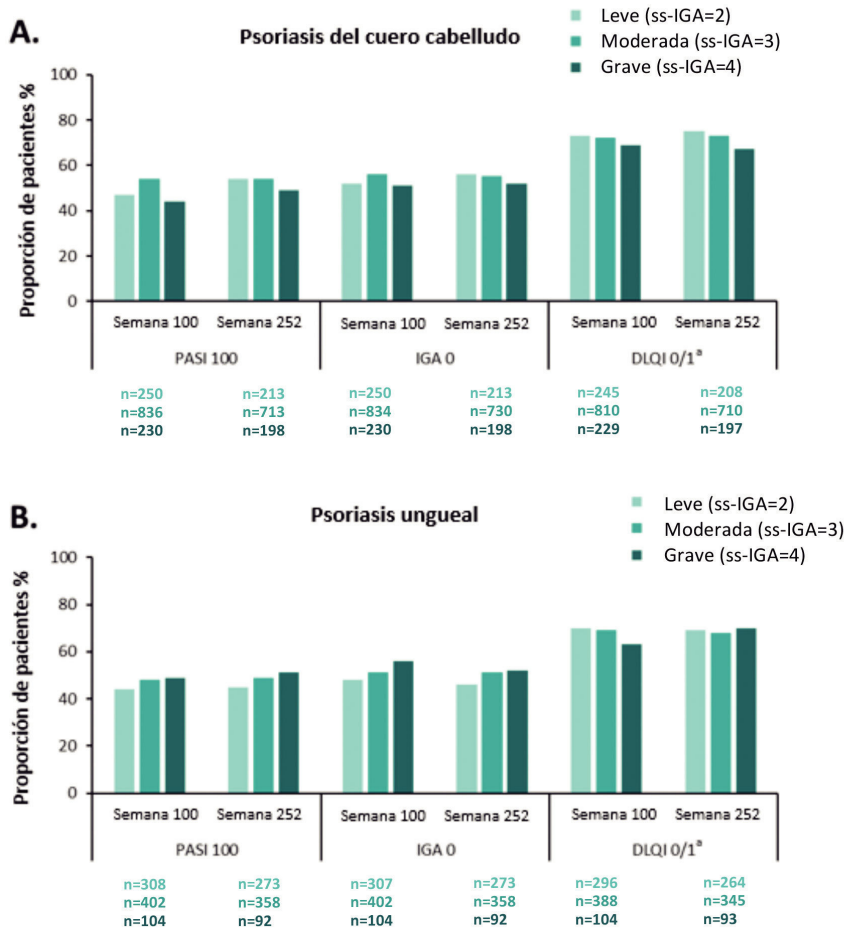
Introducción: El guselkumab (GUS) es un anticuerpo monoclonal completamente humano que se une a la subunidad p19 de la interleucina-23. Gus está aprobado para el tratamiento de la psoriasis (PsO) en placas de moderada a grave. VOYAGE 1 y 2 son estudios de fase 3, aleatorizados y controlados, que compararon GUS con placebo (PBO) o adalimumab (ADA) en pacientes con PsO. En la semana (s) 24, se obtuvo una puntuación de aclaramiento o casi aclaramiento (0/1) en la evaluación global del investigador específica del

cuero cabelludo (ss-IGA) en una mayor proporción de pacientes de los que recibieron GUS que ADA (85% vs. 69% respectivamente; $p < 0,001$); además se observó una puntuación de 0/1 en la evaluación global del médico de las uñas (f-PGA) en el 60% vs. 64% de los pacientes, respectivamente¹. Este análisis *post hoc* evaluó también la respuesta a GUS a largo plazo en pacientes con PsO de cuero cabelludo y/o ungueal basal.

Métodos: En los estudios VOYAGE 1 y 2, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a GUS 100 mg en las s0 y 4, y luego cada 8 semanas (c8s); o PBO en las s0, 4 y 12, y luego GUS 100 mg en s16 y 20, y luego c8s; o ADA 80 mg en s0, 40 mg en la s1 y 40 mg c2s. En VOYAGE 1, los pacientes que recibieron ADA c2s hasta la s47 recibieron GUS 100 mg c8s a partir de la s52. En VOYAGE 2, todos los pacientes entraron en un periodo aleatorizado de retirada y retratamiento con GUS desde la s28 hasta la s72; desde la s76 hasta el final del estudio, todos los pacientes recibieron GUS c8s. En ambos estudios la última dosis de GUS se administró en la s252. Se analizaron los datos de eficacia agrupados de todos los pacientes tratados con GUS (n = 1721), incluidos los pacientes asignados inicialmente a GUS, los que cambiaron de PBO a GUS y los que cambiaron de ADA a GUS.

Resultados: De los pacientes tratados con GUS en VOYAGE 1 y 2, el 50% alcanzó PASI 100, 54% IGA 0 y el 72% (con DLQI > 1 basal) DLQI 0/1 en s100. De los pacientes tratados con GUS evaluables en la s100, 1316 tenían PsO del cuero cabelludo (ss-IGA ≥ 2 basal) y 814 tenían

Figura 1. Eficacia en función de la gravedad de la enfermedad en pacientes con psoriasis en el cuero cabelludo (A) o ungueal (B) en el momento basal



ss-IGA = Evaluación Global del Investigador específica del cuero cabelludo; PASI = Índice de la severidad del área de Psoriasis
 IGA = Evaluación Global del Investigador; DLQI = Índice de Calidad de Vida en Dermatología
 f-PGA = Evaluación Global del Médico de las uñas
^aEn pacientes con DLQI>1 basal

PsO ungueal (f-PGA ≥ 2 basal). En s100, las proporciones de pacientes tratados con GUS con PsO del cuero cabelludo basal que alcanzaron PASI 100 o IGA 0 eran comparables independientemente de la gravedad de la enfermedad al inicio del estudio (fig. 1A). Las respuestas en s100 fueron similares entre los pacientes tratados con GUS con PsO ungueal basal, independientemente de la gravedad de la PsO basal (fig. 1B). Se mantuvieron niveles comparables de respuesta hasta la s252 en los pacientes con PsO inicial del cuero cabelludo o de las uñas (fig. 1). En s100 se observó una mejoría en el DLQI (de > 1 basal a 0/1 [sin deterioro de la calidad de vida]) con GUS en aproximadamente el 70% de los pacientes con afectación del cuero cabelludo o las uñas; la proporción de pacientes con mejoría del DLQI fue comparable con independencia de la gravedad de la PsO del cuero cabelludo o las uñas basal y se mantuvo constante hasta la s252. En s252 se observaron niveles de respuesta comparables en los pacientes con PsO del cuero cabelludo o las uñas basal (fig. 1B).

Conclusiones: Las respuestas al tratamiento con GUS en pacientes con afectación inicial del cuero cabelludo o las uñas fueron similares con los publicados previamente con el total de pacientes incluidos en VOYAGE 1 y 2 y fueron comparables independientemente de la gravedad de la enfermedad al inicio. Las respuestas de aclaramiento cutáneo completo se mantuvieron durante 5 años.

P190. ANTICUERPOS TERAPÉUTICOS DIRIGIDOS A LA IL-23: DIFERENCIACIÓN

Sabela Díaz Castroverde¹, J. Krueger², K. Eyerich^{3,4}, C. Greving⁵, K. Sachen⁵, D. Hammaker⁵, P. Bao⁵, E. Lacy⁵, M. Elloso⁶, Y. Orlovsky⁶, I. McInnes⁷, S. Diaz-Castroverde¹ y A. Fourie⁵

¹Departamento Médico Janssen. Madrid. ²Universidad Rockefeller. Nueva York. EE. UU. ³Universidad Técnica. Múnich. Alemania. ⁴Instituto Karolinska. Estocolmo. Suecia. ⁵Janssen R&D. San Diego. EE. UU. ⁶Janssen R&D. Spring House. EE. UU. ⁷Universidad de Glasgow. Reino Unido.

Las diferencias clínicamente relevantes entre anticuerpos terapéuticos dirigidos a la misma diana pueden estar relacionadas con sus atributos moleculares individuales correspondientes a cada uno de ellos. Se han observado diferencias en el perfil terapéutico en los dominios de la enfermedad psoriásica entre guselkumab (GUS) y risankizumab (RIS). Para explorar los posibles mecanismos subyacentes estudiamos GUS, una IgG1 completamente humana específica de IL-23 con una región Fc nativa y RIS, una IgG1 humanizada anti-IL-23 con una región Fc mutada. Se compararon las características funcionales y de unión al antígeno y a las regiones Fc de estos anticuerpos. GUS y RIS mostraron afinidades picomolares comparables en la unión de IL-23 mediante ensayos KinExA y de resonancia de plasmón superficial y una potencia equivalente (IC_{50} 0,2 nM) para la inhibición de la fosforilación de STAT3 inducida por IL-23 en células mononucleares de sangre periférica humana. Sin embargo, en células transfectadas con receptores Fc (FcγRs) individuales, GUS mostró una unión más fuerte a CD64 (FcγR1), mientras que RIS mostró una unión insignificante a cualquier FcγR, debido a su región Fc mutada. Además, en monocitos humanos gIFN, GUS mostró una unión a CD64 dependiente de dosis, evaluado mediante citometría de flujo; mientras que RIS no. La unión de GUS al CD64 de los monocitos no desencadenó su activación, como se demostró mediante la falta de producción de citocinas o quimioquinas. Es importante señalar que GUS unido a CD64 fue capaz de unirse a IL-23, detectado mediante técnicas de tinción para anti-p40. En conclusión, en comparación con RIS, GUS se une de forma única tanto a las células mieloides CD64⁺ como a la IL-23. Los fagocitos mononucleares CD64⁺ están enriquecidos en la piel psoriásica y constituyen la fuente dominante de IL-23. En conjunto, es posible que la presencia de GUS se encuentre enriquecida en el microambiente tisular inflamado al unirse a CD64, neutralizando la IL-23 en su fuente celular, lo que podría dar

lugar a una respuesta duradera y a las diferencias terapéuticas observadas dentro de la clase. Nuevos estudios serán necesarios para generar pruebas adicionales que respalden esta hipótesis.

P191. EFFICACY AND SAFETY OF UPADACITINIB IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS WITH INTOLERANCE TO AND/OR LACK OF EFFICACY OF PRIOR BIOLOGIC THERAPY: A SUBGROUP ANALYSIS

Ana Medina¹, Xenofon Baraliakos¹, Fabiana Ganz², Hideto Kameda³, Jessica A. Walsh^{4,5}, Manish Jain⁶, Kristin D'Silva⁷, Peter Wung⁷, Xianwei Bu⁷, Jayne Stigler⁷ and Désirée van der Heijde⁸

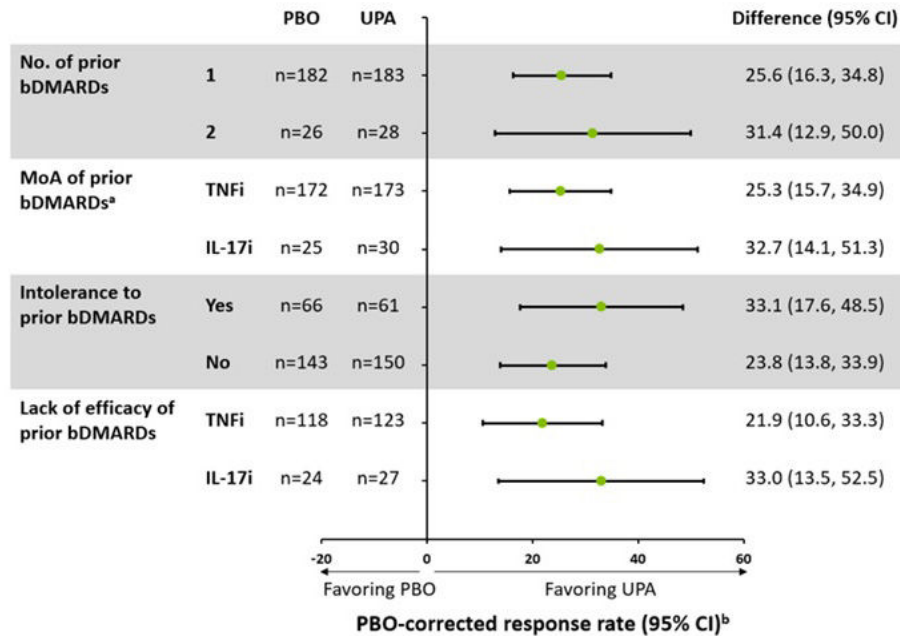
¹Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Germany. ²AbbVie AG. Immunology. Baar. Switzerland. ³Division of Rheumatology. Department of Internal Medicine. Faculty of Medicine. Toho University. Tokyo. Japan. ⁴Division of Rheumatology. Salt Lake City Veterans Affairs Health. Salt Lake City. Utah. USA. ⁵University of Utah School of Medicine. Salt Lake City. Utah. USA. ⁶Great Lakes Clinical Trials. Chicago. Illinois. USA. ⁷AbbVie Inc. Immunology. North Chicago. Illinois. USA. ⁸Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden. The Netherlands.

Introduction and objectives: Upadacitinib (UPA), an oral Janus kinase inhibitor, has been evaluated in the treatment of AS both in patients (pts) naïve to biologic DMARDs (bDMARDs)¹ and in those with an inadequate response (IR; defined as intolerance to and/or lack of efficacy [LoE] of) to bDMARDs (bDMARD-IR)². This post hoc analysis evaluated the efficacy and safety of UPA in selected subgroups of pts with bDMARD-IR AS based on experience with prior therapy.

Methods: In the ongoing Phase 3 SELECT-AXIS 2 trial (NCT04169373), pts with bDMARD-IR AS who met the modified New York criteria for AS (N = 420) were randomized 1:1 to receive UPA 15 mg once daily (n = 211) or placebo (PBO; n = 209) for 14 weeks (wks). Eligibility criteria included LoE after ≥ 12 wks of treatment with 1 prior bDMARD (TNF or IL-17 inhibitor [TNFi or IL-17i]) and/or intolerance to 1 or 2 prior bDMARD(s) regardless of treatment duration. LoE of 2 bDMARDs was not permitted. The primary study endpoint was Assessment of SpondyloArthritis international Society score (ASAS)40 response at Wk 14. This post hoc analysis evaluated ASAS40 and the following secondary endpoints, all at Wk 14, in subgroups determined by prior therapy: low disease activity (defined as ASDAS using CRP [ASDAS-CRP LDA] < 2.1), and improvement from baseline (BL) in pts' assessment of total back pain, BASFI, and Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) MRI spine inflammation score. Subgroup analyses were performed by number (1 or 2), mode of action (TNFi or IL-17i), and LoE (TNFi or IL-17i) of, and intolerance to (yes or no), prior bDMARDs.

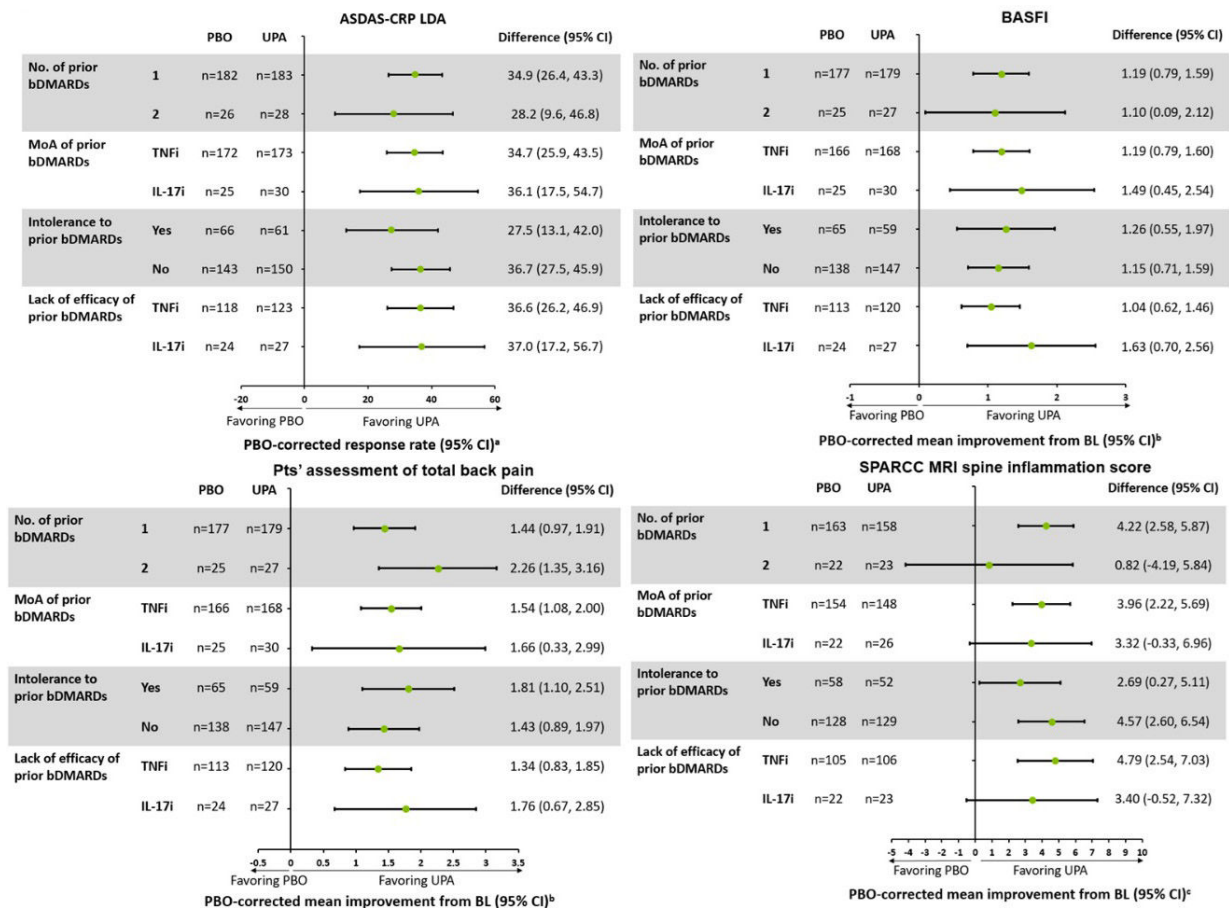
Results: BL characteristics were similar in the UPA and PBO groups². The majority of pts had prior exposure to 1 TNFi (UPA: 73%, PBO: 76%); 4% and 5% of pts receiving UPA and PBO, respectively, had prior exposure to both 1 TNFi and 1 IL-17i. ASAS40 response rates were increased with UPA vs. PBO (difference range: 22-33%) at Wk 14 across all subgroups examined (Figure 1). ASDAS-CRP LDA response and improvement from BL in BASFI, pts' assessment of total back pain, and SPARCC MRI spine inflammation score were also increased with UPA vs. PBO in all subgroups (difference range: 28-37%, 1.0-1.6, 1.3-2.3, and 0.8-4.8, respectively) (Figure 2). Adverse event (AE) rates were higher with UPA vs. PBO regardless of tolerance to prior bDMARDs; however, AEs leading to the withdrawal of study treatment were similar in pts with vs. without intolerance to prior bDMARDs (0% vs. 1.5% and 0% vs. 1.4%, respectively, with UPA vs. PBO) (Table). AEs, serious AEs (SAEs), infection, and serious infection rates were higher in UPA recipients with vs. without intolerance to prior bDMARDs (52% vs. 36%, 5% vs. 2%, 20% vs. 13%, and 5% vs. 1%, respectively). No deaths occurred.

Figure 1. PBO-corrected response rate for ASAS40, by subgroup



^aPrior exposure was based on exposure to one or two TNFis or one or two IL-17is. ^bNRI-MI.

CI, confidence interval ; NRI-MI, non-responder imputation-multiple imputation.



^aNRI-MI.

^bMixed effects model repeated measurement analysis with unstructured variance-covariate matrix.

^cAnalysis of covariance model.

Table 1. AEs by tolerance to prior bDMARD therapy

	Pts with intolerance to prior bDMARDs		Pts without intolerance to prior bDMARDs	
	PBO (n=66), n (%)	UPA (n=61), n (%)	PBO (n=143), n (%)	UPA (n=150), n (%)
Any AE	28 (42.4)	32 (52.5)	49 (34.3)	54 (36.0)
Serious AE	0 (0.0)	3 (4.9)	1 (0.7)	3 (2.0)
AE leading to withdrawal of study treatment	1 (1.5)	0 (0.0)	2 (1.4)	0 (0.0)
AE leading to death	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
AESIs occurring in ≥2 pts^a				
Infection	7 (10.6)	12 (19.7)	20 (14.0)	19 (12.7)
Serious infection	0 (0.0)	3 (4.9)	0 (0.0)	2 (1.3)
COVID-19-related AE	3 (4.5)	4 (6.6)	3 (2.1)	8 (5.3)
Hepatic disorder	0 (0.0)	2 (3.3)	2 (1.4)	4 (2.7)
Anemia	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	3 (2.0)
Neutropenia	1 (1.5)	2 (3.3)	1 (0.7)	4 (2.7)
Lymphopenia	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)	1 (0.7)
Herpes zoster	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.3)

^aAESIs occurring in ≥2 pts in either study arm in any subgroup.

AESI, AE of special interest.

P191 Figure 3

Conclusions: In SELECT-AXIS 2, UPA demonstrated improved efficacy vs. PBO at Wk 14 across all evaluated subgroups of pts with bDMARD-IR AS. The safety profile of UPA was consistent with the overall study findings, regardless of tolerance to prior bDMARDs. While the ability to draw conclusions is limited by the small size of some of the subgroups, UPA demonstrated a generally favorable benefit-risk profile in pts with AS refractory to prior advanced therapies.

REFERENCES

1. van der Heijde D, et al. Lancet. 2019;394:2108-17.
2. van der Heijde D, et al. Ann Rheum Dis. 2022;81(Suppl 1):402-3.

P192. SEX DIFFERENTIAL IMPACT OF CO-MORBIDITIES ON DISEASE ACTIVITY IN SPONDYLOARTHRITIS: DATA FROM COMOSPA STUDY

M. Llop¹, J. Gratacós^{1,2}, M. Moreno¹, M. Arévalo¹, J. Calvet^{1,2}, A. Berenguer-Llergó³, M. Dougados⁴, A. Moltó⁴ and C. López-Medina^{4,5}

¹Rheumatology Department. Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Sabadell. ²Medicine department Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell. ³Biostatistics and Bioinformatics Rheumatology Department. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Sabadell. ⁴Rheumatology Department. Hôpital Cochin. Paris. France. ⁵Rheumatology Department. Hospital Universitario Reina Sofía/IMIBIC/Universidad de Córdoba.

Introduction: Previous studies have examined the distinct phenotypes and the factors linked to disease activity and response to treatment in spondyloarthritis (SpA), some reporting several differences between men and women. However, there is still scarce literature on sex differences in SpA co-morbidities such as cardiovascular (CV) risk factors, osteoporosis, neoplasms or infections, or exploring sex differential impacts of these co-morbidities in the disease activity of SpA patients.

Objectives: To characterize differences in SpA associated co-morbidities between male and female patients and to evaluate the existence of a differential impact of these comorbidities on the disease activity between SpA gender.

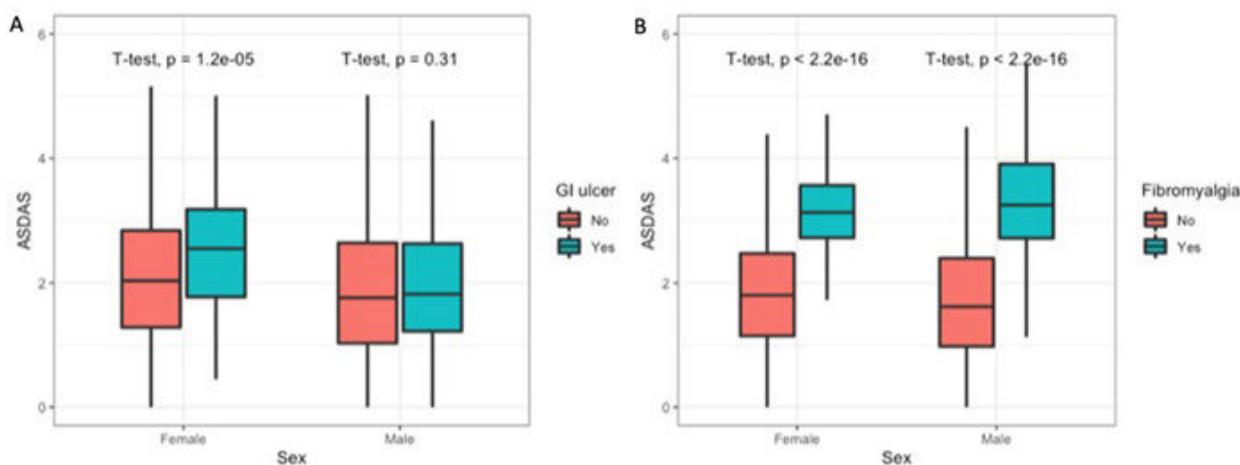
Methods: This is a post-hoc analysis of the COMOSPA study which included 3,982 patients with SpA, 2588 male patients and 1,394 female patients. Differences in co-morbidities regarding sex were assessed using logistic regression models. Co-morbidities were evaluated for their impact on disease activity indexes with linear models, which included sex and the comorbidity as explanatory variables, as well as their interaction. Age and treatment with bDMARDs were included as confounders. We retrieved odds ratios (OR) and group differences from these models to measure the magnitude of the effects and determined statistical significance at a level of p < 0.05 using Wald tests.

Results: After statistical control for age and bDMARDs, our analysis found that men had a higher prevalence of several cardiovas-

Table P192

	SpA patients		p-value	OR adjusted for age and ever bDMARDs	p-value
	Male, n = 2,588	Female, n = 1,394			
Age, years	42.9 (14.1)	45.1 (13.4)	< 0.001		
Hypertension	590/2,570 (23%)	292/1,388 (21%)	NS	1.47 (1.23-1.77)	< 0.001
Diabetes	147/2,570 (5.7%)	72/1,387 (5.2%)	NS	1.27 (0.94-1.72)	NS
Dyslipidemia	438/2,556 (17.1%)	218/1,380 (15.8%)	NS	1.29 (1.07-1.56)	0.009
Renal deficiency	74/2,571 (2.9%)	20/1,387 (1.4%)	0.005	2.36 (1.46-4.01)	< 0.001
Ischemic heart disease	85/2,569 (3.3%)	21/1,386 (1.5%)	0.001	2.77 (1.72-4.65)	< 0.001
Stroke	37/2,570 (1.4%)	13/1,381 (0.9%)	NS	1.86 (1.00-3.66)	NS
History of tuberculosis	79/2,548 (3.1%)	21/1,382 (1.5%)	0.003	2.34 (1.45-3.95)	< 0.001
Hospitalized for severe infection	76/2,556 (3%)	39/1,385 (2.8%)	NS	1.08 (0.73-1.61)	NS
Any neoplasm*	60/2,486 (2.4%)	26/1,342 (1.9%)	NS	1.51 (0.94-2.48)	NS
Osteoporosis	341/2,574 (13.2%)	188/1,388 (13.5%)	NS	1.06 (0.87-1.29)	NS
Any GI (diverticulitis or GI ulcer)	291/2,558 (11.4%)	174/1,376 (12.6%)	NS	0.93 (0.76-1.14)	NS
FM (extreme PRO definition)	265/2569 (10.3%)	271/1,384 (19.6%)	< 0.001	0.47 (0.39-0.57)	< 0.001

Figure 1. Co-morbidities affecting ASDAS with differential impact depending on sex



P192 Figure

cular comorbidities such as hypertension (OR 1.47, 95%CI 1.23-1.77), dyslipidemia (OR 1.29, 95%CI 1.07-1.56), ischemic heart disease (OR 2.77, 95%CI 1.72-4.65) and renal deficiency (OR 2.36, 1.46-4.01). Additionally, a greater proportion of men had a history of tuberculosis (OR 1.59, 95%CI 1.45-3.95), and a lower prevalence of fibromyalgia (OR 0.47, 95%CI 0.39-0.57). However, we did not find differences between men and women in terms of prevalence of neoplasms, osteoporosis, gastrointestinal disease, or severe infection (Table). Several co-morbidities were associated with disease activity equally in both sex, including CV conditions, severe infection, osteoporosis, chronic obstructive pulmonary disease, gastrointestinal disease and fibromyalgia. When comparing men and women patients, gastrointestinal ulcer and fibromyalgia associates with ASDAS and BASDAI and have a differential impact depending on sex. Specifically, fibromyalgia has a higher impact in men (ASDAS: 1.367 vs. 1.612; BASDAI: 4.28 vs. 4.70) (Figure).

Conclusions: Our data show that co-morbidities occur similarly in men and female SpA patients, except for a higher frequency of CV co-morbidities in men and a higher prevalence of fibromyalgia in women. Moreover, fibromyalgia and gastro-intestinal ulcer evidenced a sex-specific association with disease activity among all the co-morbidities studied.

P193. ANÁLISIS EN VIDA REAL DE UPADACITINIB. ESTUDIO UPAREAL

Cristina Martínez González¹, Alicia García Dorta¹, Elena Naveda González², Andrea Hernández Martín², Sonia I. Peña Montelongo³, Enrique Gonzalez-Dávila⁴, Federico Díaz González¹, Carlos Rodríguez Lozano² y M. Vanesa Hernández Hernández¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Unidad de Reumatología. Hospital Virgen de la Peña. Fuerteventura. ⁴Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. La Laguna.

Introducción: El upadacitinib (UPA) es un inhibidor selectivo y reversible de las JAK1 y JAK3 aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartropatías axiales radiológicas y no-radiológicas (SpA) en base a ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Los estudios en vida real complementan a los ECA al generar evidencia sobre efectividad y seguridad en pacientes que presentan comorbilidades que suelen ser criterios de exclusión de estos últimos. El UPA está disponible en España hace

escasamente dos años, por lo que datos sobre efectividad y seguridad en condiciones de vida real son escasos.

Métodos: El estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico incluyó pacientes con diagnóstico de AR, APs y SpA según criterios ACR 2010, CASPAR y ASAS respectivamente, que recibieron UPA como parte de la práctica clínica diaria por actividad de la enfermedad durante al menos 6 meses entre el 1 de enero de 2021 y 31 de diciembre de 2022. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de riesgo cardiovascular, datos sobre la enfermedad (diagnóstico, tiempo de evolución, actividad clínica por índices combinados y sus componentes basales y en el seguimiento), medicación concomitante, línea de tratamiento con UPA y eventos adversos. La tabla 1 muestra las características de la población incluida en el estudio.

Resultado: Se analizó un total de 82 pacientes, 84% (n = 69) AR y 16% SpA (n = 13, 8 SpA-rx, 1 SpA-no rx y 4 APs). La edad media fue de 53,2 ± 10,7 (DE) años. De los 69 pacientes con AR, 20 (29%) habían finalizado el periodo de estudio, siendo el tiempo de persistencia medio de 17,9 ± 1,10 (ES) meses. De los 13 pacientes con SpA todos continuaban con el tratamiento en el momento de finaliza-

ción del estudio con un seguimiento medio de 8,8 ± 1,10 (ES) meses. La figura 1 muestra las curvas de Kaplan-Maier de persistencia del UPA en AR y SpA (log rank test, p = 0,08). El análisis de regresión de Cox sobre los factores basales que condicionaban la supervivencia de los pacientes con AR (edad, sexo, tiempo de evolución, DAS28 al inicio, línea de tratamiento y BMI) solo mostró una tendencia a una menor persistencia del UPA al utilizarse en 2ª o superior línea de tratamiento (HR: 7,1 IC95% 0,98-52,08, p = 0,052). Respecto a la efectividad de UPA, los pacientes con AR mostraron un descenso significativo y mantenido de la actividad clínica valorada por DAS28 y sus componentes (VSG, PCR, NAD y NAT), al igual que la calidad de vida evaluada por HAQ (tabla 2). Respecto a las causas de discontinuación, 20 pacientes finalizaron el UPA, 8 (40%) por efectos adversos (2 por infecciones respiratorias altas, 2 por toxicidad analítica, 1 por intolerancia digestiva y 3 por otras causas), 8 (40%) por ineficacia (1 primaria, antes de los 3 meses y 7 secundarias, el 75% de los abandonos por ineficacia en 2ª línea o superiores), 1 por deseo de embarazo y 3 por abandono del seguimiento.

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

	AR (N= 69)	SpA (N = 13)	p-valor	Total (N = 82)
Edad (años), media ±DS	54,0 ± 10,7	49,5 ± 10,4	0,167	53,2 ± 10,7
Mujeres, n (%)	59 (86)	6 (46)	0,004	65 (79)
Tiempo de evolución (años), mediana (RIQ)	14,2 (8,8; 20,3)	14,3 (6,3; 20,5)	0,877	14,2 (8,6; 20,3)
Tipo de patrón, n (%)				
Axial radiológico		8 (61)		
Axial no radiológico		1 (8)		
Periférico		3 (23)		
Mixto		1 (8)		
Actividad clínica, mediana (RIQ)				
NAD	4 (2; 8,5)	2,5 (0; 12,5)	0,410	3 (2; 8,5)
NAT	2 (0,8; 3,3)	0,5 (0; 1,8)	0,098	2 (0; 3)
Índices de Actividad de la enfermedad, media ± DS				
DAS-VSG	4,37 ± 1,35			
DAS-PCR	4,21 ± 1,09			
ASDAS-PCR		4,01 ± 1,14		
BASDAI	-	6,11 ± 1,86		
BASFI	-	6,03 ± 2,67		
Actividad biológica, mediana (RIQ)				
VSG mm/h	16 (6; 28)	11,5 (2; 44,5)	0,4956	16 (5,5; 29)
PCR mg/L	6,4 (1,6; 13,3)	5,5 (2; 21,2)	0,661	6,1 (1,6; 16,1)
Factor Reumatoide +, n (%)	59 (87)			
Valor	74,2 (31,9; 167,2)			
Anti-CCP +, n (%)	45 (69)			
Valor	165,9 (16,6; 320)			
HAQ	1,35 ± 0,71			
UPA en monoterapia, n (%)	23 (35)	7 (54)	0,197	30 (38)
Glucocorticoides	42 (64)	3 (23)	0,012	45 (57)
Dosis mg/día, media, DS	8,1 ± 5,4	9,2 ± 5,2	0,745	8,2 ± 5,3
Línea de UPA, n (%)			0,263	
1	11 (16)	-		11 (14)
2	12 (18)	2 (15)		14 (17)
≥ 3	45 (66)	11 (85)		56 (69)
Factores de riesgo cardiovasc				
IMC, media (DS)	26,7 ± 4,6	27,6 ± 4,4	0,540	26,9 ± 4,5
≥30, n (%)	13 (20)	3 (25)	0,708	16 (21)
Fumadores, %			0,046	
Actual, %	11 (16)	6 (46)		17 (21)
Exfumadores, %	13 (19)	2 (15)		15 (18)
HTA, %	23 (33)	3 (46)	0,528	29 (35)

Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier de persistencia de UPA en AR y SpA.

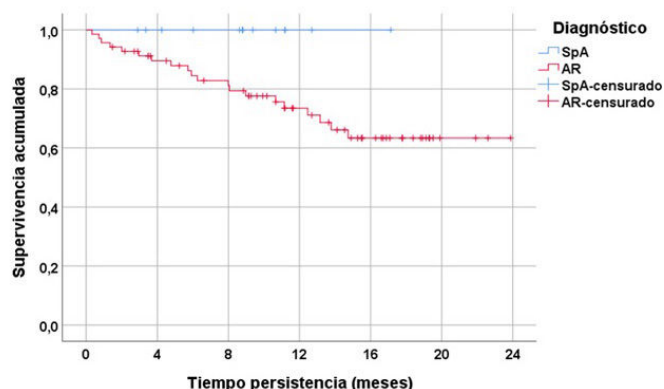


Tabla 2. Variación de la actividad de la AR durante el tratamiento con UPA.

Actividad de la enfermedad	Basal	6 meses	>12 meses	p-valor
	(N=69)	(N=50)	(N=31)	
DAS-VSG, media ± DS	4,37 ± 1,35	2,81 ± 1,42	2,62 ± 1,20	<0,01
DAS-PCR, media ± DS	4,21 ± 1,09	2,76 ± 1,38	2,40 ± 1,08	<0,01
VSG, mediana (RIQ)	16 (6; 28)	6 (3; 12)	7,5 (6; 14,7)	<0,01
PCR, mediana (RIQ)	6,4 (1,6; 13,3)	1,2 (0,5; 3,5)	1,8 (0,5; 4,5)	<0,01
NAD (RIQ)	4 (2; 8,5)	1 (0; 4)	0,5 (0; 2,7)	<0,05
NAT (RIQ)	2 (0,8; 3,3)	0 (0; 2)	0 (0; 1)	0,12
HAQ, media ± DS	1,35 ± 0,71	0,89 ± 0,67	0,84 ± 0,53	0,048

Conclusiones: En práctica clínica diaria, UPA muestra efectividad mantenida en pacientes con AR y SpA, siendo su perfil de seguridad similar al de los ECA. En AR su persistencia parece estar solo condicionada por su uso en 2ª o superior línea de tratamiento. Aunque con un número bajo de pacientes, la persistencia del UPA en SpA parece superar al de la AR. Estudios en vida real que incluyan un mayor número de pacientes y con un seguimiento más prolongado son necesarios para determinar mejor la efectividad y seguridad de UPA en la práctica clínica diaria.

P194. IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON MAYOR PROBABILIDAD DE RETENCIÓN DE GOLIMUMAB EN EL LARGO PLAZO

Federico Díaz-González¹, Enrique González-Dávila², Marta Sánchez-Jareño³, Luis Cea-Calvo³, Manuel Pombo-Suárez⁴, Fernando Sánchez-Alonso⁵ e Isabel Castrejón⁶

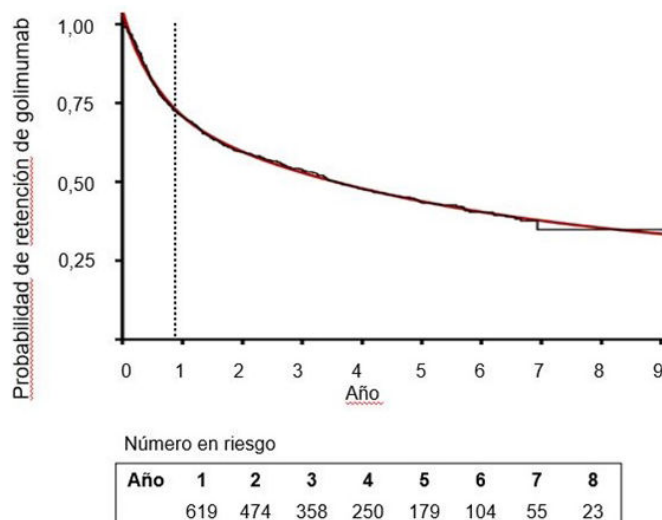
¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ²Departamento de Medicina Interna. Dermatología y Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Tenerife. ³Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. Tenerife. ⁴Medical Affairs. MSD. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ⁶Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología (SER). Madrid. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos. La selección de pacientes con mayor probabilidad de retención de un biológico es importante por coste-efectividad. Analizamos la curva de Kaplan-Meier de retención de golimumab ajustada a una curva de declive exponencial de dos fases, para identificar el mes en que la curva cambia de declive rápido a lento y estudiar los factores relacionados con la retención de golimumab en ese punto, que identifican perfiles de pacientes con más probabilidad de retener golimumab a largo plazo.

Métodos: Los datos de golimumab se analizaron retrospectivamente del registro BIOBADASER. La retención se evaluó con la prueba de Kaplan-Meier y la curva se ajustó a una curva de caída exponencial de dos fases. Se calculó el coeficiente de determinación (porcentaje de varianza predicho por el modelo, R²). El cambio de caída rápida a lenta se identificó con la fórmula: Retention₀-Span-Fast = Retention₀ (Retention₀ - Plateau) * PercentFast * 0,01. Donde Retention₀ es la retención a tiempo cero, Plateau el valor de retención en tiempo infinito, y PercentFast la fracción donde la caída de la curva es más rápida. Las variables asociadas a la retención en el punto de cambio de caída rápida a lenta se estudiaron con análisis de regresión de Cox. Finalmente, se calcularon las tasas de retención estratificadas por las variables identificadas.

Resultados. Se incluyeron 885 pacientes (473 mujeres, 53,5%), con artritis reumatoide (AR, 30,2%, n = 267), espondiloartritis (EsA) axial (41,8%, n = 370) y artritis psoriásica (APs, 28,0%, n = 248). La curva de Kaplan-Meier ajustada a una curva de caída exponencial de dos fases arrojó un coeficiente de determinación (R²) = 0,99 e identificó el mes 10 como punto de cambio de la curva de caída rápida a lenta (figura). La tasa de retención de golimumab en ese momento fue 73,4% (IC95%: 70,5-76,3). EsA axial y APs se analizaron en conjunto como espondiloartropatías. En la regresión de Cox, la interrupción de golimumab antes del mes 10 se asoció con diagnóstico de AR, uso de golimumab en segunda o tercera/posterior línea, actividad de enfermedad > mediana y uso de corticosteroides al inicio de golimumab (tabla 1). Las tasas de retención de golimumab en el mes 10 estratificadas por la combinación de estas variables identificadas en la regresión de Cox se muestran en la tabla 2, identificando perfiles de pacientes que probablemente tengan mayor persistencia a largo plazo). En pacientes con AR, actividad > mediana y uso de golimumab en tercera/siguiente línea, la tasa de retención en el mes 10 fue 25,0% si los pacientes estaban tratados con corticosteroides al inicio de golimumab, pero de 63,2% si no lo estaban. La retención al mes 10 fue superior (75% o más) en pacientes con espondiloartropatías, excepto en aquellos con actividad de la enfermedad > mediana, uso de golimumab en tercera/siguiente línea y tratamiento con corticoides (42,9%).

Conclusiones: Este análisis identificó el mes 10 como punto en que la curva de retención de golimumab cambia de declive rápido a lento. Las tasas de retención de golimumab en ese punto fueron más altas en pacientes con espondiloartropatías, con golimumab como tratamiento de primera línea, con actividad por debajo de la mediana y sin corticosteroides al inicio de golimumab.



Curva de Kaplan Meier que muestra la probabilidad de retención de golimumab. La línea roja representa el ajuste de la curva de supervivencia de Kaplan-Meier al modelo de ecuación de declive exponencial de dos fases (R² = 0,99).

TABLA P194

Tabla 1. Análisis de regresión de Cox. Factores asociados a la discontinuación de golimumab en el momento en que la curva cambia de caída rápida a lenta (mes 10)

	Hazard ratio	Intervalo de confianza 95%	p
Diagnóstico (AR frente a espondiloartropatías [espondiloartritis axial y artritis psoriásica])	1,98	1,43-2,74	< 0,001
Segundo frente a primer fármaco biológico	1,75	1,19-2,58	0,005
Tercero o posterior frente a primer fármaco biológico	2,44	1,69-3,53	< 0,001
Actividad de la enfermedad > mediana al inicio de golimumab	1,44	1,07-1,92	0,015
Corticosteroides al inicio de golimumab	1,40	1,00-1,93	0,048

Tabla P194

Tabla 2. Tasas de retención (intervalos de confianza del 95%) en el momento en que la curva cambia de caída rápida a lenta (mes 10) estratificadas por combinación de variables asociadas en el análisis de regresión de Cox

Diagnóstico	Actividad de la enfermedad	Línea de tratamiento biológico	Corticosteroides al inicio de golimumab
Artritis reumatoide	< mediana 61,9 (56,0-67,8)	Primera	No 78,6 (57,0-100)
			Sí 74,7 (60,4-89,0)
		Segunda	No 60,6 (73,9-83,3)
			Sí 70,7 (46,4-95,0)
		Tercera o posterior	No 63,6 (35,2-92,0)
			Sí 56,3 (28,1-84,5)
	> mediana 68,5 (59,7-77,3)	Primera	No 69,2 (44,1-94,3)
			Sí 75,0 (57,8-92,2)
		Segunda	No 81,8 (59,1-100)
			Sí 44,4 (21,5-67,3)
		Tercera o posterior	No 63,2 (41,4-85,0)
			Sí 25,0 (7,8-42,2)
EsA	< mediana 78,4 (75,1-81,7)	Primera	No 91,3 (85,6-97,0)
			Sí 86,7 (69,5-100)
		Segunda	No 83,1 (75,1-91,1)
			Sí 78,6 (57,0-100)
		Tercera o posterior	No 75,4 (65,0-85,8)
			Sí 90,9 (73,8-100)
	> mediana 84,3 (80,0-88,6)	Primera	No 85,7 (77,5-93,9)
			Sí 76,9 (54,0-99,8)
		Segunda	No 74,7 (64,9-84,5)
			Sí 82,4 (64,4-100)
		Tercera o posterior	No 74,9 (65,3-84,5)
			Sí 42,9 (17,0-68,8)

EsA = espondiloartropatías (espondiloartritis axial y artritis psoriásica).

Agradecimientos: BIOBADASER está financiado por la Sociedad Española de Reumatología, la Agencia Española del Medicamento y diferentes compañías farmacéuticas. Este estudio fue financiado por MSD, España.

P195. EFFICACY AND SAFETY OF RISANKIZUMAB FOR ACTIVE PSORIATIC ARTHRITIS: 100-WEEK RESULTS FROM THE KEEPSAKE 1 AND KEEPSAKE 2 TRIALS

Ana Medina¹, Lars Erik Kristensen¹, Kim Papp², Douglas White³, Cecilia Asnal⁴, Wenjing Lu⁵, Ahmed M Soliman⁵, Byron Padilla⁵, Michael M Chen⁵ and Andrew Östör⁶

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

Introduction: PsA is a chronic, systemic inflammatory disease with a variety of clinical manifestations including arthritis, enthesitis, and dactylitis and is associated with skin and nail psoriasis. Risankizumab (RZB) is a humanized immunoglobulin G1 monoclonal antibody that specifically inhibits interleukin 23 by binding to its p19 subunit and is approved to treat adults with active PsA.

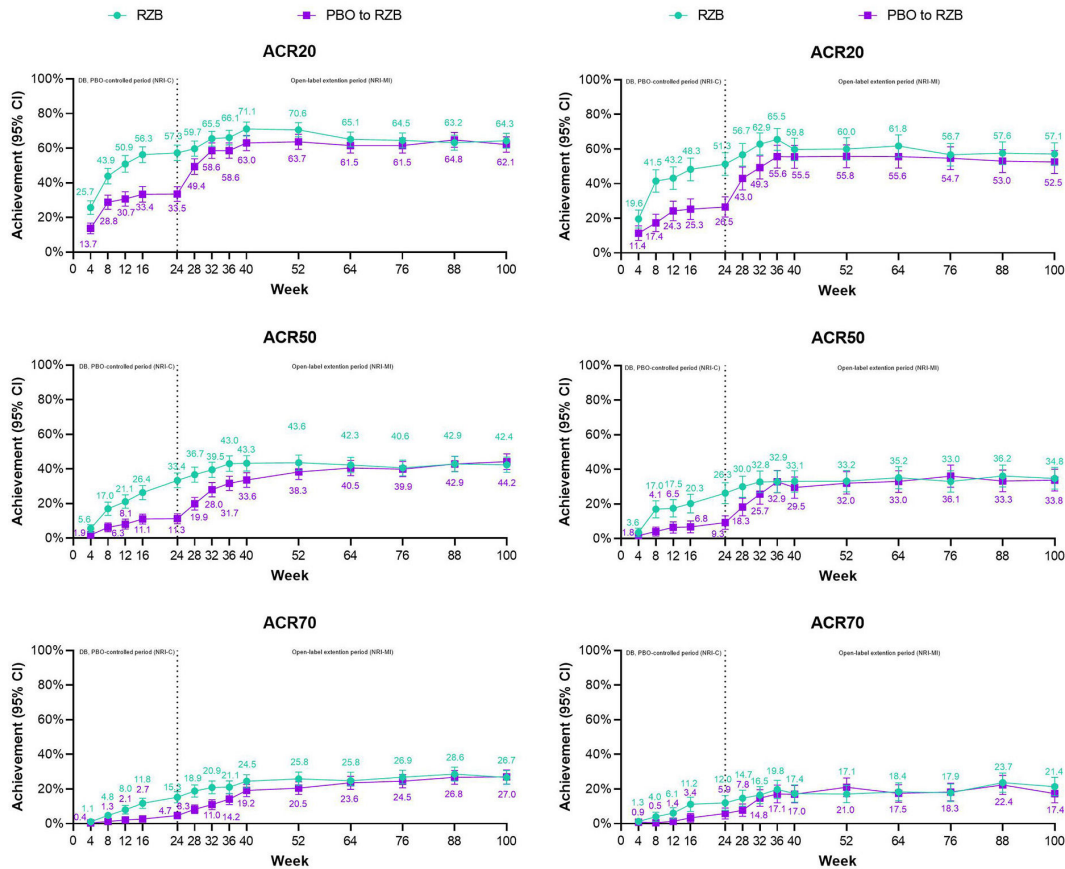
Methods: KEEPSAKE 1 and 2 are ongoing phase 3 trials evaluating the efficacy and safety of RZB versus placebo (PBO) for the treat-

ment of active PsA. Both trials enrolled adults with active PsA (symptom onset ≥ 6 months before screening, meeting Classification Criteria for PsA [CASPAR], and ≥ 5 tender and ≥ 5 swollen joints) and plaque or nail psoriasis. Patients enrolled in KEEPSAKE 1 had an inadequate response or intolerance to ≥ 1 conventional synthetic disease modifying antirheumatic drug (csDMARD-IR). KEEPSAKE 2 enrolled csDMARD-IR and/or patients with an inadequate response or intolerance to 1 or 2 biologic therapies (Bio-IR). Patients were randomized 1:1 to receive blinded subcutaneous RZB 150 mg or PBO at weeks 0, 4, and 16. Starting at week 24, all patients received open-label RZB 150 mg every 12 weeks. Efficacy and safety results reported here are analyzed in patients who received ≥ 1 dose of study drug through week 100. Statistical reporting and imputation methods are labeled and defined with their respective efficacy outputs. Treatment-emergent adverse events (TEAEs) were summarized using exposure-adjusted event rates (EAERs, events/100 patient-years [PYs]).

Results: At week 100, patients in KEEPSAKE 1 (RZB N = 483; PBO/RZB N = 481) and KEEPSAKE 2 (RZB N = 224; PBO/RZB N = 219) had similar results to those reported at week 52 (Table 1). Achievement of ACR20, 50, and 70 overtime results for both studies are presented in Figure 1. In KEEPSAKE 1, ACR20 at week 100 was achieved by 64.3% and 62.1% of RZB and PBO/RZB patients, respectively. In KEEPSAKE 2, 57.1% of RZB and 52.5% of PBO/RZB patients achieved ACR20 at week 100. PASI 90 achievement levels in KEEPSAKE 1 were 71.3% for RZB patients and 67.8% for PBO/RZB patients. In KEEPSAKE 2, 67.5% of RZB and 61.3% of PBO/RZB patients achieved PASI 90. Patients also maintained HAQ-DI scores in both KEEPSAKE 1 (RZB -0.41, PBO/RZB -0.36) and KEEPSAKE 2 (RZB -0.26, PBO/RZB -0.31).

KEEPSAKE 1

KEEPSAKE 2



DB, double-blind; NRI-C, non-responder imputation incorporating multiple imputation to handle missing data due to COVID-19; NRI-MI, non-responder imputation with missing data imputed as non-responders except those missing due to COVID-19 or geo-political conflict in Ukraine and Russia, which are imputed by multiple imputation; PBO, placebo

Table 1. Efficacy Results for KEEPSAKE 1 and 2 at Week 52 and Week 100

	KEEPSAKE 1				KEEPSAKE 2			
	Week 52		Week 100		Week 52		Week 100	
	RZB 150 mg (N=483)	PBO to RZB 150 mg (N=481)	RZB 150 mg (N=483)	PBO to RZB 150 mg (N=481)	RZB 150 mg (N=224)	PBO to RZB 150 mg (N=219)	RZB 150 mg (N=224)	PBO to RZB 150 mg (N=219)
ACR20, % (n) ^a	70.6 (341)	63.7 (307)	64.3 (311)	62.1 (299)	60.0 (135)	55.8 (122)	57.1 (128)	52.5 (115)
ACR50, % (n) ^a	43.6 (211)	38.3 (184)	42.4 (205)	44.2 (212)	33.2 (74)	32.0 (70)	34.8 (78)	33.8 (74)
ACR70, % (n) ^a	25.9 (125)	20.5 (99)	26.7 (129)	27.0 (130)	17.1 (38)	21.0 (46)	21.4 (48)	17.4 (38)
Change in HAQ-DI, mean (95% CI) ^b	-0.41 (-0.46, -0.37)	-0.32 (-0.36, -0.27)	-0.41 (-0.45, -0.36)	-0.36 (-0.41, -0.32)	-0.26 (-0.32, -0.19)	-0.41 (-0.41, -0.28)	-0.26 (-0.33, -0.19)	-0.31 (-0.38, -0.24)
PASI 90, % (n/N) ^c	67.9 (185/273)	60.7 (165/272)	71.3 (195/273)	67.8 (184/272)	65.0 (80/123)	59.7 (71/119)	67.5 (83/123)	61.3 (73/119)
Change in mNAPSI, mean (95% CI) ^{d,e}	-12.73 [N=291]	-11.33 [N=311]	-14.30 [N=258]	-13.54 [N=286]	-	-	-	-
Change in PGA-F, mean (95% CI) ^{d,e}	-1.2 [N=292]	-1.1 [N=311]	-1.4 [N=258]	-1.3 [N=286]	-	-	-	-
Resolution of enthesitis, % (n/N) ^{f,g}	55.0 (244/444)	57.4 (257/448)	57.7 (256/444)	58.9 (264/448)	-	-	-	-
Resolution of dactylitis, % (n/N) ^{f,g}	76.6 (144/188)	72.8 (149/204)	76.2 (143/188)	75.3 (154/204)	-	-	-	-
MDA, % (n) ^a	38.3 (185)	28.0 (135)	38.2 (184)	35.2 (169)	27.2 (61)	33.8 (74)	33.0 (74)	33.3 (73)
Change in SF-36 PCS, mean (95% CI) ^b	8.43 (7.77, 9.09)	7.34 (6.68, 8.01)	8.40 (7.72, 9.09)	7.53 (6.84, 8.22)	6.27 (5.21, 7.32)	7.33 (6.24, 8.41)	6.42 (5.25, 7.59)	6.45 (5.23, 7.67)
Change in FACIT-Fatigue, mean (95% CI) ^b	8.0 (7.2, 8.8)	6.5 (5.7, 7.3)	7.8 (6.9, 8.6)	6.9 (6.0, 7.7)	5.7 (4.6, 6.9)	7.0 (5.8, 8.2)	5.4 (4.1, 6.7)	6.3 (5.0, 7.7)
Change in PsA-mTSS, mean (95% CI) ^{d,h}	0.21 [N=375]	0.27 [N=385]	0.34 [N=372]	0.45 [N=383]	-	-	-	-
PsA-mTSS ≤ 0, % (n/N) ^{d,i}	91.7 (344/375)	89.9 (346/385)	90.6 (337/372)	86.9 (333/383)	-	-	-	-
PsA-mTSS ≤ 0.5, % (n/N) ^{d,i}	93.6 (351/375)	92.5 (356/385)	91.9 (342/372)	89.3 (342/383)	-	-	-	-

All changes are least square mean changes from baseline.

^aReported by as observed with missing data imputed as non-responders except those missing due to COVID-19 or geo-political conflict in Ukraine and Russia, which are imputed by multiple imputation (NRI-MI)

^bReported by mixed-effect model repeated measurement (MMRM)

^cAmong patients with ≥ 3% of body surface area affected by psoriasis at baseline

^dEvaluated in KEEPSAKE 1 only

^eAmong patients with nail psoriasis at baseline

^fPooled from KEEPSAKE 1 and KEEPSAKE 2 for patients with baseline Leeds Enthesitis Index > 0 at baseline

^gPooled from KEEPSAKE 1 and KEEPSAKE 2 for patients with baseline Leeds Dactylitis Index > 0 at baseline

^hRadiographic data from reading session 3

ⁱRadiographic data from reading session 3, reported by as observed (AO)

ACR20/ACR50/ACR70, ≥ 20/50/70% improvement in American College of Rheumatology score; FACIT-Fatigue, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Questionnaire; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; MDA, minimal disease activity; mNAPSI, modified Nail Psoriasis Severity Index; PASI 90, ≥ 90% reduction in Psoriasis Area Severity Index; PBO, placebo; PGA-F, Fingernail-Physician Global Assessment; PsA-mTSS, modified Total Sharp Score, adapted for psoriatic arthritis; RZB, risankizumab; SF-36 PCS, 36 Item Short Form Health Survey Physical Component Summary.

Table 2. Safety Events Through Week 100

Parameter, (Events/100PYs)	KEEPsAKE 1	KEEPsAKE 2
	N=946 PYs=1708.4	N=419 PYs=810.1
Any TEAE	2223 (130.1)	1462 (180.5)
Serious TEAE	130 (7.6)	80 (9.9)
TEAE leading to discontinuation of study drug	36 (2.1)	10 (1.2)
COVID-19 related TEAE	137 (8.0)	72 (8.9)
Any MACE	2 (0.1)	4 (0.5)
Any serious infection	39 (2.3)	13 (1.6)
Opportunistic infections excluding TB and herpes zoster	1 (<0.1)	2 (0.2)
Active TB	0	0
Malignant tumors		
Including NMSC	9 (0.5)	15 (1.9)
Excluding NMSC	7 (0.4)	2 (0.2)
All Deaths	7 (0.4) ^a	1 (0.1) ^b

^aA 61-year-old male died on day 696 and a 33-year-old male died on day 550 of COVID-19 pneumonia. A 41-year-old male died suddenly on day 502. A 66-year-old male died from diverticular disease on day 807. A 66-year-old male died of multi-organ failure on day 809. A 73-year-old male died from acute leukemia on day 482. All deaths were deemed to have no reasonable possibility of being related to the study drug.

^bA 55-year-old female died of cardiac arrest on day 615 and was deemed to have no reasonable possibility of being related to the study drug.

TEAEs were defined as an adverse event with an onset that is on or after the first dose of RZB and up to 140 days after the last dose of RZB if the patient discontinued the study drug prematurely.

MACE, major adverse cardiovascular events; NMSC, non-melanoma skin cancer; PYs, patient-years; RZB, risankizumab; TB, tuberculosis; TEAE, treatment-emergent adverse events.

P195 Figure 3

For patients with nail psoriasis at baseline both PGA-F scores (KEEPSAKE 1 RZB -1.4, PBO/RZB -1.3) and mNAPSI scores (KEEPSAKE 1 RZB -11.33, PBO/RZB -13.54) were maintained. Resolution of enthesitis for patients with enthesitis at baseline was seen in 60.6% of RZB and 62.1% of PBO/RZB patients in KEEPSAKE 1 and 51.7% of RZB and 53.2% of PBO/RZB patients in KEEPSAKE 2. Resolution of dactylitis for patients with dactylitis at baseline was seen in 75.4% of RZB and 77.9% of PBO/RZB KEEPSAKE 1 patients and 77.5% of RZB and 68.4% of RZB/PBO patients in KEEPSAKE 2. As of the week 100 cut-off, the EAERs of any TEAE in KEEPSAKE 1 patients was 130.1/100PY and 180.5/100PY for KEEPSAKE 2 patients (Table 2).

Conclusions: Long term treatment with RZB provides durable efficacy response in PsA through 100 weeks. RZB was generally well tolerated, and there were no new safety signals.

P196. EXPERIENCIA EN CONDICIONES DE VIDA REAL DE LOS INHIBIDORES DE IL-17 EN UN HOSPITAL TERCIARIO

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

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: La IL-17 es una de las dianas de elección en la terapéutica de las espondiloartritis tanto en sus manifestaciones axiales

como en las formas periféricas. Sin embargo, hay pocos estudios que recojan su efectividad en vida real, así como el *cycling* entre fármacos contra dicha citoquina.

Objetivos: Analizar la efectividad y supervivencia terapéutica de inhibidores de la IL-17 en condiciones de vida real, así como las causas de suspensión y los eventos adversos más relevantes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes que iniciaron tratamiento con inhibidores de la IL-17 (secukinumab e ixekizumab) desde noviembre de 2015 hasta octubre de 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas tanto al inicio del tratamiento como en la suspensión del mismo o, en su defecto, en la última visita registrada.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes con una mediana de 22,1 meses de seguimiento, de los cuales 59 eran artritis psoriásica (APs) y 10 espondiloartritis axial (EA) (tabla). De entre los HLA reportados (n = 29), 13 de ellos fueron B27 positivos. Se prescribieron 55 secukinumab y 14 ixekizumab, habiendo recibido la mayoría 1 fármaco biológico previo. Se suspendieron 19 tratamientos anti IL-17 (27,5%), 16 secukinumab debiéndose principalmente a fallo secundario (n = 10); y 3 ixekizumab, todos ellos por fallo primario. Únicamente 4 pacientes recibieron ambos anti-IL17, siendo en 2 de ellos un verdadero *cycling*, ambos de ixekizumab a secukinumab. De entre todos los eventos adversos reportados, las infecciones respiratorias de vías altas fueron el más frecuente (n = 18). Le siguieron 9 COVID, 5 ITU y 4 micosis, divididas en 2 candidiasis genitales, 1 candidiasis oral y 1 aspergilosis pulmonar. Se reportaron 2 eventos adversos graves, en forma de neumonía y neoplasia de mama. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

	Total de pacientes en tratamiento con anti IL-17 (N = 69)
Edad al inicio del tratamiento - años (de)	49,88 (12,35)
Tiempo de seguimiento - meses (de) (q1,q3)	22,09 (23,2)
	12 (5, 33)
Sexo femenino - n (%)	29 (42,03%)
Diagnóstico - n (%)	
Artritis psoriásica	59 (85,51%)
Espondiloartritis axial	10 (14,49%)
Comorbilidades-n (%)	
Hipertensión arterial	18 (26,09%)
Diabetes mellitus	5 (7,25%)
Dislipemia	21 (30,43%)
Tratamiento anti IL-17 - n (%)	
Secukinumab	55 (79,71%)
Ixekizumab	14 (20,29%)
Causa suspensión tratamiento - n (%)	
Fallo primario	7 (38,89%)
Fallo secundario	10 (55,56%)
Reacción adversa	1 (5,55%)
FAME concomitante - n (%)	
Metotrexato	18 (26,09%)
Leflunomida	4 (5,8%)
Salazopirina	2 (2,9%)
No	45 (65,22%)
Biológico previo - n (%)	42 (60,87%)
Anti IL-17 previo - n (%)	4 (5,8%)
Síntomas - n (%)	
Axiales	37 (53,62%)
Periféricos	62 (89,86%)
Entesis	24 (34,78%)
Síntomas extraarticulares - n (%)	55 (79,71%)
Tipo de manifestación extraarticular - n (%)	
Psoriasis cutánea	33 (60%)
Psoriasis ungueal	7 (12,72%)
Dactilitis	9 (16,36%)
Parestesias	2 (3,64%)
Uveítis	2 (3,64%)
SAPHO	1 (1,82%)
Alteraciones gastrointestinales	1 (1,82%)
HLA B27 - n (%)	13 (18,85%)
PCR (mg/L) - n (de)	
Al inicio	5,83 (10,99)
Última	4,46 (5,63)
Valor de VSG (mm/h) - n (de)	
Al inicio	16,06 (14,35)
Última	16,65 (13,59)
Eventos adversos - n (%)	49
Infección respiratoria	18 (36,73%)
COVID	9 (18,37%)
ITU	5 (10,2%)
Micosis	4 (8,16%)
GEA	2 (4,8%)
Síndrome constitucional	2 (4,8%)
Herpes	1 (2,4%)
Liquen plano	1 (2,4%)
Leishmaniasis visceral	1 (2,4%)
Cólico renal	1 (2,4%)
Leucoplasia oral	1 (2,4%)
Trombosis retiniana	1 (2,4%)
Parestesias	1 (2,4%)
Diverticulitis	1 (2,4%)
Absceso perianal	1 (2,4%)
Eventos adversos graves - n (%)	2
Neumonía	1 (50%)
Neoplasia de mama	1 (50%)

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes el secukinumab fue el tratamiento anti-IL-17 pautado mayoritariamente, y su causa más frecuente de suspensión fue el fallo secundario. Los casos de suspensión con ixekizumab han sido por fallo primario, realizándose un *cycling* a secukinumab en 2 ocasiones. Las infecciones respiratorias fueron el evento adverso más frecuente.

P197. THE IMPACT OF SECOND-LINE THERAPEUTIC ON DISEASE CONTROL AFTER DISCONTINUATION OF FIRST LINE TNF INHIBITOR IN PATIENTS WITH PSA: ANALYSIS FROM THE COREVITAS PSORIATIC ARTHRITIS/SPONDYLOARTHRITIS REGISTRY

Ana Medina¹, Alexis Ogdie¹, Robert R McLean², Taylor Blachley², Nicole Middaugh², Manish Mittal³, Jerry Clewell³, Sandra Ciecinski³ and Philip Mease⁴

¹University of Pennsylvania. Philadelphia. PA. USA. ²CorEvitas. LLC. Waltham. MA. USA. ³AbbVie Inc. North Chicago. IL. USA. ⁴Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Seattle. WA. USA.

Introduction and objectives: While evidence in patients (pts) with RA suggests that switching to a therapy with a different mechanism of action (MOA) may be more effective than cycling among TNF inhibitors (TNFi) after discontinuing a 1st line TNFi, the relative effectiveness of cycling vs. switching in pts with PsA is currently unknown. This study compared clinical outcomes between pts with PsA who initiated a TNFi vs. A non-TNFi biologic after discontinuing a 1st line TNFi in a real-world setting.

Methods: Pts with a clinical diagnosis of PsA enrolled in the CorEvitas Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry who initiated a 2nd line advanced therapy (baseline) after discontinuation of 1st line TNFi between May 2013-January 2022 were included. Eligible pts had a follow-up visit 6-months after initiating the 2nd line therapy. Pts were stratified into two cohorts: 1) those who initiated a 2nd line TNFi (cyclers) and 2) those who initiated a 2nd line non-TNFi biologic (switchers). Baseline characteristics were summarized descriptively and compared between the groups using standardized differences (d; 0.2, 0.5, 0.8 considered small, medium, and large effects). Multivariable adjusted Poisson regression models were used to calculate risk ratios (RR) and 95% confidence intervals (CI) estimating the association between cycling vs. switching status and clinical outcomes at 6 months.

