

TRABAJOS ACEPTADOS SOLO PARA PUBLICACIÓN

XLVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Granada, 10-13 de mayo de 2022

RC01. EFFICACY AND SHORT-TERM SECURITY OF THE ADMINISTRATION OF BOTH HIGH AND LOW MOLECULAR WEIGHT HYALURONIC ACID AND PLATELET RICH PLASMA IN KNEE OSTEOARTHRITIS. COMPARATIVE STUDY IN CLINICAL PRACTICE SETTINGS

V. Torrente Segarra¹, D. Vázquez Corbacho², E. Segarra¹, C. Galán¹, Ó. Bascañana¹ and R. Castillejo²

¹ReumaReus. Reumatología. Reus. ²DL Clinics. Reumatología. Granollers.

Objectives: To assess short-term efficacy and safety in of the use of different preparations of hyaluronic acid and platelet-rich plasma in knees affected by osteoarthritis (KOA).

Methods: We consecutively included patients aged > 18 years old, suffering KOA (Kellgren and Lawrence grades II-III) refractory to intra-articular steroid injections, who accepted treatment with single dose of low and high molecular weight hyaluronic acid (LWHA and HWHHA, respectively), and patients who accepted treatment with platelet rich plasma (PRP). PRP is obtained from a fraction of centrifugated blood previously extracted to the patient. It is introduced into the affected knee in 4 beweekly sessions. Sociodemographic data, pain assessment measures using Visual Analog Scale 0-10 cm (VAS) and Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), were recorded at baseline and 1 month after treatment.

Results: A total of 88 patients with KOA were included, 25 received treatment with LWHA, 25 received HWHHA, and 38 patients received

PRP. Sociodemographics are summarized in the table, as long as VAS and WOMAC baseline and 1-month data. No side effects associated with product administration were recorded.

Conclusions: We observed higher improvement in patients who received PRP compared to two different hyaluronic acid preparations. Despite being a non-randomized observational study design, we recommend the use of PRP in patients with very symptomatic and disabling KOA, given its high efficacy and safety. PRP treatment is shown as a rapidly effective alternative.

RC02. LIDERAZGO DE REUMATOLOGÍA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. EXPERIENCIA CANARIA

A. Naranjo Hernández¹, A.R. López Peñate² y J.J. Rodríguez Betancor²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ²Servicio de Admisión Documentación Clínica. Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) forman parte del programa formativo y de la actividad asistencial del reumatólogo. No obstante, en algunos centros la Reumatología no es líder en EAS por diferentes razones. En la última década se han potenciado dichas enfermedades en las actividades de la SER (investigación, cursos y congresos).

Objetivos: 1) Analizar la atención a las EAS por Reumatología en un hospital de la comunidad Canaria, y 2) Indagar la opinión de los reu-

Table RC01

Baseline and end-of-followup (1m) assessments

Treatment/Variables	LWHA (n = 25)	HWHHA (n = 25)	PRP (n = 38)
Age (years)	76.4 (± 7.2)	78.6 years (± 11.9)	70.8 years (± 10.9)
Women	75%	68%	84%
Synovial Hypertrophy Grade 1, 2 or 3 in Ultrasound	84%	80%	95%
Baseline Pain VAS	7.8 (± 2.1)	8.4 (± 1.3)	7.95 (± 1.56)
1m Pain VAS	5.9 (± 2.8)	6.5 (± 2.6)	2.6 (± 2.04)
P value	NS	NS	< 0.05
Baseline WOMAC Pain	10.8 (± 3.6)	11.7 (± 3.4)	11.02 (± 4.26)
1m WOMAC Pain	8.7 (± 4.1)	10.4 (± 3.9)	4.8 (± 3.5)
P value	NS	NS	< 0.05
Baseline WOMAC Stiffness	4.3 (± 2.3)	4.5 (± 1.3)	4.04 (± 2.21)
1m WOMAC Stiffness	3.9 (± 2.1)	4.1 (± 2.2)	2.06 (± 1.72)
P value	NS	NS	< 0.05
Baseline WOMAC Functionality	38.4 (± 14.8)	44.5 (± 12.6)	32.9 (± 14.07)
1m WOMAC Functionality	35.1 (± 14.4)	40.5 (± 15.5)	15.19 (± 11.5)
P value	NS	NS	< 0.05

VAS: visual analogue scale (cm); WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index; LWHA: low-weight hyaluronic acid; HWHHA: high-weight hyaluronic acid; PRP: platelet rich plasma. All values are shown as Mean: Standard deviation (±) and percentages (%).

matólogos sobre las mejores estrategias para liderar las EAS en un servicio de Reumatología.

Métodos: Para el objetivo 1 se analizaron los registros de historia electrónica en los últimos 6 años en el hospital Dr. Negrín con el diagnóstico principal o secundario de lupus (búsqueda mediante: LUPUS ERITEMA* OR LUPUS SIST* OR LUPUS DISEMI* OR LES), esclerodermia (ESCLEROD* OR ESCLE* SIST* OR SIND* CREST*) y vasculitis (VASCULITIS OR ARTERITIS OR POLIANGE* OR POLIARTE* OR WEGENER OR CHONLEIN OR CHURG). También se analizó artritis reumatoide como referencia. Para el objetivo 2 se realizó una encuesta online a los miembros de la Sociedad Canaria de Reumatología con diferentes cuestiones sobre los factores que pueden favorecer el liderazgo de la Reumatología en EAS.

Resultados: En los registros electrónicos se encontraron 529 pacientes con LES, 291 con esclerodermia, 692 con vasculitis y 1,634 con artritis reumatoide. Reumatología atiende el 70% de LES, el 63% de esclerodermias, el 49% de vasculitis y el 90% de artritis reumatoide (fig.). Debe tenerse en cuenta al interpretar estos datos que la suma 100% no es real, dado que algunos pacientes son atendidos por varios servicios a la vez por motivos varios. Igualmente tener en cuenta el posible sesgo por error de codificación de las formas exclusivamente cutáneas de LES y esclerodermia. En particular, reumatología atiende en relación a Medicina Interna ×9 de LES, ×8 de esclerodermias y ×2 de vasculitis. La encuesta fue cumplimentada por 20 reumatólogos de 5 hospitales (10 con > 10 años de ejercicio y 7 con < 5 años de ejercicio). 8/20 opina que en su centro > 70% de las EAS son atendidas por reumatología y 11/20 opina que entre 50 y 70%. La gestión de EAS en los servicios se muestra en la tabla 1. La valoración de las medidas que podrían favorecer el liderazgo en EAS se expone en la tabla 2.

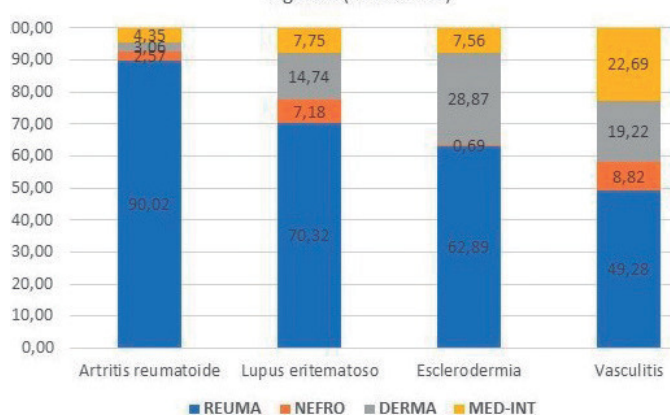
Tabla 1. Encuesta a reumatólogos. Disponibilidad de las siguientes opciones en tu servicio

	Respuesta afirmativa (%)
Los ingresos hospitalarios por EAS suponen un porcentaje sustancial de todos los ingresados	75
Disponemos de criterios de derivación de EAS desde Atención Primaria	60
Existe una vía preferencial de pacientes con sospecha de EAS derivados de Atención Primaria o urgencias	80
Existe una vía preferencial para pacientes remitidos desde Nefrología, Hematología, Neumología, Neurología, Dermatología	80
Disponemos de consulta monográfica de EAS	70
Disponemos de consultas compartidas con otros servicios sobre EAS	40
Disponemos de Médico destacado/conocido en EAS	65

Tabla 2. Encuesta a reumatólogos; Valoración sobre la efectividad de las siguientes medidas desde las sociedades de reumatología para liderazgo de REU en EAS (siendo 1 medida muy efectiva y 5 nada efectiva)

	Mediana	RIQ	Media
Aplicación para móviles derivación desde AP	2	2-3	2,45
Impulsar EAS en redes sociales	2	1,25-3	2,15
Impulsar EAS en medios de comunicación	2	1-2	1,89
Manual para médicos de At. primaria	1,5	1-2	1,6
Charlas formativas en AP referente a EAS	2	1-2	1,55
Vía preferencial de pacientes con sospecha de EAS vistos en Atención Primaria o en urgencias	1	1-2	1,37
Criterios de derivación desde Atención Primaria	1	1-2	1,47
Vía preferencial para pacientes remitidos desde Nefrología, Hematología, Neumología, Neurología, Dermatología	2	1-2	1,58
Consulta monográfica de EAS	1	1-2	1,42
Consultas compartidas con otros servicios sobre EAS	1	1-2	1,53
Impulsar la investigación y publicaciones en EAS	2	1-2	1,7
Crear una escuela formativa en EAS desde la SER	2	1-2	1,85
Alcanzar formación de excelencia de los MIR-REU en EAS	1,5	1-2	1,65
Colaboración con asociaciones de pacientes	2	1-2	2

Figura 1 (datos en %)



Porcentaje de pacientes atendidos por cada especialidad.

Conclusiones: Se constata el liderazgo de la Reumatología en EAS es en el hospital analizado. La encuesta a reumatólogos indica que las medidas para potenciar el liderazgo en EAS son todas adecuadas, especialmente la vía preferencial para atender estos pacientes, la consulta monográfica y la existencia de unos criterios de derivación desde atención primaria.

RC03. USO DE TOFACITINIB Y BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: PERSISTENCIA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA

H. Codes-Méndez¹, C. Martínez-Molina², A. Riera², M. Masip², P. Riera², N. Pagès Puigdemont², D. Lobo-Prat¹, L. Sainz¹, H. Corominas¹ y C. Díaz-Torné¹

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

Introducción: El uso de fármacos inhibidores de Janus kinasa (JAKi) está aprobado para adultos con artritis reumatoide (AR) de actividad moderada a severa. Cada vez existen más datos tanto de tofacitinib como de baricitinib en práctica clínica habitual. Pero, a pesar de ello, los datos en vida real de persistencia y adherencia terapéutica son escasos.

Objetivos: (i) Evaluar la persistencia y adherencia terapéutica de tofacitinib y baricitinib en pacientes adultos con artritis reumatoide en la práctica clínica habitual. (ii) Determinar la influencia de la adherencia terapéutica sobre la persistencia de tratamiento.

Métodos: Se trata de un estudio observacional longitudinal retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con AR tratados con tofacitinib y/o baricitinib entre 10/2017 y 05/2021 en un hospital terciario. Los datos demográficos, clínicos y farmacológicos fueron recogidos mediante el uso de registros electrónicos médicos y de la farmacia hospitalaria. Para calcular y comparar la persistencia del tratamiento se utilizaron el análisis de curva de supervivencia de Kaplan-Meier y el test de log-rank, respectivamente. La adherencia terapéutica se evaluó mediante el cálculo del índice de posesión de medicación (*Medication Possession Ratio*, MPR). El efecto de la adherencia terapéutica sobre la persistencia del tratamiento se estimó mediante un modelo de regresión lineal. El análisis estadístico se realizó mediante el uso del software Stata 15®.

Resultados: Incluimos a 136 casos (30 tratados con tofacitinib [28,6%], 44 con baricitinib [41,9%] y 31 con ambos [29,5%]) correspondientes a 105 pacientes con AR. El 86,7% fueron mujeres con una edad media de 63 (± 13) años. Al inicio del tratamiento, los pacientes presentaban una media de actividad DAS28-VSG de 5,1 (± 1,2). Los

pacientes del estudio habían recibido previamente una media (rango) de 3 (0-8) agentes biológicos como tratamiento de la AR. Durante el período de estudio, 40 (29,4%) y 38 (27,9%) de los pacientes tratados con tofacitinib y baricitinib, respectivamente, abandonaron el tratamiento. La media de persistencia terapéutica fue de 363 días (IC95% = 2-1,282) en el grupo de tofacitinib y de 406 días (IC95% = 8-1,300) en el grupo de baricitinib. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia al tratamiento (HR = 1,01 [IC95% = 0,59-1,71]; p = 0,97). La media del MPR fue del 91,0% en ambos grupos. No se observó correlación estadísticamente significativa entre la adherencia y persistencia terapéuticas (p = 0,21).

Conclusiones: Nuestros resultados no observaron diferencias significativas entre la persistencia y adherencia terapéutica de tofacitinib y baricitinib en pacientes con artritis reumatoide. En nuestra cohorte, la adherencia al tratamiento fue elevada y no tuvo repercusión sobre la persistencia terapéutica.

RC04. EXPERIENCIA CON FÁRMACOS BIOSIMILARES EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

V. Salas Manzanedo¹, D. Castro Corredor¹, L.Á. Calvo Pascual², M. González Peñas¹, J. Seoane Romero¹, L. Martín de la Sierra López¹, L.M. Jiménez Rodríguez¹ y M. Paulino Huertas¹

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

Introducción: Los biosimilares (BS) son fármacos biológicos que contienen una versión de la sustancia activa de un agente biológico original ya aprobado. Para esto, deben demostrar que su perfil de eficacia y seguridad respecto a su comparador. Su importancia radica en la ayuda a la sostenibilidad del sistema sanitario y el acceso a mayor número de pacientes a estos fármacos.

Objetivos: Determinar la efectividad y seguridad del uso de fármacos biosimilares en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias.

Métodos: Estudio observacional, de cohortes de tipo retrospectivo. Se analizaron a los pacientes con enfermedades inflamatorias reumáticas en tratamiento con biosimilares atendidos en las consultas externas del Servicio de Reumatología de un Hospital General Universitario entre enero 2016-enero 2021 y bajo la aprobación del CEICm de este centro. Se describieron las variables evaluadas usando medidas de frecuencia y medidas de tendencia central/dispersión, según correspondiera. Se realizaron para el contraste de hipótesis las pruebas t de Wilcoxon y Kruskal Wallis (para variables no paramétricas) y el chi-cuadrado (para variables categóricas). Además, se ha obtenido un modelo *machine learning* que mejor se ajusta para nuestros datos, un modelo de clasificación para la suspensión de biosimilar.

Resultados: Se analizaron 148 pacientes con AR, EspA y APs en tratamiento con biosimilar (edad media de 51,31 años ± 11,43), de los cuales 77 fueron mujeres y 71 hombres. Se incluyeron 112 pacientes con etanercept biosimilar (ETN-BS), 35 con adalimumab biosimilar (ADA-BS) y 1 con infliximab biosimilar (INF-BS). El 60,14% estaba en monoterapia. La supervivencia del BS fue de 449,28 (± 712,84) días. La tasa de retención fue del 67%. Existe asociación entre la diferencia de VSG y PCR y el mantenimiento del biosimilar y entre la diferencia de PCR y retirada del biosimilar (p = 0,01). En 16 pacientes se realizó pauta de optimización sin pérdida de efectividad. Solo en 50 pacientes (33,78%) se suspendió el fármaco, y los motivos de retirada fueron ineficacia en 29 pacientes, de los cuales 16 presentaron fallo primario y 13 pacientes fallo secundario, efectos adversos en

18 pacientes, 2 por deseo gestacional y 1 por petición expresa del paciente. De los pacientes con efectos adversos, solo 2 fueron graves, pero no causaron mortalidad. La comorbilidad más frecuentemente asociada a los pacientes con efectos adversos fue hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y obesidad. Se realizó *switching* en 6 pacientes sin presentar pérdida de eficacia, efectos adversos ni efecto nocebo.

Conclusiones: Nuestros datos en vida real sugieren que los fármacos biosimilares pueden considerarse efectivos en enfermedades inflamatorias reumáticas, medido mediante índices de actividad y parámetros serológicos de inflamación, como la PCR. Además, pueden considerarse seguros, ya que se ha observado una baja frecuencia y gravedad de efectos adversos.

RC05. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN LAS UVEÍTIS NO INFECCIOSAS

Marina Salido Olivares¹, Estíbaliz Loza Santamaría²

¹Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid. ²Instituto de Salud Musculoesquelética (inMusc). Madrid.

Objetivos: Revisar de forma sistemática y crítica la literatura disponible sobre seguridad y eficacia de la optimización de la terapia biológica (TB) en la uveítis no infecciosa (UNI).

Métodos: Se realizó una estrategia de búsqueda (*Pubmed*, *Embase* y *Cochrane*), sobre UNI hasta enero-22 con vocabulario *Mesh* y texto libre (seres humanos, inglés o español). Revisión últimos 2 años de congresos Internacionales Reuma/Oft. Se incluyeron metanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios observacionales (EO) longitudinales prospectivos y retrospectivos. Búsqueda manual secundaria y evaluación de calidad con la escala de Oxford por 2 investigadores independientes. La población incluida fueron UNI en remisión oftalmológica tras uso de TB. Se examinan artículos con estrategias de optimización de la TB y si existe comparativa con los que mantienen la dosis de ficha técnica. Las principales medidas que se evalúan son la eficacia y la seguridad. Se recogen datos sobre actividad ocular, número de brotes, dosis GC (glucocorticoides) y efectos adversos.

Resultados: 11 artículos de calidad baja o moderada. En su mayoría eran EO retrospectivos (n = 7), y en menor medida prospectivos (n = 4), y que incluían a 513 pacientes. Con un seguimiento variable desde un mínimo de 12 meses, hasta 17 años de evolución. Existía un predominio de varones, de edad media de 36 años, la enfermedad más representada era enfermedad de Behçet. No existía un criterio homogéneo a la hora de intentar optimizar, puesto que el tiempo mínimo requerido de remisión mantenida con TB, variaba desde 3 a 12 meses. Se permitía el uso de FAME y GC. La intervención se describe en 7 artículos con infliximab, 2 con adalimumab y 2 con etanercept. Otras TB diferentes a los anti-TNF, no han realizado optimización por lo que no se incluyen en esta revisión sistemática. Incluían pacientes tratados con FAME e incluso con anti-TNF previo. Muchos artículos no tenían un grupo comparador. Los estudios sugieren que tras 3-6 meses en remisión, podría ser un momento para valorar la optimización. La remisión mantenida tras suspensión del fármaco, se mantiene desde 7,5 meses, hasta 2 años. Se describe reducción de GC y suspensión hasta del 74% e incluso un 40% de FAME. Pero también existen recaídas en 25-50%, pero que se controlan en general con la subida de dosis y en algunos casos con cambio de TB. No hubo problemas relevantes de seguridad.

Conclusiones: 1. Calidad de la evidencia baja. 2. Gran variabilidad en pacientes, patologías, definiciones o variables de resultado. 3. No hay consenso en el momento de iniciar la optimización, los datos

sugieren que tras 3-6 meses en remisión se podría valorar. 4. Se incluyen artículos con un número limitado de casos (algunos sin grupo control) o retrospectivos. Existe gran heterogeneidad en la optimización y los protocolos utilizados. Pero a pesar de todo ello, estos resultados sugieren que se puede realizar una optimización y/o suspensión (en casos seleccionados) de forma segura y planificada de las TB anti-TNF, con baja probabilidad de recidivas a corto plazo. 5. En caso de reactivación de la uveítis, parece que suele controlarse en la mayoría de los casos, utilizando de nuevo a las dosis estándar. 6. No hubo problemas relevantes de seguridad. 7. Se precisan realizar más estudios con criterios homogéneos y protocolos establecidos, para determinar la duración del tratamiento ideal y ver si hay diferencias en cuanto a la etiología de la uveítis o la TB utilizada.

RC06. FACTORS ASSOCIATED WITH ADVERSE OUTCOMES IN UVEITIS RELATED TO SPONDYLARTHROSIS (SPA-U)- DEVELOPMENT OF A PROGNOSTIC OUTCOME SCORE IN PATIENTS WITH SPA-U

C.I. Sieiro Santos, C. Álvarez Castro¹, I. Sendino Tenorio², M. Cordero Coma², C. Moriano Morales¹, I. González Fernández¹ y E. Díez Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Servicio de Oftalmología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Uveitis is the most frequent extra-articular manifestation of spondylarthritis (SpA), characterized by a sudden onset, often unilateral, anterior and recurrent and may be the first clinical manifestation of the disease. The lack of standardized and validated outcome measures in uveitis makes it difficult to evaluate the efficacy and refractoriness to treatment and determine factors associated with adverse outcomes.

Objectives: To develop a prognostic outcome score for patients with uveitis associated with spondylarthritis (SpA-U) and determine factors associated with adverse outcomes in uveitis associated to SpA-U in patients under systemic treatment.

Methods: Clinical records of patients with SpA-U from 1990 to 2020 were retrospectively reviewed, including sociodemographic features, factors related to articular involvement, therapeutic choices and data related to uveitis outbreaks. The prognostic outcome score was defined by visual acuity, inflammation in anterior chamber (anterior chamber cells, hypopyon, presence of fibrin, active posterior keratic precipitates), presence of synechia, pupilar membrane, epiretinal membrane or any complications (macular oedema, vitritis, panuveitis, peripheral ulcerative keratitis), and refractoriness to 2 or more d/csDMARDs (conventional synthetical disease-modifying anti-rheumatic drug) or 1 or more bDMARD (biological disease-modifying anti-rheumatic drug) treatment. The prognostic outcome score ranked from 0 (good) to 5 (bad). Factors associated with adverse outcomes in uveitis were studied using linear regression. For categorical factors, marginal averages and their standard errors are displayed together with linear regression coefficients with 95% confidence intervals (CI). For continuous factors, averages and standard deviations are reported in addition to linear regression coefficients with IC95%. For each variable, two regression coefficients are reported: unadjusted and adjusted for age at diagnosis and sex.

Results: 42 patients were included, 59.5% were male, with a mean age at diagnosis of 36.6 ± 11.9 years and with a total of 190 uveitis outbreaks. Time since diagnosis was 12.5 ± 7.9 years. 64.4% of patients had uveitis as disease onset. 52.4% were overweight (BMI ≥ 30 kg/m²), 16.7% were former/active smokers. 28.6% of patients had a family history of SpA. 14.3% had 1-2 uveitis outbreaks, 47.6% had 3-5 uveitis outbreaks and 38.1% had 6-11 uveitis outbreaks.

102 (53.7%) uveitis outbreaks fulfilled 1 criterion, 38 (20%) uveitis outbreaks fulfilled 2 criteria, 19 (10%) uveitis outbreaks fulfilled 3 criteria and 5 (2.6%) uveitis outbreaks fulfilled 4 or more. The results of the linear regression model revealed that the uveitis was more severe in patients with smoking history ($\beta = 0.34$), axial and peripheral involvement ($\beta = 0.43$), a BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) > 4 ($\beta = 0.32$), positive HLA-B27 ($\beta = 0.29$), female sex ($\beta = 0.19$), patients with CRP (C-reactive protein) elevation ($\beta = 0.002$) and a history of bilateral ocular involvement ($\beta = 0.32$) while shorter disease evolution ($\beta = -0.02$) and normal vitamin D levels ($\beta = -0.03$) were associated with a better outcome.

Conclusions: We identified factors associated with adverse outcomes in SpA-U by developing a prognostic outcome score that integrates ocular inflammatory activity, ocular complications and refractoriness to treatment.

RC07. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R.J. Gil Velez, L. Méndez Díaz y I.M. Madronal García

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta al 0,1% de la población mundial; sus expresiones neuropsiquiátricas incluyen, desde la cefalea vascular, alteraciones de ánimo hasta trastornos cognitivos y otros graves como la mielitis transversa. Representa un reto diagnóstico, ya que ninguno de los síndromes es exclusivo de LES y hasta en el 40% se atribuye a otras causas; específicamente es necesario descartar infección del sistema nervioso central, uremia, púrpura trombocitopénica trombótica, encefalopatía posterior reversible, psicosis esteroidea e hipertensión.

Objetivos: Describir las manifestaciones neurológicas/neuropsiquiátricas en paciente con lupus eritematoso sistémico, pruebas diagnósticas utilizadas y posibilidad terapéuticas en una cohorte de pacientes de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de paciente con manifestaciones neuropsiquiátricas en el contexto del LES en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío Sevilla (2017-2021). Los datos se han obtenidos de registros de historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron en nuestro estudio a 12 pacientes con manifestaciones neuropsiquiátricas, 8 (66,6%) mujeres, 4 (33,4%) hombres, con una edad media de 30 ± 12 años y tiempo medio de diagnóstica de lupus eritematoso sistémico de 3,5 años. El 9(75%) LES con afectación articular/cutáneo y el 3(25%) LES con afectación renal (glomerulonefritis proliferativa focal y segmentarias). En el 9 (75%) de los casos los estudios de imagen tanto RMN craneal como PET mostraron lesiones no concluyentes y en cuanto a anticuerpos específicos: 4 (33,3%) anti-NMDAR, 3 (25%) antirribosomas P. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes 6 (50%) presentaron cefalea persistente, 3 (25%) psicosis, 3 (25%) alteraciones de memoria y del estado de ánimo. El 9 (75%) de los casos respondieron a anti-CD20 (rituximab) y 3 (25%) a infusión de inmunoglobulinas intravenosas.

Conclusiones: Los datos obtenidos a partir de las historias clínicas fueron concluyentes con las publicaciones científicas actuales. Se trata de una entidad cuyo diagnóstico en un reto para el clínico, y tanto las pruebas analíticas como los estudios de imagen suelen ser inespecíficas. Las manifestaciones más frecuentes son la cefalea, manifestaciones cognitivas y alteraciones del estado de ánimo (crisis de ansiedad, pánico, euforia). Se necesitan más estudios para clasificar el riesgo de padecer esta entidad y la relación con autoanticuerpos neuronales específicos.

RC08. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ACTIVIDAD ARTICULAR EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

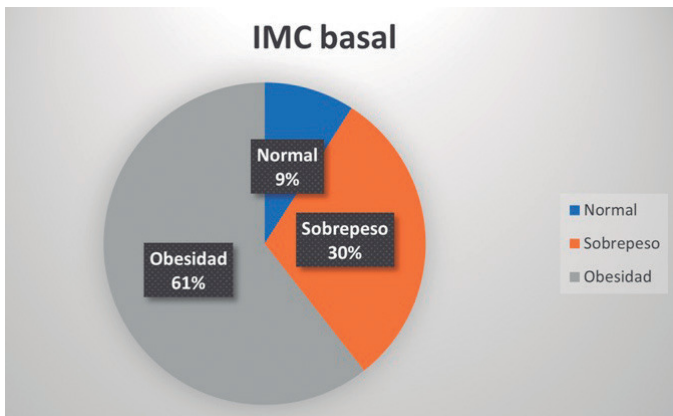
J. Moreno Morales, G. Albaladejo Paredes y A. Pérez González

Complejo Hospitalario de Cartagena.

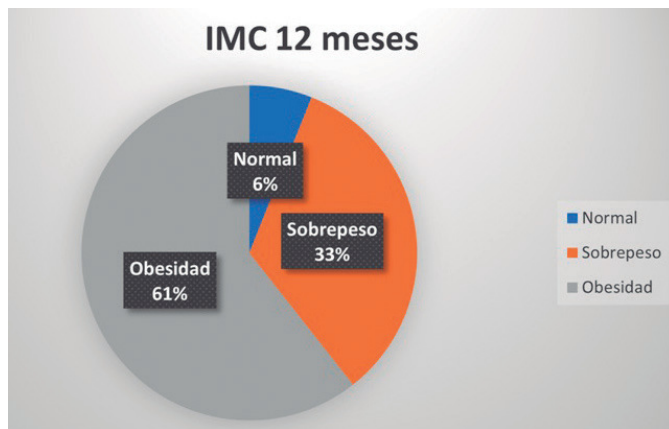
Introducción: La prevalencia de la obesidad en la población de los países occidentales es alta. Si diferenciamos, según escala de la OMS, se estima la obesidad en torno al 21% de la población adulta general y el sobrepeso en torno al 39%. En determinadas patologías, como el caso de la psoriasis y la artropatía psoriásica esta prevalencia resulta aún mayor que en la población general, estimándose en algunos casos la obesidad en el 41% y el sobrepeso en el 43% de los pacientes con artropatía psoriásica.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de la obesidad, así como su relación con la actividad inflamatoria articular en pacientes con artritis psoriásica que inician tratamiento con fármacos biológicos o FARMESd (fármacos modificadores de enfermedad sintéticos dirigidos). Valorar respuesta a tratamiento no farmacológico (consejos dietéticos encaminados a conseguir pérdida ponderal).

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo sobre una base de datos de pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica que inician tratamiento con fármacos biológicos o FARMESd según práctica clínica habitual. Se determina grado de actividad articular de la enfermedad, así como el peso de los pacientes basal, a los 6 y a los 12 meses.



Índice de masa corporal basal.



Índice de masa corporal 12 meses.

Resultados: Al inicio del tratamiento, el 91% de los pacientes estaban en un peso por encima de la normalidad (61% obesidad). A los 6 y 12 meses, ese porcentaje se mantuvo estable. A los 12 meses, el 58% de los pacientes alcanzó o mantuvo una remisión o baja actividad de la enfermedad. El coeficiente de correlación fue para IMC y DAPSA 12 meses Tau_b de Kendall 0,224 (p valor 0,069); y Pearson 12 meses 0,306 (p valor 0,083), siendo significativa Tau_b de Kendall 0,348 (p valor 0,039) para mujeres a los 12 meses.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes la obesidad/sobrepeso es más elevada en comparación con población general y contras series de pacientes afectos de artritis psoriásica. No se halló correlación lineal, y baja asociación no lineal entre DAPSA e IMC. Las medidas de tratamiento no farmacológico no obtuvieron resultado en la reducción de peso.

RC09. FACETAS NO FÍSICAS DE ENFERMEDAD EN LAS ESPONDILOARTRITIS: UN ANÁLISIS BASADO EN EL ÍNDICE DE SALUD ASAS SOBRE EL MANEJO DEL ESTRÉS Y LA FRUSTRACIÓN ENTRE ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL

S. Burger, M. Pino Martínez, S. Alonso Castro, E. Pardo Campo, I. Braña Abascal, F. Aguado Sabela, F. Jirout, I. Zapico, M. Alperi-López y R. Queiró Silva

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: La salud psicosocial puede estar alterada en pacientes con espondiloartritis axial (EsPax) y artritis psoriásica

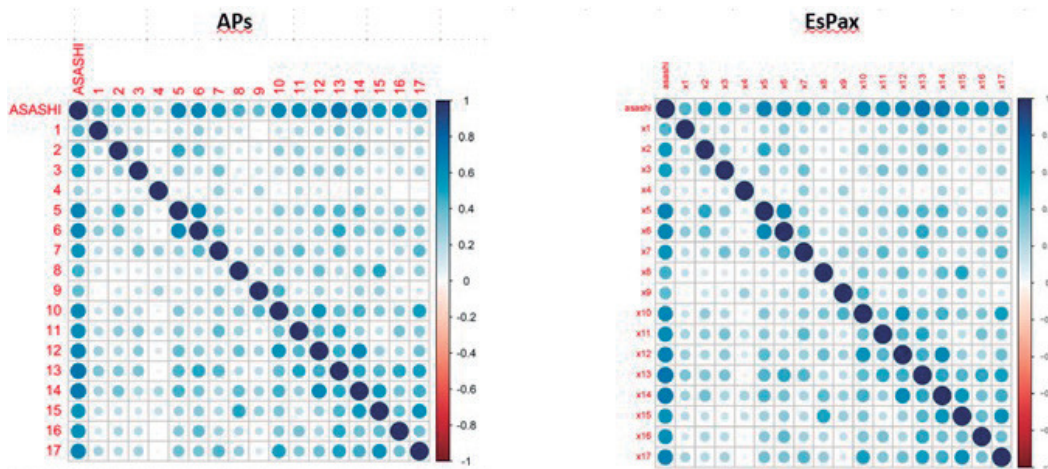


Fig 1. Matriz de correlaciones entre los ítems del ASAS HI en APs y EsPax. Los colores más oscuros representan una mejor correlación.

(APs), pero a menudo no se aborda en la práctica clínica. Nuestro objetivo es analizar algunos aspectos de este componente de la salud utilizando el índice de salud de la sociedad internacional para la valoración de las espondiloartritis (ASAS HI en inglés) en ambos fenotipos de enfermedad.

Métodos: Se incluyeron 201 pacientes consecutivos (111 con EsPax y 90 con APs). Se analizó la prevalencia, y los factores relacionados con la enfermedad, de dos ítems del ASAS HI referidos al manejo del estrés [#11 (“Me cuesta concentrarme”)/#17 (“No puedo superar mis dificultades”)], y uno referido a las funciones emocionales [#13 (“A menudo me siento frustrado”)].

Resultados: Treinta y cuatro de 90 pacientes con APs (37,8%) y 37 de 111 (33,3%) con EsPax respondieron afirmativamente a al menos uno de los ítems relacionados con el estrés. Los pacientes con EsPax (OR 0,48, $p = 0,04$) y aquellos con enfermedad grave (OR 6,6, $p < 0,001$) se asociaron de forma independiente con respuestas positivas a al menos uno de estos ítems. Treinta y uno de los 90 pacientes con APs (34,4%) y 44 de 111 (39,6%) con EsPax reportaron sentimientos de frustración. Tomando ambas poblaciones en conjunto, solo la gravedad de la enfermedad (OR 6,6, $p < 0,001$) se asoció de forma independiente con una respuesta positiva al ítem #13. Los ítems psicosociales se correlacionaron mejor entre sí, y con la puntuación total del ASAS HI, en la APs en comparación con la EsPax (fig.).

Conclusiones: La salud psicosocial se ve frecuentemente alterada en las espondiloartritis. Tanto la actividad como la gravedad de la enfermedad influyen sobre este aspecto de la salud. Sin embargo, los factores psicosociales parecen tener un mayor impacto sobre la calidad de vida en APs que en EsPax.

RC10. USO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICOS Y TERAPIAS SINTÉTICAS EN PACIENTES QUE DEBUTAN DESPUÉS DE LOS 65 AÑOS CON ARTROPATÍA INFLAMATORIA CRÓNICA

P.V. Estrada Alarcón, D. Roig Vilaseca, V. Navarro, D. Cerdà, S. Heredia, O. Camacho, S. García Díaz y D. Reina

Hospital Moisès Broggi-CSI. Sant Joan Despí.

Introducción: Las artropatías inflamatorias autoinmunes crónicas afectan a 0,5-1% de la población. La mayor incidencia de la artritis reumatoide (AR) es entre los 30-50 años, pero aproximadamente un 20-30% de los pacientes se diagnostican después de los 60 años. En el caso de la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA), que suelen debutar antes de los 40 años, también encontramos casos excepcionales que se diagnostican después de los 65 años. Puesto que los pacientes que debutan en franjas de mayor edad suelen excluirse de los ensayos clínicos de fármacos biológicos y terapias sintéticas, por una serie de comorbilidades y potenciales interacciones medicamentosas, es importante poder tener datos sobre este grupo de pacientes en práctica clínica diaria. Presentamos nuestra experiencia del uso de tratamientos biológicos y terapias sintéticas en pacientes con diagnóstico posterior a los 65 años.

Métodos: Revisión descriptiva de pacientes que reciben terapias biológicas (bFAME) y/o terapias sintéticas dirigidas (iJAK) con diagnóstico de AR, APs y EA, se incluyeron solo aquellos que fueron diagnosticados con más de 65 años y reciben tratamiento bFAME o iJAK. El análisis estadístico se hizo con Excel v.16.54, las variables cuantitativas continuas se analizaron como medias y su desviación estándar, y medianas y su rango por la variabilidad de las semanas de tratamiento recibidas.

Resultados: De los 523 pacientes con tratamiento bFAME o iJAK en nuestro centro, 34 (6,5%) se diagnosticaron después de los 65 años (AR 10,6%, APs 1,90% y EA 2%). 74% eran mujeres. Los diagnósticos fueron AR, 85,3% ($n = 29$), APs 5,9% ($n = 2$) y EA 8,8% ($n = 3$). Edad al diagnóstico: $72 \pm 5,53$ años, edad al inicio del bFAME o iJAK $74,08 \pm 6,64$ años. El número de tratamientos recibidos fue de 59 con una

mediana de 122 semanas (rango 25,7- 264,6), aTNF (adalimumab, certolizumab, etanercept, infliximab, golimumab): 27 (45,8%), no aTNF (abatacept, tocilizumab, rituximab, secukinumab, ustekinumab): 31 (52,5%), iJAK: 1 (1,7%). Número de pacientes que han recibido > 1 bFAME: 18 (52,94%) y pacientes que han recibido > 2 bFAME 4 (11,76%). El 50% de los pacientes mantienen el primer biológico indicado. El 45,8% de los tratamientos han sido cambiados: ineficacia primaria 5 (23,8%), ineficacia secundaria 8 (38,1%), efectos secundarios 3 (14,3%), otros 5 (23,8%). No hubo diferencia significativa en los motivos de cambio entre los antiTNF y no antiTNF. Los pacientes con AR, han recibido tratamientos no antiTNF en un 54% con una mediana de 129,4 semanas (69,4-199,7) y antiTNF, con mediana de 125 semanas (25,7-264,9). Tras fracaso terapéutico, la tendencia ha sido a *switching* (cambio de diana terapéutica) 77,8% vs. *cycling* (cambio de un antiTNF a otro).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, más de la mitad han recibido más de un biológico. Los motivos de cambio terapéutico primeramente son por ineficacia (primaria o secundaria). No existe tendencia al uso de iJAK en esta población. La mayoría padecían de AR, con predominio de tratamiento no-antiTNF y tras fracaso terapéutico, la estrategia ha sido el cambio de diana.

Bibliografía

1. Busquets N, Carmona L, Surís X. Revisión sistemática: eficacia y seguridad del tratamiento anti-TNF en pacientes ancianos. *Rheumatol Clin.* 2011;7(2):104-12.

RC11. TRANSLATION AND CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE CORS INTO SPANISH

D. Benavent¹, A. Jochems², D. Pascual-Salcedo², G. Jochems³, Ch. Plasencia¹, S. Ramiro^{4,5}, W. van Lankveld⁶, A. Balsa¹ and V. Navarro-Compán¹

¹Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Department of Rheumatology. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Immuno-Rheumatology Group. Madrid. ³Promega Biotech Ibérica. Madrid. ⁴Leiden University Medical Center. Department of Rheumatology. Leiden. Netherlands. ⁵Zuyderland Medical Center. Department of Rheumatology. Heerlen. Netherlands. ⁶HAN University of Applied Sciences. Institute of Paramedic Studies. Nijmegen. Netherlands.

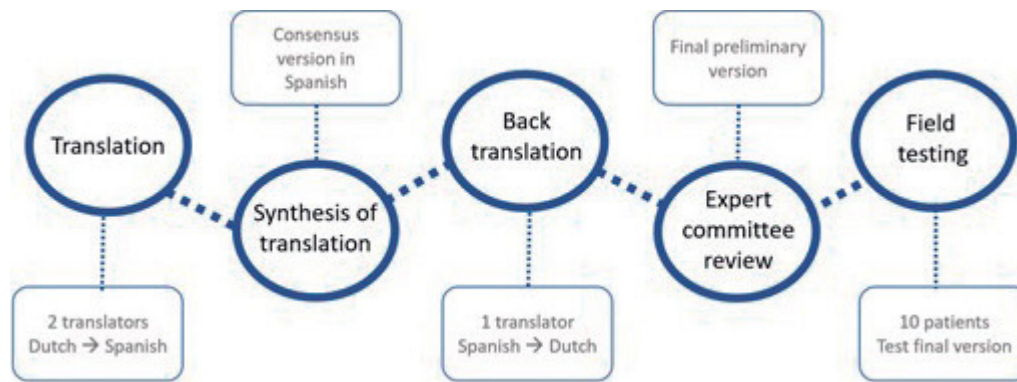
Introduction: Rheumatic diseases substantially affect the lives of patients, with complex associations between disease severity and self-perceived health status. In this regard, the Coping with Rheumatic Stressors (CORS) questionnaire was developed to measure how patients with rheumatoid arthritis cope with stressors such as pain or dependence. There is no validated instrument to measure coping in axial spondyloarthritis (axSpA) and therefore the adaptation of the CORS would be of great value.

Objectives: To cross-culturally adapt the CORS into Spanish and to test the conceptual equivalence of the translated version in patients with axSpA.