Results: Among 394 eligible pts initiating a 2nd line therapy, there were 205 (52%) cyclers and 189 (48%) switchers. Groups were similar at baseline in mean age (55 years) and gender (54% female) (Table 1). Cyclers were on 1st line TNFi therapy for a shorter duration vs. switchers (11.4 vs. 14.7 months, d = 0.26). At baseline, switchers had greater severity of psoriasis (mean body surface area; 6.5 vs. 4.7) and worse disease activity, with lower proportions in a state of minimal disease activity (MDA; 22 vs. 28%) or low disease activity (clinical disease activity in PsA [cDAPSA] LDA; 26 vs. 30%) compared to cyclers, though differences were small (all d < 0.2). At the 6-month follow-up, switchers trended towards having an increased likelihood of achieving all clinical outcomes vs. cyclers, though most CIs included 1.0 (Table 2). Data suggest switchers had 70% greater likelihood of achieving MDA (RR [95% CI] = 1.7 [0.9, 3.1]) and a nearly 4 times higher likelihood of achieving a Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Enthesitis index score ≤ 1 (3.8 [1.1, 12.8]). Switchers vs. cyclers had 2 times the likelihood of achieving HAQ-DI ≤ 0.5 (2.1 [1.0, 4.8]) and a 30% greater likelihood of achieving a pt pain score ≤ 15 (1.3 [0.6, 2.6]); similarly, switchers had a greater likelihood of achieving MCID in HAQ-DI (1.7 [1.0, 3.0]), pt global assessment of arthritis (1.4 [0.9, 2.0]), and morning stiffness (1.5 [1.0, 2.3]) vs. cyclers.

Conclusion: Our findings in this sample of PsA pts in a real-world setting suggest that switching to a different MOA may lead to comparable or better outcomes vs. cycling among TNFi. While further confirmatory studies are warranted, our results indicate physicians may consider non-TNFi biologics as an appropriate option when pts discontinue 1st line TNFi therapy.

Funding statement: This study was sponsored by CorEvitas, LLC. CorEvitas is supported through contracted subscriptions with multiple pharmaceutical companies. The abstract was a collaborative effort between CorEvitas and AbbVie with financial support provided by AbbVie.

Table 1. Baseline demographic and clinical characteristics of patients with PsA stratified by those who cycled to a TNFi or switched to another MOA after discontinuation of first line TNFi

Characteristic	Cyclers N=205	Switchers N=189	Standard Differences ^a
Age [years], mean ± SD	55.0 ± 11.5	55.3 ± 11.9	0.021
Female, n (%)	110 (54)	102 (54)	0.004
White, n (%)	183 (89)	175 (93)	0.116
Time since diagnosis [years], mean ± SD	8.0 ± 8.8	7.6 ± 7.7	0.045
Time on first TNFi (months), mean ± SD	11.4 ± 10.5	14.7 ± 14.8	0.256
Reasons for discontinuation of first TNFi ^b , n (%)			
Safety	12 (6)	12 (6)	0.021
Efficacy	70 (34)	65 (34)	0.005
Other	31 (15)	37 (20)	0.118
BSA, mean ± SD	4.7 ± 11	6.5 ± 13.7	0.145
Minimal disease activity, n (%)	55 (28)	40 (22)	0.147
Very low disease activity, n (%)	18 (9)	9 (5)	0.169
Tender joint count (68), mean ± SD	5.8 ± 9.5	6.5 ± 9.6	0.077
Swollen joint count (66), mean ± SD	2.5 ± 3.5	3.1 ± 5.2	0.135
Patient global assessment of arthritis ^c , mean ± SD	41.7 ± 26.5	44.9 ± 26.1	0.122
SPARCC Enthesitis count, mean ± SD	0.9 ± 2.3	1.0 ± 2.3	0.034
cDAPSA Category, n (%)			0.163
Remission (cDAPSA ≤4)	31 (16)	20 (11)	
Low (4 < cDAPSA ≤13)	59 (30)	47 (26)	
Moderate (13 < cDAPSA ≤27)	69 (35)	78 (43)	
High (cDAPSA >27)	37 (19)	37 (20)	
Patient-reported pain ^c , mean ± SD	44.9 ± 28.4	49.9 ± 27.8	0.180
HAQ-DI, mean ± SD	0.8 ± 0.7	0.9 ± 0.7	0.145

^aA standardized difference of >0.2 was used to reflect meaningful differences between the groups. ^bAmong cyclers, 107 reported 1 reason (52%), 3 reported 2 reasons (1%), and 95 reported no reasons for discontinuation (46%); among switchers, 112 reported 1 reason (59%), 1 reported 2 reasons (1%), and 76 reported no reasons for discontinuation (40%). ^cMeasured using a 100-point VAS. BSA, body surface area; cDAPSA, clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; SPARCC, Spondyloarthritis Research Consortium of Canada; TNFi, tumor necrosis factor inhibitor; SD, standard deviation; VAS, visual analog scale.

P197 Figure 1

Table 2. Multivariable-adjusted risk ratios (95% CI) estimating the likelihood of achieving clinical outcomes at 6 months follow-up among patients with PsA who switched to another MOA vs cycled to a TNFi from a first line TNFi

Outcome	Adjusted Risk Ratio (95% CI) ^a
Minimal Disease Activity	1.7 (0.9, 3.1)
Tender joint count ≤1	1.1 (0.6, 2.0)
Swollen joint count ≤1	1.3 (0.8, 2.4)
Body surface area ≤3%	1.2 (0.6, 2.6)
Patient pain ≤15	1.3 (0.6, 2.6)
Patient global assessment of arthritis ≤20	1.5 (0.8, 3.0)
Patient global assessment of arthritis MCID (reduction ≥10 points)	1.4 (0.9, 2.0)
HAQ-DI ≤0.5	2.1 (1.0, 4.8)
HAQ-DI MCID (reduction ≥0.35)	1.7 (1.0, 3.0)
SPARCC Enthesitis Index ≤1	3.8 (1.1, 12.8)
Very low disease activity	1.3 (0.5, 3.1)
cDAPSA low disease activity	1.0 (0.4, 2.6)
Morning stiffness MCID (reduction ≥10 points)	1.5 (1.0, 2.3)

Reference group was the cycling treatment group. ^aThe model adjusted for race, education, history of anxiety, infections, fibromyalgia and psoriasis, current or prior use of analgesics, current or prior use of NSAIDs, concomitant therapy status, MDA status, and baseline measures of the variable being analyzed, in addition to baseline measures of cDAPSA, BSA, swollen joint count, Physician's Global Assessment of disease activity, Patient's Global Assessment of disease activity, dactylitis, patient-reported pain, stiffness, and % activity impairment. BSA, body surface area; cDAPSA, clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis; CI, confidence interval; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; MCID, minimal clinically important difference; MDA, minimal disease activity; MOA, mechanism of action; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; SPARCC, Spondyloarthritis Research Consortium of Canada; TNFi, tumor necrosis factor inhibitor.

P197 Figure 2

P198. MEASURE 2: SECUKINUMAB PROPORCIONA ALIVIO DE FORMA RÁPIDA Y SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS CLAVE DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA EN PACIENTES NAÏVE A ITNF DURANTE 5 AÑOS

Ricardo Blanco¹, Karel Pavelka², Alan Kivitz³, Renato Calheiros⁴, Erhard Quebe-Fehling⁵ y Patricia Pertel⁶

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Servicio de Reumatología. Santander. ²Institute of Rheumatology. Department of Rheumatology. Praga. República Checa. ³Altoona Center for Clinical Research. Altoona Center for Clinical Research. Duncansville, PA. Estados Unidos. ⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation. US Clinical Development and Medical Affairs. Rheumatology. East Hanover, NJ. Estados Unidos. ⁵Novartis Pharma AG. Global Medical Affairs Biostatistics in Global Drug Development. Basilea. Suiza. ⁶Novartis Pharma AG. Global Medical Affairs. Rheumatology. Basilea. Suiza.

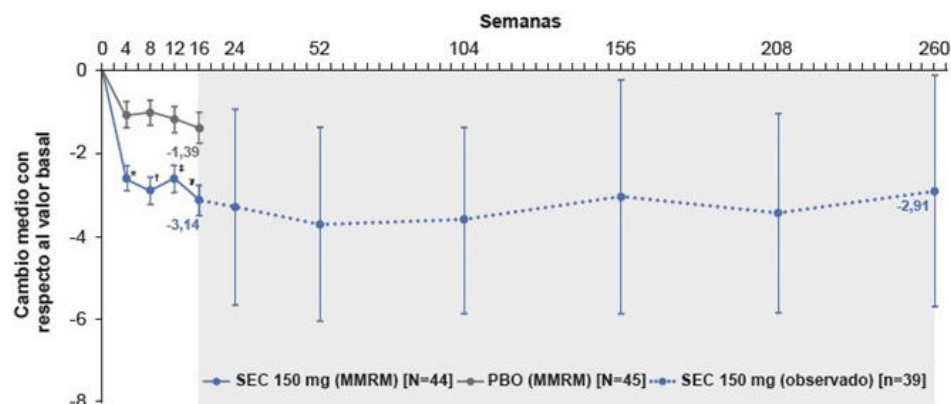
Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que produce síntomas clínicos debilitantes como dolor (70-83%), rigidez (54-90%) y fatiga (53-62%)¹⁻³. El secukinumab (SEC 150 mg) ha demostrado eficacia a largo plazo en múltiples indicaciones y está aprobado para el tratamiento de la EA activa en adultos que han tenido una respuesta inadecuada a los AINE^{4,5}.

Objetivos: El ensayo de fase 3 MEASURE 2 (NCT01649375) evaluó la eficacia, seguridad y tolerabilidad a largo plazo de SEC en pacientes (pts) con EA activa. Este análisis *post hoc* se realizó específicamente para evaluar la eficacia a largo plazo de SEC 150 mg en síntomas clínicos clave de dolor, rigidez matutina, función física y fatiga en pts *naïve* a iTNF durante 5 años.

Métodos: El diseño del estudio MEASURE 2 se ha presentado previamente.⁵ Este análisis *post hoc* evaluó los síntomas clínicos clave al inicio del estudio hasta la semana (s) 260. Las evaluaciones incluyen dolor lumbar total y nocturno (escala visual analógica [0-100 mm]), dolor espinal general (cuello, espalda o cadera) por BASDAI y rigidez matutina (BASDAI promedio). También se presenta la función física (SF-36 PCS, BASFI), la fatiga (BASDAI, FACIT) y la actividad de la enfermedad (ASDAS-PCR). Los datos se presentan como cambio medio de mínimos cuadrados (MC) (\pm EE) utilizando medidas repetidas de modelos mixtos de s 4-16 y datos observados (media \pm DE) de s 24-260.

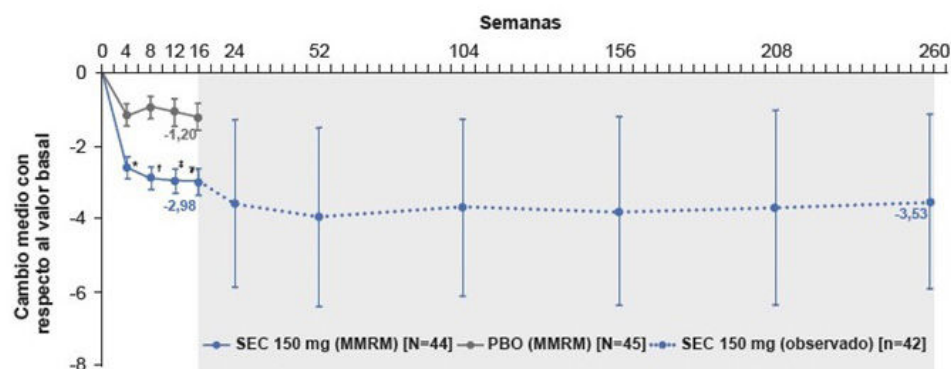
Resultados: De los pts no tratados con iTNF aleatorizados a SEC 150 mg, se incluyeron 89 en este análisis (SEC, n = 44, placebo [PBO], n = 45). De estos pts aleatorizados a SEC 150 mg, el 84% completó 5 años de tratamiento. Se observaron mejoras significativamente mayores en los pts tratados con SEC 150 mg frente a PBO en s 16 y se mantuvieron durante 5 años (fig., tabla).

Figura 1a. MEASURE 2: Cambio medio desde el inicio en el dolor espinal global (BASDAI) a lo largo de 5 años (secukinumab 150 mg frente a placebo) en pacientes naïve a iTNF



*p=0,0009; †p=0,0001; ‡p=0,0033; §p=0,0014; Cambio medio LS usando MMRM de las s 4-16 y datos observados (media \pm DE) de las s 24-260 (área sombreada). Las barras de error representan EE de las s 4-16 y DE de las s 24-260. Valores basales medios: SEC 150 mg, 7,38; PBO, 7,48. SEC 150 mg, n=44; s 4-12, n=44; s 16, n=43; s 24-208, n=39; s 260, n=37. PBO N=45; s 4, n=44; s 8, n=43; s 12, n=42; s 16, n=42. Media LS, IC 95% y p-valor son de MMRM con el grupo de tratamiento, visita de análisis y TNF como factores, peso y valores basales como covariables, y tratamiento por visita de análisis y valor basal por visita de análisis como términos de interacción, así como estructura de covarianza no estructurada. BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index; DE, desviación estándar; EE, error estándar; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; LS, least squares, mínimos cuadrados; MMRM, mixed-effects model repeated measures, modelo mixto de medidas repetidas; N, número de pacientes aleatorizados; n, número de pacientes con medidas basales y en la correspondiente visita tras la visita de inicio; PBO, placebo; SEC, secukinumab; s, semana.

Figura 1b. MEASURE 2: Cambio medio desde el inicio en la rigidez matinal (BASDAI) a lo largo de 5 años (secukinumab 150 mg frente a placebo) en pacientes naïve a iTNF



*p=0,0017; †p=0,0000; ‡p=0,0003; §p=0,0011; Cambio medio LS usando MMRM de las s 4-16 y datos observados (media \pm DE) de las s 24-260 (área sombreada). Las barras de error representan EE de las s 4-16 y DE de las s 24-260. Valores basales medios: SEC 150 mg, 8,91; PBO, 8,54. SEC 150 mg, n=44; s 4-12, n=44; s 16, n=43; s 24, n=42; s 52-208, n=39; s 260, n=37. PBO N=45; s 4, n=44; s 8, n=43; s 12, n=42; s 16, n=42. Media LS, IC 95% y p-valor son de MMRM con el grupo de tratamiento, visita de análisis y TNF como factores, peso y valores basales como covariables, y tratamiento por visita de análisis y valor basal por visita de análisis como términos de interacción, así como estructura de covarianza no estructurada. BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index; DE, desviación estándar; EE, error estándar; iTNF, inhibidor del factor de necrosis tumoral; LS, least squares, mínimos cuadrados; MMRM, mixed-effects model repeated measures, modelo mixto de medidas repetidas; N, número de pacientes aleatorizados; n, número de pacientes con medidas basales y en la correspondiente visita tras la visita de inicio; PBO, placebo; SEC, secukinumab; s, semana.

Tabla P198

Puntuación de dolor, función física y fatiga

Criterio de valoración	Tratamiento	Media BL ± DE*	S 16 Media MC, EE (p-valor)					
			S 52 ± DE	S 104 ± DE	S 156 ± DE	S 208 ± DE	S260 ± DE	
Dolor lumbar								
Dolor lumbar total	SEC	66,86 ± 15,42	-33,99, 3,42 (p = 0,0000)	-40,56 ± 24,35	-37,74 ± 26,09	-39,03 ± 26,65	-37,77 ± 28,40	-36,78 ± 29,76
	PBO	67,69 ± 17,71	-12,75, 3,46	ND	ND	ND	ND	ND
Dolor lumbar nocturno	SEC	66,84 ± 14,17	-36,25, 3,50 (p = 0,0000)	-45,13 ± 23,92	-40,54 ± 25,23	-43,92 ± 25,10	-41,13 ± 24,87	-38,95 ± 28,91
	PBO	63,87 ± 18,78	-14,41, 3,54	ND	ND	ND	ND	ND
Función física								
SD-36 PCS	SEC	34,87 ± 6,58	7,90, 0,98 (p = 0,0012)	8,44 ± 7,48	8,95 ± 7,87	8,98 ± 8,17	9,39 ± 8,39	8,55 ± 9,32
	PBO	35,45 ± 6,51	3,23, 0,98	ND	ND	ND	ND	ND
BASFI	SEC	6,42 ± 1,95	-2,89, 0,31 (p = 0,0002)	-3,38 ± 2,38	-3,23 ± 2,39	-3,10 ± 2,49	-3,10 ± 2,47	-2,86 ± 2,61
	PBO	35,45 ± 6,51	3,23, 0,98	ND	ND	ND	ND	ND
Fatiga								
Nivel total (BASDAI)	SEC	7,00 ± 1,26	-2,39, 0,34 (p = 0,0095)	-3,44 ± 2,32	-3,30 ± 2,45	-3,16 ± 2,61	-3,12 ± 2,34	-2,92 ± 2,71
	PBO	7,18 ± 1,49	-1,12, 0,34	ND	ND	ND	ND	ND
FACIT	SEC	22,27 ± 8,02	10,62, 1,26 (p = 0,0052)	12,14 ± 9,76	11,00 ± 9,37	10,79 ± 8,91	12,39 ± 9,09	10,64 ± 10,66
	PBO	23,22 ± 7,94	5,48, 1,26	ND	ND	ND	ND	ND
Actividad de la enfermedad								
ASDAS-PCR	SEC	3,73 ± 0,82	-1,47, 0,14 (p = 0,0000)	-1,80 ± 1,16	-1,66 ± 1,21	-1,63 ± 1,35	-1,69 ± 1,24	-1,58 ± 1,36
	PBO	3,89 ± 0,76	-0,51, 0,14	ND	ND	ND	ND	ND

*Basal se refiere a la media ± DE de los valores observados. Cambio medio de MC usando MMRM para las 16 y datos observados (media ± DE) de s 24-260. SEC 150 mg, N = 44 y PBO, N = 45. ASDAS-PCR Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score-proteína C reactiva; BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI, Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; BL, basal; DE, desviación estándar; FACIT, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy; MC, mínimos cuadrados; MMRM, mixed-effects model repeated measures; ND, no disponible; PBO, placebo; s, semana; SEC, secukinumab; SF-36 PCS, Short Form-36 Physical Component Summary.

Conclusiones: Los pacientes naïve a iTNF con EA activa tratados con SEC 150 mg experimentaron mejoras rápidas en una variedad de síntomas clínicos clave que incluyeron medidas de dolor, función física y fatiga, y que se mantuvieron durante 5 años.

Referencias

1. Deodhar A, et al. 2020 BMC Rheumatol. 2020;4:19.
2. Ward M, et al. Arth Care Res. 1999;12:247-55.
3. van Tubergen A, et al. Arth Rheum 2002;47:8-16.
4. Cosentyx SmPC (2020) [Accessed: 24 Jan 22].
5. Baeten D, et al. N Eng J Med. 2015;373:2534-48.

P199. EFECTO DE SECUKINUMAB SOBRE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA E INFLAMACIÓN EN LAS ARTICULACIONES SACROILÍACAS Y LA COLUMNA VERTEBRAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA: RESULTADOS DE IMÁGENES A DOS AÑOS DE UN ESTUDIO ALEATORIZADO DE FASE III

Ricardo Blanco¹, Juergen Braun², Helena Marzo-Ortega³, Lianne S. Gensler⁴, Filip Van den Bosch⁵, Stephen Hall⁶, Hideto Kameda⁷, Denis Poddubnyy⁸, Marleen G. H. Van de Sande⁹, Désirée Van der Heijde¹⁰, Tingting Zhuang¹¹, Anna Stefanska¹², Aimee Readie¹¹, Hanno Richards¹³ y Atul Deodhar¹⁴

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Servicio de Reumatología. Santander. ²Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. and Ruhr-University Bochum. Department of. Rheumatology. Bochum. Alemania. ³NIHR Leeds Biomedical Research Centre. Leeds Teaching Hospitals NHS Trust. LIRMM. University of Leeds. Reino Unido. ⁴University of California. Department of Rheumatology. San Francisco, CA. Estados Unidos. ⁵Department of Internal Medicine and Pediatrics. Ghent University. VIB Center for Inflammation Research. Gante. Bélgica. ⁶Monash University. Department of Medicine. Melbourne. Australia. ⁷Toho University. Division of Rheumatology. Tokyo. Japón. ⁸Charité-Universitätsmedizin Berlin. German Rheumatism Research Centre. Berlín. Alemania. ⁹Amsterdam UMC. University of Amsterdam. Amsterdam Rheumatology and Immunology Center. Amsterdam. Países Bajos. ¹⁰Leiden University Medical Center. Department of Rheumatology. Leiden. Países Bajos. ¹¹Novartis Pharmaceuticals Corporation. Rheumatology. New Jersey. Estados Unidos. ¹²Novartis Ireland Limited. Rheumatology. Dublin. Irlanda. ¹³Novartis Pharma AG. Rheumatology. Basilea. Suiza. ¹⁴Oregon Health & Science University. Division of Arthritis and Rheumatic Diseases. Portland. Estados Unidos.

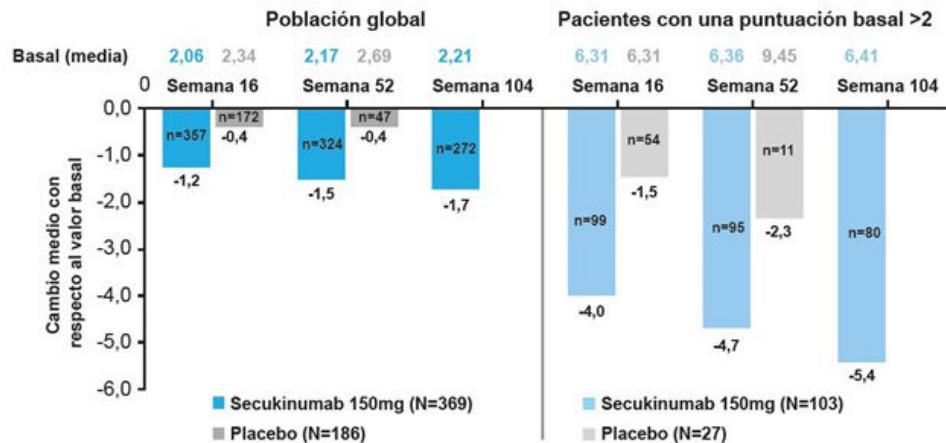
Introducción: La espondiloartritis axial (axSpA) se caracteriza por la inflamación (inf) de las articulaciones sacroilíacas (ASI) y columna. El tratamiento con secukinumab (SEC) demostró ser clínicamente eficaz y reducir el edema de médula ósea de ASI detectado por resonancia magnética (RM) en pacientes (pts) con SpA no radiográfica [(r)-axSpA] durante 52 semanas (s) en el estudio PREVENT (NCT02696031).

Objetivos: Presentar la progresión radiográfica (PR) y el curso de la inf evaluado por radiografía (Rx) e RM de ASI y columna durante 2 años en el estudio PREVENT.

Métodos: 555 pts fueron aleatorizados (1:1:1) a SEC 150 mg, con dosis de inducción (DI) o sin (NI), o placebo (PBO). Se permitió el cambio a SEC en régimen abierto (OL) o a tratamiento estándar (SoC) tras la s20. Todos los pts (excepto cambio a SoC) recibieron OL SEC desde la s52. Las Rx espinales y de ASI se tomaron al inicio (BL) y s104. Las RM espinales y de ASI en BL, s16, 52 y 104. Las Rx espinales se evaluaron con la puntuación (pt) de espondilitis anquilosante espinal modificada de Stoke (mSASSS) y las Rx de ASI según los criterios modificados de Nueva York (mNYC). Se excluyeron los pts cuyas Rx ASI basales cumplieron con los mNYC en la lectura de elegibilidad. Las RM espinales se evaluaron para detectar signos de inf con la pt de Berlín. El edema de médula ósea en ASI se evaluó según la pt de lesiones inflamatorias activas de Berlín. Todas las imágenes fueron evaluadas de forma ciega e independiente por 2 lectores centrales. Se presentan datos observados de la s104.

Resultados: La mayoría (98%) de los pts tratados con SEC 150 mg (DI y NI) no mostraron progresión estructural (cambio mSASSS total ≤ cambio detectable más pequeño (CDP) de 0,76 (nivel de acuerdo: 80%) durante 2 años). En BL, 62 pts (43 SEC, 19 PBO) presentaban ≥ 1 sindesmofito (≥ 1 unidad vertebral puntuada por ≥ 1 lector). Entre estos pts, 9 SEC (20,9%) y 7 PBO (36,8%) desarrollaron ≥ 1 nuevo sindesmofito a la s104. Entre los 237 pts SEC y 117 PBO sin sindesmofitos en BL, solo 4 SEC (1,7%) y 4 PBO (3,4%) desarrollaron ≥ 1 nuevo sindesmofito en s104. Las Rx de ASI mostraron que el 88% de los pst SEC y 86% en PBO no tuvieron progresión en ASI (cambio ≤ CDP (0,46) en la pt total de mNYC) en s104. Ningún paciente aumentó la pt total de mNYC ≥ 2. Al evaluar las Rx basales de pts elegibles junto con las imágenes post-BL en la lectura final, sobre el 25% de los pts (68/277 SEC y 34/139 PBO) se identificaron como mNY positivos (+) en el cribado (se consideraron mNY+ si ≥ 1 lector los evaluó mNY+). De estos, 11/68 pts SEC (16,2%) y 5/34 PBO (14,7%) fueron evaluados como mNY negativos (-) en s104. 202 SEC (96,7%) y 102 PBO (97,1%) que eran mNY- en el cribado permanecieron negativos hasta s104.

Figura. Cambio medio en la puntuación del edema de la médula ósea de la ASI mediante RM en la población general y en los pacientes con una puntuación inicial >2 hasta la semana 104



Los datos se presentan según lo observado. Secukinumab (agrupado) incluyó a los pacientes que continuaron con secukinumab hasta la semana 104. El placebo incluyó sólo a los pacientes asignados al azar a placebo que siguieron con él hasta la semana 52. En cada punto temporal, sólo se incluyeron los pacientes con un valor tanto al inicio como en ese punto temporal. ASI: articulación sacroiliaca; RM: resonancia magnética; N: número total de pacientes aleatorizados; n: número de pacientes evaluables.

P199 Figura

Solo 7 SEC (3,3%) y 3 PBO (2,9%) que fueron mNY- en BL fueron calificados mNY+ en s104. Menos pts progresaron de mNY- a mNY+ que de + a- lo que resultó en una progresión neta -. La inf espinal en la RM (pt de Berlín) fue baja en BL con una media de 0,82 (SEC) y 1,07 (PBO) sin cambios significativos hasta s104 (media: 0,56, SEC). SEC redujo la pt de edema de médula ósea ASI vs. PBO en s16 y s52 con una reducción sostenida hasta s104 en la población general, con una mayor reducción en pts con pt BL > 2 (fig.).

Conclusiones: La mayoría de los pts aleatorizados a SEC o PBO no mostraron PR a lo largo de 2 años. Hubo cierta discrepancia entre las lecturas de elegibilidad y eficacia de ASI. SEC redujo la inf de la ASI en la RM en pts con nr-axSpA activa.

P200. EFECTO DE SECUKINUMAB FRENTE A ADALIMUMAB BIOSIMILAR EN LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA: UN ESTUDIO ALEATORIZADO FASE IIIb

Victoria Navarro-Compán¹, Xenofon Baraliakos², Mikkel Østergaard³, Denis Poddubnyy⁴, Désirée van der Heijde⁵, Atul Deodhar⁶, Pedro M. Machado⁷, Kay Geert Hermann⁸, Mitsumasa Kishimoto⁹, Eun Young Lee¹⁰, Lianne S Gensler¹¹, Uta Kiltz², Marco Eigenmann¹², Patricia Pertel¹², Aimee Readie¹³, Hanno B. Richards¹², Brian Porter¹³ y Juergen Braun²

¹Department of Rheumatology. University Hospital La Paz. IdiPaz.

²Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Ruhr-Universität Bochum. Alemania. ³Copenhagen Center for Arthritis Research. Center for Rheumatology and Spine Diseases. Rigshospitalet. University of Copenhagen. Dinamarca. ⁴Charité-Universitätsmedizin Berlin and German Rheumatism Research Centre. Alemania. ⁵Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Países Bajos. ⁶Division of Arthritis and Rheumatic Diseases. Oregon Health & Science University. Estados Unidos. ⁷Centre for Rheumatology & Department of Neuromuscular Diseases. University College London. Reino Unido.

⁸Department of Radiology. University Hospital Charité-Campus Mitte. Charitéplatz. Alemania. ⁹Department of Nephrology and Rheumatology. Kyorin University School of Medicine. Japón. ¹⁰Division of Rheumatology. Department of Internal Medicine. Seoul National University College of Medicine. Corea del Sur. ¹¹Department of Medicine. Division of Rheumatology. University of California. San Francisco. Estados Unidos. ¹²Novartis Pharma AG. ¹³Novartis Pharmaceuticals Corporation.

Introducción: Los biológicos son clínicamente eficaces en pacientes (pts) con espondiloartritis axial (EspAax), incluida la EspAax radiográfica (EspAax-r). Existen datos limitados sobre su efecto en la inhibición de la progresión radiográfica (PR) en pts con EspAax-r. Los datos del MEASURE 1 a 2 años mostraron una baja PR con secukinumab (SEC)¹. Presentamos datos del estudio SURPASS², el primer ensayo *head-to-head* en EspAax-r, que comparó el efecto de SEC vs. adalimumab biosimilar (SDZ-ADL) en la PR de columna.

Métodos: En este estudio fase IIIb, pts *naïve* a biológico con EspAax-r activa con un índice de actividad de la enfermedad de la espondilitis anquilosante (EA) de Bath (BASDAI) ≥ 4, puntuación de dolor espinal ≥ 4 (rango 0-10), puntuación de dolor lumbar total ≥ 40 mm (rango 0-100 mm) y con proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR-hs) ≥ 5 mg/l o ≥ 1 sindesmofitos (sdm) en la radiografía de columna se aleatorizaron (1:1) a SEC (150/300 mg; ciego a la dosis) o SDZ-ADL (40 mg; abierto). Las radiografías y RM fueron revisadas por 3 lectores centrales independientes ciegos al brazo de tratamiento (Tx) y la cronología de las imágenes. El objetivo principal fue la proporción de pts sin PR (cambio desde valor basal [CDB] en la puntuación del modified Stoke AS Spinal Score [mSASSS] ≤ 0,5; puntuación media de los lectores) en SEC vs. SDZ-ADL en la semana (s) 104 (test de superioridad). Los objetivos secundarios incluyeron CDB-mSASSS a la s104, proporción de pts con sdm ≥ 1 al inicio (BL) sin nuevos sdm en la s104, CDB-RM en la puntuación de Berlín de inflamación de la articulación sacroiliaca (SI), CBD-RM en la puntuación de actividad espinal de Berlín (ASpiMRI-a) y seguridad.

Resultados: En total, 859 pts recibieron SEC 150 mg (n = 287), 300 mg (n = 286) o SDZ-ADL (n = 286). Las características demográficas y basales de los pts estaban equilibradas. La población (78,5% varones, edad media 42,1 años, mSASSS 16,6, BASDAI 7,1, PCRhs 20,4 mg/L y 73% con ≥ 1 sdm) tenía un alto riesgo de PR. Las puntuaciones medias BL de edema (RM) fueron de 1,6 a 2,5 para SI y de 2,6 a 3,4 para columna. A la s104, la proporción de pts sin PR (CDB-mSASSS ≤ 0,5) fue de 66,1% (SEC 150 mg), 66,9% (SEC 300 mg) y 65,6% (SDZ-ADL) (tabla 1; p = ns, ambas SEC). La media de CDB-mSASSS fue de 0,54 (SEC 150 mg), 0,55 (SEC 300mg) y 0,72 (SDZ-ADL) (tabla 1). Se observaron tasas similares de CDB-mSASSS en todos los brazos (fig.). El 56,9% (SEC 150 mg), 53,8% (SEC 300 mg) y 53,3% (SDZ-ADL) de los pts con ≥ 1 sdm en BL no desarrolló nuevos sdm en la s104 (tabla 2). A la s16, las puntuaciones medias (EE) CDB-RM de SI y de la columna fueron -1,22 (0,14) y -1,43 (0,14) (SEC 150 mg), -1,10 (0,14) y -1,59 (0,15) (SEC 300 mg) y -1,51 (0,14) y -2,31 (0,15) (SDZ-ADL), respectivamente.

Tabla 1: Proporción de pts sin PR (progresión mSASSS ≤ 0,5) en la s104 y cambio en mSASSS desde el inicio en la s104

% pts sin PR*		Tasa sin progresión (%)	Media estimada (IC95%)	Comparación	Diferencia marginal	IC95%	p-valor nominal
Grupo de Tx	n						
SEC 150 mg (N = 287)	283	66,1	66,63 (60,73 a 72,54)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	1,51	-6,63 a 9,64	0,7164
SEC 300 mg (N = 286)	280	66,9	66,80 (60,45 a 73,14)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	1,67	-6,61 a 9,95	0,6925
SDZ-ADL 40 mg (N = 286)	283	65,6	65,13 (58,77 a 71,49)	-	-	-	-

Cambio en mSASSS desde el inicio†	Grupo de Tx	n	En Tx		Comparación	Contraste de Tx en la media MC			p-valor nominal
			Media MC	EE		Media MC	EE	IC95%	
	SEC 150 mg (N = 287)	283	0,54	0,175	Frente a SDZ-ADL 40 mg	-0,18	0,239	-0,646 a 0,293	0,4602
	SEC 300 mg (N = 286)	280	0,55	0,180	Frente a SDZ-ADL 40 mg	-0,16	0,243	-0,639 a 0,315	0,5050
	SDZ-ADL 40 mg (N = 286)	283	0,72	0,177	-	-	-	-	-

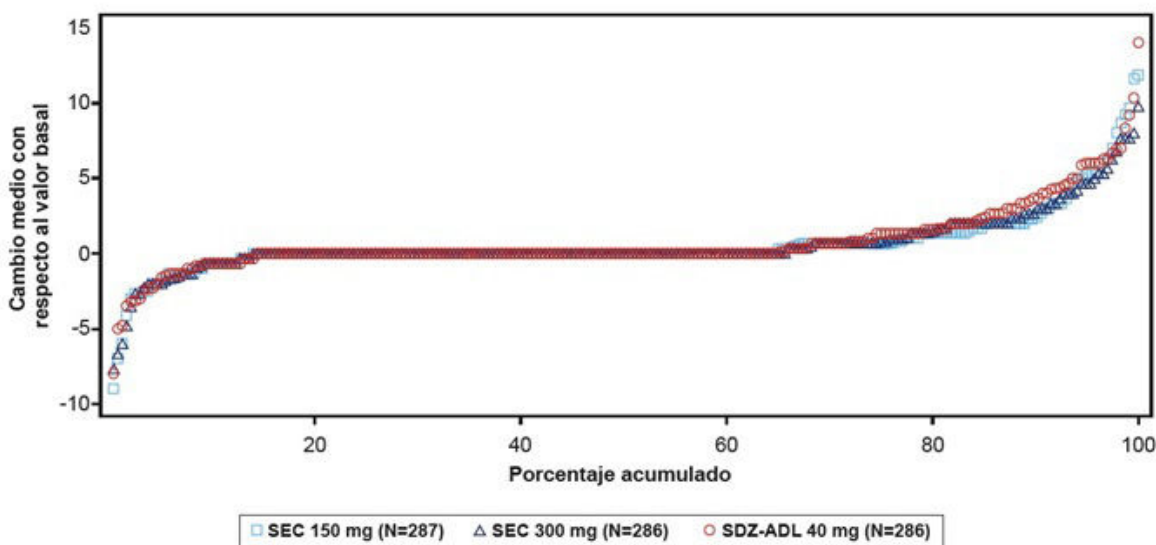
EE, error estándar; IC, intervalo de confianza; MC, mínimos cuadrados; mSASSS, puntuación de espondilitis anquilosante espinal modificada de Stoke; n, número de pts con datos en la visita de inicio; PR, progresión radiográfica; pts, pacientes; s, semana; SDZ-ADL, adalimumab biosimilar; SEC, secukinumab; Tx, tratamiento. Los valores de mSASSS están basados en la media de valores de 3 lectores. No se realiza adjudicación. *La media estimada, diferencia marginal, IC95% y p-valor de un modelo de regresión logística con el Tx como factor y la puntuación mSASSS basal como covariable usando el método de estandarización marginal. †La media MC, IC95% y p-valor de un modelo ANCOVA con el Tx como factor y la puntuación mSASSS basal como covariable.

Tabla 2: Pts con sdm al inicio y sin nuevos sdm en la s104

Grupo de Tx	n (%)	Pts sin nuevos sdm (%)	Media estimada (IC95%)	Comparación	Diferencia marginal	IC95%	p-valor nominal
SEC 150 mg (N = 287)	211 (73,5)	56,9	57,22 (50,16 a 64,28)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	4,32	-5,62 a 14,27	0,3938
SEC 300 mg (N = 286)	204 (71,3)	53,8	53,98 (46,19 a 61,78)	Frente a SDZ-ADL 40 mg	1,09	-9,13 a 11,31	0,8345
SDZ-ADL 40 mg (N = 286)	212 (74,1)	53,3	52,89 (45,54 a 60,24)	-	-	-	-

IC, intervalo de confianza; mSASSS, puntuación de espondilitis anquilosante espinal modificada de Stoke; n, número de pts con datos en la visita de inicio; pts, pacientes; sdm, sindesmofitos; SDZ-ADL, adalimumab biosimilar; SEC, secukinumab. Se consideró que un paciente tenía un sdm si ≥ 1 lector evaluó una puntuación mSASSS ≥ 2 para alguna es-quina vertebral individual. La media estimada, diferencia marginal, intervalo de confianza al 95% y p-valor son de un modelo de regresión logística con el Tx como factor y el conteo basal de esquinias vertebrales con sdm como covariables usando el método de estandarización marginal.

Figura 1. Gráfico de probabilidad del cambio desde el inicio en el mSASSS en la semana 104



mSASSS, modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score; escala de progresión vertebral de la espondilitis anquilosante; SDZ-ADL, adalimumab biosimilar; SEC, secukinumab

El 79,7%, 81,8% y 84,2% de los pts tuvo ≥ 1 acontecimiento adverso (AA), y el 14,0%, 10,2% y 11,2% de los pts tuvo AA graves en SEC 150 mg, 300 mg y SDZ-ADL, respectivamente.

Conclusiones: La PR de columna al cabo de 2 años fue baja y no hubo diferencias significativas entre los brazos de SEC y SDZ-ADL.

La seguridad fue consistente con los perfiles de seguridad ya bien establecidos de SEC y SDZ-ADL.

Referencias

- Braun J, et al. Ann Rheum Dis. 2017;76(6):1070-77.
- Baraliakos X, et al. Clin Drug Investig. 2020;40(3):269-78.

P201. CARACTERIZACIÓN DE LA FASE PRECLÍNICA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE CXCL10 Y SINOVITIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

Javier Rueda-Gotor^{1,2}, Susana Armesto³, Verónica Pulito-Cueto², Sara Remuzgo-Martínez², Raquel López-Mejías², María Sebastián Mora-Gil², Javier Gonzalo Ocejó-Vinyals⁴, Alfonso Corrales-Martínez^{2,5}, Vanesa Calvo-Río^{2,5}, Ana María Salas Martínez⁶, Marcos González López³, Cristina López-Obregón⁷, Elena Aurrecochea¹, Luis Rodríguez-Rodríguez⁷, Carolina Aguirre Portilla⁸, Miguel Ángel González-Gay^{9,10}, Ricardo Blanco^{2,5} y Fernanda Genre²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ²Grupo de investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis en enfermedades inflamatorias sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁶Servicio de Dermatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁸Escuela de Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander. ⁹IDIVAL y Universidad de Cantabria. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Santander. ¹⁰Servicio de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La citocina CXCL10 ha sido propuesta como un biomarcador predictor de artritis psoriásica (APs)¹. Se ha reportado una elevación de sus niveles en pacientes psoriásicos (PsO) desde años antes de la afectación articular, con una disminución progresiva hasta el debut de la APs y que persiste tras el diagnóstico, en paralelo con la duración de la enfermedad². Sin embargo, los niveles de CXCL10 permanecen estables en el tiempo en pacientes PsO que no desarrollarán artritis. La presencia de sinovitis subclínica en pacientes PsO se considera como un estadio prepatológico de la APs³. Los niveles de CXCL10 en pacientes en estos estadios precoces se desconocen.

Objetivos: Avanzar en la caracterización de la fase preclínica de la APs y conocer la relación entre los niveles de CXCL10 y la sinovitis subclínica en pacientes con PsO.

Métodos: 62 pacientes con PsO sin artritis y sin terapia biológica previa fueron incluidos en este estudio. En todos ellos se hizo una ecografía de carpos, articulaciones metacarpofalángicas (1^a-5^a), interfalángicas proximales (1^a-5^a) e interfalángicas distales (2^a-5^a) bilateralmente, analizando la presencia de sinovitis en escala de grises (EG) de forma semicuantitativa (0-3) utilizando la escala OMERACT. Los niveles de CXCL10 fueron determinados por ELISA en todos los casos.

Resultados: 31 varones y 31 mujeres fueron reclutados. La presencia de sinovitis en escala de grises (EG) ≥ 1 fue objetivada en 30 pacientes, 10 hombres y 20 mujeres, mientras que únicamente 7 tenían sinovitis EG ≥ 2, 4 hombres y 3 mujeres. La media de logCXCL10 fue inferior en los pacientes que mostraron cualquier grado de sinovitis, tanto en la cohorte completa como estratificando por sexo (tabla 1), aunque la diferencia fue significativa únicamente para la EG ≥ 1 en varones (p = 0,02) y EG ≥ 2 en mujeres (p = 0,02).

Conclusiones: Los pacientes con PsO y sinovitis subclínica tienen niveles de CXCL10 inferiores a los pacientes sin sinovitis, al igual que ocurre en los pacientes con APs establecida. Este hallazgo confirma la estrecha relación existente entre este biomarcador y la afectación articular en pacientes PsO y apoya su potencial uso como predictor de APs en el estadio prepatológico de la enfermedad.

Agradecimientos: este estudio ha sido financiado por el Instituto Carlos III (ISCIII) a través del proyecto PI20/00059, cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (ERDF) y por el IDIVAL a

través de la ayuda NVAL 19/22, concedida a JR-G, quien es beneficiario también del programa de intensificación financiado por la Fundación Española de Reumatología (FER). VP-C es beneficiaria de la subvención PI18/00042 (ISCIII), RL-M de CPII21/00004 (ISCIII), cofinanciado por el Fondo Social Europeo, y MSM-G de TRANSVAL22/01 (IDIVAL).

Grupo	Sinovitis subclínica	Categoría	LogCXCL10 Media ± DE	p	p*
PsO	Presencia de sinovitis EG ≥ 1 en manos	Sí (n = 30)	3,3 ± 1,1	0,07	0,13
		No (n = 32)	3,8 ± 1,1		
	Presencia de sinovitis EG ≥ 2 en manos	Sí (n = 7)	2,9 ± 0,9	0,15	0,22
		No (n = 55)	3,6 ± 1,1		
Varones	Presencia de sinovitis EG ≥ 1 en manos	Sí (n = 10)	2,9 ± 0,9	0,02	0,02
		No (n = 21)	3,9 ± 1,2		
PsO	Presencia de sinovitis EG ≥ 2 en manos	Sí (n = 4)	3,4 ± 0,5	1,00	0,96
		No (n = 27)	3,6 ± 1,3		
Mujeres	Presencia de sinovitis EG ≥ 1 en manos	Sí (n = 20)	3,5 ± 1,1	0,76	0,98
		No (n = 11)	3,6 ± 1,0		
PsO	Presencia de sinovitis EG ≥ 2 en manos	Sí (n = 3)	2,2 ± 0,8	0,02	0,03
		No (n = 28)	3,7 ± 1,0		

*Ajustado por edad y sexo en el grupo PsO y por edad en los grupos de varones y mujeres PsO.

P202. CAMBIOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON INHIBIDOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

Dalifer Dayanira Freites Núñez¹, M. Rodríguez¹, P. Álvarez¹, L. León², C. Martínez¹, G. Candelas¹, A. Madrid², B. Fernández¹ y L. Abásolo²

¹Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Fundación para la Investigación Biomédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una artritis inflamatoria crónica, caracterizada por diferentes manifestaciones clínicas y comorbilidades asociadas que requiere un tratamiento dirigido. La terapia con el inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNFi) representa una de las primeras opciones terapéuticas. Sin embargo, los pacientes con APs pueden experimentar fallos de TNFi, falta de eficacia o eventos adversos. Aunque los reumatólogos actualmente pueden elegir entre varios fármacos, faltan perfiles de pacientes estándar o algoritmos de tratamiento detallados que se puedan seguir cuando los pacientes necesitan cambiar sus regímenes de tratamiento.

Objetivos: Evaluar el cambio de tratamientos independientemente de la causa en pacientes con APs tratados con TNFi como primer agente biológico.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Sujetos: cohorte de pacientes atendidos en consulta externa de reumatología desde enero de 2006 hasta diciembre de 2021, y seguidos hasta junio de 2022, diagnosticados de APs según código CIE-10 y en tratamiento con TNFi. Resultado principal: cambio de régimen de tratamiento. Covariables: sociodemográficas y clínicas. Análisis estadístico: análisis descriptivo del cambio de terapia, global y estratificado por cursos de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes con diagnóstico de APs y en tratamiento con TNFi, el 52% eran mujeres, la edad media fue de 47,87 ± 13,29 años. 94 (75,20%) pacientes tenían antecedentes de psoriasis al inicio y 95 pacientes (76%) presentaban artritis periférica y 21 (16,80%) refirieron dolor lumbar inflamatorio como principal dominio clínico, el 50% de los pacientes presentaban al menos tres dominios PsA. Se registraron 232 cursos de tratamiento a lo largo del seguimiento. El TNFi fue el fármaco más utilizado con 184 (79,31%) ciclos, adalimumab 78 (42,39%), seguido de los inhibidores de la interleucina 17 (IL-17i) con 30 (12,93%) ciclos de tratamiento. 82 (65,60%) pacientes estaban en tratamiento concomitante con FAME convencionales. De los 125 pacientes, 49 registraron un cambio a un segundo

Tabla P202

Cursos de cambio de tratamiento en pacientes con APs tratados con TNFi

	Total Cursos de tratamiento N (%)	Primer ciclo de tratamiento N (%)	Segundo ciclo de tratamiento N (%)	Tercer ciclo de tratamiento N (%)
Abatacept	2 (0,86)	0	0	0
Inhibidores de la interleucina-17	30 (12,93)	0	3 (5,26)	27 (54)
Ustekinumab	4 (1,73)	0	0	4 (1,73)
Guselkumab	4 (1,73)	0	0	4 (1,73)
Inhibidores de JAK	8 (3,45)	0	0	8 (3,45)
Inhibidores del factor de necrosis tumoral	184 (79,31)	125 (67,93)	54 (29,35)	5 (2,72)
Total	232 (100)	125 (53,88)	57 (24,57)	50 (21,55)

régimen de tratamiento (32 cambiaron a un segundo TNFi y 17 a otra clase de medicamentos, principalmente IL-17i). Luego, 28 presentaron un tercer cambio (16 a un TNFi diferente y 12 cambiaron a otra clase de fármacos) y finalmente 14 pacientes tuvieron un cuarto cambio (8 pacientes recibieron un fármaco diferente al TNFi). Los datos de cambio de TNFi expresados en el transcurso del seguimiento se muestran en la tabla. El cambio después de la exposición a TNFi se debió principalmente a la falta de eficacia con 90 (84,11%) ciclos de tratamiento, seguido de eventos adversos con 11 (10,28%).

Conclusiones: En nuestro estudio, aunque la mayor parte del cambio de TNFi fue a un TNFi diferente, observamos que varios pacientes con APs recibieron otra clase de fármaco después de la exposición a TNFi, y esta acción es mayor en los ciclos de tratamiento posteriores.

P203. BAJA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA ESPINAL DESPUÉS DE UNA MEDIA DE 15 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Raquel Ena María Granados^{1,2,3}, Santiago Dans-Caballero^{1,2}, María Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2}, María Ángeles Puche-Larrubia^{1,2}, Desirée Ruiz-Vilchez^{1,2}, Mari Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}, Eduardo Collantes-Estevez^{2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigaciones Biomédica de Córdoba (IMIBIC). ³Universidad de Córdoba.

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) se caracteriza por un daño estructural progresivo en las articulaciones sacroilíacas y/o la columna vertebral. La progresión se valora por radiografía convencional a través de escalas disponibles como el mSASSS (“modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score”) en columna. Sin embargo, los datos sobre la progresión radiográfica a largo plazo y los factores asociados con dicha progresión son escasos.

Objetivos: Evaluar la progresión radiográfica de la columna vertebral en pacientes con EspAax tras una media de 15 años de seguimiento así como los factores asociados a dicha progresión.

Métodos: Pacientes con EspAax incluidos de 2006 a 2007 en el registro multicéntrico español REGISPONER, pertenecientes al Hospital Reina Sofía, fueron reevaluados en 2021-2022. Se obtuvieron radiografías de la columna (cervical y lumbar) con el objetivo de compararlas con las obtenidas en 2007. Dos lectores cegados capacitados calificaron el mSASSS en las radiografías de ambas visitas (línea de base y actual). Primero, se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (CCI) para evaluar la concordancia entre ambos lectores en mSASSS. La media de mSASSS de ambos lectores en ambos puntos de tiempo, se calculó, así como la progresión absoluta (Δ mSASSS). Además, se evaluó la progresión media y mediana por año dividiendo el Δ mSASSS por los años de seguimiento de cada paciente. Por último, la mediana de progresión por año se usó para dividir a los pacientes en “progresores moderados” y “progresores graves”. Las características iniciales entre estos dos grupos se compararon mediante análisis univariado.

Resultados: Se incluyó un total de 77 pacientes con EspAax con radiografías basales y actuales. Un total de 53 (68,8%) eran hombres,

con una duración media de la enfermedad de 10,15 (DE 9,2) años. Todos ellos eran naïve a bDMARD al inicio del estudio y el 38% tenía sacroilitis radiográfica. La media de años de seguimiento (es decir, el tiempo medio que separa las radiografías) fue de 15 años (DE 3,3). El CCI entre los dos lectores fue moderado para mSASSS al inicio (0,73, IC del 95%: 0,26-0,88) y en la visita de 15 años (0,65, IC95%: 0,11-0,84). Después de una media de 15 años de seguimiento, la progresión media fue de 0,54 (DE 0,55) puntos en mSASSS por año y la mediana de progresión fue de 0,38 puntos por año. Un total de 37 (48%) pacientes se consideraron “progresores moderados” (es decir, progresión mediana < 0,38 puntos por año) y 40 (52%) se consideraron “progresores graves” (es decir, progresión mediana \geq 0,38 puntos por año). La única variable significativa asociada con “progresión grave” fue el dolor lumbar antes del diagnóstico (82,5 vs. 48,6%, p 0,003). Ni el sexo, el tabaquismo, la duración de la enfermedad, HLAB27 o la proteína c reactiva se asociaron con el grupo de “progresión grave”.

Conclusiones: En esta población de EspAax establecida, la progresión media y mediana fue de 0,54 y 0,38 puntos en mSASSS por año respectivamente, lo que es inferior a lo informado en cohortes similares (es decir, cambio en 2 puntos en mSASSS). Solo el dolor lumbar se encontró como predictor de progresión radiográfica espinal.

Referencias:

1. Aouad K, Ziade N, Baraliakos X. Structural progression in axial spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*. 2020;87(2):131-6.

P204. BIMEKIZUMAB IN BDMARD-NAÏVE PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS AND SKIN INVOLVEMENT: ANALYSIS OF RADIOGRAPHIC PROGRESSION AT WEEK 16 OF BE OPTIMAL, A PHASE 3, MULTICENTER, RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED, ACTIVE REFERENCE STUDY

Clementina López Medina¹, Joseph F. Merola², Akihiko Asahina³, Paolo Gisondi⁴, Diamant Thaçi⁵, Dafna D. Gladman⁶, Barbara Ink⁷, Deepak Assudani⁷, Rajan Bajracharya⁷, Jason Coarse⁸ and Robert Landewé⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Harvard Medical School. Brigham and Women’s Hospital. Boston, MA, USA. ³Department of Dermatology. The Jikei University School of Medicine. Tokyo, Japan. ⁴Dermatology and Venereology. Department of Medicine. Università di Verona. Italy. ⁵Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University of Lübeck. Germany. ⁶Schroeder Arthritis Institute. Krembil Research Institute. University Health Network. Institute of Medical Science. University of Toronto. Ontario, Canada. ⁷UCB Pharma. Slough, UK. ⁸UCB Pharma. Raleigh, NC, USA. ⁹Amsterdam Rheumatology & Clinical Immunology Center. Amsterdam. and Zuyderland MC. Heerlen. The Netherlands.

Introduction: Approximately half of patients with PsA experience structural damage and functional impairment within 2 years of developing symptoms¹. Bimekizumab, a monoclonal IgG1 antibody that selectively inhibits interleukin (IL)-17F in addition to IL-17A, has demonstrated efficacy and tolerability to 24 wks in biologic-naïve patients with PsA in the phase 3 BE OPTIMAL study².

Objectives: To assess radiographic progression in patients with active psoriatic arthritis (PsA) treated with bimekizumab, com-

pared with placebo, at Week (Wk) 16. To assess the impact of baseline psoriasis severity on the efficacy of bimekizumab, as measured by radiographic progression, in patients with PsA.

Methods: BE OPTIMAL (NCT03895203) comprised 16 wks double-blind, placebo-controlled; 36 wks treatment-blind. Patients were randomized 3:2:1 bimekizumab 160 mg every 4 wks: placebo: reference arm (adalimumab 40 mg every 2 wks). Radiographic progression, measured using van der Heijde mean Total Sharp Score (vdHmTSS), reported to Wk16 by baseline psoriasis (radiographic set: patients who received ≥ 1 study drug dose and had valid radiographs of hands and feet at screening). Missing data imputed using non-responder (discrete) or multiple (continuous) imputation.

Results: Radiographic set comprised 824/852 (96.7%) patients: 269 placebo, 420 bimekizumab, 135 adalimumab. 409/824 (49.6%) with baseline psoriasis (body surface area [BSA] $\geq 3\%$): 50.2% placebo, 50.0% bimekizumab, 47.4% adalimumab. At Wk16, vdHmTSS mean (standard error) change from baseline (CfB), overall: 0.31 (0.09) placebo, 0.01 (0.04) bimekizumab, -0.03 (0.07) adalimumab; baseline BSA $< 3\%$: 0.18 (0.08), 0.01 (0.05), -0.01 (0.09); BSA $\geq 3\%$: 0.45 (0.15), 0.01 (0.06), -0.06 (0.11). At Wk16, patients with no radiographic progression (vdHmTSS CfB ≤ 0.5), overall: 78.8% placebo, 85.7% bimekizumab, 78.5% adalimumab; baseline BSA $< 3\%$: 82.8%, 88.1%, 81.7%; BSA $\geq 3\%$: 74.8%, 83.3%, 75.0%. Similar radiographic outcomes were observed in patients with BSA $\geq 3-10\%$ and BSA $> 10\%$.

Conclusions: Treatment with bimekizumab demonstrated inhibition of radiographic progression as early as Wk16 in biologic-naïve patients with PsA and skin symptoms, compared with placebo.

Funding: This study was funded by UCB Pharma. Medical writing support was provided by Costello Medical.

REFERENCES

1. Kane D. Rheumatology. 2003;42:1460-8.
2. McInnes IB. Ann Rheum Dis. 2022;81:206-7.

P205. ANÁLISIS DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE ARTRITIS ENTEROPÁTICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Paula Pérez García¹, Ismael González Fernández¹, Jose Ordas Martínez¹, Cristiana Sieiro Santos¹, Carolina Álvarez Castro¹, Clara Moriano Morales¹, María Eva Vallejo Pascual² y Elvira Díez Álvarez¹

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Facultad de CCEE. Universidad de León.

Introducción: Las artritis enteropáticas (eSpA), son un tipo de enfermedad articular inflamatoria que se relaciona con las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). Tanto las espondiloartritis (SpA) como las EII comparten características clínicas, genéticas e

Características	Pacientes (n=56) Mediana; RIQ or n (%)
Sexo F/M	28(50)/28(50)
Fumadores	27(48,2)
Historia familiar	12(21,4)
Inicio previo de EII	32 (57,1)
Inicio previo de SpA	23 (41,1)
Tipo de EII:	
- Colitis ulcerosa (CU)	23(41,1)
- Enfermedad de crohn (EC)	33(58,9)
Patrón de SpA:	
- Axial	18(32,1)
- Periférica	23(41,1)
Periférica oligoarticular	9(16,1)
Periférica poliarticular	14(25)
- Mixta	15(26,8)
Artralgias	47(83,9)
HLAB27	16(28,6)
BASDAI (>4)	20(35,7)
Uveítis	8(14,3)
Psoriasis	9(16,1)
Dactilitis	0(0)
Afectación radiológica	30(53,6)
- Sacroilítis	27(48,2)
- Síndesmofitos	12(21,4)
Lesiones RNM (sacroilítis)	28(50)
FRCV	32(57,1)
- HTA	18(32,1)
- Dislipemia (DL)	22(39,3)
- Diabetes Mellitus (DM)	1(1,8)
- Obesidad	6(10,7)
Tratamiento	
- Corticoides	40(71,6)
- AINES	44(78,6)
- FAMES	51(91,1)
o Metotrexato	29(51,8)
o Azatioprina	21(37,5)
o 5-ASA	16(28,6)
o Leflunomida	1(1,8)
- FAMEb	41(73,2)
o antiTNF	41(73,2)
o Inhibidores IL12-23	9(16,1)
o Inhibidores JAK	7(12,5)
o Antagonistas de la integrina.	5(8,9)

P205 Figura. Características demográficas, clínicas, serológicas, afectación radiológica y tratamientos de los pacientes con eSpA.

inmunológicas. La artritis puede ocurrir antes, durante o después de la EII. El tratamiento está basado en el uso de AINES y corticoides, así como el uso de FAMES y FAMEB.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y serológicas, así como el patrón de aparición, la afectación radiológica, el hábito tabáquico, la actividad de la enfermedad y las comorbilidades como los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con eSpA. Además de analizar los fármacos más utilizados en estos pacientes y la respuesta terapéutica.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo de pacientes con eSpA diagnosticados en el Hospital de León entre 1980 y 2022. Las variables analizadas fueron sexo, fecha de inicio de la EII y de la SpA, tiempo transcurrido entre ambos diagnósticos, patrón de afectación de la SpA, tipo de EII, HLAB27, hábitos tóxicos, antecedentes familiares, artralgiás, uveítis, psoriasis, dactilitis, afectación radiológica (sacroilitis, sindesmofitos) y tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el índice BASDAI.

Resultados: Las características de los pacientes se muestran en la tabla. Se incluyeron 56 pacientes, 28 (50%) hombres. El 57,1% debutaron primero con EII, siendo la enfermedad de Crohn (EC) la más prevalente. El 41,1% de los pacientes presentaba una SpA periférica (16,1% artritis oligoarticular y 25% artritis poliarticular), el 32,1% una SpA axial y el 26,8% tenía un patrón mixto. La forma más prevalente fue la SpA periférica. El tiempo transcurrido entre la afectación articular y la EII fue ≤ 5 años en el 50% de la muestra analizada. El HLAB27 fue positivo en el 28,6% de la muestra y el 35,7% mostró un BASDAI > 4 . Encontramos uveítis y psoriasis asociadas en el 14,3% y 16,1% de los casos. El 57,1% de las eSpA presentaban FRCV, siendo el más prevalente la dislipemia (39,3%). El 53,6% tenía afectación radiológica (sacroilitis 48,2%, sindesmofitos 21,4%). La afectación radiológica fue significativamente mayor en los pacientes fumadores ($p = 0,003$), probablemente debido a una mayor actividad inflamatoria asociada. El 78,6% de los casos fueron tratados con FAMES siendo el metotrexato el más utilizado (51,8%), seguido de azatioprina, 5-ASA y leflunomida. El 73,2% de los casos recibieron FAMEB siendo anti-TNF los más utilizados (73,2%), seguido de los inhibidores de la IL12-23, los inhibidores de JAK y los antagonistas de la integrina. La causa más frecuente de interrupción de metotrexato fueron los efectos secundarios (16,1%), especialmente la intolerancia digestiva; mientras que en los pacientes tratados con anti-TNF fue el fallo secundario (19,6%).

Conclusiones: En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes con artritis enteropática presentaron primero síntomas intestinales. Los patrones más frecuentes fueron la espondiloartritis periférica y la enfermedad de Crohn, y encontramos HLA B27+ en alrededor de un tercio de la muestra. El tabaquismo se asoció a una mayor afectación radiológica en forma de sacroilitis y sindesmofitos. Estos resultados concuerdan con la literatura. El trabajo multidisciplinar entre digestivo y reumatología es esencial para el diagnóstico y tratamiento de las artritis enteropáticas.

P206. MODELOS MACHINE LEARNING PARA FÁRMACOS BIOSIMILARES Y ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

D. Castro Corredor¹, L.A. Calvo Pascual², V. Salas Manzanedo¹, M.A. Ramírez Huaranga¹, M. González Peñas¹, J. Seoane Romero¹, L. Martín de la Sierra López¹, J. Anino Fernández¹, E. Revuelta Evrad¹, M.D. Mínguez Sánchez¹, V.L. Áreas del Águila³ y M.A. Paulino Huertas¹

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

Introducción: Un biosimilar es un medicamento biológico que contiene una versión del principio activo de un medicamento biológico original previamente autorizado (medicamento de referencia). La similaridad respecto al medicamento de referencia debe ser establecida mediante un ejercicio de comparabilidad en términos de características de calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia. Las variables de actividad en pacientes con espondiloartritis y las variables relacionadas con los fármacos biosimilares (*switching, removal, change of biosimilar, etc.*) muestran su independencia usando técnicas de estadística tradicional, como por ejemplo un contraste de hipótesis chi-cuadrado y pruebas U de Mann Whitney (fig. 1). Otras inconveniencias de los modelos de regresión clásicos es que las mediciones son sensibles a *outliers*, y hay problemas de sesgo, multicolinealidad, heterocedasticidad, etc. Por ello, la mejor aproximación para estudiar las complejas relaciones entre la actividad de los pacientes y el uso de biosimilares es utilizar optimización bayesiana en modelos *machine learning* (ML), que permite obtener modelos con mejor ajuste y predicciones más precisas.

Objetivos: Predecir el *removal* del biosimilar a partir de la actividad de los pacientes de reumatología y, viceversa, predecir la actividad a las 24 semanas de los pacientes, teniendo en cuenta las variables relacionadas con los biosimilares. Para ello, emplearemos modelos *machine learning*, seleccionando las variables que más influyen en ambos casos y calculando los modelos clasificatorios con mejor ajuste.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se plantea realizar una revisión retrospectiva de la base de datos de pacientes con espondiloartritis, a los que se les ha realizado el intercambio de fármaco biológico anterior a un fármaco biosimilar de infliximab, etanercept y adalimumab, durante al menos 24 semanas, atendidos en las consultas externas del Servicio de Reumatología. Para la selección de las variables más importantes empleamos un test chi-cuadrado (fig. 2). Para la optimización bayesiana de los modelos emplearemos el paquete *classification tool* de Matlab. Este paquete minimiza el error RMSE, y maximiza el área bajo la curva ROC, entre un total de 32 modelos estándar de ML, optimizando hiperparámetros.

Resultados: Las variables que más influyen en el REMOVAL del biosimilar son: la actividad de los pacientes en el momento del *switching*, la gravedad RAM y el nivel ASDAS elevado. El mejor modelo *machine learning* es un modelo Kernel con un área bajo la curva de 0,79 y una

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,817 ^a	1	,009		
Corrección de continuidad ^b	6,151	1	,013		
Razón de verosimilitud	6,833	1	,009		
Prueba exacta de Fisher				,013	,007
Asociación lineal por lineal	6,789	1	,009		
N de casos válidos	241				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 47,01.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

P206 Figura 1. Contraste de hipótesis chi-cuadrado que muestra la independencia entre la variable *removal* biosimilar y la actividad a las 24 semanas.

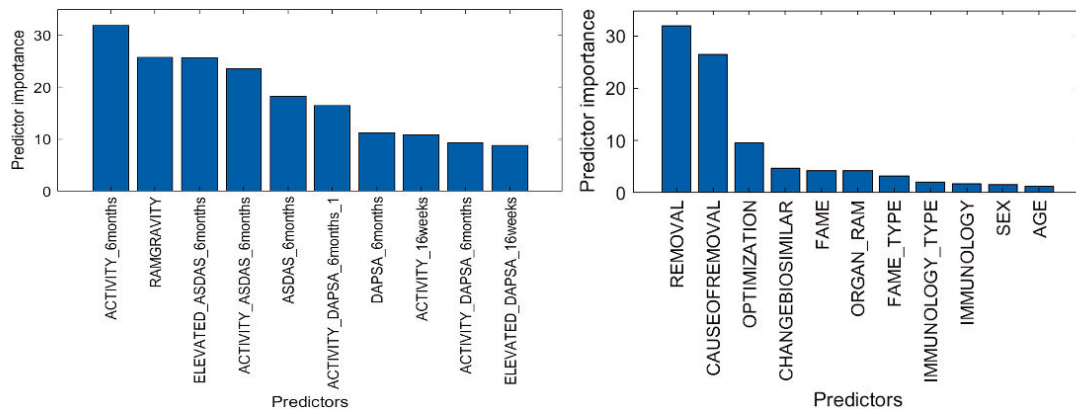


Figura 2. Selección de variables usando prueba chi-cuadrado para explicar el removal del biosimilar y la Actividad a las 24 semanas, respectivamente.

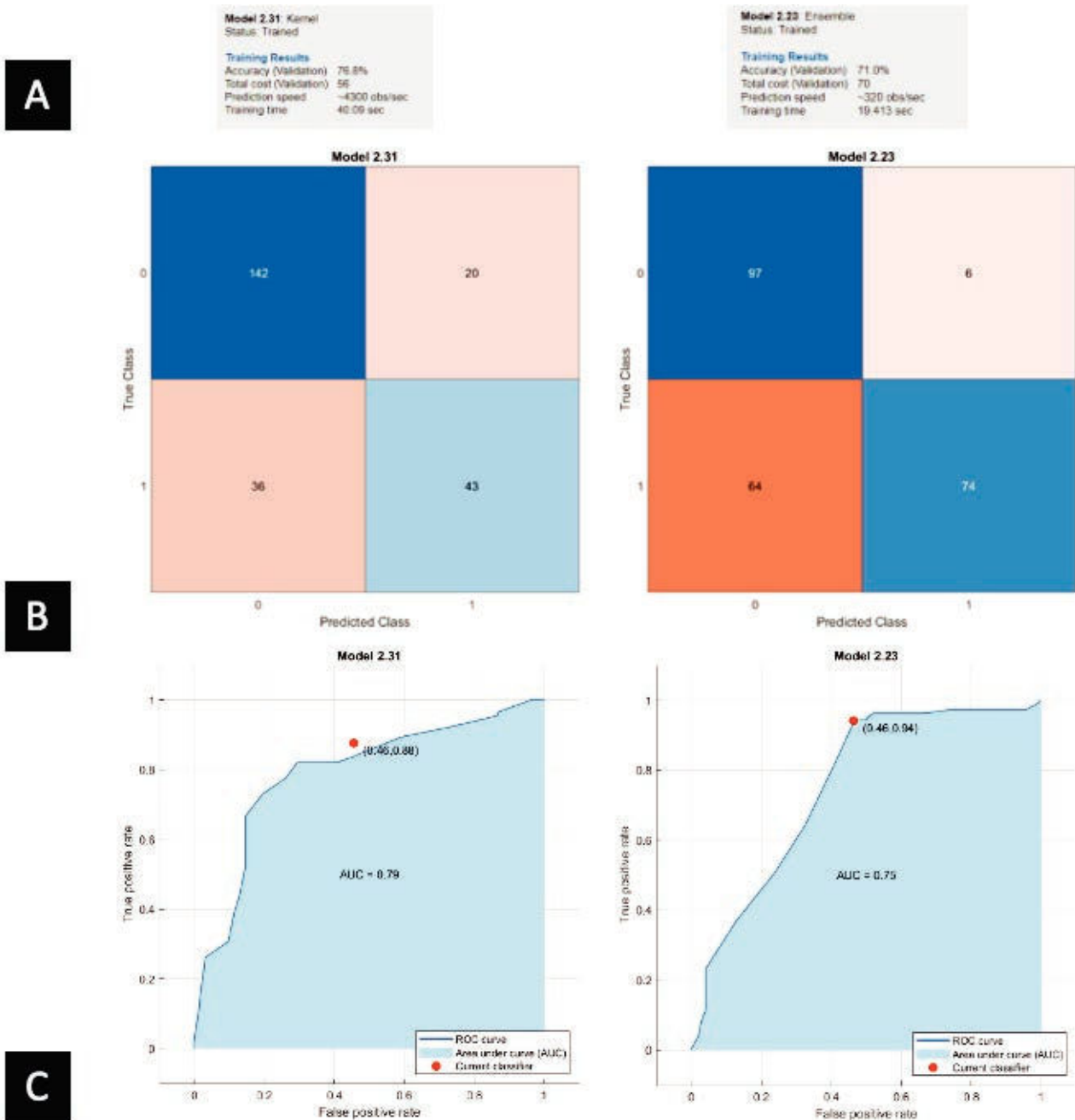


Figura 3. Especificaciones técnicas de los modelos ML para predecir REMOVAL y la actividad a las 24 semanas (A). Matrices de confusión de los modelos (B). Curvas ROC de los modelos (C).

precisión del 76,8%. (fig. 3 A, B y C). Las variables que más influyen en la actividad a las 24 semanas son *optimization*, *removal* y *cause of removal*. El mejor modelo ML obtenido es un ensemble (fig. 3 A, B y C) con un área bajo la curva de 0,75 y una precisión del 71%.

Conclusiones: Las variables relacionadas con biosimilares y las variables de actividad muestran su independencia con métodos estadísticos clásicos. Sin embargo, usando modelos *machine learning*, se obtienen relaciones más complejas, que permiten hacer predicciones con un grado más alto de precisión.

P207. UPADACITINIB EN ARTRITIS PSORIÁSICA REFRACTARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 134 PACIENTES DE PRÁCTICA CLÍNICA

Eva Galíndez Agirregoikoa¹, Diana Prieto-Peña², Maria Luz García-Vivar¹, L. Vega¹, Cristina Vergara³, Irati Urionaguena⁴, Consuelo Ramos Giráldez⁵, Raquel Almodóvar González⁶, Beatriz Joven-Ibáñez⁷, Rosario García-Vicuna⁸, Vega Jovani⁹, Teresa González¹⁰, À Martínez-Ferrer¹¹, Ana Urruticoechea-Arana¹², Bryan-Josué Flores Robles¹³, Cristina Campos¹⁴, Lilian María López Nuñez¹⁵, Joaquín María Belzunegui Otano¹⁶, Marina Pavía Pascual¹⁷, Esteban Rubio Romero¹⁸, Angel Ramos Calvo¹⁹, Noemí Busquets-Pérez²⁰, Ana Pérez Gómez²¹, Francisco Ortiz Sanjuan²², Rafael Melero²³, Cristina Macía²⁴, M. Ángeles Puche²⁵, J.A. Pinto Tasende²⁶, Cristina Fernández Carballido²⁷, Mari Paz Martínez-Vidal²⁷, Jaime Calvo Alén²⁸, Enma Beltrán Catalán²⁹, S. Perez Barrio³⁰, Iñigo Gorostiza³¹ y Ricardo Blanco²

¹Rheumatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²Rheumatology. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. ³Rheumatology. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ⁴Rheumatology. Hospital Universitario Galdakao. Bilbao. ⁵Rheumatology. Hospital de Valme. Sevilla. ⁶Rheumatology. Hospital Universitario Alcorcón. Madrid. ⁷Rheumatology. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Rheumatology. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁹Rheumatology. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ¹⁰Rheumatology. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ¹²Rheumatology. Hospital Can Misses. Ibiza. ¹³Rheumatology. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. ¹⁴Rheumatology. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ¹⁵Rheumatology. Hospital Universitario Son Llàtzer. Mallorca. ¹⁶Rheumatology. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ¹⁷Rheumatology. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ¹⁸Rheumatology. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁹Rheumatology. Complejo Hospitalario de Soria. ²⁰Rheumatology. Hospital de Granollers. ²¹Rheumatology. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²²Rheumatology. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²³Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²⁴Rheumatology. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²⁵Rheumatology. Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba. ²⁶Rheumatology. Hospital A Coruña. ²⁷Rheumatology. Hospital San Juan de Alicante. ²⁸Rheumatology. Hospital Universitario Araba. Vitoria. ²⁹Rheumatology. Hospital del Mar. Barcelona. ³⁰Dermatology. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ³¹Investigation. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: La EMA ha autorizado recientemente (enero 2021) el upadacitinib (UPA) en la Artritis Psoriásica (APs)¹. UPA ha demostrado eficacia en la APs refractaria a anti-TNF en un ensayo clínico (EC)². Nuestros objetivos fueron a) estudiar la efectividad y seguridad del UPA en los primeros casos en España de práctica clínica (PC) b) comparar los pacientes de PC con los del EC².

Métodos: Estudio multicéntrico de 134 pacientes de PC con APs tratados con UPA en España. El diagnóstico de APs se realizó con criterios CASPAR. Se incluyeron pacientes con APs refractaria de 29

Servicios Nacionales de Reumatología (enero 2021-enero 2023) que habían recibido ≥ 1 dosis de UPA (15 mg/día) con al menos una visita de seguimiento. Se definió APs refractaria si no se había logrado baja actividad clínica o remisión con Fármacos Modificadores de Enfermedad (FAME) biológicos (b) y/o sintéticos dirigidos (sd). Los desenlaces fueron la efectividad, seguridad y ahorro de corticoides. Se realizó un estudio comparativo entre esta cohorte de PC y los del EC SELECT-PsA 2 (APs refractaria a anti-TNF (2)). Los resultados se expresan como porcentajes, media ± DE o mediana [IQR] en función de la distribución de la variable.

Resultados: Se estudiaron 134 pacientes (97 mujeres/37 hombres), edad media 51,8 ± 11,2 años (tabla 1). El patrón articular fue: periférico (61,9%), mixto (30,6%) y axial (7,5%). Durante la evolución de la APs, también presentaron entesitis (35,3%), dactilitis (25,4%), psoriasis (73,9%) y onicopatía (24,4%). Previamente al UPA recibieron corticoide oral (68,7%) (dosis media máxima de prednisona 13,4 ± 9,3) y una media por paciente de FAMES convencionales (1,8 ± 1,0) y FAME-b (3,3 ± 2,2). Los FAME-b fueron: adalimumab (n = 101), etanercept (53), certolizumab (37), infliximab (30), golimumab (26), secukinumab (66) ixekizumab (44), ustekinumab (44), guselkumab (2), abatacept (2) y brodalumab (1). Además recibieron FAME-sd; apremilast (n = 27) tofacitinib (29) y filgotinib (1). El UPA al inicio se asoció con a) prednisona (n = 58; 43,3% dosis media 8,3 ± 5,6 mg/d) b) FAME convencionales (n = 64; 47,8%); metotrexato (n = 39), leflunomida (19) y sulfasalacina (10) o en monoterapia (n = 70; 52,2%). Al inicio del UPA presentaban artritis periférica (78,4%) actividad axial (29,1%) psoriasis (25,4%) onicopatía (11,3%), entesitis (21,6%) y dactilitis (10,5%). Tras un seguimiento medio de 5,9 ± 5,1 meses se observó una mejoría rápida y mantenida en los índices de actividad (DAS28, DAPSA) (fig.) y en la PCR. Al 6º mes se observó mejoría de: afectación axial (35,7%) dactilitis (80%), entesitis (53,8%) psoriasis (69,2%) y ahorro de corticoides (p = 0,031) (tabla 2). Los pacientes de PC comparados con los del EC fueron en mayor proporción mujeres, refractarios a un mayor número de FAME-b previos y recibieron más corticoide concomitante (tabla 1). No se observaron efectos adversos (EA) graves. Se notificaron 1 o más EA menores en 23 (17,2%) pacientes. El UPA se suspendió en 44 (32,8%) (28 ineficacia, 4 decisión del paciente, 4 infección, 2 episodios *de novo* de uveítis anterior, 1 trombosis, 1 cirugía, 1 embarazo, 1 urticaria y 1 diarrea).

Tabla 1. Características basales

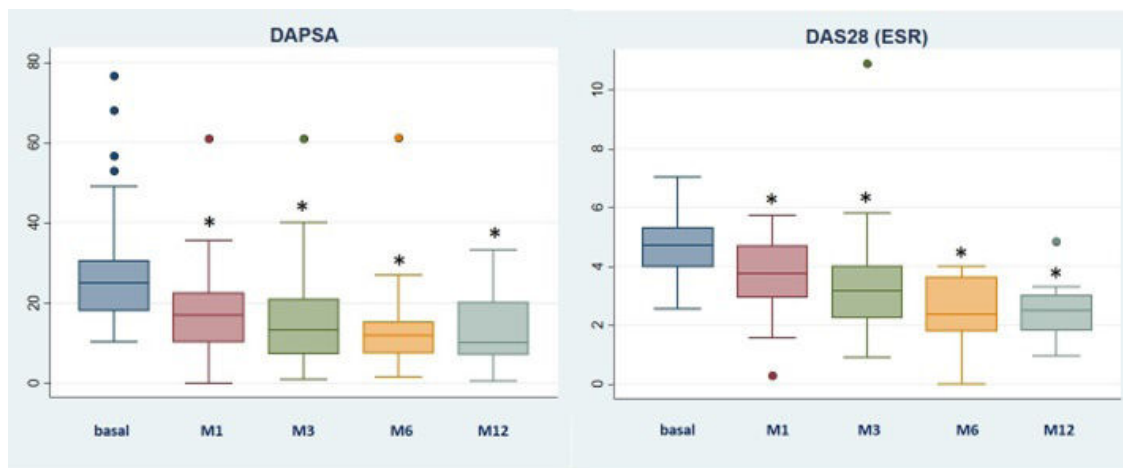
	Práctica clínica (n = 134)	Ensayo clínico (n = 211)	p
Características demográficas basales			
Edad, años (media ± DE)	51,82 ± 11,22	53,0 ± 12,0	0,362
Sexo, n (%) mujeres	97(72,4)	113 (53,6)	< 0,001
Características enfermedad			
Duración de APs, años (media ± DE)	9,94 ± 7,72	9,5 ± 8,4	0,625
HAQ-DI	1,00 ± 0,63	1,10 ± 0,6	0,140
Articulaciones tumefactas, media ± DE	4,33 ± 5,01	11,3 ± 8,2	< 0,001
Articulaciones dolorosas, media ± DE	6,10 ± 5,6	24,9 ± 17,3	< 0,001
Entesitis, n (%)	29 (21,6)	172 (81,5)	< 0,001
	(MASES)	(SPARCC)	
Dactilitis, n (%)	14 (10,5)	55 (26,1)	< 0,001
PASI score, media ± DE	0,95 ± 1,65	10,1 ± 9,2	< 0,001
PCR (mg/L), media ± DE	8,36 ± 14,47	11,2 ± 18,5	0,133
Uso glucocorticoides orales, n (%)	58 (43,28)	22 (10,4)	< 0,001
FAMES biológicos previos			
Uso previo de FAME biológico, n (%)	123 (91,8)	195 (92,4)	0,833
Número de FAME biológico previo, n (%)			
0	11 (8,2)	18 (8,5) *	0,916
1	22 (16,4)	135 (63,7)	< 0,001
2	21 (15,7)	35 (16,5)	0,822
≥ 3	80 (59,7)	24 (11,3)	< 0,001
UPA al inicio			
Monoterapia, n (%)	70 (52,24)	113 (53,6)	0,811
Combinado con FAMES convencionales, n (%)	64 (47,76)	98 (46,4)	0,811

*Pacientes con intolerancia, pero no con respuesta inadecuada a FAME biológico, HAQ-DI Health Assessment Questionnaire-Disability Index, PASI Psoriasis Area Severity Index, PCR, proteína C reactiva, FAME fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.

Tabla 207

Tabla 2. Evolución a los meses 1, 3, 6 y 12 respecto a basal

	Basal (n = 134)	1 mes (n = 89)	3 mes (n = 84)	6 mes (n = 55)	12 mes (n = 25)
Prednisona, n (%)	58 (43,28)	32 (35,95)	33 (39,28)	16 (29,09)	6 (24)
Dosis, mg/día, media ± DE	8,26 ± 5,58	7,73 ± 4,18 p = 0,049	5,60 ± 3,41 p = 0,003	6,16 ± 3,52 p = 0,031	5,42 ± 2,45 p = 0,141
Mejoría cutánea					
Mejoría n (%)	34 (25,37)	10 (52,63)	14 (87,50)	9 (69,23)	3 (50)
Mejoría onicopatía					
Mejoría n (%)	15 (11,28)	2 (20)	4 (57,14)	0 (0,0)	
Recuento articular					
Articulaciones tumefactas	3 [1,00; 6,00]	1 [0,00; 4,00]	0 [0,00; 2,00]	0 [0,00; 2,00]	0 [0,00; 2,00]
Mediana [IQR]	5 [2,00; 8,00]	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,003
p (vs. basal)		2 [0,00; 4,00]	2 [0,00; 6,00]	1 [0,00; 2,00]	2 [1,00; 4,00]
articulaciones dolorosas		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,014
mediana [IQR]					
p (vs. basal)					
Mejoría afect. axial, n (%)	39 (29,10)	9 (52,94)	10 (45,45)	5 (35,71)	3 (33,33)
Mejoría entesis, n (%)	29 (21,64)	9 (64,29)	10 (50)	7 (53,85)	4 (44,44)
Mejoría dactilitis, n (%)	14 (10,53)	7 (77,78)	4 (66,67)	4 (80)	1 (50)
PCR mg/L					
mediana [IQR]	2,90 [1,00; 8,95]	1,50 [0,43; 4,90]	2,02 [0,59; 5,12]	1,00 [0,3; 5,60]	1,00 [0,50; 5,50]
p (vs. basal)		p = 0,001	p = 0,235	p < 0,001	p = 0,006
DAS28					
mediana [IQR]	4,7 [3,97; 5,38]	3,77 [2,87; 4,76]	3,17 [2,16; 4,06]	2,38 [1,73; 3,68]	2,50 [1,76; 3,09]
p (vs. basal)		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,011
DAPSA					
mediana [IQR]	25 [18,06;30,60]	17 [10,10;22,60]	13,29 [7,32;21,27]	12 [7,27;16,00]	10,06 [7,00;20,30]
p (vs. basa)		p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p = 0,015



* p<0.05 M vs baseline (Wilcoxon test)

P207 Figura

Conclusiones: En este estudio, los primeros pacientes tratados con UPA en APs en PC en España recibieron más corticoides simultáneamente y fueron refractarios a un mayor número de FAMEb que los del EC. Al igual que en el EC, UPA fue eficaz, rápido y relativamente seguro en APs refractaria en PC.

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.ema.europa.eu/en>
2. Mease. Ann Rheum Dis. 2021;80:312-20.

P208. SUPERVIVENCIA DE FÁRMACOS BLOQUEADORES DE TNFα BIOSIMILARES VS. ORIGINALES: RESULTADOS DEL REGISTRO BIOBADASER

María Paz Martínez Vidal¹, Cristina Fernández-Carballido¹, Lucía Otero-Varela², Francisco Javier Manero³, Carlos Rodríguez-Lozano⁴, Sara Manrique⁵, Cristina Campos⁶, Vega Jovani⁷, Lorena Expósito Pérez⁸, Bonifacio Álvarez Lario⁹, Javier García-González¹⁰, Fernando Sánchez-Alonso² e Isabel Castrejón¹¹

¹Rheumatology Department. Hospital Universitario San Juan de Alicante. ²Research Unit. Spanish Foundation of Rheumatology. Madrid. ³Rheumatology Department. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Rheumatology Department. Hospital Universitario Dr. Negrín. Canarias. ⁵Rheumatology Department. Hospital General Carlos Haya. Málaga. ⁶Rheumatology Department. Hospital General Universitario de Valencia. ⁷Rheumatology Department. Hospital General Universitario de Alicante. ⁸Rheumatology Department. Hospital Universitario de Canarias. ⁹Rheumatology Department. Hospital Universitario de Burgos. ¹⁰Rheumatology Department. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Rheumatology Department. Gregorio Marañón University Hospital. Madrid.

Introducción: Recientes datos de una extensa cohorte sueca mostraron que los biosimilares no tenían una supervivencia más corta que sus moléculas originales¹. Aunque la supervivencia de las terapias biológicas en la práctica real se ha analizado recientemente en pacientes españoles con enfermedades reumáticas², no sabemos si existen diferencias en la supervivencia del tratamiento, dependiendo de si los pacientes reciben un fármaco biológico original o biosimilar.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue comparar la tasa de retención entre las moléculas biosimilares bloqueadoras de TNF α subcutáneas y sus originales. El objetivo secundario fue analizar los factores asociados a la supervivencia de los fármacos.

Métodos: Análisis retrospectivo de la cohorte BIOBADASER, el registro prospectivo multicéntrico español de pacientes con enfermedades reumáticas con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos o sintéticos dirigidos. Se incluyeron pacientes que recibieron moléculas originales o biosimilares de etanercept o adalimumab durante al menos 6 meses hasta diciembre de 2020. Para evitar el efecto nocebo, se excluyeron los pacientes que habían cambiado de la molécula innovadora a la misma molécula biosimilar. La tasa de retención del fármaco se calculó considerando todos los motivos de suspensión como eventos de finalización, y se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier para la primera y posteriores líneas de tratamiento, ajustando por el uso concomitante de fármacos sintéticos convencionales (FAMEc) y corticosteroides (CS). Los cocientes de riesgo (HR) se estimaron utilizando un modelo de regresión de Cox, para identificar los factores asociados a las diferencias en las tasas de supervivencia de las moléculas biosimilares en comparación con las originales.

Resultados: Para este análisis se incluyeron un total de 4.566 ciclos de tratamiento (2.543 de adalimumab y 2.023 de etanercept) y 4.106 pacientes. Los biosimilares se utilizaron como 1ª línea de tratamiento en el 51,1% de los ciclos, como 2ª línea en el 39,2% y 3ª línea o posteriores en el 37,7%. El uso concomitante de FAMEc ocurrió en el 63,8% de los casos y de CS en el 37,3%. Las características demográficas y clínicas basales de los pacientes se muestran en la tabla. La razón principal para la interrupción fue la ineficacia o pérdida de eficacia (58,1%), seguida de los eventos adversos (18,8%), los embarazos (3,5%) y la remisión (3,3%). La supervivencia fue mayor para los biosimilares (HR 0,68, IC95% 0,53-0,98; p = 0,002). Ni el tipo de enfermedad, el sexo, la edad, la duración de la enfermedad ni los tratamientos concomitantes con CS o FAMEc influyeron en la tasa de retención. La supervivencia fue menor en fumadores (HR 1,23, IC1-1,52; p = 0,046), pacientes con sobrepeso (HR 1,3, IC95% 1,1-1,6; p = 0,006) y 3ª línea de tratamiento (HR 1,34, IC95% 1,1-1,7; p = 0,014). Entre los pacientes con adalimumab, la supervivencia se asoció a artritis idiopática juvenil (HR 0,37, CI 0,16-0,85; p = 0,015) y espondilitis anquilosante (HR 0,63, CI 0,43-0,91; p = 0,015).

	Alimumab+ Original	Etanercept Biosimilar	Total
Edad de inicio, años, media (DE)	48,2 (9,4)	51,4 (8,5)	8,50 (9)
Duración de enfermedad, años, media (DE)	14,6 (8,7)	13,7 (9)	9,00 (8,8)
Varones (%)	874 (52,1)	805 (47,9)	1.679 (47,9)
Mujeres (%)	1.247 (51,4)	1.180 (48,6)	2.427 (48,6)
AR (%)	826 (47,5)	912 (52,5)	1.738 (100,0)
AIJ (%)	138 (66,3)	70 (33,6)	208 (100,0)
EA (%)	543 (52,7)	487 (47,3)	1.030 (100,0)
APs (%)	614 (54,3)	516 (45,7)	1.130 (100,0)
Sobrepeso (%)	471 (41,5)	664 (58,5)	1.135 (100,0)
Obesidad (%)	332 (39,7)	505 (60,3)	837 (100,0)
Fumador (%)	420 (49,1)	436 (50,9)	856 (100,0)
Corticoides	909 (53,4)	794 (46,6)	1.703 (100,0)
Metotrexato	1.026 (54,2)	866 (45,8)	1.892 (100,0)
Otros FAMEc	547 (53,6)	474 (46,4)	1.021 (100,0)
Línea de tratamiento			
1ª	1.244 (48,9)	1.299 (51,1)	2.543 (100,0)
2ª	732 (60,8)	472 (39,2)	1.204 (100,0)
3ª o sucesivas	510 (62,3)	309 (37,7)	819 (100,0)

Conclusiones: En práctica clínica real, la supervivencia de las moléculas biosimilares bloqueadoras de TNF α adalimumab y etanercept es mayor en comparación con sus moléculas originales. El tabaquismo, el sobrepeso y el uso de tratamientos en 3ª línea o posteriores se asocian con una menor tasa de retención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Giuseppe D. Rheumatology (Oxford). 2022;6:3596.
2. Prior-Español A. Sci Rep. 2021;11:11091.

P209. CARACTERIZACIÓN DE LAS LUMBALGIAS DERIVADAS A UNA CONSULTA DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE ESPONDILOARTRITIS DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Mirian Yaneth Orellana Gómez, Cristina Arciniega Larios, Delia Fernández Lozano, Raul Veroz Gonzalez, Sara Maria Rojas Herrera y Eugenio Chamizo Carmona

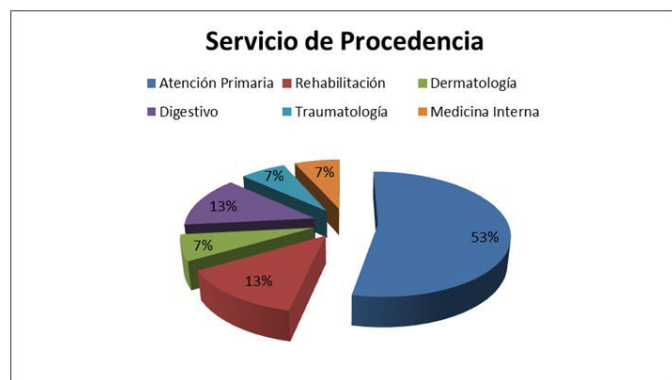
Hospital de Mérida.

Introducción: El dolor lumbar es uno de los padecimientos más antiguos y frecuentes de la humanidad, afectando hasta un 80% de la población en algún momento de su vida. La prevalencia de lumbalgia puntual estimada en la población española adulta (mayor de 20 años) es del 14,8% y la prevalencia estimada de personas con lumbalgia de características inflamatorias en la población general es del 0,8%.

Objetivos: Tipificar las características de las lumbalgias derivadas a nuestra consulta de diagnóstico precoz de espondiloartritis.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de todos los pacientes con lumbalgia que han sido atendidos por primera vez en consulta de diagnóstico precoz de espondiloartritis entre enero y junio de 2020. Se recogieron diferentes variables demográficas, clínicas y analíticas mediante la revisión del historial clínico.

Resultados: Incluimos un total de 30 pacientes, 13 mujeres (43,3%) y 17 hombres (56,6%) con una edad media de 41 años (22-58 años). El 53% derivados desde Atención Primaria, el 13% desde Rehabilitación, el 13% desde Digestivo y el 7% desde Rehabilitación, Medicina Interna y Dermatología respectivamente. Entre los antecedentes personales, destacaban la psoriasis (7%) y la EII (13%) y un 10% de los pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedad reumológica. En cuanto a las características del dolor, el 50% era de carácter mecánico, el 15% inflamatorio y el 35% mixto. Con relación al tiempo de evolución, en el 26% de los casos era menor de un año, el 30% presentaban entre 1 y 5 años de evolución y mayor a 5 años en el 44%. Se realizó radiografía simple al 90% de los casos y resonancia magnética al 73%. Se objetivó elevación de reactantes de fase aguda en el 20% de los casos y se solicitó HLAB27 al 76% de los pacientes, resultando positivo en un 43%. Finalmente, el 77% de los pacientes fueron catalogados de patología no inflamatoria y el 23% se diagnosticó espondiloartritis axial. De las espondiloartritis diagnosticadas, el 57,1% de los casos fueron radiográficas y en el 100% el HLAB27 resultó positivo. En el 80% de los casos se realizó el diagnóstico durante los 12 primeros meses transcurridos desde la derivación.



Servicios que derivan.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes remitidos a nuestra consulta eran varones y procedían de Atención Primaria. La mayoría

de los casos presentaban una lumbalgia de características mecánicas de un tiempo de evolución mayor a 5 años. Las herramientas más empleadas para el diagnóstico fueron las pruebas de imagen y el HLA B27. Tan solo el 23% de los casos fueron diagnosticados de espondiloartritis axial, en su mayoría radiográficas, siendo el resto catalogados como patología no inflamatoria. Destaca el bajo porcentaje de pacientes derivados desde los servicios de Rehabilitación y Traumatología, siendo servicios con alta tasa de consultas por dolor lumbar. Resaltamos la importancia de la derivación precoz desde los diferentes servicios, así como la formación de equipos multidisciplinares del aparato locomotor para un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda García MD, *et al.* Registro Nacional de Pacientes con Espondiloartritis (REGISPONSER). Análisis descriptivo de los 2,367 pacientes españoles incluidos. Reumatol Clin. 2008;4 Supl 4:S48-55.

P210. OPTIMIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ESPONDILOARTRITIS MEDIANTE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO AUTOMATIZADO QUE INCLUYA MEDIDAS DE DESENLAZADO

Francisco Javier de Toro Santos¹, G. González Arrivas¹, D. Dios Santos¹, C. San José Méndez¹, B. Aspe de la Iglesia¹, A. Atanes Sandoval¹, F. Blanco García¹, M. Freire González¹, J. Graña Gil¹, C. López Fernández¹, A. Lois Iglesias¹, N. Oreiro Villar¹, J.A. Pinto Tasende¹, C. Ventín Rodríguez¹, M.T. Silva Díaz¹, G.A. Sanclaudio Luhía² y A. Porta³

¹Servicio de Reumatología. INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Universidade da Coruña. ²Avances en Telemedicina e Informática Sanitaria (ATIS). Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). A Coruña. ³Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Universidade da Coruña.

Introducción: Los pacientes con espondiloartritis axial (EspA-ax) precisan una monitorización periódica de la actividad de la enfermedad. En la práctica clínica se ha descrito una amplia variabilidad y una recogida insuficiente de las variables necesarias para realizar el seguimiento de los pacientes con EspAax. En España, el 87% de las historias clínicas no recogen un índice de actividad de la enfermedad o una valoración global del paciente; el 84% no incluyen un índice funcional; y el 60% no contienen una evaluación de la posible afectación articular. Con el objetivo de homogeneizar la práctica clínica habitual y mejorar el manejo y el pronóstico de la EspAax, se han publicado guías para el seguimiento de los pacientes. Las herramientas digitales pueden resolver problemas de recogidas de datos y facilitar el seguimiento de los pacientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el proceso asistencial de atención a pacientes con EspAax mediante metodología Lean Healthcare y desarrollar una solución informática para el seguimiento de estos pacientes que garantice la evaluación con los estándares recomendados por nuestra sociedad científica.

Métodos: Hemos creado un grupo de trabajo entre médicos y enfermeras de diferentes servicios hospitalarios (calidad, dirección, admisión, reumatólogos, digestólogos, dermatólogos, informáticos, farmacia, radiología) y de atención primaria, y revisado el proceso de seguimiento actual de las personas con espondiloartritis de nuestro hospital. Se ha utilizado la metodología Lean Healthcare con estrategias para detectar y ordenar los procesos y potenciar las fortalezas de la organización y de los profesionales y eliminar ineficiencias. Además, se ha diseñado un sistema informático de seguimiento de pacientes con EspAax (SIMON: sistema inteligente de monitorización) que facilita la recogida de los datos de los cuestionarios propuestos (BASDAI, BASFI) un sistema de indicadores (ASDASPCR) y un cuadro de mandos. Hemos analizado los resulta-

dos del seguimiento de una cohorte de pacientes que acudieron a una consulta monográfica creada a tal fin.

Resultados: En el proyecto se ha definido un nuevo flujo de atención a los pacientes utilizando la herramienta Value Stream Mapping, consolidado una consulta con agenda específica de pacientes con EspAax con la incorporación de los estándares aconsejados automatizados. Se han analizado con la herramienta de seguimiento SIMON a 29 pacientes durante 1 mes. El 58,6% eran hombres y el 41,4% mujeres, de ambiente rural el 51,7% y el 48,2% urbano. El 41,3% eran fumadores y otro 41,3% exfumadores mientras el 17,2% nunca habían fumado. De un total de 263 visitas, el 83,6% tenían incluidos cuestionarios o índices de evaluación. El cuestionario BASDAI lo tenían el 97% de los pacientes en su seguimiento y el ASDASPCR el 87%. El 27,5% tenía un ADASPCR inferior a 1,3.

Tiempo hasta diagnóstico	Días desde inicio síntomas a la derivación al especialista	Días desde inicio síntomas al diagnóstico	Días desde la derivación al especialista al diagnóstico	Edad al diagnóstico años
Media	906	1277	356	42
Mediana	702	1256	123	42
Max	2834	2922	2108	57
Min	3	61	0	18

Conclusiones: es importante utilizar un sistema de seguimiento automatizado para garantizar la recogida de variables clínicas, cuestionarios de evaluación (PROs) e índices de actividad de la enfermedad para tomar decisiones como el que hemos propuesto, SIMON. Previamente es importante analizar el proceso asistencial de atención a pacientes con Exp-ax de forma multidisciplinar con metodología reglada como la Lean Healthcare.

Agradecimientos: iniciativa del servicio de reumatología del Área sanitaria de A Coruña con la colaboración de Novartis y la Sociedade Galega de Reumatoloxía.

P211. LOS DOS LADOS DE LOS INHIBIDORES DEL TNF: EL RIESGO DEL INDUCIR ANAS Y LES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y CON PSORIASIS

Natalia Palmou-Fontana², Ana Elisabet López-Sundh¹, Susana Armesto-Alonso¹, Cristina Naharro Fernández¹, Alfonso Corrales², Marcos Antonio González-López¹ y Ricardo Blanco²

¹Dermatology Department. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Rheumatology Department. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Los fármacos anti-TNF α pueden inducir anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ADN de doble cadena y ocasionalmente lupus eritematoso sistémico (LES). Aunque la coexistencia de psoriasis (PsO) y el LES es raro, la presencia de ANA inducidos por anti-TNF α puede modificar esta relación. Sin embargo, la incidencia de ANA y LES inducidos por anti-TNF α en pacientes con diferente perfil de trastornos autoinmunes aún no está claro. Este escenario requiere atención, ya que el anti-TNF α debe suspenderse si aparecen ANA y LES durante el tratamiento.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de ANA inducidos por anti-TNF α en dos grupos de pacientes, uno con Artritis Psoriásica (APs) y otro con Pso solamente, y analizar el riesgo de desarrollar LES en ambos grupos.

Métodos: Estudio retrospectivo de 70 pacientes diagnosticados de APs según criterios CASPAR y 70 pacientes diagnosticados de PsO que recibieron fármacos anti-TNF α durante al menos 6 meses en los últimos diez años se llevó a cabo. Pacientes con antecedentes de otros trastornos autoinmunitarios concomitantes o enfermedad hepática fueron excluidos. Títulos de ANA antes y durante o después

del tratamiento anti-TNF α como así como se anotaron los datos clínicos obtenidos de la historia clínica que respaldan el LES. Un control grupo de 70 pacientes con APs que no habían recibido fármacos anti-TNF α y que fueron analizados por sexo y edad.

Resultados: De los 70 pacientes con APs, 11 (15,7%) tenían ANA positivos, frente a 20 de 70 (28,6%) en el grupo PsO. Sorprendentemente, 9 de los 70 pacientes del grupo tratado con PsA desarrollaron LES durante el seguimiento, y uno de ellos desarrolló también un síndrome antifosfolípido. Seis pacientes que criterios de LES presentados no mostraron ANA positivos. Por el contrario, ninguno de los pacientes del Serie Dermatología desarrollada LES. La presencia de ANA positivos en el grupo control de PsA fue de 4 de 70 (5,7%), y ninguno de los pacientes de este grupo desarrolló LES durante el seguimiento.

Conclusiones: Los fármacos anti-TNF α pueden inducir ANA durante su uso, pero no necesariamente aumentan el riesgo de desarrollar un LES clínico per se. Este riesgo, sin embargo, podría depender más del estado basal del paciente, IMC, perfil inmunológico. En nuestra serie, parece más probable que PsA pueda aumentar el riesgo de desarrollar LES después inducción de ANA anti-TNF α , y por lo tanto, PsO actúe como factor protector contra el LES. Sin embargo, nuestros resultados pueden estar sesgados por la limitación de ser un estudio retrospectivo. Serían necesarios estudios con cohortes más grandes que incluyan otras variables posiblemente relacionadas.

P212. EVALUACIÓN REDUCIDA DE SINOVITIS ARTICULAR VERSUS EL SCORE GLOBAL EULAR-OMERACT DE SINOVITIS (GLOESS) PARA PREDECIR LA RESPUESTA A SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA Y RESPUESTA INADECUADA A FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD CONVENCIONALES: RESULTADOS EXPLORATORIOS DEL ESTUDIO ULTIMATE

Esperanza Naredo Sánchez¹, M.A. D'Agostino², M. Boers³, G. Schett⁴, P.G. Conaghan⁵, P. Mandl⁶, P. Carron⁷, M. Backhaus⁸, A. López-Rodríguez⁹, P. Hanova¹⁰, P. Goyanka¹¹, B.G. Sahoo¹², C. Gaillez¹³ y W. Bao¹⁴

¹Department of Rheumatology and Joint and Bone Research Unit. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma de Madrid.
²Catholic University of Sacred Heart. Department of Rheumatology. Roma. Italia. ³Amsterdam Rheumatology and Immunology Center. Amsterdam UMC. Vrije Universiteit. Department of Epidemiology and Data Science. Amsterdam. Países Bajos. ⁴FAU Erlangen-Nürnberg and Universitätsklinikum Erlangen. Department of Internal Medicine ⁵Erlangen. Alemania. ⁶Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. Leeds. Reino Unido. ⁷Medical University of Vienna. Division of Rheumatology. Vienna. Austria. ⁸University Hospital Ghent. Department of Rheumatology. Ghent. Bélgica. ⁹Park-Klinik Weissensee. Department of Internal Medicine-Rheumatology and Clinical Immunology. Berlin. Alemania. ¹⁰PSOAPS Clinical and Research Psoriasis Center. Dermatologico Country. Guadalajara. México. ¹¹Institute of Rheumatology. Department of Experimental Rheumatology. Prague. República Checa. ¹²Novartis Healthcare Pvt Ltd. Clinical Project Management. Hyderabad. India. ¹³Novartis Healthcare Pvt Ltd. Biostatistics and Pharmacometrics. Hyderabad. India. ¹⁴Novartis Pharma AG. Immunology. Hepatology and Dermatology. Global Medical Affairs. Basel. Suiza. ¹⁴Novartis Pharmaceuticals Corporation. Analytics- Global Medical Affairs. East Hanover. EE. UU.

Introducción y objetivos: El uso combinado de la ecografía en modo B (US) y en modo *power doppler* (PD); (PDUS) permite la visualización de cambios morfológicos y fisiopatológicos de la membrana sinovial. ULTIMATE (NCT02662985) ha sido el primer gran estudio fase IIIb de PDUS, aleatorizado, doble ciego y contro-

lado con placebo en artritis psoriásica, que ha demostrado que la puntuación global EULAR-OMERACT de sinovitis (GLOESS), una puntuación ecográfica a nivel de paciente, es sensible para detectar la disminución temprana y continua de la sinovitis en un entorno multicéntrico utilizando diferentes dispositivos de ecografía y evaluadores¹. Sin embargo, la evaluación ecográfica necesaria para obtener el GLOESS conllevó mucho tiempo debido a la gran cantidad de articulaciones evaluadas. El objetivo de este estudio era investigar el valor de diversos grupos de articulaciones reducidas para predecir la puntuación GLOESS.

Métodos: ULTIMATE fue un estudio de 52 semanas de duración con un período de tratamiento doble ciego controlado con placebo de 12 semanas, seguido de una extensión abierta de 12 semanas y una extensión abierta de 6 meses¹. En el estudio se calculó GLOESS para 24 articulaciones emparejadas, con una puntuación potencial entre 0 y 144¹. Se construyeron una matriz de correlación de rangos de Spearman y un mapa de imágenes de *clusters* para identificar grupos de articulaciones altamente correlacionados según las puntuaciones PDUS combinadas. En función de los diferentes enfoques (mejor correlación, optimización del modelo, etc.), se seleccionaron articulaciones representativas de cada grupo, de lo cual se obtuvieron varias combinaciones correspondientes de articulaciones. Con estas series articulares reducidas se desarrollaron modelos lineales como predictores del GLOESS, utilizando datos del 60% de pacientes del estudio ULTIMATE seleccionados aleatoriamente. El 40% de los datos restantes se utilizó para la validación y el diagnóstico del modelo.

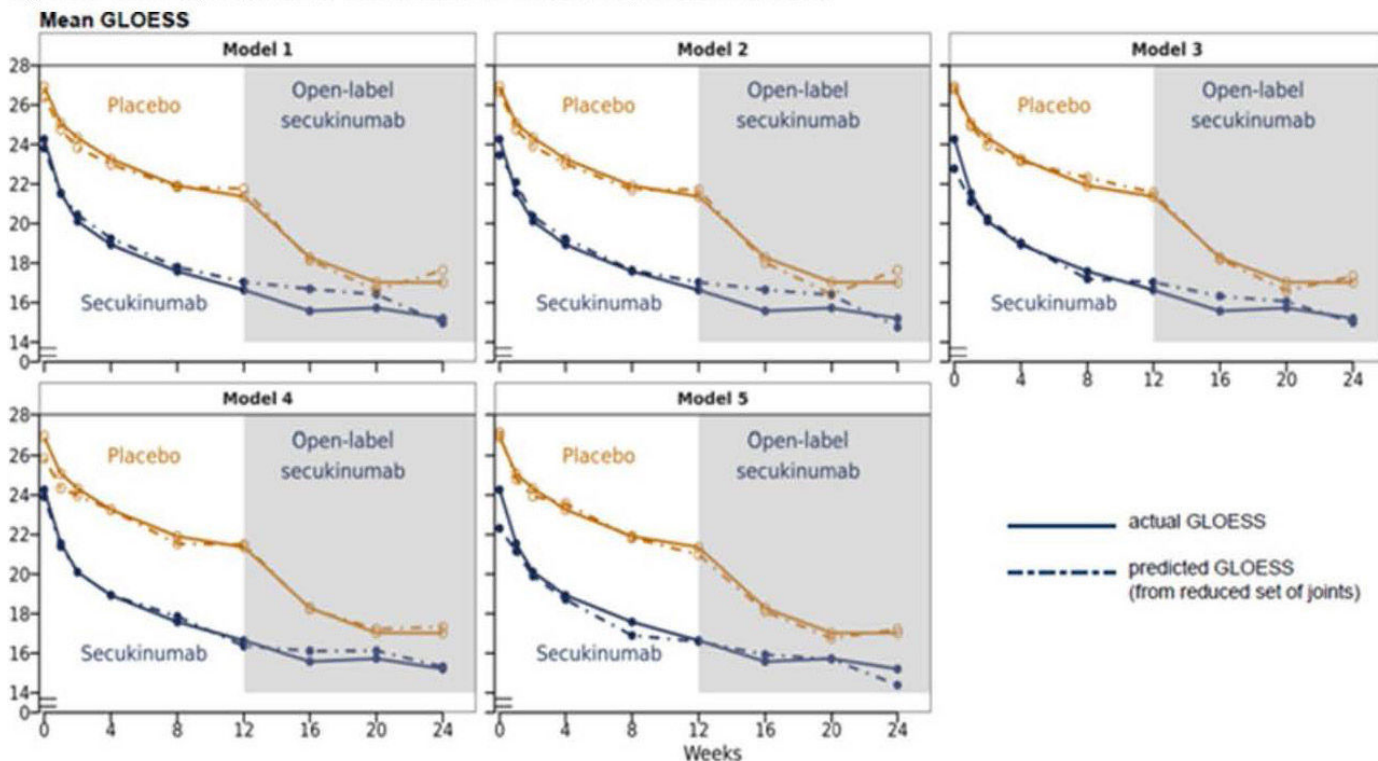
Resultados: Se establecieron 5 modelos con grupos reducidos de articulaciones emparejadas (9-13 pares). Las articulaciones incluidas en cada modelo lineal se resumen en la figura 1. Los 5 modelos de series de articulaciones reducidas mostraron una alta correlación con la puntuación GLOESS de R² de aproximadamente 0,95. La figura 2 muestra los 5 modelos de series reducidas de articulaciones para sinovitis detectada por PDUS vs. el GLOESS en los grupos de secukinumab y placebo-secukinumab, con puntuaciones GLOESS modificadas utilizando las series reducidas de articulaciones que demuestran cambios muy cercanos a los del GLOESS validado.

Figura 1. Articulaciones incluidas en cinco modelos lineales, indicadas con sombreado verde

Joint pairs	Model 1 (N=9)	Model 2 (N=9)	Model 3 (N=9)	Model 4 (N=13)	Model 5 (N=12)
Elbow					
Knee					
MTP2					
Wrist					
MCP1					
DIP4					
MTP4					
MCP2					
MCP4					
MCP5					
PIP3					
PIP4					
PIP1, PIP5					
DIP2					
DIP3, DIP5					
MTP1					
MTP5					
Shoulder					
Tibiotalar					

DIP, interfalángica distal; MCP, metacarpofalángica; MTP, metatarsfalángica; N, número de pares de articulaciones utilizados en el modelo; PIP, interfalángica proximal.

Figura 2. Series de puntuación de sinovitis articular reducida vs puntuación GLOESS



GLOESS, *Global OMERACT EULAR Synovitis Score*.

P212 Figura 2.

Conclusiones: Todos los modelos de grupos articulares reducidos para sinovitis detectada por PDUS predijeron bien el GLOESS. Los próximos pasos serán documentar la capacidad de respuesta y la capacidad de discriminar entre el tratamiento activo y el placebo.

BIBLIOGRAFÍA

1. D’Agostino MA, et al. *Rheumatology* (Oxford) 2021;keab628.

P213. DIFERENCIAS EN ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y DAÑO ESTRUCTURAL ENTRE PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON AINES Y TERAPIAS AVANZADAS. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE VIDA REAL DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Anastasia Mocríticaia, C.D. Adao Abe, Chafik Chacur, Ana Azuaga, Beatriz Frade-Sosa, Juan C. Sarmiento-Monroy, J.A. Gómez-Puerta, Raimon Sanmartí, Juan de Dios Cañete y Julio Ramírez

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Los AINE y las terapias avanzadas (inhibidores de TNF, IL17 y JAK) son las principales herramientas disponibles actualmente para el tratamiento de la espondiloartritis axial (axSpA).

Objetivos: Describir las diferencias en términos de características clínicas, actividad de la enfermedad y daño estructural entre pacientes con axSpA en tratamiento crónico con AINEs y terapias avanzadas.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes ambulatorios reclutados de un hospital español de tercer nivel, con diagnóstico previo de axSpA según criterios ASAS. Se realizó una revisión de sus historias, analizando las características clínico-demográficas y el daño estructural valorado por mSASSS. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según el tratamiento de base: pacientes tratados con AINE y pacientes en terapia avanzada.

Las comparaciones entre grupos se realizaron a través de las pruebas χ^2 y t de Student.

Resultados: Se reclutaron 193 pacientes diagnosticados de axSpA [83% espondilitis anquilosante (EA)]. Sus características clínicas se describen en la tabla. El 44% estaba en tratamiento con AINE y el 56% con terapias avanzadas, principalmente anti-TNF (86,1%). Entre los pacientes en tratamiento con AINE, el 64,7% los consumía a demanda únicamente durante los brotes clínicos y el 17,6% los usaba a dosis plena de manera diaria. No hubo diferencias significativas entre grupos de tratamiento en cuanto a tiempo de evolución, prevalencia de HLA-B27, entesitis, artritis periférica o daño estructural valorado por mSASSS. En comparación con los pacientes en tratamiento crónico con AINE, los pacientes con terapias avanzadas eran principalmente hombres (69,4%, $p = 0,025$) y significativamente más jóvenes ($p = 0,033$). Además, los pacientes con terapias avanzadas tenían menos actividad de la enfermedad por ASDAS-PCR ($p = 0,047$), a pesar de que los valores de BASDAI y PCR no alcanzaron significación estadística. La distribución de la psoriasis (16 pacientes, 8,3%) y uveítis (46 pacientes, 23,8%) fue equitativa entre ambos grupos, aunque los pacientes con psoriasis presentaban niveles superiores de ASDAS-PCR ($p = 0,028$) y PCR sérica ($p = 0,019$). Cinco de los 6 pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal estaban en terapia biológica (golimumab y adalimumab). Tras comparar pacientes en tratamiento con dosis plenas de AINEs *versus* a demanda, se observó mayor daño estructural por mSASSS en el primer grupo ($p = 0,041$), pero con una actividad subjetiva de la enfermedad inferior por BASDAI ($p = 0,049$).

Conclusiones: No se encontraron diferencias en daño estructural entre los pacientes tratados de manera crónica con AINE y terapias avanzadas, aunque la actividad de la enfermedad fue inferior en los pacientes en tratamiento con terapias avanzadas. La mayoría de los pacientes en tratamiento crónico con AINE los usaban de forma

puntual durante brotes clínicos. Los pacientes en tratamiento con AINE a dosis plenas tenían mayor daño estructural y una menor puntuación del BASDAI.

Características clínico-demográficas de los pacientes con axSpA en tratamiento con AINEs y terapias avanzadas

	Total	AINE	Terapias avanzadas	p
n (%)	193 (100,0%)	85 (100,0%)	108 (100,0%)	
Edad (años ± DE)	51 ± 14,8	53,6 ± 16,4	49,0 ± 13,1	0,033
Varones (%)	119 (61,7%)	44 (51,8%)	75 (69,4%)	0,025
Mujeres (%)	74 (38,3%)	41 (48,2%)	33 (30,6%)	
r-axSpA (%)	160 (82,9%)	64 (74,1%)	96 (90,0%)	0,012
nr-axSpA (%)	33 (17,1%)	21 (25,9%)	12 (11,1%)	
Tiempo de evolución (años ± DE)	21,4 ± 14,2	20,7 ± 15,8	22 ± 13,0	0,582
Psoriasis (%)	16 (8,3%)	6 (7,1%)	10 (9,3%)	0,793
Enfermedad inflamatoria intestinal (%)	6 (3,1%)	1 (0,01%)	5 (4,6%)	0,235
Uveítis (%)	46 (23,8%)	20 (23,5%)	26 (24,1%)	1
Entesitis (%)	18 (9,3%)	10 (11,8%)	8 (7,4%)	0,323
Artritis periférica (%)	51 (26,4%)	19 (23,5%)	32 (29,6%)	0,326
HLA-B27 (%)	162 (84,0%)	70 (85,4%)	92 (87,7%)	1
BASDAI (U ± DE)	3,1 ± 2,1	3,2 ± 2,2	3,0 ± 2,1	0,669
PCR (mg/dL ± DE)	0,6 ± 0,6	0,7 ± 0,64	0,6 ± 0,6	0,182
ASDAS-PCR (U ± DE)	1,8 ± 0,9	2,1 ± 0,9	1,7 ± 0,9	0,047
mSASSS (U ± DE)	10,6 ± 14,7	7,8 ± 8,0	12,1 ± 17,2	0,176
AINEs (%)	107 (55,4%)	85 (100,0%)	22 (20,4%)	NA
Dosis plenas (%)	18 (9,3%)	15 (17,6%)	2 (1,8%)	
75% de dosis plena (%)	3 (1,5%)	3 (3,5%)	0 (0,0%)	
50% de dosis plena (%)	12 (6,2%)	12 (14,1%)	0 (0,0%)	
PRN (%)	160 (82,9%)	55 (64,7%)	20 (18,5%)	
Anti-TNF (%)	93 (48,2%)		93 (86,1%)	NA
Etanercept (%)	21 (10,9%)		21 (19,4%)	
Adalimumab (%)	41 (21,2%)		41 (38,0%)	
Infliximab (%)	9 (4,7%)		9 (8,3%)	
Golimumab (%)	19 (9,8%)		19 (17,6%)	
Certolizumab (%)	3 (1,6%)		3 (2,8%)	
Anti-IL17 (%)	14 (7,3%)		14 (13,0%)	NA
Secukinumab (%)	12 (6,2%)		12 (11,1%)	
Ixekizumab (%)	2 (0,1%)		2 (1,8%)	
Upadacitinib (%)	1 (0,05%)		1 (0,09%)	
Optimización de dosis (%)	35 (18,1%)		35 (32,4%)	
Duración del tratamiento avanzado (años ± DE)	5,4 ± 4,8		5,4 ± 4,8	
DMARDs (%)	6 (3,1%)	1 (1,2%)	5 (4,6%)	NA

P214. PERSISTENCIA EN LA VIDA REAL Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON TERAPIA CON ANTI-IL17: ESTUDIO PERFIL-17

B. Joven¹, C. Fito Manteca², E. Rubio³, E. Raya⁴, A. Pérez⁵, R. Hernández⁶, S. Manrique⁷, M. Núñez⁸, S. Díaz⁸, L. Trancho⁸, S. Moyano⁸, R García de Vicuña⁹ y A. Murcia⁸

¹Departamento de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ³Departamento de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁸Lilly España. Alcobendas. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital de la Princesa. Madrid.

Introducción: Los inhibidores de la interleucina 17 (anti-IL17) han proporcionado una opción de tratamiento adicional para la artritis psoriásica (APs). Este estudio tiene como objetivo describir el perfil de los pacientes, los patrones de tratamiento y la persistencia en pacientes con APs tratados con ixekizumab y secukinumab en la vida real.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico en 8 hospitales españoles. Entre enero de 2019 y marzo de 2020 fueron incluidas tres cohortes de pacientes adultos con APs que

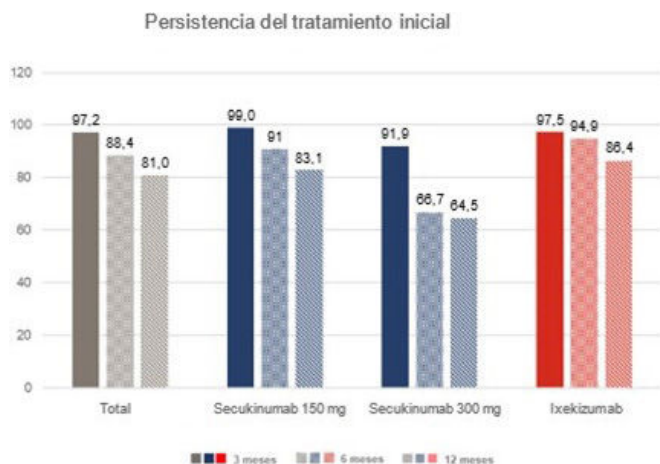
habían iniciado recientemente un tratamiento con un anti-IL17A (secukinumab 150 mg [SECU150], secukinumab 300 mg [SECU300], ixekizumab [IXE]). Se recopilaron los datos de los pacientes expuestos a fármacos anti-IL17 con una visita de seguimiento hasta marzo de 2021. Las características demográficas y clínicas, los patrones de tratamiento y la persistencia se analizaron de forma descriptiva. Los datos continuos se presentaron como media (desviación estándar [DE]) y las variables categóricas, como frecuencias con el porcentaje. Se calcularon las tasas de persistencia a los 3/6/12 meses.

Resultados: Se analizaron 221 pacientes con APs (SECU150: 103 [46,6%], SECU300: 38 [17,2%] e IXE: 80 [36,2%]). Los patrones de tratamiento difirieron según las características clínicas: Los pacientes con SECU150 presentaban una APs más moderada y menos daño articular periférico, mientras que en los pacientes con SECU300 la frecuencia de entesitis y psoriasis activa era mayor, y en los pacientes con IXE había transcurrido más tiempo desde el diagnóstico de APs y tenían más frecuentemente enfermedades concurrentes, daño articular y psoriasis diagnosticada (tabla). El 77,8% de los pacientes había recibido tratamiento previo con FAMEsc en monoterapia y el 72,9%, con FAMEb/FAMEsd (93,8% IXE, 68,4% SECU300 y 58,3% SECU150). El número medio de FAMEb/FAMEsd previos era de 2,4 (1,5), 1,7 (0,9) y 1,6 (1,0), respectivamente. La persistencia de anti-IL17 se muestra en la figura. El motivo más frecuente de interrupción fue la ineficacia (13,8%).

Características demográficas y clínicas basales de los pacientes

	Total n (%)	SECU150 n (%)	SECU300 n (%)	IXE* n (%)
Pacientes	221 (100,0)	103 (100,0)	38 (100,0)	80 (100,0)
Edad en el tratamiento inicial (años), media (DE)	51,5 (11,6)	51,8 (12,4)	46,1 (10,3)	53,7 (10,4)
Mujeres, n (%)	114 (51,6)	54 (52,4)	18 (47,4)	42 (52,5)
IMC (kg/m ²), media (DE); n	28,6 (6,3); 90	29,0 (6,8); 32	29,0 (6,7); 21	28,1 (5,9); 37
Tiempo de evolución de la APs desde el diagnóstico (años), media (DE)	8,1 (7,7)	6,9 (7,3)	6,5 (6,8)	10,5 (8,2)
Tiempo de evolución de la Ps desde el diagnóstico (años), media (DE); n	15,2 (13,9); 114	13,0 (13,3); 49	16,7 (13,6); 17	16,9 (14,6); 48
Comorbilidades, n (%)	183 (82,8)	82 (79,6)	30 (78,9)	71 (88,8)
Psoriasis diagnosticada				
Sí	191 (86,4)	82 (79,6)	33 (86,8)	76 (95,0)
No se sabe	9 (4,1)	6 (5,8)	2 (5,3)	1 (1,3)
PASI, media (DE); n	7,9 (6,0); 25	3,9 (3,2); 4	8,3 (6,5); 9	9,0 (6,2); 12
Psoriasis activa				
Sí	133 (60,2)	56 (53,4)	28 (73,7)	49 (61,3)
No se sabe	26 (11,8)	9 (8,7)	2 (5,3)	15 (18,8)
Gravedad de la artritis psoriásica				
Leve	46 (20,8)	18 (17,5)	13 (34,2)	15 (18,8)
Moderada	119 (54,3)	59 (57,3)	17 (44,7)	43 (53,8)
Grave	36 (16,3)	12 (11,7)	7 (18,4)	17 (21,3)
No se sabe	20 (9,0)	14 (13,6)	1 (2,6)	5 (6,3)
Daño articular				
Sí	206 (93,2)	92 (89,3)	35 (92,1)	79 (98,8)
Periférico	180 (81,4)	72 (69,9)	33 (86,8)	75 (93,8)
Axial	92 (41,8)	43 (41,7)	14 (36,8)	35 (43,8)
Dactilitis				
Sí	41 (18,5)	20 (19,4)	7 (18,4)	14 (17,5)
No se sabe	11 (5,0)	8 (7,8)	0 (0,0)	3 (3,8)
Entesitis				
Sí	56 (25,3)	20 (19,4)	15 (39,5)	21 (26,3)
No se sabe	14 (6,3)	9 (8,7)	1 (2,6)	4 (5,0)

Si no se dan los valores específicos de la N por variable, los datos corresponden a la muestra completa por cohorte. *160 mg como dosis inicial que permite cambiar a una dosis de mantenimiento de 80 mg posteriormente de acuerdo con el RCP. A Remisión de la enfermedad (DAS28 < 2,6, DAPSA ≤ 4), leve (DAS28 ≥ 2,6 y ≤ 3,2, DAPSA > 4 y ≤ 14), moderada (DAS28 > 3,2 y ≤ 5,1, DAPSA > 14 y ≤ 28), grave (DAS28 > 5,1, DAPSA > 28). IMC: Índice de masa corporal; PASI: Psoriasis Area and Severity Index.



Persistencia de los anti-IL17, en general y por cohortes del estudio a lo largo de un año de seguimiento.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con APs tratados con anti-IL17 en España tenía enfermedad moderada o grave, con afectación periférica predominante, compromiso cutáneo y tratamiento previo con al menos un FAMEb/FAMEsd. Al año de seguimiento, más del 80% de los pacientes continuaba con el tratamiento anti-IL-17. IXE mostró la tasa de persistencia más alta, seguido de SECU150 y SECU300.

P215. ANÁLISIS A POSTERIORI DE LAS PUNTUACIONES DE INFLAMACIÓN EN LA RM DE COLUMNA VERTEBRAL DEL SPARCC EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA TRATADOS CON IXEKIZUMAB: RESULTADOS DEL ESTUDIO COAST-V EN LA SEMANA 16

Helena Marzo-Ortega¹, Wen-Chan Tsai², Hideto Kameda³, Ayako Konomi⁴, Andrew James Bradley⁴, Khai Jing Ng⁴, Yves Schymura⁴, Soyi Liu Leage⁴, Walter P. Maksymowych⁵, Mikkel Østergaard⁶ y Xavier Juanola Roura⁷

¹NIHR Leeds Biomedical Research Centre. Leeds Teaching Hospitals NHS Trust y LIRMM. Universidad de Leeds. Reino Unido. ²División de Reumatología del Hospital Médico Kaoshiung. Departamento de Medicina Interna. Kaohsiung City. Taiwán. ³División de Reumatología. Departamento de Medicina Interna. Universidad de Toho. Tokio. Japón. ⁴Eli Lilly and Company. Indianápolis. EE. UU. ⁵Departamento de Medicina. Universidad de Alberta. Edmonton. Canadá. ⁶Universidad de Copenhague. Departamento de Medicina Clínica. Copenhague. Dinamarca. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Se ha demostrado que ixekizumab, un inhibidor de la interleucina 17A, es eficaz en la espondiloartritis axial radiográfica (EspAax-r) independientemente de la inflamación local basal, medida mediante las puntuaciones de inflamación en la resonancia magnética (RM) de columna vertebral del Consorcio de Investigación de la Espondiloartritis de Canadá (Spondyloarthritis Research

Tabla P215

		Placebo (N = 81)			Adalimumab (N = 82)			Ixekizumab C4S (N = 78)		
		Valor inicial bajo (N = 40)	Respuesta baja (N = 29)	Respuesta alta (N = 12)	Valor inicial bajo (N = 36)	Respuesta baja (N = 7)	Respuesta alta (N = 39)	Valor inicial bajo (N = 35)	Respuesta baja (N = 11)	Respuesta alta (N = 32)
Puntuaciones de RM de columna vertebral del SPARCC										
Valor inicial, media (DE)		0,7 (1,4)	26,7 (20,1)	34,5 (20,1)	0,7 (1,2)	15,9 (14,9)	38,5 (31,8)	0,4 (1,1)	11,2 (4,8)	31,8 (23,0)
CCRI en la semana 16, MMC (EE)		0,8 (0,3)	1,5 (0,9)	-13,2 (3,7)	-0,05 (0,4)	-1,5 (1,6)	-27,0 (2,1)	-0,15 (0,4)	0,8 (1,3)	-27,5 (2,4)
Proporción que alcanzó el objetivo de respuesta de eficacia, n (%)										
ASAS40	Semana 16	8 (20,0)	4 (13,8)	2 (16,7)	10 (27,8)	2 (28,6)	17 (43,6)	16 (45,7)	5 (45,5)	18 (56,3)
ASDAS < 2,1	Semana 16	7 (17,5)	2 (6,9)	0	12 (33,3)	0	19 (48,7)	15 (42,9)	5 (45,5)	15 (46,9)
BASDAI50	Semana 16	8 (20,0)	3 (10,3)	3 (25,0)	9 (25,0)	1 (14,3)	16 (41,0)	15 (42,9)	5 (45,5)	14 (43,8)
Puntuación inicial del criterio de valoración de la eficacia y CCRI										
ASDAS	Valor inicial, media (DE)	3,7 (0,7)	4,0 (0,7)	4,3 (0,8)	3,3 (0,8)	3,8 (0,4)	3,9 (0,9)	3,7 (0,8)	3,4 (0,4)	3,9 (0,7)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-0,6 (0,1)	-0,3 (0,2)	-0,4 (0,3)	-1,0 (0,1)	-0,7 (0,3)	-1,6 (0,2)	-1,3 (0,1)	-1,2 (0,3)	-1,7 (0,2)
BASDAI	Valor inicial, media (DE)	6,8 (1,3)	6,7 (1,3)	7,1 (1,1)	6,3 (1,4)	7,1 (0,9)	6,8 (1,6)	6,7 (1,4)	7,2 (1,0)	6,8 (1,3)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-1,6 (0,3)	-1,1 (0,4)	-1,4 (0,6)	-2,0 (0,3)	-1,7 (0,7)	-2,7 (0,3)	-2,8 (0,3)	-3,0 (0,6)	-3,0 (0,4)
Dolor de columna	Valor inicial, media (DE)	7,3 (1,5)	7,3 (1,5)	8,1 (1,4)	6,8 (1,6)	7,4 (1,1)	7,3 (1,6)	7,3 (1,5)	8,0 (0,9)	7,5 (1,3)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-1,9 (0,4)	-1,2 (0,4)	-1,8 (0,7)	-2,3 (0,4)	-2,0 (0,8)	-2,9 (0,4)	-2,8 (0,4)	-3,4 (0,6)	-3,5 (0,4)
BASFI	Valor inicial, media (DE)	6,3 (1,8)	6,4 (2,0)	6,6 (2,3)	5,3 (2,3)	7,1 (0,6)	6,5 (1,9)	6,2 (1,9)	6,0 (1,5)	6,1 (1,7)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	-1,3 (0,3)	-0,7 (0,3)	-1,4 (0,6)	-1,6 (0,3)	-1,4 (0,6)	-2,6 (0,3)	-2,2 (0,3)	-2,8 (0,5)	-2,7 (0,4)
SF-36 PCS	Valor inicial, media (DE)	31,4 (8,6)	32,2 (7,5)	31,9 (8,5)	35,2 (8,3)	31,1 (7,4)	32,4 (7,6)	32,7 (8,7)	36,0 (7,4)	34,1 (5,8)
	CCRI en la semana 16, MMC (EE)	4,8 (1,1)	1,3 (1,3)	4,9 (2,1)	5,2 (1,1)	4,6 (2,5)	8,1 (1,2)	7,6 (1,1)	9,0 (2,0)	8,1 (1,4)

Las puntuaciones más bajas en ASDAS, BASDAI, dolor de columna y BASFI indican mejoría; las puntuaciones más altas en SF-36 PCS indican mejoría. Los CCRI se evaluaron mediante estadística descriptiva. ASAS40 = Evaluación en la Sociedad Internacional de Espondiloartritis 40%; ASDAS = Puntuación de la actividad patológica de la espondilitis anquilosante; BASDAI = Índice de la actividad patológica de la espondilitis anquilosante de Bath; BASFI = Índice funcional de la espondilitis anquilosante; CCRI = cambio con respecto al inicio; MMC = media de mínimos cuadrados; n = número de pacientes en la categoría especificada; N = número de pacientes en la población de análisis; DE = desviación estándar; EE = error estándar; SF-36 PCS = Resumen del componente físico del Cuestionario de salud abreviado de 36 ítems.

Consortium of Canada, SPARCC). En este análisis a posteriori se evaluó la eficacia de ixekizumab en pacientes con EspAax-r clasificados según la puntuación de la RM basal y el cambio con respecto al inicio (CCRI) a las 16 semanas (S).