Methods: A translation of the CORS into Spanish was performed, followed by a back-translation into Dutch, following forward-backward procedure as described by Beaton¹ (Fig.). Two bi-lingual translators (native speakers for Spanish), one of them informed of the content of the questionnaire and the other not informed, produced independent forward translations of the item content, response options, and instructions of the CORS into Spanish. Both versions were harmonized in a consensual version. Another translator (native speaker for Dutch), not informed of the concepts used in the questionnaire, back translated the synthesized version into Dutch. An expert committee including all translators, one methodologist and a rheumatologist, held a meeting and reached consensus on discrepancies to develop a pre-final version of the Spanish CORS. The field test with cognitive debriefing involved a sample of 10 patients

Table RC11
Cognitive debriefing queries and final decisions from the expert committee

Original Dutch item	Spanish translation pre-final	# Patient queries	Queries	Final version
(...) aan te geven hoe vaak u het beschreven gedrag uitvoert.	(...) indique cuán a menudo usted ha llevado a cabo dicho comportamiento.	1	Literal discrepancies	(...) indique la frecuencia con que usted ha tenido dicho comportamiento.
Ik rust op tijd uit	Me voy a tiempo a descansar	1	Literal discrepancies	No changes implemented
Ik probeer er het beste van te maken	Intento aprovechar al máximo	1	Literal discrepancies	No changes implemented
Ik houd rekening met anderen	Tengo en cuenta a los demás	2	Meaning doubts	Tengo en consideración a los que me ayudan/cuidan



RC11 Figure. Cross-cultural adaptation of the CORS.

with axSpA covering the full spectrum of the disease and with different sociodemographic backgrounds.

Results: The translation process of the CORS was completed following the forward-backward procedure, after discussion of the discrepancies throughout the process. The first translation was done without major complications. However, several discrepancies appeared in the back-translation, in which there were minor modifications in the wording in one response option (“*muchas veces*” to “*mu y a menudo*”) and 15 questionnaire items. As an example, “*Ik ga de deur uit*”, literally meaning “I go out by the door”, was initially translated as such (“*salgo por la puerta*”); however, it conceptually represents “I go away”, and it was adapted like this (“*me voy a la calle*”). Thus, a pre-final consensus version of the CORS was agreed by the expert committee. This pre-final version was field tested in 10 patients with axSpA: mean age (SD) was 38.9 (14.4) years, 7 patients were male, 6 had radiographic axSpA, and 9 were HLA-B27+. The Spanish questionnaire appeared clear and understandable to all patients. However, some minor modifications were proposed in some items (Table). As a result of the cognitive debriefing, two changes were implemented (one instruction and one item), whereas two other suggestions did not lead to any change due to minor wording discrepancies with similar conceptual equivalence. The final version of the Spanish CORS is shown at shorturl.at/cimC6.

Conclusions: The Spanish version of the CORS showed good cross-cultural validity and good face validity in patients with axSpA

according to the field test. Before the Spanish CORS is implemented, further validation is in progress to test the psychometric properties of the instrument.

Bibliography

1. Beaton DE, et al. *Spine*. 2000;25:3186-91.

RC12. SPANISH TRANSLATION AND CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF THE MSQUASH

D. Benavent¹, A. Jochems², D. Pascual-Salcedo², G. Jochems³, Ch. Plasencia¹, S. Ramiro^{4,5}, S. Arends⁶, A. Spoorenberg⁶, A. Balsa¹ and V. Navarro-Compán¹

¹Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Department of Rheumatology. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Immuno-Rheumatology Group. Madrid. ³Promega Biotech Ibérica. Madrid. ⁴Leiden University Medical Center. Department of Rheumatology. Leiden. Netherlands. ⁵Zuyderland Medical Center. Department of Rheumatology. Heerlen. Netherlands. ⁶University Medical Center Groningen. University of Groningen. Rheumatology and Clinical Immunology. Groningen. Netherlands.

Introduction: Regular physical activity is recommended for all patients in the ASAS/EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis (axSpA). However, there is a lack of

Table RC12
Individual patients' characteristics

#	Gender	Age	Working status	Education	axSpA subtype	Disease duration (years)	HLA-B27	Drug	BASDAI
1	Male	63	Working	University	r-axSpA	35	+	NSAIDs	2.3
2	Male	24	Student	Secondary	r-axSpA	6	+	NSAIDs	0
3	Male	37	Working	University	r-axSpA	5	+	ADA	2.5
4	Male	66	Retired	University	r-axSpA	23	+	IFN	3.1
5	Male	29	Working	University	r-axSpA	11	+	ADA	0
6	Female	26	Working	University	nr-axSpA	2	+	NSAIDs	-
7	Male	24	Student	University	nr-axSpA	1	+	ETA	4.5
8	Male	35	Working	University	r-axSpA	12	+	GOL	0
9	Female	40	Working	Secondary	nr-axSpA	4	+	NSAIDs	-
10	Female	45	Unemployed	Primary	nr-axSpA	9	-	GOL	8.2

Tabla RC13

Tabla 2. Datos 2021

Fármaco previo	Fármaco prescrito (total)							
	TNF-alfa (88)	Anti-IL17 (26)	Anti-IL6 (5)	Anti CD80/CD86 (6)	Anti IL12/23 (3)	JAK-i (33)	PDE4-i (1)	Anti CD20(0)
Ninguno (naïve)	50	7	1	3	0	3	1	
TNF-alfa	26	13	3	1	2	6		
Anti-IL17	3	3				2		
Anti-IL6	2			1		6		
PDE4-i	2				1			
AntiCD80/CD86			1					
Anti IL12/23	3	2						
JAK-i	2	1		1		15		
Anti CD20						1		

en 2019, el 76% de los pacientes con espondiloartritis axial iniciaron un TNF-i, el 70% de los pacientes con Artritis Reumatoide iniciaron un TNF i, y el 62,5% de los pacientes con artropatía psoriásica iniciaron un TNF i. Para 2021 del total de fármacos, el 40% fueron en primera línea. Por patologías en primera línea en 2019, el 88% de los pacientes con espondiloartritis axial iniciaron un TNF-i, el 72,7% de los pacientes con artritis reumatoide iniciaron un TNF i, y el 72,5% de los pacientes con artropatía psoriásica iniciaron un TNF i. Resultados por fármacos previos en las tablas.

Conclusiones: En nuestro centro, los fármacos inhibidores del TNF alfa, siguen siendo los más prescritos en primera línea tanto en 2019 como en 2021. Tras la pandemia, en nuestro centro, se ha multiplicado la prescripción de inhibidores de las JAK.

RC14. EFECTIVIDAD CLÍNICA DE LA INFILTRACIÓN EPIDURAL CAUDAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE CANAL. NUESTRA EXPERIENCIA

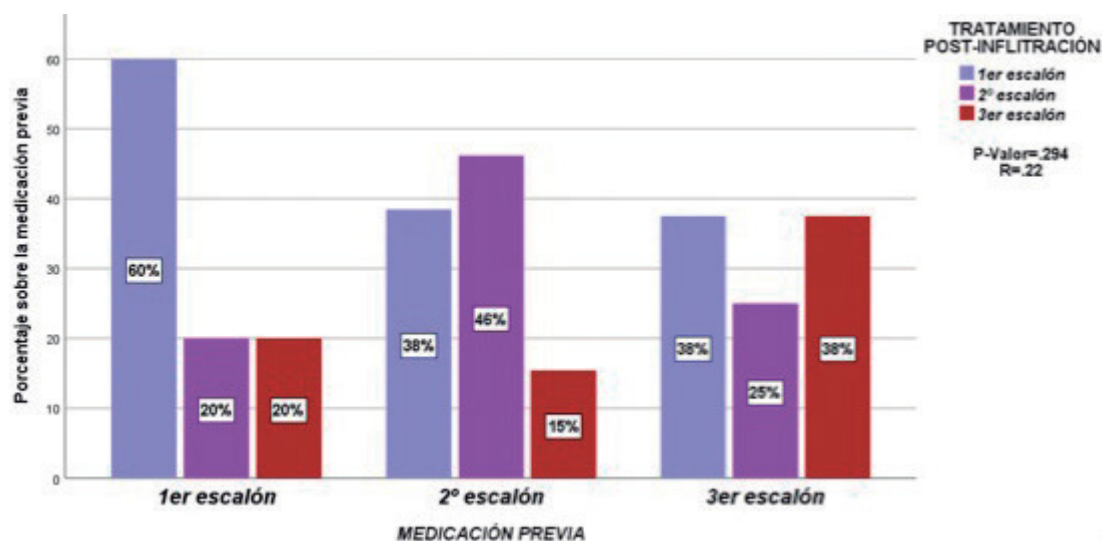
N. Molina Osorio¹, F. Bizzarri¹, C. García Rodríguez¹, L. Salvatierra Velasco¹, J. Rubio Úbeda¹, D. Martínez Peñalver¹ y E. Molina Osorio²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ²Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Neurotraumatológico de Jaén.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la infiltración epidural caudal en el tratamiento de la estenosis de canal en relación con el género, edad y grado de estenosis. Comparar la tendencia en el tratamiento analgésico pre y posinfiltración.

Métodos: Se ha recogido la información de una serie de 61 pacientes del Hospital Universitario Clínico San Cecilio: 32 mujeres (52,5%) y 29 hombres. Casi un 64% de ellos son mayores de 60 años, cerca del 30% tienen una edad comprendida entre los 40-60 años, mientras que el número desciende en menores de 40 (5%). Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo cuyo análisis estadístico se ha efectuado mediante la aplicación informática: IBM-SPSS Statistics versión 25. Se han utilizado: Tablas de frecuencia y porcentaje. Tablas de continencia. Gráficos de barras cruzadas. Test chi-cuadrado y coeficiente de correlación V de Cramer (similar a Pearson, pero específico para variables de tipo categórico).

Resultados: El perfil de los pacientes es similar en hombres y mujeres: grado de estenosis moderada (69%) con irradiación a las dos piernas (67%) y sin cirugía previa (97%). Se observa alguna diferencia en: (a) la edad, las mujeres tienen más edad que los hombres y (b) la medicación previa, más hombres en 1^{er} escalón analgésico (OMS) frente a las mujeres, más presentes en el 3^{er} escalón. Han sido infiltrados los 61 casos de la muestra recogida (100%) donde apreciamos una mejoría significativa en el 44,4% de los casos (similar en hombres y mujeres). Mejora parcialmente, el 22,2%, con diferencias de género, mejoran más las mujeres (27,6% vs. 16%). Comparando la medicación analgésica previa vs. medicación posterior a la infiltración observamos en la figura como (a) en el 1^{er} escalón se mantiene un 60% y el resto han subido al 2^o y al 3^o a partes iguales, (b) en el 2^o escalón se mantiene un 46%, bajando al 1^{er} escalón un 38% y subiendo al 3^o el 15%; y (c) que se mantiene en el 3^o el 38%, bajando el resto sobre todo al 1^o (38%). Estos cambios no son estadísticamente significativos con $p > 0,05$. El 84,9% de los pacientes no precisaron de cirugía posinfiltración, con una diferencia entre géneros del 93,1% mujeres vs. 75% hombres (diferencia es casi significativa



RC14 Figura. Diferencias tratamiento pre y posinfiltración.

con $p < 0,10$). Necesitaron una 2ª infiltración el 30,2% (ligeramente más hombres: 33,3% vs. 27,6% mujeres).

Conclusiones: Existe una mejoría significativa en el 44,4% de los casos junto con una mejora parcial del 22,2% mientras que el 33,3% de los pacientes no presentan mejoría. El 30,2% de la muestra precisó una 2ª infiltración. Respecto a la medicación analgésica pre y posinfiltración se mantiene un 60% en el 1º escalón, en el 2º escalón se mantiene un 46%, bajando al 1º escalón un 38% y subiendo al 3º el 15%; mientras que en el 3º escalón permanece el 38%, en este caso el test de McNemar-Bowker determina que estos cambios no son estadísticamente significativos con $p > 0,05$) por lo que no tenemos evidencias estadísticas suficientes para afirmar que existe correlación. Pero creemos que desde el punto de vista clínico que estos cambios indiquen algún tipo de tendencia que es lo que aparece como una $r = 0,22$ (que es moderada-leve) por lo que se podría deducir una mejoría clínica tras la infiltración.

RC15. NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA EN ESPAÑA

C. Moriano Morales¹, D. Bellido-Pastrana², C. San Román Gutiérrez³ y E. Rodríguez⁴

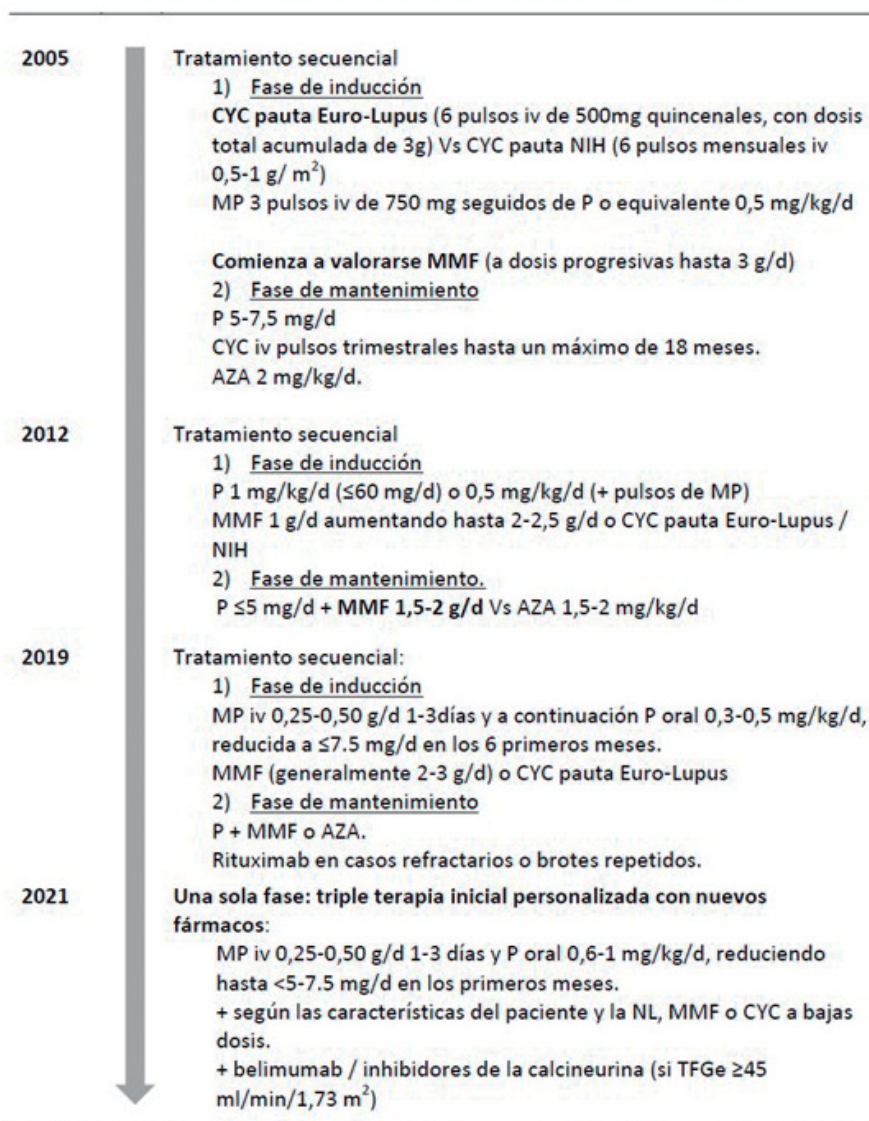
¹Hospital Universitario de León. ²Hospital General Universitario de Ciudad Real. ³Departamento Médico. GlaxoSmithKline. Madrid. ⁴Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La nefritis lúpica (NL) es una manifestación frecuente y grave del lupus eritematoso sistémico (LES). Aproximadamente un 30% de los pacientes desarrollan enfermedad renal terminal, asociada a una mayor morbimortalidad¹.

Objetivos: Conocer las nuevas estrategias terapéuticas para el manejo de la NL en España.

Métodos: Búsqueda bibliográfica en PubMed, ScienceDirect, MEDES y SCIELO. En líneas generales, la estrategia de búsqueda consistió en

Figura 1. Resumen de la evolución del tratamiento de la NL de clases III-IV (±clase V): de un abordaje en dos fases a una triple terapia personalizada



ZA, azatioprina; CE, costicoesteroides; CYC, ciclofosfamida; TFGe, tasa de filtración glomerular estimada; MMF, micofenolato mofetilo; MP, metilprednisolona; P, prednisona
 ara todas las dosis de MMF, también se contempla una dosis equivalente de micofenolato sódico.

las palabras clave «lupus nephritis», «treatment» y similares, «Spain[Affiliation]» y filtro «from 2005 to 2021».

Resultados: Se detectaron 392 referencias, de las que se seleccionaron 188. Entre 2005 y 2021, el abordaje de la NL ha experimentado cambios tanto en los fármacos utilizados como en las dosis administradas, permitiendo minimizar el empleo de corticoides (fig.). El tratamiento estándar (TE) no siempre consigue alcanzar los objetivos terapéuticos. Por ello, en los dos últimos años se han planteado nuevas estrategias. Actualmente, se contempla el uso de nuevos tratamientos que frenen la evolución de la enfermedad renal, reemplazando la tradicional doble terapia en dos fases por una triple terapia en una sola fase, continua y personalizada. Este cambio de paradigma se debe a los buenos resultados de moléculas como belimumab (BEL) o voclosporina (VOC) añadidos a la TE en estudios fase III. BEL es un inhibidor del factor estimulador de los linfocitos B (BLyS) indicado para LES y aprobado recientemente por la EMA y la FDA para la NL activa. En el estudio BLISS-LN mejoró la función renal y redujo el riesgo de evento renal o muerte en un 49% después de 2 años de tratamiento². VOC es un nuevo inhibidor de la calcineurina aprobado por la FDA para la NL activa. En el estudio AURORA se observó una respuesta renal completa en el 41% de los pacientes a las 52 semanas de tratamiento³. La guía del consorcio KDIGO 2021 ya incluye ambos fármacos añadidos a la TE desde el inicio y a largo plazo para la NL clase III/IV ± V. No obstante, deberán definirse los perfiles de pacientes adecuados para recibir BEL o VOC. Por otro lado, se están contemplando estrategias diagnósticas como la rebiopsia, recomendada en caso de respuesta parcial o deterioro pese al tratamiento o brote tras respuesta clínica completa; así como para confirmar la remisión histológica y plantear la suspensión del fármaco. Además, el empleo de nuevos biomarcadores para evaluar la respuesta renal podría suponer un gran avance en el futuro.

Conclusiones: El abordaje de la NL ha evolucionado a lo largo de los últimos años permitiendo reducir las dosis de glucocorticoides empleadas. Estrategias como la triple terapia inicial y personalizada podrían modificar el pronóstico de la enfermedad y aumentar la supervivencia de los pacientes.

Financiación: GSK. Los autores declaran no haber recibido ninguna retribución.

Bibliografía

1. Kostopoulou M, et al. An Update on the Diagnosis and Management of Lupus Nephritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2020;22(7):30.
2. Furie R, et al. Two-Year, Randomized, Controlled Trial of Belimumab in Lupus Nephritis. *N Engl J Med.* 2020;383(12):1117-28.
3. Rovin BH, et al. Efficacy and safety of voclosporin versus placebo for lupus nephritis (AURORA 1): a double-blind, randomised, multi-centre, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2021;397(10289):2070-80.

RC16. PREVALENCIA DE EFECTOS ADVERSOS INMUNORELACIONADOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN O MELANOMA TRATADOS CON INHIBIDORES DE INMUNO CHECK-POINTS

L. Salvatierra Velasco, S. Sequero, J. Rubio Úbeda, D. Martínez Peñalver, F. Fluvio Bizzarri, N. Molina Osorio, C. Rodríguez García, E. Raya y J. Salvatierra Ossorio

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: La inhibición de los inmunes check-points (ICPs) ha revolucionado el tratamiento de los pacientes oncológicos. Este tipo de inmunoterapia se basa en el uso de anticuerpos monoclonales frente a diversos ICPs (CTLA4, PD1, PDL-1) con una función inhibidora, habiendo sido ampliamente utilizada en pacientes con tumores de piel y pulmón. Entre ellos encontramos el ipilimumab frente a CTLA-4; pembrolizumab y nivolumab frente a PD1 y, atezolizumab o durvalumab frente al PDL-1. El bloqueo de estos ICPs provoca una activación de la respuesta de células T frente al cáncer mejorando el pronóstico, aunque con relativa frecuencia se observan efectos adversos inmunorelacionados (EAir) -dermatológicos, gastrointestinales, endocrinológicos y reumatológicos, entre otros-.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de EAir musculoesqueléticos en pacientes con cáncer de pulmón o melanoma tratados con inmunoterapia dirigida frente a CTLA-4, anti PD-1 o anti PDL-1.

Métodos: Estudio observacional de una serie de 115 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón o melanoma que han recibido tratamiento con inhibidores de los ICPs (nivolumab, pembrolizumab, durvalumab, atezolizumab) desde enero/2016 hasta noviembre/2021 en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se incluyeron aquellos que desarrollaron algún tipo de sintomatología musculoesquelética tras el inicio de la inmunoterapia. Se excluyeron 5 pacientes que presentaban dolor osteomuscular en relación con metástasis óseas y otro por artralgias de larga evolución en relación con la administración previa de interferón. Se incluyeron los siguientes EAir: artralgias/artromialgias, mialgias, artritis, osteoporosis y/u osteopenia.

Resultados: 24 (21%) pacientes desarrollaron artromialgias inespecíficas, lumbalgia y/o cervicalgia en clara relación con la inmunoterapia. 8 (7%) pacientes sufrieron mono/oligo/poliartritis: 3 artritis microcristalinas -uno con diagnóstico previo de artritis hiperuricémica-, un brote de poliartrosis en un paciente con artritis reumatoide- siendo el resto de artritis clasificadas como indiferenciadas. Un paciente (0,9%) sin diagnóstico previo de osteoporosis presentó varios aplastamientos vertebrales a los pocos meses del inicio de la inmunoterapia. La mayoría de los síntomas fueron considerados EAir leves-moderados, grado 1-2, precisando analgesia de primer

Tabla RC16

Pacientes	AP/AF	Edad	Tipo de tumor	Inmunoterapia recibida	EAIR	Tratamiento EAIR	PPCC
1	Sí	36	Melanoma	Nivolumab	Lumbalgia de ritmo mixto. Rectitis	Prednisona en pauta descendente	Gammagrafía ósea: captación L5-S1 sugerente de patología inflamatoria
2	Sí	77	Melanoma	Nivolumab	Gonalgia derecha y MSI	No especificado	
3	Sí	73	Adenocarcinoma de pulmón E IV	Pembrolizumab	Dolor espalda y articular, colitis, NIU	No especificado	
4	Sí	52	MELANOMA NODULAR en MSI	Nivolumab	Dorsolumbalgia y rigidez matutina	AINES con respuesta parcial	
5	Hiperuricemia	73	Adenocarcinoma	Pembrolizumab	Artralgias/artritis en relación con brote de gota	Prednisona pauta descendente	
6	Sí	60	Melanoma cadera extensión superficial	Nivolumab	Dolor escapular y dorsalgia	Paracetamol y reposo	

Tabla RC16 (cont.)

Pacientes	AP/AF	Edad	Tipo de tumor	Inmunoterapia recibida	EAIR	Tratamiento EAIR	PPCC
7	Sí	66	Adenocarcinoma E-IV	Atezolizumab	Artralgias generalizadas Aplastamientos vertebrales dorsales múltiples (D11, D9, D8, D6, L2, L3) de probable origen osteoporótico	Morfina y Valium	TC dorsolumbar: Aplastamientos vertebrales dorsales múltiples
8	Sí	75	Carcinoma epidermoide de pulmón T4N1M0 IIIA	Durvalumab	Dolor columna de ritmo inflamatorio inmunorrelacionado	Prednisona en pauta descendente	Gammagrafía normal
9	Sí	55	Adenocarcinoma de pulmón E-IV	Pembrolizumab + QT	Monoartritis de carpo sospecha de gota	Prednisona en pauta descendente	
10	AR	62	Melanoma uretral primario	Nivolumab	Artritis de manos G2. Artritis reumatoide en tratamiento que empeora con inmunoterapia	Prednisona, dextetoprofeno, tramadol	
11	Sí	78	Melanoma MSI E-IIIC	Nivolumab	Artralgias-mialgias G1	Paracetamol	
12	Sí	66	Melanoma mejilla izquierda	Nivolumab	Artritis inmunomediada G3. No es capaz de coger objetos ni cerrar el puño	Prednisona 10 mg + suspensión de ciclo	
13	Sí	63	Adenocarcinoma + epidermoide de pulmón	Atezolizumab	Oligoartritis probablemente microcristalina Artralgias carpos, hombro izq, sacroiliacas	Prednisona 15 mg pauta descendente, colchicina, alopurinol. Fentanilo 25 mg	
14	Sí	62	Adenocarcinoma pulmón E-IV	Nivolumab	Dolor hombro derecho	No especificado	
15	Sí	71	Carcinoma escamoso pulmón T4N2M1 óseas y derrame pleural	Pembrolizumab	Artritis manos grado I inmunorrelacionada	Paracetamol	
16	Sí	67	Carcinoma pulmón célula no pequeña T3N2M0 (histología no conocida)	Nivolumab	Dorsalgia	No especificado. Autolimitado	
17	Sí	73	Melanoma acral derecho	Nivolumab	Dolor pierna derecha	No especifica. Autolimitado	
18	Hipopituitarismo 2º a hipoplasia hipofisaria	55	Melanoma espalda E-IIIA	Dabrafenib-trametinib	Artralgias G1	No especifica	
19	Sí	59	Adenocarcinoma de pulmón E-IV	Pembrolizumab	Dolor en brazo derecho de reposo. Rectitis	No especifica	TC abdomen CIV: Engrosamiento mural asimétrico en recto inespecífico que puede corresponder a proceso inflamatorio
20	Sí	65	Melanoma pabellón auricular E-IV	Dabrafenib	Artromialgias G1	Dextetoprofeno	
21	Sí	48	Mtx axilar izquierda de melanoma sin primario identificado	Pembrolizumab	Artralgias G1	No especifica	
22	DM gestacional, migraña	45	Melanoma E-IV	Pembrolizumab	Mialgias proximales G1. Dolor sacro leve	Paracetamol. Ibuprofeno	
23	Sí	72	Carcinoma escamoso pulmón T4N0M0	Nivolumab	Artralgias G1	No especifica	
24	Sí	62	Melanoma escapular izquierdo E-IIIB	Nivolumab	Artromialgias G1	No especifica	
25	Sí	59	Adenocarcinoma de pulmón E-IV	Pembrolizumab	Artralgias G1 autolimitadas	No especifica	
26	Sí	72	Adenocarcinoma pulmón	Pembrolizumab	Lumbalgia mecánica	Paracetamol. Ibuprofeno	
27	Sí	58	Melanoma E-IIIA cadera izquierda	Pembrolizumab	Gastritis, artromialgias G1-2	IBP	
28	Sí	38	Melanoma escápula derecha	Durvalumab	Artromialgias G1-G2	No especifica	
29	Sí	71	Melanoma E-IIIB pierna izquierda	Pembrolizumab	Gastritis, artralgias G1	No especifica	
30	Sí	48	Adenocarcinoma pulmón estadio IV	Pembrolizumab	Artralgias G1	No especifica	
31	Sí	66	Adenocarcinoma de pulmón pd11< 1% E-IV	Pembrolizumab	Cervicalgia <i>de novo</i>	No especifica	
32	Sí	66	Adenocarcinoma de pulmón	Atezolizumab-Bevacizumab	Artralgias G1-2	Naproxeno con control parcial	
33	Sí	58	Carcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Neuropatía palmo plantar G1 Mialgias G1	No especifica	

escalón. 6 (5%) de los pacientes con artritis requirieron tratamiento corticoideo y en uno fue necesario la interrupción temporal de un ciclo de inmunoterapia. Por último, 2 (2%) de los pacientes precisaron de artrocentesis diagnóstica y terapéutica. Todos ellos en seguimiento por Reumatología en nuestras consultas. No existió una clara relación entre tipo de EAIR y el tipo de inmunoterapia, aunque destacamos que 2 de los 3 pacientes que desarrollaron patología microcristalina recibían pembrolizumab, en tanto que los que desarrollaron artritis más graves estaban recibiendo nivolumab. En la tabla se especifican las características de los pacientes, inmunoterapia, EAIR y tratamiento recibido.

Conclusiones: Los efectos adversos musculoesqueléticos más frecuentes en relación con la inmunoterapia son las artromialgias inespecíficas, seguidas hasta en un 7% de artritis pudiendo requerir artrocentesis, corticoterapia y en ocasiones interrupción transitoria de la inmunoterapia. No observamos relación entre el tipo de inmunoterapia y el tipo de EAIR musculoesquelético.

RC17. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADOS CON RITUXIMAB EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Rusinovich Lovgach¹, C. Merino Argumáñez¹, B. Ruiz Antoran¹, M. Pavía Pascual¹, P. Navarro Palomo¹, M. Machattou¹, N. de la Torre Rubio¹, M. Alonso de Francisco¹, C. Navarro Joven¹, M. Fernández Castro¹, H. Godoy Tundidor¹, B. García Magallon¹, M. Espinosa Malpartida², C. Barbadillo Mateos¹, L.F. Villa Alcázar¹, C. Isasi Zaragoza¹, J. Campos Esteban¹, J.L. Andreu Sánchez¹ y J. Sanz Sanz¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano dirigido contra el receptor CD20 expresado en los linfocitos pre-B y B maduros. El RTX se utiliza en el tratamiento de diferentes enfermedades reumáticas. Uno de sus efectos adversos es la hipogammaglobulinemia.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la hipogammaglobulinemia y su asociación con episodios infecciosos y la gravedad de los mismos en pacientes con enfermedades reumáticas tratadas con RTX.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedades reumáticas tratadas con RTX en un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas tratadas con RTX. Se analizaron variables demográficas y clínicas de la muestra, se evaluó la evolución de niveles de inmunoglobulinas (IgA, IgM e IgG) en el momento basal y a lo largo de 36 meses de tratamiento. Para contrastar la significación estadística se utilizó la prueba de la chi-cuadrado, considerando significativa una $p < 0,05$. Se estudió la asociación entre la hipogammaglobulinemia y las características de la población con modelos de regresión logística multivariante.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes: 11 varones (14,3%) y 66 mujeres (85,7%), con media de edad de 57,2 (\pm 13,6) años, siendo media de duración de enfermedad de 14,9 (\pm 9,3) años y la edad media de inicio de tratamiento 52,7 (\pm 13,4) años. Los diagnósticos más prevalentes eran: artritis reumatoide (AR) (53,3%), síndrome de Sjögren primario (10,4%) y lupus eritematoso sistémico (LES) (6,5%), entre otros. 13 (16,9%) pacientes fueron tratados con RTX en monoterapia, el resto de los pacientes recibieron tratamiento concomitante con corticoides 54 (70,1%), metotrexato 24 (31,2%), dolquene 12 (15,6%), leflunomida 9 (11,7%), sulfasalazina 2 (2,6%), tacrolimus 1 (1,3%). De los 9 (11,7%) pacientes que desarrollaron hipogammaglobulinemia (IgG < 600), 4 (44,4%) padecían AR, 1 (11,1%) vasculitis ANCA, 1 (11,1%) vasculitis leucocitoclástica, 1(11,1%) xantogranulomatosis, 1 (11,1%) LES. Los pacientes con hipogammaglobulinemia

tenían una media de IgG significativamente menor al inicio de tratamiento que los pacientes sin ella (810,44 vs. 1.167,12; $p = 0,013$). En el análisis multivariante no se ha identificado ningún factor relacionado con el desarrollo de la hipogammaglobulinemia. 34 (44,15%) pacientes presentaron infección, de los cuales 12 (35,29%) fueron infecciones graves (las que precisaron ingreso). La distribución de los casos de infección por grupos (pacientes con hipogammaglobulinemia y sin ella) se refleja en la tabla. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a aparición de infección y/o infección grave entre los pacientes con y sin hipogammaglobulinemia. Únicamente el sexo masculino resultó ser un factor de riesgo para la aparición de infecciones RR 3 (IC95% 1,086-8,29; $p = 0,04$).

		Sin infección	Con infección	Infección grave
Pacientes sin hipogammaglobulinemia	N	38	30	11
	%	55,9%	44,1%	16,2%
Pacientes CON hipogammaglobulinemia	N	5	4	1
	%	55,6%	44,4%	11,1%
			$p = 0,985$	$p = 0,694$

Conclusiones: El mayor porcentaje de hipogammaglobulinemia se ha observado en pacientes con artritis reumatoide. Los pacientes con hipogammaglobulinemia tenían una media de IgG significativamente menor al inicio de tratamiento que los pacientes sin hipogammaglobulinemia. No se ha objetivado mayor frecuencia de infecciones ni mayor gravedad de las mismas entre los pacientes con y sin hipogammaglobulinemia. El sexo masculino parece ser un factor de riesgo para la aparición de infecciones. Es necesaria realización de estudios con mayor tamaño muestras para confirmar estos datos.

RC18. GIANT CELL ARTERITIS: DIFFERENT IMAGING TOOLS FOR EXTRACRANIAL INVOLVEMENT

V. Aldasoro Cáceres¹, M.J. García Velloso², K. Gil¹ and S. Rubio¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introduction: The prevalence of extracranial involvement in giant cell arteritis (GCA) is unknown although there are series that has published prevalences of 20-65% depending on the technique used¹.

Objectives: To assess the prevalence of extracranial large vessel vasculitis (LVV) in GCA diagnosed by 18-FDG positron emission tomography (FDG-PET/CT), ultrasound (US), angioMRI and/or angioCT and to describe clinical and radiological features.

Methods: Prospective and descriptive study of newly diagnosed GCA patients who underwent FDG-PET/CT, US, supra-aortic trunk angioMRI and/or angioCT between July 2020 and October 2021. 1990 ACR criteria (2) and/or physician criteria was used to classified patients as having GCA. Axilar and/or subclavian arteries were explored with US; halo sign and/or intima-media thickness (IMT) > 1 mm was considered as positive. Clinical and radiological features were described. All patients should not be taken any other immunosupresant drug but glucocorticoids (GCs).

Results: Fourteen consecutive patients were diagnosed as GCA. Eight patients were female with a median age of 64.4 years. All patients but two underwent temporal artery biopsy (Table) with a positive result in 54%. FDG-PET/CT was positive in 85.7% patients, US in 44.4%, angioMRI 66.6% and angioCT in 46.1%. The median dose of GCs when FDG-PET/CT was done was 34.6 (0-45) mg/day and the median delay in FDG-PET/CT performance was 8 days (0-22). The 2 patients with negative FDG-PET/CT had positive TAB. Proximal thoracic aorta involvement was observed in all patients with positive

PET. Late FDG-PET/CT images were taken in 6 patients with a median dose of GCs of 43.3 mg/day and median delay of 11.3 days with positive result in all of them (Table).

FDG-PET/CT late images

FDG-PET/CT late images	N = 6
Sex (female)%	66
Age (years)	60.1
BAT (positive)%	40
PET result (positive)%	100
GCs DOSE (mg)	43.3 (40-45)
Days of delay	11.3 (3-22)

Conclusions: Despite the high dose of GCs and the delay in FDG-PET/CT performance, in our serie PET has diagnosed extracranial LVV in 85.7% of GCA patients. FDG-PET/CT within 3 days after start GCs, has been usefull to diagnosed extracranial involvement in GCA³. In our serie the prevalence of extracranial involvement diagnosed by FDG-PET/CT in GCA has been higher than others published until now¹ and higher than US, angioMRI and angioCT⁴. Further patients are needed to confirm these data.

Bibliography

- Braun J, Baraliakos X, Fruth M. The role of 18F FDG positron emission tomography for the diagnosis of vasculitides. Clin Exp Rheumatol. 2018;36 Suppl 114(5):108-14.
- Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum. 1990;33(8):1122-8.
- Slart, Riemer HJA, et al. "FDG-PET/CT(A) imaging in large vessel vasculitis and polymyalgia rheumatica: joint procedural recommendation of the EANM, SNMMI, and the PET Interest Group (PIG), and endorsed by the ASNC." European J Nuclear Med Mol Imaging. 2018;45:1250-69.
- Schmidt WA, Blockmans D. Investigations in systemic vasculitis. The role of imaging. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2018;32(1):63-82.

RC19. CAMBIO ADAPTATIVO FISIOLÓGICO DEL TENDÓN ROTULIANO Y AQUÍLEO: SENSIBILIDAD AL CAMBIO DETECTADA POR EL ANÁLISIS INFORMÁTICO DE IMÁGENES ESTÁTICAS SECUENCIALES

C.A. Guillén Astete¹, Á. Andreu Suárez¹, M. Tortosa Cabañas¹, C. Pijoan Moratalla², P. Barrio Rufino³, E. Muñoz Rodríguez³ y J. Mollá Cuadrillero³

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ³Facultad de Medicina Universidad CEU San Pablo. Madrid.

Introducción: La sensibilidad al cambio es la capacidad de una herramienta de detectar modificaciones en la medida de una variable cuando esta medida se realiza sobre el mismo objetivo a lo largo del tiempo. En el seguimiento de los pacientes con enfermedades inmunomediadas, se exige que los instrumentos de control evolutivo demuestren la mayor precisión posible. La ecografía, sin embargo, es dependiente de la opinión del evaluador. Recientemente se ha introducido el análisis informático de imágenes estáticas en el estudio de pacientes con enfermedades reumatológicas, pero su aplicación en ecografía musculoesquelética es aún muy limitada.

Objetivos: Determinar si este tipo de análisis de imagen es sensible al cambio adaptativo estructural de los tendones rotuliano y aquíleo en sujetos sanos.

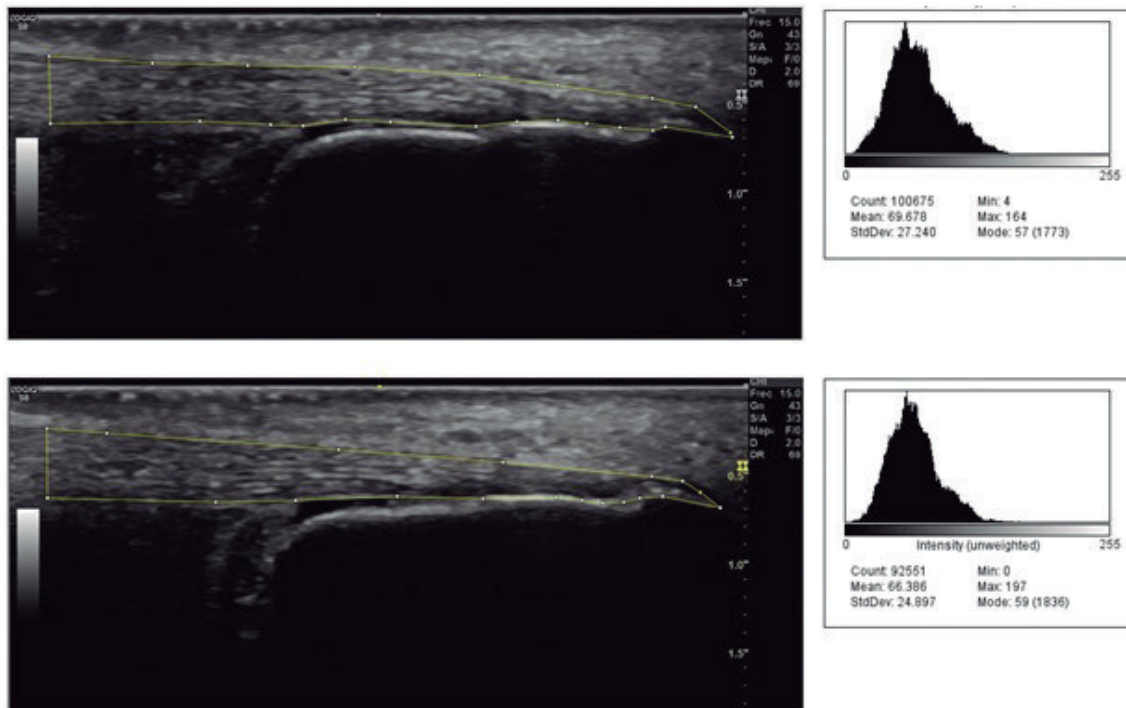
Métodos: Se reclutaron voluntarios jóvenes con hábito sedentario e IMC normal que realizaron una rutina supervisada de ejercicio físico. Se realizaron al principio y al final del entrenamiento 2 mediciones ecográficas del eje longitudinal mayor del tendón rotuliano proximal y del tendón aquíleo, así como 2 elastografías de los mismos tendones y dos mediciones antropométricas del muslo y la pantorrilla. El análisis informático de las imágenes fue realizado mediante el programa ImageJ 1.53e. Para demostrar sensibilidad al cambio se realizó una correlación entre los cambios morfológicos ecográficos, elastográficos y antropométricos, y el resultado del análisis informático de la imagen en términos de media y moda de escala de grises.