Métodos: COAST-V (NCT02696785) fue un ensayo controlado y aleatorizado fase III en el que se inscribió a pacientes con EspAax-r activa sin tratamiento previo con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos, aleatorizados en una proporción de 1:1:1 a 80 mg de ixekizumab cada 2 semanas, 80 mg de ixekizumab cada 4 semanas (C4S), adalimumab o placebo durante el periodo de tratamiento ciego de 16S. Se definieron tres categorías según la puntuación de la inflamación en la RM de columna vertebral del SPARCC al inicio y el CCRI (según el cambio mínimamente importante publicado): 1) valor inicial bajo (puntuación inicial del SPARCC < 5,0 puntos), 2) respuesta baja (puntuación inicial del SPARCC ≥ 5,0 puntos y CCRI < 5,0 puntos), 3) respuesta alta (puntuación inicial del SPARCC ≥ 5,0 puntos y CCRI ≥ 5,0 puntos). Se determinaron las proporciones de pacientes que alcanzaron una Evaluación de la Sociedad Internacional de Espondiloartritis del 40% (Assessment in SpondyloArthritis international Society 40%, ASAS40), una Puntuación de la actividad patológica de la espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, ASDAS) < 2,1 y un Índice de actividad patológica de la espondilitis anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI) de 50. Se calcularon las medias al inicio y las medias de mínimos cuadrados en la S16 de los CCRI de ASDAS, BASDAI, dolor de columna, Índice funcional de la espondilitis anquilosante de Bath (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, BASFI) y Resumen del componente físico del Cuestionario de salud abreviado de 36 ítems (Short Form Health Survey Physical Component Summary, SF-36 PCS). Para la ausencia de datos en la S16 de las variables discretas y continuas se utilizó la imputación de sujetos sin respuesta y la extrapolación de la observación inicial modificada respectivamente.

Resultados: De los 78 pacientes que recibieron ixekizumab C4S, 35 (44,9%), 11 (14,1%) y 32 (41,0%) eran pacientes con una puntuación inicial baja de RM del SPARCC, respuesta baja y respuesta alta, respectivamente. La proporción de pacientes tratados con ixekizumab en todas las categorías que lograron respuestas ASAS40, ASDAS < 2,1 y BASDAI50 en la S16 fue similar; en general, las mejoras en la S16 en otros criterios de valoración de la eficacia fueron similares, y los pacientes con respuesta alta mostraron mayores mejoras en el CCRI de ASAS40 y ASDAS (tabla). En los pacientes tratados con ada-

limumab, las mejoras en la S16 fueron menos pronunciadas en las categorías de valor inicial bajo y respuesta baja.

Conclusiones: Los pacientes con EspAax-r que recibieron ixekizumab C4S mostraron una reducción similar de los signos y síntomas de EspAax-r, independientemente de la categoría de la puntuación de inflamación en la RM de la columna vertebral del SPARCC en la S16.

P216. PROGRAMA INFORMÁTICO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMÁTICAS Y FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Erardo Ernesto Meriño Ibarra¹ y Abel Meriño Ibarra²

¹Hospital Universitario San Jorge. ²Informático.

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumáticas pueden ir cambiando de medicación biológica en función de la actividad de la enfermedad, comorbilidad, efectos adversos, preferencias del paciente, etc., de forma que se necesita un control de los fármacos usados, los médicos responsables y de las diferentes variables que modifican la elección del fármaco biológico así como de los índices de actividad que podrían motivar el cambio de medicación.

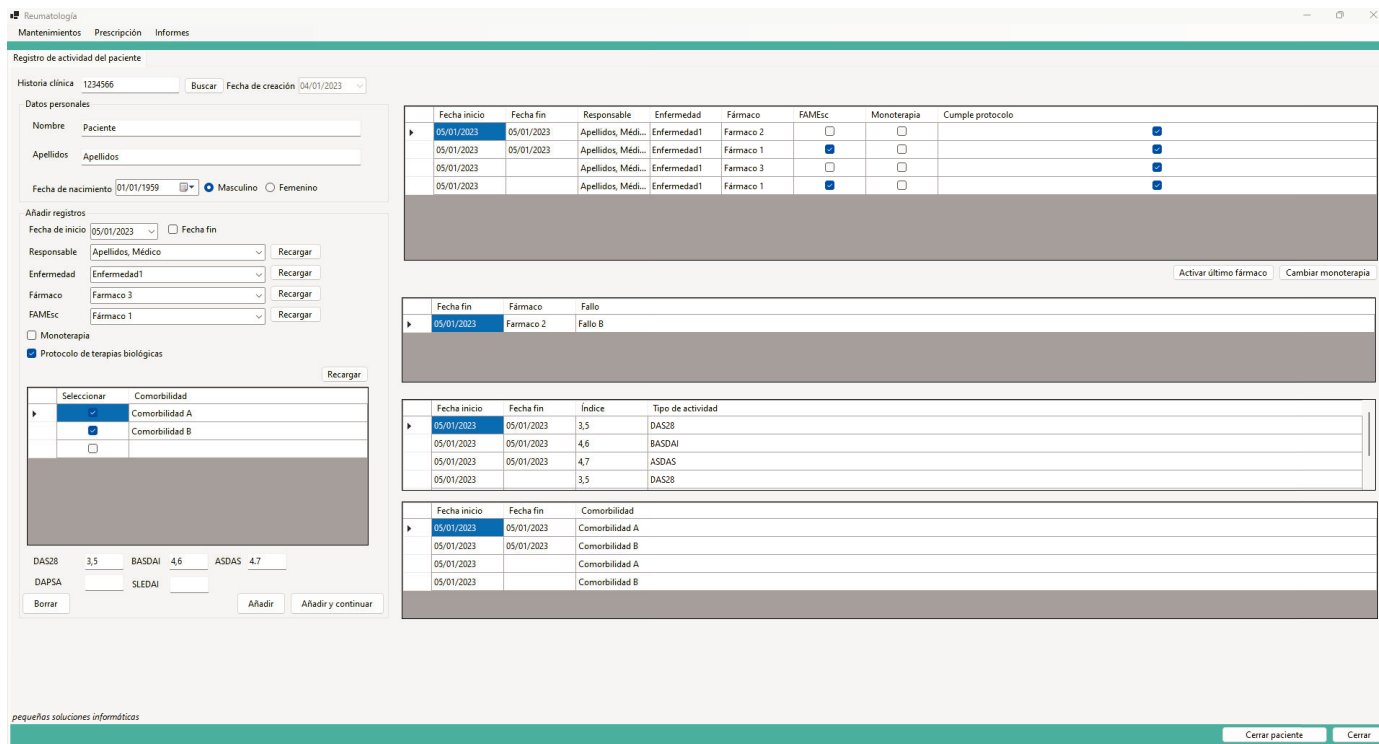
Objetivos: Creación de un programa para la gestión de pacientes con fármacos biológicos.

Métodos: El Programa es una aplicación de tipo Windows Forms (Escritorio) con base de datos en SQLite y está desarrollada en .Net 6, estructurada en tres capas: Capa de dominio: Donde se definen las propiedades y características (clases) que representan a los componentes (médico, paciente, comorbilidad, etc.) que intervienen en la aplicación. Capa de lógica: Donde se definen los métodos para la gestión de los datos (guardar y actualizar datos, extraer informes). Capa de presentación: Se definen los formularios de comunicación con el usuario. El programa está diseñado de forma tal que el código de la misma se pueda reutilizar para otros entornos, por ejemplo, teléfonos móviles, gracias a que la comunicación entre capas se realiza a través del patrón de diseño: Inyección de dependencias.

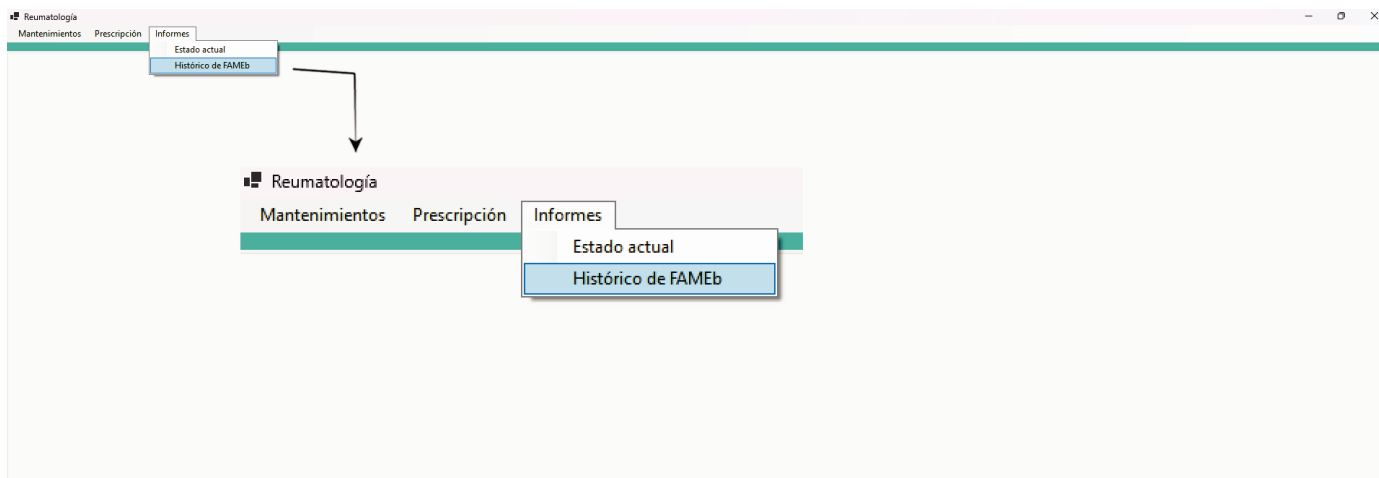
Resultados: Se crea un Programa para la gestión de pacientes con fármacos biológicos, con funcionalidad local, portable, sin necesidad de permisos de instalación y sin conexión a internet, con fechas de inicio y fin de los fármacos, diagnósticos, médico responsable, fármacos utilizados, índices de actividad y comorbilidad (figs.). Finalmente, permite la exportación a una hoja de cálculo de los datos recogidos, es gratuito y descargable *online* desde <https://psolucionessinformaticas.wordpress.com/en/la-sección-de-“Descargas”>.



P216 Figura 1. Captura de pantalla de la pestaña de Mantenimiento.



P216 Figura 2. Captura de pantalla del Registro de Actividad del paciente (pestaña Prescripción).



P216 Figura 3. Captura de pantalla de la pestaña de informes.

Conclusiones: La creación de un programa para la gestión de pacientes con fármacos biológicos permitirá llevar un control de estos pacientes y su exportación a una hoja de cálculo.

P217. CONTRACEPCIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDADES CRÓNICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Samantha Rodríguez Muguza¹, Sonia Castro¹, María José Poveda¹, Nuria Del Castillo¹, Pilar Alamillo¹, Margarita Menacho², Gemma Valladosera², Miquel Just³, Nerea Mohino³ y Ramon Fontova¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

²Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

³Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción: La importancia del uso de métodos contraceptivos en pacientes con enfermedades crónicas inflamatorias inmunomedia-

das (ECII) radica en los posibles efectos perjudiciales de determinados fármacos en la evolución del embarazo. El conocimiento de los métodos anticonceptivos eficaces es de interés tanto para el médico tratante como para la paciente con la finalidad de encontrar la forma más segura y eficaz de contracepción.

Objetivos: Determinar: 1) la relación entre el riesgo teratogénico de los fármacos usados para la ECII y el grado de eficacia de los contraceptivos prescritos. 2) la frecuencia del uso de métodos contraceptivos en pacientes en edad fértil con una ECII.

Métodos: Estudio observacional transversal (mayo 2021-mayo 2022). Se invitaron a participar a pacientes mujeres entre 18 y 50 años con el diagnóstico de una ECII que acuden a las consultas externas de reumatología, dermatología o gastroenterología de un hospital universitario. Se define como ECII al diagnóstico de artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, psoriasis cutánea, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Se excluyeron a pacientes con antecedente de histerectomía, amenorreas primarias

o secundarias. La medicación prescrita para las ECII fue dividida de acuerdo al riesgo para la gestación (clasificación de la FDA): Clase A -B: segura durante el embarazo, C: estudios sobre animales demostraron eventuales riesgos fetales, no se ha probado en humanos, D y X: potencialmente teratogénicos por lo que están contraindicados durante la gestación. En el caso de más de un fármaco se consideró la de mayor riesgo teratogénico. El método anticonceptivo usado se clasificó según su eficacia (clasificación de la OMS): Altamente eficaces, moderadamente eficaces e ineficaces (tabla 1). Las pacientes que usen más de un método, serán clasificados según el de mayor eficacia. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Se dicotomizó el fármaco usado para el tratamiento de la ECII en: A, B, C: bajo riesgo y D, X: alto riesgo. Para determinar la relación entre los medicamentos potencialmente teratogénicos y la eficacia de contraceptivos se realizó un test de χ^2 .

Resultados: Participaron un total de 59 mujeres (los diagnósticos se resumen en la tabla 2), con una media de edad de 41,2 (DE 6,8) años. Cuarenta y un pacientes (69,5%) usaban algún método anticonceptivo (descritos en la tabla 2): 24 (58,5%) con eficacia moderada, 13 (31,7%) alta y 4 (9,8%) fueron ineficaces. Se prescribieron 73 fármacos para el tratamiento de la ECII (tabla 3). De las pacientes que usaban algún fármaco de alto riesgo, el 37,8% (14 pacientes) usaban un método considerado ineficaz o no usaban ninguno. La relación entre el potencial riesgo teratogénico de medicamentos para la ECII y la eficacia de la contracepción tuvo un p-valor 0,802 (tabla 4). Se reportaron 12 gestaciones durante el tratamiento de las ECII, 3 de ellas (25%) no planificadas.

Tabla 1. Frecuencia de método anticonceptivo

Método	N (%)	Clasificación de eficacia según OMS
Preservativo	15 (36,6)	Moderado
Anticonceptivos orales	7 (17,1)	Moderado
Ligadura de trompas	6 (14,6)	Alto
DIU	4 (9,8)	Alto
Interrupción del coito	3 (7,3)	Ineficaz
Vasectomía de la pareja	2 (4,9)	Alto
Aro vaginal	2 (4,9)	Moderado
Anticonceptivo de emergencia	1 (2,4)	Ineficaz
Implantes subdérmicos	1 (2,4)	Moderado

Tabla 2. Frecuencia del diagnóstico (N 59)

Diagnóstico	N (%)
Artritis reumatoide	20 (34,9)
Crohn	12 (20,3)
Psoriasis	11 (18,6)
Espondilitis anquilosante	8 (13,6)
Artritis psoriásica	7 (11,9)
Colitis ulcerosa	1 (1,9)

Tabla 3. Riesgo teratogénico según FDA de los tratamientos prescritos para ECII

Fármaco	N (%)	Clasificación riesgo teratogénico FDA	Clasificación para este estudio
Metotrexate	26 (35,6)	X	Alto
Adalimumab	13 (42,4)	B	Bajo
Azatioprina	8 (10,9)	D	Alto
Certolizumab	4 (5,5)	B	Bajo
Salazopyrina	4 (5,5)	B	Bajo
Etanercept	4 (5,5)	B	Bajo
Leflumomida	3 (4,1)	X	Alto
Hidroxicloroquina	2 (2,7)	C	Bajo
Mercaptopurina	2 (2,7)	B	Bajo
Infliximab	2 (2,7)	B	Bajo
Abatacept	1 (1,3)	C	Bajo
Ustekinumab	1 (1,3)	ND	--
Ixekizumab	1 (1,3)	B	Bajo
Secukinumab	1 (1,3)	B	Bajo
Tocilizumab	1 (1,3)	C	Bajo

Tabla 4. Relación entre la potencial teratogenicidad de los medicamentos recetados para las ECII y el grado de eficacia de la contracepción

	Alta efectividad de la contracepción	Moderada eficacia de la contracepción	Inefectividad o no uso de contracepción
Alto riesgo de teratogenicidad	9 (24,4%)	14 (37,8%)	14 (37,8%)
Bajo riesgo de teratogenicidad	4 (18,1%)	10 (45,5%)	8 (36,4%)

Conclusiones: La frecuencia del uso de contraceptivos fue de casi el 70%. La anticoncepción considerada como ineficaz fue la menos frecuente. Cerca del 40% de pacientes que usaban un medicamento con alto riesgo de teratogenicidad no usaban ningún método o el que usaban era ineficaz. No se encontró relación entre el grado de riesgo de teratogenicidad de los medicamentos recetados para la ECII y la eficacia del método anticonceptivo prescrito.

P218. ARTRITIS POR NEISSERIA GONORRHOEAE: UN PROBLEMA CRECIENTE

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* (comúnmente gonococo) han experimentado un aumento creciente en los últimos años como se constata en el último informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) publicado en junio de 2021 que recoge en el año 2019 un total de 12.359 casos de infección gonocócica (tasa: 28,88 por 100.000 habitantes, siendo las previas de 7,12, 11,14 y 18,80 por 100.000 habitantes en los años 2013, 2015 y 2017 respectivamente.). Por otro lado, se ha detectado en los últimos años un aumento en la tasa de resistencias de la bacteria a antibióticos, incluyendo cefalosporinas de espectro extendido, por lo que la infección gonocócica podría convertirse en una infección intratable. El presente estudio tiene como objetivo describir los casos de artritis gonocócica identificados en un servicio de Reumatología entre los años 2008 y 2022.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo, basado en revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de artritis por gonococo en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia entre 2008 y 2022. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, perfil de sensibilidad a antibióticos, antibioterapia utilizada y evolución de las infecciones.

Tabla 1. Distribución de articulaciones y vainas tendinosas afectas

Caso	Articulaciones afectas	Vainas tendinosas afectas
Caso 1	Carpo y tobillo izquierdos	Extensores carpo y pie izquierdos
Caso 2	2º MCF mano y codo izquierdos	No tenosinovitis
Caso 3	Rodilla izquierda	No tenosinovitis
Caso 4	Codo izquierdo	No tenosinovitis
Caso 5	2º a 4º MCF y 3º IFP mano derecha	Flexores 2º y 3º dedo mano derecha
Caso 6	Carpo izquierdo	No tenosinovitis
Caso 7	3º IFP derecha, 2º a 5º MCF ambas manos, carpo izquierdo, rodilla izquierda	Extensores muñeca derecha
Caso 8	Rodilla derecha y tobillo izquierdo	No tenosinovitis

MCF: metacarpofalángica. IFP: interfalángica proximal.

Resultados: Se registraron ocho casos de artritis por gonococo en el intervalo analizado, todos ellos diagnosticados en los años 2021 y 2022. Salvo un caso, todos fueron varones con edades comprendidas

Tabla P218

Tabla 2. Sensibilidades antibióticas, pautas de tratamiento administradas y duración del tratamiento, necesidad de cirugía y evolución de la infección

Caso	Sensibilidades antibióticas	Tratamiento hospitalario	Tratamiento ambulatorio	Cirugía	Evolución
Caso 1	Ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, gentamicina, azitromicina, doxiciclina	Ceftriaxona 6 días	Cefixima 14 días	No	Resolución
Caso 2	Ceftriaxona, ceftazidima, cefixima, ciprofloxacino, levofloxacino, azitromicina	Gentamicina + azitromicina 3 días	Ciprofloxacino 10 días	No	Resolución
Caso 3	Ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, azitromicina	Ceftriaxona 7 días	Cefixima + azitromicina 14 días	No	Resolución
Caso 4	Penicilina, ceftriaxona, cefotaxima, aztreonam, rifampicina, azitromicina, cloranfenicol	Cloxacilina + ceftriaxona 2 días, después ceftriaxona 4 días	Amoxicilina-ácido clavulánico 1 mes	Si, artrotomía y desbridamiento de codo	Resolución
Caso 5	Ceftriaxona, cefotaxima, rifampicina, ciprofloxacina, clindamicina, azitromicina	Ceftriaxona 7 días	Ciprofloxacino 7 días	No	Resolución
Caso 6	No realizado	No ingreso	Azitromicina + cefixima dosis única	No	Resolución
Caso 7	Penicilina, ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, azitromicina	Ceftriaxona + cloxacilina + doxiciclina 2 días, después ceftriaxona 7 días	Ceftriaxona intravenoso 21 días	No	Resolución
Caso 8	Ceftriaxona, cefotaxima, cefixima, azitromicina	Rechaza ingreso	Levofloxacino 14 días	No	Pérdida de seguimiento

entre 21 y 44 años. Constan antecedentes de infecciones de transmisión sexual en el 50% de los casos (el 75% de estos se habían infectado por sífilis y en el 25% restante constaba infección pasada por virus de hepatitis B). En el 50% de los casos la presentación fue como oligoartritis, 37,5% como monoartritis y 12,5% en forma de poliartritis. En el 37,5% de los pacientes se objetivó además componente de tenosinovitis. Respecto a la clínica extrartricular, solo un paciente refirió clínica genitourinaria, en forma de disuria. El 25% asoció lesiones cutáneas pustulosas en codos y manos y ningún paciente presentó clínica ocular. Se solicitaron hemocultivos en el 37,5% de los casos, y en ninguno de ellos se aisló *Neisseria gonorrhoeae*. Se realizó artrocentesis diagnóstica en el 87,5% de los casos y la rentabilidad del cultivo del líquido sinovial fue muy alta ya que solo en el 14,28% no se aisló la bacteria (los dos casos restantes fueron diagnosticados por aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en exudado uretral y faríngeo). Todas las infecciones fueron sensibles a cefalosporinas y azitromicina y mostraron una evolución favorable, salvo un caso en el que se perdió el seguimiento del paciente.

Conclusiones: Hemos detectado en nuestro servicio un aumento preocupante de casos de artritis por gonococo en los últimos dos años coincidiendo con la supresión de restricciones a los contactos tras superarse los peores momentos de la pandemia por COVID-19. A pesar de haberse descrito en los últimos años un aumento creciente de las resistencias del germen a antibióticos, en nuestro estudio el perfil de sensibilidades antibióticas fue favorable sin aislar cepas resistentes a cefalosporinas ni azitromicina.

P219. IMMUNE RESPONSES TO VACCINATION AGAINST HERPES ZOSTER (HZ) IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES UNDER TREATMENT WITH JAK-INHIBITORS: OUR PRELIMINARY RESULTS

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, Sara Calleja Antolín², Alejandra López Robles¹, Carolina Álvarez Castro¹, Elvira Díez Álvarez¹ and Jose María García Ruiz de Morales²

¹Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Shingrix is a recombinant inactive vaccine available for the prevention of herpes zoster (HZ) infection, recently approved for patients with rheumatic diseases under treatment with JAK inhibitors. Because of its novelty, scant information is available on Shingrix vaccine responses in patients with immune-mediated rheumatic diseases (IMRD).

Objectives: To investigate the antibody responses to the HZ vaccine, including in selected rheumatic diseases treated with JAK-inhibitors (JAKi) pre- and post-Shingrix vaccination (weeks 4-6), and to identify factors associated with reduced immunogenicity.

Methods: Patients with selected rheumatic diseases under treatment with JAKi underwent two series of IM Shingrix vaccine (0.5 mL each) administered 2 months apart. Bloodwork was performed 4-8 weeks following 2nd dose of vaccine to assess post-vaccination antibody response. Pre and post-vaccination response was then compared using Anti Varicella Zoster Virus IgG Multiplex Flow Immunoassay (MFI). Blood lymphocyte distributions (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+) and NK cells, total serum IgG and IgM levels, and VZV-IgG and IgM, were investigated pre- and post-Shingrix vaccination (weeks 4-6).

Results: 38 patients were included, 79% were female with a median age at inclusion of 57 ± 10.5 years. Epidemiological, clinical, and treatment characteristics of patients are summarized in table 1 and VHZ IgG antibody levels and distributions of lymphocyte subpopulations in peripheral blood pre- and post-immunization are represented in table 2. Positive humoral responses were observed in 86% of patients. Mean changes VHZ-IgG antibody between post- and pre-vaccination sera were 4.6 ± 0.33 and 1.8 ± 1.98 (p < 0.0001), respectively. After immunization, the number of T cells (CD3+, CD4+, CD8+) and NK cells remained relatively unchanged however, the number of B cells (CD19+) increased significantly from 147.4 ± 156 to 780.62 ± 475.5 significantly (p < 0.0001). There was a 2.5-fold increase in antibody titers after immunization in RA patients, a 2.4-fold increase in SLE patients, a 2-fold increase in AP patients, a 2.5-fold increase in AS patients and a 3.5-fold increase in DM, with no significant difference between the different patients' subgroups. Results from multivariate regression analysis adjusted by age, gender, disease duration, treatments and glucocorticoid and MTX cumulative dose, showed a negative correlation between VHZ-IgG and age > 65 years (β = -0.34, p 0.03), disease duration (β = -0.58, p 0.04) and glucocorticoid cumulative dose (β = -0.42, p 0.02).

Table 1. Epidemiological, clinical and treatment characteristics of the 38 patients included

Female sex (n, %)	30 (79%)
Median age at inclusion (years)	57 ± 10.5
Mean disease time (years)	13.7 ± 13 years
Cumulative GC dose (mg)	21664 ± 9975 mg
Cumulative MTX dose (mg)	2770 ± 3770 mg
Median duration of treatment with JAKi (months)	8.5 ± 20.5
Type of JAKi	
Baricitinib (n, %)	14 (37%)
Tofacitinib (n, %)	15 (39%)
Upadacitinib (n, %)	9 (24%)
Diagnoses	
RA (n, %)	21 (55%)
SLE (n, %)	3 (8%)
AP (n, %)	6 (16%)
AS (n, %)	6 (16%)
DM (n, %)	2 (5%)

Table 2. Varicella zoster virus IgG Ab levels and distributions of lymphocyte subpopulations in peripheral blood pre- and post-immunization

	Pre-vaccination	Post-vaccination	P value
Total serum IgG (mg/dL)	958 ± 300	1,328.5 ± 308	0.04
Total serum IgM (mg/dL)	126 ± 98	118.5 ± 156	0.84
VZV IgG Ab (Ab Index)	1.8 ± 1.98	4.6 ± 0.33	0.0001
VZV IgM Ab (Ab Index)	0.32 ± 2.1	1.3 ± 3.4	0.72
CD3 (cells/mm ³)	1,065.5 ± 716.5	1,128 ± 721	0.63
CD19 (cells/mm ³)	147.4 ± 156	780.62 ± 475.5	0.0001
CD4 (cells/mm ³)	653 ± 584	783 ± 475.5	0.34
CD8 (cells/mm ³)	386.2 ± 260	392.7 ± 297.5	0.42
NK (cells/mm ³)	281.05 ± 189	284.52 ± 145.5	0.42

Conclusions: Our preliminary results show preserved seroconversion rates and VHZ-IgG antibodies and concurrently increase the number of CD19+ B-cells and total serum IgG in patients with rheumatic diseases on treatment with JAKi. Age > 65 years, disease duration and cumulative glucocorticoid dose are negatively correlated with humoral response.

P220. FIABILIDAD INTEROBSERVADOR Y SENSIBILIDAD AL CAMBIO DE UN ÍNDICE COMPUESTO DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA OCULAR: UVEDAI

Esperanza Pato Cour¹, Lara Borrego-Sanz², Marta Domínguez-Álvaro³, Fernando Sanchez-Alonso³, Fayna Rodríguez-González⁴, Marta Tejera-Santana⁴, Mar Esteban-Ortega⁵, Isabel Garcia-Lozano⁵, Lucía Martínez-Costa⁶, Samuel Gonzalez-Ocampo⁶, Maite Sainz-de-la-Maza⁷, Aina Moll-Udina⁷, Zulema Plaza³, Alejandro Fonollosa-Calduh⁸, Joseba Artaraz⁸, Teresa Díaz-Valle⁹, María Gurra-Almela⁹, David Diaz-Valle² y Rosalía Méndez-Fernández²

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Unidad de Investigación de la SER. ⁴Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Gran Canaria. ⁵Servicio de Oftalmología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁶Servicio de Oftalmología. Hospital Doctor Peset. Valencia. ⁷Servicio de Oftalmología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁸Servicio de Oftalmología. Hospital de Cruces. Bilbao. ⁹Servicio de Oftalmología. Hospital de Móstoles.

Objetivos: Determinar la fiabilidad interobservador y demostrar la sensibilidad al cambio del índice UVEDAI.

Métodos: estudio observacional, longitudinal, prospectivo y multicéntrico en 7 hospitales españoles. Se reclutaron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de uveítis. Se realizó una visita basal completa por dos oftalmólogos que determinaron la actividad inflamatoria ocular con el índice UVEDAI de forma independiente y sin tener contacto entre ellos. Además, el oftalmólogo 1 realizó una nueva visita a las 4 semanas para determinar el cambio en el nivel de actividad inflamatoria uveal mediante el índice UVEDAI. El análisis de fiabilidad interobservador se realizó mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclase (CCI), con los valores de las variables y del índice UVEDAI obtenidos por el oftalmólogo 1 y el oftalmólogo 2 en el ojo activo en la visita basal. La sensibilidad al cambio de UVEDAI se evaluó a las 4 semanas desde el inicio del tratamiento farmacológico mediante la determinación del cambio clínicamente relevante (CCR) definido como una variación de UVEDAI de 0,8 puntos entre la visita basal y la visita de las 4 semanas.

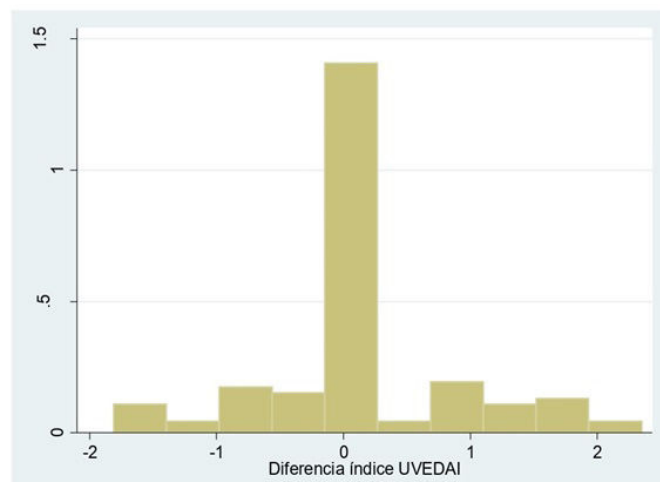
Resultados: Se incluyeron un total de 111 pacientes, de los cuales un 54,1% fueron hombres. La edad media en el momento de la visita fue de 49,9 años. De todas las uveítis, un 36,9% fueron uveítis idiopáticas, y un 58,6% de localización anatómica anterior. El valor del índice de actividad inflamatoria ocular UVEDAI se calculó a partir de la puntuación obtenida en las 7 variables del índice. El valor medio de UVEDAI recogido en el ojo activo en la visita basal por el oftalmólogo 1 fue de 1,9, siendo de 1,2 puntos en caso de las uveítis anterior-

res y 2,8 que en el caso de las uveítis intermedias/posteriores. En el análisis de la fiabilidad interobservador el CCI para el valor del índice UVEDAI fue de 0,9, y cuando se compararon los valores medios de UVEDAI obtenidos por los dos oftalmólogos para el ojo activo en la visita basal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p-valor > 0,05), ni para la muestra total ni diferenciando por localización anatómica. Respecto a la sensibilidad del cambio de UVEDAI, cuando se compararon los valores medios del índice UVEDAI del ojo activo medido por el oftalmólogo 1 en la visita basal y en la visita a las 4 semanas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,00), tanto en la muestra global como diferenciando por localización anatómica de la uveítis. En todos los casos, el valor del índice disminuyó significativamente más de 1 punto en la visita a las 4 semanas tras el tratamiento recibido para la uveítis.

Sensibilidad al cambio: valor medio y diferencia en el valor del índice UVEDAI medido por el oftalmólogo 1 en el ojo activo en la visita basal y las 4 semanas

Localización anatómica	Anterior	Intermedia/Posterior	Total
Índice UVEDAI visita basal oft.1*	1,2 ± 1,6	2,8 ± 1,8	1,9 ± 1,8
Índice UVEDAI visita 4 sem oft.1*	0,2 ± 0,5	1,2 ± 1,5	0,6 ± 1,1
Diferencia UVEDAI	1,04	1,54	1,25
p	0,00	0,00	0,00

*Media ± desviación estándar.



Fiabilidad interobservador: diferencias obtenidas en la puntuación del índice UVEDAI por el oftalmólogo 1 y 2 en la visita basal.

Conclusiones: La fiabilidad interobservador del UVEDAI fue alta la muestra total y en las distintas variables, aspecto importante para la validez del índice. Asimismo, el índice fue sensible en determinar el cambio de la actividad inflamatoria tras el tratamiento tanto en uveítis anteriores como en uveítis intermedias/posteriores/panuveítis. Creemos que es un índice de actividad que podría ser utilizado tanto en práctica clínica habitual y como en estudios y ensayos clínicos para comparar resultados de forma objetiva.

P221. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Marta Serrano Warleta¹, Ana Corral Bote¹, Lourdes Villalobos-Sánchez¹, Boris Blanco-Cáceres¹, Javier Bachiller-Corral¹, María Teresa Rodríguez Serrano¹, Mónica Vázquez-Díaz¹ y Pablo Lázaro y de Mercado²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Investigador independiente de servicios de salud. Madrid.

Objetivos: Las enfermedades reumáticas (ER) se encuentran entre las enfermedades crónicas más comunes en la población general, lo

que supone un gran consumo de recursos en Atención Primaria y Especializada. Las decisiones terapéuticas en Reumatología suelen estar basadas en niveles de actividad medida con herramientas específicas de enfermedad. No obstante, varios estudios han demostrado diferencias entre lo percibido por el médico y lo declarado por el paciente. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se

considera un indicador importante para valorar el estado de salud poblacional y medir el impacto de las actuaciones médicas. El principal objetivo de este estudio es conocer la CVRS de los pacientes con ER y compararla con la población general.

Métodos: Estudio observacional, transversal, unicéntrico, con inclusión consecutiva de pacientes ambulatorios mayores de

Variable	N	Categorías	n	%
Sexo	1.144	Mujer	820	71,68
		Hombre	324	28,32
Edad*	1.144	18-24 años	36	3,15
		25-34 años	74	6,47
		35-44 años	167	14,60
		45-54 años	255	22,29
		55-64 años	277	24,21
		65-74 años	182	15,91
		75-84 años	121	10,58
		85+ años	32	2,80
Pais de nacimiento	1.139	España	953	83,67
		Otro país	186	16,33
Ciudad de residencia	1.135	Madrid	1.046	92,16
		Otra	89	7,84
Estado civil	1.141	1. Casado/a	590	51,71
		2. Soltero/a	301	26,38
		3. Viudo/a	106	9,29
		4. Separado/a	94	8,24
		5. Divorciado/a	40	3,51
		6. NS/NC	10	0,88
Situación de convivencia	1.141	1. Solo/a	190	16,65
		2. Solo/a con su/s hijo/a/s	120	10,52
		3. Con su cónyuge o pareja	346	30,32
		4. Con su cónyuge o pareja con hijos/as	299	26,21
		5. Con su padre y/o madre	95	8,33
		6. Con cónyuge/pareja e hijos/as y otras personas	50	4,38
		7. Otra situación	38	3,33
		8. NS/NC	3	0,26
Nivel de estudios	1.125	1. No sabe leer o escribir	9	0,80
		2. Educación primaria incompleta	83	7,38
		3. Educación primaria completa	154	13,69
		4. Educación secundaria primera etapa	116	10,31
		5. Estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales	357	31,73
		6. Estudios universitarios o equivalentes	405	36,00
		7. NS/NC	1	0,09
Situación laboral	1.123	1. Trabaja (por cuenta propia o por cuenta ajena)	514	45,77
		2. Jubilado/a o pensionista (anteriormente ha trabajado)	285	25,38
		3. Pensionista (anteriormente no ha trabajado)	67	5,97
		4. Parado/a y ha trabajado antes	99	8,82
		5. Parado/a y busca su primer empleo	5	0,45
		6. Estudiante	31	2,76
		7. Trabajo doméstico no remunerado	58	5,16
		8. Otra situación	60	5,34
		9. NS/NC	4	0,36
Persona que aporta el mayor ingreso al hogar	1.117	1. El paciente	578	51,75
		2. Otra persona	488	43,69
		3. NS/NC	51	4,57
Clase social (grupo profesional al que pertenece o perteneció la persona que aporta más ingresos al hogar)	974	I. Director >10 empleados y profesión asociada licenciatura universitaria.	132	13,55
		II. Director <10 empleados y profesión asociada a diplomatura universitaria. Deportistas, artistas.	56	5,75
		III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.	129	13,24
		IV. Supervisor y trabajador en ocupaciones técnicas cualificadas.	194	19,92
		V. Trabajador cualificado.	234	24,02
		VI. Trabajador no cualificado.	88	9,03
NS/NC	141	14,48		

P221 Figura 1. Tabla 1. Descripción de la muestra: Variables sociodemográficas.

18 años atendidos en la consulta hospitalaria de reumatología. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, y CVRS medida con el EuroQoL de 5 dimensiones y 5 niveles (EQ-5D-5L) que incluye el EQ-Índice (escala 0-1) y una escala visual analógica (EVA, escala 0-100). Se realizó un análisis descriptivo y una comparación con la población española según la Encuesta Nacional de Salud (tablas 1 y 2).

Resultados: Se incluyeron 1.144 pacientes, 820 (71,68%) de los cuales fueron mujeres, con una edad media de 56,1 años (rango 18-95). 241 (25,44%) fueron pacientes nuevos. El diagnóstico más frecuente fue artropatías inflamatorias y microcristalinas (37,33%). En los pacientes con ER, la CVRS medida con el EQ-Index y con la EVA, fue 0,186 y 12 puntos menor, respectivamente, que en la población general (tabla 3). La CVRS afectó a las 5 dimensiones de salud, especialmente a “dolor/malestar”, seguida de “actividades cotidianas” y

“movilidad”. Esta reducción de la CVRS se mantuvo tanto en hombres y mujeres, y en todos los segmentos de edad, aunque fue mayor entre los 18 y 65 años. La reducción de CVRS afectó a todos los subtipos de ER, especialmente a la “Patología mecánica periférica y axial” y al grupo de “Patología de tejidos blandos”.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas declaran peor CVRS en comparación a la población general en todas las dimensiones de la CVRS. Los hallazgos de este estudio sugieren que la CVRS debe ser considerada como una variable fundamental en la descripción de la situación y como medida de resultado de las intervenciones que reciben los pacientes de todos los grupos de edad en las consultas de reumatología, entendiendo la repercusión de la enfermedad y su tratamiento. Consideramos muy importante saber qué efecto estamos produciendo con nuestros actos médicos en la vida de las personas.

Variable	N	Categorías	n	%
Tipo de consulta	1.144	Nuevo	291	25,44
		Revisión	853	74,56
Diagnóstico principal	1.144	1. Patología mecánica periférica y axial	265	23,16
		2. Patología de tejidos blandos	104	9,09
		3. Neuropatías	17	1,49
		4. Patología metabólica	101	8,83
		5. Patología infecciosa	1	0,09
		6. Artropatías inflamatorias y microcristalinas	427	37,33
		7. Vasculitis - conectivopatías	229	20,02
Estado del diagnóstico principal	1.144	Confirmado	1.088	95,10
		De sospecha	56	4,90
Diagnóstico secundario	507	1. Patología mecánica periférica y axial	254	50,10
		2. Patología de tejidos blandos	124	24,46
		3. Neuropatías	22	4,34
		4. Patología metabólica	23	4,54
		5. Patología infecciosa	2	0,39
		6. Artropatías inflamatorias y microcristalinas	31	6,11
		7. Vasculitis - conectivopatías	51	10,06
Estado del diagnóstico secundario	501	Confirmado	483	96,41
		De sospecha	18	3,59
Tabaco	1.099	Fuma diariamente	156	14,19
		Fuma, pero no diariamente	45	4,09
		No fuma actualmente, pero ha fumado antes	396	36,03
		No fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual	502	45,68
Alcohol (Consumo de riesgo)	1.083	Sí	0	0,00
		No	1.083	100,00
Otras adicciones	1.057	Sí	8	0,76
		No	1.049	99,24
Actividad física	1.097	Actividad sedentaria (leer, ver televisión, ...)	264	24,07
		Actividad física o deportiva ocasional	580	52,87
		Actividad física o deportiva varias veces al mes	116	10,57
		Actividad física o deportiva varias veces a la semana	137	12,49
Índice de masa corporal	1.019	Peso insuficiente (IMC<18,5)	36	3,53
		Normopeso (IMC≥18,5 y <25)	420	41,22
		Sobrepeso (IMC≥ 25 y <30)	375	36,80
		Obesidad (IMC>30)	188	18,45
Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	1.134	Muy bueno	52	4,59
		Bueno	372	32,80
		Regular	477	42,06
		Malo	183	16,14
		Muy malo	50	4,41

P221 Figura 2. Tabla 2. Descripción de la muestra: Variables clínicas, hábitos, y estado de salud percibido.

		Pacientes del SR-HURyC			Población general adulta española (ENSE)				
		EVA			EVA				
Variable	Categoría	n	Media	D.E.	n	Media	D.E.	Diferencia de medias	p*
Sexo	Hombre	307	69,31	19,01	9.412	79,44	17,12	-10,13	0,000
	Mujer	750	63,60	22,29	11.175	75,72	19,69	-12,12	0,000
Edad (años)	18-24	36	78,31	17,04	1.236	88,16	12,12	-9,85	0,001
	25-34	72	77,97	18,80	2.757	85,37	13,51	-7,40	0,001
	35-44	154	69,18	20,48	3.951	81,41	15,74	-12,23	0,000
	45-54	237	66,74	20,84	3.574	77,17	17,44	-10,43	0,000
	55-64	260	62,37	20,75	3.173	73,16	18,58	-10,79	0,000
	65-74	157	64,62	20,26	2.731	69,82	19,08	-5,20	0,002
	75-84	112	56,26	22,98	2.350	62,57	20,69	-6,31	0,005
	85+	29	48,55	22,15	815	54,55	22,61	-6,00	0,162
Total		1.057	65,26	21,54	20.587	77,53	18,60	-12,27	0,000
		EQ-Index			EQ-Index				
Variable	Categoría	n	Media	D.E.	n	Media	D.E.	Diferencia de medias	p*
Sexo	Hombre	304	0,788	0,184	9.412	0,938	0,138	-0,150	0,000
	Mujer	755	0,703	0,236	11.175	0,892	0,159	-0,189	0,000
Edad (años)	18-24	36	0,858	0,143	1.236	0,976	0,098	-0,117	0,000
	25-34	73	0,818	0,178	2.757	0,970	0,109	-0,152	0,000
	35-44	164	0,746	0,203	3.951	0,950	0,127	-0,204	0,000
	45-54	241	0,740	0,214	3.574	0,928	0,141	-0,188	0,000
	55-64	257	0,698	0,227	3.173	0,899	0,150	-0,201	0,000
	65-74	158	0,756	0,213	2.731	0,865	0,154	-0,109	0,000
	75-84	102	0,659	0,271	2.350	0,781	0,167	-0,122	0,000
	85+	28	0,473	0,233	815	0,625	0,182	-0,152	0,002
Total		1.059	0,728	0,226	20.587	0,914	0,150	-0,187	0,000

P221 **Figura 3.** Tabla 3. Comparación de la Escala Visual Analógica y el EQ-Index del EQ-5D-5L en los pacientes del SR-HURyC, con la población general adulta española, según sexo y edad.

P222. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE TUI TS SOBRE FÁRMACOS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN TWITTER

Adrián Abbasi Pérez¹, Miguel Ángel Álvarez-Mon^{2,3}, Carolina Donat-Vargas⁴ y Melchor Álvarez-Mon Soto^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ²Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ³Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. ⁴IMDEA-Food Institute. Universidad Autónoma de Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.

Introducción: Twitter es una red social que permite la difusión de información a través de mensajes cortos. Su contenido es aportado por usuarios que pueden publicar contenido adecuado o, por el contrario, mensajes sin rigor científico. Su uso en Reumatología se ha extendido notablemente.¹

Objetivos: 1) Examinar el volumen y tipo de tuits relacionados con fármacos usados en Reumatología; 2) describir a los usuarios que tuitean y el contenido de sus tuits; 3) detectar si hay contenido falso (medicamento inapropiadas según los conocimientos actuales).

Métodos: Se analizó el contenido de los tuits publicados entre el 25 de enero y el 20 de febrero de 2020, en inglés o español, sobre 16 fármacos usados en Reumatología: metotrexato (MTX), adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, abatacept, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, sarilumab, tocilizumab, rituximab, anakinra, belimumab y canakinumab. Se obtuvo un total de 8.829 tuits originales (fig. 1). Para el estudio se utilizó una muestra aleatoria del 25% del total de tuits de cada fármaco, con al menos 100 tuits (si no, se analizaron 100). Este proceso llevó al análisis de 1.703 tuits, revisados por dos investigadores. Después se creó un codebook con las preguntas de investigación. En función de su contenido cada tuit se clasificó como clasificable o inclasificable. Con este método obtuvimos 1.089 tuits clasificables.

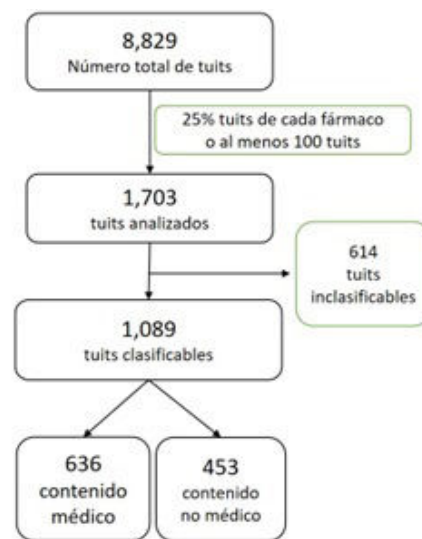


Figura 1. Flowchart.

Resultados: En primer lugar analizamos el número de tuits generados por los fármacos mencionados (F.2). El 24,7% de los tuits son sobre MTX. Hay diferencias estadísticamente significativas en la proporción de tuits emitidos según el tipo de usuario. Los pacientes y sus familiares publicaron principalmente tuits sobre MTX mientras que los profesionales e instituciones sanitarias y las asociaciones de pacientes publicaron más sobre anti-TNF. En cambio la industria farmacéutica centró sus tuits en los anti-IL17. Las revistas científicas y los medios de comunicación distribuyeron sus tuits de forma heterogénea. En cuanto a la proporción de contenido médico y no médico entre los fármacos hay diferencias estadísticamente significativas. El contenido médico prevaleció en todos los medicamentos salvo en

	MTX	Anti-TNF	Anti-CTLA	Anti-IL12	Anti-IL17	Anti-IL 6	Anti-CD20	Anti-IL1	Anti-BLYS	Anti-IL1	TOTAL
No determinado	10	10	8	0	2	0	3	0	0	0	33
Paciente	74	44	0	7	3	3	23	16	3	0	173
Familiar de paciente	12	4	0	0	0	0	12	1	1	0	30
Profesional de la salud	77	121	28	39	29	35	73	22	19	2	445
Institución sanitaria	7	10	12	6	7	12	3	2	1	0	60
Industria farmacéutica	3	6	0	2	7	1	2	0	0	0	21
Prensa generalista	42	40	11	22	13	13	4	2	6	3	156
Revistas científicas	32	21	5	2	13	20	8	4	4	2	111
Asociación de pacientes	12	25	0	6	3	0	10	0	3	1	60
Total	269	281	64	84	77	84	138	47	37	8	1.089

P222 Figura 2. Número de tuits sobre fármacos según el tipo de usuario.

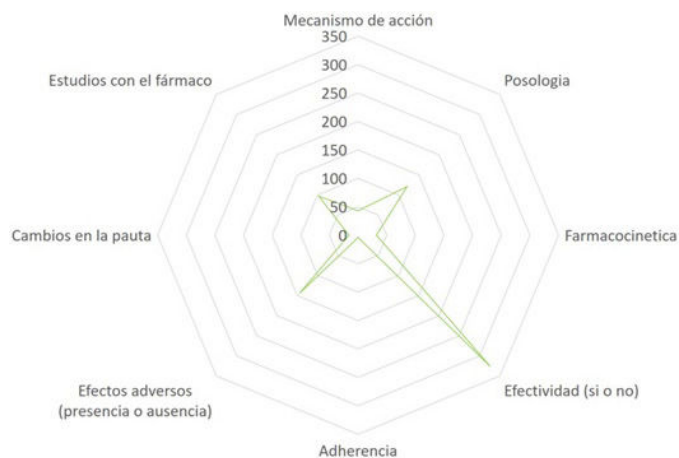


Figura 3. Distribución de los tuits según su contenido médico.

anti-CD20 y anti-IL1. Respecto al contenido médico, el tema más tratado fue la eficacia seguido de posología y efectos adversos (F.3) Del total de tuits en los que se hablaba de eficacia el 88,3% afirmaba que el fármaco era eficaz. De los 122 tuits que abordaban los efectos adversos el 85,5% describía la presencia de estos. El contenido no médico se distribuyó según el tipo de usuario. Los tuits de temas económicos prevalecieron en pacientes, sanitarios y empresas farmacéuticas. En el apartado de difusión de contenido destacaron los profesionales e instituciones sanitarias. En los tuits que expresaban opiniones personales predominó los negativos sobre los positivos, y la mayoría procedían de pacientes. Por último, la mayoría de tuits de

petición de ayuda eran de sanitarios. En contraste con otros trabajos del equipo la cantidad de tuits inapropiados fue muy bajo (8 en total)². **Conclusiones:** encontramos que (i) se tuitea más sobre MTX, tratamiento de primera línea en varias enfermedades; (ii) la distribución del contenido médico y no médico varía según el tipo de usuario; y (iii) la cantidad de contenido *fake* sobre fármacos es muy bajo.

BIBLIOGRAFÍA:

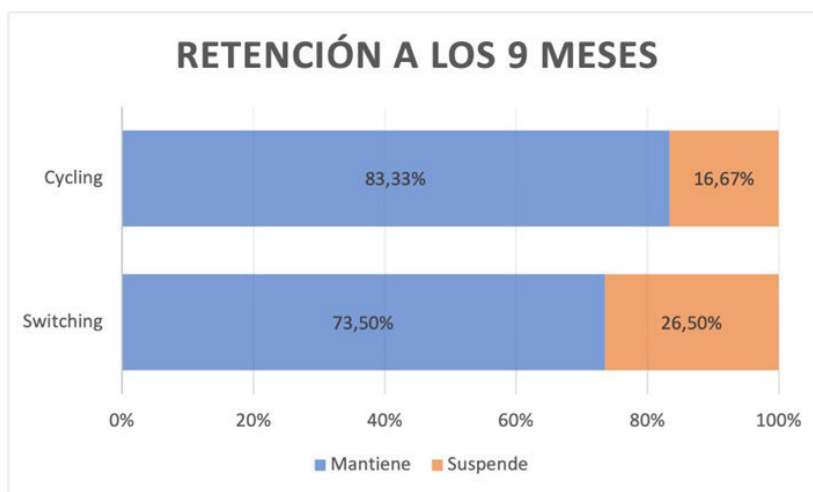
1. Arthritis Care Res. 2022;doi.org/10.1002/ACR.24868
2. Int J Environ Health Res. 2021;doi.org/10.3390/IJERPH18179094

P223. TRAS FALLO A JAK, ¿SWITCHING O CYCLING?

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

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

Introducción: La aparición de los inhibidores JAK (iJAK) en los últimos años ha demostrado una gran aplicabilidad clínica en patología reumática y se han convertido en una línea terapéutica novedosa y ampliamente utilizada. Sin embargo, existe una limitada evidencia en vida real de las alternativas terapéuticas a utilizar tras el fracaso a un primer iJAK: un segundo iJAK o el cambio de diana terapéutica. **Objetivos:** Analizar las alternativas de tratamiento tras fallo a iJAK en condiciones de vida real.



P223 Figura. Retención de fármacos en cycling y switching.

Tabla P223

Total de pacientes n = 95	ijAK cycling (n = 25)	Anti-TNF (n = 16)	Anti-IL6 (n = 15)	Anti-CTLA4 (n = 7)	Anti-IL12/23 (n = 1)	Anti-IL17 (n = 2)	Anti-IL23 (n = 3)	Otros (n = 13)	No (n = 5)
Edad al inicio del ijAK -años (DE)	51,56 (12,21)	52,81 (16,19)	55,07 (10,31)	62,57 (12,93)	69 (NA)	50,5 (7,78)	56,33 (4,16)	47,69 (16,6)	63,6 (16,46)
Sexo femenino-n(%)	24 (96)	11 (68,75)	12 (80)	6 (85,71)	1 (100)	1 (50)	1 (33,33)	9 (69,23)	5 (100)
Diagnóstico - n (%)									
AR	21 (84)	12 (75)	14 (93,33)	6 (86)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	8 (62)	3 (60)
EA	0 (0)	2 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	2 (40)
APs	2 (8)	1 (6,25)	1 (6,67)	1 (14)	1 (100)	2 (100)	2 (67)	2 (15)	0 (0)
AIJ	1 (4)	1 (6,25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (23)	0 (0)
Otros	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Uso previo de FAMEb - n (%)									
Fallo a 1	3 (12,5)	4 (30,8)	5 (36)	2 (33)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	1 (20)
Fallo a 2	4 (16)	1 (7,7)	5 (38)	2 (33)	0 (0)	0 (0)	1 (33)	0 (0)	0 (0)
Fallo a 3	9 (37,5)	5 (33,33)	3 (21)	1 (17)	0 (0)	2 (100)	2 (67)	10 (77)	2 (40)
FAMEs concomitante - n (%)	13 (52)	10 (62,5)	6 (40)	4 (57,14)	1 (100)	0 (0)	2 (66,67)	7 (53,85)	2 (40)
Tipo de JAK de origen - n (%)									
Tofacitinib	17 (68)	12 (75)	8 (53)	6 (85,71)	1 (100)	2 (100)	1 (33,33)	6 (46,15)	2 (40)
Baricitinib	7 (28)	1 (6,25)	7 (47)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (46,15)	1 (20)
Upadacitinib	1 (4)	3 (18,75)	0 (0)	1 (14,29)	0 (0)	0 (0)	2 (66,67)	1 (7,69)	2 (40)
Causa de fin - n (%)									
Fallo 1º	3 (12)	7 (43,75)	4 (26,67)	1 (14,29)	0 (0)	0 (0)	1 (33,33)	3 (23,07)	0 (0)
Fallo 2º	14 (56)	2 (11,76)	3 (20)	1 (14,29)	0 (0)	1 (50)	1 (33,33)	5 (38,46)	0 (0)
Reacción adversa	6 (24)	5 (32,73)	6 (40)	4 (57,13)	1 (100)	1 (50)	1 (33,33)	4 (30,77)	3 (60)
Otros	2 (8)	2 (11,76)	2 (13,33)	1 (14,29)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	2 (40)

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal de pacientes que iniciaron tratamiento con ijAK y que suspendieron el mismo entre 2013 y 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas de la historia clínica electrónica. Se analizó el *switching* y el *cycling* en función del fármaco pautado tras el ijAK, agrupándolos en las siguientes dianas: anti-TNF, anti-IL6, anti-CTLA4, anti IL-12/23, anti IL-17, anti IL-23, otro ijAK u otras situaciones. Se analizó la retención del tratamiento a los 9 meses tras el cambio de terapia.

Resultados: De un total de 265 prescripciones de ijAK, 95 fallos a tratamiento con ijAK fueron incluidos en el estudio. La indicación más frecuente fue la AR (n = 71), y el ijAK con mayor proporción de fallo registrada fue el tofacitinib (n = 61) (tabla). La causa más frecuente de fin de tratamiento fue el sufrir una reacción adversa (34,74%), seguida por fallo secundario (28,42%) y fallo primario (21,05%). De entre todas las suspensiones de ijAK, lo más frecuente fue realizar un *cycling* a otro ijAK (n = 25), seguido por un *switching* a otras familias como anti-TNF (n = 16) y anti-IL6 (n = 15). A los 9 meses tras el cambio en la prescripción, el 83,33% de los *cycling* a otro ijAK y el 73,5% de *switching* a otra diana terapéutica continuaban con el tratamiento (fig.). La retención no fue estudiada en 17 pacientes dado que el tiempo transcurrido desde el cambio de terapia era inferior a 9 meses.

Conclusiones: Tras el fallo a un primer ijAK, en nuestra serie observamos que el *cycling* a otro ijAK es la alternativa mayoritaria, realizándose generalmente en pacientes que presentaron fallo secundario. En el caso de los pacientes cuya alternativa fue el *switching*, la retirada del ijAK se debió a efectos adversos. El 83,33% de los *cycling* y el 73,5% de los *switching* mantuvieron el tratamiento a los 9 meses tras la prescripción.

P224. COVID 19 E IJAK: ANÁLISIS TRAS TRES AÑOS DE PANDEMIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

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

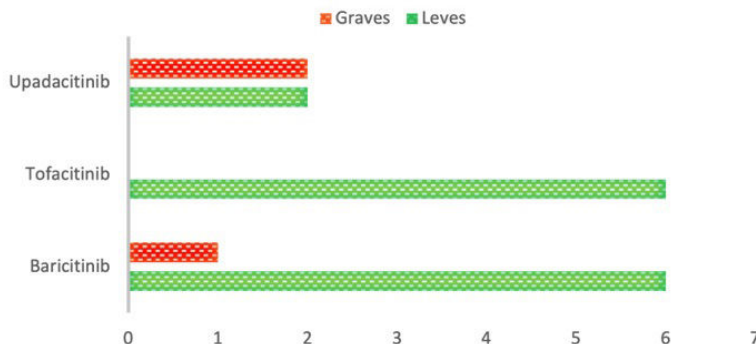
Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: La pandemia del coronavirus (COVID-19) ha sido causada por el virus SARS-CoV-2 que desde hace tres años viene generando una revolución a nivel mundial en todos los ámbitos, especialmente en el de la salud. Es importante tener en cuenta esta entidad en pacientes inmunodeprimidos, como aquellos tratados con inhibidores de JAK (ijAK).

Objetivos: Analizar el impacto tras tres años de la pandemia COVID-19 en los pacientes en tratamiento con ijAK del servicio de Reumatología de un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de pacientes en tratamiento con ijAK desde diciembre de 2019 hasta diciembre de 2022. Se recogieron variables demográficas y clínicas de la historia clínica electrónica. Se analizó la incidencia de COVID-19 como evento adverso. Se categorizaron como COVID-19 grave aquellas infecciones que requirieron ingreso hospitalario o pusieron en riesgo la vida del paciente. Se analizó la proporción de vacunados de la muestra.

INFECCIONES POR COVID-19



P224 Figura. Infecciones por COVID-19 en cada ijAK.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes en tratamiento con iJAK cuyas características se describen en la tabla. La enfermedad más frecuente fue la artritis reumatoide (n = 162) y el iJAK más utilizado el tofacitinib (n = 89). 193 (92,34%) pacientes recibieron al menos 1 dosis de la vacuna. Se recogieron un total de 17 infecciones COVID-19 como evento adverso, siendo 3 de ellas infecciones graves. Ninguno de los pacientes que requirieron hospitalización estaban vacunados en el momento de la infección. Con respecto a las 14 infecciones leves, 7 estaban vacunados. Se registró un *exitus* no debido a la infección. Baricitinib (n = 7) fue el iJAK más frecuentemente relacionado con infecciones leves, mientras que Upadacitinib (n = 2) lo estuvo con infecciones graves (fig.).

	Total de pacientes n = 209
Edad - años (DE)	62 (8,20)
Sexo femenino - n (%)	165 (78,94%)
Diagnóstico	
Artritis reumatoide	162 (77,51%)
Artritis psoriásica	23 (11%)
Espondiloartritis axial	12 (5,74%)
Artritis idiopática juvenil	2 (0,95%)
Otros	10 (4,78%)
Comorbilidades - n (%)	
Dislipemia	64 (30,62%)
Hipertensión arterial	56 (26,79%)
Diabetes mellitus	20 (9,56%)
Tabaquismo	38 (18,18%)
Tipo de JAK - n (%)	
Tofacitinib	89 (42,58%)
Baricitinib	56 (26,79%)
Upadacitinib	60 (28,70%)
Filgotinib	4 (1,91%)
Tratamiento concomitante-n (%)	
FAME	107 (51,19%)
Corticoides	110 (52,63%)
Vacunación COVID-19	193 (92,34%)
Infecciones COVID-19	
Leves	14
Graves	3
Infecciones en pacientes vacunados	7
<i>Exitus</i>	1

Conclusiones: En nuestra serie de 209 pacientes, encontramos una incidencia de 17 infecciones por COVID-19, 3 de ellas graves. El 92,34% de la muestra estaba vacunada. No encontramos infecciones en pacientes en tratamiento con filgotinib, probablemente debido al escaso tiempo de comercialización y a los pocos pacientes tratados. Es remarcable el escaso número de infecciones reportadas, especialmente en la segunda mitad de la pandemia. Esto puede ser debido a la efectividad de la vacuna, al éxito de las campañas de vacunación y a la normalización de la patología, con el consecuente infradiagnóstico de la enfermedad.

P225. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LAS JAK QUINASAS

Ángel Almansa Ramírez¹, Cinthia Serrano Virlán², Marta Pastor Mena³, Cristina Fuentes Rodríguez³, Blanca Viejo Sosa³ y Clara Fuego Varela³

¹Hospital Torrecárdenas. Almería. ²Hospital Punta de Europa. Algeciras. ³Hospital de Jerez de la Frontera.

Objetivos: Evaluar el incremento del riesgo cardiovascular en los pacientes con patología reumática que han recibido tratamiento con FAMEs sintéticos dirigidos inhibidores de las proteínas JAK quinasas. Medir la aparición de nuevos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en estos pacientes que se puedan correlacionar con el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares futuros.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y multicéntrico de un total de 104 pacientes pertenecientes a las áreas sanitarias de la provincia de Almería y provincia de Cádiz, con diag-

nóstico de artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis y artritis idiopática juvenil en tratamiento con FAMEs sintéticos inhibidores de las JAK quinasas. Se han medido los FRCV previos al inicio del tratamiento y los FRCV que han aparecido durante el tratamiento, así como los eventos cardiovasculares.

Resultados: Se han incluido 104 pacientes, de los cuales un 76,9% son mujeres, con una mediana de edad de 55,5 años. De todos ellos, un 82,6% estaban diagnosticados de artritis reumatoide, un 13,4% artritis psoriásica, un 2,8% espondilitis anquilosante y un 0,9% artritis idiopática juvenil. En cuanto a los fármacos inhibidores de las JAK que reciben estos pacientes, un 27,8% estaba en tratamiento con baricitinib, un 11,5% con filgotinib, un 30,7% con tofacitinib y un 29,8% con upadacitinib. Estos pacientes han recibido tratamiento con fármacos inhibidores de las JAK quinasas durante una media de 19,7 meses y una mediana de 12,5 meses. De los 104 pacientes, un 55,7% no presentaba ningún factor de riesgo cardiovascular previo al tratamiento, un 26,9% presentaba al menos un factor de riesgo y un 17,3% dos o más FRCV. Tras la exposición a los fármacos inhibidores de las JAK quinasas un 69,2% permanecieron con los mismos FRCV, un 23% desarrolló un nuevo FRCV y un 7,6% desarrolló dos o más FRCV nuevos. De los 104 pacientes analizados solo se ha registrado un evento cardiovascular (ictus isquémico) bajo el tratamiento de los inhibidores de las JAK quinasas.

Conclusiones: De los datos obtenidos se puede concluir que los pacientes en tratamiento con inhibidores de las JAK quinasas presentan un riesgo similar a la población general de padecer eventos cardiovasculares. No se ha podido establecer una clara correlación en la aparición de nuevos factores de riesgo cardiovascular con la instauración del tratamiento con fármacos inhibidores de las JAK quinasas. En nuestra muestra de 104 pacientes, 72 pacientes permanecieron con los mismos FRCV que presentaban antes del tratamiento, 23 pacientes desarrollaron un FRCV más y 8 pacientes dos o más FRCV más. De la muestra analizada solo se ha registrado un evento cardiovascular (ictus isquémico) bajo el tratamiento de los inhibidores de las JAK quinasas.

P226. POTENCIAL DE UNA NUEVA TECNOLOGÍA PROTEÓMICA COMO HERRAMIENTA CLAVE PARA EL DESARROLLO DE UNA MEDICINA DE PRECISIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Nuria Barbarroja¹, Yas Hanaee¹, Clementina López-Medina¹, Julio Manuel Martínez-Moreno¹, Jerusalem Calvo-Gutiérrez¹, Rafaela Ortega¹, Maria Lourdes Ladehesa-Pineda¹, Iván Arias-de la Rosa¹, María Ángeles Aguirre¹, María Dolores López-Montilla¹, M.A. Puche-Larrubia¹, Eduardo Collantes¹, Alejandro Escudero-Contreras¹, Chary López-Pedrerá¹ y Carlos Pérez-Sánchez^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Departamento de Biología celular, fisiología e inmunología. Universidad de Córdoba. Campus de Excelencia Internacional Agroalimentario. ceiA3. Córdoba.

Introducción: Las enfermedades reumáticas como el lupus eritematoso sistémico (LES), la artritis reumatoide (AR), la esclerosis sistémica (SSc), la espondiloartritis axial (EspAax) y la artritis psoriásica (APs) se caracterizan por una compleja heterogeneidad clínica y molecular. Las nuevas tecnologías disruptivas podrían contribuir al conocimiento de su patogénesis y al manejo clínico.

Objetivos: Evaluar el potencial de la innovadora tecnología proteómica “proximity extensión assay” (PEA) (Olink) para identificar biomarcadores y nuevas dianas terapéuticas, estratificar pacientes e incrementar el conocimiento sobre la patogénesis de las enfermedades reumáticas.