Resultados: Después de la rutina de ejercicios, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el perímetro de la pantorrilla (media -3,70 ± 1,803; p 0,000), elastografía de Aquiles (-0,347 ± 0,294; p 0,000), media de intensidad de grises de Aquiles y patelar (4,229 ± 4,849; p 0,001 y 2,331 ± 3,115; p 0,004). En cuanto a las variables con distribución no normal, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre elastografía rotuliana (rango promedio 11,45, suma de los rangos 126,00; Z -2,343; p 0,019), moda de intensidad de grises de Aquiles y patelar (promedio 12,92, suma 168,00; Z -2,938; p 0,003 y media 11,77, suma 176,50; Z -3,28; p 0,001). Un ejemplo se muestra en la figura. El estudio de correlaciones se muestra en la tabla.

Conclusiones: La evaluación informática de imágenes estáticas de los tendones de Aquiles y rotulianos es sensible al cambio experimentado fisiológicamente inducido por el ejercicio. Estos cambios correlacionan con los cambios antropométricos y con la velocidad de conducción medida mediante elastografía. La media de intensidad de grises correlaciona mejor con la elastografía, la predominancia del patrón fibrilar inducido por el ejercicio produce mayor velocidad de conducción del sonido. La moda de intensidad de grises correlaciona mejor con los cambios antropométricos experimentados por los sujetos. La concentración de tonos en extremos blancos se traduce en mayores cambios antropométricos.

Tabla RC19

Variables de cambio (final-basal)		Cambio elast. aquíleo	Cambio elast. rotuliano	Cambio media grises aquilea	Cambio media grises rotuliana	Cambio moda de grises aquilea	Cambio moda de grises rotuliana
Cambio del perímetro pantorrilla	Correlación de Pearson	0,05	0,470*	0,094	0,530*	0,935**	0,029
	Sig. (bilateral)	0,84	0,042	0,701	0,02	0	0,907
Cambio del perímetro del muslo	Correlación de Pearson	0,014	-0,069	0,12	-0,16	0,022	0,904**
	Sig. (bilateral)	0,956	0,78	0,624	0,514	0,928	0
Cambio del% de grasa corporal	Correlación de Pearson	-0,237	0,098	-0,033	0,119	-0,091	0,011
	Sig. (bilateral)	0,33	0,689	0,893	0,626	0,712	0,963
Cambio elast. aquíleo	Correlación de Pearson	1	0,221	0,779**	0,09	0,715	-0,032
	Sig. (bilateral)		0,362	0	0,715	0,548	0,896
Cambio elast. rotuliano	Correlación de Pearson	0,221	1	0,353	0,899**	0,416	-0,154
	Sig. (bilateral)	0,362		0,139	0	0,076	0,529



RC19 Figura. Evaluación antes (superior) y después (inferior) del sujeto 15.

RC20. PREVALENCIA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROMIALGIA

S. Moyano, W.L. Berrios, I.J. Gandino, M. Ripoli, Á. Golimstok, J.E. Rosa y E.R. Soriano

Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina).

Introducción: La fibromialgia (FM) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comparten algunas características clínicas y se ha propuesto una teoría hipodopaminérgica para ambas patologías. El TDAH se caracteriza por compromiso de la atención y concentración, comportamiento hiperactivo e impulsivo, inestabilidad emocional, inquietud y conducta desorganizada. Se ha reportado una elevada comorbilidad entre TDAH y FM, así como evidencia de que los pacientes con ambas afecciones tienen una mayor gravedad de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la prevalencia de TDAH en pacientes con FM y evaluar la relación con el impacto de la enfermedad.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en el que se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de FM (criterios ACR 2016) sin deterioro cognitivo conocido, atendidos en la Unidad de Reumatología entre abril de 2018 y diciembre de 2019. En la visita de inclusión se recolectaron el Cuestionario de Impacto de la FM (FIQ-R) y la versión argentina del Health Assessment Questionnaire (HAQ-A). Durante la visita de Neurología se administraron las siguientes pruebas: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test para evaluar la presencia de deterioro cognitivo, Conners Continuous Performance Test II (CPT II) para la evaluación de TDAH, y Wender-Utah Rating Scale (WURS) para evaluar retrospectivamente síntomas de TDAH en la infancia. Se realizó análisis univariado de variables continuas por t-test o prueba U de Mann-Whitney, y para variables categóricas test de chi-cuadrado o test de Fisher. Las variables con un nivel de significancia < 0,2 fueron incluidas en un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes con FM y 71 controles pareados sin FM ni deterioro cognitivo conocido. Las características de los pacientes con FM se muestran en la tabla 1. El 61,7% (n = 37) presentó un test positivo para TDAH del adulto. En el 48,6% (18/37) de ellos, el diagnóstico había sido pasado por alto en la niñez. Los pacientes con

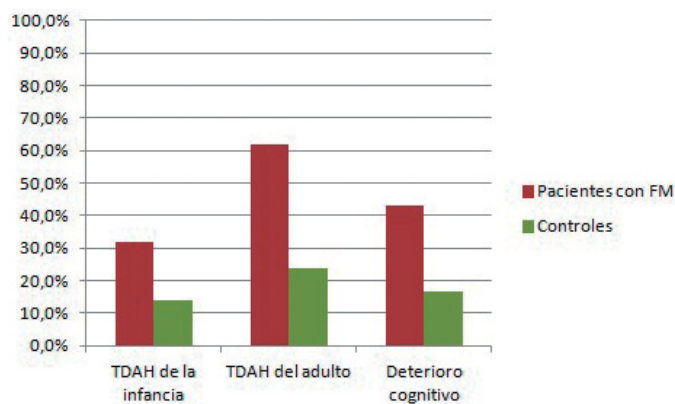
FM y un test positivo para TDAH del adulto no presentaron una puntuación significativamente mayor en el FIQ-R (52,3, DE = 16,1 vs. 47,9, DE = 12,3; p = 0,2693) ni en el HAQ-A (0,693, DE = 0,455 vs. 0,521, DE = 0,428; p = 0,1523) comparados con los pacientes sin TDAH. El diagnóstico retrospectivo de TDAH de la infancia se asoció significativamente con la persistencia en la vida adulta (OR 62,3, IC = 4,2 - 931,2; p = 0,003) (tabla 2). Los pacientes con FM tuvieron una prevalencia significativamente mayor de deterioro cognitivo (43,3% vs. 16,9%; p < 0,0001), síntomas de TDAH de la infancia (31,7 vs. 14,1%; p = 0,016) y del adulto (61,7 vs. 23,9%; p < 0,0001) que en el grupo control (fig.).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con FM (n = 60)

Característica	Valor
Sexo femenino, n (%)	53 (88,3)
Edad (años), media (DE)	58,3 (14,2)
Escolaridad (años), media (DE)	12,9 (3,4)
Duración de la FM (años), media (DE)	5,2 (5)
Depresión (Beck), n (%)	25 (58,3)
Ansiedad (STAI), n (%)	27 (45)
FIQ, media (DE)	50,6 (14,8)
HAQ, media (DE)	0,627 (0,449)
25-OH colecalciferol sérico (ng/ml), media (DE)	28,5 (9,4)
Queja cognitiva, n (%)	34 (56,7)

Tabla 2. Variables asociadas con TDAH del adulto en pacientes con FM (análisis univariado y multivariado con regresión logística)

Variables	Univariado		Multivariado	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Sexo femenino	1,64 (0,29-9,25)	0,575	-	-
Edad	1,01 (0,97-1,04)	0,733	-	-
Escolaridad	0,86 (0,72-1,02)	0,080	0,61 (0,41-0,91)	0,014
Duración de la FM	0,91 (0,81-1,01)	0,080	0,95 (0,83-1,08)	0,402
Ansiedad	0,83 (0,29-2,39)	0,731	-	-
Depresión	1,51 (0,52-4,38)	0,449	-	-
FIQ	1,02 (0,98-1,06)	0,270	-	-
HAQ	2,74 (0,67-11,27)	0,160	3,08 (0,45-21,22)	0,799
25-OH colecalciferol sérico	1,00 (0,95-1,06)	0,995	-	-
Queja cognitiva	2,4 (0,83-6,97)	0,107	3,01 (0,53-17,11)	0,215
WURS positivo	20,84 (2,54-171,08)	0,005	62,28 (4,17-931,18)	0,003



Porcentaje de pacientes con FM con deterioro cognitivo, TDAH de la infancia y del adulto. Comparación con el grupo control.

Conclusiones: La coocurrencia de TDAH del adulto en FM fue altamente prevalente. En casi la mitad de los pacientes, el diagnóstico había sido omitido en la infancia y esto se asoció con la persistencia en la adultez. La prevalencia de deterioro cognitivo y TDAH en la infancia y en la vida adulta fue mayor en pacientes con FM comparados con el grupo control. El TDAH no se asoció con el impacto de la FM. La evaluación de los síntomas de TDAH en pacientes con FM es importante para poder reconocer y tratar esta frecuente comorbilidad.

RC21. CUANTIFICACIÓN DE LA SEÑAL PD MEDIANTE EL ANÁLISIS INFORMÁTICO DE IMÁGENES ESTÁTICAS: VALIDACIÓN INTRA-OBSERVADOR, INTRAPACIENTE Y DE SENSIBILIDAD AL CAMBIO

C.A. Guillén Astete, Á. Andreu Suárez, M. Tortosa Cabañas y X. Cenicacelaya Olabarrieta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

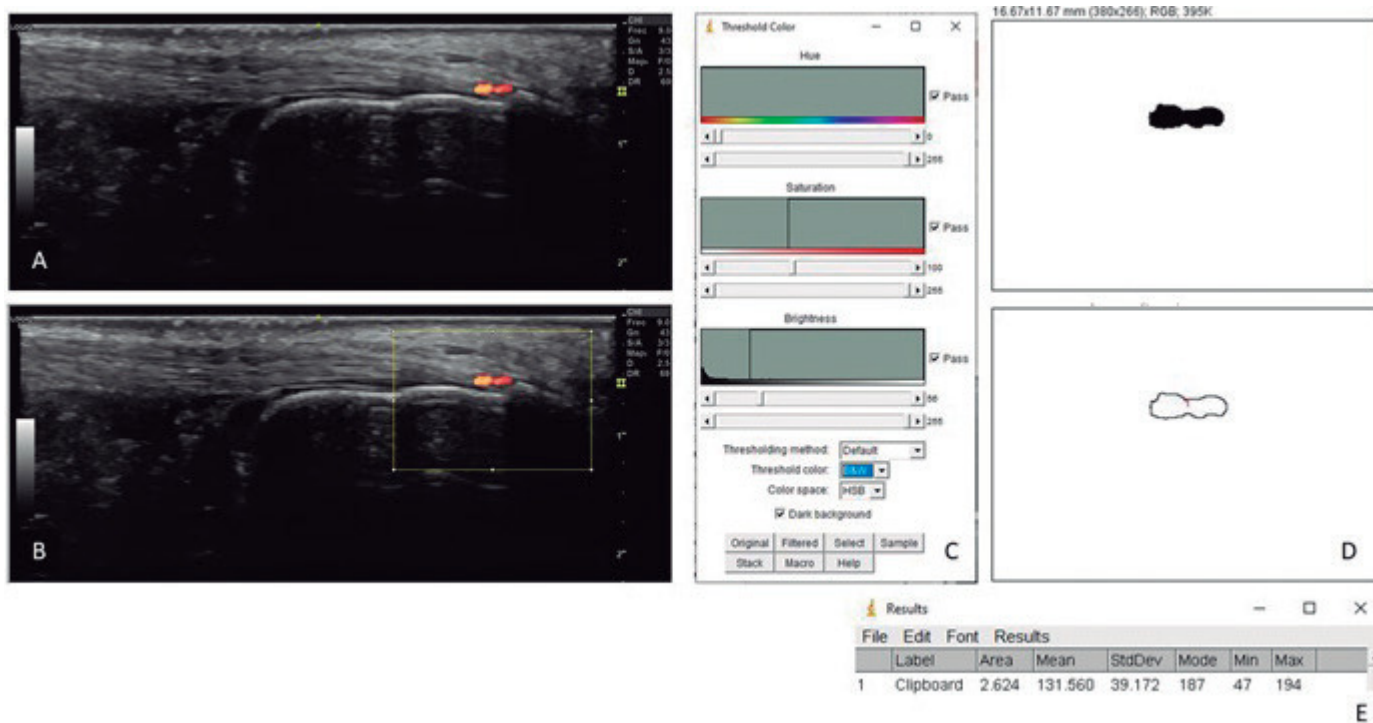
Introducción: La evaluación informática de imágenes ecográficas es una alternativa a la valoración subjetiva dicotómica frecuente-

mente utilizada en el estudio de las entesis. Previamente nuestro grupo ha demostrado su utilidad en la valoración de imágenes en escala de grises, sin embargo, la valoración de la hiperemia entésica mediante esta técnica sigue siendo una tarea pendiente.

Objetivos: Determinar la variabilidad intraobservador e intrapaciente del estudio de hiperemia mediante el análisis informático de imágenes estáticas.

Métodos: Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de una espondiloartritis y entesitis ecográfica conocida en el tendón de Aquiles, de acuerdo a criterios EULAR (detección de hiperemia mediante señal Power Doppler [PD] a menos de 2 mm de la cortical). Se realizaron cortes longitudinales medial, central y lateral y se evaluó la hiperemia mediante la detección de señal PD y se registraron las imágenes con mayor intensidad de señal manteniendo los mismos ajustes de la ganancia y PRF del doppler para cada sujeto. Para el análisis de imágenes se codificaron los registros y se aleatorizaron de forma que el analista desconocía a qué paciente correspondía un corte determinado. La validez intrapaciente se evaluó comparando los resultados de los cortes del mismo paciente entre sí en dos momentos distintos. La validez intraobservador se evaluó sometiendo a la misma imagen a dos análisis informáticos en distintos momentos. La validación de sensibilidad al cambio se realizó mediante una medición sucesiva. El programa de análisis informático usado fue el ImageJ 1,53e (NIH, USA).

Resultados: Se incluyeron las imágenes de 12 pacientes con entesitis aquilea: 6 pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica (EspA-nRx), 4 pacientes con artritis psoriásica (APso) y 2 pacientes con espondiloartritis axial radiográfica (EspA-Rx). Las imágenes se analizaron como se muestra en la figura. En la evaluación intrapaciente, se detectaron diferencias significativas en la intensidad de señal PD entre los cortes medial, lateral y central. En todos los casos, la medición obtenida en el corte central fue la más alta (Friedman 15,500 p = 0,000; medial-central -1,500, p = 0,001; lateral-central -1,250, p = 0,007). El coeficiente de variación en las determinaciones primera y segunda fue: 4,2%, DE 5,5%. En la evaluación intraobservador de las evaluaciones de señal PD en el corte central, la media de coeficientes de variación fue: 9,1%, DE 7,2%. En la evaluación de sen-



RC21 Figura. A y B muestran la demarcación de la zona de interés. C es el proceso de ajuste/neutralización del ruido. D es el análisis de área hiperémica con la cuantificación de E en mm².

sibilidad al cambio se agruparon los pacientes con estudios ecográficos a 6 meses entre quienes mantuvieron el tratamiento y quienes finalmente lo suspendieron por fallo terapéutico. En los 7 pacientes que mantuvieron el tratamiento el cambio de intensidades fue 94,3%, DE 4,4%, mientras que en los 5 pacientes que lo suspendieron fue 65,4%, DE 6,3% ($p = 0,000$).

Conclusiones: El análisis informático de imágenes estáticas del tendón de Aquiles se ajusta a las mismas recomendaciones de adquisición de imágenes ecográficas y demuestra una excelente variabilidad intrapaciente e interobservador así como capacidad de sensibilidad al cambio al menos cuando se correlaciona con el éxito o fracaso terapéutico desde la perspectiva clínica.

RC22. UPADACITINIB. EFECTIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Fernández Prada, M.L. Bris Ochaíta, P.J. Vidal Fuentes y J. Tornero Molina

Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: El upadacitinib (UPA) es un inhibidor selectivo y reversible de las JAK que ha demostrado eficacia en ensayos clínicos en pacientes con artritis reumatoide (AR). Actualmente existen pocos datos de la práctica clínica habitual.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la efectividad y seguridad de UPA en la práctica clínica real en pacientes con AR.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes con AR tratados con UPA desde Dic-20 hasta Dic-21 en el Hospital Universitario de Guadalajara. Se realizó un análisis descriptivo de los datos demográficos y características clínicas basales de los pacientes incluidos. Se recogió la proporción de pacientes que alcanzaron la remisión y baja actividad de la enfermedad por CDAI y DAS28-PCR, así como la media de CDAI y DAS28-PCR, a los 3 y 6 meses de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes con AR tratados con UPA durante el periodo de estudio. El 91% (20) eran mujeres, con una edad media de $57,90 \pm 12,16$ años, y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de $11,10 \pm 10,4$ años (tabla). Todos los pacientes habían recibido al menos un FAMEb biológico (FAMEb) previo. Solo un 36% había recibido un FAMEb previo, mientras que el 64% había recibido 2 o más FAMEb antes del tratamiento con UPA. El 59% recibieron UPA en monoterapia y el 50% recibían corticoides concomitantes (tabla). Todos los pacientes tenían actividad alta de la enfermedad por CDAI en el momento basal, con un CDAI medio (DE) de $32,7 (7,3)$; 14% y 8% tenían actividad alta y moderada de la enfermedad por DAS28-PCR, respectivamente; con una media DAS28-PCR (DE) de $5,2 (0,9)$ (tabla). La media del CDAI y DAS28-PCR basal, a los 3 y 6 meses, se presentan en la figura 1. A los 3 meses, todos los pacientes continuaban con UPA, 3 (13%), 12 (54%) y 7 (31%) pacientes se encontraban en remisión, baja o moderada actividad de la enfermedad por DAS28-PCR, respectivamente; y 3 (14%), 18 (82%) y 1 (5%) se encontraban en remisión, baja o moderada actividad de la enfermedad por CDAI, respectivamente (fig. 2). A los 6 meses, 16 pacientes habían completado el seguimiento, mientras que 4 pacientes, que continúan en el estudio, no lo habían completado. De los 16 pacientes que tenían datos a los 6 meses, 6 (27%) y 10 (45%) se encontraban en remisión y baja actividad de la enfermedad por DAS28-PCR, respectivamente; y 3 (14%), 11 (50%) y 2 (9%) se encontraban en remisión, baja o moderada actividad de la enfermedad por CDAI, respectivamente (fig. 2). Un 91% (20) de los pacientes mantiene el tratamiento en el momento de la recogida de datos. Dos pacientes suspendieron el tratamiento con UPA por eventos adversos (malestar general y molestias gastrointestinales, respectivamente). No hubo otros eventos adversos a destacar, ni casos de enfermedad tromboembólica (ETV) o herpes zóster durante el periodo de estudio.

Tabla 1.

Características demográficas y clínicas basales

Número de pacientes	22
Mujeres (%)	20 (90%)
Edad. Media (DE)	57.90 ± 12.16
T. enfermedad Media (DE)	11.10 ± 10.4
Corticoides concomitantes (%)	11 (50%)
Intolerancia a scFAME (%)	15 (68%)
Monoterapia (%)	13 (59%)
bFAME previos	
1(%)	8(36%)
2(%)	7 (32%)
≥3(%)	7(32%)
CDAI >11 (%)	22 (100%)
DAS28 >5.1 (%)	14(64%)
DAS28 Media (DE)	5.2 ± 0.9
CDAI Media (DE)	32.7 ± 7.3
NAD Media (DE)	9.3 ± 4.4
NAT Media (DE)	6.1 ± 2.7
PCR (mg/L) Media (DE)	15.1 ± 6.8

T, tiempo; DE, desviación estándar; CDAI, clinical disease activity index; DAS28, disease activity score 28joints; NAD, número de articulaciones dolorosas; NAT, número de articulaciones tumefactas; PCR, proteína C reactiva

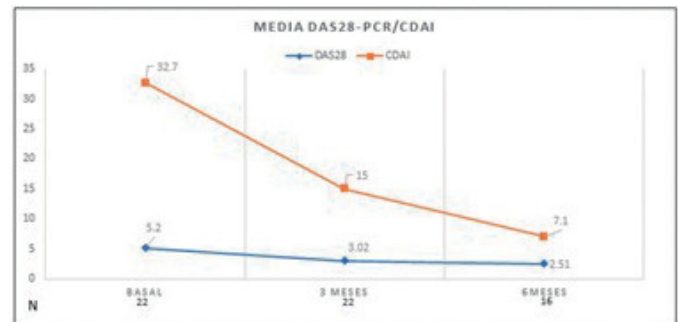


Figura 1. Media DAS28-PCR y CDAI basal, 3 y 6 meses

Figura 1. Media DAS28-PCR y CDAI basal, 3 y 6 meses.

Actividad por DAS28-PCR	Basal	3 meses	6 meses*^
Remisión <2.6	0	3 (13%)	6 (27%)
Baja 2.6-<3.2	0	12 (54%)	10 (45%)
Moderada 3.2-5-1	8 (36%)	7 (31%)	0
Alta >5.1	14 (64%)	0	0

*4 pacientes no han completado 6 meses de tratamiento. ^2 pacientes suspendieron por EA

Actividad por CDAI	Basal	3 meses	6 meses*^
Remisión ≤ 2.8	0	0	3 (14%)
Baja 2.8-10	0	3 (14%)	11 (50%)
Moderada 10-22	0	18 (82%)	2 (9%)
Alta >22	22 (100%)	1 (5%)	0

*4 pacientes no han completado 6 meses de tratamiento. ^2 pacientes suspendieron por EA

Figura 2. Proporción de pacientes en remisión, baja, moderada o alta actividad de la enfermedad por DAS28-PCR y CDAI

Figura 2. Proporción de pacientes en remisión, baja, moderada o alta actividad de la enfermedad por DAS28-PCR y CDAI.

Conclusiones: Este estudio en práctica clínica habitual describe la efectividad de UPA para el tratamiento de pacientes con AR. Todos los pacientes habían tenido fallo al menos a un FAMEb previo, y un porcentaje importante de pacientes alcanzaron remisión o baja actividad de la enfermedad a los 6 meses de tratamiento. No se presentaron eventos adversos no descritos en la ficha técnica.

RC23. MEJORÍA SIGNIFICATIVA DE AFECTACIÓN CUTÁNEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA TRAS TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MÉDULA ÓSEA: EXPERIENCIA A LARGO PLAZO DE 2 CASOS

F.M. Ortiz Sanjuán, S. Leal Rodríguez, E. Grau García, C. Riesco Bárcena, A.V. Huaylla Quispe, C. Pávez Perales, M. de la Rubia, I. Martínez Cordellat, L. Más Sánchez, P. Muñoz Martínez, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuixech, J. Oller Rodríguez, E. Vicens Bernabéu, I. Cánovas Olmos, J.J. Fragio Gil, 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) es una enfermedad autoinmune multisistémica a menudo refractaria a terapia convencional. El trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos de médula ósea (TAPH) se ha mostrado eficaz en casos aislados o series pequeñas de pacientes con ES grave.

Objetivos: Describimos dos casos de pacientes diagnosticados de ES con afectación cutánea que han presentado mejoría significativa a corto y largo plazo tras la realización de un TAPH.

Métodos: Se realizó TAPH en 2 pacientes. Uno de ellos con afectación cutánea difusa, gastrointestinal y úlceras digitales y otro paciente con afectación cutánea, primordialmente facial y afectación pulmonar. El régimen mieloablatoivo incluyó ciclofosfamida (dosis: 1,5 g/m²) y globulina antitumoral. La indicación de TAPH se basó en la refractariedad a tratamientos previos, la afectación cutánea severa (paciente 1), la afectación pulmonar y cutánea fundamentalmente facial (paciente 2) y la demanda de las propias pacientes.

Resultados: Dos pacientes, de 41 y 43 años y con una duración de la enfermedad previa al TAPH de 2,7 años y 2 años respectivamente. Previamente al TAPH, la paciente 1 sufría esclerodermia difusa con un score de Rodnan modificado de 27 puntos, recurrentes episodios de fenómeno de Raynaud (FR), múltiples úlceras digitales y positividad para anticuerpos anti-RNA-polimerasa III. La paciente 2 presentaba disnea a mínimos esfuerzos, neumonía intersticial fibrosa (NINE), FR, esclerodactilia, microstomía, un Rodnan score modificado de 18 puntos con afectación principalmente facial y positividad para anticuerpos Anti-Scl 70. Ambas pacientes, además de corticoesteroides a dosis bajas, habían recibido previamente bosentan e inmunosupresores: metotrexato, rituximab (paciente 1) y ciclofosfamida (paciente 2), sin mejoría. Tras la realización de TAPH, las pacientes experimentaron mejoría significativa a nivel cutáneo. Los cuadros de úlceras digitales (paciente 1) y FR (pacientes 1 y 2) presentaron mejoría con significativa atenuación de la frecuencia e intensidad de aparición de dicha clínica. La afectación pulmonar (paciente 2) ha permanecido estable sin objetivarse empeoramiento de parámetros de espirometría o de pruebas de imagen. No se ha objetivado progresión de enfermedad en ninguna de nuestras pacientes. Ninguna de las pacientes presentó complicaciones significativas después del TAPH. La paciente 1 presentó fiebre de origen desconocido el día 06 post-TAPH, quedando afebril tras instauración de tratamiento antibiótico de amplio espectro. Tras un seguimiento de 6 y 5 años respectivamente, no se han observado eventos adversos de interés. El score de Rodnan modificado se redujo de 26 a 6 puntos en la paciente 1 y de 18 a 3 puntos en la paciente 2. La dosis de prednisona se redujo en los primeros 12 meses post-TAPH de 5 mg/día a 0 mg/día (paciente 1) y de 7,5 mg/día a 2,5 mg/día (paciente 2). La dosis acumulada de prednisona entre el primer y el quinto año postrasplante fue 0 mg (paciente 1) y 30 mg (paciente 2). **Conclusiones:** El TAPH parece mostrarse efectivo en casos en ES refractaria a terapia convencional. Es imprescindible la colaboración de un Servicio de Hematología experto en TAPH. La afectación cutánea severa de nuestras pacientes presentó mejoría significativa. En nuestros pacientes, los buenos resultados se mantienen en el largo plazo.

RC24. ESCASO EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON COLECALCIFEROL EN LOS NIVELES DE VITAMINA D EN PLASMA

M. González Fernández, E. Garmendia Sánchez, M.C. Modesto Caballero, J. Arostegui Lavilla, J. Duruelo Echebarrieta, J. Atxotegi Sáenz de Buruaga, M. Nathali R. Zavaleta, E. Barahona García, C. Vázquez Puente y F. Pérez Ruiz

Hospital Universitario de Cruces. Bilbao.

Introducción: La deficiencia de vitamina D se observa en más del 50% de la población occidental. Se han realizado estudios de hipovitaminosis D en enfermedades reumáticas (Urruticoechea-Arana et al.) en los cuales no se han comunicado resultados según el tipo de tratamiento prescrito.

Objetivos: Evaluar según el tipo de tratamiento prescrito y por estratos etarios, si existen diferencias en los niveles de 25-hidroxivitamina D (25OH-D).

Métodos: Análisis transversal de datos, de una cohorte de inceptión con reclutamiento prospectivo de casos de pacientes con artritis por pirofosfato y controles, en los que se compararon los niveles de 25OH-D según el tratamiento prescrito y por estratos etarios. Se han considerado niveles aceptables de 25OH-D mayores o iguales de 20 ng/mL (≥ 20).

Resultados: De un total de 600 casos y controles, en 536 pacientes se disponía de los niveles de 25OH-D. No existían diferencias significativas entre grupos ($p = 0,38$), ni en edad, sexo ni en tipo de tratamiento, por lo que se analizaron los datos de forma conjunta. Los datos analizados en el estudio se muestran en las tablas.

Pacientes con niveles de 25OH-D N = 536	Niveles 25OH-D (ng/mL)	Pacientes (%) con ≥ 20 ng/mL
Sin tratamiento N = 455	17 \pm 10	139/455 (31%)
Colecalciferol N = 57	20 \pm 13	25/57 (44%) **
Calcifediol N = 24	38 \pm 14 *	21 (88%) ***

* $p < 0,01$ significativo comparando todos los grupos. ** $p < 0,05$ significativo respecto a los no tratados. *** $p < 0,01$ significativo comparando todos los grupos.

Estratos etarios (N = 536)	Pacientes (%) con tratamiento	Niveles medios de 25OH-D	Pacientes (%) con ≥ 20 ng/mL
40 a 60 años N = 56	10/56 (18%)	19 \pm 11	22/56 (39%)
60 a 80 años N = 353	51/353 (14%)	19 \pm 11	130/353 (37%)
80 a 100 años N = 127	19/127 (15%)	16 \pm 11****	33/127 (26%)

**** $p < 0,05$ significativo respecto al grupo de los 60-80 años.

Conclusiones: En situación de práctica clínica habitual el suplemento con calcifediol consigue unos niveles más adecuados de vitamina D que el suplemento con colecalciferol. La principal limitación de nuestro estudio es la no disponibilidad de datos de adherencia al tratamiento de los pacientes.

RC25. PERCEPCIÓN DE LOS SANITARIOS ACERCA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SENSIBILIDAD CENTRAL (SSC)

G. Ariel Ghio¹, A.J. Falcón Marchena², C.I., Donoso Isla³, J. Torguet Carbonell¹, J. Bernárdez Moreno¹, Á. Jaén Manzanera⁴, N. Jiménez⁵, G. Salvador Alarcón¹ y S. Martínez Pardo¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mutua de Terrassa.
²Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Mutua de Terrassa.
³Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari Mutua de Terrassa.
⁴Unidad de Investigación. Hospital Universitari Mutua de Terrassa.
⁵Unidad de Investigación. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: El síndrome de sensibilidad central, integra varios cuadros clínicos, como la fibromialgia (FM) y la fatiga crónica. En España su prevalencia ronda el 2,37%. Son muy pocos los estudios que muestran la actitud de los profesionales sanitarios, sus percepciones y recursos terapéuticos al abordar a los pacientes con SSC.

Variables sociodemográficas		
Categoría profesional	(N =)	%
Médicos	127	63,5%
Enfermeros	51	25,5%
Fisioterapeutas	15	7,5%
Psicólogos	4	2%
Otros ¹	3	1,5%
Servicio	(N =)	%
MFyC	50	25%
Rehabilitación	28	14%
Medicina Interna	17	8,5%
COT	16	8%
Reumatología	15	7,5%
Psiquiatría	16	8%
Urgencias	10	5%
Neurología	6	3%
Anestesia y Reanimación	1	0,5%
Otros ²	43	21,5%
Área de desarrollo	(N =)	%
Hospitalaria	141	70,5%
CAP	54	27%
Centro Socio-sanitario	3	1,5%
Otro ³	2	1%
	Mediana	Rango IC (25%-75%)
Años de ejercicio profesional	10	3 - 22
Encuesta		
Utilidad y uso de la escala analgésica de la OMS	(N =)	%
Sí	86	71,07%
No	24	19,83%
No lo sé	11	9,09%
Aplicabilidad de la escala de la OMS	(N =)	%
Sí	47	23,5%
No	80	40%
No lo sé	73	36,5%
Tratamientos	(N =)	%
AINES	52	26%
Derivados mórficos	36	18%
Antidepresivos	62	31%
Gabaérgicos	71	35,5%
Hábitos alimentarios	1	0,5%
Ejercicio físico	164	82%
Terapia grupal	142	71%
Otro ⁴	14	7%
Primera opción terapéutica	(N =)	%
Antidepresivos	38	34,23%
AINES	26	23,42%
Gabaérgicos	7	6,31%
Derivados mórficos	5	4,50%
Otro ⁵	35	31,53%
Cómo te sientes a la hora de asistir estos pacientes	(N =)	%
Entusiasmado	4	2,03%
Bien	23	11,68%
Indiferente	66	33,50%
Desanimado	76	38,58%
Molesto	28	14,21%
Tienes en cuenta las unidades especializadas	(N =)	%
Sí	97	48,99%
No	60	30,30%
No lo sé	41	20,71%
Crees que las unidades mejoran la atención	(N =)	%
Sí	129	64,82%
No	8	4,02%
No lo sé	62	31,16%

¹Trabajador social (2), Auxiliar Enfermería (1), ²UCI (17), Neurocirugía (6), Digestivo (5), Neumología (4), Hematología (3), Geriátrica (2), Ginecología (2), Cirugía general (1), M. Infecciosa (1), Oncología (1), Urología (1), ³Otro: múltiples. ⁴Psicoterapia o terapia cognitivo-conductual (7), Fisioterapia (1), Medicina Alternativa (1), Neurolépticos (1), Aumento de la calidad laboral (1), Terapias manuales (1), Sexo (1), Ninguna (1), ⁵Otros: paracetamol 33 (29,72%); ninguno 1 (0,90%); varios 1 (0,90%). SSC: Síndrome de Sensibilidad Central. FM: Fibromialgia. MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología; CAP: Centro de Atención Primaria; AINES: Anti-inflamatorios No Esteroides; AP: Atención Primaria.

Objetivos: Describir la percepción, actitud y herramientas (escalas terapéuticas de dolor, fármacos) de los profesionales sanitarios en el abordaje de pacientes con SSC-FM a través de un cuestionario *ad-hoc* en un Hospital Universitario y sus centros de referencia (centros de atención primaria y hospital sociosanitario).

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, realizado entre los meses de julio y octubre del año 2021, mediante una encuesta *ad hoc* auto-administrada y anónima, a 200 sanitarios, mayoritariamente del ámbito hospitalario y atención primaria. La encuesta presenta dos dominios, el primero con datos sociodemográficos y el segundo, que aborda temas como tratamientos, estados de ánimo, creencias, etc. Se realizó análisis descriptivo y bivariados mediante pruebas χ^2 o Fisher.

Resultados: De los 200 encuestados, un 70% (n = 140) eran mujeres. La edad media fue de 38 años (DE \pm 11 años) y la mayoría eran médicos (63,5%) o enfermeros (25,5%). El 76,5% (n = 153) de los encuestados cree que la escala analgésica de la OMS no es aplicable o duda de su utilidad en los pacientes con SSC/FM. El 71% (n = 86) de los médicos utilizan el primer escalón de la misma (AINES o Paracetamol) cuando pautan tratamiento. Fuera de estos, la familia de fármacos más prescritos como primera opción terapéutica, son los antidepresivos 34% (n = 38). El 82% cree que el ejercicio físico y un 71% que la terapia grupal, beneficiaría a los pacientes con SSC-FM. En cuanto a las unidades especializadas un 51% (n = 101) de entrevistados no las contempla en el tratamiento o no sabe de su existencia, aunque un 65% (n = 129) cree que mejorarían la atención de los pacientes con SSC. Un 88% (n = 170) refiere que tener el antecedente de SSC influye negativamente en la atención que el paciente recibe, y un 52,79% (n = 104) se siente desanimado o molesto a la hora de asistirlos. El análisis bivariado mostró que los médicos refieren, en mayor medida, connotaciones negativas (desánimo o molestia) en la atención de estos pacientes, respecto a los enfermeros y otros profesionales de la salud (64,6% vs. 29,17% vs. 36,36%; p < 0,001). Respecto a la influencia en la atención sanitaria condicionada por el diagnóstico de SSC, se observó que más enfermeros que médicos creen que el antecedente no influye (12,77% vs. 4,76% p < 0,05).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que, si bien gran parte de los sanitarios cree que la escala analgésica de la OMS no es aplicable a estos pacientes, si bien, por ausencia de otras mejores, es la más utilizada. Para muchos sanitarios, el antecedente de fibromialgia influye, de forma negativa, sobre la atención que reciben los pacientes; además un alto porcentaje, sobre todo médicos, manifiesta sentirse desanimado o incluso molesto a la hora de asistirlos pudiendo así dificultar una óptima práctica asistencial.

RC26. CONSULTA TELEMÁTICA A TRAVÉS DE CHATBOT DE WHATSAPP EN PACIENTES ESTABLES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA: EXPERIENCIA A 10 MESES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M.L. García Vivar¹, N. Rivera², E. Galíndez-Agirregoikoa¹, E. Cuende¹, A.R. Intxaurre Pellejero¹, J.M. Blanco Madrigal¹, L. Vega¹, C. García¹, M. Enjuanes¹, O.B. Fernández-Berrizbeitia¹, I. Calvo-Zorrilla³, R. Expósito¹, M.E. Ruiz Luca¹, I. Torre-Salaberri¹ y Grupo INNOBIDE⁴

¹Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ²Biocruces Bilbao Bizkaia.

³Hospital Galdakao. Vizcaya. ⁴Grupo INNOBIDE formado por gestores, clínicos, informáticos e investigación de Hospital Universitario Galdakao, clínicos de Hospital Universitario Basurto y con el apoyo de ARAIA SL.

Introducción: El uso de telemedicina en Reumatología ha sido anecdótico hasta que la pandemia por COVID ha obligado a utilizar alternativas a la visita presencial. Durante el confinamiento proliferaron las consultas telefónicas y las videollamadas, pero la vuelta a la actividad favorece un modelo de teleconsulta asincrónica. En este

estudio utilizamos un chatbot creado específicamente en la plataforma de Whatsapp para obtener los PROMs de los pacientes con espondiloartritis (EspA) axial (BASDAI, EVA de valoración global de la enfermedad por parte del paciente, ASDAS, y 3 preguntas para las manifestaciones extraarticulares).

Objetivos: Demostrar que la teleconsulta mediante Whatsapp no es inferior a la consulta presencial en el control clínico en pacientes con EspA axial, y consume menos tiempo y recursos. Describir el perfil de paciente que prefiere esta modalidad de consulta.

Métodos: Estudio prospectivo con control retrospectivo que incluye pacientes que cumplen criterios ASAS de EspA axial reclutados entre 01/01/2021 y 30/11/2021, en TB y con enfermedad controlada un año previo a su inclusión (BASDAI < 4, ASDAS < 2,1 o si no es preciso cambio de dosis o de TB). Se ofrecen 2 consultas telemáticas (cada 4 meses) y una presencial final (al año de la basal). Si hay una desviación relevante en los resultados analíticos o en los PROMs, o si el paciente así lo solicita (posible a través del Whatsapp), es contactado por el reumatólogo/enfermera a cargo, que resuelve la consulta telefónicamente o con cita presencial. Las variables recogidas son demográficas (edad, género, empleo, uso de dispositivos móviles), duración y características de la enfermedad, tratamiento actual y previo, datos de actividad (BASDAI, PCR, ASDAS), función física (BASFI), calidad de vida (AsQoL) y productividad (WAPAI). Se recogen también el número de consultas telefónicas y de visitas presenciales y las preferencias del paciente.

Resultados: Resultados preliminares (10 meses). Incluimos 62 pacientes (52 hombres), con edad media de 47,7 años (rango 26-72), En la inclusión solo el 36% tenían menos de 45 años; 90% cumplían criterios de EspA axial radiográfica, y eran HLA B27 +, con enfermedad evolucionada (media de 24 años). Solo 6 pacientes tenían EspA no radiográfica y menos de 5 años de evolución. 16% presentaban afectación periférica (artritis/dactilitis), y 40% manifestaciones extraarticulares, principalmente uveítis (20%). 70% recibían su primer biológico (casi todos adalimumab), 24% eran refractarios a uno, 3 pacientes a 2 TB y un paciente a 5 TB previos. La mitad estaba con antiTNF a dosis reducida o espaciada. En el seguimiento a 10 meses se han realizado 109 teleconsultas programadas, 36 consultas telefónicas y 10 visitas presenciales. Hasta ahora 3 pacientes optimizados han vuelto a dosis estándar de TB pero no se ha realizado ningún cambio de fármaco.

Conclusiones: Consideramos que la teleconsulta asincrónica es muy interesante para seguimiento en pacientes con enfermedades reumáticas estables, porque interfiere menos con las actividades cotidianas y consume menos tiempo y recursos del paciente y del sistema, sin afectar a su control clínico ni mermar la calidad de la asistencia. Con los datos finales intentaremos caracterizar un perfil de paciente más proclive a este tipo de teleconsultas.

RC27. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN UNA COHORTE DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M.T. Moriel Coronado^{1,2,3}, J.M. Sequi-Sabater^{1,2,3}, R. Ortega-Castro^{1,2,3}, R. Granados^{1,2,3}, S. Dans-Caballero^{1,2,3}, P. Font-Ugalde^{1,2,3}, J. Calvo-Gutiérrez^{1,2,3}, R. López-Pedrerá^{2,3}, A. Escudero-Contreras^{1,2,3}, E. Collantes-Estévez^{1,2,3} y M.A. Aguirre Zamorano^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Departamento de Medicina (Medicina, Dermatología y Otorrinolaringología). Universidad de Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: El síndrome de Sjögren es la enfermedad autoinmune sistémica más frecuente en nuestro medio. Se caracteriza por presentar sequedad oral y ocular junto con positividad de Anticuerpos antinucleares. Una parte sustancial de estos pacientes presentan

afectación sistémica. El objetivo de este estudio es describir una cohorte de pacientes diagnosticados de Síndrome de Sjögren Primario desde el año 2012 hasta 2020, destacando la sintomatología, serología, afectación sistémica y tratamiento.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional, ambispectivo de una cohorte de 119 pacientes con síndrome de Sjögren primario procedentes de la UGC de Reumatología del hospital Reina Sofía de Córdoba. Los pacientes fueron clasificados cómo síndrome de Sjögren Primario según los criterios ACR-EULAR 2016⁵.

Resultados: De los 119, 114 (95%) eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 56 ± 13,95 años. El 87,4% de los pacientes presentaron xerostomía y el 83,2% xeroftalmia. Presentaban artralgiás el 58,8% de los pacientes y artritis el 10,9% de ellos. El 12,6% presentaron fenómeno de Raynaud y un 16% lesiones cutáneas (tabla 1). A nivel serológico, 103 pacientes (86,6%) presentó ANA+ siendo de ellos un 58,8% positivos para anti-Ro y un 21,8% positivo para anti-La. Un 36,1% presentó Factor Reumatoide positivo y en algún momento de su evolución un 21,8% de la muestra tuvo una Velocidad de sedimentación globular elevada (tabla 2). Se realizó gammagrafía de glándulas salivares en un 57,1% y biopsia de glándulas salivares menores en el 22,7% de los pacientes (tabla 3). En cuanto a las manifestaciones clínicas, 17,69% de la muestra presentó afectación del sistema nervioso periférico y afectación del Sistema nervioso central en un 2,5% de la cohorte, el 16,8% de los pacientes presentaron afectación pulmonar con neumopatía intersticial pulmonar en un 11,89% de los pacientes. El 15,19% de los pacientes presentaron afectación renal. El 12,6% de los pacientes presentaron síndrome constitucional, 6,7% linfadenopatías y un 3,4% hipertrofia parotídea. La miositis se presentó en un 1,7% de los pacientes (tabla 4). En nuestra cohorte, 5 pacientes (4,2%) han presentado linfoma (2 linfoma MALT, 2 Hodgkin, 1 linfoma B) (tabla 5). En cuanto al tratamiento; el más prevalente fue la hidroxicloroquina (65,5%) seguido de los corticosteroides (26,9%) y el metotrexato (10,1%) El 42% de los pacientes se trataron con clorhidrato de pilocarpina para mejorar el síndrome seco, presentando intolerancia un 64,7% de ellos.

Tabla 1: Manifestaciones clínicas.

Clínica	SI	No
Xerostomía	104 (87.4%)	15 (12.6%)
Xeroftalmia	99 (83.2%)	20 (16.8%)
Linfadenopatía	8 (6.7%)	111 (93.3%)
Hipertrofia Parotídea	4 (3.4%)	115 (96.6%)
Artralgiás	70 (58.8%)	49 (41.2%)
Artritis	13 (10.9%)	106 (89.1%)
Fotosensibilidad	22 (18.5%)	97 (81.5%)
Lesiones cutáneas	19 (16%)	100 (84%)
Aftas	13 (10.9%)	106 (89.1%)
Raynaud	15 (12.6%)	104 (87.4%)
Púrpura	1 (0.8%)	117 (98.3%)
Sdr. Constitucional	15 (12.6%)	104 (87.49%)

Tabla 2: Serología

Serologías	SI	NO
ANA +	103 (86.6%)	16 (13.4%)
Anti Ro +	70 (58.8%)	49 (41.2%)
Anti La +	26 (21.8%)	93 (78.2%)
FR	43 (36.1%)	76 (63.9%)
Hipo C3	3 (2.5%)	116 (97.5%)
Hipo C4	5 (4.2%)	114 (95.8%)
Hiper IgG	19 (16%)	100 (84%)
VSG elevada	19 (16%)	93(78.2%)

Tabla 3: Pruebas Complementarias realizadas:

	Realizada	SI	NO
Test de Schirmer	63 (52.9%)	41 (34.5%)	24 (20.2%)
Gammagrafía	68 (57.1%)	63 (52.9%)	5 (4.2%)
Biopsia salivar	27 (22.7%)	26 (21.8%)	1 (0.8%)

Tabla 4: Manifestaciones sistémicas.

Afectación Sistémica	Actual
Afectación pulmonar intersticial	14 (11.8%)
Afectación SNP	21 (17.6%)
Afectación SNC	3 (2.5%)
Afectación Renal	18 (15.1%)
Linfoma	5 (4.2%)
Miositis	2 (1.7%)

Tabla 5: Tratamientos.

	SI	NO
Corticoesteroides	32 (26.9%)	87 (73.1%)
Hidroxicloroquina	78 (65.5%)	41 (34.5%)
Metotrexato	12 (10.1%)	106 (89.1%)
Azatioprina	1 (0.8%)	117 (98.3%)
Pilocarpina	50 (42%)	69 (58%)

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren primario, existe una prevalencia importante de manifestaciones sistémicas destacando las manifestaciones del sistema nervioso periférico, la afectación renal y la pulmonar. La incidencia de linfoma es igualmente destacable presentándose el 4,2% de los pacientes.

RC28. PROTEIN CARGO OF SERUM EXOSOMES REVEALS THE DIFFERENT INFLAMMATORY MECHANISMS BETWEEN RHEUMATOID ARTHRITIS AND OSTEOARTHRITIS

B. Hernández Breijo¹, R. Navajas², C.M. Brenis¹, Ch. Plasencia-Rodríguez^{1,3}, A. Martínez-Feito^{1,4}, D. Benavent³, P. Bogas³, C. Tornero³, M. Novella-Navarro^{1,3}, E. Calvo-Aranda⁵ and A. Balsa^{1,3}

¹Immuno-Rheumatology Research Group. Hospital La Paz Institute for Health Research-IdiPAZ. Madrid. ²Functional Proteomics Facility. Centro Nacional de Biotecnología (CNB-CSIC). ProteoRed-ISCIII. Madrid.

³Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid. ⁴Immunology Unit. La Paz University Hospital. Madrid. ⁵Rheumatology. Infanta Leonor University Hospital. Madrid.

Introduction: Exosomes are involved in several cellular mechanisms and physiological processes such as cell communication. In addition, it has been suggested that they contribute to the spread of inflammation. Exosomes carry a complex and heterogeneous cargo, related to the characteristics of their parent cell and the microenvironment, modulating the response of the target cell.

Objectives: This study aims to characterize the serum exosomes from rheumatoid arthritis (RA) and osteoarthritis (OA) samples by evaluating their size, concentration, origin and protein composition. All this as a whole to understand exosome contribution in the different mechanisms involved in inflammation.

Methods: 17 patients (9 RA and 8 OA) over 18 years from La Paz and Infanta Leonor University Hospitals were included. Serum samples were obtained of peripheral blood of patients who arrived to rheumatology departments with a flare. Furthermore, 5 healthy controls (HC) were included. Serum exosomes were isolated by size exclusion chromatography (SEC). Exosome-enriched fractions are first characterized by Nanoparticle Tracking Analysis to determine vesicle size and concentration. Next, the exosomal origin of the isolates was determined and assessed by exosome surface markers (CD9, CD14, CD3, CD19 and HLA-DR) confirmation using flow cytometry using CD63-coated beads. Prior to perform the proteomic analysis, exosome fractions were concentrated and lysed as previously described¹. Samples were then subjected to shotgun LC-MS/MS analysis using a nano liquid chromatography system coupled to an Orbitrap Exploris 240 mass spectrometer. Label-free quantitative proteomics was applied to analyse relative abundance differences between the exosomes of RA and OA. Functional analysis by Ingenuity pathway analysis (IPA) tool was performed to identify the highlighted molecular pathways related to the differential proteins identified.

Differentially-regulated proteins (FDR < 1%, at peptide level) obtained in the label-free proteomics analysis of serum purified exosomes from RA and OA samples. Only statistically significant proteins (q < 0.1) are shown

Enhanced in OA (gene code)	Enhanced in RA (gene code)	Log ₂ (RA/OA)	q-value
ANXA2		-7.6	< 0.05
FLG		-6.5	< 0.05
FABP5		-6.2	< 0.1
SPRR1B		-5.0	< 0.1
ASPRV1		-4.7	< 0.1
SFN		-4.7	< 0.05
JUP		-4.2	< 0.1
DSG1		-4.0	< 0.1
KRT5		-3.6	< 0.05
IGHV1-8		-3.5	< 0.1
S100A7		-3.4	< 0.1
IGKV1D-13		-3.3	< 0.1
TUBA1A		-3.1	< 0.1
DSP		-2.7	< 0.05
KRT1		-1.3	< 0.01
	A2M	0.4	< 0.1
	APOB	0.4	< 0.01
	FN1	0.6	< 0.05
	APOA1	0.8	< 0.1
	PROS1	1.0	< 0.05
	C4BPA	1.1	< 0.01
	CLU	1.2	< 0.1
	F2	1.4	< 0.01
	C1S	1.5	< 0.1
	FCGBP	1.5	< 0.01
	TNC	1.6	< 0.1
	SERPINC1	1.6	< 0.01
	C1R	1.7	< 0.01
	VTN	1.8	< 0.05
	LRP1	1.9	< 0.05
	SERPINA1	1.9	< 0.1
	HRG	2.0	< 0.05
	SERPINA3	2.4	< 0.1
	MBL2	3.0	< 0.1
	PCSK9	3.4	< 0.05
	FGB	3.4	< 0.01
	FGG	3.6	< 0.05
	SAA2-SAA4	3.7	< 0.05
	IGLV3-9	3.7	< 0.1
	PZP	3.8	< 0.05
	IGHV4-34	3.9	< 0.1
	SAA2	4.6	< 0.1
	SAA1	4.7	< 0.01
	IGKV6-21	4.7	< 0.1
	LRP10	5.4	< 0.1

Results: We found that exosomes from HC samples were smaller and more concentrated than exosomes from RA and OA samples (size (nm): HC = 127 (119-131), RA = 199 (182-219), OA = 168 (159-196); concentration (10^9 particles/mL): HC = 6.5 (0.3-1.5), RA = 0.8 (0.4-1.2), OA = 0.7 (0.4-1.1)). However, there were not significant differences between RA and OA (Fig. 1). Furthermore, flow cytometry analyses showed RA exosomes mainly derived from antigen presenting cells (CD14, HLA-DR, CD19) compared with those from OA and HC samples which presented similar profile (Fig. 2). In addition, quantitative proteomic analyses allowed us to identify 45 differentially-regulated proteins between RA and OA (Table). Functional analysis (IPA) of differential proteomics results showed increased

exosomal protein expression from RA patients relative to OA mainly related to the activation of IL6 signaling pathways ($p < 10^{-9}$), and exosome protein upregulation from OA patients relative to RA primarily linked to the activation of ROCK2 ($p < 10^{-7}$) (Fig. 3).

Conclusions: Our results showed a differential profile of serum purified exosomes from RA and OA patients that may differentially contribute to the pathophysiology of these rheumatic diseases. These results also highlighted the fact that exosomes could be a promising source of disease protein biomarkers, although the presented the differential proteins presented need further validation.

Bibliography

1. Navajas R, et al. Methods Mol Biol. 2019;1959:39-50.

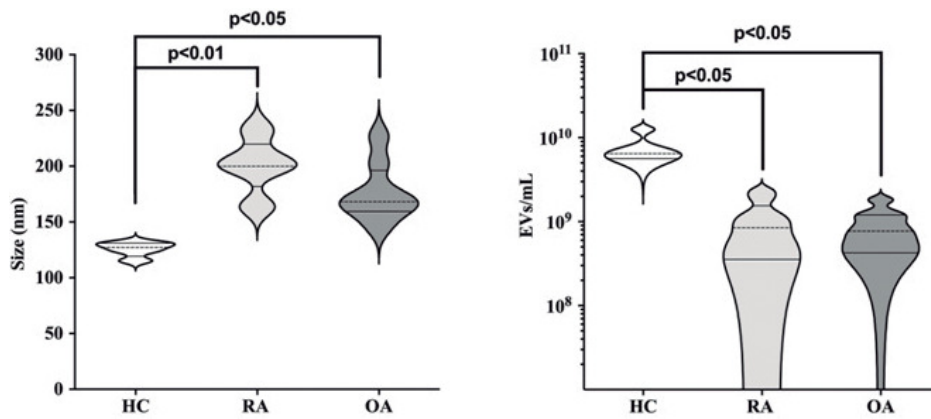


Figure 1. Size and concentration of serum exosomes-enriched fractions from HC, RA patients and OA patients.

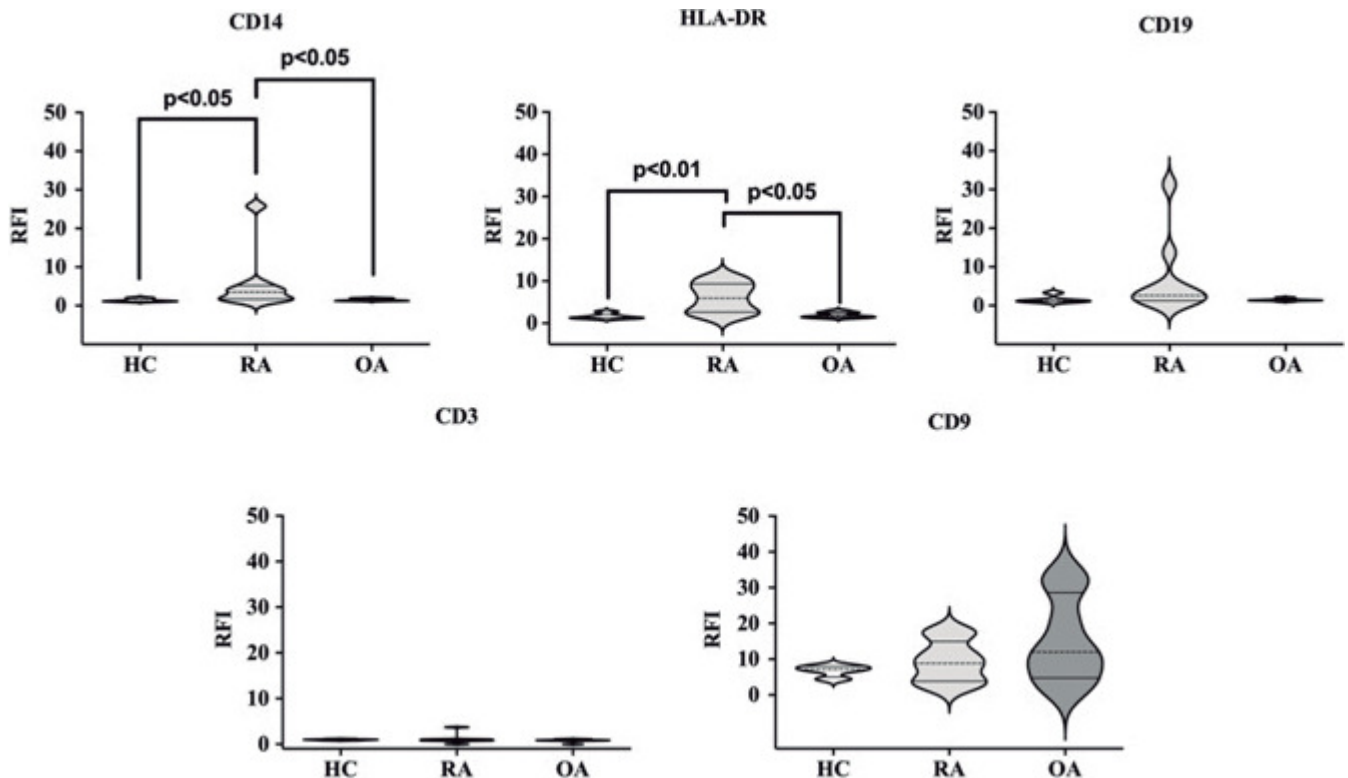


Figure 2. Evaluation of exosomes surface markers (CD9, CD14, CD3, CD19 and HLA-DR) by flow cytometry.

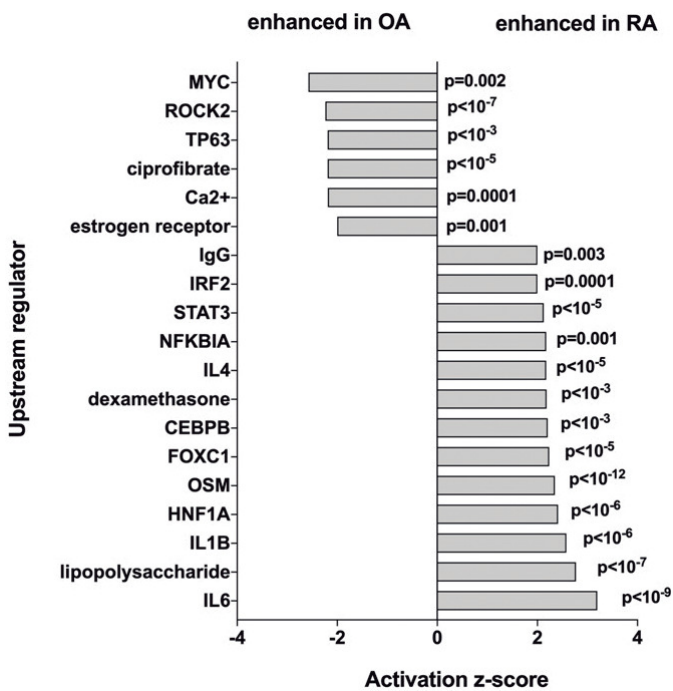


Figure 3. Functional analysis (IPA) for identification of the highlighted molecular pathways related to the differential proteins identified by proteomics of the cargo of serum exosomes from RA and OA patients.

RC29. EFECTIVIDAD DE GUSELKUMAN EN ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

N. Costas Torrijo¹, I. de la Morena¹, J.J. Sanmartín², D. Bedoya Sanchis², E. Montesinos Villaescusa³, L. Martínez Casimiro³, S. Porcar Saura³ y P. Trenor Larraz¹

¹Reumatología. Hospital Clínic Universitari de Valencia. ²Reumatología. INCLINVA Institut d'investigació sanitària. Valencia. ³Dermatología. Hospital Clínic Universitari de Valencia.

Introducción: El guselkuman es un anticuerpo monoclonal controla la IL23, fármaco biológico con indicación para tratamiento de psoriasis en placas y artritis psoriásica según la EMA. Hay dos estudios aleatorios, doble ciego, versus placebo, en fase III (DISCOVER 11 y DISCOVER 22) que evalúan la eficacia y seguridad vs. placebo en artritis psoriásica. En el DISCOVER1 el 31% de los pacientes habían recibido AntiTNF. Los resultados mostraban que guselkumab mejoraba de forma significativa los índices de actividad a la semana 24. El *endpoint* primario era ACR 20 a la semana 24. La respuesta clínica se mantuvo hasta la semana 52, medido con ACR 20/50/70, DAS 28 (PCR) y PASI.

Objetivos: Evaluar la respuesta a guselkumab en pacientes con artritis psoriásica en tratamiento por indicación de dermatología por afectación cutánea.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyen pacientes con artritis psoriásica (cumpliendo criterios CASPAR) tratados con Guselkumab por dermatología e indicación cutánea. En este estudio se valora el IMC, dominios afectados, tratamientos recibidos previamente, tratamientos concomitantes, PASI al inicio de tratamiento, a la semana 12 y 24, y actividad articular medida con DAPSA al inicio, a la semana 12 y 24.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, 5 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 50 ± 7,9 años, un IMC medio de 33,13 ± 6,26. Todos los pacientes presentaban afectación cutánea: 4/7 con psoriasis en placas (2 con psoriasis en cuero cabelludo y uno con psoriasis invertida), 3/7 con psoriasis en palmas y plantas (uno con psoriasis de cuero cabelludo y psoriasis invertida). Además 2/7 con afectación

ungueal. Respecto a la afectación articular, todos los pacientes presentaban afectación periférica y 2 con afectación axial en forma de sacroilitis. 2/7 presentaron uveítis, 1/7 dactilitis, y ninguno afectación intestinal ni entesitis. Todos los pacientes habían recibido tratamiento biológico previo con una media de 2,8 ± 2,23 fármacos. Todos los pacientes recibieron la dosis estándar de guselkumab: 100 mg sc: semana 0 y 4, y posteriormente cada 2 meses, con una duración media del tratamiento de 6,3 ± 2,88 meses. 1/7 en tratamiento con metotrexato, 2/7 leflunomida, y 1/7 con AINES. La media del PASI al inicio del tratamiento fue de 9,25 ± 4,99, a S12 todos los pacientes: PASI 0, y permanecieron en remisión. Respecto a la afectación articular medida con DAPSA, al inicio de guselkumab tenían una media de 24,15 ± 22,02, a la S12 de 12,19 ± 5,56, y S24 de 8,86 ± 1,6, todos los pacientes mejoraron y ninguno de ellos presentó un brote articular. Ninguno presentó uveítis, dactilitis, ni entesitis. La tasa de retención del fármaco es del 100%, sin ningún efecto secundario presentado.

Conclusiones: El guselkumab es un fármaco muy efectivo a nivel cutáneo pero también lo es a nivel articular en pacientes con fallo a tratamiento biológico. Necesitamos más estudios de práctica clínica real para determinar su efectividad en la práctica diaria.

Bibliografía

1 Guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who were biologic-naive or had previously received TNF α inhibitor treatment: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. DISCOVER-1 Study Group Lancet. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30265-8.
2 Guselkumab in biologic-naive patients with active psoriatic arthritis: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. DISCOVER-2 Study Group doi: 10.1016/S0140-6736(20)30263-4.

RC30. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES CON LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN REUMATOLOGÍA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

E. Flores Fernández, P. Andújar-Brazal, I. Vázquez-Gómez, C. Valera-Ribera, E. Valls-Pascual, A. Martínez-Ferrer, D. Ybáñez-García y J.J. Alegre-Sancho

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha supuesto un importante impacto en la atención de los pacientes con artropatías inflamatorias crónicas. La implantación de la consulta no presencial como formato preferente durante las etapas iniciales de la pandemia supuso un gran reto tanto para los especialistas como para los pacientes. Pese a sus limitaciones, hay datos que sugieren que es un método efectivo y bien aceptado por la mayoría de los pacientes¹⁻³.

Objetivos: Evaluar la percepción o experiencia personal de los pacientes con artropatías inflamatorias crónicas sobre la atención no presencial recibida durante la pandemia por COVID-19.

Métodos: Se elaboró una encuesta de diez preguntas, anónima, que se remitió por correo postal a pacientes con artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artropatía psoriásica (APs) atendidos mediante consulta no presencial entre diciembre de 2020 y febrero de 2021. Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante el programa SPSS.

Resultados: Se analizaron un total de 79 encuestas de un total de 198 remitidas. No todas las encuestas recibidas fueron cumplimentadas en su totalidad. Respondieron 59 mujeres (74,7%) y 20 hombres (25,3%), con una edad media de 67,4 años. De las dos modalidades de consultas no presenciales disponibles, el 100% de los pacientes fue atendido mediante llamada telefónica y ningún paciente fue valorado a través del correo electrónico. Respecto a la percepción sobre el aprovechamiento de la consulta no presencial, un 87,3% de los pacientes consideraron que se habían cumplido sus expectativas y se habían resuelto sus necesidades y dudas tras la

consulta, mientras que 9 de ellos (11,4%) consideraron que la atención recibida no fue suficiente para cubrir sus necesidades en ese momento. Tras la realización de esta consulta solo 17 pacientes (21,5%) que se consideraban estables durante la misma tuvo un brote en el siguiente mes, y tan solo 7 de ellos tuvieron que contactar con atención primaria o el servicio de Urgencias; el resto manejaron su brote gracias a las recomendaciones dadas en la consulta no presencial. La satisfacción global con respecto a la atención recibida (en una escala de 0 a 10) fue valorada con una puntuación media de 9 (1,5 DE), habiendo recibido la puntuación máxima por parte de 47 de los 79 encuestados.

Conclusiones: Nuestros resultados arrojan un elevado grado de satisfacción por parte del paciente en cuanto al rendimiento de la consulta no presencial durante la pandemia COVID-19, con una media de puntuación de 9 sobre 10 en cuanto a satisfacción global. A pesar de las limitaciones que ofrece una atención no presencial, cabe destacar un bajo porcentaje de brotes en paciente estables tras dicha consulta que requirieran una nueva atención médica.

Bibliografía

1. Santos-Moreno P, Chavez-Chavez J, Hernández-Zambrano SM, et al. Experience of telemedicine use in a big cohort of patients with rheumatoid arthritis during COVID-19 pandemic. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2020.
2. McDougall, J; Ferucci, E; Glover J; Fraenkel, L. Telerheumatology: A Systematic Review. *Arthritis Care Res.* 2017;69(10):1546-57.
3. Altés J. Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la medicina actual. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología.

RC31. EFECTOS ADVERSOS REUMÁTICOS INDUCIDOS POR TERAPIAS DIRIGIDAS ONCOLÓGICAS

J.A. Gómez Puerta¹, M. Tormo-Ratera², A. Ponce Fernández¹, L. Farran², B. Frade-Sosa¹, J.C. Sarmiento Monro¹ y J. Narváez²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. L' Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Las terapias dirigidas se están consolidando como el esquema de tratamiento de primera línea tanto en tumores sólidos como en neoplasias hematológicas¹. Son bien conocidos los efectos adversos inmunomediados de los inhibidores de los puntos control, pero son poco bien reconocidos los síndromes reumáticos inducidos por otras terapias dirigidas.

Objetivos: Nuestro objetivo fue describir los principales síndromes reumáticos de las terapias dirigidas en oncología y hematología.

Métodos: Estudio observacional que incluyó pacientes referidos a Reumatología en 2 centros universitarios de tercer nivel en Barcelona. Se incluyeron aquellos pacientes derivados entre enero de 2017 a enero de 2022.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes (60% mujeres), con una edad media de 63,3 ± 10,8 años. Nueve pacientes tenían enfermedades hematológicas y 8 tumores sólidos. Los principales diagnósticos fueron: mieloma múltiple en 3 (20%), linfoma no Hodgkin en 2 (13%), leucemia mieloide aguda en 2 (13%), melanoma en 2 (13%), carcinoma de colon en 1 (6,7%), carcinoma renal, glioblastoma multiforme, leucemia linfática crónica, cáncer de mama y síndrome Sézary en 1 caso cada uno. Las principales terapias dirigidas fueron: MAP kinasas en 4

Tabla1. Características de los pacientes con síndromes reumáticos inducidos por terapias dirigidas oncológicas

Caso	Edad/ Sexo	Diagnóstico de base	Tipo de terapia dirigida	Tratamiento	Forma de presentación	Diagnóstico reumatológico	Tratamiento para el efecto adverso	Suspensión terapia dirigida	Tiempo de la terapia y el síndrome reumático (meses)	Seguimiento (meses)	Pronóstico hematológico/ Oncológico
1	70/F	Melanoma	Anti BRAF	Vemurafenib + Cobimetinib	Poliartritis	Tenosinovitis	PDN	Si	0.5	5	Respuesta completa
2	80/M	Adenocarcinoma de colon	Anti- STAT-3	Napabucasin	PMR-Like	PMR	PDN	Si	7	36	Progresión
3	72/F	Leucemia mieloide aguda	IDH2	Enasidenib	PMR-Like	PMR	PDN	Si	12	6	Progresión
4	64/M	MM	Anti CD38	Daratumumab	PMR-Like	PMR	PDN	Si	11	3	Progresión
5	72/F	Sind. Sézary	CCR4	Mogamulzumab	PMR-Like	PMR	PDN	No	5	7	Respuesta completa
6	46/M	Leucemia linfática crónica	inhibitor BTK	Acalabrutinib	Poliartralgias	Poliartralgias no inflamatorias	AINEs	No	2	1	Progresión
7	64/M	MM	Anti CD 38 + anti CD3	Daratumumab + Teclistamab	Poliartralgias	Tenosinovitis	PDN	Si	2	0	Respuesta parcial
8	52/F	Linfoma NH	MAP kinasas	Ibrutinib	Oligoartritis	Espondiloartróp	PDN + SFZ	Si	6	19	Respuesta completa
9	53/F	Linfoma NH	MAP kinasas	Ibrutinib	Vasculitis cutánea	Vasculitis leucocitoclástica	PDN	Si	7	18	Respuesta completa
10	70 /F	Melanoma	Anti BRAF	Dabrafenib	Poliartritis	RA-like	PDN + MTX	No	10	80	Respuesta parcial
11	76/F	Cáncer de mama	Análogo de Halicondrina B	Eribulin	Fenómeno de Raynaud	Fenómeno de Raynaud	Calcio antagonista	No	1	6	Respuesta parcial
12	68/F	Leucemia mieloide aguda	MAP kinasas	Sofarenib	Lesiones cutáneas en manos	DM amiofática	PDN + HCO	Si	0.5	22	Respuesta parcial
13	58/M	Glioblastoma multiforme	anti-VEGF	Bevacizumab	Poliartritis	AR Like	PDN + HCO	No	2	5	Respuesta parcial
14	44/M	Carcinoma de células renales	MAP kinasas	Sunitinib	Oligoartritis	Oligoartritis	PDN	No	2	19	Respuesta parcial
15	61/F	MM	Anti CD-38	Isatuximab	Fenómeno de Raynaud	Fenómeno de Raynaud	Calcio antagonista	No	3	15	Respuesta completa

AINEs: anti-inflamatorios no esteroideos, DM: dermatomiositis, HCO: hidroxidoroquina IDH2:isocitrato deshidrogenasa tipo 2, MM: mieloma múltiple, PMR: Polimialgia reumática SFZ: Sulfasalazina

(26,7%), anti-CD-38 en 3 (20%), anti-BRAF en 2 (13,3%), y anti-STAT-3, anti VEGF, inhibidor de BTK, anti CCR4, inhibidor de la deshidrogenasa isocitrato 2 y análogo de Halicrondrin B en 1 paciente cada uno. Dichos tratamientos se administraron como monoterapia en 9 (60%) y como terapia combinada en 6 (40%). El tiempo medio desde el inicio de la terapia dirigida y el inicio del síndrome reumático fue $5,0 \pm 3,8$ meses. Los principales síndromes reumáticos fueron: polimialgia reumática (PMR) en 4 (26%) pacientes, fenómeno de Raynaud en 2 (13%), tenosinovitis en 2 (13%), patrón de AR en 2 (13%), y vasculitis cutánea, dermatomiositis amiofática, oligoartritis, cuadro espondiloartrópático y artralgias no inflamatorias en 1 caso cada uno. Las principales características de estos pacientes se recogen en la tabla. En 8 (53%) casos las terapias dirigidas se suspendieron por efectos adversos reumáticos. El tratamiento de los síndromes reumáticos fueron: glucocorticoides (GC) en 12 (80%), calcio antagonistas en 2 (13%), hidroxicloroquina en 2 (13%), metotrexato en 1 (6,7%), sulfasalazina en 1 (6,7%) y AINEs en 1 (6,7%) paciente. El seguimiento medio fue $15,4 \pm 20$ meses. La mayoría de pacientes permanecían vivos (86%). De acuerdo al pronóstico oncológico, 4 (26%) pacientes presentaron respuesta completa, 6 (40%) respuesta parcial y 5 (33%) presentaron progresión de la enfermedad. Al momento de la última visita, 6 (40%) pacientes persistían con GC (dosis media de $6,7 \pm 4,7$ mg/d prednisona o equivalente), y 4 pacientes en FAME.

Conclusiones: En este grupo heterogéneo de pacientes tratados con terapias dirigidas, describimos una variedad de síndromes reumáticos inducidos incluyendo PMR, patrón de AR o incluso enfermedades sistémicas tipo vasculitis o dermatomiositis. Una importante proporción de pacientes suspenden la terapia dirigida por efectos adversos y requieren de forma mantenida GC y/o FAMES.

RC32. TRATAMIENTO CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON AR TRAS FALLO A TRATAMIENTO BIOLÓGICO

L. Robles Kirkegard, P. León Rubio, M. Gómez Vargas y E. Rubio Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El upadacitinib es un inhibidor JAK recientemente aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide con resultados prometedores en sus estudios para AR moderada severa tras fallo a terapias convencionales.

Métodos: Se analiza una población de 23 pacientes (19 de ellos mujeres) con artritis reumatoide en tratamiento con upadacitinib. Edad (media \pm DE) = 53 ± 10 años y un tiempo de evolución de la enfermedad (media \pm DE) = $17,6 \pm 23,3$ años. HAQ previo al tratamiento (media \pm DE) = $2,2 \pm 0,5$. Todos habían recibido tratamientos biológicos previos y un 61% (14 pacientes) terapia combinada con

FAME. Solo 2 casos no tenían tratamiento con glucocorticoides previos al tratamiento con Upadacitinib.

Resultados: A los 3 meses, la mayoría de los pacientes (81%, $n = 21$) tratados con Upadacitinib pudieron reducir la dosis de GC, manteniéndose esta reducción a los 6 meses de iniciar el tratamiento. Tras 3 meses de tratamiento, la mayoría de los pacientes experimentaron una mejora del DAS28 (89%, $n = 18$), siendo esta mejora del DAS28 de un promedio (\pm DE) de $1,87 \pm 1,09$ unidades. Respecto al dolor (EVA), el 67% de los pacientes mostró mejoría a los 3 meses ($n = 18$), y llegando al 71% a los 6 meses ($n = 17$). Un 68% de los pacientes tratados mostró una reducción de la rigidez matutina a los 3 meses ($n = 19$), incrementándose esta mejoría en el 84% de los pacientes tratados a los 6 meses ($n = 19$). Se constató efectos secundarios en cinco pacientes, consistentes en mareos y náuseas. En ningún caso, fueron motivo de retirada del fármaco. Se les retiró el tratamiento a tres pacientes por fallo primario.

Conclusiones: El tratamiento con upadacitinib permite una reducción de la dosis de GC, así como una mejora del DAS28, EVA y la rigidez matutina a los tres meses y seis meses del tratamiento. Estos datos están en consonancia con la evidencia publicada en los estudios pivotaes de upadacitinib, siendo una buena alternativa en el tratamiento de pacientes con AR moderada o severa.

RC33. EL TRATAMIENTO CON METOTREXATO DURANTE MÁS DE 10 AÑOS ES EL FACTOR DE RIESGO PRINCIPAL PARA PRESENTAR TOXICIDAD HEMATOLÓGICA EN PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEADES REUMATOLÓGICAS

M. Rusiñol González, J. Calvet Fontova, M. Arévalo Salaet, E. Costa Moya, S. García Cirera, M. Llop Vilaltella, C. Orellana Garrido, E. Graell Martín y J. Gratacós Masmitjà

Servicio de Reumatología. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell.

Introducción: El metotrexato (MTX) es el FAME más utilizado de primera elección como ahorrador de glucocorticoides en las distintas enfermedades reumáticas. La población de pacientes con enfermedades sistémicas reumáticas es cada vez más anciana. Esto se debe tanto al aumento general de la esperanza de vida como a la menor morbimortalidad consecuencia de la optimización tanto del diagnóstico como de las opciones terapéuticas. Se define como anciano frágil a las personas mayores de 75 años. Conocemos que la edad es uno de los factores más asociados a la toxicidad por MTX. A raíz de varios casos de pancitopenia en pacientes ancianos tratados con MTX en nuestro centro, se planteó el estudio actual revisando el uso de MTX en esta franja de edad.

Objetivos: El objetivo primario fue describir la toxicidad hematológica del MTX en la población ≥ 75 años. Como objetivo secundario

Tabla RC33

Tabla 1. Descripción de los pacientes incluidos en el estudio y comparación entre la presencia o ausencia de alguna citopenia como toxicidad hematológica

	Todos (N = 61) Mediana \pm DE/N (%)	Alguna citopenia (N = 14) Mediana \pm DE/N (%)	Ninguna citopenia (N = 47) Mediana \pm DE/N (%)	Univariante p valor
Edad (años)	81,36 \pm 4,29	82,93 \pm 5,06	80,89 \pm 3,98	0,18
Sexo masculino	14 (22,95)	21,43	23,40	0,88
Dosis MTX (mg semanales)	12,4 \pm 3,99	13,57 \pm 4,35	12,02 \pm 3,85	0,24
Dosis ácido fólico (mg semanales)	5,37 \pm 1,57	5,53 \pm 1,44	5,31 \pm 1,61	0,64
Creatinina (mg/dL)	0,93 \pm 0,59	1,16 \pm 1,15	0,862 \pm 0,257	0,53
FG (ml/min)	68,36 \pm 18,4	61,64 \pm 20,23	70,35 \pm 17,56	0,16
Creatinina previa (mg/dL)	0,84 \pm 0,18	0,829 \pm 0,18	0,844 \pm 0,18	0,86
FG previo (ml/min)	70,05 \pm 14,6	70,03 \pm 12,86	70,05 \pm 15,24	0,99
Cambio en FG (ml/min)	1,69 \pm 12,63	8,38 \pm 17,18	- 0,3 \pm 10,34	0,09
Nº de fármacos	11,16 \pm 4,11	10,64 \pm 3,75	11,33 \pm 4,25	0,5687
Tiempo de toma de MTX ≥ 10 años	18 (29,5)	6 (33,3)	12 (66,7)	0,01
Artritis reumatoide	40 (65,57)	13 (92,86)	11 (57,45)	0,02
Polimialgia reumática	9 (14,75)	1 (11,1)	8 (88,9)	0,36
Arteritis de células gigantes	6 (9,84)	0 (0)	6 (100)	0,16
Artritis psoriásica	4 (6,56)	0 (0)	4 (100)	0,26
Espondiloartritis axial	2 (3,28)	0 (0)	2 (100)	0,43

Tabla RC33

Tabla 2. Análisis multivariante de los factores asociados a citopenia y pancitopenia

	Alguna citopenia		Pancitopenia	
	OR (IC)	p	OR (IC)	p
Dosis MTX	1,28 (0,99-1,65)	0,06	0,83 (0,56-1,21)	0,33
Dosis ácido fólico	0,55 (0,25-1,22)	0,14		
Cambio en FG	1,05 (0,99-1,1)	0,08	0,85 (0,7-1,03)	0,1
Nº fármacos	1,003 (0,81-1,24)	0,98	0,64 (0,37-1,09)	0,1
Tiempo de toma de MTX ≥ 10 a	20,3 (2,39-173,3)	0,006	21,7 (1,03-455,4)	0,0475
Edad	1,35 (1,05-1,73)	0,0175	1,47 (1,46-0,96)	0,078
Diagnóstico de AR	3,011 (0,23-28,6)	0,397		

se analizaron posibles factores de riesgo asociados a la toxicidad hematológica por MTX en este grupo de pacientes.

Métodos: Se recogieron de forma retrospectiva datos de un total de 61 pacientes ≥ 75 años tratados con MTX procedentes de consultas externas del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables numéricas se expresaron en medias y desviación estándar y las variables categóricas en frecuencias absolutas. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística univariante y multivariante para identificar los factores asociados de forma independiente a la toxicidad hematológica.

Resultados: Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. En 14 pacientes (23%) se evidenció alguna alteración hematológica (anemia, leucopenia o trombocitopenia) y en 4 (2,4%) se observó pancitopenia. En el análisis univariante tanto el tratamiento con MTX durante más de 10 años como el diagnóstico de AR se asociaron de forma significativa a la presencia de citopenias (tabla 2). En el análisis multivariante, únicamente el tratamiento con MTX durante más de 10 años fue un factor de riesgo independiente para presentar tanto citopenia (OR 20,3; IC 2,39-173,3) como pancitopenia (OR 21,7; IC 1,03-455,4). La edad se asoció a la presencia de citopenia (OR 1,35; IC 1,05-1,73), pero no de forma significativa a la pancitopenia. Tanto la dosis de MTX como el cambio en el filtrado glomerular manifestaron una tendencia no significativa con la aparición de citopenia.