Métodos: 533 pacientes: 141 LES, 120 AR, 72 SSc, 100 EspAax y 100 APs y 50 donantes sanos (DS) fueron incluidos en el estudio donde se obtuvieron muestras de suero y datos clínicos. Una firma de 368 proteínas divididas en 4 paneles de 92 biomarcadores asociados con inflamación

(LES, AR, EspAax y DS), daño a órganos (LES, SSc y DS), enfermedad cardiovascular (AR, EspAax, APs y DS), y el cardiometabolismo (AR y DS) se analizó utilizando la tecnología PEA de Olink (Cobiomic Bioscience SL). La tecnología PEA reconoce proteínas utilizando pares de anticuerpos que contienen secuencias de ADN únicas que se amplifican mediante PCR en tiempo real. Los datos se analizaron mediante t-test, análisis de clúster no supervisado, curvas ROC y PCA, entre otros. **Resultados:** En pacientes con LES, el análisis de clúster no supervisado utilizando el proteoma circulante identificó 2 grupos con características clínicas distintivas en cuanto a actividad de la enfermedad y la presencia de daño renal. También se identificaron varias proteínas como nuevos biomarcadores no invasivos de la nefropatía lúpica. En SSc, un panel de proteínas relacionadas con el daño orgánico identificó un subgrupo de pacientes caracterizados por compromiso de múltiples órganos, incluida fibrosis pulmonar y cutánea y dismotilidad esofágica, junto con una preponderancia de positividad de anticuerpos anti-scl70. En pacientes con EspAax, los niveles de varias proteínas relacionadas con inflamación y enfermedad cardiovascular (ECV) se alteraron en comparación con los DS y se asociaron con características clínicas clave. En AR, una firma específica de quimioquinas antes de la terapia identificó a los pacientes que no respondieron a la terapia anti-TNF y metotrexato después de 3 meses de tratamiento, lo que señala su papel como predictor de la respuesta a la terapia. Además, varias proteínas asociadas con la ECV y el metabolismo fueron moduladas por el efecto del metotrexato y el tofacitinib, resaltando su papel como biomarcadores para el seguimiento del tratamiento. En pacientes con APs, numerosas proteínas relacionadas con ECV estaban incrementadas en relación con HD. Varias proteínas circulantes también distinguieron la presencia de resistencia a la insulina, alta actividad y mala respuesta al metotrexato y apremilast.

Conclusiones: La tecnología PEA podría impulsar el desarrollo de la medicina de precisión en enfermedades reumáticas a través de la identificación de nuevos biomarcadores de enfermedad y respuesta a la terapia y la estratificación de pacientes con características clínicas y moleculares clave.

Financiado por ISCIII PI21/0591, PI20/00079, PMP21/00119, RICORS, RD21/0002/0033 con-financiado por fondos FEDER, JA (P20_01367), RYC2021-033828-I, y MCIN/AEI/10,13039/501100011033 y la Unión Europea "NextGenerationEU"/PRTR.

P227. REMISIÓN EN MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA ANTI-HMGR POSITIVA SIN EL USO DE GLUCOCORTICOIDES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 24 PACIENTES

David Martínez López¹, Diana Prieto-Peña², Cristina Corrales-Selaya², Piotr Szczesny³, Antonella Notarnicola^{4,5,6}, Ricardo Blanco², Ingrid Lundberg^{4,5,6} y Maryam Dastmalchi^{4,5,6}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ³Department of Rheumatology. National Institute of Geriatrics. Rheumatology and Rehabilitation. Warsaw. Polonia. ⁴Department of Neurology. Medical University of Warsaw. Warsaw. Polonia. ⁵Division of Rheumatology. Department of Medicine. Karolinska Institutet. Solna. Suecia. ⁶Department of Gastro. Dermatology and Rheumatology. Karolinska University Hospital. Stockholm. Suecia. ⁷Center for Molecular Medicine. Karolinska Institutet. Stockholm. Suecia.

Introducción: La miopatía necrotizante inmunomediada (IMNM) inducida por estatinas es un subtipo de miopatía inflamatoria aso-

Variables	Total (n=24)	Grupo con glucocorticoides (n=19)	Grupo sin glucocorticoides (n=5)	P (esteroides vs sin esteroides)
Edad (años), media ± SD	68.2 ± 7.2	69.2 ± 6.9	64.4 ± 8	0.2
Sexo (mujeres), n (%)	10 (42)	8 (42.1)	2 (40)	0.67
Comorbilidades (n, %)				
- HTA	17 (70.8)	13 (68.4)	4 (80)	0.96
- Diabetes mellitus	15 (62.5)	11 (57.9)	4 (80)	0.7
- Enfermedad cardiovascular	7 (29.2)	6 (31.6)	1 (20)	0.96
Valores analíticos, media ±SD				
- CK (ukat/L)	114.3 ± 103.9	133.7 ± 107.8	40.3 ± 33.5	0.072
Tratamientos, n (%)				
- GC intravenosos	8 (33.3)	8 (42.1)	0	0.21
- GC orales // dosis media (mg/día) ±SD	19 (79.2) // 50 ± 18.2	19 (100) // 50 ± 18.2	0	0.0001
- MTX	18 (75)	15 (78.9)	3 (60)	0.77
- AZA	3 (12.5)	3 (15.8)	0	0.84
- IVIG	18 (75)	13 (68.4)	5 (100)	0.38
- RTX	4 (16.7)	3 (15.8)	1 (20)	0.65
Fuerza muscular, media ±SD				
- MMT-8 al diagnóstico	64.4 ± 12	63.7 ± 10.4	67.3 ± 19.4	0.6
- MMT-8 tras tratamiento	77.6 ± 4.2	77.2 ± 4.6	79.5 ± 1.5	0.33
Remisión				
- Pacientes en remisión, n (%)	21 (87.5)	16 (84.2)	5 (100)	0.84
- Tiempo desde el diagnóstico a la remisión (meses), media ± SD	5.2 ± 2.3	5.5 ± 2.5	4.1 ± 1.1	0.24
- Tiempo hasta la normalización de CK, media ± SD	4.1 ± 1.6	3.9 ± 1.7	4.9 ± 1.3	0.28

AZA: Azatioprina; CK: Creatin quinasa; GC: Glucocorticoides; HTA: Hipertensión; IVIG: Inmunoglobulinas intravenosas; MTX: Metotrexato; RTX: Rituximab

P227 Figura. Características generales de 24 pacientes diagnosticados de IMNM HMGR positiva.

ciada con autoanticuerpos anti-3-hidroxi-3-metilglutaril-CoA reductasa (HMGR). Esta enfermedad se caracteriza por una debilidad muscular progresiva que conduce a una discapacidad grave. El tratamiento suele incluir altas dosis de glucocorticoides (GC). Los efectos secundarios del tratamiento son comunes y están relacionados con las altas dosis de GC. Las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) pueden ser eficaces en el tratamiento de la IMNM.

Objetivos: Comparar dos protocolos terapéuticos en IMNM; a) terapia estándar que incluye altas dosis de GC, y b) un protocolo sin uso de GC.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados consecutivamente de IMNM inducida por estatinas en dos centros de España y Suecia desde enero de 2017 hasta noviembre de 2022 y seguidos durante al menos 3 meses. La IMNM fue diagnosticada según la definición del European Neuromuscular International Workshop 2016¹. Los datos clínicos se extrajeron retrospectivamente de las historias clínicas de los pacientes. La remisión se definió como ausencia de actividad de la enfermedad de acuerdo con los criterios de respuesta ACR/EULAR 2016 en miositis^{2,3}. El tratamiento se asignó a los pacientes considerando las recomendaciones vigentes y las contraindicaciones de las terapias disponibles. En pacientes con comorbilidades que limitan el uso de glucocorticoides, mediante una decisión compartida entre el médico y el paciente, se acordó un tratamiento sin uso de esteroides.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes anti-HMGR positivos. Las características principales y el tratamiento de los pacientes se resumen en la tabla. En 5 (20,8%) pacientes se utilizó una pauta libre de GC basada en el uso de 2 g/kg de IVIG cada mes durante al menos 3 meses. El resto recibió tratamiento estándar incluyendo GC. Al inicio del estudio, los datos demográficos generales, los niveles de MMT-8 y CK fueron similares en ambos grupos. Las comorbilidades fueron mayores en los pacientes tratados con el protocolo libre de GC. La remisión o baja actividad de la enfermedad se logró en 21 pacientes (87,5%), incluidos los 5 pacientes que no recibieron GC (después de una media de 4,1 ± 1,1 meses). Sin embargo, 3 (15,8%) de los 19 pacientes que recibieron glucocorticoides no lograron remisión o baja actividad de la enfermedad. El tiempo de remisión o normalización de CK fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con IMNM anti-HMGR positiva, encontramos que los pacientes pueden alcanzar la remisión sin recibir tratamiento con glucocorticoides.

P228. NECROSIS ÓSEA AVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INJERTO CONTRA RECEPTOR CRÓNICA TRAS TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS HEMOTOPOYÉTICAS

Marta Ibáñez Martínez, Sonia Pastor Navarro, Belén Miguel Ibáñez, Carolina Cristina Chacón Vélez, Ana Turrión Nieves, Olga Martínez González, Susana Gómez Castro, Carlos Montilla Morales y Cristina Hidalgo Calleja

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La enfermedad injerto contra receptor (EICR) es la complicación más frecuente tras un trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TCH). La forma crónica (EICRc) suele implicar un síndrome multisistémico. La primera línea de tratamiento para la EICR crónica moderada-grave suele ser el tratamiento con dosis altas y prolongadas de corticosteroides. La necrosis ósea avascular (NOA) es una complicación que aparece tras un TCH alogénico con una incidencia del 5% al 19%. El mecanismo exacto por el que se produce es desconocido y probablemente multifactorial. Sin embargo, se ha asociado con la presencia y el tratamiento de la EICRc.

Objetivos: Describir la prevalencia de necrosis ósea avascular y sus características clínicas en una cohorte de pacientes con EICRc valorados en una consulta multidisciplinar.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y prospectivo para describir la prevalencia y caracterización de la NOA en una cohorte de 132 pacientes con EICRc refractaria a esteroides en la consulta multidisciplinar. Se recogen variables relacionadas con la enfermedad de base, el trasplante y las manifestaciones clínicas de la EICRc.

Resultados: 14 (10,6%) desarrollaron NOA confirmada por resonancia magnética. Las características relacionadas con el trasplante y las características clínicas de la EICRc se detallan en la tabla. Todos ellos habían recibido esteroides. El tiempo medio transcurrido desde el trasplante hasta la aparición de la NOA fue de 2,5 años (rango 0-5,5). La edad media del diagnóstico de NOA fue de 46 años (17-65). Tres pacientes habían desarrollado la NOA antes de la primera visita; en el resto, el diagnóstico de la misma se produjo durante el seguimiento, con una media de aparición a los 23 meses (1-48). El 64,3% tenía más de una articulación afectada. La cabeza del fémur fue la zona más frecuentemente afectada (64,3%), seguida de la rodilla (35,7%). Otras áreas también afectadas fueron el codo, la cabeza del húmero y el tobillo, con un caso cada una. El 64,3% necesitó una sustitución articular.

Características basales y relacionadas con el trasplante

Variables	n (%) / media (rango)
Total	14
Edad de trasplante, años	43 (16-61)
Sexo (hombre/mujer)	10 (71,4%)/4 (28,6%)
Diagnóstico	
LLA1, SMD2, LMA3	-5 (35,7%)/3 (21,4%)/2 (14,3%)
LLC4, LNH5, SMP6, BTM7	-1/1/1/1 (7,1%)
Tipo TPH	
Relacionado (haploidéntico)	7 (50%) (1;7,1%)
No relacionado	7 (50%)
Régimen de acondicionamiento	
Mieloablativo	9 (64,3%)
Intensidad reducida	5 (35,7%)
Fuente de células madre del injerto	
Sangre periférica	12 (85,7%)
Médula ósea/cordón umbilical	1/1 (7,1%)
Tiempo desde alo-TCH hasta reclutamiento, meses	18 (4-46)
Zona implicada	
ECOG8:1/2/3	6 (42,9%)/4 (28,6%)/1 (7,1%)
Boca	8 (57,1%)
Ojo	8 (57,1%)
Tracto genital	2 (14,2%)
Gastrointestinal	4 (28,6%)
Hígado	1 (7,1%)
Pulmón	4 (28,6%)
BSA9: leve/moderado/grave	3/3/3 (21,4%)
ROM10: leve/moderado/grave	6 (42,9%)/5 (35,7%)/1 (7,1%)
Formas clínicas EICRc	
Esclerótica	9 (64,3%)
Articular	3 (21,4%)
Liquenoide	1 (7,1%)
Psoriasiforme	1 (7,1%)
NIH11 global score: leve/moderado/grave	1 (7,1%)/4 (28,6%)/9 (64,3%)

¹Leucemia linfoblástica aguda, ²Síndrome mielodisplásico, ³Leucemia mieloide aguda, ⁴Leucemia linfocítica crónica, ⁵Linfoma no-Hodgkin, ⁶Síndrome mieloproliferativo, ⁷Beta-talasemia mayor, ⁸Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status; ⁹Body Surface area; ¹⁰Range of Mobility; ¹¹National Institutes of Health

Conclusiones: La NOA en nuestra cohorte es una complicación relativamente frecuente y se presenta en la EICRc moderada-grave. Estos pacientes presentan dolor y limitación del rango de movimiento y estas manifestaciones también pueden aparecer en el contexto de la propia EICR. Su reconocimiento precoz es un reto para evitar diagnósticos erróneos y el riesgo de sobretratamiento con corticoides que aumentaría la progresión de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Law AD, et al. Moderate-severe grade of chronic graft versus host disease and younger age (less than 45 years old) are risk factors for avascular necrosis in adult patients undergoing allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Ann Hematol.* 2021;100(5):1311-9.
2. Bar M, et al. Bone Health Management After Hematopoietic Cell Transplantation: An Expert Panel Opinion from the American Society for Transplantation and Cellular Therapy. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2020;26(10):1784-802.

P229. UNA NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN ALPL CAUSANTE DE HIPOFOSFATASIA AUTOSÓMICA DOMINANTE EN ADULTOS EN UNA FAMILIA DEL SUR DE ESPAÑA: CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA

M^a de Nazaret Roldán Ruiz¹, Samuel Leal Rodríguez², Lucía Mayordomo¹ y Joaquín Bobillo-Lobato³

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²Unidad de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Análisis Clínico y Laboratorio. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La fosfatasa alcalina tisular no específica (TNSALP) es esencial para la mineralización de la matriz extracelular ósea y dental. Existen más de 400 variantes del gen que codifica TNSALP (ALPL), situado en el brazo largo del cromosoma 2. La baja actividad enzimática de la fosfatasa alcalina sérica (ALP) por mutaciones genéticas conduce a la hipofosfatasa (HPP), una condición clínica heterogénea que va desde formas adultas asintomáticas o leves hasta enfermedades perinatales graves. La clínica más típica en la HPP del adulto son las fracturas de estrés y la pérdida temprana de dentición.

Objetivos: Describir el fenotipo clínico y las características de laboratorio en una familia con HPP en la que se detectó una nueva variante genética.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de una familia perteneciente al área del Hospital Virgen de Valme (Sevilla), mediante la identificación primaria de un caso índice con bajo nivel de ALP, en el que se encontró una mutación novedosa del gen ALPL. Se determinó la ALP en miembros de tres generaciones familiares para identificar aquellos con niveles bajos que cumplieron criterios de laboratorio para HPP. Para evaluar la segregación familiar, el fenotipo y la relevancia clínica de esta mutación, se realizó el estudio genético de aquellos con niveles bajos de ALP confirmados, así como de tres miembros con niveles normales de ALP. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, de laboratorio y de estudio genético. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

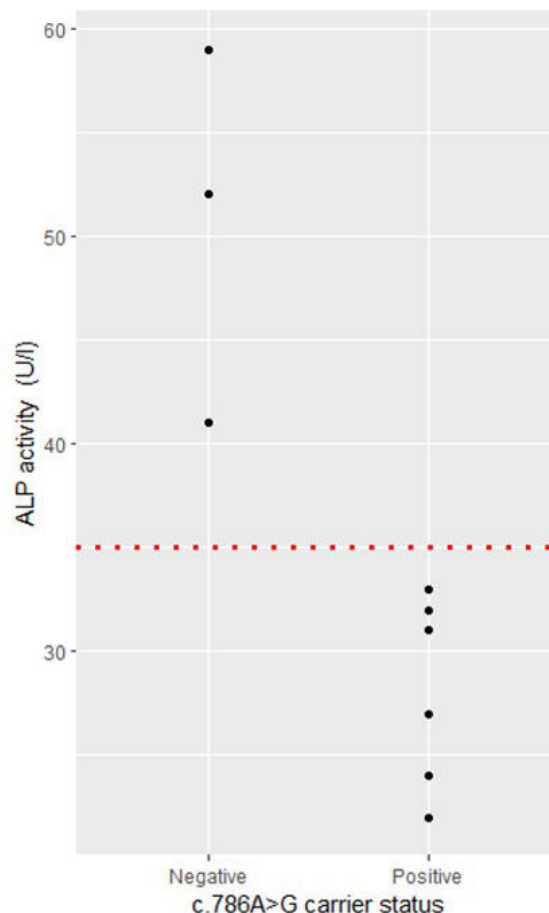
Resultados: Se estudiaron 16 miembros correspondientes a tres generaciones de una misma familia con sospecha de hipofosfatasa familiar. El caso índice fue un varón de 57 años con dolor crónico, problemas de dentición e historia previa de fracturas. El screening ALP resultó en 8/16 (50%) pacientes con nivel bajo. Se incluyeron en el estudio genético 7 pacientes con niveles bajos de ALP y 3 familiares con valores normales de ALP. Las características clínicas y de laboratorio de los siete portadores positivos se muestran en la tabla. La artralgia crónica fue la principal manifestación articular (100%). 6/7 (85%) tenían historia previa de fracturas, la mayoría tras traumatismos no menores. Todos los valores de laboratorio estaban dentro de la normalidad, descartando causas secundarias de HPP. Solo un paciente presentó piridoxal-5'-fosfato (PLP) elevado. El estudio genético demostró que todos los miembros de la familia con bajos niveles de ALP eran portadores de la variante c.786A>G del gen ALPL (fig.) y ninguno de los controles familiares con valores normales de ALP lo era.

Conclusiones: Presentamos una nueva mutación de herencia autosómica dominante en el gen ALPL causante de HPP. Se observa expresividad clínica variable con predominio de dolor crónico, fracturas recurrentes y problemas dentales. El diagnóstico temprano y el asesoramiento genético pueden ser importantes, aunque se requieren más estudios para establecer la relevancia patológica definitiva de esta variante.

Características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de los portadores positivos de la mutación (n = 7)

Características basales (n = 7)			
Sexo	Hombre/Mujer	3 (42,9%)/4 (57,1%)	
Edad	(Media ± DE)	55,6 ± 13,2 años	
Pérdida temprana dentición	Sí	1 (14,3%)	
	No	6 (85,7%)	
Historia fracturas	Sí	4 (57,1%)	
	No	3 (42,9%)	
Manifestaciones articulares	Sí	7 (100%)	
	No	0 (0%)	
Valores de laboratorio			
	Media, DE	Mínimo	Máximo
ALP (U/l)	28 ± 4,16	22	33
PLP (nmol/l)	88 ± 49,1	26,5	178
Calcio (mg/dl)	9,83 ± 0,43	9,3	10,4
Fósforo (mg/dl)	3,72 ± 0,53	2,7	4,2
Magnesio (mg/dl)	1,91 ± 0,15	1,7	2,1
25-OH-Vit-D (ng/ml)	71,2 ± 10,8	57,5	87,2
PTH (pg/ml)	28,6 ± 8,01	15,3	34,5
Vitamina B12 (pg/ml)	489 ± 135	285	645
TSH (µU/ml)	1,73 ± 0,92	0,84	3,64
Cortisol (µg/dl)	13,3 ± 3,48	7,9	18

ALP: fosfatasa alcalina; PLP: piridoxal-5'-fosfato; 25-OH-VitD: 25-hidroxi-vitamina D; PTH: hormona paratiroidea; TSH: hormona estimulante de la tiroides.



Actividad enzimática de la ALP según el estado de portador de la mutación del gen. La línea punteada roja representa el límite inferior de laboratorio para ALP.

P230. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DAPSONA PARA LA VASCULITIS IGA PEDIÁTRICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Mireia López Corbeto¹, Laia Martínez Mitjana¹, Estefanía Moreno Ruzafa¹ y Beatriz García Palop²

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Farmacia. Hospital Infantil i Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La vasculitis por inmunoglobulina A (IgAV), o púrpura de Schonlein-Henoch, es una vasculitis sistémica de pequeño vaso caracterizada por el depósito perivascular de IgA. Los corticosteroides (CS) y el tratamiento antiinflamatorio (AINE), habitualmente reducen la gravedad de estos síntomas. Sin embargo, algunos pacientes presentan resistencia a los CS o AINE. La dapsona es un antimicrobiano de sulfona sintética que ha demostrado tener propiedades antiinflamatorias. Varios estudios han revelado que la dapsona es eficaz en la vasculitis IgAV, pero hay pocos datos de su utilidad en casos pediátricos refractarios al tratamiento convencional.

Objetivos: Reportar la eficacia y seguridad del tratamiento con dapsona en 6 pacientes con IgAV pediátrica refractarios al tratamiento convencional.

Métodos: Se incluyeron en el estudio los pacientes pediátricos diagnosticados de IgAV en un centro de referencia de patología reumática pediátrica entre octubre de 2018 y octubre de 2022, refractarios a dos líneas de tratamiento convencional durante al menos 2 semanas y tratados con dapsona. Se recogieron las variables clínicas, analíticas, líneas terapéuticas previas, así como los datos de eficacia y seguridad del tratamiento con dapsona. Se define la presencia de metahemoglobinemia (MetHb) como concentraciones de MetHb > 3% tras el inicio de dapsona. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando STATA versión 3.1.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes (4 niñas, 2 niños) con una media de edad al diagnóstico de 11,33 años (min 6, máx. 8). Todos los pacientes presentaron al debut púrpura palpable, el 83,33% artritis y dolor abdominal, el 33,33% hemorragia digestiva baja y un paciente presentó epididimitis. La afectación renal en forma de hematuria y proteinuria se objetivó en la mitad de los pacientes. 2 pacientes precisaron una biopsia renal y 4 pacientes precisaron de

ingreso hospitalario. En cuanto a los parámetros de laboratorio, la Hb al debut fue de media 12,6 g/dl (DE 2,43), VSG de 24,5 mm/h (DE 31,7), PCR 0,9 mg/dl (DE 1,02), IgA 255,66. (DE 151,04), C3 150 (62,03), CD 27,7 (15,64), proteinuria 333,75 mg/g de creatinina (DE 438,73). Previo al tratamiento con dapsona, todos los pacientes recibieron AINE y GC durante una media de 21 días, 2 pacientes realizaron además tratamiento con inmunosupresores. El motivo del inicio de la dapsona fue la refractariedad al tratamiento convencional para controlar la clínica cutánea en 2 pacientes, por persistencia de la clínica cutánea y abdominal en 2 pacientes, y por afectación cutánea, abdominal y renal en los 2 pacientes restantes. La dosis media de dapsona fue de 1,2 mg/kg/día (min 0,5-máx. 2), y se objetivó una mejoría de todos los dominios clínicos en una media de 3 días (min 1, máx. 8). Actualmente 2 pacientes continúan con el tratamiento y 4 lo han discontinuado por remisión. 2 pacientes presentaron metahemoglobinemia (MetHb 4% y 6,2%) a los 13 días (min 4, máx. 22) de haber iniciado el tratamiento y se resolvió al reducir la dosis o al interrumpir temporalmente el mismo.

Conclusiones: El tratamiento con dapsona fue altamente eficaz en todos los pacientes, logrando controlar de forma rápida varios dominios clínicos de moderada gravedad. La MetHb es el efecto secundario más frecuente y puede ser fácilmente controlado con una correcta monitorización. Son necesarios estudios farmacocinéticos, farmacodinámicos así como de eficacia y seguridad de este fármaco para la IgAV pediátrica.

P231. HACIA LA DEFINICIÓN DE LOS PUNTOS DE CORTE DE LOS ESTADOS DE ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA

Ana Isabel Rebollo Giménez, Yulia Vyzhga, Luca Carlini, Elisa Patrone, Silvia Rosina y Angelo Ravelli

Clínica de Pediatría y Reumatología. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Génova. Italia.

Introducción: La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) representa hasta el 15% de todos los pacientes con AIJ y se diferencia de las otras categorías de la enfermedad por la asociación de manifestaciones articulares y extraarticulares. La puntuación sistémica de la actividad de la artritis juvenil (sJADAS) es una puntuación com-

	ID	LDA	MDA	HDA
Número de pacientes (%)	87 (37.7)	39 (16.9)	46 (19.9)	59 (25.5)
Edad de inicio, años (media, DE)	6.17 (4.24)	5.44 (3.06)	5.11 (3.42)	5.36 (4.06)
MD global VAS (mean, SD)	1.08 (2.64)	2.5 (2.59)	5.03 (2.59)	6.61 (2.91)
MD systemic VAS (mean, SD)	0.06 (0.23)	0.88 (1.13)	3.08 (2.69)	7.52 (2.17)
Manifestaciones sistémicas (%)	1 (1.1)	7 (17.9)	22 (47.8)	56 (94.9)
Fiebre	0 (0)	0 (0)	19 (41.3)	55 (93.2)
Rash	0 (0)	4 (10.3)	9 (19.6)	29 (49.2)
Hepatomegalia	0 (0)	0 (0)	2 (4.3)	21 (35.6)
Esplenomegalia	0 (0)	1 (2.6)	4 (8.7)	14 (23.7)
Linfoadenopatía	1 (1.1)	2 (5.1)	5 (10.9)	20 (33.9)
Serositis	0 (0)	0 (0)	4 (8.7)	9 (15.3)
VES, mm/h (media, DE)	8.46 (7.63)	16.26 (14.43)	46.11 (34.53)	66.85 (32.4)
PCR, mg/dl (media, DE)	0.39 (0.85)	0.88 (1.93)	5.17 (7.03)	7.89 (6.06)
NAA > 1 (%)	1 (1.1)	13 (33.3)	34 (73.9)	53 (89.8)

Tabla. Comparación de las características clínicas y de laboratorio entre los distintos estados de actividad de la enfermedad (n = 231). MD global VAS= evaluación global de la actividad de la enfermedad por el médico; MD systemic VAS= evaluación global por el médico de la actividad de la enfermedad sistémica; VES= velocidad de eritrosedimentación; PCR= Proteína C reactiva; NAA= Número de articulaciones activas; ID= enfermedad inactiva; LDA= baja (o mínima) actividad de la enfermedad; MDA= actividad moderada de la enfermedad; HDA= alta actividad de la enfermedad.

P231 Figura

puesta de la actividad de la enfermedad validada específicamente para su uso en la AIJs que incluye, cuatro componentes del JADAS original, un quinto ítem destinado a cuantificar la carga de las características sistémicas. La interpretación de las puntuaciones del sJADAS requiere criterios que identifiquen los estados de actividad de la enfermedad. Estos criterios pueden utilizarse para monitorizar el curso de la enfermedad a lo largo del tiempo y para definir objetivos terapéuticos.

Objetivos: Comparar los datos clínicos y de laboratorio de cada estado de actividad de la enfermedad en los pacientes incluidos en el estudio multinacional dirigido a definir los puntos de corte sJADAS.

Métodos: Se incluyeron los datos de pacientes diagnosticados de AIJs según los criterios ILAR que fueron reclutados entre febrero de 2022 y noviembre de 2022 en diferentes centros de referencia a nivel internacional de reumatología pediátrica. En la visita del estudio, cada paciente fue categorizado subjetivamente por el médico que lo atendía en uno de los siguientes estados de actividad: inactiva (ID), baja (o mínima) (LDA), moderada (MDA) o alta actividad de la enfermedad (HDA). Los datos del estudio se recogieron mediante un formulario estándar de notificación de casos y se introdujeron en una base de datos electrónica.

Resultados: Se reclutó a un total de 231 pacientes en 29 centros de 12 países. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 5,63 años. 87 pacientes (37,7%) tenían ID, 39 (16,9%) LDA, 46 (19,9%) MDA y 59 (25,5%) HDA. En la tabla se comparan las principales características clínicas y de laboratorio de los pacientes con los cuatro estados de actividad de la enfermedad. En general, la presencia de manifestaciones extraarticulares fue más frecuente en los pacientes con MDA y HDA ($p < 0,00001$), mientras que la fiebre, la erupción cutánea, la hepatoesplenomegalia y la linfadenopatía fueron más frecuentes en los pacientes con HDA ($< 0,00001$). El recuento de articulaciones activas aumentó progresivamente de ID a HDA ($p < 0,00001$). Los valores medios de la evaluación global médica de la actividad de la enfermedad y de las manifestaciones sistémicas, así como los valores medios de los reactantes de fase aguda, fueron más elevados en los pacientes con HDA, con una disminución gradual de MDA a LDA y a ID.

Conclusiones: El análisis preliminar de los datos del estudio indica que la evaluación subjetiva del estado de la enfermedad por parte de los médicos permitió discriminar a los pacientes con diferente nivel de actividad de la enfermedad de forma fiable. Por lo tanto, esta evaluación servirá de referencia para los análisis posteriores destinados a identificar los puntos de corte para los principales estados de actividad de la enfermedad en la AIJs.

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

P232. LA PRESENCIA DE ENTESITIS Y DACTILITIS SE ASOCIA A UNA PEOR CALIDAD DE VIDA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA JUVENIL

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

¹Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

²Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

³Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de la Arrixaca. Murcia.

⁴Reumatología. Hospital Universitario Sant Pau. Barcelona.

⁵Reumatología Pediátrica. Hospital Politécnico Universitario La Fe. Valencia.

⁶Reumatología. Hospital Regional de Málaga.

⁷Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

⁸Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

⁹Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica juvenil (APsJ) es uno de los tipos menos frecuentes de AIJ -alrededor 5%. La información sobre APsJ es

principalmente clínica, pero escasa en lo referente al impacto que ejercen las manifestaciones musculoesqueléticas sobre la calidad de vida infantil.

Objetivos: Evaluar el impacto de factores clínicos y ecográficos (US) sobre la calidad de vida de niños con APsJ.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes con APsJ incluidos consecutivamente, desde enero-2020 hasta mayo-2022. Criterios de inclusión: 1/edad de inicio menor de 17 años, 2/diagnóstico según criterio del médico habitual basado en uno de los 2 sistemas de clasificación diagnóstica para APsJ (ILAR y Vancouver). Se utilizaron los cuestionarios de calidad de vida, PsAID (1) y función física, CHAQ y escalas de intensidad del dolor (EVA). Se testó si las características clínicas y US estaban asociadas con la función física y el estado de salud. Para el análisis se identificó el PsAID (Psoriasis Arthritis Impact of Disease) como la variable dependiente.

Resultados: Se incluyeron 48 niños (edad media 11, desviación estándar 4 años). La mediana (md) del tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue de 1 año; rango intercuartil (RIC) de 0,5-2. Únicamente en 3 (5%) pacientes había antecedentes de síntomas axiales inflamatorios, y solo en uno de ellos se confirmó sacroilitis unilateral por RM. La mitad de los pacientes tomaban metotrexato y 20 de ellos llevaban algún biológico asociado en el momento de inclusión. La población mostró baja actividad clínica (índice de actividad, DAPSA md 3,5; RIC 0-25) y ecográfica (número de articulaciones, md 3; RIC 0-7). Las puntuaciones en los distintos cuestionarios fueron bajas; EVA-dolor (md 1; RIC 0-5), CHAQ (md 0,12; RIC 0-0,4) y PsAID (md 0,4; RIC 0-3,2). El índice PsAID (mínimo 0, máximo 9,2) mostró baja correlación con CHAQ (r 0,3) y alta con DAPSA (r 0,7); Sin embargo, la correlación entre el PsAID y el recuento total articular tanto clínico como US fue baja (r 0,4). La correlación entre PsAID y el recuento total entésico por la clínica fue moderada (r 0,5) y baja (r 0,4) por US. Los niños con presencia de entesitis y dactilitis clínica obtuvieron una puntuación promedio PsAID superior a que aquellos que no lo presentaron (dactilitis; $p = 0,002$, y entesitis; $p < 0,001$).

Conclusiones: La entesitis y la dactilitis tienen impacto sobre la calidad de vida del niño independientemente de la afectación articular. Para confirmar estos hallazgos se necesitarán estudios longitudinales con un mayor tamaño muestral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gossec L, et al. A patient-derived and a patient-reported outcome measure for assessing psoriatic arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriasis Arthritis Impact of Disease, PsAID questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:1012.

P233. DESARROLLO DEL ÍNDICE COMPUESTO DE ACTIVIDAD DE LA DERMATOMIOSITIS JUVENIL DIRIGIDO A LOS PADRES

Ana Isabel Rebollo Giménez¹, Silvia Rosina¹, Letizia Tarantola², Roberta Naddei³, Alessandro Consolaro^{1,2}, Angela Pistorio⁴ y Angelo Ravelli⁴

¹UOC Reumatologia e Malattie Infiammatorie. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Genova. Italia. ²Università di Genova. Italia. ³Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali. Università degli Studi di Napoli Federico II. Napoli. Italia. ⁴Direzione Scientifica. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Genova. Italia.

Introducción: En los últimos años se ha prestado más atención al desarrollo de puntuaciones compuestas de actividad de la enfermedad centradas en padres e hijos para la evaluación del estado de salud de niños con enfermedades reumáticas.

Objetivos: Desarrollar y probar un índice de actividad compuesto de la enfermedad centrada en los padres para la dermatomiositis juvenil (DMJ), denominado Índice de Actividad de la DermatoMiositis Juvenil de los padres (parJDMAI). Se evaluaron dos versiones.

	Cohorte multicéntrica		Cohorte monocéntrica	
	Spearman r	N	Spearman r	N
Parent JDMAI1 vs JDMAI1	0.70	402	0.83	68
Parent JDMAI1 vs JDMAI2	0.69	350	0.82	65
Parent JDMAI2 vs JDMAI1	0.69	394	0.80	71
Parent JDMAI2 vs JDMAI2	0.67	347	0.79	68
Parent JDMAI1 vs DAS total	0.51	395	0.72	69
Parent JDMAI2 vs DAS total	0.51	400	0.71	72
Parent JDMAI1 vs Physician Global VAS	0.48	419	0.73	71
Parent JDMAI2 vs Physician Global VAS	0.49	420	0.74	74
Parent JDMAI1 vs JDMAI1-3-Items	0.49	402	0.72	68
Parent JDMAI1 vs JDMAI2-3-Items	0.49	350	0.67	65

P233 Figura. Correlación de Spearman entre parJDMAI1 y parJDMAI2 y otras medidas resultado.

Métodos: Tanto el parJDMAI1 como el parJDMAI2 incluyen: 1) evaluación por los padres de la actividad cutánea (presencia/ausencia de: i) erupción en párpados, ii) nariz/mejillas, iii) nudillos, iv) tronco/brazos, v) ulceración cutánea-puntuación 0-5); 2) evaluación por los padres de la enfermedad muscular (presencia/ausencia de: i) fatiga/malestar, ii) debilidad muscular, iii) dolor muscular, iv) cambio de voz, v) dificultad para tragar-puntuación 0-5); 3) valoración de los padres de la fatiga del niño en una escala analógica visual (EVA) de 0-10 (0 = sin fatiga; 10 = fatiga máxima). Como cuarto ítem, el parJDMAI1 incluye la valoración global de los padres del bienestar del niño, medida en una EVA de 0-10 (0 = mejor; 10 = peor), mientras que el parJDMAI2 incluye la valoración global de los padres de la actividad de la enfermedad, medida en una EVA de 0-10 (0 = sin actividad; 10 = máxima actividad). Para dar el mismo peso a los cuatro componentes, se duplicaron las puntuaciones de las escalas cutánea y muscular. Así, la puntuación total de ambos instrumentos oscila entre 0 y 40. La validación inicial se llevó a cabo en una muestra de 213 pacientes seguidos en 13 centros internacionales de reumatología pediátrica y evaluados prospectivamente (número de visitas = 577), y en una muestra monocéntrica que incluía 50 pacientes, todos ellos evaluados al inicio y 32 evaluados también tras una mediana de 3,9 meses (número de visitas = 82). Para la validación se incluyó el cálculo de las correlaciones entre los ítems individuales de parJDMAI y las medidas de DMJ del médico, y entre parJDMAI1 y parJDMAI2 con la de las puntuaciones compuestas globales de actividad de la enfermedad para DMJ denominadas JDMAI1 y JDMAI2. Dado que tanto JDMAI1 como JDMAI2 incluyen la evaluación global de los padres sobre el bienestar del niño, que también forma parte de parJDMAI1, probamos las correlaciones de parJDMAI1 con versiones reducidas de JDMAI1 y JDMAI2, que incluían solo 3 ítems centrados en el médico. Las correlaciones de Spearman se definieron como bajas, moderadas o altas cuando r_S era $< 0,4$, $\geq 0,4$ y $\leq 0,7$, o $> 0,7$, respectivamente.

Resultados: Las correlaciones entre los componentes individuales de parJDMAI1 y parJDMAI2 y las medidas resultado de DMJ del médico fueron de bajas a moderadas en la muestra multicéntrica, pero moderadas en la muestra monocéntrica. Asimismo, las correlaciones entre las puntuaciones de parJDMAI1 y parJDMAI2 y las de las versiones original y reducida de JDMAI1 y JDMAI2 fueron fuertes en la muestra monocéntrica, pero moderadas en la muestra multicéntrica.

Conclusiones: Las puntuaciones de parJDMAI1 y parJDMAI2 revelaron propiedades de medición satisfactorias. El hecho de que las

correlaciones con las medidas de resultados del médico y las versiones de JDMAI fueran mayores en la muestra monocéntrica que en la multicéntrica indica que las herramientas deben probarse en diferentes entornos clínicos y culturales antes de recomendar su uso. Este trabajo ha contado con el apoyo de la Fundación Española de Reumatología.

P234. BIOMARCADORES EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: DESCRIPCIÓN DE GRUPOS CON DISTINTOS GRADOS DE DISCORDANCIA ENTRE CALPROTECTINA SÉRICA Y PROTEÍNA C REACTIVA

H Codes-Méndez¹, B Magallares^{1,4}, HS Park^{1,4}, L Martínez-Martínez^{2,4}, Y Alvaro², E Molto², V Calahorra¹, S Boronat¹, P Moya^{1,4}, A Laiz^{1,4}, JL Tandaipan^{1,4}, S Fernández¹, C Díaz-Torné^{1,4}, I Castellvi^{1,4} y H Corominas^{1,4}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: No existen biomarcadores específicos de actividad de la enfermedad para la artritis idiopática juvenil (AIJ), por lo que es importante identificar nuevas moléculas que nos ayuden en la práctica clínica habitual a ofrecer opciones de tratamiento individualizado. La calprotectina sérica (Calpro) es un biomarcador emergente en la medida de la inflamación. Estudios recientes¹ sugieren que la actividad de la enfermedad en AIJ se correlaciona mejor con Calpro que con los reactantes de fase aguda sistémicos clásicos como la proteína C reactiva (PCR).

Objetivos: Determinar las características clínicas de los pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil que presentan discordancia entre calprotectina sérica y proteína C reactiva.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico incluyendo pacientes con AIJ de una consulta monográfica de reumatología pediátrica entre 2017 y 2021. Se incluyeron 25 pacientes que tenían al menos una determinación de Calpro en práctica clínica habitual. Se recogieron datos demográficos, analíticos y clínicos. Se recogió del índice JADAS por exploración física y ecografía en los pacientes con afectación articular periférica.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes, siendo el 48% de sexo femenino y con una edad media de 11,5 (± 4,6) años. Un total de 11 (44%) de pacientes presentaron discordancia entre Calpro y PCR. De entre

ellos, 9 (81,8%) tenían Calpro alta y PCR baja, mientras que solamente 2 (18,2%) tenían Calpro baja y PCR alta. En el momento de la determinación analítica un 44% de pacientes tenían actividad de la enfermedad. El subtipo de AIJ oligoarticular es el que presentó mayor porcentaje de pacientes (54,5%) con discordancia y Calpro elevada. Los detalles de las características clínicas y analíticas según la presencia o no de discordancia entre Calpro y PCR están descritos en la tabla. En el subgrupo de pacientes con discordancia y Calpro elevada había 3 (33,3%) pacientes activos. Un 66,7% eran de sexo femenino y todos ellos tenían diagnóstico de AIJ oligoarticular. Uno de ellos estaba en brote tanto a nivel articular como oftalmológico en el momento de la determinación analítica. Ninguno de ellos estaba en tratamiento con corticoides ni FAME (fármaco antirreumático modificador de la enfermedad).

Características de la muestra según la presencia o no de discordancia entre Calpro y PCR

	No discordancia	Discordancia	Discordancia	No discordancia
	Bajos (n = 11)	Calpro baja (n = 2)	Calpro alta (n = 9)	Altos (n = 3)
Edad (años), media (DE)	12,2 (± 4,6)	8,0 (± 11,1)	10,3 (± 3,5)	14,4 (± 3,0)
Subtipo AIJ, n (%)				
ERA + EA juvenil + APs	5 (45,4)	0 (0)	2 (22,2)	0 (0)
Oligoarticular	3 (27,3)	1 (50)	5 (55,6)	2 (66,7)
Poliarticular	2 (18,2)	1 (50)	1 (11,1)	1 (33,3)
Sistémica	1 (9,1)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)
Biomarcadores, mediana (RIQ)				
PCR (mg/L)	0,5 (0,6)	8,2 (5)	1,7 (2,1)	6,3 (11,8)
VSG (mm/h)	5 (8)	28 (32)	13 (12)	21 (56)
Calprotectina (µg/mL)	1,4 (0,8)	0,9 (1,6)	4,3 (1,7)	4 (2,3)
Actividad AIJ según clínico, n (%)				
Activos	4 (36,3)	2 (100)	3 (33,3)	2 (66,7)
Inactivos	7 (63,6)	0 (0)	6 (66,7)	1 (33,3)
Actividad AIJ según JADAS, n (%)				
JADAS: actividad	0 (0)	2 (100)	2 (22,2)	1 (33,3)
JADAS Eco: actividad	0 (0)	2 (100)	1 (11,1)	1 (33,3)
Uveítis, n (%)				
Episodio previo	1 (9,1)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)
Brote activo	0 (0)	0 (0)	1 (11,1)	0 (0)
Tratamiento, n (%)				
PDN	2 (18,2)	1 (50)	1 (11,1)	1 (33,3)
FAME	6 (54,5)	1 (50)	3 (33,3)	3 (100)
FAMEb	3 (27,3)	0 (0)	2 (22,2)	1 (33,3)

Conclusiones: Hasta un 44% de la muestra presentaba discordancia entre Calpro y PCR. De entre ellos, la mayoría (81,8%) tenían elevación de Calpro sin elevación de PCR. El subtipo de AIJ que presentaba discordancia con Calpro elevada era el oligoarticular. Un total de 3 (33%) pacientes estaban activos en el grupo con discordancia y Calpro alta, estando uno de ellos en brote tanto a nivel articular como oftalmológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. La C, Lê PQ, Ferster A, Goffin L, Spruyt D, Lauwerys B, *et al.* Serum calprotectin (S100A8/A9): a promising biomarker in diagnosis and follow-up in different subgroups of juvenile idiopathic arthritis. RMD Open. 2021;7(2):e001646.

P235. ACTIVIDAD EN AIJ EN LA UNIDAD DE TRANSICIÓN

Karen Samantha Carpio Astudillo¹, Daniel Clemente Garulo², Juan Carlos López-Robledillo², Camille Bourgeois Avella¹, Laura Trives Folguera¹, Amparo López López¹, José María Álvaro-Gracia¹, Indalecio Monteagudo Sáez¹ y Juan Carlos Nieto-Gonzalez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) consiste en un grupo heterogéneo de artritis inflamatorias de inicio en la infancia, cuya actividad experimentaría una mejoría progresiva conforme los pacientes alcanzan su edad adulta¹. Nuestra unidad de transición está conformada por pacientes en las edades comprendidas entre los 18 y los 25 años de edad que han sido diagnosticados de alguna patología reumatológica durante la infancia. Nuestro objetivo primario fue describir el grado actividad de los pacientes con AIJ en los años previos a su transferencia a la unidad, así como en los años posteriores.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo y longitudinal a partir de una cohorte de pacientes con AIJ transferidos a nuestra unidad de transición provenientes de nuestra consulta reumatología pediátrica así como de otras unidades de reumatología pediátrica. Los pacientes seleccionados debían tener al menos una visita y encontrarse en seguimiento activo. Se recogieron datos demográficos, el subtipo de AIJ y los tratamientos utilizados tanto previamente como durante la transición. La actividad de la enfermedad tanto de los años previos como los posteriores a la transferencia fue registrada en forma de brotes tanto a nivel articular como ocular y la remisión fue definida según los criterios de Wallace².

Resultados: Entre diciembre de 2016 y diciembre del 2021 nuestra unidad de Transición recibió un total de 113 pacientes con diagnóstico de AIJ. Las características demográficas de los pacientes en el momento de la transferencia se muestran en la tabla. En la transferencia (primeras 2 consultas en transición) hasta un 79,6% de los pacientes cumplían los criterios Wallace³ de remisión, y el 20,4% (23 pacientes) presentaba actividad inflamatoria. En los 3 años previos a la transferencia 48 pacientes (42,47%) habían experimentado al menos un brote, 43 (89,58%) por brotes articulares y 5 (10,41%) por uveítis. De estos 48 pacientes con brotes previos, 11 pacientes (22,9%) estaban activos durante la transferencia y 20 pacientes (41,6%) tuvieron al menos un brote en los 3 años posteriores a la transferencia. Sin embargo, de los 65 pacientes en remisión durante los 3 años previos a la transferencia, 12 pacientes (18,5%) tuvieron actividad durante la transferencia y 18 (27,7%) durante los 3 años posteriores. A su vez aproximadamente un 42% de estos pacientes persistían con actividad durante su seguimiento en la consulta de transición.

Características demográficas de los pacientes con AIJ incluidos en el estudio en función de la actividad inflamatoria en el momento de la transferencia

	Total (n: 113)	Activos (n:23)	Inactivos (n:90)
Sexo (femenino) n (%)	77 (68,1)	15 (65,2)	62 (68,9)
Edad al diagnóstico media (DE)	8,22 (5,0)	8,91 (5,1)	8,01 (4,9)
Edad en la transferencia media (DE)	19,64 (3,1)	19,18 (1,9)	19,76 (3,3)
FAMEc previo a la transferencia n (%)	94 (83,2)	22 (95,7)	72 (80)
FAMEb previo a la transferencia n (%)	67 (59,3)	11 (47,8)	56 (62,2)
Uveítis	19 (16,8)	8 (16,6)	11 (16,9)
Subtipo de AIJ n (%)			
Oligoarticular persistente	39 (34,5)	8 (34,8)	31 (34,4)
Oligoarticular extendida	13 (11,5)	1 (4,3)	12 (13,3)
Poliarticular FR -	24 (21,2)	6 (26,1)	18 (20)
Poliarticular FR +	5 (4,4)	1 (4,3)	4 (4,4)
Asociada a entesitis	19 (16,8)	6 (26,1)	13 (14,4)
Sistémica	6 (5,3)	0 (0)	6 (6,6)
Psoriásica	7 (6,2)	1 (4,3)	6 (6,6)

Conclusiones: Uno de cada cinco pacientes presentan inflamación articular en el momento de la transferencia. Los pacientes con actividad inflamatoria en los 3 años previos tuvieron una probabilidad de casi el 42% de tener actividad inflamatoria en los 3 años posteriores a la transferencia, frente al casi 28% de los pacientes en remisión durante los 3 años previos a la transferencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabbagh S, Ronis T, White PH. Pediatric rheumatology: addressing the transition to adult-orientated health care. Research and Reviews. 2018;10 83-95.

2. Wallace CA, et al. Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance, Pediatric Rheumatology International Trials Organization, Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group. Preliminary criteria for clinical remission for select categories of juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol.* 2004;31:2290-4.

P236. WHAT TO EXPECT WHEN SYSTEMIC TREATMENT IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IS WITHDRAWN?

Ana Isabel Ramos Lisbona¹, Daniel Clemente Garulo², Alina Boteanu³, Laura Trives-Folguera¹, Antía García-Fernández³, Pablo González Navarro⁴, Juan Carlos López Robledillo², Indalecio Monteagudo-Saéz¹ y Juan Carlos Nieto-González¹

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Pediatric Rheumatology Unit. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Biostatistical Unit. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid.

Objectives: The goal of juvenile idiopathic arthritis (JIA) treatment is to maintain clinical remission. It is also important to reduce drug exposure, whenever possible, in order to avoid or decrease potential side effects. We aimed to analyze remission survival after systemic treatment withdrawal and to determine which factors can influence on it.

Methods: We conducted a multicenter, observational, longitudinal study. All patients diagnosed with JIA were included. We analyzed remission survival using Kaplan-Meier curves according to the systemic treatment received (methotrexate alone or in combination with biologics (bDMARD) and JIA subgroups (oligoarticular and polyarticular course, juvenile spondyloarthritis and systemic).

Results: We included 404 JIA patients, 370 of them (92%) had received systemic treatment at some point and half of them (185 patients) had stopped it on at least one occasion. There were 110 patients who flared (59%) with a median time of 2.3 years. There were no differences of remission survival between JIA subcategories but flares were more frequent when uveitis or joint injections were present (table). 29% of JIA patients who received methotrexate and

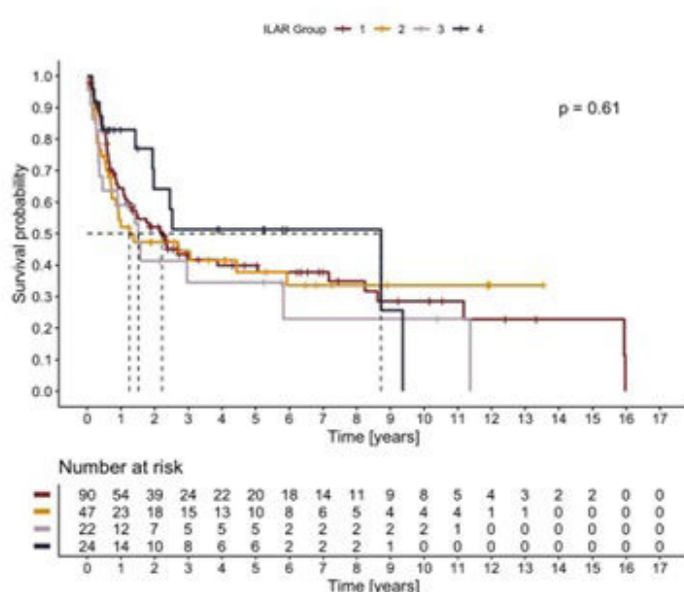
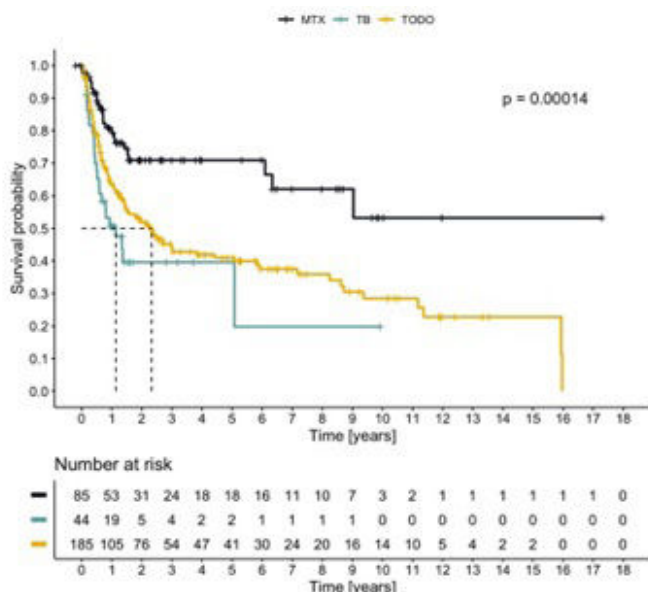
bDMARD in which methotrexate alone was withdrawn flared, median time to flare of 6.3 years. However, if only bDMARD was withdrawn, flares occurred 57% of the time, median time to flare of 1.1 years (fig.).

Demographic characteristics of juvenile idiopathic arthritis (JIA) patients who ever had systemic treatment withdrawn, divided according to flares

	Total (n:185)	Remission (n:75)	Flared (n:110)	p [†]
Age at disease onset	3.4 (1.8-7.6)	4.7 (2.4-9.4)	3.0 (1.7-6.1)	0.0033
Median (IQR)				
Sex (female)	131 (71)	51 (68)	80 (73)	0.52
N (%)				
Uveitis	30 (16)	5 (6.7)	25 (23)	0.0042
N (%)				
ANA	79 (42.7)	35 (47)	44 (40)	0.42
N (%)				
Joint injections ever	107/160 (67)	31/62 (50)	76/98 (78)	0.0012
n/N (%)				
Methotrexate ever	176 (95)	70 (93)	106 (96)	0.54
N (%)				
Biological therapy ever	80 (43)	29 (39)	51 (46)	0.32
N (%)				
JIA groups				0.42
N (%)				
Oligoarticular course	90 (48.6)	34 (47)	56 (51)	
N (%)				
Polyarticular course	47 (25.4)	19 (26)	28 (25)	
N (%)				
Juvenile Spondyloarthritis	22 (12)	7 (9.6)	15 (14)	
N (%)				
Systemic	24 (13)	13 (18)	11 (10)	
N (%)				

ANA: Antinuclear antibody; IQR: Interquartile range. [†]n/N (%); Median (IQR). ²Pearson's Chi-squared test. ³Wilcoxon rank sum test. ⁴Fisher's exact test.

Conclusions: Flares are frequent when systemic treatment is withdrawn, and uveitis or joint injections could be related risk factors. In methotrexate, biological-naïve patients, the frequency of flares occurred in more than half of patients, although they were less frequent when clinical remission lasted for more than a year.



P236 Figure. Kaplan-Meier curves of remission depending on the systemic treatment stopped and the ILAR subcategory.

P237. REGISTRO DE PACIENTES ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (JUVENSER). METODOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Juan José Bethencourt Baute¹, Nuria Montero², Andrea M. Zacarias³, Juan Carlos Nieto⁴, Mireia López-Corbeto⁵, Alina Boteanu⁶, Marta Medrano⁷, Gisela Díaz-Cordovés Rego⁸, Carmen Vargas-Lebron⁹, Sergio Machín-García¹⁰, Lorena Expósito¹, Ana Paula Cacheda¹¹, Pilar Bernabeu¹², Raúl Veroz-González¹³, Olaia Fernández¹⁴, Eugenia Enríquez Merayo¹⁵, Vicenç Torrente-Segarra¹⁶, María Dolores Fernández-Alba¹⁷, María Luz Gamir⁶, Juan Carlos López-Robledillo¹⁸, Jordi Antón¹⁹, Lucía Otero² y Sagrario Bustabad¹

¹Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Hospital Sant Joan de Déu. Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁷Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁸Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹⁰Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. ¹¹Hospital Universitario Son Llàtzer. Mallorca. ¹²Hospital General Universitario de Alicante. ¹³Hospital de Mérida. ¹⁴Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ¹⁵Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ¹⁶Hospital Comarcal Alt Penedès Garraf. Vilafranca del Penedès. ¹⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁸Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ¹⁹Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática crónica más frecuente en pediatría. Sin embargo, el manejo de los pacientes adultos jóvenes diagnosticados de AIJ no se encuentra todavía bien definido. La limitada información disponible en estos pacientes durante esta etapa de la vida, en relación a la actividad de la enfermedad y al daño estructural, puede resultar de interés para establecer las bases que permitan explicar el desarrollo de complicaciones y otros problemas asociados a los pacientes que sufren estas patologías. Por este motivo se ha puesto en marcha el proyecto JUVENSER, registro de pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de AIJ.

Objetivos: Describir la metodología del registro, las características sociodemográficas, clínicas, y la actividad de la enfermedad, así como describir el manejo terapéutico de pacientes diagnosticados con AIJ en la infancia en España que alcanzan su etapa de transición a la vida adulta.

Métodos: Estudio longitudinal, prospectivo y multicéntrico en el que se incluirán visitas de seguimiento semestrales durante la duración del trabajo de campo del estudio. Población de referencia. Pacientes adultos jóvenes entre 16 y 25 años con diagnóstico de AIJ en cualquiera de sus categorías, atendidos en consultas de reumatología de 16 centros hospitalarios españoles participantes en el estudio. Variables. Número de articulaciones y entesis dolorosas y tumefactas, escala analógica visual (EVA) de actividad de la enfermedad según el paciente y el médico (0-10), escala de calidad de vida SF-12, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), JADAS 27 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score), HAQ (Health Assessment Questionnaire) y registro de manifestaciones extraarticulares (afectación ocular, gastrointestinal, cutánea).

Resultados: Se han incluido 534 pacientes, consiguiendo así el objetivo de reclutamiento del registro (n > 500). La tabla muestra la descripción de los pacientes, siendo un 64,6% mujeres (n = 345). La mediana de edad al diagnóstico fue de 9,2 [3,8-13,6] años y la mediana de edad a la entrada del registro fue de 19,7 [18-21,6] años. La forma de AIJ más frecuente fue la oligoarticular persistente (194 pacientes, 36,3%) seguida de la artritis relacionada con entesitis (103 pacientes, 19,3%). La terapia más frecuente entre estos pacientes es el uso de FAMEb con FAMEc (27,2%), estando sin tratamiento 70 pacientes (13,1%).

Propiedades de los pacientes incluidos en JUVENSER

Pacientes		
Total de pacientes, n		534
Sexo	Femenino, n (% DE)	345 (64,6%)
	Masculino, n (%)	189 (35,4%)
Edad a la entrada en el registro (años)	Media (DE)	19,8 (3,2)
	Mediana [RIQ]	19,7 [18-21,6]
Edad al diagnóstico (años)	Media (DE)	8,7 (5,7)
	Mediana [RIQ]	9,2 [3,8-13,6]
Categoría según la ILAR al debut de la enfermedad, n (%)		
Oligoarticular persistente		194 (36,3%)
Artritis relacionada con entesitis		103 (19,3%)
Poliarticular factor reumatoide negativo		65 (12,2%)
Oligoarticular extendida		57 (10,7%)
Artritis psoriásica		34 (6,4%)
Poliarticular factor reumatoide positiva		30 (5,6%)
Sistémica		27 (5,1%)
Artritis indiferenciada		24 (4,5%)
Tratamiento al inicio, n (%)		
Biológico con tratamiento concomitante FAMEc		145 (27,2%)
Solo biológico (monoterapia)		103 (19,3%)
Solo FAMEc		86 (16,1%)
Sin tratamiento		70 (13,1%)

Conclusiones: Este registro constituye una cohorte de pacientes adultos jóvenes con AIJ, que permitirá evaluar las características clínicas y respuesta a tratamiento de los pacientes con inicio de su enfermedad en edad pediátrica que llegan a las consultas de adultos.

P238. SEGUIMIENTO A DOS AÑOS DE LA PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FACTORES DE RIESGO DE BAJA MASA ÓSEA

Júlia Torguet Carbonell¹, B. Magallares^{1,3}, I. Gich⁴, H.S. Park^{1,3}, H. Codes-Méndez¹, S. Boronat^{3,5}, S. Ros¹, A.M. Millán^{1,6}, J. Malouf⁶, C. Sierio^{1,7}, P. Moya^{1,3}, A. Laiz^{1,3}, C. Díaz-Torné^{1,3}, I. Castellvi^{1,3}, J.L. Tandaiapan^{1,3}, Susana Fernández¹ y H. Corominas^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ³Universitat Autònoma de Barcelona. ⁴Departament de epidemiologia clínica y salud pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁶Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: Un correcto seguimiento de la población pediátrica con factores de riesgo para baja masa ósea (BMO) es necesario para asegurar la adquisición del pico de masa ósea y prevenir posibles fracturas en el futuro¹. Sin embargo, no se disponen de datos de seguimiento en nuestro entorno.

Objetivos: Describir la evolución a 2 años de una cohorte de pacientes pediátricos en estudio de BMO/osteoporosis infantil (OPI) secundaria.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico incluyendo pacientes a los que se les había realizado una densitometría ósea (DXA) para el estudio de patología metabólica ósea de una consulta monográfica de reumatología pediátrica entre 2016 y 2018. Se incluyeron pacientes con al menos una DXA y se recogieron datos demográficos, densitométricos y clínicos a los 2 años.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes, 52% de sexo femenino y con una edad media de 9,8 (± 4,7) años en la DXA basal. 38 (40%) pacientes mantenían seguimiento a los 2 años, con una mediana de seguimiento de 24 meses en el 67,3% de la muestra (rango intercuartílico: 12-24). Se realizaron 3 DXAs de seguimiento en 2 (5,3%) pacientes, 2 en 12 (31,6%) y 1 en 6 (15,8%). La evolución densitométrica de los pacientes en seguimiento y el diagnóstico basal y a los 2 años se recogieron en las tablas 1 y 2. De los 57 pacientes que no realizaban seguimiento, el 75,4% habían recibido el alta de consultas y el 24,6% habían

perdido el seguimiento. De los pacientes en seguimiento, 3 (7,9%) habían mejorado su condición y otros 3 (7,9%) habían empeorado de normalidad a BMO. De ellos, 2 presentaban inicialmente DXA normal pero Z score $\leq -1,7$ y presentaron una adherencia irregular a los suplementos de calcio y vitamina D. En el otro paciente el empeoramiento se atribuyó a aumento en la necesidad de toma de corticoides. En todos los pacientes cuya DXA mejoró de BMO a normalidad se observó una correcta adherencia a la suplementación. Durante el seguimiento 4 (10,5%) pacientes presentaron nuevas fracturas. 2 fracturas en 2 de ellos y 1 fractura en los otros 2. Ninguno de estos pacientes cumplió criterios para modificar su diagnóstico óseo a OPI. Los suplementos prescritos en la cohorte de pacientes están descritos en la tabla 3. El 50% de los pacientes presentaron una correcta adherencia a los suplementos durante el seguimiento. En un 10,5% se intensificó este tratamiento, mientras que en un 2,6% se disminuyó. Un 5,3% precisó tratamiento antirresortivo con ácido zoledrónico y un 2,6% recibieron otros bifosfonatos.

Tabla 1. Evolución densitométrica a 2 años

	Basal Media (\pm DE)	2 años Media (\pm DE)	p
Z score cuerpo entero (n = 17)	-1,67 (\pm 1,16)	-1,14 (\pm 1,28)	0,045
Z score vertebral (n =)	-1,21 (\pm 1,23)	-1,3 (\pm 1,13)	0,067

DE = desviación estándar.

Tabla 2. Evolución de los diagnósticos en 2 años

	Diagnóstico basal, n (%)	Diagnóstico 2 años, n (%)
Sin patología	80 (84,2%)	27 (71,1%)
Baja masa ósea	8 (8,4%)	8 (21,1%)
Osteoporosis infantil	3 (3,2%)	2 (5,3%)
DXA normal pero z score $\leq -1,7$	4 (4,2%)	1 (2,6%)

Tabla 3. Suplementos de calcio y vitamina D

	Suplementos n (%)
Solo dieta	11 (28,9%)
Calcio/VitD + vitamina D	9 (23,7%)
Calcio/VitD	3 (7,9%)
Vitamina D	15 (39,5%)

Conclusiones: Observamos una alta pérdida de seguimiento de hasta el 24,6% en pacientes evaluados en consultas de Reumatología Pediátrica para control de patología metabólica ósea. Existe un posible sesgo en este sentido por cierre de consultas por COVID durante 2020. La adherencia a los suplementos fue tan solo del 50% en nuestra cohorte. Los valores densitométricos mejoraron significativamente a nivel de cuerpo entero y se mantuvieron estables a nivel vertebral. El porcentaje de diagnósticos de BMO se mantuvieron estables, con un 7,9% de pacientes con mejoría. El 7,9% de pacientes con DXA normal pero factores de riesgo empeoraron a BMO.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Ciancia S, et al. Osteoporosis in children and adolescents: how to treat and monitor? Eur J Pediatr. 2022. PMID: 36472650.

P239. OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE (CRMO): REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL MANEJO TERAPÉUTICO

Cristina Sobrino Garijo¹, B. Miguel Ibáñez¹, M. González González^{1,2,3}, M. Garrido Martín¹, R. Martín Holguera³, O. Martínez González¹, S. Pastor Navarro¹, M. Ibáñez Martínez¹, C. Chacón Vélez¹, S. Gómez Castro¹, C. Hidalgo Calleja¹, C. Montilla Morales¹ y A. Turrión Nieves^{1,2,3}

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca CAUSA y Universidad de Salamanca- USAL. Salamanca. ²Consulta de Reumatología Pediátrica y de transición Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y USAL. Salamanca. ³Profesor Asociado Medicina USAL. Salamanca.

Objetivos: Conocer a partir de una revisión sistemática estructurada cual es el manejo terapéutico ideal estandarizado de la osteomielitis crónica multifocal Recurrente (CRMO). La CRMO es una enfermedad infra diagnosticada con incidencia creciente al existir mayor sospecha clínica y mejoras en estudios diagnósticos dirigidos.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática estructurada de la evidencia existente en la literatura científica publicada desde 2015 al 2017. De 2.259 artículos obtenidos en la búsqueda inicial estructurada mediante pregunta PICO se seleccionaron un total de 26.

Resultados y conclusiones: Las alternativas terapéuticas establecen 3 posibles líneas progresivas, todas tras fracaso de AINE aceptados como tratamiento inicial indiscutible. Se establece una escala de tratamiento como segunda línea; los estudios apoyan el uso de FARME sintéticos fundamentalmente en casos sin afectación vertebral o fracturas. Los bifosfonatos solos o combinados con FARME, son una buena alternativa en casos con afectación vertebral y otras lesiones. Los fármacos biológicos como anti-TNF se posicionan como tercera línea de tratamiento cuando no han sido efectivas las opciones anteriores o cuando se acompaña de cuadros con afectación sistémica o con comorbilidades. Existe la necesidad de estudios dirigidos para evaluación clínica y el tratamiento de estos pacientes. Debido a la baja casuística existente es de interés la realización de un registro a nivel nacional de casos con CRMO para optimizar el manejo terapéutico, mejorar su manejo y promover su investigación.