Conclusiones: 1 de cada 4 pacientes ancianos en tratamiento con MTX presentan alguna alteración hematológica. La edad y como factor principal, el tratamiento con MTX durante más de 10 años, fueron los factores más claramente asociados a la toxicidad hematológica.

RC34. PERSISTENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LA JAK EN ARTRITIS REUMATOIDE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

J. Font Urgelles¹, V. Ortiz Santamaría¹, M. Sallés Lizarzaburu², J. Camins Fàbregas¹, S. Mínguez Blasco², N. Busquets Pérez¹, B. Rodríguez Díez², Ó. Camacho Alcázar¹, M. Lòpez de Recalde Martorell², A. Cuervo Aguilera¹, N. Almendros Abad³, N. Sala Vilajosana⁴, N. Rudi Solà³, Q. Moreno Gil⁴ y C. Seguí Solanes³

¹Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. ²Servicio de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

³Servicio de Farmacia. Hospital General de Granollers. ⁴Servicio de Farmacia. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Introducción: La aparición de los inhibidores de la Janus kinasa (iJAK) ha ampliado el arsenal terapéutico para la artritis reumatoide (AR). El seguimiento a largo plazo permitirá definir su posicionamiento.

Objetivos: El objetivo principal es determinar la persistencia al tratamiento con iJAK en pacientes con AR en práctica clínica habitual. El secundario es describir los motivos de interrupción del tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en el que se incluyen todos los pacientes que han recibido tratamiento

con iJAK (tofacitinib [TOFA] y baricitinib [BARI]) para el manejo de la AR entre noviembre 2017 y agosto 2021. Las variables recogidas son: sociodemográficas, tipo de iJAK, presencia de factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (ACPA) índices de actividad de la enfermedad (DAS28-VSG, CDAI), fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (FAMEb) previos, tratamiento concomitante, duración del tratamiento iJAK y motivo de suspensión del mismo. Datos obtenidos a través de la revisión de la historia clínica y del programa de Farmacia de dispensación ambulatoria.

Resultados: Se incluyeron un total de 88 casos, correspondientes a 78 pacientes. El 86% eran mujeres con edad media de 56 años (DE 10,3) y duración media de la AR de 13,9 años (DE 8,1). El FR fue positivo en el 73% y los Ac anti-CCP en el 74%. El 37,8% fueron tratados con TOFA y el 62,2% con BARI. El 73,3% había recibido algún FAMEb previo, siendo el más frecuente un anti-TNF (92%). La media de FAMEb previos fue de 2. La persistencia media fue de 17,2 meses (DE 12,2); 17,4 para TOFA (DE 13,5) y 17,1 para BARI (de 11,5).-. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la persistencia según el fármaco utilizado (p = 0,90). Al finalizar el estudio, el 43,2% de los pacientes seguía recibiendo un iJAK, el 18,4% TOFA, y el 81,6% BARI, con una media de 23,8 meses de tratamiento (DE 12,1). Al inicio del tratamiento, los pacientes presentaban un DAS28-VSG medio de 4,7 (DE 1,0) y CDAI medio de 20,2 (DE 8,5). El 31% estaba en tratamiento concomitante con metotrexato y el 67% con corticoides. En cuanto a los motivos de suspensión, el principal fue el fallo al tratamiento en el 27,3% de los casos: 11,4% fallo 1º y 15,9% fallo 2º. En el 14,8% fueron los efectos adversos, 5 durante el primer mes (dolor abdominal [3], malestar general [1], y glositis [1]) y el resto a partir de los 3 meses (náuseas y vómitos [3], meningitis y tromboembolismo [1], edemas [1], aumento de peso [1], infecciones [1]). En el 12,2% de los casos se decidió suspender el tratamiento con TOFA a raíz de la alerta de seguridad de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) que informaba de un incremento en la incidencia de eventos adversos cardiovasculares mayores y de neoplasias malignas.

Conclusiones: La persistencia media del uso de iJAKs fue de 17,2 meses. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos. La principal causa de suspensión fue el fallo secundario (15,9%), seguida de los efectos adversos (14,8%) y en tercer lugar la suspensión por la alerta sanitaria de la AEMPS (12,2%) en aquellos pacientes que presentaban comorbilidades de riesgo. El fallo primario fue la causa menos frecuente de la retirada del iJAK (11,4%).

RC35. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SUPERVIVENCIA DE BARICITINIB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

L. Sarabia de Ardanaz, M.J. Pérez Galan, I. Martín Martín y R. Caliz Caliz

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: La artritis reumatoide (AR), una enfermedad inflamatoria autoinmune crónica caracterizada por inflamación y destrucción articular. Baricitinib, un inhibidor potente y selectivo de la

proteína tirosin-quinasa JAK1/JAK2, ha demostrado eficacia clínica en pacientes con AR refractaria al tratamiento estándar con fármacos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEc) y fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb).

Objetivos: Evaluar la efectividad y la tasa de supervivencia de Baricitinib en una cohorte de pacientes diagnosticados de AR en práctica clínica real.

Métodos: Estudio abierto, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron un total de 42 pacientes diagnosticados de AR. Todos los pacientes tratamiento con dosis de baricitinib de 4 mg diarios vía oral. Se recogieron las siguientes variables en todos los pacientes: edad, sexo, años de evolución, tratamiento previo con FAMEb, tratamiento con FAMEc concomitante, presencia o ausencia de factor reumatoide (FR), anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado (APCC), diabetes mellitus e hipertensión arterial, número de articulaciones dolorosas, número de articulaciones tumefactas, niveles de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular. La respuesta al tratamiento se analizó en todos los pacientes a los 12 y 24 meses de seguimiento. La eficacia se evaluó según criterios de los índices de actividad CDAI ($\leq 2,8$: remisión, ≤ 10 : actividad baja, > 10 y ≤ 22 : actividad moderada, > 22 actividad alta), SDAI ($\leq 3,3$: remisión, ≤ 11 actividad baja, > 11 y ≤ 26 : actividad moderada, > 26 : actividad alta) y DAS 28 ($< 2,6$ remisión, $\leq 3,2$: actividad baja, $> 3,2$ y $\leq 5,1$: actividad moderada, $> 5,1$: actividad alta). Se recogieron los efectos adversos causantes de interrupción del tratamiento. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meier cogiendo como "evento" el abandono del tratamiento.

Tabla 1. Datos demográficos

	Baricitinib (N = 42)
Edad, Mediana (DE)	56,2 (11,8)
Sexo (mujer), n (%)	37 (88,1%)
Hipertensión arterial n (%)	
No	29 (72,5%)
Sí	11 (27,5%)
Diabetes mellitus, n (%)	
DM tipo 1	1 (9,52%)
DM tipo 2	4 (38%)
No	37 (52,48%)
FR, n (%)	
Negativo	10 (26,3%)
Positivo	28 (73,7%)
APCC, n (%)	
Negativo	11 (28,2%)
Positivo	28 (71,8%)
Número de FAMESb previos, Mediana (DE):	2,8 (1,9)
FAME concomitante, n (%)	
1. Dolquine	1 (2,5%)
2. Leflunomida	2 (5,0%)
3. Metotrexate	10 (26,1%)
4. No	28 (66,6%)

DE: desviación estándar; FR: factor reumatoide; ACPA: antipéptido cíclico citrulinado; FAMEb: fármaco antirreumático modificador de enfermedad biológico; FAMEc: fármaco antirreumático modificador de enfermedad convencional.

Tabla 2. Causas de suspensión del tratamiento

	N 13 (30,9%)
Náuseas y ansiedad	3 (7,14%)
Infección respiratoria	1 (2,38%)
Disgeusia/anosmia	1 (2,38%)
Infección cutánea	1 (2,38%)
Herpes labial	1 (2,38%)
Fallo primario	4 (9,52%)
Fallo secundario	2 (4,76%)

Resultados: Las características demográficas de los 42 pacientes incluidos en nuestra cohorte se describen en la tabla 1. En los meses 12 y 24 se objetivó un descenso significativo con respecto a basal en los índices CDAI (fig. 1), SDAI (fig. 2) y DAS 28 (fig. 3). La supervivencia del baricitinib a los 12 meses fue del 69% y a los 24 meses el

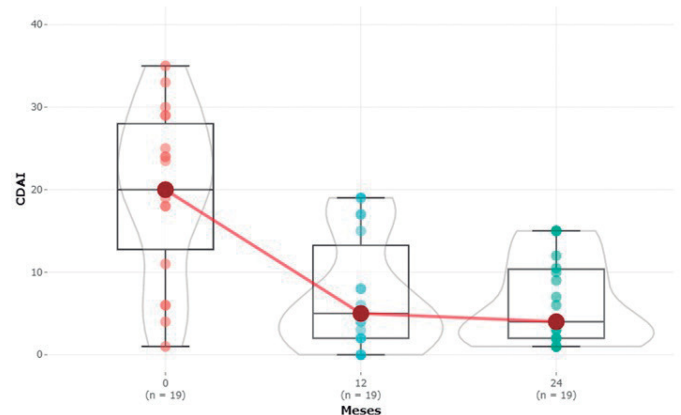


Figura 1. Comparativa del CDAI, basal, a los 12 y 24 meses.

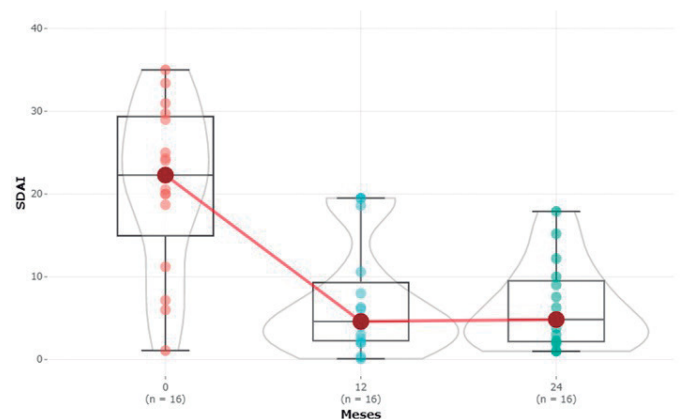


Figura 2. Comparativa del SDAI, basal, a los 12 y 24 meses.

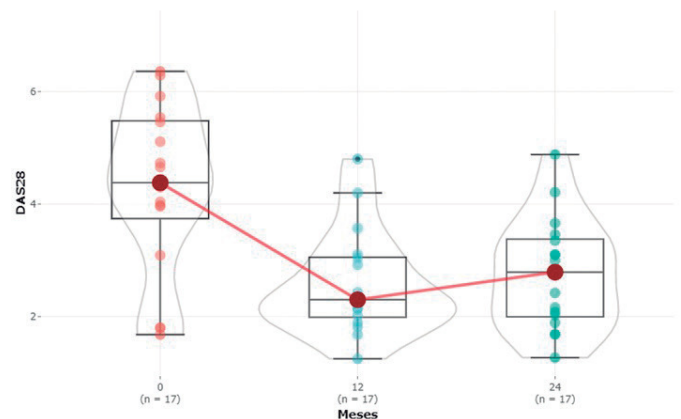


Figura 3. Comparativa del DAS28, basal, a los 12 y 24 meses.

59,5%. 12 pacientes presentaron efectos adversos, de los cuales, 7 abandonaron el tratamiento por dichos efectos adversos. En la tabla 2 se recogen las causas de interrupción del tratamiento.

Conclusiones: Baricitinib es un fármaco eficaz en el tratamiento de la AR, alcanzando respuestas estadísticamente significativas a los 12 y 24 meses, medidas por índices CDAI, SDAI y DAS 28. Además, presenta una alta supervivencia a los 24 meses de tratamiento.

RC36. APREMILAST PARA EL TRATAMIENTO DE LA AFTOSIS ORAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE PRÁCTICA DIARIA

N. de la Torre Rubio, L. Montaña Tapia², I. Pérez Sancristobal³, M. Pavía Pascual¹, O. Rusinovich¹, P. Navarro Palomo¹, M. Machattou¹, H. Godoy Tundidor¹, M. Fernández Castro¹, C. Barbadillo Mateos¹, B. García Magallón¹, C. Merino Argumánuez¹, J. Sanz Sanz¹, L.F. Villa Alcázar¹, J.L. Andréu Sánchez¹ y J. Campos Esteban¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Valorar la eficacia de apremilast en el tratamiento de las aftas orales.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico de pacientes tratados con apremilast por aftas orales asociadas a enfermedad de Behçet, así como pacientes con aftas orales que hayan recibido apremilast por otra indicación (psoriasis) o uso fuera de ficha técnica. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, aftas orales en el momento de iniciar apremilast, respuesta de las aftas a los 3 y 6 meses (mejoría parcial, mejoría total, ineficacia, suspensión por efectos secundarios), VSG, PCR, ferritina, 25-OH-vitamina D, ácido fólico, cianocobalamina y tratamiento concomitante (ninguno, corticoides, metotrexato, colchicina o anti-TNF). Se realiza un análisis estadístico descriptivo empleando para las variables cuantitativas continuas la media y desviación estándar (DE).

Resultados: Se recogieron 9 pacientes que se encontraban en tratamiento con apremilast por presencia de aftas orales. Ocho de ellos estaban diagnosticados de Enfermedad de Behçet, uno de psoriasis con aftas orales y otro de aftas orales recurrentes. La media de edad fue de 44,1 ± 5,6 años, el 78% eran mujeres. Todos los pacientes presentaban aftas orales activas en el momento de iniciar apremilast. A los 3 meses de tratamiento el 78% de los paciente tuvieron mejoría de las aftas (el 43% de forma parcial y en el 57% se resolvieron totalmente); un 22% de los pacientes tuvo que suspenderlo por efectos secundarios (diarrea), ninguno tuvo que suspenderlo por ineficacia. A los 6 meses seis de siete pacientes mantuvieron la mejoría (uno no había completado los 6 meses de seguimiento) y tres de siete pacientes a los 12 meses (los otros tres no habían completado los 12 meses de seguimiento), uno de ellos tuvo que suspenderlo por efectos secundarios (diarrea, cefalea y epigastralgia) antes de los 3 meses. Los resultados de los datos serológicos que se analizaron fueron (media ± DE): VSG 11,4 ± 6,6, PCR 3,7 ± 6,5, ferritina 112,4 ±

195,6, 25-OH-vitamina D 31,4 ± 18,9, ácido fólico 11,7 ± 9,8, cianocobalamina 585,8 ± 527. Solo un paciente mantuvo tratamiento concomitante con un fármaco anti-TNF y dos con colchicina.

Conclusiones: El tratamiento con apremilast parece mejorar las aftas orales en más del 75% de los pacientes.

RC37. ¿QUÉ PAPEL TIENE RITUXIMAB EN FASE DE MANTENIMIENTO EL TRATAMIENTO DE LAS NEFRITIS LÚPICAS?

M. López i Gómez, J. Mendizabal, L. Ibarrola, U. Astigarraga, N. del Val, S. García, G. Sada, I. Paniagua, L. Garrido, L. Horcada, R. Gutiérrez y C. Fito

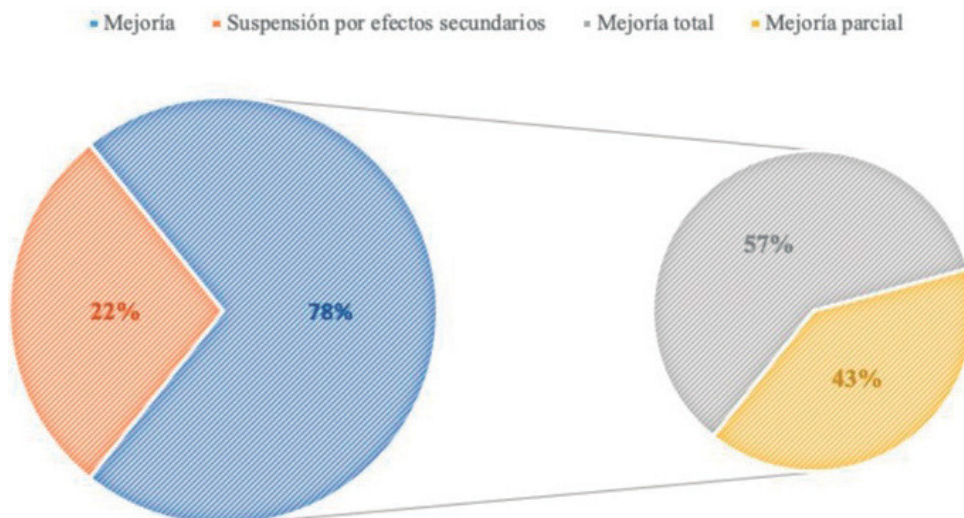
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Introducción: A pesar que hasta el momento, en pacientes con nefritis lúpica (NL), la única terapia biológica aprobada es el belimumab, rituximab (RTX) ha mostrado eficacia en el control de la NL en fase de mantenimiento. RTX es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD 20 de células B sin indicación en ficha técnica para el LES.

Objetivos: Evaluar la eficacia de RTX en pacientes con NL, refractarios a CFA y MMF, en fase de mantenimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, transversal de pacientes con NL confirmada por biopsia. Se revisaron el número total de pacientes con NL en tratamiento con rituximab en un único servicio de Reumatología de un hospital terciario. Como variables de eficacia se analizaron la proteinuria, FG, creatinina, anti-DNA, C3, C4 y SLEDAI al inicio de la NL, al inicio del RTX y a los 6 y 12 meses del inicio del RTX. Para el análisis estadístico se utilizó el STATA 15.

Resultados: Fueron incluidos 7 pacientes con una edad media al diagnóstico de la NL de 26,28 (DE 2,68) (tabla 1). El tratamiento de inducción fue en 6 pacientes con CFA y en 1 paciente con MMF. Al año los 7 pacientes, presentaban datos de actividad por lo que se realizó un switch a RTX. En el momento de inicio de RTX presentaban una media de la proteinuria de 1.288,41 mg/dL (DE 447,28), una media del anti-DNA de 184,33 (DE 94,66), del C3 del 95,4 (DE 8,07), del C4 de 18,77 (DE 3,93) y del SLEDAI de 8,66 (DE 2,45) (tabla 2). A los 6 meses del inicio del RTX ninguno de los valores presentó una mejoría y los valores de proteinuria, creatinina y SLEDAI experimentaron un discreto empeoramiento. A los 12 meses del inicio del RTX ninguno de los valores presentó una mejoría estadísticamente significativa, pero si que se mantuvieron estables sin presentar empeoramiento.



RC36 Figura. Respuesta de las aftas orales al tratamiento a los 3 meses.

Tabla 1. Características basales de los pacientes con NL y RTX

	RTX
Nº Pacientes	7 (100%)
Edad (años) LES	31,43 (DE 5,53)
Sexo (femenino)	6 (85,71%)
Edad en el diagnóstico de NL	35,86 (DE 4,56)
ENA	5
Clases histopatológicas	
NL tipo I	0
NL tipo II	2
NL tipo III	2
NL tipo IV	1
NL tipo V	2
NL tipo VI	0
FAMES convencionales previos a NL	
Hidroxicloroquina	7
Metrotexato	0
Leflunomida	0
Azatioprina	0
Tratamiento inducción	
Ciclofosfamida	2
MMF	1
Azatioprina	3
Bolos de metilprednisolona	2
FAMES concomitantes	
Hidroxicloroquina	7
Recaídas NL	6
Número de recaídas total	13
Diálisis	1
Trasplante renal	0

Conclusiones: Los datos obtenidos de nuestra cohorte, RTX no parece demostrar una mejoría estadísticamente significativa en las variables de eficacia analizadas. Si bien es cierto, al año del inicio del fármaco sí que parece estabilizar tanto las variables clínicas como analíticas.

Tabla RC37

Tabla 2. Variables eficacia rituximab

	Variables al diagnóstico de la NL*	Al inicio del RTX*	6 meses del RTX*	p-valor	12 meses del RTX*	p-valor
Proteinuria en mg	2.394,7 (DE 544,9)	1.288,41 (DE 447,28)	1.368 (DE 488,48)	0,90	1.221,20	0,84
Filtrado glomerular	90 (DE 0)	90 (DE 0)	90 (DE 0)	0,98	90 (DE 0)	0,99
Creatinina	1,48 (DE 0,8)	0,64 (DE 0,08)	0,68 (DE 0,62)	0,87	0,67 (DE 0,05)	0,89
Anti-DNA	181 (DE 68,86)	184,33 (DE 94,66)	176,61 (DE 108,23)	0,96	115,95 (DE 76,29)	0,67
C3	81,33 (DE 8,47)	95,4 (DE 8,07)	85,83 (DE 10,25)	0,88	84,66 (DE 18,09)	0,71
C4	15,5 (DE 2,5)	18,77 (DE 3,93)	18,68 (DE 4,61)	0,90	53,4 (53,4)	0,33
SLEDAI	16 (DE 2,03)	8,66 (2,45)	12 (DE 2,82)	0,30	10 (DE 3,50)	0,66

*Valores expresados en media y desviación estándar (DE).

Tabla RC38

Tabla 1. Características clínicas

Pt	Edad	Sexo	Neoplasia	Tratamiento	Corticoides (PDN mg/día)	Patrón clínico
1	78	Mujer	Melanoma	Pembrolizumab	-	AR-like
2	74	Varón	Vía urinaria	Nivolumab + Ipilumab	-	AR-like
3	78	Varón	Próstata	Nivolumab	10	AR-like
4	75	Mujer	Melanoma	Nivolumab	60	AR-like
5	72	Mujer	Pulmon	Nivolumab	40	AR-like
6	77	Varón	Vesical	Pembrolizumab	5	PMR-like
7	60	Varón	Melanoma	Nivolumab	-	PMR-like
8	73	Varón	Próstata	Atezolizumab	20	PMR-like
9	76	Varón	Hepatocar.	Atezolizumab	-	PMR-like
10	53	Mujer	Melanoma	Pembrolizumab	-	APs-like
11	68	Mujer	Melanoma	Pembrolizumab	7,5	Oligoartritis
12	58	Varon	Hepática	Durbalunab	10	Oligoartritis
13	74	Mujer	Pulmón	Atezolizumab	-	Monoartritis
14	72	Mujer	Leucemia	Anti-TIM3	-	Monoartritis
15	70	Varón	Pulmón	Pembrolizumab	-	Dedo resorte

RC38. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN LA ARTRITIS INDUCIDA POR LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL

A. Ponce Fernández, B. Frade-Sosa, J. Ramírez, V. Ruiz-Esquide, R. Morlà, R. Sanmartí y J.A. Gómez-Puerta

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La artritis inducida (AI) por inhibidores de los *check-points* o de puntos control (IPCs) es un motivo de consulta creciente en las consultas de Reumatología. Existen pocas descripciones de los hallazgos por imagen, y concretamente de ecografía (US) que presentan estos pacientes.

Objetivos: Describir los hallazgos US y su correlación con la clínica en pacientes tratados con IPCs que desarrollaron AI en una serie de pacientes de nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AI por IPCs tratados en un hospital de tercer nivel desde 01/2017 hasta la 01/2022, seleccionando los pacientes que tenían realizados estudios de imagen. La US se practicó en las articulaciones sintomáticas según la necesidad clínica y en práctica clínica habitual. Se evaluó la presencia de patología articular (derrame, hipertrofia sinovial (HS), señal Power-Doppler (PD), y tendinosa (tendosinovitis). Se agruparon los pacientes según la forma clínica de presentación en: poliartritis tipo artritis reumatoide (AR-like), polimialgia reumática (PMR-like), tipo artritis psoriásica (APs-like), y otras formas (oligoartritis, monoartritis, tenosinovitis).

Resultados: Se recogieron 44 pacientes tratados con IPCs que desarrollaron AI. De ellos, 18 tenían practicados estudios por imagen del aparato locomotor (15 US, 2 RM, 2 PET con US adicional). Las neoplasias tratadas incluían melanoma (6), pulmón (4), vía urinaria (2), hígado (2), próstata (1) y hematológicos (1). Un paciente recibió terapia combinada, 10 pacientes inhibidor de PD-1 (7 pembrolizumab, 3 nivolumab), 3 inhibidor de PD-L1 (2 atezolizumab, 1 durvalumab), 1 anti-TIM3. La AI apareció entre 3-9 meses tras el inicio de la terapia (media de 5 meses). 5 pacientes tuvieron otros efectos inducidos

Tabla RC38

Tabla 2. Hallazgos ecográficos

Pt	Carpo D HS/PD (grado)	Carpo I HS/PD (grado)	MCFs HS/PD (grado)	Tenosinovitis	Otras articulaciones
1	2/3	2/3	2/3 (1ª y 5ª bilat.)	-	-
2	3/2	3/2	-	Flexor radial carpo bilat.	-
3	2/1	2/1	-	Flexores bilat. ambas manos	-
4	3/2	3/2	-	Flexor 2 mano izq	Rodillas: HS2 PD2 Tobillos: HS 2 PD2
5	Edema de partes blandas	Edema de partes blandas	-	Líquido en vainas flexoras ambas manos	-
6	2/0	2/1	-	Flexor 3 bilat. manos Extensores carpo compart. 4 y 6 bilat.	-
7	-	-	-	-	Rodilla HS2 PD2, depósito pirofosfato
8	-	-	2/2 (2, 3,4 y 5 bilat.)	Flexores bilat. ambas manos	Patrón periarticular hombros/caderas (PET)
9	-	-	-	-	Patrón periarticular hombros/caderas (PET) Distensión capsular por derrame/sinovitis coxofemoral Bursitis trocánterea der. Tenosinovitis bicipital bilat.

por IPCs que incluyeron 2 colitis, 2 sarcoidosis, 1 síndrome de Sweet. De los 15 pacientes con estudio US, 5 presentaron poliartitis simétrica tipo AR (AR-like), 4 patrón polimiálgico (PMR-like), y 1 tipo artritis psoriásica (APs-like), 2 oligoartritis, 2 monoartritis y dedo en resorte. Los pacientes AR-like presentaron afectación de carpos y manos, y en menor medida rodillas y tobillos, sin afectación de pies. Aunque fueron seronegativos (FR y ACPA) presentaron marcada HS y señal PD, excepto un paciente tratado con dosis elevadas de prednisona (40 mg). Entre los pacientes con PMR-like, solo uno presentó un síndrome de cinturas clásico; el resto mostraron sinovitis y tenosinovitis periférica en articulaciones de carpos y manos. Uno de se acompañó de artritis de rodilla con líquido sinovial inflamatorio y con cristales de pirofosfato. Los 2 pacientes con monoartritis (carpo y rodilla) tenían antecedentes previos de enfermedad reumática (condrocalcinosis el primero y uveítis HLA-B27 + el segundo). En estos se detectó HS y señal PD grado 2 en ambas articulaciones.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes de esta serie se presentaron en forma de AR o PMR-like, y con menor frecuencia APs-like, oligoartritis o monoartritis. En el grupo AR-like el estudio US mostró marcada HS y señal PD a pesar de la seronegatividad para el FR y los ACPA. En el grupo PMR-like, además de la afectación rizomélica, en la mayoría de los pacientes se confirmó afectación periférica, en forma de sinovitis articular o tenosinovitis ecográfica en las articulaciones del carpo y las manos, sugiriendo un patrón diferencial en la PMR inducida por IPC.

RC39. THE RELATIONSHIP BETWEEN DYSLIPIDEMIA AND LUPUS NEPHRITIS - RESULTS FROM A MONOCENTRIC COHORT

F. de Oliveira Pinheiro, P. Madureira, M. Seabra Rato and L. Costa

Centro Hospitalar Universitário de São João (Brazil).

Introduction: Cardiovascular risk factors are important predictors of morbidity and mortality in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). Multiple studies have shown that the prevalence of dyslipidemia is higher in patients with SLE, but its impact on kidney disease is not as well established as other risk factors, such as hypertension and diabetes mellitus.

Methods: Retrospective longitudinal study that included patients diagnosed with lupus nephritis followed in a tertiary center. Demographic, laboratory, and clinical data were collected, including presence of dyslipidemia, lupus nephritis' class and therapies performed, erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), C3, C4, proteinuria, erythrocyturia and leukocyturia; these variables were evaluated at 0, 12, and 60 months after the diagnosis of lupus nephritis. Comparison between groups (dyslipidemia vs. non-dys-

lipidemia patients) was performed using the chi-square test (categorical variables), t-test (continuous variables with normal distribution) and Mann-Whitney U (continuous variables with non-normal distribution). Linear and multivariate logistic regression analysis was performed to identify predictors of proteinuria.

Results: Sixty patients were included, 49 (82.9%) females, aged 33.8 ± 12.7 years at the time of diagnosis of lupus nephritis, 44 (73.3%) with class IV, 8 (13.3%) class V, and 8 (13.3%) class III. Twenty-six (43.3%) had dyslipidemia. As for laboratory data, patients had a mean ESR of 59.2 ± 32.0 mm/1st hour, median CRP was 10.1 mg/L (IQR 17.2), median creatinine was 0.97 mg/dl (IQR 0.51), median C3 69.4 mg/L dl (IQR 50.3), median C4 14.5 mg/dl (IQR 13), median dsDNA 246.1 IU/ml (IQR 576.9) and median proteinuria 3157.3 mg/24h (IQR 1,890.4). Thirty-two patients (53.3%) had erythrocyturia and 37 (61.7%) had leukocyturia. At baseline, patients with dyslipidemia were found to have lower ESR values - 41.6 (IQR 24.5) vs. 58.5 (IQR 36.0), p = 0.046 - and lower percentage of leukocyturia - 30.8% vs. 85.3%, p < 0.001, with no differences regarding the remaining laboratory and clinical variables. In the evaluation at 12 months, there were no differences between the groups. In the 60-month evaluation, patients with dyslipidemia were found to have significantly more proteinuria than patients without dyslipidemia - 178.1 (IQR 206.3) vs. 82.6 (IQR 116.6), p = 0.016, with a tendency towards higher ESR values, CRP, and creatinine. In regression analyses, when adjusted for hypertension, nephritis class, creatinine, treatment and age, dyslipidemia was not a significant predictor of proteinuria.

Conclusions: In this study, dyslipidemia was associated with higher proteinuria at 5 years in patients diagnosed with lupus nephritis, with a tendency towards higher values of inflammatory markers and creatinine. Although the effect of dyslipidemia on proteinuria may be associated with other changes, it is important to treat dyslipidemia in these patients with lupus nephritis, to improve long-term prognosis.

RC40. MYCOPHENOLATE MOFETIL VERSUS CYCLOPHOSPHAMIDE IN LUPUS NEPHRITIS - A COMPARISON STUDY WITH REAL-WORLD DATA

F. de Oliveira Pinheiro, P. Madureira, M. Seabra Rato and L. Costa

Centro Hospitalar Universitário de São João (Brazil).

Introduction: Lupus nephritis is one of the most relevant causes of morbidity and mortality in patients with systemic lupus erythematosus. It is divided into distinct histological classes, and in classes III-V immunosuppressive therapy is indicated, usually with cyclo-

phosphamide (CYC) and mycophenolate mofetil (MMF). The aim of this work is to evaluate the efficacy of CYC and MMF regimens in the treatment of lupus nephritis at our center.

Methods: Retrospective longitudinal study that included patients diagnosed with lupus nephritis classes III-V followed in a tertiary center. Demographic, laboratory, and clinical data were collected, including erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), C3, C4, proteinuria, erythrocyturia and leukocyturia; these variables were evaluated at 0, 6 and 12 months after the diagnosis of lupus nephritis. Comparison between groups (CYC vs. MMF) was performed using the chi-square test (categorical variables), t-test (continuous variables with normal distribution) and Mann-Whitney U (continuous variables with non-normal distribution).

Results: Sixty patients were included, 49 (82.9%) females, aged 33.8 ± 12.7 years at the time of diagnosis of lupus nephritis, 44 (73.3%) with class IV, 8 (13.3%) class V and 8 (13.3%) class III. Thirty patients underwent induction therapy with CYC and 30 with MMF. As for laboratory data, patients had a mean ESR of 59.2 ± 32.0 mm/1st hour, median CRP was 10.1 mg/L (IQR 17.2), median creatinine was 0.97 mg/dl (IQR 0.51), median C3 69.4 mg/dl (IQR 50.3), median C4 14.5 mg/dl (IQR 13), median dsDNA 246.1 IU/ml (IQR 576.9) and median proteinuria 3157.3 mg/24h (IQR 1890.4). Thirty-two patients (53.3%) had erythrocyturia and 37 (61.7%) had leukocyturia. Patients who started CYC had higher mean ESR (62.0 ± 34.6 vs. 39.1 ± 25.6 , $p = 0.005$), higher creatinine - 0.92 (IQR 0.48) vs. 0.74 (IQR 0.36), $p = 0.030$ -, lower C3 - 63.7 (IQR 47.5) vs. 79.5 (IQR 52.7), $p = 0.021$ -, and higher proportion of hematuria (66.7% vs. 40.0%, $p = 0.038$) and leukocyturia (76.7% vs. 46.7%, $p = 0.017$), with no other statistically significant differences. At 6 months, patients on CYC therapy maintained a higher mean ESR (36.8 ± 27.7 vs. 20.1 ± 12.4 , $p = 0.021$). No other differences found at baseline were identified at 6 months. At 12 months, patients on CYC therapy still exhibited a higher mean ESR (33.1 ± 28.1 vs. 17.2 ± 13.8 , $p = 0.026$). Patients under CYC tended to have higher levels of C3 - 102.0 (IQR 33.0) vs. 93.0 (IQR 24.0) - but with an increase in levels from baseline of 58.4% vs. 14.5% with MMF, a statistically significant difference ($p = 0.012$); there was a trend towards higher proteinuria with CYC patients - 348.4 (IQR 828.6) vs. 288.7 (IQR 494.4) -, and the percentage of patients with proteinuria below 500 mg (66.7% with CYC vs. 70% MMF) and below 1,000 mg (80% CYC vs. 86.7% MMF), as well as the percentage reduction in proteinuria from baseline (90.7% CYC vs. 88.6% MMF), was not significantly different between the groups.

Conclusions: In this study, the 12-month prognosis of lupus nephritis was quite favorable, with both induction treatments showing comparable efficacy. CYC was chosen in patients with higher ESR, creatinine, active urinary sediment, and with lower levels of C3, but the absolute results and the percentage of change in laboratory parameters were not significantly different from that observed with MMF, except for C3.

RC41. RITUXIMAB VS MICOFENOLATO MOFETILO; ¿PRESENTAN LA MISMA EFICACIA COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO EN LA NEFRITIS LÚPICA?

J. Mendizabal Mateos, M. López i Gómez, N. del Val del Amo, S. García Pérez, G. Sada Urmeneta, L. Ibarrola Paino, U. Astigarraga Urkia, I. Paniagua Zudaire, L. Horcada Rubio, R. Gutiérrez Polo, L. Garrido Courel y M.C. Fito Manteca

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Introducción: Las recomendaciones EULAR aconsejan el uso de micofenolato mofetilo (MMF) o azatioprina como tratamiento en la inducción de la remisión de la nefritis lúpica (NL) Son pocos los estudios publicados comparando rituximab (RTX) con MMF en la fase de mantenimiento de la remisión de las NL.

Objetivos: Analizar la respuesta y seguridad de los pacientes con NL que estén en tratamiento de mantenimiento con MMF o RTX, a los 6 y 12 meses del inicio del fármaco.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de NL recogida en el servicio de reumatología y nefrología de un único hospital terciario entre los años 2000 y 2021. Se analizaron las variables de eficacia proteinuria, FG, creatinina, anti-DNA, C3, C4 y SLEDAI al diagnóstico de la NL, al inicio del RTX y a los 6 y 12 meses del inicio del RTX. Para el análisis estadístico se utilizó el STATA 15.

Resultados: Fueron incluidos 16 pacientes, de los cuales 7 (43,75%) recibieron tratamiento con RTX y 9 (56,25%) con MMF, al año del diagnóstico de la NL. La edad media al inicio en el grupo de RTX fue de 35,86 (DE 4,56) y en el de MMF de 32,2 (DE 4,86) (tabla 1). Las clases histológicas más prevalentes en el grupo de RTX fueron la II, III y V, mientras que en el grupo de MMF fueron la tipo II, III y IV. Al inicio, el grupo de RTX presentaba una proteinuria llamativamente más elevada que el grupo de MMF, 1288,41 (DE 447,28) vs. 290,83 (DE 92,78), así como una creatinina, anti-DNA y SLEDAI más elevados y mayor hipocomplementemia (tabla 2). A los 6 meses del inicio del fármaco, el grupo del RTX presentó un empeoramiento de la proteinuria 1368 (DE 488,48); en cambio el del MMF presentó una mejoría de la proteinuria no estadísticamente significativa 228,71 (DE 95,98) (tabla 3). A los 12 meses, ambos grupos presentaron una mejoría de la proteinuria estadísticamente no significativa. Los valores de creatinina mejoraron en ambos grupos a los 6 meses y empeoraron en ambos al año del inicio de los fármacos. Los niveles de C3 empeoraron en ambos grupos a los 6 meses, mejorando a los 12 meses de manera no significativa. C4 se mantuvo estable en el grupo de MMF mejorando sustancialmente en el grupo de RTX. SLEDAI mejoró en el grupo de MMF empeorando en el grupo de RTX.

Tabla 1: Características demográficas

Nº Pacientes	RTX	MMF	Total pacientes
7 (100%)	9		16
Edad (años) LES	31,43 (DE 5,53)	31 (DE 5,02)	31,18 (DE 3,59)
Sexo (femenino)	6 (85,71%)	6 (66,6%)	12 (75%)
Edad (años) en el diagnóstico de NL	35,86 (DE 4,56)	32,2 (4,86)	32,126 (DE 3,46)
Etnia caucásicos	7	9	16
ENA	5	5	10
CLASES HISTOLOGICAS			
NL tipo I	0	1	1
NL tipo II	2	2	4
NL tipo III	2	2	4
NL tipo IV	1	4	5
NL tipo V	2	0	2
NL tipo VI	0	0	0
FAMES convencionales previas a NL			
- Hidroxicloroquina	7	9	16
- Metrotexato	0	0	0
- Azatioprina	0	0	0
TRATAMIENTO INDUCCIÓN			
Ciclofosfamida	6	6	12
MMF	1	3	4
Bolos de metilprednisolona	2	5	7
Adiro	5	5	10
FAMES concomitantes			
- Hidroxicloroquina	7	9	16
Recaídas NL	6	3	9
Número de recaídas total	13	5	18
Díálisis	1	0	1
Trasplante renal	0	0	0

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes del grupo con RTX presentaban una NL más activa, con peores datos clínicos y analíticos. Ambos grupos demostraron ser eficaces en terapia de mantenimiento, pero no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mejora de las variables entre ambos grupos.

Tabla 2: Evaluación de la eficacia de ambos fármacos a los 6 y 12 meses.

	Micolofolato profetilo						Rituximab					
	Proteinuria	Creatinina	C3	C4	Anti-DNA	SLEDAI	Proteinuria	Creatinina	C3	C4	Anti-DNA	SLEDAI
Inicio diagnóstico	2752.9 (DE 663.54)	1.127778 (DE 0.22)	75.88 (DE 18.3)	11.77 (DE 3.6)	455.85 (DE 217.79)	13.22 (DE 2.4)	2394.7 (DE 544.9)	1.48 (DE 0.8)	81.33 (DE 8.47)	15.5 (DE 2.5)	181 (DE 68.86)	16 (DE 2.03)
Inicio fármaco	290.83 (DE 92.78)	0.90 (DE 0.13)	111.66 (DE 7.43)	21.44 (DE 2.15)	59.52 (DE 20.78)	4.44 (DE 0.86)	1288.41 (DE 447.28)	1.71 (DE 1.06)	94.05 (DE 6.95)	20.66 (DE 3.82)	174.14 (DE 80.6)	8.28 (DE 2.11)
6 meses	228.71 (DE 95.98)	0.89 (DE 0.09)	106.66 (DE 5.59)	20.22 (DE 2.74)	49.15 (DE 16.16)	3.11 (DE 0.67)	1368 (DE 488.48)	1.49 (DE 0.80)	92.14 (DE 10.72)	21.44 (DE 4.77)	168.52 (DE 91.83)	12 (DE 2.82)
12 meses	277.27 (DE 93.76)	0.91 (DE 0.1)	118.22 (DE 6.72)	21.33 (DE 1.69)	59.55 (DE 26.25)	3.33 (DE 1.15)	1221.2 (DE 571.82)	1.65 (DE 0.98)	84.66 (DE 18.09)	53.4 (DE 53.4)	115.95 (DE 76.29)	10 (DE 3.50)

RC41 Figura 2

Tabla 3. P-valor

	Proteinuria	Creatinina	C3	C4	Anti-DNA	SLEDAI
6 meses	0.1	0.46	0.22	0.81	0.16	0.2
12 meses	0.067	0.4	0.06	0.25	0.42	0.054

RC41 Figura 3

RC42. IMPACTO DE LA FRACTURA DE FÉMUR EN LA MORTALIDAD Y DEPENDENCIA

S. Farietta Varela¹, S. Rivas², P. Corzo¹ y P. Peris¹

¹Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Centre Atenció Primària Casanova CAPSBE- Hospital Clínic Maternitat. Barcelona.

Introducción: La fractura de fémur es un problema de salud cuya incidencia aumenta a partir de los 70 años de forma exponencial. Su importancia radica no solo en su elevada frecuencia, sino en su alto coste sociosanitario y especialmente en la mortalidad asociada. El objetivo de este estudio fue valorar la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la mortalidad tras la fractura de fémur.

Métodos: Estudio transversal de los pacientes ingresados por fractura de fémur en el Hospital Plató (Hospital Clínic Sede Plató) durante 2019 y valorados por el Servicio de Reumatología (dentro de la unidad multidisciplinaria de fractura de fémur-Fracture Liaison Service [FLS]). Se revisó la historia clínica a los 2 años de la fractura,

incluyendo variables demográficas, geriátricas (índice de comorbilidad de Charlson, ABVD, mortalidad) y de laboratorio (evaluando el déficit de vitamina D [valor de 25-OH-D < 20 ng/ml]). Se analizaron los resultados en función de la edad (≥ 85 y < 85 años). Se excluyeron las fracturas por traumatismo de alto impacto.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes, con una edad media de 86 ± 10 años. La Tabla muestra los resultados en función de la edad (≥ 85 vs. < 85 años). Previamente a la fractura 67(72,8%) pacientes eran independientes para ABVD, y tras la fractura: 25 (37,3%) pacientes de este grupo pasaron a ser dependientes, 18 (26,9%) fueron institucionalizados y 18 (26,9%) murieron. La mortalidad al año del total de pacientes fue del 31,8%, siendo más alta en los individuos de ≥ 85 años con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de < 85 años. Todos los pacientes que murieron tenían una comorbilidad alta (> 3 puntos) según el índice de Charlson en el momento de la fractura. El 57,6% de los pacientes tenía un déficit de vitamina D, siendo más frecuente en los individuos ≥ 85 años (63,9%). Solo el 16,5% de los pacientes seguía tratamiento con suplementos de vitamina D y el 23% suplementos de vitamina D y calcio previamente a la fractura.

Tabla RC42

Variables	< 85a (n = 31)	≥ 85a (n = 61)	p valor
Sexo femenino	23 (74,2%)	43 (70,5%)	0,709
Uso de glucocorticoides	2 (6,4%)	5 (8,2%)	0,765
Suplemento de calcio y vitamina D	9 (29%)	12 (19,7%)	0,312
Suplemento de vitamina D	6 (19,4%)	9 (14,8%)	0,572
Tabaquismo (fumador y exfumador)	11 (35,5%)	3 (4,9%)	< 0,001
Fracturas previas	7 (22,6%)	11 (18%)	0,603
ABVD* Barthel dependiente pre-fractura (< 60)	6 (19,4%)	17 (27,9%)	0,373
ABVD* Barthel dependiente post-fractura (< 60)	8 (25,8%)	40 (65,6%)	< 0,001
Institucionalizado previo a la fractura	4 (12,9%)	19 (31,1%)	< 0,056
Institucionalizado post fractura	4 (12,9%)	26 (42,6%)	< 0,004
Mortalidad	4 (12,9%)	25 (41%)	< 0,006
ICC* > 3 en el momento de la fractura	4 (12,9%)	25 (41%)	
Intervención Quirúrgica	28 (90,3%)	56 (91,8%)	0,812
Laboratorio			
Deficiencia 25-OH-Vit D (< 20 ng/ml)	14 (45,1%)	39 (63,9%)	0,099
Aumento parathormona (> 88pg/ml)	6 (19,3)	28 (50%)	0,014
Aumento creatinina (> 0,9 mg/dl)	7 (22,5%)	42 (68,8%)	< 0,001
FG < 50 ml/min	3 (9,6%)	29 (47,5%)	< 0,001
Albúmina baja (< 35 g/l)	14 (45,1%)	38 (62,2%)	0,417

*ABVD: actividades básicas de la vida diaria. *ICC: Índice de comorbilidad de Charlson.

Conclusiones: La fractura de fémur por fragilidad es un factor determinante en la pérdida de dependencia para las ABVD. En estos pacientes, la edad avanzada es un factor clave en la dependencia y la mortalidad, siendo ésta más alta en pacientes dependientes.

RC43. INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA DE PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA. ESTUDIO DE UNA COHORTE

Pablo. Andújar Brazal, I. Vázquez-Gómez, E. Flores-Fernández, C. Valera-Ribera, E. Valls-Pascual, A. Martínez-Ferrer, D. Ybáñez-García y J.J. Alegre-Sancho

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: La obesidad, como enfermedad metabólica que condiciona un estado proinflamatorio, puede suponer un efecto deletéreo para el hueso que predisponga a la osteoporosis (OP) pero, por otro lado, el aumento de conversión de andrógenos a estrógenos en

la grasa, el hipeinsulinismo y el aumento de carga mecánica que produce pueden suponer factores que contribuyan a aumentar la masa ósea.

Objetivos: Analizar en una cohorte de pacientes con Artropatía Psoriásica (APs) la influencia del índice de masa corporal (IMC) en el estado de la densidad mineral ósea (DMO) medido por densitometría ósea (DXA), así como analizar la influencia del IMC de pacientes con APs en el estado de la microarquitectura ósea, utilizando para ello nuevos métodos de detección del estado de ésta como el Trabecular Bone Score (TBS).

Métodos: Se han revisado los pacientes con APs de nuestra unidad y las DXA realizadas entre los periodos 2015-2019. Se incluyeron valores de Tscore y Zscore así como el valor del TBS y, para el cálculo de IMC, se utilizaron los parámetros de peso y altura registrados en el informe de DXA. Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico SPSS en su versión 25.

Resultados: Se registraron un total de 99 pacientes diagnosticados con APs, todos de raza blanca, y se revisaron los valores de sus últimas DXA. Fueron descartados 8 pacientes pues ésta no se les rea-

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	ESTADO DE MASA ÓSEA (Z SCORE GLOBAL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMOPESO (IMC 18.5-24.9)	MASA ÓSEA NORMAL ($\geq 2,0$ DE)	7	100,0
	MASA ÓSEA BAJA (< 2 DE)	0	0,00
	Total	7	
SOBREPESO (IMC 25-29.9)	MASA ÓSEA NORMAL ($\geq 2,0$ DE)	9	90,0
	MASA ÓSEA BAJA (< 2 DE)	1	10,0
	Total	10	100,0
OBESIDAD (IMC ≥ 30)	MASA ÓSEA NORMAL ($\geq 2,0$ DE)	3	100,0
	MASA ÓSEA BAJA (< 2 DE)	0	0,00
	Total	3	
TOTAL PACIENTES		20	

Tabla 1. Densitometría ósea en pacientes con Artropatía Psoriásica MENORES de 50 años, valorado por Z SCORE global.

RC43 Figura 1

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	ESTADO DE MASA ÓSEA (T SCORE GLOBAL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMOPESO (IMC 18.5-24.9)	NORMAL (> -1 DE)	2	28,6
	OSTEOPENIA-OSTEOPOROSIS (≤ -1 DE)	5	71,4
	Total	7	100,0
SOBREPESO (IMC 25-29.9)	NORMAL (> -1 DE)	12	37,5
	OSTEOPENIA-OSTEOPOROSIS (≤ -1 DE)	20	62,5
	Total	32	100,0
OBESIDAD (IMC ≥ 30)	NORMAL (> -1 DE)	11	36,7
	OSTEOPENIA-OSTEOPOROSIS (≤ -1 DE)	19	63,3
	Total	30	100,0
TOTAL PACIENTES		69	

Tabla 2. Densitometría ósea en pacientes con Artropatía Psoriásica MAYORES de 50 años, valorado por T SCORE global.

RC43 Figura 2

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	ESTADO MICROARQUITECTURA ÓSEA (TBS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMOPESO (IMC 18.5-24.9)	MICROARQUITECTURA NORMAL (≥ 1.310)	12	85,7
	MICROARQUITECTURA PARCIALMENTE DEGRADADA (1.310-1.230)	1	7,1
	MICROARQUITECTURA DEGRADADA (≤ 1.230)	0	0,00
	Perdidos	1	7,1
	Total	14	100
SOBREPESO (IMC 25-29.9)	MICROARQUITECTURA NORMAL (≥ 1.310)	33	78,6
	MICROARQUITECTURA PARCIALMENTE DEGRADADA (1.310-1.230)	2	4,8
	MICROARQUITECTURA DEGRADADA (≤ 1.230)	7	16,7
	Perdidos	0	0,00
	Total	42	100,0
OBESIDAD (IMC ≥ 30)	MICROARQUITECTURA NORMAL (≥ 1.310)	19	57,6
	MICROARQUITECTURA PARCIALMENTE DEGRADADA (1.310-1.230)	5	15,2
	MICROARQUITECTURA DEGRADADA (≤ 1.230)	8	24,2
	Perdidos	1	3,00
	Total	33	100,0
TOTAL PACIENTES		89	

Tabla 3. Estado de microarquitectura ósea en pacientes con Artrropatía Psoriásica medida mediante TRABECULAR BONE SCORE (TBS).

RC43 Figura 3

lizó. El 61,5% eran mujeres. La edad media fue de 60,44 años ($\pm 12,91$ DE). La mayoría tenía edad superior a 50 años (77,5%). El 82,4% presentaban IMC elevado, mayor a 25. El IMC medio fue de 28,51 ($\pm 4,5$ DE). Para el análisis del estado de la masa ósea en pacientes menores de 50 años (20 pacientes) se empleó el valor de Z Score global considerando baja masa ósea si Z Score < -2 DE y masa ósea normal si ≥ -2 DE. No se encontraron diferencias en el estado de la masa ósea en los diferentes subgrupos de IMC (normopeso-sobrepeso-obsesidad), presentando todos ellos, salvo un paciente en el grupo de sobrepeso, masa ósea normal (tabla 1). Para los mayores de 50 años (69 pacientes) se empleó el valor de T Score global, considerando masa ósea normal si T Score > -1 DE y osteopenia-osteoporosis si ≤ -1 DE. Los resultados fueron similares en todos los subgrupos de IMC, predominando el estado de osteopenia-osteoporosis (tabla 2). En el estado de la microarquitectura ósea medida por TBS sí se encontraron diferencias, con peor estado de la misma en el grupo de obesidad (tabla 3).

Conclusiones: No encontramos clara influencia del IMC en el estado de la DMO medida por DXA de pacientes con APs. En cambio, sí vemos en el estado de la microarquitectura ósea de estos pacientes medida por TBS mayor degradación en el subgrupo con obesidad. Creemos necesarios estudios más robustos para confirmar esta relación.

Bibliografía

- Riesco Díaz M, Manzano Gómez F. Osteoporosis en la Artritis Psoriásica. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2013;14 (3):72-9.
- López-Gómez Pérez Castrillón JL, De Luis Román D. Influencia de la obesidad sobre el metabolismo óseo. Endocrinología y Nutrición. 2016;63(10):551-9.
- Del Río Barquero L. Papel de las nuevas técnicas de imagen en la predicción del riesgo de fractura. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral. 2021;13(Supl 2):S 11-7.

RC44. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA SUPERVIVENCIA, EFICACIA Y SEGURIDAD DE ADALIMUMAB Y ETANERCEPT BIOSIMILAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

I.M. Fernández-Maeztu Palacín, J. Rodas Flores, P. Cejas Cáceres, G. Jurado Quijano, A. Fernández-Reboul Fernández y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El desarrollo de fármacos biosimilares ha permitido un mayor acceso a las terapias biológicas en pacientes con enfermedades inflamatorias articulares, siendo los biosimilares de adalimumab y etanercept, los más utilizados. No obstante, se necesitan más datos para analizar las diferencias de eficacia y tolerabilidad a largo plazo de los mismos, así como de su supervivencia en el tratamiento de estas enfermedades.

Objetivos: El objetivo principal es determinar la supervivencia de los fármacos biosimilares adalimumab y etanercept a largo plazo en pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APS) y espondiloartropatías (EA). El objetivo secundario es analizar la eficacia y seguridad, medida por DAS28, DAPSA y ASDAS de los biosimilares en estos pacientes.

Métodos: Se recogen variables demográficas, diagnóstico, fecha de inicio del biológico y uso previo de terapia biológica o inhibidores de JAK. Se realiza un análisis retrospectivo de supervivencia, no intervencionista, mediante revisión de registros y bases de datos de pacientes adultos con AR, APS y EA del Servicio de Reumatología del H.U.V.M., que inician o cambian tratamiento con adalimumab y etanercept biosimilar, desde la fecha de administración de la primera dosis hasta la fecha de discontinuación del fármaco. Se realiza un

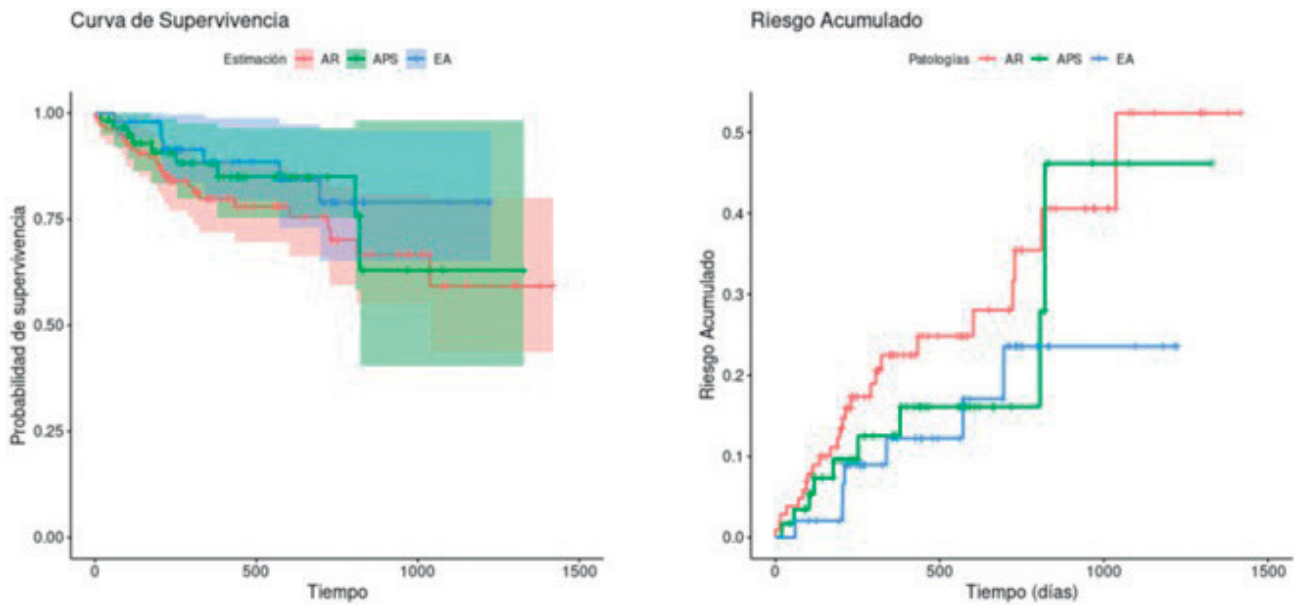


Tabla 1.

	AR			APS			EA		
	Reducción Media DAS28	N Pacientes	NA	Reducción Media DAPSA	N Pacientes	NA	Reducción Media ASDAS	N Pacientes	NA
Global Pacientes	1'27	77	29	11'63	35	24	0'978	14	35

NA: No aplicable.

Tabla 2.

n (%)	Población completa n = 214	AR			APS			EA		
		Total	Etanercept	Adalimumab	Total	Etanercept	Adalimumab	Total	Etanercept	Adalimumab
Discontinuidad	41(19,2)	25(23,6)	14(27,5)	11(20)	9(15,3)	2(20)	7(14,3)	7(14,3)	5(45,5)	2(5,3)
Motivos de la discontinuidad										
Ineficacia	22(53,7)	10(47)	5(35,7)	5(45,5)	6(67,7)	1(50)	5(71,4)	6(85,7)	4(80)	2(100)
Intolerancia	3(7,3)	2(6)	1(7,1)	1(9,1)	1(11,1)	1(50)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Otros efectos	15(36,6)	12(44)	8(57,1)	4(36,4)	2(22,2)	0(0)	2(28,6)	1(14,3)	1(20)	0(0)
Embarazo	1(2,4)	1(3)	0(0)	1(9,1)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

análisis de eficacia mediante respuesta de índices compuestos de actividad y se analizan las causas de discontinuación de los fármacos.

Resultados: Se analizan datos de 214 pacientes tratados con adalimumab (n = 142) y etanercept (n = 72) biosimilar. Después de un periodo de seguimiento de 1037 días un 64,2% de la cohorte global mantienen el tratamiento. Los pacientes con EA (n = 49) mostraron una mayor tasa de supervivencia (79%) frente a los pacientes con AR (n = 106; S = 59'2%) y APS (n = 59; S = 63%) (fig.). Tras el análisis de supervivencia por subgrupos de enfermedad, se han encontrado diferencias muy significativas de adalimumab biosimilar frente a etanercept biosimilar en el grupo de EA. (p = 0'003). En cuanto a la eficacia, se han encontrado una reduc-

ción media de las puntuaciones de DAS28, DAPSA y ASDAS, para cada una de las tres patologías a estudio (tabla 1). Por último, se analizan las causas de discontinuación de los fármacos biosimilares, siendo el fallo primario el principal motivo de discontinuación del tratamiento (tabla 2).

Conclusiones: En nuestro trabajo no se han encontrado diferencias significativas entre la supervivencia de adalimumab y etanercept biosimilar en AR ni APS. Sin embargo, hemos encontrado diferencias muy significativas de Adalimumab biosimilar frente a etanercept biosimilar en pacientes con EA. Ambos fármacos han demostrado similar eficacia en la reducción de índices de actividad en las enfermedades estudiadas. El fallo primario ha sido el principal motivo de discontinuación del tratamiento con biosimilar.

RC45. EFICACIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS NAÏVE A BIOLÓGICO: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

A.V. Esteban Vázquez¹, T. González Hernández², J.M. Rodríguez Heredia³, P. Castro Pérez³, I.J. Thuissard⁴, C. Andreu⁴, C. García Yubero¹, T. Cobo Ibáñez^{1,4} y S. Muñoz Fernández^{1,4}

¹Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.

²Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Hospital Universitario de Getafe. ⁴Universidad Europea. Madrid.

Objetivos: Analizar la eficacia y supervivencia de secukinumab como tratamiento biológico de primera línea en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspA) en condiciones de vida real, en los que ha fallado la terapia convencional.

Métodos: Estudio retrospectivo sin comparador de una cohorte de pacientes con APs y EspA que cumplían criterios CASPAR y ASAS respectivamente que iniciaron tratamiento con secukinumab en primera línea de biológico tras el fracaso al tratamiento convencional según recomendaciones SER. Se registraron datos demográficos (edad, sexo, diagnóstico, fecha de inicio y final del tratamiento), de actividad (BASDAI; ASDAS, DAPSA y PCR) y de función (BASFI) de manera basal, a los 3 meses y posteriormente cada 6 meses. Así mismo, se registró si el paciente estaba o no en baja actividad definida por ASDAS menos de 2,1, BASDAI menor de 4 o DAPSA menor de 5 puntos, según el diagnóstico. Además, se evaluaron los posibles factores que pudieron estar implicados en el abandono/fallo primario del tratamiento

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes procedentes de tres hospitales de la Comunidad de Madrid (Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario Infanta Sofía) (edad media 48 ± 12,5 años; 72,73% varones; tiempo medio de seguimiento: 18 ± 8,4 meses). Veintiún pacientes (63,64%) tenían EspA y 12 (36,36%) APs. Se encontraron disminuciones significativas con respecto al valor basal antes de comenzar el tratamiento de los parámetros de actividad y función de la enfermedad a partir de los tres meses del inicio, que se mantuvieron a lo largo del seguimiento en los pacientes respondedores. El tratamiento se suspendió por fallo primario en 6 pacientes (18,18%) a los 6 meses de su inicio. No se evidenciaron efectos adversos serios secundarios al tratamiento. A los dos años y medio del inicio del fármaco, permanecían con el mismo en remisión clínica o baja actividad 12 pacientes de 28, por lo que la supervivencia del fármaco es de un 43%.

Conclusiones: El secukinumab es un fármaco eficaz en pacientes naïve a biológico sin efectos adversos serios. En nuestra serie hay una tasa elevada de remisión clínica a los dos años, no obstante, se registró un número también alto de fallos primarios lo cual habría que confirmar con series más amplias. Es necesario un estudio multicéntrico que permita ampliar el tamaño muestral y llegar a más conclusiones significativas.

RC46. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON SEROLOGÍAS DE FACTOR REUMATOIDE Y ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDOS CITRULINADOS (ACPA) DISCORDANTES

Ch.A. Chacur Kiss, C. Dexter Adao¹, B. Frade-Sosa¹, E. Ruiz-Ortiz², O. Viñas², R. Morlà¹, V. Ruiz-Esquide¹, J.A. Gómez-Puerta¹ y R. Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Inmunología. Centre de Diagnòstic Biomèdic. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El factor reumatoide (FR) y los anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA) son autoanticuerpos característicos de la artritis reumatoide (AR), aunque no son patognomónicos y pueden observarse en otras enfermedades inmunomediadas, infecciosas o incluso en personas sanas. La combinación de la determinación de ambos anticuerpos mejora su rendimiento para el estudio de

enfermedad autoinmune, sobre todo ante la sospecha de artritis reumatoide y la mayoría de las veces son concordantes.

Objetivos: Analizar todas las muestras de FR y ACPA discordantes solicitadas durante el año 2021 en un Hospital terciario y establecer su relación con los diagnósticos clínicos y los Servicios solicitantes.

Métodos: Se identificaron todas las determinaciones de FR y ACPA realizadas entre el 1 de enero 2021 y 31 de diciembre 2021 en nuestro hospital. El FR se determinó por turbidimetría (Siemens Atellica®) (VN < 25 UI/ml) y los ACPA por quimioluminiscencia (test CCP2 comercial, QuantaFlash, INOVA®) (VN < 20 CU). Se revisaron las historias electrónicas de los pacientes para obtener los datos sobre servicio solicitante, diagnóstico de los pacientes y concentraciones de FR y anti-CCP.

Resultados: Durante el año 2021 hubo 2.198 solicitudes de determinación conjunta de FR y anti-CCP. Se identificaron 182 muestras (8,9%) que mostraban serologías discordantes: 90 con FR positivo/anti-CCP negativo y 92 con FR negativo/anti-CCP positivo. La mayoría de las determinaciones habían sido solicitadas por Reumatología (52,8%), seguido por los servicios de Medicina interna (incluyendo Enfermedades autoinmunes) (21,4%) y Neumología (17,1%). Las otras especialidades fueron oncología, hematología, nefrología y dermatología, aunque mucho menos que las anteriores. El diagnóstico más frecuente fue AR (25,8%), seguido por el de neumopatía intersticial (10,4%). En el grupo de pacientes FR positivo/anti-CCP negativo los niveles medios de FR fueron de 126,43U/ml. En este grupo, solo 12 de los 90 pacientes (13,3%) estaban diagnosticados de AR. Otros 12 pacientes (13,3%) estaban en seguimiento por neumopatía intersticial, 6 por lupus eritematoso sistémico (6,7%) y 5 síndrome de Sjögren primario (5,6%). El resto estaban diagnosticados de artritis psoriásica, artropatía microcristalina y otras enfermedades autoinmunes sistémicas. En el grupo FR negativo/anti-CCP positivo el valor medio de anti-CCP fue 1.022,87 CU. En este grupo, 35 de los 92 estaban diagnosticados de AR (38,2%) y 10 de reumatismo palindrómico (RP) (10,9%). Siete pacientes (7,6%) estaban en seguimiento por neumopatía intersticial. Del total de solicitudes, un 40,1% ya tenían al menos una determinación previa de FR y un 37,4% de anti-CCP.

Conclusiones: Solo una minoría de las determinaciones conjuntas de FR y anti-CCP son discordantes. Encontramos diferencias en los diagnósticos clínicos entre los grupos de pacientes. Son más frecuentes los diagnósticos de enfermedad autoinmune distinta de la AR y las neumopatías intersticiales en el grupo de pacientes con FR positivo/anti-CCP negativo mientras que en el grupo con FR negativo/anti-CCP positivo predominan las AR y el RP. A pesar de ser estudios diagnósticos y no de monitorización de la enfermedad, más de un tercio de los pacientes tenían determinaciones previas del mismo autoanticuerpo.

RC47. CORRELACIÓN ENTRE CLÍNICA Y ECOGRAFÍA DE ARTERIAS TEMPORALES EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

D. Santos Álvarez, N. Cabaleiro Raña, E.C. Cervantes Pérez, J.R. Maneiro Fernández, B. Moreira Martínez, M. Caeiro Aguado y S. Romero Yuste

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción: La ecografía de arterias temporales (AT) para el diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG), no había sido incluida hasta ahora en criterios de clasificación. Los últimos criterios ACR/EULAR 2022 propuestos y aún pendientes de publicación en el momento del análisis, sugieren su incorporación equiparando su validez con la de la biopsia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es establecer el grado de correlación entre la clínica y signo del halo ecográfico en AT en una muestra de pacientes con ACG.

Métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticados de ACG de forma consecutiva que requirieron ingreso hospitalario en el Servicio de Reumatología del C.H.U. de Pontevedra. Se recogieron de forma retrospectiva datos demográficos, clínicos, analíticos y ecográficos. Se les practicó una ecografía Doppler color (EDC) de AT, considerando ecografía positiva según recomendaciones OMERACT. Se realizó análisis descriptivo de la muestra empleando medidas de tendencia central y dispersión. Se aplicó un análisis de correlación mediante el coeficiente Tetrachoric empleando para el análisis de variables bivariantes, las variables clínicas, ecografía y criterios ACR y ACR/EULAR.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes. La edad media al diagnóstico fue de 78,4 ± 9,8 años, el 65% mujeres. La duración media de los síntomas previos al diagnóstico fue de 39,9 ± 52,7 días. 65% de los pacientes presentó cefalea, 50% claudicación mandibular, 25% hiperalgesia del cuero cabelludo, 25% sintomatología general, 40% polimialgia reumática (PMR), 55% anomalías exploratorias de la AT y 60% alteraciones oftalmológicas. Con respecto a los valores analíticos, la media de la PCR fue de 3,4 ± 6,1, la media de VSG fue de 50,1 ± 31,4. El 80% de los pacientes presentó una EDC positiva y en la mitad de estos esta positividad se constató a nivel bilateral, en el 26,6% de los pacientes la biopsia fue positiva. El 53,3% de los pacientes cumplió criterios ACR, el 100% cumplió criterios ACR/EULAR y el 75% de los pacientes cumplió criterios ACR/EULAR descartando el criterio ecográfico (tabla). Se objetivó correlación entre la EDC y los criterios ACR, sobre todo cuando la ecografía era positiva de forma bilateral. Al correlacionar la ecografía y las diferentes manifestaciones clínicas, las que mejor grado de correlación obtuvieron fueron la PMR y anomalías exploratorias de la AT. Por otra parte en cuanto a las variables clínicas y los diferentes criterios diagnósticos, los que mejor se correlacionaron fueron los síntomas sistémicos con los criterios ACR y la cefalea con los criterios ACR/EULAR.

Variable	Arteritis células gigantes (n = 20)
Edad, media ± DE	78,4 ± 9,8
Mujeres, n (%)	13 (65%)
Duración síntomas (días), media ± DE	39,9 ± 52,7
Cefalea, n (%)	13 (65%)
Claudicación mandibular, n (%)	10 (50%)
Hiperalgesia cuero cabelludo, n (%)	5 (25%)
Síntomas generales, n (%)	5 (25%)
Polimialgia reumática, n (%)	8 (40%)
Alteraciones arteria temporal, n (%)	11 (55%)
Alteraciones oftalmológicas, n (%)	12 (60%)
PCR, media ± DE	3,41 ± 6,10
VSG, media ± DE	50,05 ± 31,43
ECO positiva, n (%)	16 (80%)
ECO positiva bilateral, n (%)	8 (40%)
Biopsia positiva, n (%)	4 (26,67%)
Criterios ACR, n (%)	8 (53,33%)
Criterios ACR/EULAR, n (%)	20 (100%)
Criterios ACR/EULAR sin ecografía, n (%)	15 (75%)

Conclusiones: En nuestra serie la principal manifestación clínica fue la cefalea, seguida de las alteraciones oftalmológicas. Se observó correlación entre la EDC y los criterios ACR, especialmente cuando los hallazgos ecográficos eran bilaterales. Esto refuerza la idea de que la ecografía podría sustituir a la biopsia en aquellos casos en los que exista un compromiso bilateral, tal y como se ha descrito en estudios previos. Por otro lado, hallamos correlación entre la presencia de polimialgia reumática y las alteraciones semiológicas de la arteria temporal con la obtención de una ecografía positiva. Dichos resultados podrían sugerir la existencia de una probabilidad pretest en función de datos semiológicos, algo que habría que confirmar con nuevos estudios.

Bibliografía

1. Chrysidis S, et al. RMD Open. 2018;4(1).
2. Prieto-Peña D, et al. J Clin Med. 2021;10(16):3704.

RC48. EFICACIA Y TASA DE RETENCIÓN DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y AFECTACIÓN PULMONAR

P. Santo Panero¹, M. Mora-Limiñana¹, E.L. Sirvent Alierta¹, P.V. Estrada², D. de la Fuente de Dios³, A. Rozadilla Sacanell¹, D. Reina Sanz² y J.M. Ruiz Martín³

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Boi. PSSJD Sant Boi.

²Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Viladecans.

Objetivos: La afectación pulmonar tiene una prevalencia en la AR de entre el 5 y el 40%. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y la supervivencia del tratamiento biológico en pacientes con AR que presentan esta manifestación.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo del 2011 al 2021 en tres hospitales del Baix Llobregat, de una cohorte de 28 pacientes con criterios EULAR/ACR 2010 de AR y afectación pulmonar en tratamiento biológico. Se recogieron variables demográficas, clínicas, radiológicas y de función respiratoria. Se valoró la respuesta al tratamiento biológico tanto en el dominio articular como en el pulmonar, así como la tasa de retención en los primeros tres años. Aplicamos t Student y estadístico exacto de Fisher para valorar si existían diferencias en cuanto a las variables recogidas entre las EPID que mejoraban o se estabilizaban tras el tratamiento y las que no.

Resultados: Se estudiaron 28 pacientes (71,4% mujeres) con una edad media de 67,3 ± 10,2 años. El 35,7% eran fumadores y el 7,1% exfumadores. El 71% de los pacientes tenían positividad para FR o ACPA y el 67,8% para ambos. En el 78,5% de los pacientes la aparición de artritis fue previa a la de la afectación pulmonar, en el 10,7% concomitante y en el 10,7% posterior. Los tratamientos biológicos pautados fueron abatacept (50%), rituximab (25%), tocilizumab (10,7%), baricitinib (10,7%) y upadacitinib (3,5%). El 75% tomaban glucocorticoides y el 63,1% estaban en tratamiento con FAMES (17,8% metotrexato, 25% leflunomida, 27,8% micofenolato, 14,3% hidroxicloroquina y 3,6% sulfasalazina). Un 14,2% de los pacientes llevaban o habían llevado tratamiento antifibrótico. La duración media de la afectación pulmonar era de 3,95 ± 3,1 años. El 67,8% de los pacientes presentaban EPID, siendo el patrón radiológico más frecuente la NINE (42,1%), seguido de la NIU (36,8%) la NO (15,7%) y la NIA (5,2%). Un 17,8% de los pacientes presentaron bronquiolitis asociada a tabaquismo, y hubo un paciente no fumador con BONO. Una paciente fue diagnosticada de FIAT tras biopsia pulmonar y hubo tres pacientes con nodulosis en el TACAR. De los pacientes con EPID, el 42,1% presentó mejoría de la afectación pulmonar tras la introducción del tratamiento biológico, y el 26,3% estabilización, mientras que el 26,3% progresaron. El 80% de los pacientes que progresaron vs. el 7,1% de los que no progresaron tenían patrón radiológico de NIU ($p < 0,05$). La edad media de los pacientes con estabilización o mejoría de la EPID fue de 65,2 ± 7,6 años, más baja que la de los pacientes que progresaron: 79,4 ± 4,7 ($p < 0,05$). A nivel articular, el 75% de los pacientes se encontraban en remisión o con actividad baja según DAS28, y el 25% tenían actividad moderada. La tasa de retención al año del primer biológico pautado fue del 89,5%, y del 73,7% a los 2 y 3 años. Tres pacientes (10,7%) requirieron cambio de biológico durante el seguimiento por mal control de la artritis y un paciente lo abandonó por infecciones de repetición. Durante el seguimiento hubo dos *exitus*, un paciente con NIU y otro con NINE fibrosante.

Conclusiones: El tratamiento biológico en pacientes con artritis reumatoide y afectación pulmonar tuvo una tasa de retención alta en los tres primeros años desde su introducción. Además de conseguir controlar la artritis en el 75% de los pacientes, tras el inicio del tratamiento un 68,4% de los pacientes presentó mejoría o estabilización de su EPID asociada a AR. Los pacientes que progresaron eran mayores y predominaba el patrón NIU en el TACAR.

RC49. EXPERIENCIA REAL EN PREVENCIÓN DE DAÑO ORGÁNICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A.M. Brandy García, C. Ordás Calvo, M. Loredó, S. González, J. Babio y M.E. García Fernández

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción: El uso de los corticoides fue durante mucho tiempo, y aún sigue considerándose en algunas consultas como el pilar en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES). Las nuevas recomendaciones ACR/EULAR 2019 para el tratamiento del LES marcan como objetivos: la remisión, entendido como SLEDAI 0, corticoides 0; si esto no es posible se intentará el estado de baja actividad (LLADS) para el que los corticoides deben usarse en baja dosis (< 7,5 mg/día). Este cambio en la mentalidad del manejo de esta patología viene marcado por la aparición de nuevos tratamientos efectivos y por la cada vez mayor conciencia de evitar el daño orgánico, en el que juegan un papel importante los corticoides.

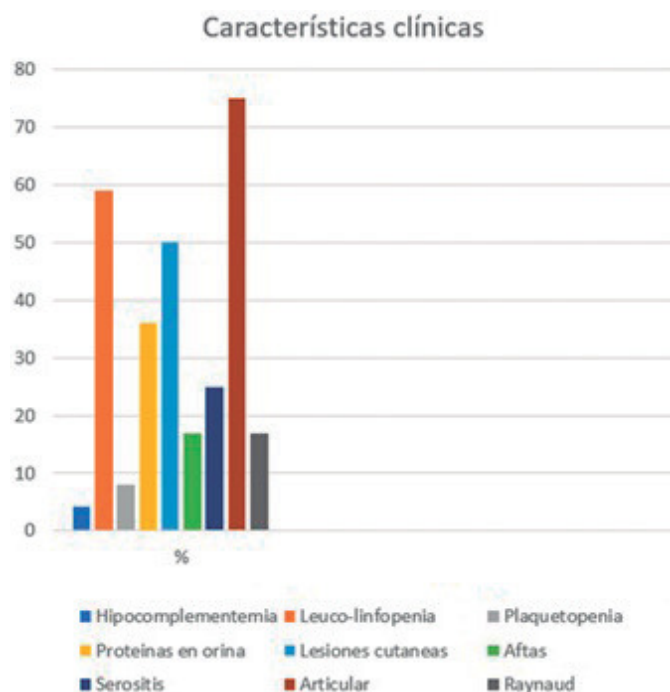
Resultados: Estudio prospectivo en el que se recogen los pacientes diagnosticados de LES por criterios ACR/EULAR 2019 entre noviembre 2019 y noviembre 2020, sin *overlap* con otras conectivopatías, con seguimiento posterior de 1 año. Se consigue una n de 12 pacientes: 1 hombre y 9 mujeres, todos ellos caucásicos con una media de edad al diagnóstico de 37 ± 16 años. La manifestación clínica al diagnóstico más frecuente fue la afectación articular (75%, 9 pacientes). Las características clínicas y analíticas se muestran en la figura y tabla. En cuanto al tratamiento el 91,7% (11 de 12 pacientes) reciben tratamiento con hidroxicloroquina, el 75% (n = 9) fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMES), siendo el más empleado el metotrexato (n = 5), seguido del micofenolato y azatriopina (n = 2 ambos); fármacos biológicos (FAMEb) 7 de los 12 paciente (4 con antiBlyss y 3 antiTNF). Todos los pacientes excepto 1 recibieron al inicio tratamiento con corticoides, dosis media día de 11 ± 9 mg, y una dosis acumulada media de 5.633 ± 3.584 mg. A los 12 meses, el 59% (7/12) han suspendido la corticoterapia, de ellos 4 reciben terapia biológica (2 antiTNF y 2 antiBlys). Al comparar los pacientes con y sin FAMEb encontramos diferencias numéricas, aunque no significativa en cuanto a remisión de la enfermedad medida por SLEDAI y progresión en daño orgánico en SDI, teniendo en cuenta que los pacientes que reciben esta terapia presentan mayor SLEDAI al diagnóstico (8 ± 5 vs. 5 ± 2) y mayor dosis acumulada de corticoides (6.162,8 ± 3.674,7 vs. 4.397 ± -3.744). El SDI basal 0,33 y a los 12 meses SDI = 0,33 sin observarse progresión del daño orgánico. Al final de la valoración el 58,3% (7/12) están en remisión por ACR/EULAR y el 33,3% (4/12) LLADS. Los 7 pacientes en remisión están en tratamiento con FAMEb.

Características analíticas

Variables analíticas	Al diagnóstico	A los 12 meses
Hemoglobina (g/dL)	13,1 ± 1,4	13,7 ± 0,8
Leucocitos (× 10 ³)	5,22 ± 2,19	5,68 ± 2,35
Linfocitos (× 10 ³)	1,63 ± 0,68	1,79 ± 0,84
Plaquetas (× 10 ³)	231 ± 56	239 ± 38
Creatinina (mg/dL)	0,69 ± 0,23	0,69 ± 0,19
LDH (U/L)	439 ± 125	298 ± 70
C3 (g/L)	0,95 ± 0,18	0,99 ± 0,27
C4(g/L)	0,15 ± 0,004	0,17 ± 0,06
PCR (mg/L)	13,4 ± 19,7	3,7 ± 7,9
VSG (mmHr)	28 ± 33	18 ± 18
Anti-DNA (U/mL)	83 ± 68	48 ± 82
Proteínas orina (n, %)	4 (36,4)	1 (8,39)

Conclusiones: El principal problema para nuestro estudio es el tamaño muestral no permitiendo obtener resultados estadísticamente significativos, pero sí que podemos observar diferencias numéricas entre los grupos de pacientes FAMEs vs. FAMEb. A a pesar de una mayor complejidad de los pacientes (mayor actividad, más necesidades de corticoides) se consigue una mayor tasa de remisión y se evita la progresión del daño orgánico. Parece que con un inicio

precoz de FAMEb conseguimos control de la enfermedad y evitamos progresión de daño orgánico, sin necesidad de depender de la corticoterapia.



RC50. DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES REUMATOLÓGICOS TRAS DOS AÑOS DE SWITCH DE TOCILIZUMAB ENDOVENOSO A SUBCUTÁNEO

Á. Egea Fuentes, E. Fernández Guill, M.M. Piqueras García, P. Pérez González, J.J. Martínez Ferrín, N. Lozano Rivas, C. Marras Fernández-Cid, P. Mesa del Castillo Bermejo, L.F. Linares Ferrando, A. Bermúdez Torrente, F.A. Martínez Angosto, M.J. Moreno Ramos, M. Castaño Sánchez, A. Valcárcel Susarte, J.E. Ruiz Sara, A.C. Castillo González y B. Cascales García

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Debido a la pandemia SARS-CoV-2, se han adoptado diversas medidas encaminadas a optimizar la afluencia de pacientes a centros de salud y hospitalarios con el objetivo de reducir los contactos entre pacientes inmunodeprimidos. Una de esas medidas, ha consistido en el cambio de formulación de tocilizumab de endovenoso (TCZiv) a tocilizumab subcutáneo (TCZsc), lo que ha permitido reducir la estancia de los pacientes en hospitales de día, llevando a cabo una administración domiciliar del fármaco.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes a los que se propuso cambio de formulación de TCZiv a TCZsc, así como los motivos de rechazo y/o abandono de dicha formulación una vez efectuado el cambio.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión del número total de pacientes en tratamiento con TCZiv existentes en febrero 2020 y vía telefónica, se obtuvo consentimiento informado para efectuar el cambio de formulación en farmacia hospitalaria. Se excluyó los pacientes que ya se encontraban en tratamiento activo con TCZsc. Durante dos años (febrero 2020 a febrero 2022), se ha realizado seguimiento respecto a seguridad y efectividad con la nueva formulación.