P240. DESARROLLO DEL PRIMER MODELO IN VITRO DE HETEROPLASIA ÓSEA PROGRESIVA A PARTIR DE CÉLULAS PRIMARIAS CON UNA DELECIÓN HETEROCIGOTA EN GNAS

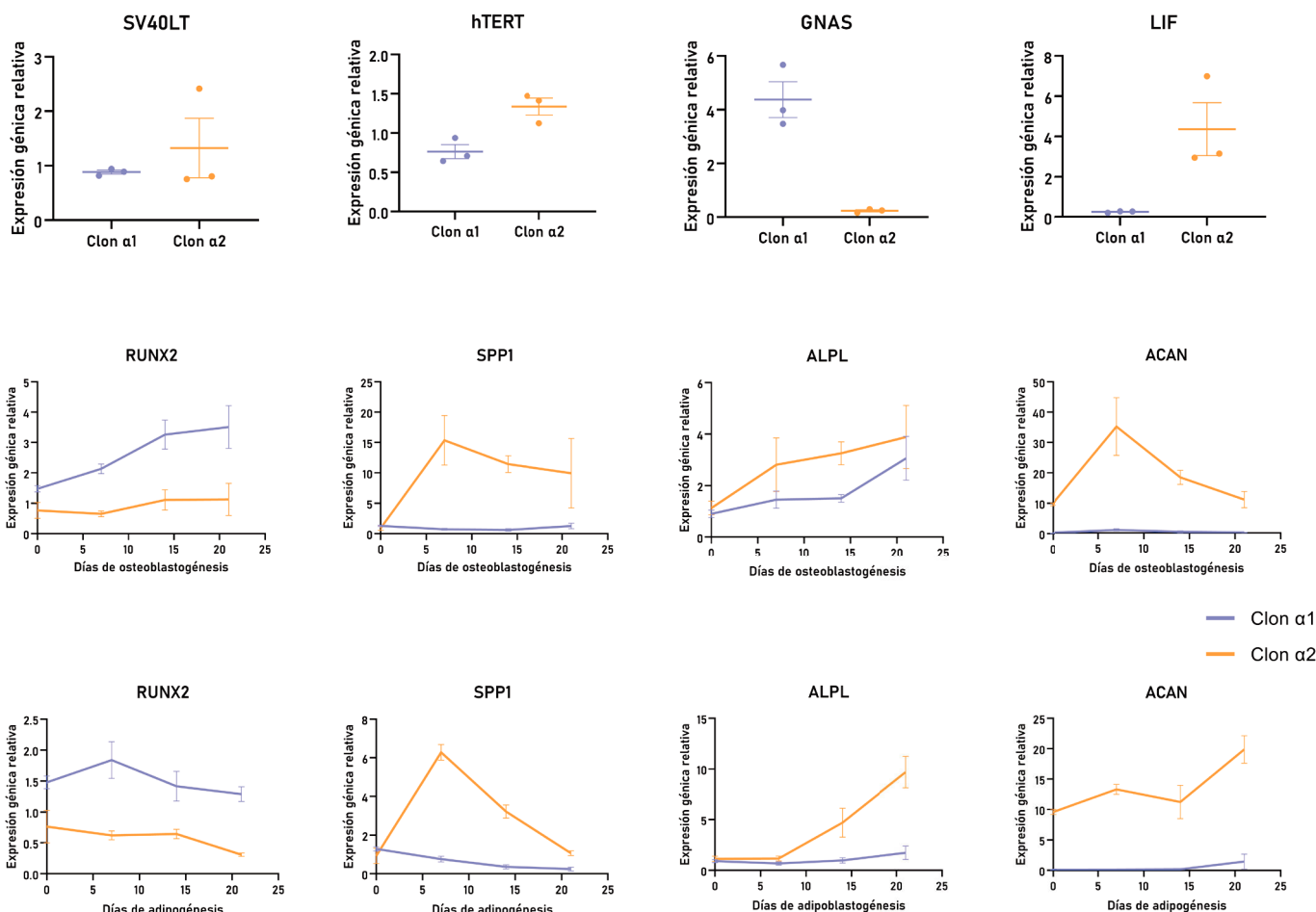
María Piñeiro Ramil, Ana Alonso Pérez, Andrés Pazos Pérez, Verónica López López, María Guillán Fresco, Miriam López Fagúndez, Antía Crespo Golmar, Alberto Jorge Mora y Rodolfo Gómez

Grupo de Patología Musculoesquelética. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela.

Introducción: La heteroplasia ósea progresiva (HOP) es una enfermedad congénita ultrarrara que se debe a mutaciones en el gen GNAS y que produce un crecimiento anormal de hueso en tejidos blandos. Actualmente, los mecanismos que inician y perpetúan la osificación heterotópica en esta enfermedad no se conocen en profundidad. Debido a la baja incidencia de esta patología, las muestras de pacientes con HOP son escasas, y tampoco existen líneas celulares portadoras de la mutación causante de esta enfermedad. Por ello, el objetivo de este estudio fue desarrollar una línea celular a partir de células primarias de un paciente con esta enfermedad, sin alterar la mutación ni su patrón de metilación asociado.

Métodos: Se aislaron células primarias a partir de una muestra de hueso ectópico obtenido de una paciente con POH, portadora de una delección de cuatro nucleótidos en el séptimo exón de GNAS. Las células se immortalizaron por inoculación centrífuga secuencial del antígeno T grande del virus SV40 (SV40LT) y de la transcriptasa reversa de la telomerasa humana (hTERT). Después de la selección de las células transducidas, se aislaron y expandieron dos clones derivados de las células inmortalizadas, que se denominaron $\alpha 1$ y $\alpha 2$. Estos clones se sometieron a experimentos de diferenciación celular osteoblastogénica y adipogénica. Los niveles de expresión génica se analizaron mediante RT-PCR.

Resultados: Los dos clones derivados de las células inmortalizadas mostraron una velocidad de proliferación similar y expresaron ambos transgenes (SV40LT y hTERT). Curiosamente, la expresión de GNAS en el clon $\alpha 1$ fue casi veinte veces más alta que en el clon $\alpha 2$. Por el contrario, el factor inhibitorio de la leucemia (LIF), que se ha descrito como inductor de los procesos de osificación, se encontró sobreexpresado en el clon $\alpha 2$ con respecto al clon $\alpha 1$. Además, el clon



P240. Figura. Niveles relativos de expresión génica de SV40LT, hTERT, GNAS, LIF, RUNX2, SPP1, ALPL y ACAN en los dos clones generados a partir de las células de la placa ósea ectópica.

α1 mostró una mayor expresión del factor de transcripción RUNX2, un marcador de osteoblastogénesis temprano, mientras que el clon α2 mostró una expresión más elevada de los marcadores osteoblastogénicos tardíos osteopontina (SPP1) y fosfatasa alcalina (ALPL). Asimismo, la expresión de agrecano, proteoglicano característico del cartílago, también se vio significativamente incrementada en el clon α2, tanto en ambiente osteoblastogénico como en ambiente adipogénico (fig.).

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren la existencia de dos subpoblaciones celulares con diferente expresión de GNAS en las placas óseas ectópicas. Esta diferencia de expresión podría deberse a una pérdida de heterocigosis en el clon α2 (mosaicismo tipo 2). La subpoblación celular con menor expresión de GNAS presentó un elevado potencial osteoblastogénico, incluso en ambiente proadipogénico, lo que puede tener importantes implicaciones en la gravedad de la patología.

P241. ¿SECUELAS DE LA PANDEMIA? AUMENTO DE INCIDENCIA DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE EN NUESTRO CENTRO

Aina Darder Bennassar¹, Inés Burgos², Berta López², Miguel Martí^{2,3}, Lucía Lacruz², M. Isabel González^{2,3} e Inmaculada Calvo²

¹Hospital Universitari Son Llàtzer. Mallorca. ²Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ³Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La osteomielitis crónica multifocal recurrente (CRMO) es una forma severa de osteomielitis crónica no bacteriana

(CNO). Se trata de un trastorno inflamatorio crónico que afecta preferentemente a las metáfisis de huesos largos pudiendo conllevar su destrucción si no se trata. Afecta principalmente a niños entre 9 y 15 años con una incidencia alrededor de 1-5/10.000.

Objetivos: Identificar las principales características demográficas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento de los pacientes diagnosticados de CRMO en nuestro centro incidiendo en la tendencia del aumento del número de casos en los últimos años.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo de pacientes con edades comprendidas entre 3 y 15 años diagnosticados de osteomielitis multifocal crónica recurrente entre los años 2010 y 2022 en la unidad de Reumatología Pediátrica de un centro terciario. Para su diagnóstico se utilizaron los criterios de Jansson y Bristol basados en signos clínicos, radiológicos e histológicos.

Resultados: Entre 2010 y 2022 se diagnosticaron 27 casos de CRMO de entre los cuales el 49% son mujeres y el 51% son hombres con una edad media de 9,7 años (tabla 1). Por lo que hace a la distribución de los casos el 44% de los pacientes llegaron a nuestra consulta entre 2010 y 2019 y el 56% restante, entre 2020 y 2022. Al diferenciar según el inicio de la sintomatología los resultados no fueron tan dispares (figs. 1 y 2). La localización inicial más frecuente fue en la metáfisis tibial distal seguido por la clavícula y rama isquiopubiana (fig. 1). Además, hasta un 26% fueron monofocales, siendo en ese caso la clavícula la localización más frecuente. La presentación más habitual fue el dolor, pudiendo ir acompañado de tumefacción, impotencia funcional y/o fiebre. Entre ellos, 4 pacientes asociaron afectación cutánea, 3 en forma de psoriasis y 1 acné grave. Ningún paciente asocia otra enfermedad autoinmune aunque 9 presentan algún familiar de 1^{er} grado con enfermedades de este espectro,

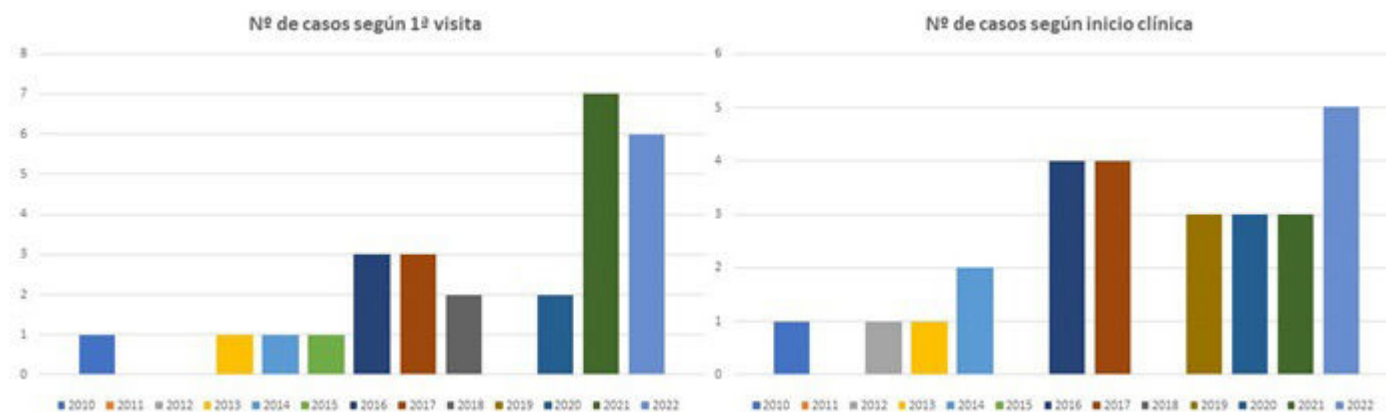


Figura 1. Distribución de los casos a lo largo del tiempo.

siendo la psoriasis la más frecuente. La técnica más utilizada para su diagnóstico fue la RMN siendo necesaria la biopsia en más de la mitad de los casos. En su debut el 55% presentaron elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó estudio genético al 52% de los pacientes siendo positivo en la mitad de los casos, presentando dos de ellos una variante del gen LPIN2 apoyando el diagnóstico de síndrome de Majeed (tabla 2). Respecto al tratamiento el 81,5% recibieron pamidronato, teniéndose que suspender en una ocasión por mala tolerancia (cuadro febril). En tres casos se necesitó progresar en el tratamiento con el uso de anti-TNF α (etanercept) suspendiéndose en una ocasión por efectos adversos (cefalea).

Tabla 1

	Resultados
Género	
Mujer	13 (49%)
Hombre	14 (51%)
Edad al inicio	9.7 (2.3-14.6) años
Afectación monofocal	7 (26%)
Clinica	
Dolor	12 (44%)
Tumefacción dolorosa	10 (37%)
Tumefacción indolora	2 (7.5)
Fiebre	3 (11%)
Afectación cutánea	4 (15%)
Psoriasis	3
Acné grave	1
Antecedentes familiares EA	9 (33%)
Psoriasis	6
Crohn	2
Artritis reumatoide	1
Uveítis	1
Hipotiroidismo	2
Vitiligo	1
Hallazgos analíticos	
Aumento PCR	13 (48%)
Aumento VSG	15 (55%)
Anemia	11 (40%)
Leucocitosis	2 (7.5%)
Bifosfonatos	22 (81.5%)
Anti-TNF α (etanercept)	3 (11%)

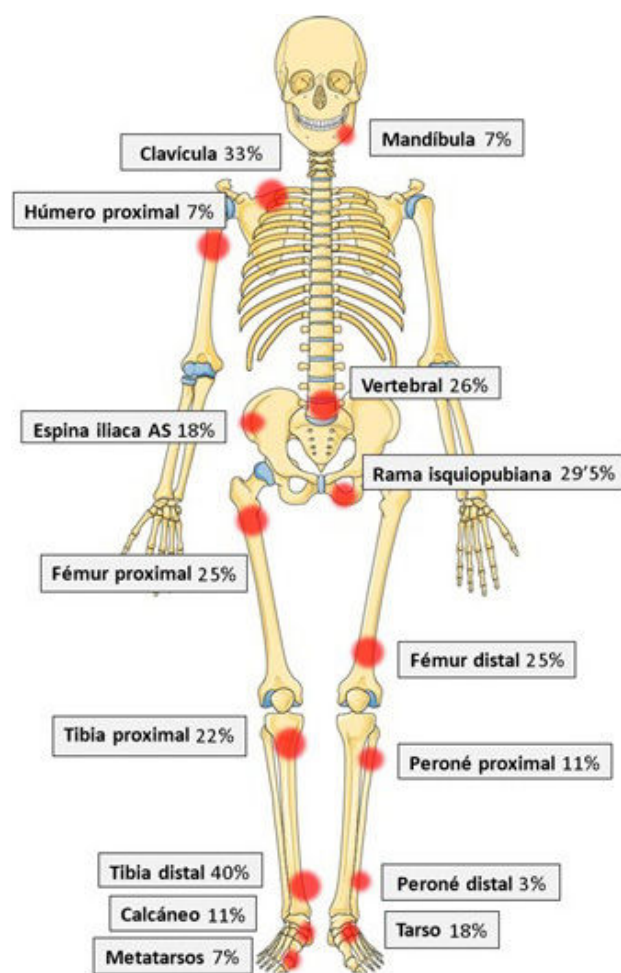


Figura 2. Localización afectada inicialmente según frecuencia.

Tabla 2

Gen	Variante	Hetero/Homocigosis	Anotación
MEFV	R202Q	Heterocigosis	Variante benigna
LPIN2	N/S	N/S	Variante de significado incierto
MEFV	E230K	Heterocigosis	Variante de significado incierto
NLRP4	G786V	Heterocigosis	Variante benigna vs. significado incierto
TNFRSF1A	R92Q	Heterocigosis	Variante de significado incierto
MEFV	R202Q	Heterocigosis	Variante benigna
	P369S	Heterocigosis	Variante de significado incierto
LPIN2	K387E	Heterocigosis	Variante sin clasificar

Conclusiones: Destaca el aumento de primeras visitas desde el 2020 de pacientes que acaban diagnosticándose de CMRO. En cambio, parece que si atendemos al inicio de la sintomatología la distribución es más homogénea sin poder establecer una relación directa con la infección por SARS-CoV-2. Estos datos muestran la existencia de un retraso diagnóstico importante que se pudo haber incrementado tras la situación excepcional que vivimos en 2020. Asimismo, el avance en el conocimiento de esta patología, así como en las herramientas diagnósticas también puede influir en el mayor diagnóstico de casos actual.

P242. INFECCIÓN POR VIRUS HERPES ZOSTER EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LA ERA POSCOVID-19

Estefanía Pardo Campo¹, Pablo González del Pozo¹, Stefani Burger¹, Ignacio Braña Abascal¹, Sara Murias Loza², Julián Rodríguez², Sara Alonso Castro¹, Rubén Queiro Silva¹ y Mercedes Alperi López¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: La afectación por virus herpes zoster en población pediátrica con patología autoinmune reumática es infrecuente. Sabemos que la situación de inmunosupresión de nuestros pacientes tanto por el mal control de la enfermedad reumática como por los tratamientos inmunosupresores puede predisponer a las infecciones. Sin embargo aunque la infección por VHZ es una manifestación infrecuente en pacientes con buen control de la enfermedad todavía no se conoce con exactitud la frecuencia de esta infección así como las características clínicas y la posible influencia de la disregulación inmune en pacientes reumáticos en edad pediátrica durante la pandemia del SARS-CoV-2. Sí está descrita y estudiada como complicación en pacientes de edad adulta. Por todo ello nuestro objetivo es describir las características clínicas de los pacientes pediátricos que han desarrollado infección por virus herpes zoster tras el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional de pacientes pertenecientes a la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Central de Asturias que han presentado infección por virus herpes zoster desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 hasta la actualidad. Obteniendo los datos de un total de 202 pacientes en seguimiento por nuestra unidad. Se han revisado las historias clínicas y seleccionamos aquellos que han presentado infección por VHZ.

	Nº pacientes (3)
Edad media (años)	11,3
Sexo	1 masculino 2 femenino
Diagnóstico	AIJ tipo artritis psoriásica inicio precoz Vasculitis con poliangeítis Lupus eritematoso sistémico con complicaciones graves
VSG y/o PCR elevadas	1/3
ANA positivo	2/3
Afectación cabeza y cuello	1/3
Afectación oftálmica	0/3
Afectación extensa	1/3
Afectación palmas y plantas	1/3
Enfermedad en baja actividad/remisión	2/3
Periodo tras inicio de pandemia	3/3
Corticoterapia	2/3
Metotrexato	0/3
Anti-TNF	1/3
Micofenolato de mofetilo	2/3
Ciclofosfamida	1/3
Antiviral posterior	3/3
Complicaciones posteriores	0/3

Resultados: Se detectaron 3 casos de pacientes en seguimiento por la Unidad de Reumatología Pediátrica que desarrollaron infección por virus herpes zoster padeciendo cada uno de ellos una entidad reumática diferente (tabla). El primer caso de infección por VHZ pertenece a una artritis idiopática juvenil, tipo artritis psoriásica de un total de setenta pacientes con AIJ en seguimiento, que presentaba remisión de la enfermedad a tratamiento en monoterapia con adalimumab 20 mg cada 14 días. (fig. 1). El segundo caso pertenece a una vasculitis con poliangeítis ANCA + tratada con ciclofosfamida intravenosa, micofenolato 2 gramos/día y prednisona 5 mg/día encontrándose en baja actividad de la enfermedad, de un total de 3 pacientes en seguimiento por vasculitis. El tercer caso pertenece a un lupus eritematoso sistémico a tratamiento con prednisona

12,5 mg además de hidroxiquina 200 mg y micofenolato 1 gramo/día de un total de 2 pacientes en seguimiento por esta patología. Esta última paciente se encontraba en actividad de la enfermedad, sufriendo afectación extensa así como de palmas y plantas (fig. 2). Los tres casos fueron tratados con aciclovir 250-500 mg/m²/8 horas durante 7 días con resolución completa sin afectación oftálmica ni secuelas posteriores.



Figura 1. Lesiones de VHZ vesiculares en fase inicial.



Figura 2. Afectación plantar lesiones en fase costrosa.

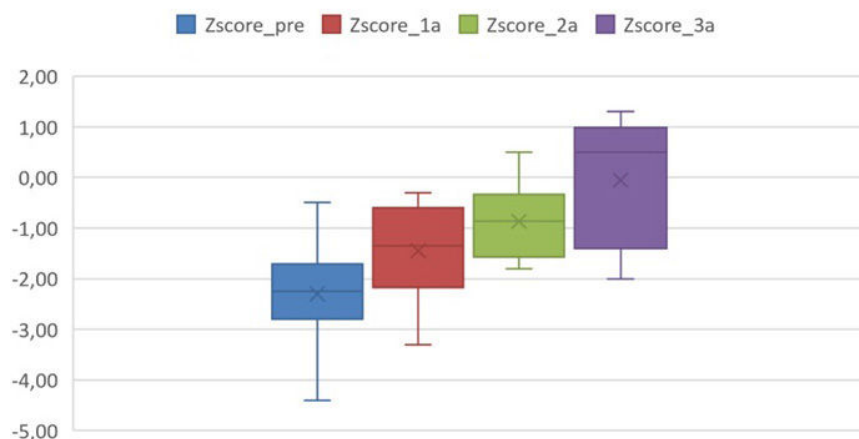
Conclusiones: La infección por virus herpes zoster está presente en nuestras consultas de Reumatología Pediátrica pudiendo manifestarse en diversidad de patologías. Son necesarios más estudios para poder relacionar el posible cambio inmunitario sufrido en nuestros pacientes a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2 con la incidencia de infecciones como la del VHZ. En nuestra consulta es necesario preguntar de manera activa por infecciones previas y realizar una exploración completa a todos los pacientes. Podría plantearse en un futuro cercano la necesidad de vacunación anti-VHZ en nuestros pacientes pediátricos que se encuentran a tratamiento inmunosupresor.

P243. EXPERIENCIA EN EL MANEJO CON BIFOSFONATOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Pablo Castro Santamaria, Maria Isabel González Fernández, Inés M^a Fernández-Maeztu Palacín, Inés Burgos, Berta López Montesinos, Miguel Martí Masanet, Lucía Lacruz Pérez e Inmaculada Calvo Penadés

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. IIS La Fe. Valencia.

EVOLUCIÓN DE Z-SCORE CON TRATAMIENTO



P243 Figura. Evolución de los valores de densitometría con tratamiento con BF.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una conectivopatía infrecuente caracterizada por una alteración en la formación de colágeno, lo que da lugar a fragilidad ósea y riesgo de fracturas. El diagnóstico se confirma mediante estudio genético. En la actualidad, existen nuevos fármacos aprobados para la osteoporosis en adultos, sin embargo, el tratamiento con bifosfonatos (BF) por vía intravenosa sigue siendo el de elección en la población pediátrica.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de OI que han recibido tratamiento con BF y al menos han presentado un año de seguimiento tras su inicio, con valoración en la Unidad de Reumatología Pediátrica de un hospital terciario desde junio de 2011 hasta noviembre de 2022. El análisis estadístico se realiza mediante el programa informático SPSS.

Objetivos: Describir las características de nuestra cohorte de pacientes con OI a tratamiento con BF. Evaluar la mejoría en los parámetros densitométricos tras el tratamiento y en la tasa de fracturas.

Resultados: De los 31 pacientes con diagnóstico de OI se excluyeron aquellos que no precisaron tratamiento (6), acababan de iniciar el seguimiento (7) o bien estaban tratándose con otro fármaco distinto a los BF. Se analizaron 17 pacientes a tratamiento con BF. Los resultados de la cohorte estudiada se exponen en la tabla. En 13 pacientes (76,4%) se inició tratamiento con pamidronato, con cambio a zoledronato en 7 de ellos (41,2%). Recibieron únicamente zoledronato 4 pacientes (23,5%). Durante el tratamiento, observamos un incremento en los valores de Z-score de la DXA lumbar, encontrando una mejoría en el Z-score a los dos años del tratamiento con BF (-1,63 IC95% [-2,23, -1,03], $p < 0,01$) (fig.). Antes del inicio del tratamiento, 12 pacientes (70,6%) presentaban acñaamientos vertebrales. Uno de ellos precisó cifloplastia. No hemos encontrado una reducción significativa en la tasa de fracturas no vertebrales: mediana de fracturas no vertebrales/año (RIQ) antes y durante el tratamiento con BF de 0,67 (0,33, 088) y 0,67 (0,25, 0,67). Estos datos no incluyen un caso de OI grave en el que se inició tratamiento con pamidronato a los 2 meses de vida con mejoría. Considerando solo los pacientes con > 1 fractura no vertebral/año antes del tratamiento, se observa una reducción en la mediana de fracturas/año (RIQ) antes y durante el tratamiento: 1,67 (1,27, 3) y 0,67 (0,67, 0,75). En los 3 primeros años tras el inicio del tratamiento con BF 4 pacientes (23,5%) no presentaron fracturas. Sobre los efectos secundarios, la hipocalcemia ocurrió en 7 pacientes (41,2%), que fue asintomática y se trató con suplementos de calcio oral en todos los casos. La presencia de febrícula/fiebre ocurrió en 7 pacientes (41,2%), habitualmente con la primera infusión de BF.

Descripción de cohorte de OI en edad pediátrica

	n = 17
Género	
Mujeres	10 (58,8%)
Edad al diagnóstico (años); media (± DE)	4,94 (+3,58)
Tipo de mutación	
COL1A1	16 (94,1%)
No encontrada	1 (5,9%)
Antecedentes familiares	8 (47,1%)
Edad inicio tratamiento (años); media (± DE)	6,42 (+ 3,99)
Z-score DMO lumbar previo a tratamiento; media (± DE)	-2,30 + 0,89
Tipo de tratamiento	
Solo pamidronato	6 (35,3%)
Solo zoledronato	4 (23,5%)
Pamidronato, zoledronato	7 (41,2%)
Efectos secundario	
Febrícula/fiebre	4 (23,5%)
Hipocalcemia asintomática	4 (23,5%)
Febrícula/fiebre e hipocalcemia asintomática	3 (17,6%)

Conclusiones: En nuestra cohorte encontramos que el tratamiento con BF incrementa la densidad mineral ósea en los pacientes con OI. No hemos encontrado una reducción significativa en la tasa de fracturas no vertebrales. Considerando solo los pacientes con > 1 fractura no vertebral/año antes del tratamiento, se observa una reducción en el número de fracturas. Señalar que varias de las fracturas durante el tratamiento pueden estar en relación con un aumento de la movilidad, como se ha descrito en la literatura. Encontramos que el tratamiento con BF es seguro en nuestros pacientes, sin detectar ningún efecto secundario grave.

P244. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL TRAS LA CONSULTA DE TRANSICIÓN

Alba María Torrat Novés¹, Rebeca Perpiñán Pérez², Jose Ivorra Cortés^{1,2}, Elena Grau García¹, Daniel Ramos Castro¹, Pablo Muñoz Martínez¹, Laura Mas Sánchez¹, Carmen Riesco Bárcena¹, Anderson Victor Huaylla Quispe¹, Samuel Leal Rodríguez¹, Inés Cánovas Olmos¹, Hikmat Charia¹, Luis González Puig¹, Isabel Martínez Cordellat¹, Carmen Nájera Herranz¹, Rosa Negueroles Albuixech¹, Jose Eloy Oller Rodríguez¹, Francisco Ortiz-Sanjuán¹, Ernesto Tovar-Sugrañes¹, Elvira Vicens Bernabeu¹, Inmaculada Calvo Penadés³, Berta López Montesinos³ y Jose Andrés Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. ²Universidad Católica San Vicente Mártir. Valencia. ³Servicio de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València.

Tabla P244

Tabla 1. Cambios de diagnóstico por subtipos

	Oligoarticular (n = 20)	Artritis-entesisitis (n = 16)	Poliarticular FR- (n = 13)	Sistémica (n = 7)	Indiferenciada (n = 6)	Poliarticular FR+ (n = 4)	Psoriásica (n = 4)
Cambio de diagnóstico, N (%)	2 (10)	-	1 (7,7)	1 (14,3)	4 (66,6)	1 (25)	-
Nuevos diagnósticos	Espondiloartritis Artritis reumatoide	-	Artritis reumatoide	Artritis reumatoide	Enfermedad de Behçet Enfermedad de Behçet Artritis psoriásica Síndrome de Sjögren	Síndrome de Sjögren	-

Tabla P244

Tabla 2. Incidencia acumulada de las manifestaciones clínicas y analíticas (N = 70)

	Incidencia acumulada en la edad pediátrica, N (%)	Incidencia acumulada tras la consulta de transición, N (%)
Aftas orales/genitales	14 (20)	5 (7,1)
Uveítis	10 (14,3)	7 (10)
Diarrea	8 (11,4)	4 (5,7)
Psoriasis	8 (11,4)	4 (5,7)
Fenómeno de Raynaud	6 (8,6)	1 (1,4)
Anticuerpos antinucleares	40 (57,1)	37 (52,8)

Tabla P244

Tabla 3. Evolución de las manifestaciones clínicas y analíticas

	Remisión tras la consulta de transición, (N, %)	Inicio tras la consulta de transición, (N, %)	Recidivas tras la consulta de transición, (N, %)
Aftas orales/genitales (n = 16)	11 (68,7)	2 (12,5)	3 (18,7)
Uveítis (n = 11)	4 (36,3)	1 (9,1)	6 (54,5)
Diarrea (n = 10)	6 (60)	2 (20)	2 (20)
Psoriasis (n = 8)	4 (50)	-	4 (50)
Fenómeno de Raynaud (n = 6)	5 (83,3)	-	1 (16,6)
Anticuerpos antinucleares (n = 42)	5 (11,9)	2 (4,7)	35 (83,3)

Introducción: El término artritis idiopática juvenil (AIJ) hace referencia a un grupo de pacientes con artritis crónica diagnosticados en edad infantil, pudiendo clasificarse en 7 grupos según los criterios de la International League of Associations for Rheumatology (ILAR): AIJ oligoarticular, poliarticular factor reumatoide (FR) positivo y FR negativo, artritis-entesisitis, psoriásica, sistémica e indiferenciada. Estos pacientes comienzan su seguimiento en reumatología de adultos tras ser visitados en la consulta de transición.

Objetivos: Describir la evolución de las variables clínicas, analíticas y terapéuticas en los pacientes con AIJ tras la consulta de transición.

Método: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en 70 pacientes con AIJ según los criterios de la ILAR seguidos en reumatología de adultos tras la consulta de transición. Se recogieron variables clínicas, analíticas y terapéuticas sobre la consulta de transición y reumatología de adultos.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (65,7% mujeres) con AIJ de una edad media al diagnóstico de 9 (5) años y una media de edad en la transición de 21(3) años. El tiempo medio de seguimiento tras el diagnóstico fue de 16 (5) años y el tiempo medio de seguimiento tras la consulta de transición fueron 4 (3) años. El 12,8% de los pacientes seguidos cambiaron de diagnóstico tras la consulta de transición (tabla 1). Se perdió el seguimiento de 24 pacientes (34,3%), mayormente por cambio de departamento de salud. La mitad de los pacientes con uveítis tuvo recidivas tras la transición, mientras que un considerable número de pacientes no volvió a sufrir episodios durante el seguimiento en consultas de reumatología de adultos (tabla 3). El 100% de los pacientes con recidivas de episodios de uveítis tras la consulta de transición presentaron ANA+ en suero. El fenómeno de Raynaud remitió en la mayoría de pacientes, y las aftas y los episodios de diarrea disminuyeron su frecuencia tras la transición. En cuanto a la terapéutica, de los 28 pacientes que se encontraban en remisión sin tratamiento en el momento de la consulta de transición, únicamente 1 precisó de introducción de fármaco durante el seguimiento en consultas de reumatología de adultos.

Conclusiones: Un 12,8% de pacientes cambió de diagnóstico durante su seguimiento en reumatología de adultos, siendo en su mayoría

AIJ indiferenciada. De los pacientes que estaban en remisión sin tratamiento en la consulta de transición, la mayoría se mantuvieron asintomáticos sin fármacos durante su seguimiento en reumatología de adultos. Un considerable número de pacientes tuvo recidivas de episodios de uveítis tras la transición, mientras que los nuevos casos durante el seguimiento en reumatología de adultos en pacientes que no los habían presentado previamente fueron raros.

P245. AFECTACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA EDAD ADULTA DE UNA CONSULTA DE TRANSICIÓN

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

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

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumatológica más común de la edad pediátrica, es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida. La articulación temporomandibular (ATM) es una de las articulaciones más frecuentemente afectadas en la AIJ con una prevalencia en el momento del diagnóstico de la enfermedad fue del 75%, con afectación bilateral en la mayoría (83%) de los casos.

Objetivos: Describir las características demográficas de una cohorte de pacientes con AIJ en la consulta de adultos de una Unidad de Transición que hayan presentado artritis de la temporomandibular y su evolución en la edad adulta.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. Revisión de historia clínica. Se incluyeron pacientes en seguimiento por AIJ en una Unidad de Transición tras la transferencia a centro de adulto en Barcelona desde julio 2017-enero 2023. Se seleccionaron pacientes que habían tenido afectación de la ATM en la edad pediátrica.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes: 95 paciente con AIJ, 2 ArEII y 1 Sx de Di George. 60 pacientes de sexo femenino (61%) y 38 pacientes masculinos (39%). Con una edad comprendida entre 17-23 años. 86 pacientes (87,7%) de etnia caucásica. Edad media al

debut $8,15 \pm 4,6$ años La edad de transferencia fue de 18 años, excepto una paciente con 17 años. Evolución clínica $9,8 \pm 4,6$ años hasta la transferencia. De la cohorte de 98 pacientes: 33 pacientes (34%) había presentado afectación de la articulación temporomandibular en la edad pediátrica, de los cuales el 55% (18 pacientes) presentaba afectación unilateral y el 45% afectación bilateral. De todos los pacientes que presentaban sinovitis en la resonancia magnética (RMN) 31 pacientes (94%) ya presentaba cambios crónicos en la articulación al debut de la clínica articular de la ATM. De ellos el 31% había progresado en el daño crónico a pesar del tratamiento y las medidas invasivas. En el 100% de los pacientes se realizó un ajuste en el tratamiento, ya sea por optimización de dosis o inicio de tratamiento. 18 pacientes (55%) se realizó además infiltración articular de la ATM afecta de los cuales 9 de ellos posteriormente preciso por persistencia de la actividad inflamatoria realizarse una artroscopia con lavado y tratamiento local (50% de los pacientes). En el seguimiento en la Edad adulta 5 pacientes que habían hecho afectación de la ATM presentaron recaída de la articulación afecta: 2 paciente con subtipo psoriásica, 2 oligoarticulares extendida y 1 paciente oligoarticular persistente. Con respecto al tratamiento en 2 pacientes se optimizo el tratamiento y en el 100% de los pacientes se realizó una artroscopia con lavado e infiltración. 1 paciente requirió una artroplastia de la articulación.

Conclusiones: La afectación de la ATM es frecuente en la AIJ que si no se trata puede conllevar a secuelas a nivel articular. Es importante el manejo multidisciplinar de estos pacientes en conjunto con el cirujano maxilofacial. La RMN con contraste sigue siendo el *gold estándar* para el diagnóstico de la articulación.

P246. BLOQUEO DE IL-1 EN ENFERMEADES AUTOINFLAMATORIAS MONOGÉNICAS: RESULTADOS DE UNA SERIE EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE REFERENCIA

Inés Burgos Berjillo¹, Aina Darder Bennassar², M^a Isabel Gonzalez Fernández^{1,3}, Berta López Montesinos¹, Lucía Lacruz Pérez¹, Miguel Martí Masanet^{1,3} e Inmaculada Calvo Penadés¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Hospital Universitari Son Llàtzer. Mallorca. ³Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La interleukina 1 (IL-1) tiene un papel central en algunas de las enfermedades autoinflamatorias monogénicas dado que está implicada en su mecanismo fisiopatogénico. En este grupo de enfermedades el tratamiento con bloqueo de IL-1 ha demostrado ser eficaz.

Objetivos: Describir la experiencia con el uso de anti-IL-1 en pacientes con enfermedades autoinflamatorias monogénicas en una unidad de enfermedades autoinflamatorias pediátricas de un hospital terciario.

Métodos: Se han recogido datos demográficos, clínicos, de eficacia, dosis y efectos adversos de pacientes en seguimiento con una enfermedad autoinflamatoria monogénica que hayan recibido anti-IL-1 (anakinra y/o canakinumab), entre 2007 y 2021. Para el diagnóstico, se ha utilizado criterios clasificatorios Eurofever/PRINTO 2019 para síndromes de fiebres periódicas hereditarias o diagnóstico genético guiado por la clínica para PAPA y APLAID. La respuesta al tratamiento se ha evaluado al 6^o mes de tratamiento, clasificando como respuesta completa aquellos pacientes sin signos de enfermedad activa, PCR < 5 mg/L, VSG < 20 mm/h y amiloide sérico < 10 mg/L y como respuesta parcial aquellos que solo cumplen criterios clínicos o analíticos.

Resultados: Se han identificado 31 pacientes con una enfermedad autoinflamatoria monogénica en tratamiento con anti-IL-1. De

ellos, el 61,3% presentan genética confirmatoria cumpliendo el resto criterios clínicos. En relación al tratamiento, 16 pacientes han recibido anakinra y 26 canakinumab. La mediana de tratamiento ha sido de 1,98 años para anakinra y 5,61 años para canakinumab. El 35,5% de los pacientes ha recibido tratamiento con ambos fármacos siendo anakinra el primero en administrarse en todos los casos. El 16,1% de los pacientes recibió tratamiento únicamente con anakinra y el 48,4% de los pacientes se trató solo con canakinumab. De los pacientes tratados con anakinra un 81,3% respondieron (25% de forma completa y 56,3% de forma parcial. De los tratados con canakinumab, respondieron el 92,3% (73,1% de forma completa y 19,2% con respuesta parcial). La mayoría de pacientes con HIDS y casi la mitad de pacientes con TRAPS y CAPS precisaron un aumento de dosis. En un 46,2% de los pacientes tratados con canakinumab se pudo optimizar el tratamiento, aumentando el intervalo de administración de la dosis. Como reacciones adversas de interés se han objetivado durante anakinra: 2 neumonías y 2 reacciones cutáneas generalizadas, mientras que con canakinumab: 5 neumonías, 2 apendicitis, infecciones de partes blandas y 2 casos de primoinfección por varicela. Como procesos intercurrentes destacamos un caso con HIDS que desarrolló una hidrosadenitis grave durante su seguimiento.

Conclusiones: Aproximadamente un tercio (39%) de los pacientes con una enfermedad autoinflamatoria monogénica seguidos en nuestra unidad, se ha beneficiado del tratamiento con anti-IL-1. De forma global, un 67,7% de nuestros pacientes se encuentran en remisión con tratamiento con anti-IL-1, siendo posible en algunos de ellos una optimización del tratamiento. En nuestra cohorte el 89% de los pacientes con HIDS y aproximadamente el 50% de los pacientes con TRAPS y CAPS necesitan dosis mayores de tratamiento para lograr un buen control de la enfermedad, coincidiendo con los resultados del estudio CLUSTER (De Benedetti *et al*, 2018). Destacamos que estos resultados apoyan la importancia del tratamiento dirigido de forma personalizada e individualizada.

P247. EXTRAGLANDULAR INVOLVEMENT AND AUTOANTIBODY STATUS AS RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASE IN PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME (PSS): A 20-YEAR FOLLOW-UP STUDY

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

Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Primary Sjögren's syndrome (pSS) is an autoimmune disorder characterized by chronic multisystem inflammation with shared pathophysiology with SLE and RA. Cardiovascular events have emerged as major causes of morbidity and mortality in patients with autoimmune diseases however, the clinical significance of cardiovascular disease in patients with pSS remains unclear.

Objectives: To study the association between cardiovascular disease and primary Sjögren's syndrome (pSS) and analyze the risk of cardiovascular disease accordingly to glandular/extraglandular involvement and anti-Ro/SSA and/or Anti-La/SSB autoantibody status.

Methods: pSS patients fulfilling the 2016 ACR/EULAR classification criteria for pSS were consecutively evaluated and followed in our department between 2000 and 2022. We evaluated the prevalence and clinical significance of cardiovascular risk factors with primary Sjögren's syndrome (SS), focusing on the possible association with clinical and immunological features, the therapies administered, and the impact on cardiovascular disease. A two-tailed value of $p < 0.05$ was taken to indicate statistical significance. Potential risk

factors associated with cardiovascular involvement were determined by multivariate regression analyses.

Results: A total of 102 pSS patients were included. 90% were female, with a mean age of 65 ± 24 years and a disease duration of 9.9 ± 7 years. The baseline prevalence of comorbidities was 59% for hypertension, 29% for cardiovascular diseases, 34% for dyslipidemia, 15% of diabetes, 29% for obesity, 12% had history of stroke and 17% had arterial/venous thrombosis. 39% of patients had a history of smoking. Patients with extraglandular involvement had a higher prevalence of cardiovascular risk factors, including arterial hypertension (OR 2.28, 95%CI 1.01-5.09, p 0.04), dyslipidemia (OR 4.4, 95%CI 1.67-11.6, p 0.003), higher LDL mean values (116 ± 48 vs. 99 ± 44, p 0.038), uric acid (6.58 ± 1.7 vs. 4.3 ± 1.03, p 0.04) and higher risk for myocardial ischemia (OR 4.09, 95%CI 1.46-11.4, p 0.01) after adjustment for age, sex, disease duration, and the significant variables in the univariate analysis. Patients positive for both Ro/SSA and La/SSB autoantibodies had a substantially higher risk of arrhythmia (OR 3.4, 95%CI 1.01-10.6, p 0.04), arterial and venous thrombosis (OR 5.5, 95%CI 1.18-25.7, p 0.03) and stroke (OR 3, 95%CI 1.02-8.8, p 0.04). In the multivariate logistic regression analysis, extraglandular organ involvement (p = 0.008), beta2microglobulin levels (p = 0.001), hypocomplementemia of C3 (p = 0.01), the use of glucorticoids (p = 0.02), hypergammaglobulinemia (p = 0.02), ESR levels (p = 0.007), treatment with HCQ (p = 0.03) and an ESSDAI (Sjögren's syndrome disease activity index) > 13 (p = 0.02) were found to be factors associated with increased or decreased odds ratio for cardiovascular events in pSS patients. Anti-Ro/SSA and anti-La/SSB were significant predictors in univariate but not in multivariate analysis.

	OR 95%CI	p
Extraglandular involvement	16.5 (4.51-28.5)	0.008
Beta2microglobulin (mg/dL)	7.83 (3.16-12.5)	0.001
C3 (mg/dl)	0.92 (0.24-0.98)	0.01
Corticoids	7.2 (2.34-15.7)	0.02
Hypergammaglobulinemia	10.2 (4.5-21.2)	0.02
ESSDAI > 13	1.8 (1.13-4.52)	0.02
ESR (mm/h)	1.4 (1.10-3.45)	0.007
HCQ	0.82 (0.26-0.92)	0.03

Table 4. Significant logistic regressions for predictors for CV risk

Conclusions: pSS patients are more vulnerable to cardiovascular diseases (CVDs). In addition to traditional CVD risk factors, we identified risk factors independently associated with cardiovascular involvement in pSS patients, which suggests the need for early detection and prevention measures to improve the prognosis in those patients.

P248. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LA ELEVACIÓN DE INMUNOGLOBULINA G EN UNA COHORTE DE SJÖGREN PRIMARIO

Delia Fernández Lozano, Cristina Arciniega Larios, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Sara María Rojas Herrera, Raul Veroz González y Eugenio Chamizo Carmona

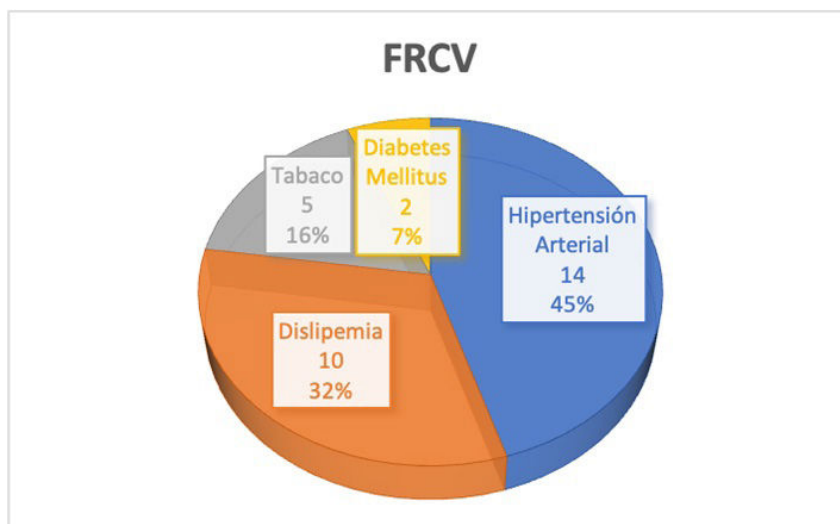
Hospital de Mérida.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por un infiltrado linfoplasmocitario de las glándulas exocrinas produciendo clínica de sequedad, fundamentalmente oral y ocular¹. Los anticuerpos relacionados con esta enfermedad son los anti-Ro (SSA) y anti-La (SSB), estando presentes en entre el 33-74% y 23-52% de los casos respectivamente². Además, suele acompañarse de elevación de la inmunoglobulina G.

Objetivos: Determinar si la presencia de IgG elevada en el SSp presenta relación con parámetros demográficos, clínicos y/o de laboratorio en nuestra cohorte.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo histórico recogiendo diferentes variables demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes con SSp atendidos en nuestra consulta de autoinmunes entre los años 2020-2022 que cumplía los criterios de clasificación ACR-EULAR 2016.

Resultados: Se identificaron 40 pacientes con diagnóstico de SSp, con una edad media al diagnóstico de 52,98 años (± 12,976), siendo el 95% mujeres, y el 5% hombres. Los principales motivos de consulta fueron la presencia de artralgias (40%), xeroftalmia (22,5%), xerostomía (17,5%) y artritis (7,5%). Al diagnóstico, el 50% de los pacientes presentaba algún factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y el 12,5% estaba diagnosticado de síndrome ansioso y/o depresivo. La distribución de FRCV se recoge en la figura. Atendiendo a la autoinmunidad, el 97,5% de los pacientes mostraron positividad para Anti-Ro y el 70% para Anti-La. Además, el 57,5% de los pacientes presentaban elevación del Factor Reumatoide. Entre las alteraciones de laboratorio al diagnóstico destacaron la elevación de inmunoglobulina G en el 55% de los casos, de VSG en el 40% y de PCR en el 10%. Se inició tratamiento farmacológico a 21 pacientes (52,5%), empleándose hidroxicloroquina (87%), metotrexato (8,6%) o rituximab (4,3%). El 55% de los pacientes presentaron elevación de IgG al diagnóstico. Comparando entre los que presentaban IgG en rango y elevada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, edad ni la presencia de FRCV. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de IgG elevada y el



P248 Figura. Distribución de los FRCV.

Tabla P248

Características de los pacientes con SSp

Características de los pacientes con SSp	IgG elevada (n = 22)	IgG en rango N = 18)	p	Total (n = 40)
Sexo, n (%)				
Mujer	20 (90,9)	18 (100)	0,189	38 (95)
Hombre	2 (9,1)	0 (0)		2 (5)
Síntoma de consulta en reumatología, n (%)				
Artralgias	8 (36,4)	8 (44,4)	0,635	16 (40)
Xeroftalmia	6 (27,3)	3 (16,7)		9 (22,5)
Xerostomía	4 (18,2)	3 (16,7)		7 (17,5)
Artritis	1 (5)	2 (11,1)		3 (7,5)
Anti-Ro positivo	1 (5)	2 (11,1)		3 (7,5)
Otro	2 (9,1)	0 (0)		2 (5)
Anticuerpos positivos n, (%)				
Anti-Ro	22 (100)	17 (94,4)	0,263	39 (97,5)
Anti-La	17 (77,3)	11 (61,1)	0,267	28 (70)
FR	13 (59,1)	10 (55,6)	0,688	23 (57,5)
Alteraciones de laboratorio al diagnóstico, n (%)				
VSG > 40 mm/h	12 (55)	4 (22,2)	0,038	16 (40)
Hemograma	6 (27,3)	3 (16,7)	0,400	9 (22,5)
PCR > 5 mg/L	2 (9,1)	2 (11,1)	0,832	4 (10)
Tratamiento farmacológico, n (%)	13 (59,1)	8 (44,4)	0,356	21 (52,5)

motivo de consulta, la edad al diagnóstico ni con la positividad de Anti-Ro, Anti-La o FR. Si se encontró una relación estadísticamente significativa (p = 0,038) con la presencia de VSG elevada al diagnóstico, pero no con los niveles de PCR ni con precisar tratamiento farmacológico.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el 55% presentaba elevación de Inmunoglobulina G al diagnóstico encontrándose únicamente asociación estadísticamente significativa con la presencia de VSG elevada al diagnóstico. Encontramos predominio del SSp en mujeres, que acuden por artralgias y presentan Anti-Ro positivo en el 97,5% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thorne I, Sutcliffe N. Sjögren's syndrome. Br J Hosp Med. 2017; 78(8):438-42.
2. Negrini S, Emmi G, Greco M, Borro M, Sardanelli F, Murdaca G, et al. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. Clin Exp Med. 2022;22(1):9-25.

P249. MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES GRAVES E INFRECIENTES EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Guillermo González Arribas¹, Rodrigo Aguirre del Pino² y Mercedes Freire González¹

¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ²Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad caracterizada por una epitelitis autoinmune que afecta principalmente a glándulas exocrinas (lagrimales y salivales) aunque puede afectar a múltiples órganos, convirtiendo a esta entidad en una enfermedad sistémica. Las manifestaciones extraglandulares más frecuentes son bien conocidas, como artritis, citopenias o la afectación del sistema nervioso periférico. Sin embargo, existen otras manifestaciones poco frecuentes en las que se debe poner especial atención por su gravedad y potencial mortalidad.

Tabla P249

Resumen de las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de los casos expuestos.

Caso	Edad	Sexo	Autoinmunidad	Antecedentes	Presentación clínica	Tratamiento	Evolución clínica
1	54	Mujer	Anti Ro52 Anti U1RNP Antinucleosoma	Síndrome seco Linfadenopatías Biopsia de glándula salival compatible	Pleuropericarditis, fenómeno de Raynaud e hipertensión pulmonar precapilar	Prednisona 0,5 mg/kg/día Hidroxicloroquina 400 mg/día Nifedipino 30 mg/día	Recuperación de clase funcional
2	45	Mujer	Anti CENP-B Hipergammaglobulinemia Anti Ro52/Ro60 Anti La Anti PL7 Hipergammaglobulinemia Factor reumatoide Crioglobulinas GMSI* Consumo de C4	Síndrome seco, queratitis, linfadenopatías, poliartritis, fenómeno de Raynaud, biopsia de glándula salival compatible	Púrpura, EPID* y vasculitis crioglobulinémica con GN* extracapilar	Tadalafilo 40 mg/día Ambrisentan 10 mg/día Bolos de metilprednisolona 500 mg/día × 3 Prednisona 1 mg/kg/día Plasmaféresis (4 sesiones) Rituximab (1 g × 2 cada 6 meses)	Normalización de la función renal
3	45	Mujer	Anti Ro52/Ro60	Síndrome seco	Afectación psiquiátrica en forma de esquizofrenia paranoide y artralgias	Bolos de metilprednisolona 500 mg/día × 3 Prednisona 1 mg/kg/día Ciclofosfamida (1 g mensual × 6 meses) Rituximab (1 g × 2 cada 6 meses)	Desaparición de las alucinaciones
4	41	Mujer	Anti Ro52/Ro60 Anti-La	Síndrome seco Biopsia de glándula salival compatible	Monoartritis y afectación del sistema nervioso central (menigitis linfocitaria, neuritis óptica y vestibulococlear)	Bolos de metilprednisolona 500 mg/día × 5 Prednisona 1 mg/kg/día	Recuperación de la audición. Ceguera completa del ojo derecho y hemianopsia del ojo izquierdo
5	65	Mujer	Factor reumatoide Consumo de C3 Anti Ro52	Síndrome seco Biopsia de glándula salival compatible	Artralgias y miopatía proximal, distal y asimétrica	Inmunoglobulinas 400 mg/kg/día × 5 Ciclofosfamida (1 g mensual × 12 meses) Prednisona 1 mg/kg/día Azatioprina 150 mg/día Micofenolato de mofetilo 2 g/día	Recuperación del balance muscular

GMSI: gammapatía monoclonal de significado incierto. EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa. GN: glomerulonefritis.

Objetivos: Describimos las características epidemiológicas, serológicas, clínicas y de tratamiento de cinco pacientes con manifestaciones extraglandulares poco frecuentes del SSp.

Métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva a cinco pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren primario con manifestaciones sistémicas graves poco prevalentes (hipertensión arterial pulmonar, vasculitis crioglobulinémica, psicosis, afectación simultánea de pares craneales y miositis) de una serie de 49 pacientes atendidos en el servicio de reumatología de un hospital terciario de A Coruña (Galicia, España) durante 2019 y 2022.

Resultados: Las 5 pacientes eran mujeres entre la quinta y la sexta década de la vida, eran positivas para anti-Ro52 y precisaron inmunosupresión con glucocorticoides y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad con adecuada respuesta al tratamiento, como puede evidenciarse en la tabla.

Conclusiones: Presentamos cinco casos distintos de manifestaciones graves y poco prevalentes en pacientes con SSp con la finalidad de destacar que las manifestaciones extraglandulares del SSp pueden ser potencialmente fatales y de proponer un plan diagnóstico y terapéutico para cada uno de ellos.

P250. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA. RESULTADOS DE UNA COHORTE OBSERVACIONAL

Paloma Muñoz Reinoso, F.J. Toyos Sáenz de Miera, I. Fernández Maeztu Palacín, A. Fernández-Reboul Fernández y J.J. Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica de etiología desconocida, con una prevalencia estimada en 0,25% (0,15-0,43). Su espectro clínico es amplio e incluye en sus manifestaciones extraglandulares la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), contribuyendo de forma importante a la morbilidad y mortalidad en esta patología.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes con SSp y EPID. Describir los patrones de afectación pulmonar, la evolución de la enfermedad y los tratamientos empleados.

Método: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, en el que se incluyen pacientes con SSp según criterios de clasificación EULAR/ACR con EPID asociada, de un total de 176 pacientes con SSp, revisados en consultas de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena, desde el 2010 al 2022. Se analizan datos obtenidos de historias clínicas. Se utiliza el software estadístico SPSS v28. El estudio ha sido aprobado por el CEIC.

Resultados: Se incluyen 19 pacientes, 17 (89,5%) mujeres, con edad media de 66,4 años (62-71). Todos presentan anticuerpos antinucleares y anti-Ro, 6 (31,6%) anticuerpos anti-La, 7 (43,8%) factor reumatoide, 12 (63,2%) hipergammaglobulinemia y ninguno hipocomplementemia. Siete (36,8%) son exfumadores, ningún fumador en la actualidad. Las manifestaciones extraglandulares y comorbilidades se exponen en la tabla 1. La edad media al diagnóstico de EPID fue 60,1 años (53,3-65,8). El tiempo que transcurre hasta el diagnóstico fueron 93 meses (12-198), sin embargo, en el 52,6% (10) el diagnóstico de EPID fue previo al de SSp, transcurriendo 17 meses (6-27) hasta el diagnóstico de SSp. El patrón radiológico más habitual es Neumonía intersticial no específica en 12 pacientes (63,2%), 2 presentan Neumonía intersticial linfocítica, 2 Neumonía intersticial usual, 1 Neumonía organizada y el resto otros patrones. A dos pacientes se les realizó biopsia pulmonar. Previo al diagnóstico de EPID, 3 pacientes estaban en tratamiento con Hidroxicloroquina, el resto no había precisado inmunomoduladores. Una vez diagnosticados, el 52,6% (10) requirió inmunosupresores (tabla 2). Ocho (80%) continúan en tratamiento, siete con Micofenolato de mofetilo con una media de duración de 48 meses (20-75) y

uno con nintedanib. Un 47,4% (9) precisó en algún momento glucocorticoides orales. 15 pacientes (88,2%) mejoraron o se mantuvieron estables radiológicamente por TCAR, 12 (63,2%) según las PFR (descenso de la FVC < 10% y DLCO < 15%) y 13 (72%) se mantuvieron estables o mejoraron de la disnea según la escala MRC, sin encontrarse diferencias significativas entre pacientes con y sin tratamiento. El tiempo medio de evolución de la EPID fue 77,3 meses (63-91). Hubo 2 fallecimientos, uno por progresión de la enfermedad y otro debido a un traumatismo craneoencefálico.

Tabla 1. Manifestaciones extraglandulares y comorbilidades

	N	%
Artralgias	5	26,3
Artritis	3	15,8
Citopenias	5	26,3
Linfadenopatías	4	21,1
Parotidomegalia	4	21,1
Raynaud	3	15,8
Colangitis biliar primaria	2	10,5
Nefritis tubulointersticial	1	5,3
Hipotiroidismo autoinmune	3	15,8
Miastenia gravis	1	5,3
Púrpura trombocitopénica	2	10,5
Osteoporosis	5	26,3
Enfermedad cardiovascular	7	36,8
Hipertensión arterial	8	42,1
Dislipemia	7	36,8
Diabetes mellitus	3	15,8
Obesidad	7	36,8
Asma/EPOC	3	15,8
Hipertensión pulmonar	4	21,1

Tabla 2. Tratamientos empleados

Pacientes	Tratamientos previos	Tratamiento actual
1	Rituximab	Hidroxicloroquina + micofenolato
2	-	Micofenolato
3	-	Hidroxicloroquina + micofenolato
4	-	Hidroxicloroquina + micofenolato
5	Ciclofosfamida	-
6	-	Hidroxicloroquina + micofenolato
7	Azatioprina Ciclofosfamida Rituximab	Micofenolato
8	-	Nintedanib
9	-	Micofenolato
10	Rituximab	-

Conclusiones: La enfermedad pulmonar intersticial difusa es una manifestación extraglandular que está presente en una proporción significativa de pacientes con SSp, siendo el diagnóstico precoz fundamental. En la mitad de los pacientes la EPID se diagnosticó antes que el SSp. En nuestra serie, tras el diagnóstico de EPID la mitad de los pacientes requirió tratamiento inmunosupresor para evitar la progresión de la enfermedad, manteniéndose estable la neumopatía en la mayoría de los pacientes.

P251. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: LA INFLUENCIA DE LOS MARCADORES SEROLÓGICOS Y/O INMUNOLÓGICOS EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA DE LAS MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES

Cristiana Isabel Sieiro Santos¹, Julia Torquet^{2,3}, Jose Luis Tandaipan³, Hye S Park³, Berta Magallares³, Patricia Moya³, Cesar Diaz-Torné³, Susana Fernández³, Ana Laiz³, Luis Sainz³, Helena Codes³, Sandra Ros³, Ivan Castellvi³, Elvira Díez Álvarez¹ y Héctor Corominas³

¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por la afectación de glándulas salivares, sin embargo, un porcentaje de pacientes puede

desarrollar manifestaciones extraglandulares sistémicas que pueden determinar el pronóstico de la enfermedad. La influencia de los marcadores serológicos e inmunológicos en la expresión clínica de la enfermedad aún no se conoce del todo y tampoco su papel como factores pronósticos de la enfermedad.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de la afectación extraglandular en el síndrome de Sjögren, así como determinar la relación entre los marcadores inmunológicos y serológicos, la actividad de la enfermedad y las manifestaciones extraglandulares en pacientes con SSp.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a pacientes con SSp seguidos en una Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de referencia entre los años 2000 y 2022 que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR para el SSp de 2016. Los datos sociodemográficos, clínicos, serológicos e inmunológicos y la actividad de la enfermedad calculada con el índice de ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome disease activity index) fueron recogidos. Para la comparación de variables cualitativas y/o cuantitativas test exacto de Fisher o se realizó la prueba t cuando fue necesario.

Características sociodemográficas, clínicas, serológicas y analíticas de los 175 pacientes con SSp

Variable	
Sexo femenino	169 (97%)
Edad al diagnóstico (media ± DE)	58,8 ± 12,2
Tiempo de evolución (media ± DE)	7,6 ± 5,4
Xerostomía (n, %)	159 (91,9%)
Xeroftalmia (n, %)	151 (87,8%)
Parotidomegalia (n, %)	15 (9%)
Afectación de otras glándulas (n, %)	10 (6%)
Afectación cutánea (n, %)	14 (8%)
Afectación articular (n, %)	62 (35%)
Afectación renal (n, %)	7 (4,1%)
Afectación pulmonar (n, %)	23 (13%)
Afectación de SNC (n, %)	3 (1,7%)
Afectación de SNP (n, %)	20 (11%)
Síntomas constitucionales (n, %)	23 (13,6%)
Adenopatías (n, %)	21 (12%)
Anticuerpos antinucleares (n, %)	158 (90%)
Anti-Ro60 (n, %)	119 (68%)
Anti-Ro52 (n, %)	61 (35,3%)
Anti-La/SSB (n, %)	98 (56%)
C3 (media ± DE)	103,5 ± 33
C4 (media ± DE)	20,4 ± 9,1
Hipocomplementemia (n, %)	62 (35,4%)
Linfopenia (n, %)	23 (13%)
Hipergammaglobulinemia (n, %)	72 (41%)
IgG (media ± DE)	1364 ± 580
IgM (media ± DE)	151,3 ± 100
Beta2microglobulina (media ± DE)	2,1 ± 0,6
Factor reumatoide (media ± DE)	20 ± 6,5
VSG (media ± SD)	22 ± 21,5
PCR (media ± SD)	4,93 ± 3,8
Crioglobulinas (n, %)	19 (11%)
ESSDAI < 4 (n, %)	124 (71%)
ESSDAI 5-13 (n, %)	46 (26%)
ESSDAI > 13 (n, %)	5 (2,9%)

Resultados: 175 pacientes con SSp fueron incluidos (97% eran mujeres), con una edad media al diagnóstico de 58,8 ± 12,2 años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 7,6 ± 5,4 años. Las características clínicas, serológicas e inmunológicas están resumidas en la tabla. 62 pacientes (35%) tenían manifestaciones extraglandulares. Encontramos una asociación positiva entre el tiempo de evolución, los niveles de IgG (p = 0,007) y los niveles de beta2microglobulina (p = 0,004). La positividad para anti-Ro60 se ha asociado de forma positiva con los niveles de IgG (p = 0,04), los niveles de VSG (p = 0,002) y la presencia de adenopatías (p = 0,01). La enfermedad pulmonar intersticial difusa se ha asociado a la positividad para anti-Ro52 (p = 0,04), niveles de VSG (p = 0,02), niveles de PCR (p = 0,007) y actividad de la enfermedad medida por ESSDAI (p = 0,002). La afectación renal se ha asociado de forma positiva a los

niveles de beta2microglobulina (p = 0,01) y la linfopenia (p = 0,04). La afectación hematológica se ha asociado de forma positiva con la linfopenia (p = 0,017), los niveles de beta2microglobulina (p < 0,0001), los niveles de factor reumatoide (p = 0,002) y niveles de VSG (p = 0,018). La afectación cutánea se asoció de forma positiva con los niveles de crioglobulinas (p = 0,002) y de forma negativa a los niveles de C3 (p = 0,002) y la parotidomegalia se asoció con la positividad para anti-La (p = 0,03) y los niveles de crioglobulinas (p = 0,003).

Conclusiones: Nuestros resultados han demostrado el papel de los marcadores inmunológicos y serológicos en la expresión clínica del SSp y como factores pronósticos de la evolución de la enfermedad, así como su utilidad en la práctica clínica.

P252. EL VALOR PRONOSTICO DE LA INMUNOHISTOQUÍMICA DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN: ESTUDIO DE COHORTE DE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Hye Sang Park¹, Laura Martínez-Martínez^{3,4}, Berta Magallares^{1,3,4}, Jose Luis Tandaiapan^{1,3}, Ivan Castellví^{1,2,3}, Patricia Moya Alvarado^{1,2}, Anais Mariscal^{3,4}, Yolanda Alvaro⁴, Elisabeth Molto⁴, Maria Carmen Hernández Lafuente⁴, Sandra Ros^{1,3}, Susana P. Fernández-Sánchez^{1,3}, Helena Codes¹, Cesar Diaz-Torné^{1,2}, Luís Sainz Comas¹, Ana Milena Millán Arciniegas¹, Ana Laiz^{1,2}, Cándido Juárez^{2,3,4} y Héctor Corominas^{1,2,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Unitat Funcional de Malalties Autoimmunes Sistèmiques (UFMAS). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La prueba diagnóstica más importante para el síndrome de Sjögren es la biopsia de glándula salival menor (BGSM). La tinción inmunohistoquímica de la BGSM podría ser de utilidad pronóstica para la afectación extraglandular.

Objetivos: Comparar la composición linfocítica de la BGSM según presencia o no de afectación de órganos que precise tratamiento en los pacientes con síndrome de Sjögren tras 3 años de seguimiento. Comparar la composición linfocítica de la BGSM según el empeoramiento del índice SSDDI > 2 puntos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte. El criterio de inclusión fue: pacientes ≥ 18 años que cumplían criterio ACR/EULAR 2016 para síndrome de Sjögren con sialoadenitis focal linfocítica (≥ 1 infiltrado de ≥ 50 linfocito) en la BGSM. Se realizó tinción de células CD45, CD4, CD8 y CD20 para todas las muestras. Se excluyeron pacientes con infección activa, amiloidosis, enfermedad relacionada con IgG4 o radioterapia de cabeza o cuello. Finalmente se incluyeron 78 pacientes de las consultas monográficas de enfermedad autoinmune sistémica entre septiembre 2017-octubre 2018. Los pacientes fueron seguidos durante 3 años. Los resultados evaluados fueron: 1. Afectación de órganos (linfoma, enfermedad intersticial pulmonar, sistema nervioso, afectación renal o artritis) que requirieran tratamiento con corticoides o fármacos modificadores de la enfermedad (FAME); 2. Empeoramiento del índice SSDDI > 2 puntos.

Resultados: La edad media fue de 60,6 años (DE 12,7) y 8 (10,3%) eran hombres. Se observó *overlap* con otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) en 13 (16,7%) pacientes. La afectación de órganos se observó en 16 (20,5%) de los pacientes que presentaban un ESSDAI moderado a mayor en 6 (7,7%). Se observó positividad para Ro52/60 en 15 (19,3%) pacientes. Requirieron corticoides 6 (7,8%) pacientes. Las características basales de los pacientes con afectación de órgano fueron comparadas con aquellos que no presentaban afectación de órganos. Los pacientes con afectación de

Tabla P252

Variable, media (DE)	Enfermedad estable	Afectación de órganos	p	SSDDI ≤ 2	SSDDI > 2	p
Número de infiltrados	1,44 (0,88)	1,88 (1,15)	0,049	1,46 (0,87)	1,68 (1,13)	0,18
Linfocitos totales	121,05 (112,52)	191,56 (256,17)	0,051	124,91 (117,56)	162,5 (222,27)	0,17
Células T	58,95 (38,77)	115 (157,06)	0,0062	60,27 (38,98)	96,36 (137,57)	0,038
Células CD4+	41,4 (3,39)	82,11 (27,58)	0,046	42,39 (25,21)	70,25 (93,61)	0,027
Células CD8+	24,69 (2,38)	49,32 (17,94)	0,0084	23,59 (17,10)	46,97 (59,56)	0,007
Células B	62,10 (84,06)	76,56 (132,71)	0,30	64,64 (88,66)	66,14 (112,45)	0,48
Linfocitos aislados	0,18 (0,39)	0,19 (0,40)	0,46	0,19 (0,40)	0,13 (0,35)	0,27

órganos presentaban mayor proporción de sexo masculino (56,3 vs. 35,7%), mayor ESSDAI (3,81 vs. 1,06; p = 0,00) y mayor SSDDI (1,88 vs. 1,02; p = 0,04) a la visita basal. Se observaron mayor proporción de linfoma (18,8 vs. 3,2%; p = 0,024), de uso de corticoterapia (37,5% vs. 0; p = 0,00) y FAME (37,5 vs. 3,2%; p = 0,00) con significancia estadística. La comparación en la composición linfocítica de la BGSM según las variables resultados 1 y 2 están resumidas en la tabla.

Conclusiones: Se ha observado un mayor número de linfocitos totales y número de infiltrados en la BGSM de los pacientes que presentaban afectación de órganos dentro de los 3 años de seguimiento. También se observó un mayor número de células T (tanto CD4+ como CD8+) en los pacientes con afectación de órganos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clin Immunol. 2017;182:48-53.

P253. CORRELACIÓN ENTRE TEST DE SAXON Y FLUJO DE SALIVA NO ESTIMULADO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

M^a José Santos Bórnez, Mónica Fernández Castro, Jesús Sanz Sanz, Carolina Merino Argumánez, Pablo Navarro Palomo, José Campos Esteban, Hildegarda Godoy Tundidor, Natalia de la Torre Rubio, Marina Pavía Pascual, M^a Concepción Sánchez Fernández, Pedro David Briongos Díaz, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Luis Fernando de Villa, Carlos María Isasi Zaragoza, José Luis Andréu Sánchez y M^a Alejandra Sánchez López

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. IDIPHISA. Madrid.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica en la que se produce infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas. La hipofunción glandular oral se cuantifica mediante la medición del flujo salival, estimulado y no estimulado (FSNE)¹ y el test de Saxon(tS)². El test de Schirmer³ mide la hipofunción glandular ocular. La sensación de sequedad referida por el paciente se puede cuantificar con la escala analógica visual (EVA) del ítem de sequedad del índice ESSPRI (EULAR Sjögren’s Syndrome Patient. Reported Index)⁴. Hay muy pocos estudios que investiguen correlaciones entre estas herramientas⁵⁻⁷.

Objetivos: Analizar la correlación entre diferentes herramientas de medida de hipofunción glandular en una cohorte de pacientes con sospecha de SS.

Métodos: En una cohorte consecutiva de pacientes atendidos en la consulta de reumatología por sospecha de SS se realizó el FSNE (mL/5 min), el tS (g/2 min), el test de Schirmer (mm/5 min), y el ESSPRI (0-10). Se consideraron como valores alterados: FSNE ≤ 0,25 mL/min, tS < 2,75 g/2 min, test de Schirmer < 10 mm, ESSPRI ≥ 5. La correlación entre las variables cuantitativas se evaluó mediante el coeficiente Rho de Spearman; la prueba de chi-cuadrado y la prueba gamma se emplearon en las comparativas entre los grupos (alterado y normal) y la U de Mann-Whitney en las comparativas de las variables cuantitativas. Se consideraron estadísticamente significativos valores de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 199 pacientes de forma consecutiva. Las características y los resultados de las herramientas de medida se muestran en la tabla. Observamos una asociación directa y significativa (valor Gamma = 0,400 p = 0,019) entre el FSNE y el tS. Encontramos diferencias en el test de Saxon entre los pacientes con FSNE alterado (Me: 1,72 g, RIC: 1,04-2,50) y aquellos con FSNE normal (Me: 2,62 g, RIC:1,95-3,54) (p < 0,001). Detectamos diferencias significativas en los valores de FSNE entre los pacientes con el tS alterado (Me: 1,50 mL/5 min, RIC: 0,60-2,50 y aquellos con un tS normal (Me: 2,00 mL/min, RIC: 1,00-3,00) (p = 0,014). Al comparar el grupo de pacientes con la EVA-sequedad del ESSPRI alterado y los pacientes con la EVA normal, encontramos que los primeros tenían significativamente peores puntuaciones en tS (Me: 2,10 g, RIC: 1,39-3,01) en el FSNE (Me: 1,5 ml/5 min, RIC: 0,6-2,0) y en el ESSPRI (Me: 7,00, RIC: 5,33-8,00) comparativamente a los pacientes con EVA-sequedad ESSPRI normal: Me: 2,98 g/2 min, RIC: 2,22-3,75, en el tS (p = 0,001); Me: 2,45 ml/5 min, RIC:1 ,50-3,50, en FSNE (p < 0,001); Me: 3,17, RIC:1,00-4,08 en el ESSPRI (p < 0,001).

Conclusiones: En pacientes con sospecha de SS existe una correlación significativa y directa entre el test de Saxon y el FSNE y, además la EVA de sequedad del índice ESSPRI alterada se asocia significativamente a peores puntuaciones en el test de Saxon. El test de Saxon podría ser de utilidad en la valoración inicial de la hipofunción glandular oral, ahorrar tiempo y/o seleccionar pacientes que requieran la realización del FSNE.

Tabla 1. Características de los pacientes del estudio.

Variable	Valores	n valores alterados/N (%)
n ^o (mujeres:hombres)	199 (166:33)	
Edad (años), media ±DE	55,11±13,67	
FSNE (mL/5min), Me (RIC)	1,5 (0,70-2,50)	76/199 (38,2 %)
Test de Saxon (gr/2min), Me (RIC)	2,31 (1,60-3,10)	107/164 (65,2 %)
Test de Schirmer (mm/5min), Me (RIC)	5,0 (4,0-10,0)	114/168 (67,9 %)
ESSPRI, Me (RIC)	6,33 (3,67-7,67)	129/196 (65,8 %)
EVA sequedad-ESSPRI, Me (RIC)	7,0 (5,0-8,0)	153/196 (78,1 %)

DE: Desviación estándar; Me: Mediana; RIC: Rango intercuartílico; mL: mililitro; min: minuto; gr: gramo; FSNE: Flujo salival no estimulado; ESSPRI: EULAR Sjögren’s Syndrome Patient. Reported Index; EVA: Escala analógica visual

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Ceballos MA, et al. Rev Colomb Reumatol. 2020;27(S2):90-101.
2. Kohler PF, Winter ME. Arthr & Rheum. 1985;28(10):1128-32.
3. Sein D, et al. Cornea. 2007;26:903-6.
4. Seror R, et al. Ann Rheum Dis. 2015;74:859-66.
5. Hijjaw O, et al. Open Access Rheumatol: Research & Review. 2019;11:11-8.
6. Meiners PM, et al. Ann Rheum Dis. 2012;71:1297-302.
7. Minagi HO, et al. J Oral Rehabil. 2020;47:1550-6.

P254. EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE PROTEÍNAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Mónica Fernández Castro, M^a José Santos Bórnez, Jesus Sanz Sanz, Carolina Merino Argumánez, Pablo Navarro Palomo, José Campos Esteban, Hildegarda Godoy Tundidor, Natalia de la Torre Rubio, Marina Pavía Pascual, M^a Concepción Sánchez Fernández, Pedro David Briongos Díaz, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Luis Fernando de Villa, Carlos María Isasi Zaragoza, José Luis Andréu Sánchez, M^a Alejandra Sánchez López

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. IDIPHISA. Majadahonda.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica caracterizada por la afectación de las glándulas exocrinas además de un amplio espectro de manifestaciones sistémicas. En el momento actual, los biomarcadores convencionales no dan respuesta a necesidades no resueltas respecto al diagnóstico, estratificación de fenotipos y terapias adecuadas¹. El SS es huérfano de tratamiento y nuevos biomarcadores podrían constituir potenciales dianas terapéuticas futuras².

Objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido realizar un análisis exploratorio de expresión de biomarcadores proteicos diferenciales en 6 pacientes con sospecha de SS, 3 con diagnóstico final de SS según criterios de clasificación 2002/2016 y 3 no diagnosticados de SS, en muestras de suero y saliva.

Métodos: De una cohorte de 164 pacientes con sospecha de SS del servicio de reumatología, se seleccionaron 3 pacientes que cumplían criterios de clasificación de SS del 2002 y/o 2016 y 3 pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS. Se recogieron muestras de saliva y suero que fueron centrifugadas a 1.800 g y almacenadas a -80 °C. Se realizó un análisis semicuantitativo de expresión de proteínas mediante los arrays "Proteome Profiler Human XL Cytokine Array Kit" de R&D system que detecta 105 proteínas que contiene interleuquinas, quimioquinas, factores inflamatorios y otras proteínas solubles. Los resultados y análisis estadísticos se procesaron con Microsoft Excel, aplicando la prueba t de Student no pareada. Valores de p ≤ 0,05 se definieron significativos y se consideraron *borderline* valores de 0,1 < p > 0,05.

Resultados: En los pacientes que cumplían criterios de clasificación de SS encontramos niveles incrementados en suero de los factores CD14 (OR: 1,21; p = 0,033), EGF (OR: 1,18; p = 0,050), IP-10 (OR: 1,23; p = 0,090) Pentraxin 3 (OR: 1,32; p = 0,095) y VEGF (OR: 1,41; p = 0,091) al compararlos con los pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS, aunque solo en el caso de CD14 y EGF se alcanzó significación estadística. En las muestras de saliva encontramos valores significativamente incrementados en pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS de ICAM1 (OR: 1,67; p = 0,019), IL-6 (OR: 1,20; p = 0,042) y IL-19 (OR: 1,51; p = 0,039) en comparación con los pacientes que si cumplían criterios de clasificación de SS.

Conclusiones: Los pacientes con síndrome de Sjögren presentaron niveles significativamente mayores de las proteínas CD14 y EGF en suero, así como niveles significativamente disminuidos de ICAM1,

IL-6 e IL-19 en saliva, al compararlos con los pacientes que no cumplían criterios de clasificación de SS. Es necesario confirmar estos resultados cuantificando estas proteínas en una cohorte de pacientes de mayor tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pezoulas VC, et al. Computational and Structural Biotechnology Journal. 2022;20:471-84.
2. Manfrè V, et al. Sjögren's syndrome: one year in review 2022. Clin Exp Rheumatol; 2022;40:2211-24.

P255. FACTORES PREDICTORES DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

Júlia Torguet Carbonell¹, C. Sieiro^{1,3}, J.L. Tandaiapan¹, H.S. Park¹, B. Magallares¹, P. Moya¹, C. Díaz-Torné¹, S. Fernández¹, A. Laiz¹, L. Sainz¹, H. Codes¹, I. Castellvi¹, S. Ros¹, E. Díez Álvarez³ y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua Terrassa. ³Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que se caracteriza por la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas y ocasionalmente por afectación extraglandular. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las manifestaciones extraglandulares que peor pronóstico asocia a la SSp. Hasta la fecha, pocos estudios han investigado los factores predictores de EPID en pacientes con SSp.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de SSp-EPID así como determinar los factores predictores de desarrollo de afectación pulmonar por EPID en SSp.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a pacientes con SSp seguidos en nuestra Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas entre los años 2000 y 2022 que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR para el SSp de 2016. El perfil clínico de los pacientes se ha comparado en función de la presencia de EPID. Los datos sociodemográficos, clínicos, serológicos e inmunológicos, la actividad de la enfermedad calculada con el índice de ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome disease activity index) así como datos relacionados con la afectación pulmonar. Se realizó un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados con el desarrollo de SSp-EPID.

Resultados: 175 pacientes con SSp fueron incluidos (13 pacientes con SSp-EPID). Los patrones más típicos en la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) de pulmón fueron: 2 con neumonía intersticial usual (NIU), 6 pacientes con neumonía intersticial no usual (NINE) y 5 pacientes con neumonía intersticial linfoide (NIL). Los factores de riesgo asociados un aumento y/o disminución de la probabilidad de desarrollar EPID en pacientes con SSp están representados en la tabla 1. El tabaco (p = 0,002), el tiempo de evolución de la enfermedad (p = 0,004), la positividad para anti-Ro52 (p = 0,03), la hipergammaglobulinemia (p = 0,02), la %capacidad vital forzada (FVC) (p = 0,01), la %capacidad de difusión para monóxido de carbono (DLCO) (p = 0,001), el ESSDAI (p = 0,02) y la velocidad de sedimentación glomerular (VSG) (p = 0,04) se han identificado como predictores de SSp-EPID.

Predictores significativos para SSp-EPID identificados por regresión logística

Predictor	OR (IC95%)	p
Tabaco	2,2 (1,32-4,23)	0,002
Tiempo de evolución	1,9 (1,03-3,42)	0,004
Anti-Ro52	3,12 (1,34-5,21)	0,03
Hipergammaglobulinemia	2,12 (1,37-5,29)	0,02
%FVC	0,55 (0,21-0,82)	0,01
%DLCO	0,72 (0,35-0,95)	0,001
ESSDAI	4,2 (1,3-6,32)	0,02
VSG	2,32 (1,03-4,23)	0,04

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa en el SSp fue de 7% en nuestra serie. El antecedente de exposición al tabaco, el tiempo de evolución de la enfermedad, la positividad para anti-Ro52, la hipergammaglobulinemia, los niveles de VSG y la puntuación en el índice de ESSDAI son factores predictores de afectación pulmonar por EPID en SSp. Los pacientes con SSp deben ser evaluados sistemáticamente en busca de EPID.

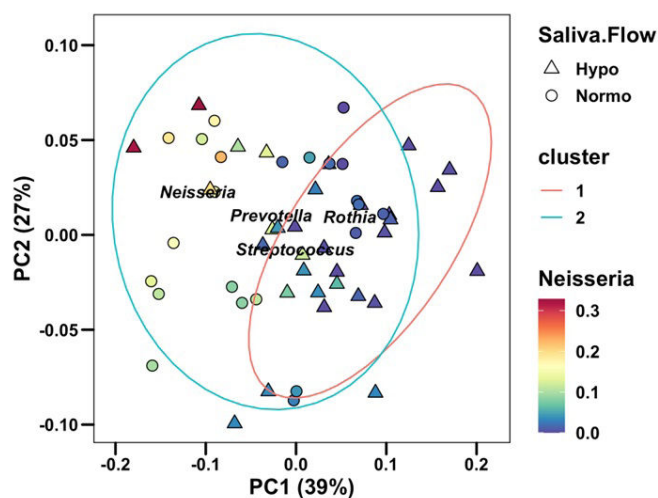
P256. EL MICROBIOMA ORAL DE LA MUJER CON HIPOSALIVACIÓN RELACIONADA CON EL ENVEJECIMIENTO Y EL SÍNDROME DE SJÖGREN

Aurea Simón Soro¹, Carlos Saúco¹, María J. Rus¹, María R. Nieto¹, Carolina B. Cardoso², Cristiane Cantiga-Silva², V. Areal-Quecuty^{1,3}, Débora Lendines-Cordero^{1,4}, Eugenio Velasco-Ortega¹ y Juan José Segura-Egea¹

¹Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla. ²Departamento de Preventiva y Odontología Restauradora. Facultad de Odontología. São Paulo State University (UNESP). Araçatuba. Brasil. ³Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER). ⁴Instituto para el Estudio de la Biología de la Reproducción Humana (INEBIR).

Introducción: La hiposalivación crónica, o flujo salival crónicamente bajo, puede influir en la composición de las comunidades microbianas orales. Las principales causas de la reducción del flujo salival incluyen el Síndrome de Sjögren (SS) asociado a enfermedad por destrucción irreversible de las glándulas salivales y las mujeres menopáusicas como hiposalivación asociada al envejecimiento. Sin embargo, poco se sabe sobre el microbioma oral integrado con los factores salivales del hospedador en la hiposalivación. Aquí evaluaremos las características de estas comunidades que distinguen las causas de la hiposalivación.

Métodos: Se incluyeron mujeres mayores de 40 años en cualquier fase menopáusica. Recogimos saliva estimulada de mujeres menopáusicas con diagnóstico de SS (N = 25) y sin SS (N = 25). Además, evaluamos la dentición y el estado periodontal y el cuestionario de salud en la misma visita. El perfil bacteriano de las pacientes se obtuvo mediante secuenciación del gen 16S ARNr. El análisis bioinformático utilizó aprendizaje automático para analizar los signos, síntomas y perfil bacteriano de la cohorte.



PCoA cluster en hiposalivación. Análisis de coordenadas principales utilizando distancias ponderadas Unifrac. Cada muestra es un punto en el gráfico, los colores corresponden a la abundancia del género Neisseria en cada muestra, las formas al flujo salivar (normo o hiposalivación) y las elipses corresponden a los clusters obtenidos por K-medoids. Se observa una separación en dos grupos correspondientes a los clusters obtenidos. El cluster 1 tiene aumento en Rothia y ausencia en Neisseria, donde se localizan la mayor parte de las muestras de hiposalivación. Al contrario, el cluster 2 hay más abundancia de Neisseria que corresponden a las muestras de normosalivación. (p < 0,01, PERMANOVA)

Resultados: Obtuvimos que el 79% de las mujeres del grupo con SS y el 52% del grupo sin SS presentaban hiposalivación. *Streptococcus*, *Prevotella*, *Rothia* y *Neisseria* fueron los géneros principales en todas las muestras. Se observó que *Prevotella* se correlacionaba negativamente con la edad en el grupo con SS, pero no en las mujeres sin SS. Además, evaluamos la relación entre la composición microbiana y la medicación asociada a la hiposalivación, el examen oral y las enfermedades sistémicas, pero no se observaron diferencias. Utilizando el análisis de *clusters* k-medoids, encontramos dos *clusters* asociados a las mujeres con hiposalivación. El *cluster* 1 estaba dominado por *Neisseria* y relacionado con la normosalivación. El *cluster* 2 estaba asociado con *Rothia* y la hiposalivación. Cabe destacar que la causa de la hiposalivación en el estudio no explicó las diferencias en la diversidad microbiana al comparar los grupos con y sin SS.

Conclusiones: El microbioma salival fue similar en mujeres menopáusicas con y sin SS. Sin embargo, la hiposalivación mostró dos grupos distintivos asociados a los perfiles de la población bacteriana. Nuestro estudio sugiere que las alteraciones ecológicas locales podrían impulsar el equilibrio entre el hospedador y su microbiota.

Financiación: proyecto Ecología del estrés: Asociación con estado de enfermedad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Referencia PID2020-118557GA-I00.

Comité de ética: CEIP Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme 1532-N-21.

P257. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN. ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO ESPAÑOL

Virginia Moreira Navarrete¹, Carmen Domínguez Quesada¹, Carmen López Martín¹, Francisco Javier Toyos Sáenz de Miera¹, Aurea Simon-Soro², Maria J. Rus² y Jose Javier Pérez Venegas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

²Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

Introducción: La dieta mediterránea (DM) ha demostrado reducir el riesgo de enfermedades CV, obesidad, diabetes *mellitus* tipo 2 y mortalidad por todas las causas. En los pacientes con enfermedades reumáticas el riesgo CV está incrementado y la alimentación puede ser uno de los factores ambientales asociados al desarrollo de las mismas. Hay datos que indican que la adherencia a la DM se asocia a un menor riesgo de SSp. Por último, un estudio realizado en Italia mostró que la DM tiene un impacto positivo en el riesgo CV y el estado inflamatorio de pacientes con SSp.

Objetivos: Evaluar la adherencia a la DM una cohorte de pacientes con SSp y su relación con las características inflamatorias y nutricionales.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de SSp según criterios AEGG y ACR-EULAR 2016 en seguimiento en consultas externas del Hospital Virgen Macarena durante el año 2022. Se excluyeron pacientes con síndrome de Sjögren secundario. Se recogieron datos socio-demográficos, antecedentes, de la actividad de la enfermedad (Índice ESSDAI) y de la severidad de los síntomas (Índice ESSPRI). La adherencia a la DM se evaluó con el cuestionario PREDIMED. Una puntuación ≤ 5 indica adherencia deficiente, 6-9 adherencia media, ≥ 10 buena adherencia. El estado nutricional se evaluó mediante la herramienta MNA: estado nutricional normal (24-30 puntos), riesgo de malnutrición (17-23,5 puntos) y malnutrición (< 17 puntos). *Se trata de un subestudio de proyecto Ecología del estrés en saliva humana: Asociación con estado de enfermedad Ministerio de Ciencia e Innovación (referencia PID2020-118557GGA-I00).

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes con SSP, 44 eran mujeres (95%), con una edad media de 59 años ($\pm 10,7$). La HTA fue la comorbilidad más frecuente ($n = 13, 28\%$), seguida del hipotiroidismo y la osteoporosis ($n = 10, 22\%$), la artrosis y la fibromialgia ($n = 9, 19\%$). 5 pacientes eran fumadores actuales (10,8%) y 16 (35%) eran exfumadores. Según los datos del IMC, ningún paciente tenía bajo peso, 12 (25%) tenían un peso normal (IMC 18-24,5), 20 (42%) tenía sobrepeso (IMC 24,5-29,9) y 10 tenían (22%) obesidad (IMC > 30), de los cuales 2 (4%) presentaban obesidad grado III. La puntuación media del ESSDAI fue de 2,7 ($\pm 3,9$), 38 pacientes (82,6%) tenían actividad baja de la enfermedad, 7 pacientes (15,2%) actividad moderada y solo 1 paciente (2,2%) alta actividad. En cuanto a la gravedad de los síntomas, el resultado del ESSPRI fue en promedio de 6,3 ($\pm 1,8$). El 30% había recibido previamente inmunosupresores y/o GC, y el 39% los recibía actualmente. Los datos sobre las manifestaciones extraglandulares se muestran en la tabla. En cuanto a los resultados del MNA, la mayoría de los pacientes presentaban un estado nutricional normal (83%) y solo 2 riesgo de malnutrición. La adherencia a la DM fue buena en el 30,9% ($n = 13$) de los pacientes, media en el 59,5% ($n = 25$) y pobre en el 9,5% ($n = 4$). No se encontraron diferencias en el grado de actividad de la enfermedad, con la gravedad de los síntomas ni con el estado nutricional en función del grado de adherencia a la DM.

Manifestaciones extraglandulares	N	%
Síntomas constitucionales	7	15,2
Linfadenopatía	9	19,6
Articular	31	67,4
Cutáneo	11	23,9
Pulmonar	3	6,5
Renal	1	2,2
Muscular	0	-
Sistema nervioso periférico	0	-
Sistema nervioso central	2	4,3
Hematológico	14	30,4
Biológico	0	-
Número de manifestaciones extraglandulares		
0	8	17,4
1	17	37,0
2	9	19,6
3 o más	12	26,1

Conclusiones: El grado de adherencia a la DM fue medio-alto. No se encontró relación con el grado de actividad ni severidad de los síntomas, ni con el estado nutricional. Es necesario un estudio con un mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados. En nuestro conocimiento, estos son los primeros datos sobre DM española en pacientes con SSP.

P258. EFECTIVIDAD DE RITUXIMAB EN LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4. ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javier Loricera García¹, Rafael Benito Melero², Eva Galíndez-Agirrekoia³, Lara Sánchez-Bilbao¹ y Ricardo Blanco¹

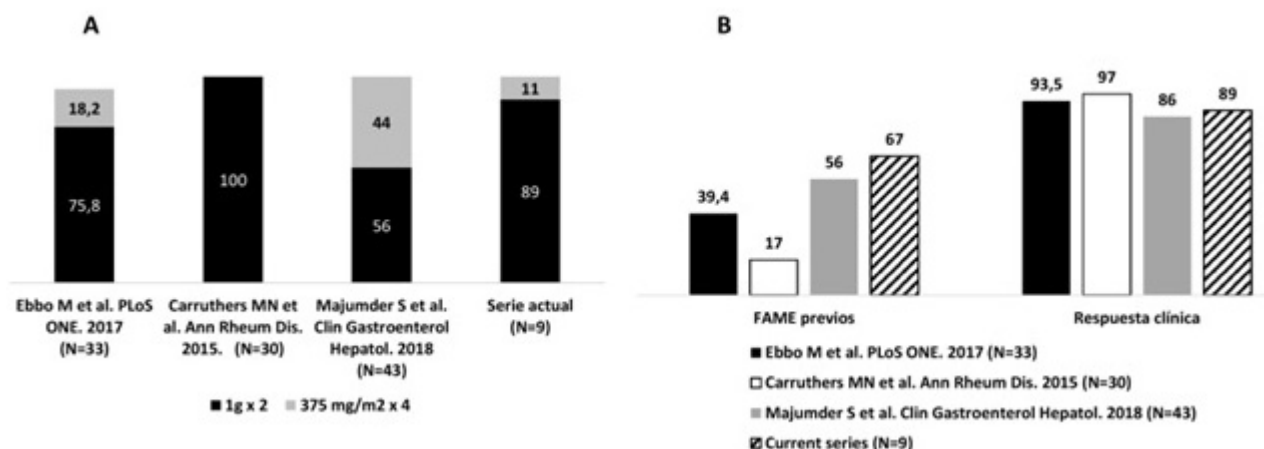
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Objetivos: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica asociada a menudo con niveles séricos elevados de IgG4. Los corticosteroides a dosis altas son la piedra angular del tratamiento, pero las recaídas y los efectos secundarios son frecuentes, por lo que se requieren inmunosupresores sintéticos y/o biológicos. El rituximab (RTX) parece ser útil en este escenario. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad del RTX en la ER-IgG4 refractaria al tratamiento convencional.

Métodos: Estudio multicéntrico de pacientes con ER-IgG4 de práctica clínica tratados con RTX. Para la revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda en PubMed, Embase y la biblioteca Cochrane desde el inicio hasta el 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Incluimos 9 pacientes (5 mujeres/4 hombres) (edad media \pm DE; 55,8 \pm 12,6 años) con ER-IgG4 refractaria, tratados con RTX (tabla). Los órganos afectados fueron: aorta ($n = 5$), ganglios linfáticos ($n = 3$), pulmón/pleura ($n = 2$), retroperitoneo ($n = 2$), glándulas lacrimales ($n = 1$), glándulas salivares ($n = 1$), órbita ($n = 1$), subglotis ($n = 1$), riñón ($n = 1$), pericardio ($n = 1$), vía biliar ($n = 1$) y mesenterio ($n = 1$). Todos los pacientes habían recibido corticosteroides orales, (dosis media \pm DE de 33,9 \pm 14,1 mg/día). Dos pacientes también recibieron bolos de corticosteroides. Seis de los pacientes recibieron FAMEs convencionales. Estos fármacos fueron: metotrexato (MTX) ($n = 4$), azatioprina ($n = 1$) e hidroxicloroquina ($n = 1$). La pauta de RTX fue de 1 g \times 2 ($n = 8$), y 375 mg/m² ($n = 1$). Tras una mediana [IQR] de seguimiento de 27 [25-48] meses, se observó una mejoría clínica completa y parcial en 6 y 2 pacientes, respectivamente. Una paciente falleció debido a un infarto agudo de miocardio, mientras que otra desarrolló un cáncer de mama. Encontramos 3 series en la revisión de la literatura, que mostraban la eficacia de RTX (fig.). El régimen de RTX más frecuentemente utilizado fue 1 g \times 2.

Conclusiones: RTX parece ser un tratamiento efectivo y seguro en la ER-IgG4 refractaria a los corticosteroides.



P258 Figura. A) Pauta de RTX, B) FAMEsc previos y respuesta clínica de los pacientes con ER-IgG4 con RTX en la serie actual y en otras series de la revisión bibliográfica. Todos los datos están en %.

Tabla 258
Principales características del estudio multicéntrico de 9 pacientes con ER-IgG4 tratados con rituximab

Caso	Edad/ Sexo	Órganos afectados	Valor sérico de IgG4 (mg/dL)/ Plasmablastos (cel/mL)	Biopsia	Diagnóstico	Tratamiento previo	Pauta de RTX	Número de ciclos de RTX	Seguimiento (meses)	Evolución
1	55/M	Aorta, glándulas lacrimales, órbita	210/ND	Negativa	Umehara: probable Okazaki	GCs, MTX	1 g × 2	3	56	MC
2	31/M	Glándulas salivares, ganglios linfáticos, subglotis	48/ND	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs,	1 g × 2	5	67	MC, cáncer de mama
3	55/V	Pulmón/pleura, riñón, retroperitoneo, ganglios linfáticos	5,58/2.309,07	Negativa	Síntomas + hallazgos de imagen + ↑PB	GCs, azatioprina	375 mg/m ²	1	6	Exitus (IAM)
4	76/M	Pulmón/pleura, pericardio	90/954	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs, MTX	1 g × 2	3	27	MP
5	57/M	Aorta	125/1.218	No realizada	Síntomas + hallazgos de imagen+↑PB	GCs, HCQ	1 g × 2	4	27	MP
6	54/M	Aorta, conducto biliar	18,5/831	No realizada	Síntomas + hallazgos de imagen+↑PB	GCs, MTX	1 g × 2	4	25	MC
7	46/V	Aorta	84,7/760,6	No realizada	Síntomas + hallazgos de imagen+↑PB	GCs	1 g × 2	4	41	MC
8	67/V	Aorta	11,6/ND	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs	1 g × 2	6	48	MC
9	61/V	Retroperitoneo, ganglios linfáticos, mesenterio	ND/ND	Positiva	Umehara: posible Okazaki	GCs, MTX	1 g × 2	2	9	MC

GC: glucocorticoides; HCQ: hidroxicloroquina, IAM: infarto agudo de miocardio, M: mujer, MTX: metotrexato, ND: no datos, RTX: rituximab, V: varón. MC: mejoría completa MP: mejoría parcial. ↑ PB: plasmablastos elevados.

P259. DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Jacqueline Usón Jaeger^{1,2} y Sara Carrazón de Blas¹

¹Hospital Universitario de Móstoles. ²Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción: La disfunción sexual en pacientes con esclerosis sistémica (E) es frecuente y se relaciona con factores orgánicos, farmacológicos y psicológicos. En la consulta médica, bien por el médico o por el paciente, es inusual abordar la sexualidad y sus problemas. Carecemos de información en nuestro país.

Objetivos: Estudiar la sexualidad y la disfunción sexual en los pacientes con E en España.

Métodos: Participó la Asociación Española de Esclerodermia en la elaboración, difusión y cumplimentación del cuestionario. El estudio fue aprobado por el comité de Investigación del HUM. Se envió a todos los socios un vídeo informativo del estudio, consentimiento y cuestionario digital por Google Forms. Mediante una encuesta se recogieron variables sociodemográficas, relacionadas con la E y relacionadas con la sexualidad. Para medir el impacto de la E sobre la sexualidad, se empleó el cuestionario Qualisex, recientemente validado en español ¹ adaptado a la E (Qualisex-E) (máximo impacto 10 puntos). Se realizó un análisis descriptivo y se empleó los estadísticos correspondientes para buscar correlaciones (p ≤ 0,05, significación estadística). La fiabilidad interna del Qualisex-E se testó con el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: Se evaluaron 163 cuestionarios completo de pacientes con E de los cuales 92% eran mujeres, la edad media fue de 49,4 ± 10,3 años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de 9,61 ± 7,6 años. El 93,3% deseaban mejorar su sexualidad. El 41,1% no tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses por la falta de interés (55,2%) y por la propia E (52,2%). Las mujeres que reportaban disfunción sexual referían tener sequedad vaginal, dolor vaginal y vagina poco elástica. El 47% sentían la necesidad de hablar sobre su sexualidad, pero solo el 8% habló de ella alguna vez con su médico habitual. El valor medio del Qualisex-E fue de 5,11 ± 2,2. Los que contestaron tener una sexualidad mucho peor desde el diagnóstico de la E, puntuaron 6,50 ± 1,60. El hábito tabáquico, la afectación articular, muscular y del aparato digestivo se asoció a una mayor puntuación del Qualisex-E. El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,911.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes desean mejorar su vida sexual y hablar de ello con su médico porque la E impacta negativamente en su sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romera Baures M, Seoane-Mato D, Alegre-Sancho JJ, León L, Caracuel Ruiz MA, Calvo-Alen J, Stoye C, Fernández B, Núñez-Monje V, Freites-Núñez D, Ortega Castro R; Adaptación-Qualisex Study Group. Impact of rheumatoid arthritis on sexuality: adaptation and validation of the Qualisex questionnaire for use in Spain. *Rheumatol Int.* 2022;42(10):1819-29.

P260. MIOPATÍAS INFLAMATORIAS POR INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO

Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, María Machattou, Pablo Navarro Palomo, Carlota Navarro Joven, María Alonso de Francisco, Carmen Barbadillo Mateos, Carolina Merino Argumáñez, Hildegarda Godoy Tundidor, Mónica Fernández Castro, Blanca García Magallón, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, José Luis Andréu Sánchez y Jose Campos Esteban

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción y objetivos: En las últimas décadas, la inmunoterapia ha cambiado el manejo y pronóstico de los pacientes con cáncer. Los inhibidores de puntos de control inmunitario, como los dirigidos a PD-1 y PD-L1, son empleados para algunos tipos de cáncer, sin embargo, su uso se ha relacionado con la aparición de efectos adversos inmunomediados. Entre estos, los relacionados con el campo de la Reumatología son relativamente frecuentes, siendo la afectación articular la más habitual seguida de la muscular (mialgias 4%, miositis 1%). Nuestro objetivo es describir los casos de pacientes en tratamiento oncológico con inhibidores de puntos de control inmunitario que desarrollan miositis secundaria al fármaco.

Métodos: Se han recogido todos los pacientes procedentes del servicio de Oncología de un hospital terciario, derivados a Reumatología y diagnosticados de miositis por inhibidores de puntos de control inmunitario. Se ha realizado un análisis descriptivo.

Resultados: Se analizaron 5 pacientes, 60% varones, con una edad media de 65,8 años (56-78 años). Los tipos de cáncer fueron: melanoma (n = 2), cáncer de la unión gastroesofágica (n = 1), cáncer de cavum (n = 1) y cáncer de páncreas (n = 1); todos en estadios avanzados con afectación ganglionar y/o metastásica. La inmunoterapia empleada fue: nivolumab (inhibidor de PD-1) en tres pacientes, pem-

brolizumab (inhibidor PD-1) en uno y darvalumab (inhibidor de PD-L1) en uno; todos a dosis estándar. El tiempo medio de aparición de la clínica de miositis fue de cuatro meses desde el inicio del fármaco (1-10 meses). En los cinco casos se suspendió el fármaco con el inicio de la clínica y se inició prednisona oral entre 10 y 20 mg/día. El síntoma presente en todos los pacientes fue el dolor e impotencia funcional en musculatura proximal de extremidades (100%). Además, un paciente tuvo una artritis de tobillo y otro una dermatomiositis con afectación cutánea típica (eritema en heliotropo, signo de la V). En tres pacientes se objetivó una elevación de los niveles de CK que se resolvió al mes de suspender el fármaco. Tres pacientes, presentaron anticuerpos específicos de miositis (anti-PM75 y anti-MI2, anti-PL7 y anti-TIF1gamma) que desaparecieron con la retirada del fármaco. Un paciente tenía anticuerpos anti-Ro52 y Ro60 que permanecen positivos. A dos pacientes se les realizó resonancia magnética muscular: en uno se describía infiltración grasa en musculatura glútea y atrofia con infiltración grasa en el recto femoral derecho (fig. 1); en el otro, signos de miositis inflamatoria en el grupo aductor bilateral y en glúteo medio y menor derechos (fig. 2). En ambos, los signos de miositis habían desaparecido en el PET de control a los cinco meses de la suspensión del fármaco. En cuatro pacientes los síntomas remitieron en menos de un mes. Un paciente precisó la asociación de metotrexato para suspender corticoide.

Conclusiones: En nuestro centro, un total de cinco pacientes en tratamiento oncológico con inhibidores de puntos de control inmunitario han desarrollado, en una media de cuatro meses desde el inicio del fármaco, un cuadro de miopatía asociado en un 60% a la aparición de anticuerpos específicos de miositis. Esto supone un 1,8% del total de pacientes tratados con estos tres fármacos en nuestro hospital. La retirada del fármaco y el tratamiento con prednisona a dosis intermedias permitieron la remisión clínica y normalización de las pruebas de laboratorio e imagen.

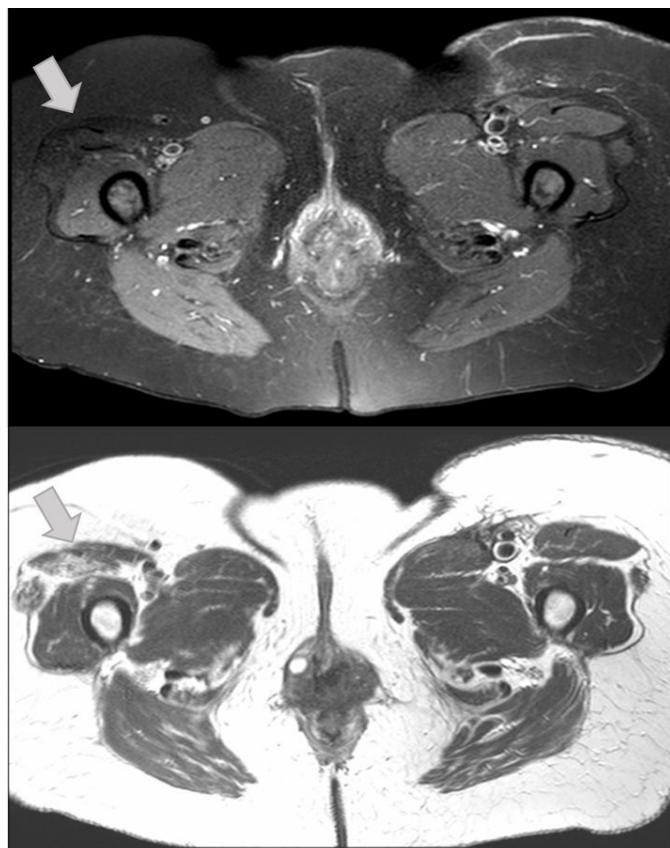


Figura 1. Resonancia magnética (SPAIR y supresión grasa): atrofia con infiltración grasa en el recto femoral derecho.

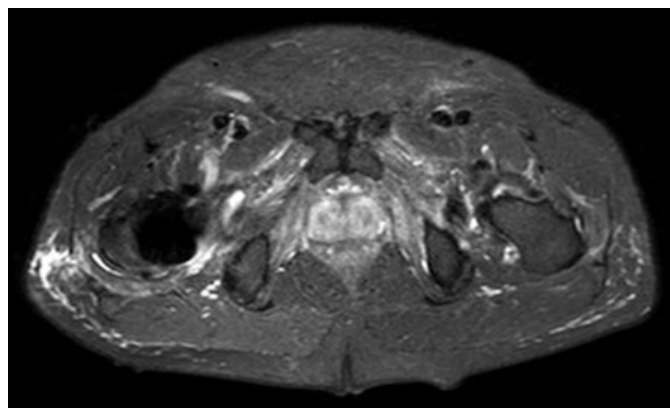


Figura 2. Resonancia magnética (STIR): miositis inflamatoria en el grupo aductor bilateral y en glúteo medio y menor derechos.

261. ANTICUERPOS ANTI-KU: SERIE DE CASOS

Cristina Calomarde Gómez¹, Raquel Ugena García¹, Diego Andrés Gaete Forno², Joan Climent Martí³, Irene Peralta García¹, Ivette Casafont Solé¹, Anne Riveros Frutos¹ y Maria Lourdes Mateo Soria¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Universidad de la Frontera. Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco. Chile. ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Los anticuerpos (Ac) anti-Ku fueron inicialmente descritos en pacientes con polimiositis y esclerodermia. Posteriormente, se ha demostrado asociación con otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), especialmente síndromes de *overlap*. Sin embargo, existen controversias respecto a su significado clínico y la relación con las EAS o algunas de sus manifestaciones.

Objetivos: Describir las características clínicas e inmunológicas una serie de casos de pacientes Ac anti-Ku positivo.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes de un hospital universitario con anti-Ku positivo entre 2017 y 2022. Se analizaron variables clínicas (fenómeno de Raynaud, artritis, artralgias, mialgias, debilidad muscular, disnea, disfagia, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), exploraciones complementarias (PFR, TCAR, capilaroscopia) y estudio de autoinmunidad (ANA ENA, anti-DNA, estudio del complemento, Ac PM scl 75, Ac PM scl 100, CENP-B, anticuerpos antifosfolípido, factor reumatoide (FR) y Ac antipéptido citrulinado (ACPA)). Finalmente, se registró la orientación diagnóstica clínica, el diagnóstico con criterios de EAS o el diagnóstico final de otras patologías no-EAS.

Resultados: Se han identificado un total de 17 pacientes positivos para anti-Ku, de los cuales 14 eran mujeres (82,4%) con una media de edad de 57 años y una mediana de seguimiento de 43 meses. Las manifestaciones clínicas presentadas fueron: artralgias (13;76,5%), artritis (8; 47,1%), mialgias (6; 35,3%), miositis (2; 11,8%), debilidad muscular (2; 11,8%), disfagia (1; 5,9%) disnea (4; 23,5%), fenómeno de Raynaud (3; 17,6%). Todos los pacientes tuvieron ANA positivo, de los cuales 8 casos (47,1%) presentaban un patrón nucleolar, 8 casos (47,1%) moteado fino y 1 solo caso con patrón punteado tipo centro-mérico. Un total de 8 pacientes disponían de TACAR, de los cuales 2 casos (25%) presentaban un patrón en vidrio deslustrado, 2 casos (25%) un tromboembolismo pulmonar, 2 casos (25%) uno o varios nódulos pulmonares de origen neoplásico. Se realizaron PFR en 7 casos, en 3 casos fueron normales (42,9%), 2 casos (28,6%) presentaron un patrón obstructivo y 2 casos (28,6%) presentaron un patrón restrictivo. Se realizó capilaroscopia a 4 pacientes (normal 3, patrón inespecífico 1). Se estableció el diagnóstico de neoplasia en 5 casos (29,4%). Únicamente 6 pacientes (35,3%) cumplían con criterios de

EAS (3 casos de lupus eritematoso sistémico-uno de ellos con síndrome antifosfolípídico asociado, 2 casos de síndrome de Sjögren y 1 caso de esclerosis sistémica). Los diagnósticos principales de todos los pacientes se recogen en la tabla.

Diagnósticos

EAS (n = 6/17)	No-EAS (n = 11/17)
Lupus eritematoso sistémico (n = 3/6)	Neoplasias (n = 3/11)
Síndrome de Sjögren (n = 2/6)	Miscelánea (n = 8/11)
Esclerosis sistémica (n = 1/6)	

Conclusiones: En nuestra serie de casos, las características clínicas y analíticas fueron muy heterogéneas. La positividad de anti-Ku se asoció al diagnóstico de una EAS en algo más de un tercio de los casos.

P262. ANTI-TIF1 GAMMA Y ANTI-NXP2 COMO FACTORES PREDICTORES DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Pablo Martínez Calabuig¹, Jorge Juan Fragío Gil¹, Roxana González Mazarío², Amalia Rueda Cid¹, Laura Salvador Maicas¹, Antonio Sierra Rivera³, Sara Moner Marín⁴, Andrés Grau Echevarría⁵, Juan José Lerma Garrido¹, Clara Molina Almela¹, María Dolores Pastor Cubillo¹, Isabel Balaguer Trull¹ y Cristina Campos Fernández¹

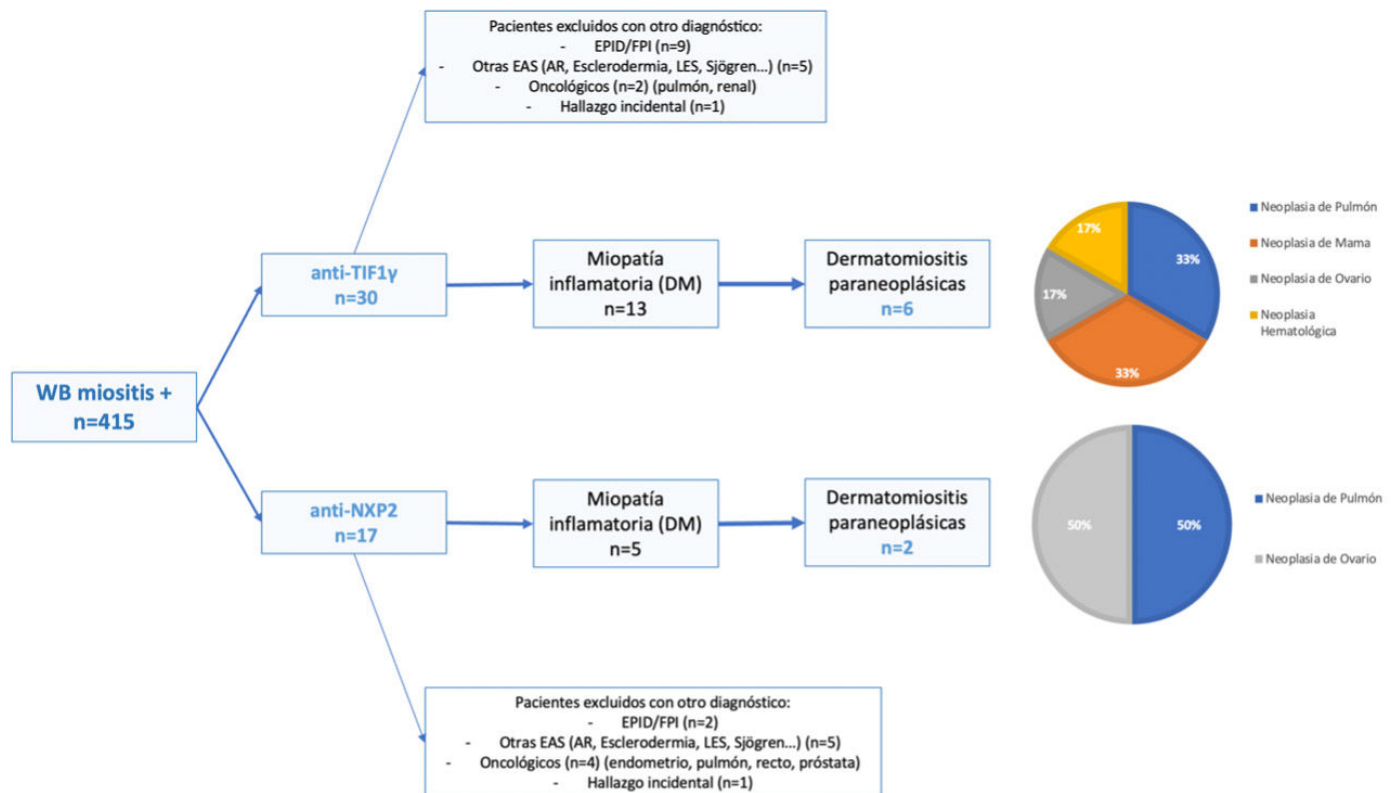
¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital de Sagunto. ³Servicio de Análisis clínicos. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Servicio de Ginecología y obstetricia. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁵Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de trastornos reumáticos autoinmunes sistémicos caracterizados, entre otros, por debilidad muscular crónica asociada a una infiltración de células mononucleares. Se ha observado la asociación de estas con procesos neoplásicos, siendo esta asociación mucho más fuerte para la dermatomiositis (DM) (20-30%). Los tipos de neoplasias descritas varían, siendo tanto hematológicas, como cánceres de pulmón, ovario, mama o colon. Dos autoanticuerpos específicos de la miositis están muy asociados a la DM y las neoplasias malignas en los adultos: anti-TIF1γ y anti-NXP2.

Objetivos: Analizar la relación entre la positividad de los autoanticuerpos anti-TIF1γ y anti-NXP2 en pacientes con miopatías inflamatorias y la presencia de neoplasias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un único centro donde se incluyeron pacientes con Western Blot (WB) miositis positiva (+) y se seleccionan aquellos con positividad para los autoanticuerpos anti-TIF1γ y anti-NXP2, entre enero de 2016 y enero de 2023. Se excluyeron aquellos pacientes sin diagnóstico clínico de MII. De entre todos los pacientes con WB+ para estos dos autoanticuerpos se seleccionaron aquellos diagnosticados de MII y se recogieron datos tanto de la historia clínica de los pacientes, pruebas complementarias, analíticas y de imagen, la aparición de neoplasia si lo hubiere y en caso afirmativo tipo de neoplasia y evolución.

Resultados: De un total de 415 pacientes con WB miositis (+), se incluyeron 47 pacientes en el estudio, de estos pacientes un 7,2% (n = 30) fueron positivos para anti-TIF1γ y un 4,1% (n = 17) para anti-NXP2. Del total de la muestra (n = 47) los pacientes tenían una media de edad de 69,53 años y un 66% eran mujeres. Se excluyeron 29 pacientes, que a pesar de la positividad de estos autoanticuerpos estaban relacionados con otras patologías, con un total de 6 neoplasias en este grupo. De los 47 pacientes con alguno de estos 2 autoanticuerpos positivos, solo un 39% (n = 18) tenían diagnóstico de MII, en este caso DM, siendo un 89% mujeres con una edad media de



P262 Figura. Algoritmo utilizado en nuestra serie de pacientes.

66,17 años y con una media de seguimiento de 10 años. Del primer brazo, los pacientes con anti-TIF1 γ , un 43% (n = 13) eran pacientes con DM y de estos se recogió historia oncológica en un 46% (n = 6) de los pacientes (33,3% de pulmón, 33,3% de mama, 16,6% de ovario y un 16,6% linfoma); siendo estas de aparición simultánea con la DM. Del brazo con pacientes con anti-NXP2, un 29% (n = 5) eran pacientes diagnosticados de DM, siendo el 40% (n = 2) de los pacientes relacionado con un proceso neoplásico (50% de pulmón y 50% de ovario). Se registró un 50% de *exitus* (n = 4) entre los pacientes con dermatomiositis paraneoplásica en relación con complicaciones de su neoplasia.

Conclusiones: En nuestra serie, existe un 43% de los pacientes con WB miositis (+) para los anticuerpos anti-TIF1 γ y un 29% con anti-NXP2 que están asociados a MII, siendo en su totalidad DM. Ambos están relacionados con neoplasias, siendo los pacientes con anti-TIF1 γ los que mostraban esta mayor afinidad con estos procesos, siendo en su mayoría neoplasias sólidas, de pulmón y mama; con un gran porcentaje de mortalidad. Aunque los pacientes con estos autoanticuerpos se consideran de alto riesgo de neoplasia solo un grupo pequeño dan la cara juntamente con la neoplasia y es por tanto necesario un cribado más intensivo al ya incluido en pacientes con miopatías inflamatorias.

P263. CARACTERÍSTICAS CAPILAROSCÓPICAS, DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE UNA SERIE DE CASOS DE SÍNDROME ANTISINTETASA

Clara Ojeda García¹, Alberto Ruiz Román¹, Isabel García Hernández² y Marta Llanes Gómez³

¹Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Hospital General de Llerena.

²Hospital de Zafra³.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la tríada de artritis, miositis y

enfermedad pulmonar intersticial junto con la presencia de autoanticuerpos anti aminoacil-ARNt sintetasas (anti-ARS). El fenómeno de Raynaud (FR), la fiebre y las manos de mecánico son otras características menos prevalentes. El anticuerpo más frecuente es el anti-Jo1, mientras que otros son menos detectados (anti-PL-7, -PL-12, -EJ, -OJ, -KS, -YRS, -Zo). La capilaroscopia del lecho ungueal es una herramienta para el estudio de la densidad y la morfología de la microcirculación periungueal. Es una de las modalidades diagnósticas de mayor confianza para la diferenciación entre el FR primario y secundario incluida en los criterios de clasificación de la esclerosis sistémica de 2013. La evidencia inicial sobre las características capilaroscópicas en el SA proviene de escasos estudios y reportes que principalmente evaluaban condiciones como dermatomiositis o polimiositis, presentando anti-ARS en un pequeño porcentaje de pacientes. Recientemente, el grupo AENEAS ha llevado a cabo el primer estudio multicéntrico que examina las características capilaroscópicas de una gran población de pacientes con SA, la frecuencia del patrón SSc-like y su correlación con características clínicas. Las anomalías son comúnmente observadas, independientemente de la presencia del FR, confirmando así que la vasculopatía es una manifestación típica de la enfermedad. El hallazgo más frecuente fueron las ramificaciones, mientras que el patrón SSc-like se observó en un 35,3% de los casos.

Objetivos: Conocer la prevalencia de las diferentes alteraciones capilaroscópicas y la frecuencia del patrón SSc-like, así como las características clínicas y serológicas de una serie de casos de SA.

Métodos: Estudio transversal de revisión de historias clínicas de casos de SA en seguimiento en dos hospitales del sudoeste de nuestro país, recogiendo variables demográficas, clínicas, serológicas y tratamientos. Realización de CLU usando el capilaroscopio digital USB Dino-Lite 200x, valorando alteraciones estructurales, de densidad capilar, morfológicas y la presencia de un patrón SSc-like.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Tabla P262

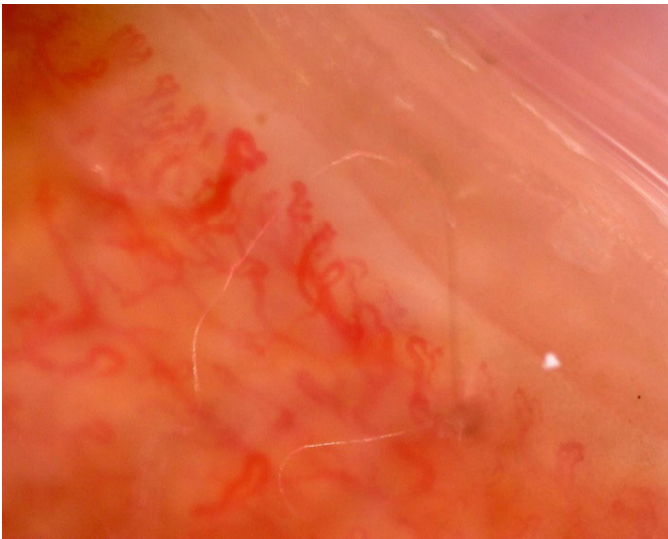
Tabla 1. Características demográficas, clínicas, serológicas y tratamientos

	Edad/sexo	Afectación inicial	Anti-ARS	Artritis	Miositis	EPI	FR	Manos de mecánico	Fiebre	Tratamiento
1	61/F	Artritis	Jo1	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	MTX, AZA, rituximab
2	45/F	Artritis	Jo1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	AZA
3	71/F	Artritis	Jo1	Sí	No	Sí	No	No	No	MTX, MM
4	70/M	EPI	PL7	No	Sí	Sí	Sí	No	No	
5	66/M	Artritis	Jo1	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	AZA
6	65/F	Artritis	PL7	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	MM, rituximab
7	65/F	EPI	Jo1	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	AZA, ciclofosfamida, rituximab
8	54/F	Artritis	Jo1	Sí	No	Sí	No	No	No	HCQ, AZA
9	52/M	Artritis	Jo1	Sí	Sí	No	No	No	No	MTX, abatacept
10	84/F	EPI	Jo1	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	AZA, ciclofosfamida, rituximab

Tabla P263

Tabla 2. Alteraciones capilaroscópicas

	Disminución de densidad capilar	Áreas avasculares	Tortuosidades	Entrecruzamientos	Dilataciones/Megacapilares	Hemorragias	Ramificaciones	Patrón SSc-like
1	Sí (6-8/mm)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	N
2	Sí (4-6/mm)	Sí	No	No	No	No	Sí	No
3	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
4	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
5	No	No	Sí	Sí	Sí (fig.)	No	No	No
6	Sí (6-8/mm)	Sí	No	No	No	No	No	No
7	Sí (6-8/mm)	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
8	No	No	No	Sí	No	No	No	No
9	Sí (6-8/mm)	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No



Desestructuración capilar, tortuosidades y presencia de megacapilar en paciente con síndrome.

Conclusiones: La edad media fue de 63,3 años, siendo un 70% mujeres. De los diez pacientes, dos presentaron positividad para un anti-ARS diferente al antiJo1, el antiPL7. El síntoma más común al inicio de la enfermedad fue la artritis (70%), presentándose posteriormente en el 90% de los pacientes a lo largo de la evolución, siendo junto a la EPI los síntomas más prevalentes. Los menos frecuentes fueron la fiebre (40%) y las manos de mecánico (10%). Se realizó capilaroscopia a nueve de los pacientes debido al fallecimiento de uno de ellos. Se detectó algún tipo de alteración capilaroscópica en el 100% de los pacientes, siendo las alteraciones morfológicas y la disminución del número de capilares las más frecuentes (77% y 55,5% de los pacientes, respectivamente). Ningún paciente presentó un patrón SSc-like a diferencia de lo descrito en la evidencia previa (35,5%). Como limitación a destacar, sería conveniente calcular el porcentaje de imágenes con alteraciones capilaroscópicas en futuros proyectos como estimador de la gravedad de la afectación.

P264. UTILIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA REUMATOLOGÍA-NEUMOLOGÍA

Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, María Machattu, Pablo Navarro Palomo, María Alonso de Francisco, Carlota Navarro Joven, Carmen Barbadillo Mateos, Carolina Merino Argumánez, Mónica Fernández Castro, Blanca García Magallón, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Jose Campos Esteban, José Luis Andreu Sánchez y Hildegarda Godoy Tundidor

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Describir las características de un grupo de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en seguimiento en una consulta monográfica Reumatología-Neumología y la utilidad de la misma.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de una consulta monográfica de pacientes con diagnóstico de EPID en seguimiento por ambos servicios en un hospital terciario. Se realizó un estudio descriptivo.

Resultados: Se estudiaron 47 pacientes: 19 con neumonía intersticial no específica (NINE), 17 con neumonía intersticial usual (NIU), 5 con NINE fibrótica, 3 con neumonía organizada criptogénica (NOC) y 3 con EPID no definida. El 63,8% eran mujeres y la media de edad, 65 años (40-83 años). Se derivaron a Reumatología

23 pacientes con EPID en seguimiento por Neumología, siendo la principal causa de interconsulta la determinación de anticuerpos positivos (60,9%), la artritis (17,4%), otros síntomas sugestivos de conectivopatía (8,7%) o el despistaje de colagenopatía en EPID con mala evolución (13%). Tras la valoración por el reumatólogo, 13 pacientes (56,5%) fueron diagnosticados de síndrome de Sjögren (tabla 1), 5 (21,7%), de esclerosis sistémica (tabla 2); 2 (8,9%), de neumonía intersticial con características autoinmunes o IPAF (tabla 3); y 2 (8,9%) de una conectivopatía no definida. En un paciente (4,3%) no se encontró asociación con conectivopatía. El diagnóstico realizado por el reumatólogo implicó el inicio de tratamiento inmunosupresor en 15 de los 23 pacientes (65,2%), siendo el micofenolato el fármaco que se pautó con mayor frecuencia, seguido del rituximab. Fueron derivados a Neumología 16 pacientes seguidos en Reumatología por: esclerosis sistémica (n = 7), artritis reumatoide (n = 5), síndrome de Sjögren (n = 3) y síndrome antisintetasa (n = 1). El motivo de la interconsulta fue la aparición de un patrón de afectación intersticial en pruebas de imagen (radiografía o TC de tórax) y/o la alteración en las pruebas de función respiratoria solicitadas de rutina (en el caso de la esclerodermia) o por clínica respiratoria (tos, disnea o crepitantes en la auscultación pulmonar). El seguimiento por parte del neumólogo implicó una modificación del tratamiento en 8 de los 16 pacientes (50%) que consistió en la adición de corticoides en dos y el inicio de nintedanib en seis. El motivo de inicio de antifibrótico fue el deterioro en las pruebas de función respiratoria. En 8 pacientes el diagnóstico de EPID y de enfermedad reumatológica se había realizado en otro centro y se derivaron para seguimiento.

Tabla 1. Características de los pacientes diagnosticados de síndrome Sjögren

Anticuerpos	Test de Saxon	Test de Schirmer	Biopsia de glándula salival menor
-	+	+	Compatible
-	+	+	Compatible
ANA granular	+	+	Compatible
AntiRo52	+	+	Compatible
ANA granular	+	+	Compatible
Factor reumatoide	+	+	Compatible
-	+	-	Compatible
ANA granular	+	+	Compatible
-	+	+	Compatible
Anti-Ro52, antiLa	-	-	Compatible
Anticentrómero	+	-	Compatible
ANA nucleolar	+	+	Compatible

Tabla 2. Características de los pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica

Anticuerpos	Capilaroscopia	Manometría	ETT
ANA nucleolar	Patrón esclerodermia	Normal	Normal
ANA granular	Patrón esclerodermiforme	Patológica	Normal
ANA nucleolar	Patrón esclerodermia	Patológica	Normal
ANA centrómero	Patrón esclerodermia	Patológica	Normal
ANA centrómero	Patrón esclerodermia	Normal	Normal

Tabla 3. Características de los pacientes diagnosticados de IPAF

Anticuerpos	Patrón pulmonar TC	¿Excluidas otras etiologías?	¿Cumple criterios de conectivopatía no definida?
Anti-Jo1	NINE	sí	no
Anti-Ej	NINE	sí	no

Conclusiones: Un 95,6% de los pacientes con EPID derivados a Reumatología fueron diagnosticados de alguna conectivopatía, lo que supuso un cambio en el tratamiento en el 65,2% de ellos, siendo el micofenolato el fármaco pautado con mayor frecuencia, seguido del rituximab. El diagnóstico de EPID en pacientes con enfermedad reumatológica fue posible gracias a la auscultación pulmonar, la anamnesis sobre síntomas respiratorios y la realización de pruebas de imagen y funcionales. La derivación de estos pacientes al servicio de

Neumología permitió una mejor caracterización de su enfermedad pulmonar y el inicio de fármaco antifibrótico en aquellos con enfermedad fibrosante progresiva.

P265. PREVALENCE AND CLINICAL SIGNIFICANCE OF ANTI-RO52 ANTIBODIES IN ANTISYNTHEASE SYNDROME

Francisco Javier Narváez García¹, Elena Cañadillas², Paola Vidal Montal¹, Vanesa Vicens³, Guadalupe Bermudo³, Emma Brugarolas¹, Pol Maymó¹, Judith Palacios¹, Martí Aguilar¹, Montserrat Roig¹, María Molina Molina³ and Joan Miquel Nolla¹

¹Servicios de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ³Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction: Antisynthetase syndrome (ASSD) is a systemic autoimmune condition characterized by the positivity of anti-aminoacyl-transfer-RNA synthetases antibodies (ARS) and the occurrence of the classic triad, encompassing myositis, arthritis, and interstitial lung disease (ILD). There is a higher prevalence and increased severity of ILD in patients with ASSD compared to other idiopathic inflammatory myopathies (IIM). The leading prognostic role of ILD in ASSD prompted a focused search for laboratory markers able to predict lung involvement occurrence and progression. ARS specificities have been associated with phenotypically distinct subgroups at disease onset. However, it doesn't seem to be significant differences among the groups in the clinical spectrum, time course and prognosis. Anti-Ro52 antibodies (anti-Ro52) are systemic autoantibodies addressed against the Tripartite

motif-containing protein 21 found in several connective tissue diseases and up to 50% of ASSD patients. In patients with other IIM, anti-Ro52 positivity has been associated with a rapid progression (RP) of ILD and a poorer prognosis, whereas its role in ASSD is still uncertain.

Objectives: To assess the prevalence and clinical significance of anti-Ro52 antibodies in a cohort of patients with ASSD.

Methods: Ambispective analysis of clinical, imaging and laboratory characteristics, therapeutic approaches, and outcome of 56 ASSD patients progressively enrolled at our hospital.

Results: We identified 32 anti-Ro52 positive and 24 anti-Ro negative ASSD patients. The prevalence of ILD and myositis at baseline were similar between the two groups. In contrast, some skin lesions (mechanic's hands and Gottron's papules/sign) were significantly more prevalent in anti-Ro52+, whereas arthritis was more frequently seen in anti-Ro negative patients (Table 1). We did not observe a strong association of co-occurring anti-Ro52 antibodies with any of the ARS. No differences in oxygen need and ILD patterns, therapeutic approaches, outcome measures, and prognosis were observed (Table 2). Overall mortality was 11% (6 subjects). No differences in mortality, overall and disease-related, between anti-Ro52+ and anti-Ro52- patients were observed. Survival curves were not different at any time point (log-rank test, p-value 0.608).

Conclusions: Overall, the presence of anti-Ro52 antibodies seems to be related to a higher prevalence of skin lesions, but not with ILD. Although they could affect the clinical characteristics of ASSD, they do not seem to influence the prognosis. No differences in relapses, RP-ILD, or mortality were observed when compared to anti-Ro52 negative patients.