Resultados: En el primer trimestre de 2020 se propuso realizar cambio de formulación de TCZiv a TCZsc a 22 pacientes reumatológicos, de los cuales, 4 rechazaron de entrada probar el cambio aduciendo los siguientes motivos: dos debido a tratamiento anticoagulante conco-

mitante, uno por decisión del paciente y uno debido a tripanofobia. De este modo, 18 pacientes aceptaron probar switch a TCZsc divididos en: quince artritis reumatoide (AR), dos enfermedad de Still (E. Still) y una artritis idiopática juvenil (AIJ). De estos pacientes, actualmente un total de 13 (72,22%) continúan tratamiento con TZDsc sin reportar incidencias ni percepción de pérdida de eficacia respecto a la formulación intravenosa. Sin embargo, 5 pacientes (27,78%) han regresado a TZDiv por las siguientes razones: tres por ineficacia, uno por reacción adversa tipo vértigo y uno por deseo del paciente. Las características epidemiológicas de los pacientes que aceptaron switch se exponen en la tabla.

Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes sometidos a switch de TCZiv a TCZsc

	Continúan con TCZsc (n = 13)	Regresan a TCZiv (n = 5)	Grupo total (n = 18)
Mujeres	78,57%	100%	72,73%
Edad media	59,31	65,4	61
Diagnóstico			
AR	10	5	15
AIJ	1	0	1
E. Still	2	0	2
Tabaquismo			
Sí	38,46%	20%	33,33%
No	61,54%	40%	55,56%
Exfumador	0%	40%	11,11%
Comorbilidades			
Hipertensión arterial	53,85%	0%	38,89%
Diabetes mellitus	23,08%	0%	16,67%
Dislipemia	38,46%	0%	27,78%
Osteoporosis	15,38%	40%	22,22%
Antecedentes psiquiátricos	38,46%	40%	38,39%
Hallazgos analíticos			
Factor reumatoide positivo	53,85%	80%	61,11%
Anticuerpos antipéptido citrulinados (ACPC) positivo	38,46%	100%	55,56%
Anemia	38,46%	40%	38,89%
Déficit de vitamina D	38,46%	60%	44,44%

Conclusiones: Los pacientes de ambos grupos fueron mayoritariamente mujeres de edad media similar y con artritis reumatoide como patología predominante. Cabe destacar una mayor incidencia de enfermedades de riesgo cardiovascular en el grupo switch TCZsc, semejante incidencia de antecedentes personales de patología psiquiátrica entre grupos y mayor osteoporosis en el grupo de regreso a TCZiv. En cuanto a los hallazgos analíticos, se detectó una mayor incidencia de factor reumatoide y anticuerpos antipéptido citrulinados positivos en el grupo que regresó a TCZiv; y similar incidencia respecto a anemia y déficit de vitamina D. A la hora de valorar el éxito del cambio de formulación, si se desestima el paciente que regresó a TCZiv por decisión propia, se obtiene una permanencia con TCZsc del 77,78% de los pacientes que probaron el cambio. En conclusión, tras dos años de seguimiento, el switch a

TCZsc ha resultado en similar eficacia, seguridad y tolerabilidad en estos pacientes de nuestro servicio.

RC51. ESTUDIO ACTIGRÁFICO DEL RITMO CIRCADIANO DE ACTIVIDAD-DESCANSO EN MUJERES CON FIBROMIALGIA

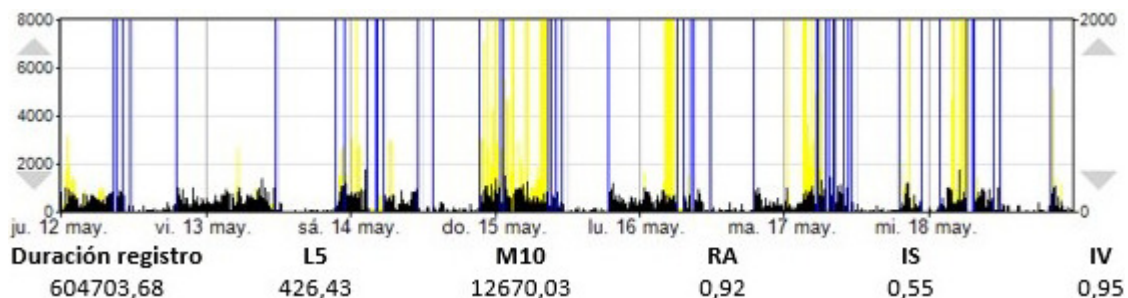
R. Cáliz Cáliz¹, M. Medina-Casado², E. Miró^{3,4}, M.P. Martínez^{3,4}, A.I. Sánchez^{3,4}, J.M. Sabio⁵ y G. Prados⁶

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²Centro Regional de Transfusión Sanguínea y Banco Sectorial de Tejidos de Granada y Almería. ³Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ⁴Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Universidad de Granada. ⁵Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁶Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada.

Objetivos: Muchas de las manifestaciones presentes en la fibromialgia (p. ej., dificultad para conciliar el sueño, cansancio, somnolencia diurna, bajo umbral al dolor y migrañas, molestias gastrointestinales y alteraciones cognitivas) se asemejan a las que padecen las personas con alteraciones en el ritmo circadiano de actividad-descanso. Asimismo, a nivel neuroendocrino, se han descrito alteraciones en los ritmos circadianos relacionados con la funcionalidad del sistema nervioso autónomo, la secreción de cortisol y melatonina. Estos desajustes en la cronobiología orgánica pueden explicar, en parte, las manifestaciones clínicas de la fibromialgia. Para indagar sobre la cronodisrupción en la fibromialgia, el presente estudio comparó el ritmo circadiano de actividad-descanso de una muestra de mujeres con fibromialgia frente al de una muestra de mujeres sanas.

Métodos: Veintidós mujeres con fibromialgia (M = 47,6 años) reclutadas en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves y seleccionadas atendiendo a diversos criterios clínicos de elegibilidad, y 25 controles sanas (M = 46,5 años) procedentes de contextos comunitarios fueron incluidas en el estudio. Las participantes fueron evaluadas durante 7-8 días con dispositivos de actigrafía especialmente diseñados para monitorizar el sueño y los ritmos circadianos de actividad-descanso. Las pacientes y las controles sanas se compararon en cuanto a variables sociodemográficas y parámetros derivados de la actimetría mediante las pruebas t de Student y χ^2 .

Resultados: Considerando los parámetros de actimetría nocturna, las pacientes con fibromialgia presentaron un mayor tiempo en cama, un mayor porcentaje de tiempo despiertas y de fragmentación del sueño, y una menor eficiencia del sueño. El análisis de variables no paramétricas del ritmo circadiano de actividad-reposo mostró que no existían diferencias significativas entre ambos grupos de participantes en cuanto a la regularidad y el nivel de actividad durante los periodos de sueño en las cinco horas menos activas del registro semanal (L5: se corresponde con la actividad nocturna), ni en cuanto a la regularidad y el nivel de actividad durante los periodos de vigilia en las 10 horas



RC51 Figura. Análisis no paramétrico del ritmo circadiano de actividad-descanso de una mujer con fibromialgia. L5: Media de los periodos de tiempo de 5 horas menos activos y que se corresponde con la actividad nocturna; M10: Media de los periodos de tiempo de 10 horas más activos y que se corresponde con la actividad diurna, RA: Amplitud relativa; IS: Estabilidad entre días; IV: Variabilidad entre días.

más activas del registro semanal (M10: se corresponde con la actividad diurna). El patrón circadiano de actividad-descanso presentó una regularidad (ISI) y un nivel de fragmentación (IVI) entre los días del estudio, similares en ambos grupos de comparación.

Conclusiones: El presente estudio muestra que las mujeres con fibromialgia pasan más tiempo en cama, pero su sueño es menos eficiente y más fragmentado que en las mujeres sanas. El ritmo circadiano de actividad-descanso es similar al de la población de mujeres sanas de la misma edad. Debido al carácter preliminar de este estudio, se precisa la confirmación de estos hallazgos en estudios con muestras más grandes.

Este trabajo es parte del proyecto de I+D+i/ayuda PID2019-109612GB I00, financiado por MCIN/AEI/10,13039/501100011033.

RC52. EXPERIENCIA CON GUSELKUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

B.E. Joven Ibáñez¹, Á. Aragón Díez², M.C. Ortega de la O², H. Godoy Tundidor³, P. Navarro Palomo³, M. Fernández Prada⁴, M.R. Picazo Talavera⁵, M.B. Paredes Romero⁶, L. González Hombrado⁷, T. Almorza Hidalgo⁸, T. Navío Marco⁹, C.O. Sánchez González⁹, M. Moreno Zazo¹⁰ y J.L. Pablos Álvarez¹

¹Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario de Getafe. ³Hospital Universitario Puerta de Hierro Madrid. ⁴Hospital Universitario de Guadalajara. ⁵Hospital Universitario del Sureste. Madrid. ⁶Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ⁷Hospital Universitario del Tajo. Madrid. ⁸Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. ⁹Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ¹⁰Hospital Universitario Quirón Salud. Madrid.

Introducción: El guselkumab, es un inhibidor de la IL23 aprobado en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave y de la artritis psoriásica (Aps) activa que no responde al tratamiento con FAME, aunque la experiencia en esta última es todavía limitada y en muchas ocasiones proviene de las consultas multidisciplinares con dermatología.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico retrospectivo, no intervencionista realizado en hospitales de Madrid y Guadalajara con experiencia en el uso de guselkumab en el tratamiento de la Aps. Se recogieron datos demográficos; datos clínicos: índice de masa corporal (IMC), factores de riesgo cardiovascular, cáncer, infección VHB y VHC; datos relacionados con la Aps: tipo de afectación, manifestaciones extraarticulares y daño radiológico; valoración de la enfermedad: recuentos articulares, PCR, escalas de valoración y DAPSA y datos relacionados con el tratamiento: tratamientos previos, grado de respuesta, suspensión con motivo de suspensión y efectos secundarios. Se realizó una estadística descriptiva utilizando la media y las desviaciones estándar.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, 22 (54%) mujeres, con una edad media de 46 ± 13 años y una evolución de la enfermedad de 9,4 ± 6,6 años. Treinta y cinco (85%) tenían afectación periférica (27% erosiva), 16 axial (39%) siendo el 22% radiológica, 39 psoriasis (98%) (BSA 6,8%, PASI 5,9 al inicio del tratamiento), 18 dactilitis (44%) y 23 entesitis (56%). El IMC era de 31 ± 6 y > 30 en 24 pacientes (60%); 19 (46%) eran fumadores, 21 (51%) hipertensos, 7 (17%) diabéticos, 18 (43%) dislipémicos. Ocho pacientes tenían hepatitis viral, cuatro antecedentes de cáncer (colon, pulmón, linfoma, hepatocarcinoma) y uno infección por VIH. Veintinueve pacientes (71%) habían recibido fármacos modificadores clásicos (63% metotrexate), 18 apremilast (44%), 2 inhibidores de Jak (4%) y 34 (83%) biológicos: 8 uno (24%), 6 dos (17%), 10 tres (29%) y 9 cuatro o más (26%). El guselkumab se utilizó de forma concomitante en 11 pacientes (8 metotrexate). Al iniciar el tratamiento con guselkumab los pacientes tenían una media de 6 articulaciones dolorosas y 4 tumefactas y una PCR de 1,34 mg/dl, con un DAPSA medio de 23,4. A los 3/6 meses se reduje-

ron las articulaciones dolorosas a 4 y 2, y las tumefactas a 3 y 1, respectivamente. La PCR disminuyó a 1,29 y 0,85 mg/dl y el DAPSA 12 y 7 respectivamente a los 3 y 6 meses. A los 3/6 meses 5 y 3 pacientes tenían entesitis, y dactilitis en 3 y 1 paciente respectivamente. En los pacientes con afectación axial el BASDAI disminuyó de 6 a 4. A los 3/6 meses el PASI disminuyó a 1,39/0,9 de media. En 5 pacientes (12%) el tratamiento fue suspendido: en 4 por ineficacia y en 1 por reacción adversa (dermatitis eccematosas). No se comunicaron más eventos adversos relacionados con el tratamiento.

Conclusiones: El guselkumab se mostró eficaz tanto a nivel cutáneo como articular en condiciones de práctica clínica. Destaca que se ha indicado en una población con una alta tasa de fallo a fármacos modificadores. Cerca del 100% tenían afectación cutánea al inicio lo que sugiere una preferencia de los prescriptores en su utilización en paciente con afectación cutánea activa. Casi un 10% de los pacientes tenían antecedente de cáncer y cerca del 20% hepatitis viral, lo que denota una confianza en su seguridad en estas circunstancias. La mayoría de las escasas suspensiones lo fueron por ineficacia destacando la seguridad del guselkumab en nuestra serie.

RC53. ENCUESTA PROFESIONAL SOBRE EL USO DE PREPARADOS DE VITAMINA D3 EN CLÍNICA EN DISTINTOS ÁMBITOS ASISTENCIALES

M. Machattou¹, O. Rusinovich Lovgach¹, A. Lledó Delgado², N. Molina Esteban², M. Sanz Jardón³, A.V.E. Tovar Sugrañes⁴, N. de la Torre Rubio¹, M. Pavía Pascual¹, P. Navarro Palomo¹, M. Alonso de Francisco¹, C. Navarro Joven¹, M. Fernández Castro¹, H. Godoy Tundidor¹, C. Merino Argumániz¹, B. García Magallón¹, J. Sanz Sanz¹, C. Barbadillo Mateos¹, L.F. Villa Alcázar¹, C.M. Isasi Zaragoza¹, J. Campos Esteban¹ y J.L. Andreu Sánchez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Introducción: La dosificación de la vitamina D3 es compleja debido al doble sistema de unidades, UI (actividad) y peso (µg), amplio rango de dosis en distintas indicaciones y entornos asistenciales, diferentes galénicas (monodosis sólidas y líquidas, gotas y asociaciones con sales de Ca) y distintas posologías (diaria o periódica).

Objetivos: Como paso previo a intentar coordinar la prescripción de vitamina D3 en protocolos de amplio alcance y diferentes entornos, se ha realizado una encuesta profesional para conocer el patrón de uso de los preparados de vitamina D3 en los distintos ámbitos asistenciales.

Métodos: Se remitió un formulario Google en línea por e-mail y redes sociales a 4 grupos de médicos, registrándose las respuestas obtenidas de los mismos entre el 1 y el 7 de febrero de 2022: reumatólogos (REU) (n = 99), médicos de atención primaria (MAP) (n = 50), médicos de distintas especialidades (MULTI) (n = 44) y médicos residentes de especialidades distintas a Reumatología (MIR) (n = 55). Las preguntas eran referentes a tiempo de ejercicio de la profesión, ámbito profesional habitual, monitorización de niveles de 25-OH-vitamina D, tiempo de control de segunda determinación, intención de tratar a población de riesgo en ausencia de niveles, actitud si hay déficit, actitud si no hay déficit, niveles considerados como déficit, rango de niveles diana, pauta posológica en caso de déficit, uso de vitamina D en osteoporosis y prescripción conjunta de calcio y vitamina D (fig.). Se utilizó la prueba exacta de Fisher, bilateral, para comparar las respuestas entre cada par de grupos, nivel de significación 0,05 (p > 0,05, NS: no significativo). Los análisis se realizaron con Stata IC 15.1.

Resultados: Las características de los 4 grupos de reflejan en la tabla. El grupo que monitoriza niveles con más frecuencia es REU (80%),

superior al de MAP (55%, $p < 0,01$) y MIR (20% $p < 0,001$). No dispone de facilidad para determinar niveles un 12% de MAP ($p < 0,01$ vs. REU). La frecuencia habitual de controles es de 6-12 meses (p N.S. entre grupos). En caso de no disponer de niveles, suplementan empíricamente con vitamina D3 a grupos de riesgo casi el doble de REU (60%) que de MAP, MULTI y MIR ($p < 0,01$). En caso de déficit, la actitud mayoritaria es suplementar (p N.S. entre grupos). En ausencia de déficit, los médicos de MULTI dan mantenimiento preventivo a casi el doble que los demás grupos (29%, $p < 0,01$ - $p < 0,05$). Los niveles de vitamina D3 más frecuentemente elegidos como dintel para tratar son < 30 ng/mL en REU, AP y MULTI. Los MIR eligen en mayor número 20 mg/mL ($p < 0,05$ vs. otros grupos). El rango diana deseable de niveles de 25-OH-vitamina D más frecuente fue 30-40 ng/mL (p N.S. entre

grupos). Para reponer el déficit, en REU se emplea con casi el doble de frecuencia la posología quincenal (51%) que en MAP, MIR y MULTI ($p < 0,001$). Los 4 colectivos tratan mayoritariamente a los pacientes con osteoporosis con vitamina D (p N.S. entre grupos). A la hora de tratar con Ca y vitamina D3, los cuatro grupos optan mayoritariamente por preparados combinados, pero REU elige con mayor frecuencia que MAP y MIR el uso de preparados separados de Ca y vitamina D3 (35%, $p < 0,01$ y $p < 0,05$).

Conclusiones: Estos datos indican que los reumatólogos monitorizan niveles, tratan empíricamente a colectivos de riesgo, emplean posología quincenal para reponer el déficit y utilizan terapia con Ca y vitamina D de forma separada con frecuencia significativamente mayor que otros colectivos médicos.

Figura 1. Cuestionario enviado a los médicos (formulario Google en línea).

Años de ejercicio de la profesión:

Soy residente en formación
0-10 años desde que acabé la especialidad
11-20 años desde que acabé la especialidad
21-30 años desde que acabé la especialidad
>30 años desde que acabé la especialidad

Perfil profesional:

Residente en formación de Medicina de Familia
Residente en formación de una Especialidad Médica
Residente en formación de una especialidad quirúrgica, médico-quirúrgica u otras
Medicina de Familia o Médico General
Especialista de una especialidad del área médica
Especialista de una especialidad quirúrgica, médico-quirúrgica u otras

Ámbito profesional habitual:

Centro de Salud o Consultorio Médico
Urgencias hospitalarias o de área
Solo hospital
Solo Centro de especialidades
Hospital y Centro de especialidades

¿Monitoriza niveles de 25-OH-D para prescribir vitamina D?:

Habitualmente
Solo en caso de sospecha de déficit o sobredosis
No dispongo de facilidades para determinar 25-OH-D

En caso de monitorizar niveles de 25-OH-D, ¿con qué frecuencia solicita un control después de la primera determinación?:

Antes de 3 meses
Entre 3 y 6 meses después
Entre 6 y 12 meses después
No solicito controles de seguimiento
No solicito controles puesto que no dispongo de facilidades para determinar 25-OH-D

Si no conoce los niveles de 25-OH-D en un paciente, ¿realiza tratamiento empírico con vitamina D a la población en riesgo de hipovitaminosis D? P.ej. mujeres postmenopáusicas, ancianos institucionalizados, pacientes con osteoporosis, obesidad, fracturas por fragilidad, etc.:

Sí, a determinados colectivos de pacientes
Sí, a cualquier persona que llegue a consulta por los posibles beneficios globales
No, no prescribo vitamina D sin tener antes la determinación de niveles

Si hay déficit de vitamina D:

No trato habitualmente
Trato habitualmente con suplementos de vitamina D
Trato solo si hay manifestaciones clínicas o alteraciones de PTH y fosfatasa alcalina
Trato solo en personas bajo tratamientos antirresortivos/osteofomadores o si hay manifestaciones clínicas o alteraciones de PTH y fosfatasa alcalina

Si no hay déficit de vitamina D:

No trato habitualmente, no es necesario
Administro una dosis de mantenimiento para prevenir un déficit futuro

Considero que hay que tratar el déficit de vitamina D cuando los valores de 25-OH-D se encuentren:

Por debajo de 30 ng/ml
Por debajo de 25 ng/ml
Por debajo de 20 ng/ml
Por debajo de 10 ng/ml

Considero que el rango deseable de niveles de 25-OH-D es:

Entre 20 y 30 ng/ml
Entre 25 y 30 ng/ml
Entre 30 y 40 ng/ml
Entre 40 y 50 ng/ml
Entre 50 y 60 ng/ml

La pauta que más frecuentemente uso cuando inicio un tratamiento por vía oral para el déficit de vitamina D es la siguiente:

Administración diaria en gotas
Administración semanal
Administración quincenal
Administración mensual

Vitamina D en pacientes con osteoporosis:

Prescribo habitualmente en la mayoría de los casos salvo contraindicación
Prescribo solo si doy antirresortivos u osteofomadores
Prescribo solo si hay déficit de vitamina D
Otras pautas

Uso de asociaciones de calcio con vitamina D3 (colecalfiferol):

Cuando prescribo ambos, soy más partidario de usarlos de forma combinada
Cuando prescribo ambos, soy más partidario de usarlos de forma separada

Tabla 1. Años de ejercicio y ámbito de trabajo de los encuestados.

	REU (n=99)	MAP (n=50)	MULTI (n=44)	MIR (n=55)
Años de ejercicio de la profesión				
Residente en formación	10	3	3	54
0-10 años desde fin de especialidad	34	7	6	1
11-20 años desde fin de especialidad	17	9	8	0
21-30 años desde fin de especialidad	23	18	7	0
>30 años desde fin de especialidad	15	13	20	0
Ámbito profesional habitual				
Centro de Salud o Consultorio Médico	4	44	14	17
Urgencias hospitalarias o de área	0	0	4	5
Solo hospital	41	2	14	26
Solo Centro de especialidades	3	1	3	0
Hospital y Centro de especialidades	51	3	9	7

REU: reumatólogos. MAP: médicos de atención primaria. MULTI: médicos de distintas especialidades. MIR: médicos residentes de especialidades distintas a Reumatología

RC53 Figura 2

RC54. ¿INFLUYEN LAS MANIFESTACIONES EXTRARRENALES EN EL PRONÓSTICO DE LA NEFRITIS LÚPICA?

A.C. Ayala Vasquez¹, L. Cordero García-Galán², E. Morales Ruiz^{2,3} y M. Galindo Izquierdo^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid.

Introducción: La nefritis lúpica (NL) afecta al 30-50% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), sobre todo en los primeros 5 años de evolución de la enfermedad, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad. El objetivo fue analizar el potencial efecto de la afectación extrarrenal sobre el pronóstico de la NL en una cohorte de pacientes seguidos de forma prospectiva desde el inicio de la afectación renal, en una consulta multidisciplinar de un hospital terciario.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de NL (clasificación histológica ISN/RPS) y que han mantenido seguimiento en una consulta multidisciplinar de Reumatología y Nefrología desde 2014. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, analíticas, histológicas y de tratamiento en el momento del diagnóstico de la NL, así como de la evolución posterior. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de la población incluida con sus características demográficas y clínicas. Las variables continuas se presentaron como media ± desviación estándar y las categóricas en números absolutos y porcentajes. El test t de Student se usó para comparar variables continuas y las comparaciones entre grupos se realizaron con el test de chi-cuadrado (χ^2). La significancia estadística se definió por un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY).

Resultados: 38 pacientes (87% mujeres) con una media de edad de 44 ± 16 años fueron incluidos. En 21 pacientes (55,3%), la NL coincidió con el debut de la enfermedad. Sus características demográficas, clínicas, y de laboratorio aparecen recogidas en la tabla 1. Las características de la afectación renal y de su evolución aparecen recogidas en la tabla 2. Ningún factor sociodemográfico demostró una influencia sobre la evolución de la NL, salvo una tendencia, no significativa, a obtener una peor respuesta en pacientes de etnia hispana. Presentar afectación del SNC se asoció a un mayor riesgo de no respuesta (NR) al tratamiento de la NL ($p = 0,04$) a los 6, 12 y 24 meses, mientras que los pacientes con afectación cutánea crónica (discoide) presentaron una mejor respuesta al tratamiento en los mismos puntos temporales

($p = 0,03$). Ningún otro parámetro clínico (renal/extrarrenal), analítico o histológico influyó en la evolución renal. Limitaciones: la principal limitación de nuestro trabajo es el número pequeño de pacientes incluidos y el diferente tiempo de seguimiento.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos

Características sociodemográficas (%) n = 38	
Sexo Mujer/Hombre	33/5 (87/13)
Edad Actual (años ± DE)	44 ± 16
Edad al diagnóstico de LES	36 ± 17
Etnia	
Caucásica	16 (42,1)
Hispana	16 (42,1)
Afroamericana	3 (7,9)
Asiática	2 (5,3)
Gitana	1 (2,6)
FRCV previos al diagnóstico de LES:	13/38 (34,2)
Diabetes mellitus	-
Hipertensión arterial	12/38 (26,3)
Tabaco	1/38 (2,6)
Manifestaciones clínicas extrarrenales (%)	33/38 (86,8)
Lupus cutáneo agudo	51,50%
Lupus cutáneo subagudo	6,30%
Lupus discoide	3%
Artritis	78,80%
Serositis	33,30%
Trombopenia < 50.000 plaq/mm ³	18,20%
Anemia hemolítica autoinmune	18,20%
Afectación SNC	9,10%
Afectación pulmonar (no pleuritis)	9,10%
Afectación cardiaca (no pericarditis)	3%
Trombosis arterial y/o venosa	10,50%
Datos serológicos (%)*:	
Anti-dsDNA	78,90%
Anti-Sm	39,50%
Anti-RNP	36,80%
Anti-Ro	60,50%
Anti-la	26,30%
Anticoagulante lúpico	18,40%
Anticardiolipina IgM	7,90%
Anticardiolipina UG	10,50%
Anti-b2GP1 IgM	2,60%
Anti-b2GP1 IgG	10,50%
C3 disminuido	73,70%
C4 disminuido	68,40%
SLEDAI * (media ± DE)	15,92 ± 5,94 (rango 4-27)
Tratamiento previo a afectación renal (%)	
Antipalúdicos	60,50%
Glucocorticoides	60,50%
Inmunosupresores	31,00%

*Datos serológicos y SLEDAI en momento de realizar biopsia renal. DE: desviación estándar; LES: lupus eritematoso sistémico; SLEDAI: systemic lupus erythematosus disease activity index; SNC: sistema nervioso central.

Tabla 2. Características de la afectación renal

Tipo histológico (ISN/RPS) (%)	
Mesangial (II)	1 (2,6)
Proliferativa focal (III)	8 (21,1)
Proliferativa difusa (IV)	16 (42,1)
Membranosa (V)	7 (18,4)
III/IV+ V	5 (13,2)
Creat sérica	1,02 ± 0,71
FG	83,2 ± 34,9
Proteinuria 24h (g)	2,3 ± 1,6
Hemoglobina (g/dL)	12 ± 1,3
Índice de actividad	4,48 ± 3,9 (0-13)
Índice de cronicidad	1,56 ± 1,76
Tratamiento de Inducción (%)	
GC + MMF	36/38 (94,7)
GC solo	1/38 (2,6)
GC + ICN	1/38 (2,6)
Tratamiento de mantenimiento (%)	
GC + MMF	33/38 (86,8)
GC + MMF + ICN	4/38 (10,5)
GC + CFM	1/38 (2,6)
Terapia biológica asociada (%)	
Rituximab	2/38 (5,3)
Belimumab	1/38 (2,6)
Terapia adyuvante (%)	
Bloqueo SRAA	36/38 (94,7)
IECA	28/38 (73,7)
ARA II	8/38 (21,1)
Espironolactona	6/38 (15,8)
Antipalúdicos	30/38 (78,9)
Ácido acetilsalicílico	8/38 (21,1)
Anticoagulación oral	3/38 (7,9)
Evolución de la afectación renal (%)	
6 meses	
RC/RP	7/33 (21); 20/33 (61)
NR	6/33 (18)
IRC	2/33 (6)
12 meses	
RC/RP	14/32 (44); 12/32 (38)
NR	4/32 (13)
IRC	2/32 (6)
24 meses	
RC/RP	11/27 (41); 12/27 (45)
NR	3/27 (11)
IRC	2/27 (7)
36 meses	
RC/RP	10/19 (53); 6/19 (32)
NR	3/19 (16)

FG: filtrado glomerular; GC: glucocorticoides; MMF: mofetil/mofetil/ácido micofenólico; ICN: inhibidores de calcineurina; RC: respuesta completa; RP: respuesta parcial; NR: no respuesta; IRC: insuficiencia renal crónica.

Conclusiones: Las manifestaciones extrarrenales coincidentes con el debut de la NL no parecen alterar la respuesta al tratamiento. Un seguimiento estrecho en una unidad multidisciplinar de los pacientes con NL se asocia a una elevada tasa de respuesta al tratamiento, superior a lo publicado en la literatura. Es necesario ampliar el número de pacientes y el tiempo de seguimiento para confirmar estos datos.

RC55. ANÁLISIS DE PATOLOGÍAS AUTOINMUNES Y REUMATOLÓGICAS RELACIONADAS CON INMUNOTERAPIA DEL CÁNCER EN EL HOSPITAL PARC TAULÍ

A. Llobell Uriel¹, A. Gómez Centeno¹, S. Retamozo¹, B. López García², L.A. Fernández Morales³ y J. Gratacós Masmitjà¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

²Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

³Servicio de Oncología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La inmunoterapia mediante el uso de fármacos biológicos se basa en el uso de tratamientos dirigidos a moléculas concretas del sistema inmune, alterando así el funcionamiento del mismo. En el caso del cáncer, el objetivo es bloquear los mecanismos que regulan la respuesta inmune hacia la tolerancia (los llamados "immune checkpoints" o puntos de control inmunitario), poten-

ciando una respuesta ampliada del sistema inmune frente a las células tumorales. Pese a poseer perfiles aceptables de seguridad y tolerabilidad, se ha identificado un aumento en la aparición de fenómenos autoinmunes en relación a estos fármacos.

Objetivos: Analizar las manifestaciones autoinmunes sistémicas/reumatológicas asociadas al uso de inhibidores del punto de control inmunitario (ICI) en pacientes con cáncer.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes referidos al servicio de Reumatología del Hospital Universitari Parc Taulí desde enero de 2016 hasta enero 2022 con sospecha de reumatismo inflamatorio asociado al uso de ICIs. Los eventos seleccionados después de la inmunoterapia se identificaron desde la historia clínica electrónica.

Resultados: Se han identificado 10 pacientes (8 hombres y 2 mujeres, con una edad media al diagnóstico de 68,3 años) con manifestaciones autoinmunes/reumatológicas asociadas al uso de ICIs. Los tipos de cáncer subyacentes incluían pulmón (n = 4), carcinoma escamoso de la boca (n = 1), carcinoma urotelial (n = 1), carcinoma medular de tiroides (n = 1), carcinoma intraductal de mama (n = 1), adenocarcinoma de la unión gastroesofágica (n = 1) y melanoma (n = 1). 9 pacientes recibieron ICIs en monoterapia (nivolumab en 4 de ellos, pembrolizumab en 2, durvalumab en 2, atezolizumab en 1) y uno de ellos un inhibidor de la tirosin kinasa (vandetanib). La media de tiempo desde el inicio del ICI hasta la aparición de los síntomas fue de 5,4 meses (rango, 1-12 meses). 6 pacientes presentaron polimialgia reumática, 2 poliartritis asimétrica y uno simétrica, y un paciente presentó arteritis de células gigantes. Se detectó proteína C reactiva levemente elevada en 5 de ellos y VSG en 3. Se estudiaron los ANA en 9 de los 10 pacientes, siendo positivo en uno de ellos, el factor reumatoide y el anti CCP fueron negativos en 9/9 y en 4/4 respectivamente. 9 pacientes recibieron corticosteroides (rango 4 mg/día a 125 mg/día) y un paciente requirió tocilizumab como terapia de mantenimiento. 5 pacientes no discontinuaron el tratamiento con ICIs, 4 de ellos interrumpieron el tratamiento de forma definitiva y uno de manera temporal. 9 pacientes respondieron favorablemente al tratamiento, con mejoría de la sintomatología y sin nuevos brotes excepto en un caso, que, pese a la respuesta inicial, siguió presentando recaídas y requiriendo tratamiento de rescate con esteroides a dosis bajas.

Conclusiones: En nuestra serie la mayoría de pacientes fueron varones y las manifestaciones autoinmunes/reumatológicas predominaron en los pacientes tratados con anti-PD-1/PD-L1. El reumatismo inflamatorio diagnosticado con mayor frecuencia fue la PMR. Los pacientes de nuestra serie respondieron favorablemente al tratamiento con corticoides, aunque se precisa de más estudios para evaluar los resultados músculo-esqueléticos a largo plazo en estos pacientes y el impacto del tratamiento en la artritis y en la supervivencia del cáncer.

RC56. PERSISTENCIA DE BARICITINIB A DOSIS 2 MG EN VIDA REAL: INFLUENCIA DEL PESO CORPORAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

C. Valera Ribera¹, E. Flores Fernández¹, P. Andújar Brazal¹, I. Vázquez Gómez¹, E. Valls Pascual¹, À. Martínez Ferrer¹, D. Ybáñez García¹, A. Sendra García², J. Belzunegui Otano³, J. Loricera García⁴ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset.

Valencia. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario

Doctor Peset. Valencia. ³Servicio de Reumatología. Hospital

Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁴Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Introducción: Se ha descrito una menor efectividad de baricitinib a dosis de 4 mg/día en pacientes con un índice de masa corporal (IMC) en rango de obesidad. No existen datos en vida real del efecto del peso corporal sobre la persistencia de baricitinib 2 mg/día.

Objetivos: Describir la persistencia de baricitinib 2 mg/día en pacientes con AR en vida real y analizar el posible efecto del peso corporal sobre la misma.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron pacientes diagnosticados de AR (criterios EULAR/ACR 2010) que hayan sido o estén siendo tratados con baricitinib 2 mg/día y que se encontraban en seguimiento en consultas externas de Reumatología de 3 hospitales españoles. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, altura, peso corporal, año del diagnóstico, positividad de factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA), número de FAMES sintéticos y biológicos empleados antes de recibir baricitinib, uso en monoterapia, fecha de inicio de la dosis de 2 mg y motivo para su uso, fecha de última visita o retirada/incremento de dosis y motivo de la misma. Se analizaron los datos mediante pruebas no paramétricas, investigando la relación entre las variables recopiladas y la persistencia de baricitinib 2 mg/día.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes en el estudio, 75,6% mujeres y 24,4% hombres, con una edad media de 65,4 años. De éstos, 68,3% eran FR positivo y 63,4% ACPA positivos. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 12,27 años (DE 6,76 años). La mediana de IMC fue de 26,77 kg/cm² (RIQ = 8,73 g/cm²), estando 31,7% en sobrepeso y 36,5% en obesidad. Todos los pacientes habían llevado al menos un FAME sintético previamente, siendo la media de 1,88 (DE 0,78). Solo el 22% de los pacientes eran *naïve* a FAMES biológicos, habiendo llevado previamente de media 1,15 (DE 0,96). Un 39,9% de los pacientes iniciaron la dosis de 2 mg/día por tratarse de pacientes frágiles y un 29,3% fueron optimizados a la misma. El resto de pacientes iniciaron esta dosis por problemas de seguridad con la dosis de 4 mg (17,1%), insuficiencia renal (7,3%) y por decisión del centro (2,9%). La mediana de tiempo de mantenimiento de baricitinib 2 mg/día fue de 7 meses (DE 8,84 meses). A los 3 meses, el 70,3% continuaban con el fármaco, a los 6 meses el 56,1% y a los 9 meses el 34,1%. Los motivos de retirada del fármaco o intensificación fueron: fallo secundario (42,9%), fallo primario (38,1%), efectos adversos (9,5%) y remisión (9,5%). No se encontró relación entre el valor del IMC y el IMC estratificado por rangos, con la necesidad de retirada de baricitinib 2 mg/día, la persistencia, ni las causas de retirada o intensificación. La edad mostró asociación con la retirada de baricitinib ($p = 0,037$). No así con el resto de variable estudiadas. La positividad del FR también se relacionó con el tiempo de supervivencia del fármaco ($p = 0,036$).

Conclusiones: Un tercio de los pacientes mantienen baricitinib 2 mg/día a los nueve meses en una muestra en la que más de la mitad de los pacientes padecía sobrepeso u obesidad. En cambio, en estudios previos como el de Takeuchi et al., la persistencia de baricitinib 2 mg/día fue de dos tercios de los pacientes. La edad y el FR, a pesar de nuestra limitada muestra, se relacionaron con la persistencia del fármaco.

RC57. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON FRACTURA VERTEBRAL POR FRAGILIDAD

S. Castañeda¹, J. Usón², C. de Miguel³, G. Martínez-Guerra⁴, C. Navarro⁵, L. Álvarez-Galovich⁶, E. Gómez-Martín⁷, F. Rico-Villademoros⁸, R. Rojo⁹, M. Hernández¹⁰ e I. Gómez-Olmedo¹⁰

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. ³Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ⁵Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. ⁶Servicio de Traumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁷Atención Primaria. Consultorio Zulema. Alcalá de Henares. ⁸COCIENTE S.L. Madrid. ⁹Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Alfonso X El Sabio. Villanueva de la Cañada. ¹⁰Departamento Médico de Grünenthal Pharma. Madrid.

Introducción: La osteoporosis (OP) es una enfermedad caracterizada por una disminución del contenido mineral óseo y una alteración de la microarquitectura ósea que condicionan un incremento del riesgo de fracturas. En cuanto a la estrategia para el manejo de estas fracturas, actualmente existe una gran variabilidad entre las diferentes sociedades científicas, incluso dentro de una misma comunidad autónoma.

Objetivos: Armonizar las principales guías existentes en nuestro país respecto a la estrategia terapéutica y de seguimiento de la fractura vertebral osteoporótica (FVO) y emitir una serie de recomendaciones consensuadas sobre el manejo de la misma, desde un punto de vista multidisciplinar.

Métodos: Se estableció un comité de expertos en OP constituido por 2 reumatólogos, un endocrinólogo, un geriatra, un rehabilitador, un traumatólogo, un metodólogo y una documentalista, pertenecientes todos a distintas sociedades científicas implicadas en el estudio y tratamiento de la OP. Se realizó una selección de las principales guías de práctica clínica (GPC) publicadas en nuestro país desde 2014. Los expertos extrajeron de cada una de ellas las recomendaciones para su manejo, considerando 5 perfiles de pacientes con riesgo elevado de FVO (anciano, mujer posmenopáusica, varón, paciente oncológico y paciente en tratamiento con glucocorticoides (GC)). Se realizó una encuesta anónima tipo Delphi para evaluar el grado de acuerdo con dichas recomendaciones por todos los participantes utilizando una escala Likert de 9 puntos. Se consideró que existía consenso con una recomendación cuando 6 de los 7 encuestados habían respondido 8 o 9 en la escala Likert.

Resultados: Se observaron discrepancias similares respecto a las recomendaciones extraídas de las GPC en los 5 perfiles de pacientes incluidos tanto en diagnóstico, como en tratamiento y seguimiento. Sobre las pruebas recomendadas para el diagnóstico, se alcanzó acuerdo para anamnesis y valoración clínica, DXA y analítica básica. No se llegó a un acuerdo sobre la radiografía dorso-lumbar ni sobre el uso de pruebas opcionales (inmunofijación, MRO, RM, gammagrafía o FRAX) en ninguno de los perfiles mencionados. Respecto al tratamiento, se llegó a acuerdo en la recomendación de medidas no farmacológicas a excepción del uso de la ortesis. Sobre las medidas farmacológicas, la recomendación de la terapia secuencial osteoformadora seguida de denosumab o bisfosfonato alcanzó acuerdo en todos los perfiles excepto el oncológico. Respecto al seguimiento, se mantiene una falta de acuerdo respecto a la mayoría de pruebas opcionales descritas, salvo para la DXA en la mujer posmenopáusica y el paciente con GC. Asimismo, se llegó a un acuerdo sobre la utilización de la e-consulta, destacando el papel de Atención Primaria en el seguimiento de estos pacientes.