Table 1. Baseline characteristics			
	Anti-Ro52 positive N=32	Anti-Ro52 negative N=24	p
Age (mean ± SD), years	61,8 ± 15	62,4 ± 13	0.879
Women/men (ratio)	22/10	9/15	0.625
Duration of follow-up (mean ± SD), months	63.3 ± 50	54.7 ± 45.5	0.512
Frequency of clinical features			
Fever	7 (22%)	8 (33%)	0.338
Raynaud's phenomenon	11 (34%)	7 (29%)	0.680
Arthritis	15 (47%)	15 (62.5%)	0.246
Mechanic's hands	26 (81%)	11 (46%)	0.006
Hiker's foot	5 (16%)	2 (8%)	0.686
Gottron's sign	8 (25%)	1 (4%)	0.036
Myositis	18 (56%)	14 (58%)	0.876
Interstitial lung disease (ILD)	29 (91%)	21 (87,5%)	0.708
Chest HRCT pattern of ILD			
	N=29	N=21	
Non-specific interstitial pneumonia (NSIP)	23 (79%)	14 (58%)	0.583
Organizing pneumonia (OP) or NSIP superimposed with OP	3 (10,5%)	3 (14%)	
Usual interstitial pneumonia	3 (10,5%)	4 (28%)	
FVC% predicted at ILD diagnosis (mean ± SD)	81,4 ± 27	75,4 ± 14,5	0.448
DLCO% predicted at ILD diagnosis (mean ± SD)	62,4 ± 22	62,4 ± 18	0.995
Need of oxygen therapy at ILD diagnosis	8 (27,5%)	4 (19%)	0.561
Serological parameters			
Positive antinuclear antibodies (ANA)	26 (81%)	17 (71%)	0.516
Myositis-specific antibody			
Anti-Jo1	19 (59%)	10 (42%)	0.189
Anti-PL7 or PL-12	10 (31%)	12 (50%)	0.155
Anti-EJ	3 (9,5%)	2 (8%)	0.892

P265 Figura 1

Table 2. Therapeutic approaches and outcomes			
	Anti-Ro52 positive N=32	Anti-Ro52 negative N=24	p
Need of intravenous methylprednisolone boluses	7 (22%)	6 (25%)	0.591
Number of immunosuppressants used (mean ± SD)			0.729
1	20 (62,5%)	15 (62,5%)	
2	7 (22%)	3 (12,5%)	
3	4 (12,5%)	4 (17%)	
4	1 (3%)	0 (0%)	
5	0 (0%)	1 (4%)	
Need of cyclophosphamide	2 (6%)	2 (8%)	0.303
Need of intravenous immunoglobulin (IVIg)	6 (19%)	4 (17%)	0.840
Need of Rituximab	19 (59%)	13 (54%)	0.697
Need of antifibrotic therapy	4 (12,5%)	5 (21%)	0.376
Lung function tests results and response at last follow-up	N=29 (91%)	N = 21 (87,5%)	
FVC% predicted at last follow up (mean ± SD)	92,2 ± 23,6	83,2 ± 29,4	0.246
DLCO% predicted at last follow up (mean ± SD)	61,8 ± 14,3	54,3 ± 20,6	0.151
%pFVC			0.318
Improvement	15 (52%)	8 (38%)	
No change / Stabilization	10 (34%)	8 (38%)	
Worsening	4 (14%)	5 (24%)	
%pDLCO			0.163
Improvement	11 (38%)	7 (33%)	
No change / Stabilization	12 (41%)	8 (38%)	
Worsening	6 (21%)	6 (28,5%)	
Progressive ILD	18 (62%)	13 (62%)	0.691
Need of oxygen therapy at last follow-up	10 (34%)	5 (24%)	0.521
Relapses	9 (28%)	7 (29%)	0.620
Deaths	3 (9,5%)	3 (12,5%)	0.708

P265 Figura 2

P266. RITUXIMAB EN ESCLEROSIS SISTÉMICA CON AFECTACIÓN PULMONAR Y AFECTACIÓN CUTÁNEA DIFUSA. UNA SERIE DE 15 CASOS

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

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) a menudo es difícil de tratar y la evidencia que respalda muchas de las terapias habituales es limitada. Se cree que las anomalías en la función de las células B en la ES desempeñan un papel en la patología de la enfermedad. Además, se han demostrado infiltrados de células B tanto en muestras de piel como de pulmón en ES. El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico que inhibe la proliferación y diferenciación de células B mediadas por CD20 que ha mostrado resultados prometedores para la afectación pulmonar y cutánea de la ES. Nuestro objetivo fue evaluar RTX como tratamiento de la afec-

tación cutánea difusa y pulmonar en pacientes diagnosticados de ES.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie amplia y no seleccionada de pacientes diagnosticados de ES de un único hospital universitario desde 2011 hasta 2022. Los pacientes fueron clasificados como ES siguiendo los criterios de clasificación ACR/EULAR 2013. Revisamos la función pulmonar mediante espirometría convencional y la capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) del pulmón. La afectación pulmonar también se valoró mediante TAC de tórax de alta resolución. La afectación cutánea se evaluó mediante la puntuación cutánea de Rodnan modificada (MRSS).

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con una mediana [rango] de edad (al inicio de RTX) de 53 [41-78] años (80% mujeres; 20% hombres). La mediana [rango] de tiempo desde el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 3 [0-12] años. Al momento del diagnóstico de ES, ninguno de nuestros pacientes evidenció un patrón ventilatorio restrictivo. La DLCO estuvo por debajo de los límites normales en 12 pacientes (80%). La obstrucción de la vía aérea pequeña expresada según la disminución del flujo espiratorio máximo (medio) (MMEF) 25-75 estuvo presente en 1 paciente (6,7%). En cuanto a la afectación cutánea, la mediana de MRSS al diagnóstico fue de 18,3 [rango 4-26]. El régimen de tratamiento intravenoso de RTX

empleado fue de 1.000 mg (Día 1, seguido de 1.000 mg el día 15), con un ciclo repetido cada 6 meses si fuera necesario. Después de una mediana [rango] de seguimiento de 31 [6-100] meses, 12 (80%) pacientes completaron un total de 4 ciclos de RTX. Un análisis de la función pulmonar mostró que, tras RTX, la DLCO disminuyó en 2 de 15 pacientes (13,3%) y ninguno presentó empeoramiento de MMEF 25-75. En todos los pacientes hubo una mejoría de la afectación cutánea. Después de una mediana de seguimiento de 31 [6-100] meses durante la terapia con RTX, ninguno de los pacientes presentó nuevas recaídas de compromiso cutáneo o progresión de MRSS. La diferencia media entre la medición de MRSS antes y después de RTX fue de 6,4 ± 1,2. Solo 2 de los pacientes (13,3%) tuvieron que suspender RTX en el primer plazo por reacción relacionada con la infusión. Después del tratamiento con RTX, 4 pacientes (26,7%) fallecieron (cáncer de próstata, neumonía por SARS-CoV-2, paro cardíaco repentino e ictus) ha sido bien tolerado y no se informaron infecciones graves.

Conclusiones: En base a nuestra experiencia, el RTX parece ser una gran opción terapéutica para aquellos pacientes con afectación pulmonar y cutánea difusa por ES. Sin embargo, deben evaluarse las complicaciones cardiovasculares, infecciosas y neoplásicas.

P267. UTILIDAD DEL HEALTH ASSESMENT QUESTIONNAIRE (HAQ) PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

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

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

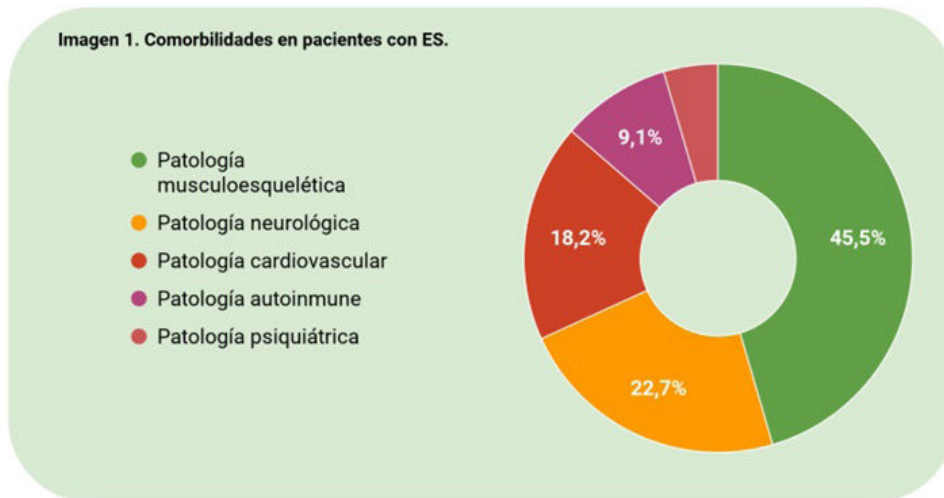
Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad multisistémica crónica caracterizada por la fibrosis progresiva a nivel cutáneo y en diferentes aparatos, asociando también vasculopatía crónica. Es una enfermedad heterogénea con diferentes grados de afectación de órganos, progresión y gravedad. Los pacientes deben convivir con síntomas que repercuten directamente sobre su calidad de vida¹. Actualmente no está extendido el uso en la práctica clínica de herramientas para evaluar la calidad de vida en estos pacientes. El Health Assessment Questionnaire (HAQ) es una herramienta utilizada en Reumatología para valoración de la calidad de vida en enfermedades como la artritis reumatoide².

Objetivos: Determinar la utilidad y las limitaciones de la realización del HAQ en pacientes con ES. Valorar el impacto de las principales comorbilidades de estos pacientes en el resultado del cuestionario.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo en una cohorte de 60 pacientes con diagnóstico de ES en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Se recogieron diferentes variables sobre la calidad de vida y se realizó el HAQ en el período de septiembre a diciembre de 2022. El análisis estadístico se realizó mediante los programas informáticos Excel y SPSS. El test estadístico utilizado fue el test de Wilcoxon para variables con distribución no paramétricas.

Características de la cohorte de pacientes con ES	
Mujeres	51 (85%)
Health Assessment Questionnaire (Me, p25-p75)	0,44 (0-1,38)
Diagnóstico	
ES cutánea limitada	35 (58,3%)
ES cutánea difusa	11 (18,3%)
ES sin clasificar	14 (23,3%)
Características clínicas	
Raynaud	55 (91,7%)
Úlceras digitales	20 (33,3%)
Esclerodactilia	26 (43,3%)
Arteriopatía periférica	6 (10%)
Disnea	28 (46,7%)
Disfagia	15 (25%)
Reflujo gastroesofágico	23 (38,3%)
EPID	10 (16,7%)
HTP	6 (10%)
Pruebas de función respiratoria	
CVF < 80%	6 (10%)
DLCO (media, DE)	73,38 (20,78)
Disminución leve (60-80)	19 (31,7%)
Disminución moderada (40-60)	8 (13,3%)
Disminución grave (< 40)	5 (8,3%)
Inmunología	
ANA positivo	60 (100%)
Anticentrómero (AC-3)	31 (51,7%)
Homógeno (AC-1)	14 (23,3%)
Anti-Scl-70	14 (23,3%)

Resultados: Se recogieron datos de 60 pacientes. Las características de la población estudiada se reflejan en la tabla. Entre las manifestaciones clínicas, el síntoma más frecuente fue el fenómeno de Raynaud en 55 pacientes (91,7%); seguido de disnea en 28 (46,7%) y esclerodactilia en 26 (43,3%). La afectación pulmonar se presentó en forma de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en 10 pacientes (16,7%) y como hipertensión pulmonar (HTP) en 6 casos (10%). A nivel inmunológico, el 100% de los pacientes presentaron anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, el patrón más frecuente



P267 Figura

el AC-3 (anticentrómero) en 31 casos (51,7%). Entre los antígenos nucleares extraíbles (ENAs), se encontró positividad para anti Scl-70 en 14 de los pacientes (23,3%). 23 pacientes (38,33%) presentaban otras patologías limitantes [fig.], frente a 37 (61,67%) sin otras comorbilidades asociadas. La mediana de HAQ fue de 0,77 (0-1,38). No se encontraron diferencias significativas en el HAQ según la variante de ES ($p = 0,192$). Se encontró en el grupo con comorbilidades asociadas un valor de HAQ mayor (Me 1,31; 0,38-2,13) que en el grupo sin ellas (Me 0,37; 0-0,75); las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Conclusiones: El test HAQ fue útil en pacientes diagnosticados de ES con otras comorbilidades asociadas que repercuten de manera directa sobre su calidad de vida.

Son necesarios más estudios sobre su aplicación en este tipo de pacientes, así como el desarrollo de nuevas herramientas específicas para ES.

BIBLIOGRAFÍA:

- Allanore Y, Bozzi S, Terlinden A, *et al.* Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) use in modelling disease progression in diffuse cutaneous systemic sclerosis: an analysis from the EUSTAR database. *Arthritis Res Ther.* 2020;22:257.
- Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:20.

P268. AUTOANTIBODIES DETECTION BY MULTIPARAMETRIC ASSAY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC AUTOIMMUNE DISEASES

Collin Dexter Adao Abe¹, A. Pérez-Isidro^{2,3}, M.J. Martínez², N. de Moner², C. Andalucía⁴, M.A. Aure⁴, I. Fernández Alonso⁴, M. Pérez Moreno⁵, M.C. Villà Blasco⁵, R. Cervera^{3,6}, J.A. Gómez-Puerta¹, G. Espinosa^{3,6}, O. Viñas^{2,3} and E. Ruiz-Ortiz²,

¹Rheumatology Department. Hospital Clínic de Barcelona.

²Immunology Department. Centre Diagnòstic Biomèdic CDB.

Hospital Clínic de Barcelona. ³Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. ⁴Unidad de Autoinmunidad.

Werfen Spain & Portugal. ⁵Clinical Laboratory. Hospital General de Granollers. ⁶Autoimmune Diseases Department. Hospital Clínic de Barcelona.

Introduction: Systemic autoimmune diseases (SAID) are a heterogeneous group of diseases characterized by an immune response against self-antigens. Autoantibodies are a hallmark of most SAID being some included in classificatory criteria. Recently, multiparametric technologies for autoantibody detection have been proposed to improve the accuracy of the immunological diagnosis of SAID. Particle-based-multi-analyte technology (PMAT-Aptiva) is a multiplexed system based on the coupling of different antigens to paramagnetic particles with unique signatures. It allows us to obtain results from different autoantibodies simultaneously. The aim of this study was to evaluate the PMAT-Aptiva CTD-Essential diagnostic performance in a cohort of patients with SAID from the Hospital Clínic de Barcelona.

Methods: Study cohort includes consecutive samples of patients with and without SAID (n = 222, n = 70, respectively). Diagnoses of patients were Systemic Lupus Erythematosus (n = 45), Sjögren Syndrome (n = 20), Systemic Sclerosis (n = 87), Mixed Connective Tissue Disease (n = 6), anti-Synthetase Syndrome (n = 4), Overlap Syndromes (n = 28) and other SAID (n = 32). Anti-dsDNA, SmD1, Ribo-P, Ro/SSA, La/SSB, Ro52, U1-RNP, Jo1, Cenp-B, Scl70, DFS70 autoantibodies were measured by PMAT-Aptiva CTD-Essential and compared to the classical methods employed by our laboratory [Enzyme Immunoassay (EIA), Carbon Immunoassay (CIA), Fluorometric Enzyme-linked Immunoassay (FEIA) or Immunoblot].

Results: Using PMAT-technology, positive-likelihood ratio for each biomarker ranges from 1.9 to > 50.0 being the best (> 10) for anti-

SmD1, Jo1, Cenp-B and Ribo-P. Specificities range between 73.0%-100% for all biomarkers whereas sensitivities range between 43.2-80.0% excluding anti-SmD1 (15.9%), Ribo-P (15.9%) and Ro52 (33.2%) autoantibodies. A good agreement (Cohen kappa > 0.7) was observed for all autoantibodies, except for anti-RiboP (EIA), Sm (CIA) and Jo1 (Immunoblot). CIA results for anti-Jo1 autoantibodies show good correlation.

Conclusions: PMAT-Aptiva CTD-Essential is a suitable option to detect autoantibodies and to improve SAID diagnosis, showing a good sensitivity and specificity. The discrepancies observed for anti-Sm and Jo1 autoantibodies can be due to the different nature of the antigen used in each method.

P269. ASOCIACIONES ENTRE LOS PRODUCTOS FINALES DE GLICACIÓN AVANZADA (AGES) Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Laura Triginer Gil¹, Laura Tío², Irene Carrión^{2,3}, Lidia Valencia-Muntalà^{1,4}, Alfredo Guillén-del-Castillo^{5,6}, Anna Ribes², Jordi Monfort^{2,3}, Tarek Carlos Salman^{2,3}, Ana Pros^{2,3}, J. Narváez^{1,4}, Carmen Pilar Simeon Aznar^{5,6}

¹IDIBELL. Unitat Funcional de Malalties Autoimmunes Sistèmiques (UFMAS). Barcelona. ²IMIM (Institut Hospital del Mar d'investigacions Mèdiques). Barcelona. ³Servei de Reumatologia. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Department de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁵Department de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶VHIR. Enfermedades sistèmiques. Barcelona.

Introducción: Diversos estudios han postulado que los productos finales de glicación avanzada (AGEs) podrían tener un papel relevante como inductores en la vía inflamatoria crónica presente en diversas enfermedades, incluida la esclerosis sistémica (SSc). Así mismo se ha visto que la concentración de AGE puede estar relacionada con cambios en la capilaroscopia ungueal, el subtipo de piel difusa o la calcinosis. Los estudios de validación han demostrado que la autofluorescencia de la piel está fuertemente relacionada con los niveles de AGE en las biopsias de piel.

Objetivos: Caracterizar e identificar la asociación entre los valores de AGE, medidas por autofluorescencia cutánea, y parámetros clínicos de la SSc.

Métodos: El valor de AGE se midió por autofluorescencia de la piel (Age Reader Mu Connect, Diagnostics Technologies BV®) en 179 pacientes con SSc y se correlacionaron con datos demográficos y clínicos. El valor de AGE se distribuyeron en terciles. Las variables categóricas se describieron con frecuencias, mientras que las variables continuas se mostraron como media (desviación estándar). Se realizaron pruebas ANOVA para explorar la asociación lineal de las variables con el valor acumulado de AGE. Los modelos de regresión se ajustaron por edad (M1) y por edad y tabaquismo (M2). El protocolo obtuvo la aprobación del CEIC (2020/9150/I).

Resultados: La tabla muestra las características de la población y las asociaciones más relevantes de los pacientes estudiados según los niveles de AGE clasificados en terciles. Los hombres (p-valor M1 = 0,008, M2 = 0,003) y la presencia de anticuerpos anticentrómero (ACA) (p-valor M1 = 0,010, M2 = 0,034) se asociaron a niveles significativamente más altos de AGE. Además, los niveles de AGE se correlacionaron inversamente con la obesidad (como variable categórica) de manera significativa (valor de p M1 = 0,036, M2 = 0,022). Se observa una tendencia (aunque no es significativa) hacia valores más altos de AGES (p-valor 0,05-0,1) en pacientes con afectación esofágica y manifestaciones cutáneas (subtipo cutáneo difuso o limitado) y una menor prevalencia de anticuerpos antitopoisomerasa (ATA). No se encontraron asociaciones con otras características.

Tabla P270

Correlaciones de las características de nuestra cohorte según los niveles de los productos finales de glicación avanzada

	Todos N = 179	Primer tercil [1,4,2,4] N = 60	Segundo tercil [2,4,2,9] N = 62	Tercer tercil [2,9,6,7] N = 57	p-valor M1	p-valor M2
Sexo (Hombre)	17 (9,5%)	4 (6,7%)	5 (8%)	8 (14%)	0,008	0,003
Edad	61,0 (12,6)	55,7 (13,4)	61,7 (11,9)	65,8 (10,4)	0,000*	
Fumador (Sí)	16 (8,94%)	2 (3,33%)	6 (9,68%)	8 (14,0%)	0,031	
Afectación cutánea	161 (89,9%)	50 (83,3%)	58 (93,5%)	53 (93,0%)	0,100	0,085
Afectación esofágica	155 (86,6)	49 (81,7%)	55 (88,7%)	51 (89,5%)	0,113	0,078
Ac antipoisomerasa	21 (14,7%)	10 (20,4%)	6 (11,8%)	5 (11,6%)	0,076	0,071
Ac anticentromero	70 (47,3%)	21 (41,2%)	26 (50,0%)	23 (51,1%)	0,010	0,034
Obesidad (Sí)	39 (21,8%)	15 (25,0%)	14 (22,6%)	10 (17,5%)	0,036	0,022
IMC	26,0 (5,42)	26,4 (6,20)	25,8 (4,91)	25,8 (5,13)	0,457	0,603
clMC:					0,370	0,387
Normopeso	84 (47,5%)	28 (46,7%)	29 (48,3%)	27 (47,4%)		
Sobrepeso	66 (37,3%)	21 (35,0%)	22 (36,7%)	23 (40,4%)		
Obesidad	27 (15,3%)	11 (18,3%)	9 (15,0%)	7 (12,3%)		

c: categorizado; M1: ajustado por edad; M2 ajustado por edad y tabaco. IMC: índice de masa corporal. Ac: anticuerpos.

Conclusiones: Los niveles más altos de AGE se asociaron de forma independiente con el género masculino, la positividad de ACA e inversamente con la obesidad. Los AGE podrían estar implicados en las vías etiopatológicas que dan lugar a manifestaciones cutáneas y esofágicas. Finalmente, el mecanismo de la enfermedad en pacientes con ES obesos podría indicar una enfermedad más leve, ya que presentan valores de AGE más bajos, en contraposición a lo descrito en sujetos sanos. Esto podría indicar una enfermedad gastrointestinal (implicada en la desnutrición) menos grave.

Este proyecto ha sido financiado por la Fundació la Marató de TV3 y parcialmente financiado la FER (Fundación Española de Reumatología).

BIBLIOGRAFÍA

- Murray AK, et al. J Rheumatol. 2012;39:1654-8.
- Kaloudi O, et al. Rheumatology. 2007;46:412-6.
- Davies CA, et al. Rheumatology. 2009;48:876-82.
- Meerwaldt R, et al. Ann N Y Acad Sci. 2005;1043:290-8.
- Villanueva-Martin G, et al. J Clin Med. 2022;11:6014.

P270. IMPACT OF COMORBIDITIES AND FREQUENCY OF ADMISSIONS ON MORTALITY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASES

Helena María Amar Muñoz¹, Isabel Castrejón Fernández^{1,2,3}, Ana I. Ramos Lisbona¹, J. Montero Reyes Fernando¹, Karen S. Carpio Astudillo¹, J. Molina-Collada^{1,2}, Belén Serrano-Benavente^{1,2}, José María Álvaro-Gracia^{1,2,3} and Julia Martínez-Barrio^{1,2}

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid.

Introduction: Data on mortality in patients with systemic autoimmune rheumatic diseases (SARDs) is limited. Most evidence is restricted to patients with systemic lupus erythematosus and ANCA vasculitis [1-2]. In recent years, mortality has been more closely associated with cardiovascular pathologies and infections and less with disease activity.

Objectives: To assess the impact of comorbidities and hospital admissions on mortality in patients with SARDs in a tertiary referral hospital.

Methods: We conducted a retrospective observational study including adult patients with SARDs (Table) followed up in our Multidisciplinary Unit of Systemic Autoimmune Diseases between January 2017 and December 2019. In this cohort, patients were under similar follow-up and treatment protocols. Gathered data includes epidemiological, hospitalization (number of admissions, hospital stay and reasons for admission) and exitus information. In hospitalized patients, associated comorbidities were also reviewed. A comparison was made between patients who required at least one admission during the study period and those who did not, in addition to a description of mortality. Kaplan Meier curves are presented by number of comorbidities and number of admissions.

Results: Of the 1,749 patients with SARDs included in our cohort, 432 (24.7%) required hospitalization during the study period. Of those hospitalized, mean age was 64 years and 315 (73%) were women. A total of 61 (14%) deaths occurred among patients admitted to the hospital vs. 77 (5.9%) among non-hospitalized, within the study period. Behçet's disease and IgG4-related disease presented highest mortality rate (29%) in our cohort of hospitalized patients, closely followed by antiphospholipid syndrome (23%) and Sjögren's

RHEUMATOLOGIC DIAGNOSIS	HOSPITALIZED SUB-POPULATION N = 432 (25%)		NON-HOSPITALIZED SUB-POPULATION N = 1317 (75%)	
	Exitus N = 61 (14%)	No exitus N=371 (86%)	Exitus N = 77 (5,9%)	No exitus N = 1218 (94%)
Systemic lupus erythematosus	17 / 113 (15%)	96 / 113 (85%)	26 / 374 (7%)	348 / 374 (93%)
Polymyalgia rheumatica	8 / 92 (8,7%)	84 / 92 (91%)	15 / 258 (5,8%)	243 / 258 (94%)
Sjögren's syndrome	9 / 46 (20%)	37 / 46 (80%)	11 / 174 (6,3%)	163 / 174 (94%)
Systemic sclerosis	5 / 43 (12%)	38 / 43 (88%)	3 / 83 (3,6%)	80 / 83 (96%)
Small-vessel vasculitis	7 / 36 (19%)	29 / 36 (81%)	4 / 81 (4,9%)	77 / 81 (95%)
Idiopathic inflammatory myopathies	3 / 30 (10%)	27 / 30 (90%)	7 / 79 (8,9%)	72 / 79 (91%)
Undifferentiated connective tissue disease	2 / 17 (12%)	15 / 17 (88%)	3 / 66 (4,5%)	63 / 66 (95%)
Large-vessel vasculitis	1 / 13 (7,7%)	12 / 13 (92%)	3 / 53 (5,7%)	50 / 53 (94%)
Antiphospholipid syndrome	3 / 13 (23%)	10 / 13 (92%)	2 / 51 (3,9%)	49 / 51 (96%)
Behçet's disease	4 / 14 (29%)	10 / 14 (71%)	2 / 34 (5,9%)	32 / 34 (94%)
IgG4-Related disease	2 / 7 (29%)	5 / 7 (71%)	0 / 15 (0%)	15 / 15 (100%)
Polyarteritis nodosa	0 / 1 (0%)	1 / 1 (100%)	1 / 14 (7,1%)	13 / 14 (93%)
Mixed connective tissue disease	0 / 1 (0%)	1 / 1 (100%)	0 / 13 (0%)	13 / 13 (100%)

P270 Figura 1, Frequencies of exitus by diagnosis and hospitalization.

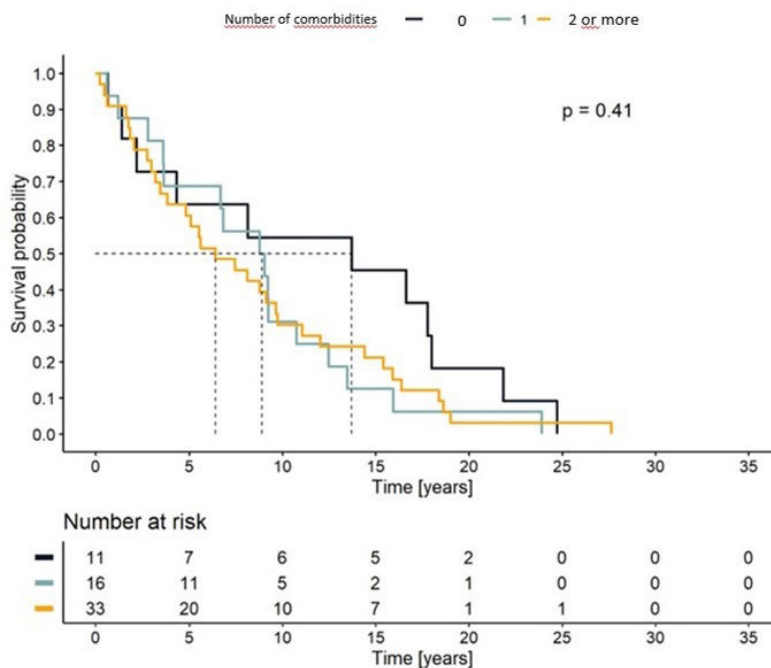


Figura 2. Survival according to the number of comorbidities.

syndrome (20%) (Table). No statistically significant differences were observed in mortality according to the number of admissions ($p = 0.56$) or comorbidities ($p = 0.41$), although in the latter, an increasing trend was observed as the number of comorbidities increased (survival according to the number of comorbidities: no comorbidities = 14 years, one comorbidity = 8.9 years, two or more comorbidities = 6.4 years) (Figure).

Conclusions: We have found no impact of comorbidities or hospital admissions in mortality in patients with SARDs. Among hospitalized patients, higher mortalities were observed in Behçet's disease, IgG4-related disease, antiphospholipid syndrome and Sjögren's syndrome. In addition, a trend towards greater mortality was observed in relation to the number of comorbidities.

REFERENCES

1. Manadan AM, *et al.* ACR Open Rheumatol. 202;2(11):683-9.
2. Rivera M, *et al.* Clinical Rheumatology. 2022;41:159-66.

P271. ESCLEROSIS SISTÉMICA INTERMEDIA

Irene Carrión-Barberà¹, Laura Tío², Laura Triginer³, Lidia Valencia Muntalà⁴, Alfredo Guillen-Del-Castillo⁴, Anna Ribes², Jordi Monfort¹, Tarek Carlos Salman-Monte¹, Anna Pros¹, Carmen Pilar Simeón-Aznar⁴ y Javier Narváez⁵

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona. ³Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) se clasifica clásicamente en dos subtipos según la distribución de la esclerosis cutánea: limitada (ESl) cuando esta es distal a codos y/o rodillas incluyendo cara/cuello, y difusa (ESd) cuando afecta proximalmente a estos. Sin embargo, algunos autores incluyen un 3^{er} tipo, la intermedia (ESi),

Tabla P271

Características en las que se hallan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre alguno de los 3 subtipos de esclerosis sistémica (ES): limitada a dedos (ESld), intermedia (ESi) y/o difusa (ESd). En las variables cuantitativas se indica a la derecha entre qué grupos se hallaron diferencias. En las variables cualitativas se han marcado aquellas que presentaban frecuencias significativamente diferentes al grupo de referencia (ESi)

	ESld N: 81 (49,2%)	ESi N: 42 (25,4%)	ESd N: 42 (25,4%)	p-valor	Diferencias entre qué grupos
Índice de masa corporal	27,1 ± 6,3	26,1 ± 5,5	24,0 ± 4,2	0,01	ESld-ESd
Edad al diagnóstico	50,7 ± 13,4	56,7 ± 15,5	46,3 ± 15,3	0,009	ESi-ESd
mRSS	3,9 ± 1,7	8,8 ± 2,2	12,3 ± 6,4	0,000	Todos los grupos
Índice de Tiffenau	0,78 ± 0,08	0,74 ± 0,0646	0,079 ± 0,085	0,011	ESi-ESd
DETECT paso 1	310,4 ± 19,9	312,9 ± 17,0	293,0 ± 17,9	0,009	ESld-Esd ESi-Esd
Lesiones en mordedura de rata	11/83 (13,35)	11/43 (25,6%)	15/42 (35,75)	0,013	
Amputaciones	1/83 (1,2%)	4/43 (9,3%)	7/42 (16,7%)	0,005	
Úlceras digitales EESS	14/83 (16,9%)	14/43 (32,6%)	23/42 (54,8%)	0,000	
Hipocinesia/acinesia VI	0/83 (0%)	1/43 (2,3%)	4/42 (9,5%)	0,012	
EPID	34/80 (42,5%)	12/41 (29,3%)	28/41 (68,3%)	0,001	
Afectación pulmonar	37/80 (46,3%)	16/41 (38,3%)	28/41 (68,3%)	0,019	
Ac. antitopoisomerasa	5/62 (8,1%)	3/35 (8,6%)	15/34 (44,1%)	0,000	
Ac. anti-Ro60	1/60 (1,7%)	1/32 (3,1%)	6/32 (18,8%)	0,004	
Ac. antimitocondriales	8/50 (16%)	7/31 (22,6%)	0/31 (0%)	0,025	
Ac. anticentrómero	38/66 (57,6%)	24/33 (72,7%)	3/35 (8,6%)	0,000	
Ac. anti-RNA polimerasa III	0/62 (0%)	2/33 (6,1%)	10/34 (29,4%)	0,000	

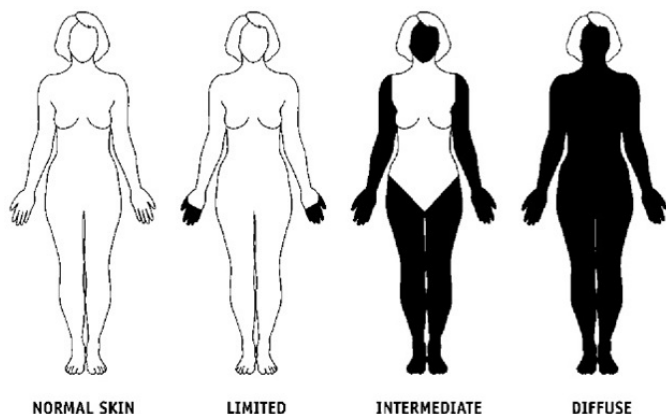
mRSS: *modified Rodnan skin score*; EESS: extremidades superiores; VI: ventrículo izquierdo; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; Ac: anticuerpos.

definida como esclerosis cutánea que debe incluir extremidades superiores de manera proximal a las articulaciones metacarpofalángeas, sin afectación del tronco, y relegando la ESI a la limitada a dedos (ESId). Se ha descrito que la ESI tiene un fenotipo y un pronóstico intermedio entre la ESI y la ESd.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ESI en nuestra cohorte de pacientes diagnosticados de ES, y analizar si existen diferencias entre los 3 subgrupos de pacientes: ESId, ESI y ESd.

Métodos: Estudio retrospectivo de 168 pacientes con ES, subdivididos en tres subtipos (ESId, ESI y ESd). La clasificación se realizó según definiciones descritas previamente en la literatura (fig.). En nuestra cohorte, se clasificaron como ESI aquellos pacientes con ESI y un *modified Rodnan skin score* (mRSS) > 6, mientras que aquellos con ESI y mRSS < 6 lo hicieron como ESId. Se ha seleccionado el método más restrictivo, aceptando la limitación de que algún paciente con ESI pueda tener un mRSS < 6 y ser clasificado erróneamente como ESId, pudiendo dificultar ello encontrar diferencias significativas entre grupos. Los pacientes sin esclerosis cutánea fueron excluidos. Se evaluaron las diferencias demográficas y clínicas entre los tres grupos mediante la prueba de chi cuadrado (variables cualitativas) y ANOVA de un factor (variables cuantitativas). Se realizó un análisis *post hoc* (mediante el método de Bonferroni) para identificar diferencias entre grupos. El protocolo obtuvo la aprobación del comité ético del Parc de Salut Mar (2020/9150/1).

Resultados: Los 168 pacientes se clasificaron como: ESId: 83 (49,4%); ESI: 43 (25,6%) y ESd: 42 (25%). La tabla muestra las principales características en las que se observaron diferencias significativas entre grupos. Algunas de las diferencias tradicionalmente descritas entre ESd y ESI se mantienen en nuestra cohorte aun diferenciando la ESI en ESI y ESId (afectación pulmonar, presencia de anticuerpos (ac) antitopoisomerasa y ac anticentrómero). Además, observamos que los pacientes con ESI presentan valores estadísticamente más reducidos que los pacientes con ESd en relación al índice de Tiffenau (-0,05 (intervalo de confianza (IC) 95%: -0,095-0,001), p-valor = 0,010) y más elevados en la edad del diagnóstico (9,78 (IC95%: 2,2-17,37), p-valor = 0,006), y el valor del DETECT paso 1 (19,95 (IC95%: 3,73-36,17), p valor = 0,011), aunque este último también es significativamente más elevado en el caso de los pacientes con ESId (17,43 (IC95%: 1,36-33,50), p valor = 0,029). Los pacientes con ESI presentan más frecuentemente, de manera significativa, lesiones en mordedura de rata, amputaciones y úlceras digitales en extremidades superiores que aquellos con ESId y menos frecuentemente que aquellos con ESd. Dentro del subgrupo ESI, la frecuencia de ac anticentrómero y anti-RNA polimerasa III es más frecuente en los pacientes con ESI.



Extraída de [2], de izquierda a derecha: piel normal, ES limitada a dedos (ESId), ES intermedia (ESI) y ES difusa (ESd).

Conclusiones: En este trabajo encontramos diferencias estadísticamente significativas en diversas variables entre los grupos. Esto sugiere que la ESI podría tener entidad propia como un subtipo de

ES con características clínicas y prevalencias diferentes a las clásicamente descritas. La división de la ES en los tres subtipos propuestos podría permitir clasificar con más precisión a los pacientes en distintos fenotipos. Esto conllevaría un mejor diagnóstico, seguimiento y finalmente pronóstico de estos pacientes.

Agradecimientos: Proyecto “202022-33” fundado por Fundació La Marató de TV3, así como por la Ayuda a la Intensificación de la Actividad Investigadora de la Fundación Española de Reumatología otorgada en 2021.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferri C, *et al.* Systemic sclerosis: demographic, clinical, and serologic features and survival in 1,012 Italian patients. *Medicine.* 2002;81:139-53.
2. Scussel-Lonzetti L, *et al.* Predicting mortality in systemic sclerosis: analysis of a cohort of 309 French Canadian patients with emphasis on features at diagnosis as predictive factors for survival. *Medicine.* 2002;81:154-67.

P272. LA CAPILAROSCOPIA UNGUEAL EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

Francisco Gutiérrez Rodríguez, Quiroga Colina, Patricia, Nikytsina, Maryia, Tomero Muriel, Eva, Valero Martínez, Cristina, Castañeda Sanz, Santos y Vicente Rabaneda, Esther¹

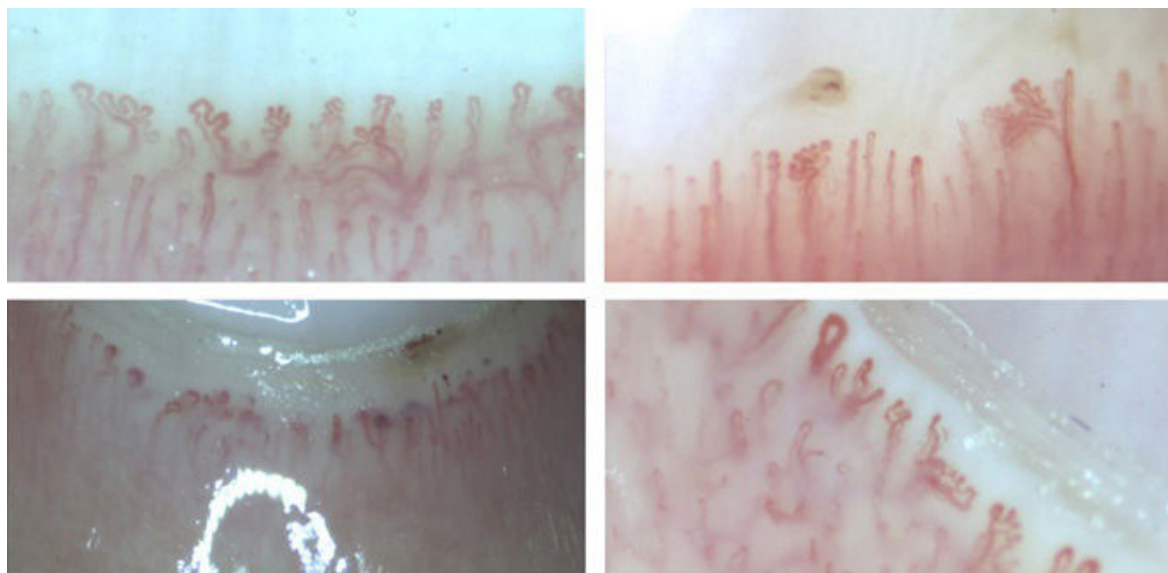
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Introducción: La capilaroscopia es una técnica de gran ayuda para el diagnóstico diferencial del fenómeno de Raynaud y su uso está muy estandarizado en el manejo de la esclerosis sistémica (ES). La capilaroscopia cualitativa nos permite distinguir el patrón de esclerodermia de la normalidad, las anomalías no específicas y del patrón tipo esclerodermia, caracterizado por la presencia de alteraciones mixtas que no se ajustan completamente a la definición de patrón precoz, activo o tardío. Evidencias recientes de la literatura revelan que las alteraciones capilaroscópicas son frecuentes en las miopatías inflamatorias y sugieren un papel prometedor para su diagnóstico y seguimiento.

Objetivos: Nuestro objetivo es describir los hallazgos en la capilaroscopia de pacientes con miopatías inflamatorias inmunomediadas (MII) y estudiar su correlación con manifestaciones clínicas y analíticas de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional transversal en el que se han realizado capilaroscopias a pacientes diagnosticados de MII, analizando la densidad y la morfología capilar y la presencia de microhemorragias, para identificar el tipo de patrón capilaroscópico: esclerodermia, tipo esclerodermia, inespecífico o normal. Se han recogido variables demográficas, el perfil de autoanticuerpos, el tipo de MII, las principales manifestaciones clínicas y los tratamientos previos y actuales. Se ha investigado la correlación de los hallazgos capilaroscópicos con las variables clínico-analíticas. Las variables categóricas se expresan como número (%) y las numéricas como media (DE). Para los estudios de asociación se han empleado los test de chi², Fisher, t de Student o no paramétricos, según el tipo de variable. Los análisis se han realizado con StataIC 14, con nivel de significación para p < 0,05.

Resultados: Se han incluido 29 pacientes (55,17% varones, edad 58 ± 13 años). El 62,06% tenían un síndrome antisintetasa (15 con anti-Jo1 positivos, 1 con EJ y 2 con PL-12) y el resto (37,94%) un síndrome de superposición, principalmente con Sjögren y ES. Presentaban anticuerpos (Ac) específicos de miositis el 13,79% (1 MDA5, 1 SAE, 1 Mi2 y 1 con Mi2 y SRP) y el 20,69% Ac asociados a miositis (Ro el 41,38%, 1 Ku y 3 PM-Scl75/100). Las principales características de la población se recogen en la tabla. A nivel capilaroscópico, todos los pacientes presentaban disminución de la densidad capilar y morfología capilar patológica. El 37,93% tenían dilataciones capilares, el 55,17% megacapilares y el 62,07% microhemorragias. El 96,55% (n = 28) tenían un patrón tipo esclerodermia y 1 paciente tenía un patrón de esclerodermia tardío. No encontramos asociación entre



P272 Figura. Imágenes capilaroscópicas.

las manifestaciones clínico-analíticas y los hallazgos de la capilaroscopia, en probable relación con la limitación del tamaño muestral.

Principales características de la población

Edad (años)	58 ± 13
Sexo (%)	
Varón	55,17
Mujer	44,83
Tabaco (%)	
No fumador	68,97
Exfumador	13,79
Fumador	17,24
Tiempo hasta diagnóstico (meses)	3,6 ± 11,3
Tiempo de evolución (años)	5,5 ± 7,7
Tipo MII (%)	
Síndrome antisintetasa	62,06
Síndrome de superposición	37,94
Tipo afectación (%)	
Articular	41,37
Muscular	68,97
Cutánea (manos de mecánico)	41,38
Fenómeno de Raynaud (%)	37,93
Neoplasia (%)	6,9
EPID (%)	65,51
ANA (%)	89,66
Anticuerpos (Ac) de miositis (%)	
Antisintetasa	62,07
Específicos de miositis	13,79
Asociados a miositis	20,69
Ac anti-Ro (%)	41,38
Ro 52	37,5
Ro 60	9,09
Otros ENA (%)	13,79
Ac aDNA (%)	7,41
FR (%)	11,54
Ac aCCP (%)	5,26
Glucocorticoides, actual (%)	51,72
FAME, actual (%)	
Metotrexato	17,24
Micofenolato mofetilo	17,24
Tacrolimus	6,9
Ciclosporina A	3,45
Ciclofosfamida	3,45
Rituximab	3,45
Terapia combinada	24,14
Sin tratamiento	24,14
Tratamientos previos (%)	
Glucocorticoides	96,55
Metotrexato	34,48
Rituximab	27,59
Azatioprina	17,24
Ciclosporina A	17,24
Ciclofosfamida	13,79
Micofenolato mofetilo	10,34
Hidroxicloroquina	3,45
Inmunoglobulinas intravenosas	24,14

Conclusiones: Nuestros datos muestran que las alteraciones capilaroscópicas son frecuentes en las miopatías inflamatorias, con independencia del tipo de enfermedad, las manifestaciones clínicas y del tipo de anticuerpos, siendo el patrón predominante el tipo esclerodermia, en concordancia con las escasas evidencias de la literatura. La capilaroscopia podría ser una técnica relevante para el diagnóstico de la MII, aunque se necesitan más estudios, con mayor tamaño muestral y un diseño longitudinal para establecer su utilidad para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de estos pacientes.

P273. PAPEL DE LA CAPILAROSCOPIA EN PACIENTES CON IPAF

Ana María Ruiz Bejerano, Jesús Loarce Martos, Javier Arechavala Hita, Juan Rigual Bobillo, Ana Jaureguizar Oriol y Carlos de la Puente Bujidos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Describir de forma sistemática los hallazgos en capilaroscopia de pacientes con IPAF (*Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features*).

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con diagnóstico de IPAF en seguimiento en la consulta conjunta de Reumatología-Neumología del Hospital Ramón y Cajal. El diagnóstico se realizó de acuerdo con los criterios ERS/ATS 2015, y tras consenso para descartar la presencia de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) definida. Se realizó capilaroscopia mediante capilaroscopia Optilia-CapiScope, evaluando 2^a-5^o dedo de ambas manos, usando una lente de 200x aumentos. Cada paciente fue clasificado en uno de los siguientes patrones: “normal”, “anomalías no específicas” y “patrón de esclerosis sistémica”. Se evaluaron los siguientes parámetros: densidad capilar, dimensión capilar, hemorragias y anomalías morfológicas, de acuerdo con las descripciones del grupo EULAR de capilaroscopia. Además, se recogió la presencia de capilares con forma arborescente/ramificada.

Resultados: Se incluyeron inicialmente 13 pacientes, siendo excluidos 2 de ellos al cumplir criterios de EAS definida durante el seguimiento (1 paciente con esclerosis sistémica y 1 paciente con miopatía necrotizante inmunomediada). Las características basales están incluidas en la tabla. En cuanto a los criterios de IPAF, el dominio serológico y morfológico fueron los más frecuentes (90,9% de pacientes). El 90,9% de los pacientes tuvo ANA+, y un 63,6% a título igual o superior a 1/320. En lo relativo a los anticuerpos, 7 fueron positivos para anticuerpos específicos o asociados a miositis, 2 anti-PmScl75/100, 2

anti-Ku, 2 anti-Ro52, y un paciente fue positivo para 4 anticuerpos (anti-MDA5, anti-SAE, anti-Ku y anti-SRP), todos a título débil y considerados como falsos positivos. En el dominio morfológico, 7 pacientes tuvieron un patrón radiológico de NINE o NO. Solo 3 pacientes cumplieron el dominio clínico, 2 de ellos por fenómeno de Raynaud, y uno de ellos por artritis. En cuanto al patrón de la capilaroscopia, fue clasificada como normal en 1 paciente, como alteraciones no específicas en 8 pacientes, y como patrón de esclerosis sistémica en 2 pacientes (de los cuales ninguno presentó afectación cutánea ni fenómeno de Raynaud). Un total de 6 pacientes (54,5%) presentaron capilares dilatados entre 20 y 50 μ m, mientras que 2 (18,2%) llegaron a tener megacapilares (fig.). Las hemorragias estuvieron presentes en 5 pacientes (45,5%). La densidad capilar tan solo estuvo disminuida en una de las capilaroscopias (9,1%). Las alteraciones de la morfología capilar fueron el hallazgo más frecuente (imagen 2), presente en 7 pacientes (63,6%), presentando 5 de ellos capilares ramificados o arborescentes. La desorganización del patrón capilar se encontró tan solo en 2 de los pacientes (18,2%).

Características basales

Edad (media, DE)	66,27 (14,80)
Mujer (n, %)	7 (63,6%)
Raza caucásica (n, %)	9 (81,8%)
Tabaquismo (n, %)	
No	7 (63,6%)
Exfumador	3 (28,3%)
Fumador activo	1 (9,1%)
Raynaud	2 (18,2%)
ANA positivo	10 (90,9%)
Criterios IPAF (n, %)	
Dominio clínico	3 (27,3%)
Dominio serológico	10 (90,9%)
Dominio morfológico	10 (90,9%)
Patrón TCAR (n, %)	
NIU/probable NIU	4 (36,4%)
NINE	6 (54,5%)
NO	1 (9,1%)
CVF% (media, DE)	80,90 (24,27)
DLCOHb% (media, DE)	52,53 (27,91%)

ANA = anticuerpos antinucleares, TCAR = tomografía computarizada alta resolución, NIU = neumonía intersticial usual, NINE = neumonía intersticial no específica, NO = neumonía organizada, CVF = capacidad vital forzada, DLCOHb = difusión de CO ajustado a hemoglobina.

Conclusiones: En nuestra cohorte de 11 pacientes con IPAF, 10 de ellos presentaron alteraciones en la capilaroscopia, 2 de ellos con patrón de esclerosis sistémica. Pese a la frecuencia de alteraciones en dicha prueba, solo 2 pacientes presentaron fenómeno de Raynaud. De acuerdo con nuestros resultados, la capilaroscopia parece ser una técnica complementaria útil en el estudio de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, para identificar a aquellos pacientes con una EAS subyacente o con IPAF. Esta prueba debería realizarse independientemente de la presencia de fenómeno de Raynaud.

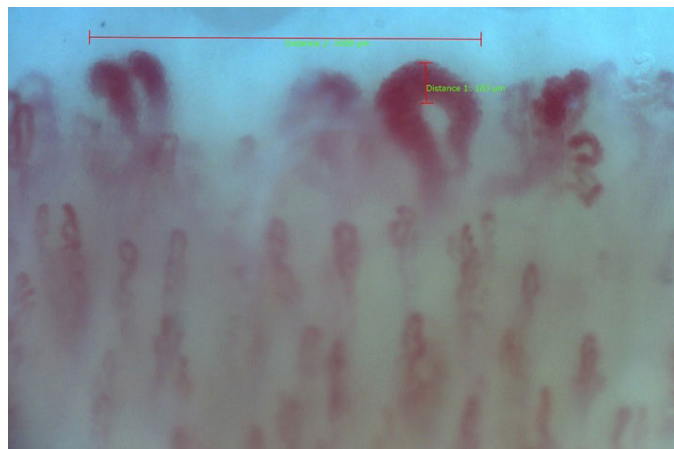


Figura 1. Megacapilares y disminución de la densidad capilar.



Figura 2. Alteraciones de la morfología capilar.

P274. RITUXIMAB IN THE TREATMENT OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE ASSOCIATED WITH THE ANTISYNTHEASE SYNDROME

Francisco Javier Narváez García¹, Elena Cañadillas², Iván Castellví³, Juan José Alegre⁴, Cristiana Sieiro Santos³, Vanesa Vicens⁵, Guadalupe Bermudo⁵, Paola Vidal Montal¹, Emma Brugarolas¹, Pol Maymó¹, Judith Palacios¹, Martí Aguilar¹, Montserrat Roig¹, María Molina Molina⁵ and Joan Miquel Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

⁵Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objectives: To assess the real-world, long-term effectiveness of rituximab (RTX) as a rescue therapy in patients with Antisynthetase syndrome (ASSD) and interstitial lung disease (ILD)

Methods: Multicentre observational retrospective longitudinal study.

Results: To date, we have treated with RTX 28 patients due to recurrent (N = 1) or ongoing progressive ASSD-ILD (N = 27) despite treatment with glucocorticoids and immunosuppressants (IS). Fifteen of these 27 patients fulfilled the criteria of progressive pulmonary fibrosis. Ongoing therapy with IS remained unchanged. Considering the entire study population, before initiation of RTX the mean decline in %pFVC and %pDLCO from the ILD diagnosis was -6.44% (95% CI: 2.45 to 10.43; p = 0.003) and -14.85% (95%CI: 10.51 to 19.19; p < 0.001), respectively. After six months of treatment, RTX was able to reverse the decline of PFTs parameters (delta: percentage change from the start of therapy): Δ %pFVC +6.29% (95%CI: -10.07 to 2.51; p = 0.002 compared to baseline) and Δ %pDLCO +6.15% (95%CI: -10.86 to -1.43; p = 0.013). At 1 year of treatment, no data was available in 4 patients: one died at 6 months due to the progression of the ILD, and three had not yet completed 12 months of treatment. In the 24 patients that completed one year of therapy, a significant improvement in %pFVC (Δ +11.63%, 95%CI: -16.91 to -6.36; p < 0.001) and %pDLCO (Δ +10.29%, 95%CI: -14.82 to -5.76; p < 0.001) was observed, as well as an increase in the distance covered in the 6MWT (Δ +87 m, 95% CI: -179.21 to -4.88; p = 0.061). In addition, the average dose of prednisone was reduced to 4.5 mg/d (Δ -14.5 mg/d; 95%CI: 7.73 to 15.62, p < 0.001), and it could be stopped in 5 (18%) patients. Considering the total sample (Table), an improvement or stabilization of the %pFVC and %pDLCO values were achieved in 92% of the cases after 1 year of treatment. Twenty-two of the 24 patients completed 2 years of treatment (two had not yet completed 24 months of treatment at the last visit), maintaining the response in pulmonary function tests: Δ %pFVC: +9.93%

Table 1. Lung function test results after rituximab therapy (a according to the definitions of the ATS)

	%pFVC			%pDLCO		
	Improvement	Stabilization	Worsening	Improvement	Stabilization	Worsening
6 months post-RTX N=28	35,7% (10)	60,7% (17)	3,6 % (1)	32,1% (9)	60,7% (17)	7,1% (2)
After 1 year of treatment N=24	50% (12)	50% (12)	0%	54,2% (13)	37,5% (9)	8,3% (2)
After 2 years of treatment N=22	54,6% (12)	40,9% (9)	1 (4,5%)	63,6% (14)	27,4% (6)	9% (2)

P274 Figure

(95%CI: -15.61 to -4.25; p = 0.002) and Δ%pDLCO: +7.66% (95%CI: -11.67 to -3.65; p <.001). In four of the 12 patients (33%) who required oxygen therapy at the start of treatment, it could be discontinued. At the end of the follow-up period, only 18 of the 28 patients (64.3%) were still undergoing treatment with RTX: one patient died at 6 months, in three cases the treatment was stopped due to adverse events (severe infusional reaction in 1 case and repeated infections in 2), in one patient treatment failed, and in five patients RTX was stopped due to marked clinical improvement. The frequency of adverse events reached 21% of cases.

Conclusions: Based on our results, RTX appears to be effective as rescue therapy in most patients with recurrent or progressive ASSD-ILD unresponsive to conventional treatment. Use of RTX was well tolerated in the majority of patients. RTX may play a therapeutic role in patients with ASSD-ILD, and further clinical investigation is warranted.

P275. HISTORIA DE PÉRDIDAS FETALES ESPONTÁNEAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: RESULTADOS DE UNA CONSULTA PREGESTACIONAL MULTIDISCIPLINAR (REUMATOLOGÍA, GINECOLOGÍA Y NEFROLOGÍA)

Hye Sang Park¹, Berta Magallares López^{1,2,3}, Cristina Sieiro Santos⁴, Helena Marco^{2,5}, Elisa Llorba^{2,6}, Montserrat Díaz^{2,5}, Verónica Coll^{2,5}, Sandra Ros¹, Patricia Moya^{1,2,3}, Jose Luis Tandaipan^{1,2,7}, Cesar Díaz-Torne^{1,2,3}, Conxita Pitarch Grau⁷, Susana P Fernández-Sánchez¹, Ana Laiz^{1,2,3}, Helena Codes¹, Ivan Castellví^{1,2,3} y Héctor Corominas^{1,2,3,7}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Unitat Funcional de Malalties Autoimmunes Sistèmiques. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁵Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona. ⁶Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

Introducción: La valoración multidisciplinar preconcepcional y estratificación de riesgo podrían mejorar los resultados del embarazo en las pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Presentamos datos de las consultas conjuntas (Consejo Gestacional en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas) de reumatología, ginecología y nefrología de nuestro centro.

Objetivos: Comparar las comorbilidades clínicas, obstétricas y resultados del embarazo en pacientes con EAS según historia de pérdidas fetales espontáneas.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron un total de 41 pacientes con EAS que atendieron a la consulta multidisciplinar "Consejo Gestacional en EAS" entre 2020-2022. Se recogieron variables relacionadas a las EAS, comorbilidades obstétricas, resultados del embarazo y del parto. Se realizó descripción de la muestra y comparación de grupos según historia de pérdidas fetales espontáneas. Se usó la prueba de Shapiro-Wilk para estudiar la distribución de las variables.

Resultados: Se resumen las características basales y la comparación de las variables en la tabla. Un total de 13 (32%) pacientes tenían historia de pérdida fetal espontánea. Se aconsejó diferir embarazo en el 38,5% de las pacientes con historia de pérdida fetal espontánea mientras que se aconsejó diferir embarazo en el 54,3% de las pacientes sin historia de pérdida fetal espontánea. Las pacientes con historia de pérdidas fetales tenían mayor titulación de anti-DNAs, anticuerpos antifosfolípidos y mayor tiempo desde el último brote de la enfermedad. No se observaron diferencias significativas para resultados adversos del embarazo, actividad de la enfermedad o tratamiento. Se destaca que la distribución de la estratificación de riesgo fue diferente en los dos grupos: se observó mayor proporción de moderado a alto riesgo en los pacientes con historia de pérdida fetal espontánea.

Variables	Con historia de pérdidas fetales (n = 13)	Sin historia de pérdidas fetales (n = 28)	Valor p
Edad a la visita, media ± DE	36,8 ± 4,61	34,4 ± 3,93	0,43
Edad al diagnóstico, media ± DE	8 ± 6,71	6,93 ± 5,5	0,58
Meses desde brote, media ± DE	47 ± 39,45	27 ± 38,59	0,05
Etnia, n (%):			
Caucásicos	11 (84,62)	20 (71,43)	0,37
Hispanicos	1 (7,69)	7 (25)	0,22
Asiáticos	1 (7,69)	1 (3,57)	0,58
Variables serológicas:			
PCR	2,63 ± 2,53	3,74 ± 4,29	0,73
VSG:	22,31 ± 26,77	18,39 ± 14,64	0,84
ANTI-DNA:	61,17 ± 52,46	42,62 ± 52,46	0,04
Anticardiolipina	9 (69,2)	5 (17,86)	0
Ro52	11 (84,62)	5 (17,86)	0
Ro60	1 (7,69)	4 (14,29)	0,5
La	11 (84,62)	4 (14,29)	0,55
Diagnósticos:			
LES	6 (46,15)	13 (46,13)	0,99
SAF	1 (7,69)	1 (3,57)	0,58
Autoinflamatorias	0 (0)	3 (10,71)	0,4
Otras	6 (46,15)	11 (39,28)	0,68
FRCV:			
HTA	0 (0)	2 (7,14)	0,32
DL	0 (0)	1 (3,57)	0,28
Trombosis	1 (7,69)	2 (7,14)	0,67
Historia de tabaquismo	5 (38,46)	2 (7,14)	
Mediana de embarazos previos:			
0	8 (61,54)	16 (57,14)	0,79
1	4 (30,77)	9 (32,14)	
2	1 (7,69)	3 (10,7)	
Tratamiento			
HCQ	3 (23,08)	5 (17,9)	0,39
FAME sintético	4 (30,77)	7 (25)	0,82
FAME biológico	2 (15,38)	9 (32,14)	
Corticoides	7 (53,85)	14 (49,9)	
Complicaciones durante el embarazo:			
Médicas	2 (15,38)	0 (0)	0,24
Obstétricas	0 (0)	3 (10,7)	
Pérdidas fetales tras valoración	1 (7,69)	0 (0)	0,436

Conclusiones: Las pacientes con historia de pérdidas fetales espontáneas presentan mayor demora hasta la visita a la consulta pregestacional, mayor titulación de anti-DNA y anticuerpos antifosfolípidos. No se observó peores resultados en el embarazo o parto.

P276. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: EXPERIENCIA MONOCÉNTRICA

Francisco Javier Nóvoa Medina¹, Beatriz Romero Díaz², Jesús María González Martín³, Doryan José García Olivas¹, Beatriz Tejera Segura¹, Jorge Marrero Brito², Sergio Machín García², Antonio Tugores³ y José Ángel Hernández-Beráin²

¹Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas. ³Unidad de Investigación. Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria. Las Palmas.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune sistémica heterogénea caracterizada por daño vascular, inflamación y fibrosis de la piel y órganos internos. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es la causa principal de muerte relacionada con la ES.

Objetivos: El objetivo del estudio es relacionar la EPID con diferentes variables relacionadas con la enfermedad, así como con la mortalidad.

Métodos: Se recogieron de manera retrospectiva características demográficas, clínicas, de imagen y de laboratorio de 116 pacientes diagnosticados de ES según los criterios de clasificación ACR/EULAR del 2013 en el servicio de reumatología del CHUIMI de Gran Canaria y que fueron atendidos de manera ambulatoria entre enero del 2019 y diciembre del 2022. Asimismo se incluyeron pacientes que no cumpliendo los criterios de clasificación presentaron una puntuación superior o igual a 7 con capilaroscopia sugestiva de esclerosis sistémica. Se definieron formas de fibrosis pulmonar progresivas siguiendo la definición de la Guía Práctica Clínica de la ATS/ERS/JRS/ALAT. Se ha utilizado el test exacto de Fisher para comprobar la asociación entre variables cualitativas. Se ha utilizado el test de la U de Mann-Whitney para comparar variables numéricas en dos cohortes.

Resultados: Se recogieron los datos de 116 pacientes diagnosticados de ES, el 92,24% eran mujeres, con una media de edad de aparición de la enfermedad a los 45,92 ± 14,09 años (media seguimiento 104,99 ± 90,26 meses). 21 pacientes (17,24%) desarrollaron una EPID (tiempo medio de seguimiento de la EPID de 76,81 ± 64,3 meses). El tiempo medio de aparición entre la ES y la EPID fue de 35,05 ± 67,17 meses. 4 pacientes (19,04%) presentaron una afectación pulmonar en el momento del diagnóstico de la enfermedad y 3 pacientes (14,28%) presentaron un retraso en el diagnóstico de la ES (9, 12 y 36 meses). El 33,33% tenía un patrón de neumonía intersticial usual (NIU) y 47,61% de neumonía intersticial no específica (NINE). Los pacientes con anti U3-RNP presentaron peor FVC al diagnóstico de la EPID con respecto a los no anti U3 RNP. No se encontraron diferencias con respecto a los valores de la DLCO. 5 pacientes (23,80%) presentaron formas no progresivas de la afectación pulmonar (media de seguimiento de 112,2 ± 86,29 meses). Los pacientes con EPID (13,6 vs. 7,4%; p = 0,398), úlceras digitales (70 vs. 30%; p = 0,035) e hipertensión pulmonar (cualquier tipo: 60 vs. 40%; p < 0,001) presentaron una mayor mortalidad. Los pacientes con telangiectasias (66,66 vs. 43,15%; p < 0,05), anti Scl70 (38,09 vs. 16,84%; p = 0,029), anti U3-RNP (23,8 vs. 13,68%; p > 0,05) y pacientes sin anticuerpos (22,7 vs. 2,1%; p = 0,003) presentaron una mayor aparición de EPID. Sin embargo, los anticentromero (4,76 vs. 61,05; p < 0,001) presentaban un papel protector frente a la aparición de EPID.

Conclusiones: En nuestra serie, la presencia de telangiectasias y de determinados anticuerpos así como la ausencia de anticuerpos, se asocian a la aparición de EPID. Los pacientes con EPID, úlceras digitales e hipertensión pulmonar presentaron una mayor mortalidad. Como limitaciones del estudio resaltar que el corto rango temporal empleado así como el carácter retrospectivo, han podido infravalorar

la mortalidad y determinadas características clínicas, analíticas y radiológicas que pudieran asociarse a la presencia de EPID y mortalidad.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y analíticas

	Muestra total (n = 116)	Ssc con EPI (n = 21)
Mujeres, n (%)	106 (91,37%)	20 (95,23%)
Edad al diagnóstico	45,92 ± 14,09 años	
Ssc limitada	77 (66,37%)	10 (47,61%)
Ssc difusa	21 (18,1%)	4 (19,04%)
Overlap	28 (24,13%)	4 (19,04%)
LES	9 (7,75%)	1 (4,76%)
Artritis reumatoide seropositiva	11 (9,48%)	3 (14,28%)
Síndrome de Sjögren	5 (4,31%)	0
Miopatía inflamatoria	4 (3,44%)	1 (4,76%)
Fenómeno de Raynaud	113 (97,41%)	20 (95,23%)
Calcinosis	15 (12,93%)	3 (14,28%)
Úlceras digitales	42 (36,21%)	8 (38,09%)
Artritis	23 (19,83%)	3 (14,28%)
Afectación muscular	3 (2,58%)	1 (4,76%)
Telangiectasias	55 (47,41%)	14 (66,66%)
AMA - M2 positivo	12 (10,34%)	0
Hipertensión pulmonar primaria	8 (6,89%)	
Derrame pericárdico	9 (7,76%)	
Neoplasia	5 (4,31%)	1 (4,76%)
Mortalidad	10 (8,54%)	3 (13,6%)
Patrón NIU		2 (66,66%)
Patrón NINE		1 (33,33%)
FVC inicial (ml)		2363 +/- 682,57
DLCOc/VA inicial (mmol/min/kPa/L)		1077 +/- 263,18
Anticuerpos		
Anticentromero	59 (50,86%)	1 (4,76%)
Anti-Scl70	24 (20,68%)	8 (38,09%)
Anti-U3-RNP	18 (15,51%)	5 (23,8%)
Anti-RNA-polimerasa III	4 (3,41%)	1 (4,76%)
Anti-PM-Scl 100	9 (7,76%)	0
Anti PM-Scl 75	3 (2,59%)	1 (4,76%)
Anti-Th/T0	1 (0,86%)	0
Anti-NOR90	1 (0,86%)	0
Antifibrilarina	1 (0,85%)	0
No anticuerpos	7 (6,03%)	5 (22,7%)
Más de un anticuerpo	11 (9,48%)	0

Tabla 2. Relación FVC inicial en anti U3-RNP con mortalidad

FVC inicial (ml)	No anti U3-RNP	Sí anti U3-RNP	p
n	16	4	0,005
Media	2.525,33	1.712,5	
Desviación típica	667,83	124,47	
Mínimo	1.740	1.590	
P25	2.095	1.627,5	
P50 - mediana	2.275	1.695	
P75	2.922,5	1.780	
Máximo	3.650	1.870	
Test de normalidad Shapiro-Wilk	0,024	0,751	

P277. MICOFENOLATO DE MOFETILO VS. RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Carlota Navarro Joven, María Alonso de Francisco, Pablo Navarro Palomo, María Machatou, Marina Pavía Pascual, Natalia de la Torre Rubio, Olga Rusinovich, Mónica Fernández Castro, Hildegarda Godoy Tundidor, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, Carmen Barbadillo Mateos, Jesús Sanz Sanz, Luis Fernando Villa Alcázar, Carlos Isasi Zaragoza, José Luis Andreu Sánchez y José Campos Esteban

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Comparar el uso de micofenolato de mofetilo (MFM) y rituximab (RTX) en práctica clínica habitual como tratamiento de la

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

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

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

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

Viernes 12 de mayo de 2023

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

Ana Sendra García¹, P. Llopis Salvia¹, M. Hermenegildo Caudevilla¹, M. Aguilar Zamora³, L. Montolio Chiva³, A.V. Orenes Vera³, I. Vázquez Gómez³, A. Martínez Ferrer³, E. Valls Pascual³, D. Ybáñez García³, V. Núñez Monje^{2,3}, I. Torner Hernández³, J.J. Alegre Sancho³ y M. Climente Martí¹

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

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

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

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

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

Evolución de la adherencia según método de medida

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

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