Conclusiones: A pesar de que cada especialidad implicada en el abordaje de la OP tiene una visión distinta en función de las características de los pacientes con FVO que atiende, existe grado de acuerdo sobre las pruebas recomendadas recogidas en las principales GPC nacionales, instaurar medidas no farmacológicas generales e iniciar terapia secuencial osteoformadora seguida de antirresorptivo (a excepción del paciente oncológico), como estrategia de elección en los pacientes con alto riesgo de fractura. La comunicación del especialista con Atención Primaria es primordial en el seguimiento de los pacientes.

RC58. DESCRIPCIÓN DE LA COMORBILIDAD DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON PSORIASIS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE DERMATOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

J.M. Morón Ocaña, C. Azabal Pérez, R. Hernández Pérez y A. Pérez Gil
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La asociación entre la psoriasis y los factores de riesgo cardiovascular ha sido recientemente comprobada por nume-

rosos autores. Esta situación supone un cambio en la consideración de la psoriasis como enfermedad exclusivamente cutánea o articular, pasando a tener la consideración de una enfermedad inflamatoria crónica con afectación sistémica.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes con psoriasis moderada-grave en seguimiento desde hace 4 años en la consulta multidisciplinar Derma-Reuma del Área Sur de Sevilla. Conocer las comorbilidades más frecuentes y su prevalencia para compararlas con los datos de estudios previos de psoriasis y los descritos en la población general.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de 322 pacientes con psoriasis moderada-grave en la consulta conjunta de Pso y APs en el Hospital Virgen del Valme, Sevilla. Se han utilizado frecuencias relativas para describir las comorbilidades más frecuentes de nuestros pacientes y compararlas a través de una revisión bibliográfica con las descritas en otros estudios y en la población general.

Resultados: La prevalencia de DM es de 12,5%, acercándose a la recogida por Miele et al. (19,7%), pero estando muy por encima del 7,5% de la población general. La prevalencia de HTA es del 35,4%, asemejándose a los obtenidos por Miele et al. (38%), pero siendo superiores a al 19,3% de la población general. La prevalencia de dislipemia es del 40,5%, estando en consonancia con los de Miele et al. 45% y siendo superiores al 15,3% de la población general. La prevalencia en nuestro estudio es del 34,89% siendo mayor a la obtenida en los estudios de prevalencia de APs realizados en España y en Portugal, donde fue de 12,8%. La prevalencia de sobrepeso que obtuvimos fue del 38,7% y de obesidad del 40,9%, similar a la de estudios previos y siendo claramente superior al 16,5% de obesidad de la población general.

Conclusiones: Se trata de una muestra de pacientes jóvenes (edad media 51 años) con importantes comorbilidades cardiovasculares, siendo la más frecuente la obesidad con un 40,9% seguido de la dislipemia con un 40,5%. Nuestros resultados se asemejan a los que se han obtenido en estudios previos de psoriasis; superando a la prevalencia de comorbilidades de la población general española en 2020.

Bibliografía

- Miele L, Vallone S, Cefalo C, La Torre G, Di Stasi C, Vecchio FM, et al. Prevalence, characteristics and severity of non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis. *J Hepatol.* 2009;51:778-86.
- García-Díez A, Foraster CF, Sebastian FV, Tudela LL, Llach XB, Fernandez GS. What characterizes the severity of psoriasis? Results from an epidemiological study of over 3000 patients in the iberian region. *Dermatology.* 2008;216:137-51.
- Encuesta Europea de Salud en España 2020 (ESEE 2020) [Internet]. Instituto Nacional de estadística [actualizada 8 Dic 2021] [citada 8 Dic 2021]. Disponible en: https://www.msccs.gob.es/estadEstudios/estadísticas/EncuestaEuropea/EncuestaEur_opea2020/ESEE2020_inf_evol_princip_result.pdf

RC59. CONTROL MANTENIDO LIBRE DE FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON RITUXIMAB: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE

L. Sainz Comas, C. Díaz-Torné, A.M. Millán Arciniegas, D. Lobo Prat, H. Codes Méndez, I. Castellví Barranco, A. Laiz Alonso, B. Magallares López, P. Moya Alvarado, H. Sang Park, S. Fernández Sánchez y H. Corominas Macías

Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El rituximab (RTX) es un fármaco modificador de enfermedad (FAME) aprobado para pacientes con artritis reumatoide (AR). En la literatura se han descrito respuestas prolongadas a RTX, así como factores predictores de buena respuesta. Entre ellos

un menor número de FAME biológicos (FAMEb) previos o títulos altos de factor reumatoide (FR) o de anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (ACPA).

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes con AR tratados con RTX en los que se ha conseguido el control de la enfermedad de forma mantenida y libre de FAMES. Buscar factores predictores de remisión mantenida libre de FAME tras tratamiento con RTX.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, retrospectivo, de corte transversal y unicéntrico con pacientes diagnosticados de AR según criterios AR 1987 o ACR/EULAR 2010 que recibieron tratamiento con RTX según práctica clínica habitual entre los años 2007-2017 y realizaron períodos de remisión o baja actividad prolongada sin FAME asociado. Se define como período de remisión si el paciente se ha mantenido con un índice de actividad medido por DAS28-VSG < 3,2 durante ≥ 2 años consecutivos sin precisar FAME coadyuvante ni nueva infusión de RTX. Se aceptó el tratamiento con dosis bajas (≤ 7,5 mg/día) de prednisona. Se realiza un análisis descriptivo de datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio de estos pacientes. Para identificar factores predictores de remisión, se utiliza como grupo comparador 34 pacientes con AR que han recibido tratamiento con RTX en el mismo período. Se realiza un estudio analítico mediante test de contraste de hipótesis con χ^2 (chi-cuadrado) y test no paramétricos (prueba U de Mann-Whitney) mediante el *software* STATA y se consideraron las diferencias como estadísticamente significativas si $p < 0,05$.

Resultados: Se identifican un total de 19 pacientes con respuestas prolongadas en remisión tras RTX sin precisar FAME. A destacar que 9/19 pacientes presentaron respuestas mantenidas libres de FAME mayores a 3 años. Las características demográficas y de la enfermedad de los pacientes tratados con RTX se muestran en la tabla. En el grupo en enfermos que consiguen la remisión destaca que son una mayoría de mujeres (89,5%), con una edad media al inicio de RTX de 58,8 años y con un 94,5% de ACPAs positivos. Se observan diferencias en el análisis comparativo entre los dos grupos. Entre ellas destacan los años de evolución de la enfermedad previa al inicio del tratamiento con RTX (7,52 años vs. 9,12 años) y los valores de IMC (24,34 vs. 27,11), aunque estos valores no son estadísticamente significativos. El resto de resultados del contraste de hipótesis se representan en la tabla.

Características de los grupos y resultados del contraste de hipótesis

Variables	Respuesta mantenida (n = 19)	Grupo comparador (n = 34)	Contraste hipótesis
Sexo femenino, n (%)	17 (89,47%)	31 (91,12%)	χ^2 , p = 0,84
Edad inicio RTX [años], Me (IQR)	58,78 (16,46)	53,94 (16,12)	MW-U, p = 0,275
Evolución-inicio RTX [años], Me (IQR)	7,52 (24,17)	9,13(23,08)	MW-U, p = 0,956
IMC, Me (IQR)	24,34 (5,06)	27,11 (4,93)	MW-U, p = 0,243
AR erosiva, n (%)	11 (61,11)	21 (63,63)	χ^2 , p = 0,683
AR nodular, n (%)	3 (15,7)	12 (35,29)	χ^2 , p = 0,104
CCP [U/mL], n (%)	18 (94,47)	29 (85,29)	χ^2 , p = 0,272
FR [UI/mL], n (%)	17 (89,47)	27 (79,4)	χ^2 , p = 0,335
IgG basal [mg/dL], Me (IQR)	1260 (356)	1200 (514)	MW-U, p = 0,721
FAME previos, Me (IQR)	2,63 (1,83)	2,76 (1,35)	MW-U, p = 0,621
FAMEb previos, Me(IQR)	1,37 (1,34)	1,32 (1,17)	MW-U, p = 0,891
DAS28 basal, Me(IQR)	5,67 (1,25)	5,88 (1,45)	MW-U, p = 0,540

DAS28-VSG: Disease Activity Score; DE: desviación estándar; IQR: rango intercuartílico; Me: mediana; MW-U: Prueba U de Mann-Whitney, χ^2 : chi cuadrado.

Conclusiones: Describimos las características de un grupo de 19 pacientes que ha presentado remisión o baja actividad de la enfermedad de forma sostenida tras tratamiento con RTX y sin tratamiento asociado con FAME. No se han detectado diferencias significativas en sus características respecto al grupo control. Es necesaria la búsqueda de biomarcadores clínicos o analíticos que permitan guiar el tratamiento con FAMEb en los enfermos con AR para conseguir una mayor personalización del tratamiento.

RC60. SINOVITIS SIMÉTRICA SERONEGATIVA REMITENTE CON EDEMA (RS3PE) TRAS VACUNACIÓN FRENTE A SARS-CoV-2. REPORTE DE 4 CASOS

V. Ruiz-Esquide¹, A. Ponce¹, B. Frade-Sosa¹, A. Vilella², J. Saez-Peñataro³, J.-C. Sarmiento-Monroy¹, J.A. Gomez-Puerta¹ y R. Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El síndrome RS3PE es una enfermedad reumática inflamatoria poco frecuente caracterizada por la presencia de sinovitis y tenosinovitis simétrica, acompañada de edema con fovea en manos y pies. Suele ser de inicio agudo y típicamente afecta a personas mayores, predominando a hombres. Es característica la respuesta rápida y extraordinaria al tratamiento con glucocorticoides (GC). Se han descrito formas de RS3PE secundarias a otras patologías como pueden ser otras enfermedades reumáticas, enfermedades oncológicas, algunas infecciones virales y asociadas a algunos fármacos. Estas formas secundarias suelen presentar una peor respuesta al tratamiento con GC. Recientemente, en el contexto de la pandemia por COVID-19 hemos observado 4 casos de RS3PE iniciado poco después de la vacunación mRNA COVID-19.

Objetivos: Describir 4 casos de RS3PE iniciados días después de la vacunación contra SARS-CoV-2, derivados a nuestro Servicio de Reumatología.

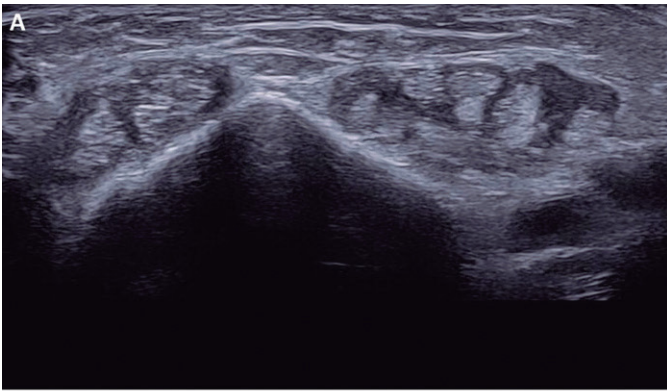
Métodos: Se incluyeron 4 casos valorados de forma consecutiva entre los meses de abril y agosto de 2021 en el servicio de Reumatología. Se realiza la descripción del cuadro clínico y evolución de cada uno de ellos.

Resultados: Se describen 4 casos de RS3PE iniciados entre 1 a 7 días tras la vacunación frente a COVID-19, que presentaban algunas particularidades (ver tabla). En todos los casos el inicio fue abrupto y caracterizado por la presencia de una importante poliartritis con tenosinovitis que afectaba extremidades superiores e inferiores con significativo edema con fovea y una marcada discapacidad global. El paciente 4 presentaba edema con fovea extenso que llegaba a antebrazos y piernas. Se le realizó exploración ecográfica (figura) cuando llevaba una semana de tratamiento con GC, observando la presencia de severa hipertrofia sinovial con señal doppler fuertemente positiva y tenosinovitis. Si bien todos los pacientes presentaron mejoría con el tratamiento con GC, todos menos uno no respondieron a la dosis inicial indicada de GC, necesitando dosis de hasta 30 mg día de prednisona y por un período de tiempo más prolongado del habitual, para lograr una mejoría significativa. En dos pax fue necesario iniciar tratamiento con metotrexato ya que presentaban recaída al reducir la dosis de GC y en uno fue necesario iniciar terapia biológica (anti-TNF). No se detectó enfermedad oncológica u otra enfermedad reumática subyacente en ningún paciente. En contraste con el predominio en hombres que se ha descrito clásicamente en el RS3PE, tres de los cuatro pacientes descritos, eran mujeres. Los 4 casos fueron derivados a nuestro servicio de reumatología durante los últimos meses. Todos ellos iniciaron el RS3PE de forma aguda tras la vacunación frente al COVID-19 con vacuna mRNA (la única aprobada en nuestro medio para pacientes mayores de 70 años de edad). Dos casos tras la primera dosis y los otros dos tras la segunda dosis. Durante este período de tiempo no hemos observado ningún otro caso de RS3PE no relacionado con la vacunación para COVID-19. Esto nos sugiere fuertemente una probable relación causal entre el inicio del RS3PE en estos pacientes y la vacunación para COVID-19. Hasta la fecha se han reportado en la literatura otros 3 casos aislados de RS3PE tras la vacunación para COVID-19.

Características demográficas, clínicas y tratamiento de Iso 4 pacientes con RS3PE tras vacunación frente a COVID-19

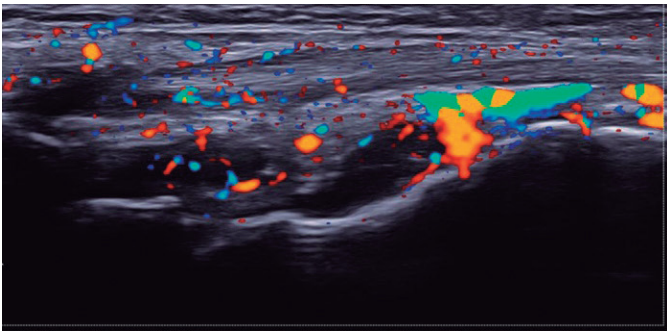
	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad	86	85	70	77
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer
Vacuna SARS-CoV-2	BTN162b2 mRNA	BTN162b2 mRNA	BTN162b2 mRNA	BTN162b2 mRNA
Días hasta el inicio de los síntomas	+1 día tras la primera dosis	+7-10 días tras la segunda dosis	+7 días tras la primera dosis	+10 días tras la segunda dosis
Antecedentes de interés	Hipertensión arterial Dislipemia Linfoma de Hodgkin a los 53 años AVC a los 79 años	Hipertensión arterial Dislipemia Osteoporosis con fractura de fragilidad Trombosis venosa	Cardiopatía isquémica	Hipertensión arterial Fibrilación auricular Cáncer tiroideo a los 67 años
Cuadro clínico	Inicio agudo de tumefacción de ambas manos u pies con edema con fovea, dolor y rigidez	Inicio agudo de tumefacción de manos y pies con edema con fovea y rigidez	Tumefacción de manos y pies con edema, dolor, importante rigidez y discapacidad. Inicio agudo	Inicio agudo de tumefacción de mano y pie izquierdos sin dolor, pocos días después se hace bilateral y añade edema con fovea extenso que llega hasta antebrazos y piernas. Dolor grave, rigidez y discapacidad
Tiempo de seguimiento	8 meses	7 meses	7 meses	6 meses
Evolución clínica	Buena respuesta a dosis inicial de PDN 30 mg pero rebrote al reducir la dosis. Necesitó reescalada de PDN y mantener 20 mg por un período de tiempo más prolongado. Se añadió metotrexato	Mejoría parcial con PDN 20 mg, muy buena respuesta con PDN 30 mg. Necesitó un descenso muy lento. Tres meses más tarde continuaba con PDN 10 mg. En último seguimiento tras 7 meses de tto, 5 mg PDN	Respuesta muy pobre a la dosis inicial de PDN 10 mg. Se aumentó hasta 30 mg PDN con mejoría importante pero nunca completa. Rápido empeoramiento al reducir dosis. Se añadió metotrexato hasta 25 mg sc semanales. En último seguimiento por persistencia de poliartritis se añadió anti-TNF	Mejoría parcial tras dosis inicial de PDN 15 mg. Aumento hasta 60 mg de PDN para lograr una mejoría significativa. Descenso muy lento de PDN.
Dosis inicial de PDN	30 mg	20 mg	10 mg	15 mg
Dosis máxima de PDN	30 mg	30 mg	30 mg	60 mg
PCRmg/dL/VSG mm/h iniciales	2,43/120	ND/75	10/60	0,60/ND
CRPmg/dL/ESR mm/h en último seguimiento	< 0,40/3	< 0,40/8	0,64/5	0,49/ND
FR(ref < 20)	35	Negativo	Negativo	Negativo
Anti-CCP (ref < 20)	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Rx manos	Sin erosiones	Sin erosiones	Sin erosiones	Sin erosiones

PDN: prednisona, PCR: proteína C reactiva, VSG: velocidad de sedimentación globular, FR: factor reumatoide, anti-CCP: anti-cyclic citrullinated peptide.



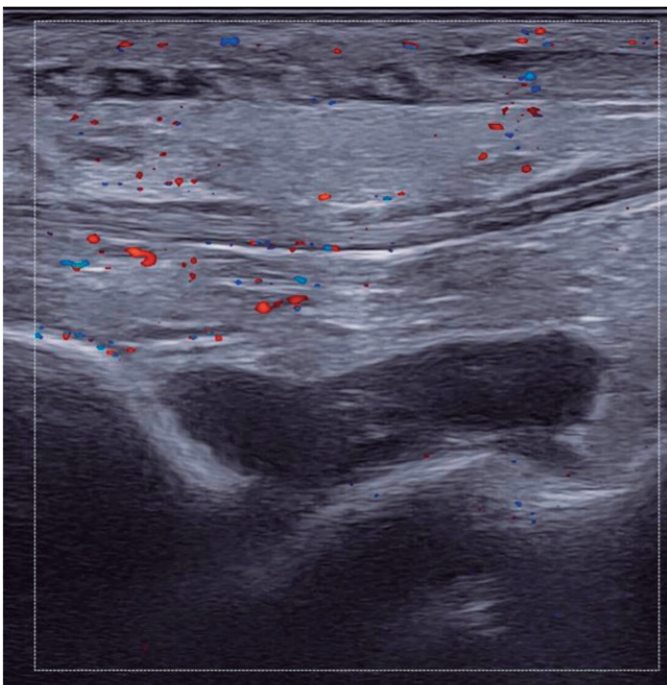
Carpal tenosynovitis of the extensor digitorum tendons

Carpal. Tenosynovitis del extensor común de los dedos.



B. Carpal Synovitis and tenosynovitis with power doppler signal

Carpal. Sinovitis y tenosynovitis con presencia de señal power doppler.



C. Ankle synovitis with great subcutaneous edema

Tobillo. Sinovitis con importante edema subcutáneo.

Conclusiones: La vacunación frente a COVID-19 podría actuar como desencadenante de enfermedades autoinmunes. Se reportan 4 casos de RS3PE tras la vacunación frente a COVID-19.

RC61. ANÁLISIS Y ESTANDARIZACIÓN DE LA RUTA ASISTENCIAL DE PACIENTES CON ESPONDILoarTRITIS A TRAVÉS DE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE SALUD DIGITAL RHEUMASSIST

D. Lobo Prat¹, L. Sainz¹, M. Gomis², A. de Dios², A. Laiz¹, S. Fernández¹, S. Ros¹, M. Masip², P. Riera², N. Pagès² y H. Corominas¹

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

²Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Las personas con espondiloartritis requieren de una atención holística y multimodal, que incluye: una monitorización periódica de la actividad de la enfermedad, la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, la documentación de efectos adversos, la detección y abordaje de comorbilidades, la educación del paciente y la valoración de su perspectiva de salud. Actualmente existen diversos factores que dificultan el abordaje óptimo anteriormente mencionado, siendo los más relevantes: la alta carga asistencial, el tiempo limitado disponible en consultas y la poca flexibilidad en la periodicidad de visitas. Todo esto ha impulsado la potenciación de herramientas digitales que pueden mejorar el abordaje de estas patologías avanzando a modelos de seguimiento semipresenciales. Para ello, antes de su implementación es clave realizar un análisis y estandarización del proceso asistencial de los pacientes con espondiloartritis.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es el análisis y estandarización de la ruta asistencial de pacientes con espondiloartritis mediante metodología Lean Healthcare para la implementación de una estrategia integrativa de salud digital para el seguimiento de estos pacientes.

Métodos: Se ha realizado un ejercicio multidisciplinar, de revisión del proceso de seguimiento actual de las personas con espondiloartritis axial y periférica (incluyendo artritis psoriásica) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Para ello se ha contado con la colaboración de profesionales de los servicios de Reumatología (médicos, enfermería y psicología) y Farmacia, y se ha utilizado la metodología Lean Healthcare. Dicha metodología utiliza herramientas, como "Value Stream Mapping" y estrategias, para detectar y ordenar los procesos, potenciando las facultades de los profesionales sanitarios y eliminando ineficiencias.

Resultados: En el análisis, la herramienta ha identificado algunas carencias en el proceso asistencial actual. En el proceso de estandarización, se ha definido un nuevo flujo del paciente a través de la herramienta Value Stream Mapping y se han estructurado los indicadores de seguimiento (clínicos y de proceso) que permitirán evaluar el nuevo modelo con la herramienta digital.

Conclusiones: La metodología Lean Healthcare es útil para el análisis y estandarización de la ruta asistencial. Los resultados del estudio realizado, han permitido la definición de la frecuencia y estructura de las consultas presenciales y virtuales. Con ello, se reducirá la heterogeneidad en el seguimiento a éstos pacientes. Además se ha definido la estructura e información que debe contener la plataforma digital en desarrollo.

RC62. EXPERIENCIA EN EL CAMBIO DE VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE TOCILIZUMAB Y ABATACEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS JUVENIL Y UVEÍTIS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Ch.A. Chacur, C.-D. Adao, M. Bassas, N. Sapena, C. González, A.B. Azuaga, J. Gómez-Puerta, R. Sanmartí y J. Ramírez

Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic e IDIBAPS. Barcelona.

Introducción: El tocilizumab es un anticuerpo de tipo Inmunoglobulina G1 humanizado anti receptor de la interleuquina -6 indicado

para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y la artritis idiopática juvenil (AIJ). El abatacept, por su parte, es una proteína de fusión compuesta por la región Fc de la inmunoglobulina G1 unida al dominio extracelular del receptor proteico CTLA-4 indicado para el tratamiento de AR, AIJ y artritis psoriática. Ambos fármacos regulan la respuesta inflamatoria mediada por citoquinas y se administran preferentemente por vía intravenosa (IV). Debido a la pandemia COVID-19 y con la idea de evitar la estancia hospitalaria de nuestros pacientes, se cambió la vía de administración de todos los pacientes con tocilizumab y abatacept IV.

Objetivos: Identificar a los pacientes del Servicio de Reumatología del Hospital Clínic de Barcelona que estaban en tratamiento con tocilizumab y abatacept por vía IV y que cambiaron a la vía subcutánea (SC) desde el inicio de la pandemia COVID-19 en marzo de 2020 hasta enero de 2022 y evaluar cuántos de ellos mantienen un buen control de la actividad clínica de la enfermedad y continúan actualmente con esta vía de administración.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes que desde el inicio de la pandemia COVID-19 en marzo de 2020 y hasta enero de 2022 hubieran cambiado la vía de administración de tocilizumab y abatacept de IV a SC. Se analizó la eficacia y el mantenimiento del tratamiento dos años después mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas y se recogieron datos de la actividad clínica de la enfermedad, número de pacientes que volvieron a la vía IV durante el seguimiento y las causas de dicho cambio.

Resultados: Se incluyeron un total de 33 pacientes, de los cuales 27 estaban recibiendo tocilizumab IV y 6 abatacept IV. Del grupo de pacientes en tratamiento con Tocilizumab IV, 25 eran mujeres (92,59%) con una media de edad de 65,29 años. De los 27 pacientes, 23 tenían artritis reumatoide (85,18%), 2 artritis idiopática juvenil (7,40%) y 2 uveítis (7,40%). Al momento del cambio todos los pacientes se encontraban en remisión clínica por DAS-28, con una media en el momento basal de 1,59. A los 6 meses el DAS-28 subió a 2,05 (ns) y al momento de la última visita 1,89 (ns). Actualmente 15 pacientes (55,5%) mantienen la administración SC y 12 (44,5%) regresaron a la vía IV principalmente por la percepción subjetiva de un menor efecto con la vía SC, aunque solo en 3 de estos pacientes se pudo objetivar un empeoramiento franco de la enfermedad por DAS-28. Los 2 pacientes con diagnóstico de uveítis se mantienen en remisión clínica controlados por oftalmología. El tiempo de seguimiento medio fue de 16,1 (\pm 8,5) meses. En el grupo de pacientes tratados con abatacept, las 6 pacientes (100%) eran mujeres con una media de edad de 69,16 años todas con diagnóstico de artritis reumatoide. El DAS-28 basal medio inicial fue de 1,78 y al momento de la siguiente visita de 2,7 ($p < 0,05$); todas regresaron a la administración IV por empeoramiento de los índices de actividad, con una media de tiempo de 2,86 (\pm 2,3) meses.

Conclusiones: La mitad de los pacientes que pasaron de tocilizumab IV a SC se mantienen con esta vía de administración dos años después del inicio de la pandemia COVID-19. Por otra parte, todos los pacientes en tratamiento con abatacept IV que pasaron a la vía SC volvieron a la administración IV antes de los 6 meses por empeoramiento clínico de la enfermedad.

RC63. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS DE PACIENTES REMITIDOS POR LUMBALGIA CON SOSPECHA DE SACROILITIS

M.D. Pastor Cubillo, G. Urios Pastor, C. Molina Almela, A. Rueda Cid, C. Campos Fernández, P. Martínez Calabuig, I. Balaguer Trull, J.J. Lerma Garrido y J. Calvo Catalá

Hospital General de Valencia.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio es valorar la evolución de los pacientes remitidos a consulta ambulatoria para estudio de lumbalgia de más de tres meses de evolución con sospecha de

sacroilitis inflamatoria que no cumplían en un inicio criterios de espondilitis y ver su evolución a lo largo de tres años. Al inicio se evaluaron a los pacientes con exploración, análisis, Rx lumbar y de sacroiliacas y RMN para ver si cumplían o no criterios de espondilartrosis, los que si cumplían se derivaban a consulta hospitalaria, los pacientes con clínica claramente mecánica se remitían a su médico de atención primaria o a traumatología según indicación y a los que presentaban sintomatología o imágenes de dudoso carácter inflamatorio se les ha realizado seguimiento en consulta ambulatoria para en una segunda fase valorar su evolución en estos 3 años.

Métodos: Se evaluaron al inicio 110 pacientes vistos por lumbalgia mixta con sospecha de espondilitis, de 3 meses a 3 años de evolución. Se valoraron reactantes de fase aguda como vs. y PCR, presencia de HLA B 27, Rx lumbar y sacroiliacas y RMN sacroiliacas. En la segunda evaluación realizada a los pacientes que permanecieron en seguimiento a lo largo de los siguientes 3 años se evaluó síntomas, reactantes de fase aguda y Rx de zonas afectadas.

Resultados: La media de edad de nuestros pacientes fue de 55 años, 42% menores de 50 años, Vs o PCR elevada en 19%, HLA B 27 + en 15%, asociación a fibromialgia 15%, RMN SI 84% y de ellas 23 presentaba signos de sacroilitis inflamatoria con edema y o erosión pero solo el 3% presentaba criterios de espondilitis. 64% tras el estudio fueron remitidos a atención primaria o COT por presentar patología claramente mecánica. 24% permanecieron en seguimiento en consulta ambulatoria, 12% dejaron de asistir a los controles y un 2% ha cumplido criterios de espondilitis en la segunda evaluación.

Conclusiones: En el seguimiento de nuestros pacientes remitidos para estudio de posible lumbalgia inflamatoria encontramos un porcentaje considerable de pacientes que incluso con signos de edema y erosión en RMN, no han evolucionado y no han progresado a espondilitis a lo largo de 3 años.

RC64. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS SOBRE EL EMPLEO DE TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

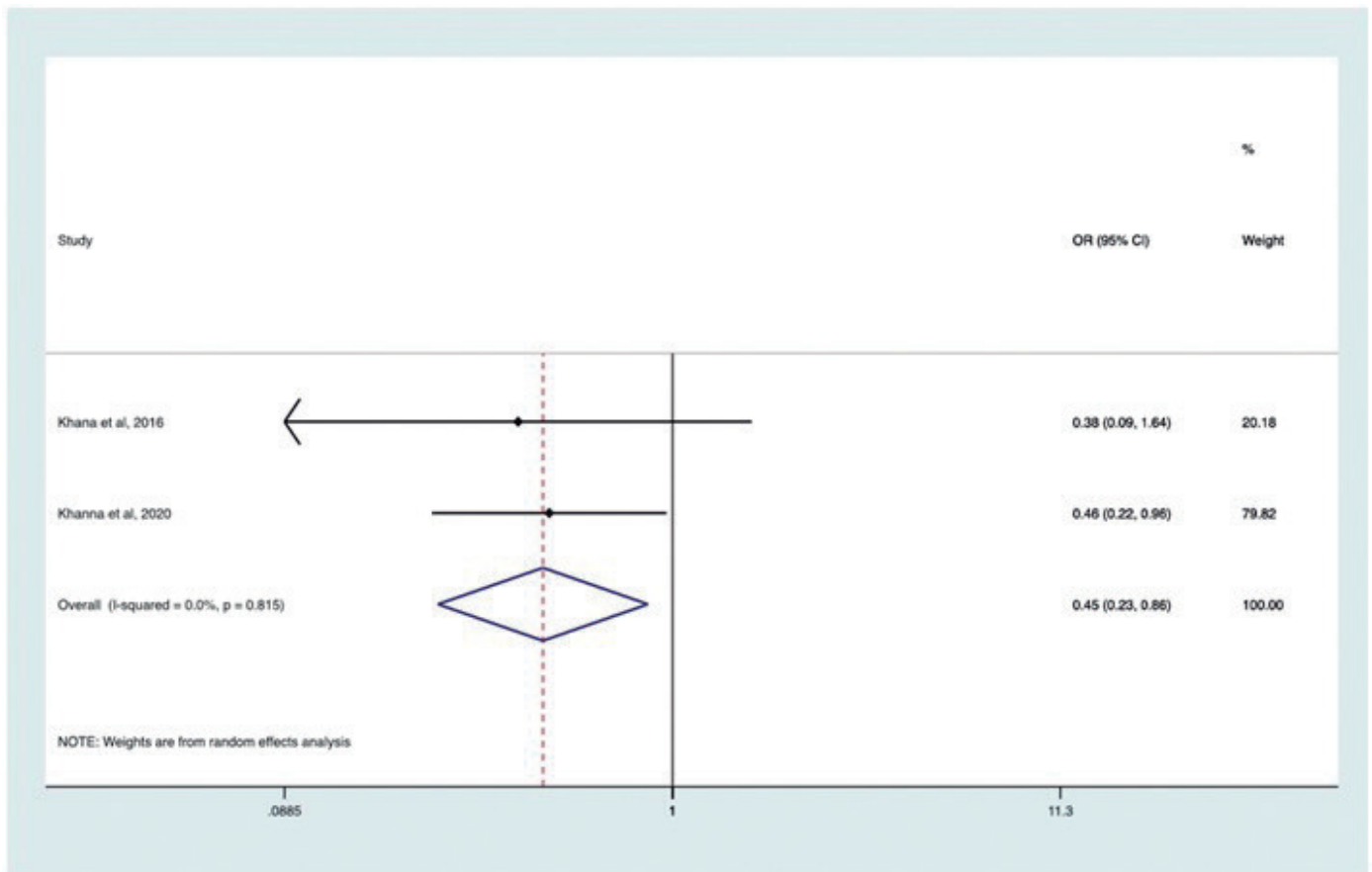
M. Sánchez Wonenburger¹, R. Dos-Santos¹, E. Guadalupe², M. Sánchez-Wonenburger¹, D. Fernández Fernández¹, I. González Fernández¹, P. Castro-Santamaria¹, A. Mata¹, J.L. Puga Guzmán¹, E. Pérez-Pampín¹, A. Souto Vilas¹ y A. Mera Varela¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ²Medicina. Universidade de Santiago de Compostela.

Introducción: La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida y baja prevalencia que produce una afectación multisistémica y progresiva sobre el tejido conectivo. Más frecuentemente se produce afectación cutánea, cuyo tratamiento se limita al manejo del fenómeno de Raynaud y la fibrosis. La principal causa de mortalidad se debe a la afectación pulmonar, especialmente en forma de enfermedad pulmonar intersticial (EPI), cuyo tratamiento incluye la ciclofosfamida y el micofenolato. Con el avance de la terapia biológica, en 2021, la Food and Drug Administration (FDA) aprobó el tocilizumab (TCZ), como primer tratamiento con fines terapéuticos en ES. El objetivo de este estudio es analizar la efectividad de TCZ tanto a nivel cutáneo como en EPI en la SSc.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura preexistente empleando las bases de datos Medline, Embase, Cochrane Library y Web of Science, siendo escogidos ensayos clínicos, estudios observacionales y series de casos. Se realizó un metaanálisis del modelo de efectos aleatorios, encontrándose medidas comparables. La estrategia de búsqueda se centró de SSc y TCZ, así como términos MeSH.

Resultados: 13 de un total de 1.036 artículos identificados fueron elegidos para la revisión. El impacto de TCZ en la EPI-SSc, resultó en



RC64 Figura

una capacidad vital forzada significativa del 10%, sin empeoramiento en pacientes tratados con TCZ (OR 0,45 [0,23-0,86], $p = 0,02$) (fig.). Se notificó, asimismo, una capacidad de difusión del monóxido de carbono no significativa en los pacientes tratados con TCZ (DME $-0,66$ [-1,48- $-0,17$], $p = 0,12$). Con respecto al efecto de TCZ a nivel cutáneo de la SSc, medida por el *Rodnan Skin Score* modificado (mRSS), se observó una mejoría no significativa del 40% en el mRSS (OR 1,22 [0,74-2,01], $p = 0,42$) y un cambio en el mRSS medio (SMD $-0,69$ [-1,48-0,10], $p = 0,09$).

Conclusiones: Se presenta el TCZ como alternativa a la terapia inmunosupresora convencional en el tratamiento de la SSc, siendo la primera revisión sistemática y metanálisis en la que se muestra que el TCZ podría retrasar el deterioro de la EPI-SSc. Pese a esto, son precisos estudios adicionales para esclarecer las implicaciones de TCZ en otros órganos.

Bibliografía

1. Roofeh D, Lin CJF, Goldin J, Kim GH, Furst DE, Denton CP, Huang S, Khanna D; focuSSced Investigators. Tocilizumab Prevents Progression of Early Systemic Sclerosis-Associated Interstitial Lung Disease. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(7):1301-10.
2. Khanna D, Denton CP, Jhreis A, et al. Safety and efficacy of subcutaneous tocilizumab in adults with systemic sclerosis (fascinate): a phase 2, randomized, controlled trial. *Lancet*. 2016;387(10038):2630-40.
3. Khanna D, Lin CJF, Furst DE, et al. Tocilizumab in systemic sclerosis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Respir Med*. 2020;8(10):963-74.

RC65. ARTRITIS REUMATOIDE: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD SEXUAL

C. Valera Ribera, P. Andújar Brazal, E. Flores Fernández, I. Vázquez Gómez, E. Valls Pascual, À. Martínez Ferrer, D. Ybáñez García y J.J. Alegre Sancho

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) deteriora numerosos aspectos de la calidad de vida de los pacientes. Entre ellos se encuentra la vida sexual, área comúnmente olvidada en la valoración del paciente en consultas de Reumatología. A día de hoy, los estudios que investigan en profundidad el origen de la disfunción sexual (DS) en AR son todavía limitados.

Objetivos: Describir la prevalencia de (DS), medida a través de herramientas validadas, en pacientes con AR. Analizar la influencia de la calidad de vida y de los trastornos en la esfera anímica sobre la DS en estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional transversal. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos y de cualquier orientación sexual diagnosticados de AR (criterios EULAR/ACR 2010), en seguimiento en consultas externas de Reumatología de un único hospital universitario. Se recogieron las siguientes variables basales (edad, género, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos, salud percibida y tiempo desde el diagnóstico de AR). Se emplearon 3 cuestionarios validados para evaluar la esfera sexual: el CSFQ-14 en ambos sexos, el IIEF en hombres y el FSFI en mujeres. Además, de recoger antecedentes de patología psiquiátrica,

Tabla RC65

Puntuación obtenida en los cuestionarios y los dominios específicos que analizan

Test	Puntuación media \pm Desviación estándar	Interpretación del resultado obtenido
HAQ	0,65 \pm 0,82	Mayor puntuación, peor función
EVA dolor	1,90 \pm 2,34	Mayor puntuación, más dolor.
EVA global	2,46 \pm 2,38	Mayor puntuación, peor función
CSFQ-14 total	19,96 \pm 10,73	Disfunción sexual: < 41 en mujeres y < 47 en hombres
Placer	2,48 \pm 1,22	< 5
Deseo	11,9 \pm 4,11	< 12 en hombres y < 10 en mujeres
Excitación	7,93 \pm 3,49	< 13
Orgasmo	8,78 \pm 3,07	< 14
IIEF	52,54 \pm 20,9	Disfunción sexual: < 22
Función eréctil	20,92 \pm 10,66	< 14
Satisfacción en la relación sexual	9,38 \pm 4,93	< 6
Función orgásmica	7,54 \pm 3,60	< 6
Deseo sexual	6,23 \pm 2,52	< 7
Satisfacción global	8,46 \pm 2,15	< 6
FSFI	39,58 \pm 29,97	Disfunción sexual: < 27
Deseo	4,50 \pm 1,83	< 5
Excitación	7,83 \pm 5,46	Sin punto de corte establecido para el resto de subdominios
Lubricación	6,83 \pm 7,41	
Orgasmo	6,17 \pm 6,56	
Satisfacción	8,42 \pm 5,57	
Dolor	5,83 \pm 6,37	
BDI-II	10 \pm 8,33	Depresión > 21
Sf-12v2	36,6 \pm 6,13	Mayor puntuación, mejor calidad de vida.

evaluamos la posible existencia de depresión a través del test validado BDI-II. En esa misma visita, los pacientes cumplimentaron escalas analógicas visuales (EVA) global y de dolor, así como los cuestionarios HAQ y SF12. Se analizó la relación de las variables sociodemográficas, los resultados del HAQ, EVA global y de dolor, el cuestionario SF12 y el test BDI-II, sobre la puntuación obtenida en los tres test de función sexual mediante estadísticos no paramétricos.

Resultados: Un total de 27 pacientes aceptaron participar en el estudio, 14 mujeres y 13 hombres, con una edad media de 58,7 años. El 14,8% de ellos se encontraban en situación de desempleo y 37% jubilados, siendo el resto trabajadores activos. Un 22% reconocían haber sufrido depresión, que precisó tratamiento farmacológico en un 66% de casos. La prevalencia de DS en la muestra, según el cuestionario CSFQ-14 fue del 48%. En hombres, fue del 15%, según los resultados del IIEF y en las mujeres del 41%, acorde al test FSFI. Se encontró una correlación positiva moderada entre los resultados del test CSFQ-14 con los test FSFI ($p = 0,046$) e IIEF ($p = 0,045$). La tabla

muestra la media de resultados obtenidos en los diferentes test, globales y por subdominios. Numéricamente, los pacientes con DS mostraban mayor puntuación en los test HAQ, la escala de salud mental BDI-II y el cuestionario SF12, además de mayor dolor en la escala EVA. Se halló una asociación negativa entre el test HAQ y el test CSFQ-14 ($Rho = -0,73$, $p < 0,001$) y con el test IIEF ($\rho = -0,61$, $p = 0,027$). Sin embargo, solo el cuestionario IIEF, en varones, se relacionó con la escala de depresión BDI-II ($\rho = -0,61$, $p = 0,027$) y con la calidad de vida, medida a través del cuestionario SF12 ($\rho = 0,77$, $p = 0,002$). Ninguna de las características basales recogidas de los pacientes mostró una asociación con los resultados de los cuestionarios de sexualidad.

Conclusiones: La disfunción sexual en la AR es tiene una alta prevalencia y está influida por distintos factores, como la función, la calidad de vida y el estado anímico. El cuestionario CSFQ-14 es el que más aspectos de la esfera sexual evalúa y el más sensible en la detección de DS.