

**Resultados:** Se analizaron un total de 1289 pacientes (1078 con FAME-b/sd y 211 (controles) con (FAME-so), el 78,7% (989) fueron mujeres. La edad al inicio del primer tratamiento fue de  $44,6 \pm 16,7$  años. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide (AR) 885 (68,7%). La duración de la enfermedad al inicio del tratamiento fue de  $7,4 \pm 8,2$  años. Se administraron un total de 1633 líneas de tratamiento (1421 (87,0%) FAME-b/sd y 212 (13%) en controles). Se registraron un total de 1893 AA, 1615 (88,0%) de carácter leve, 206 (11,2%) graves y 15 (0,82%) mortales. La infección fue el AA más frecuente en un 55,2% (1050) en su mayoría de carácter leve en un 89,7% (tabla 1). La IR global de AA en FAME b/sd fue de 295,1 (IC 95% 281,2-309,5) y la de controles 108,2 (IC 95% 91,2- 127,5). Al analizar la IR en función de la gravedad los FAME-b/sd se asociaron a mayor IR de AA globales, leves y graves en comparación con los controles IRR global=2,7 [95% CI 2,2-2,4];  $p=9,9\text{-}e20$ ), (IRR leve=2,6 [95% CI 2,1-3,3];  $p=7,4\text{-}e18$ ), (IRR grave=3,4 [95% CI 1,7-6,7];  $p=0,0004$ ). Al analizar la IR en función de la gravedad según línea de tratamiento se observó que segundos y posteriores líneas de tratamiento de FAME-b/sd se asociaron a una mayor IR de AA globales comparada con la primera línea de tratamiento (IRR=1,3 [95% CI 1,0-1,6];  $p=0,03$ ). En el análisis multivariante por tipo de tratamiento y tomando como referencia los anti-TNF originales, se encontró un mayor riesgo de AA globales con los inhibidores de la interleucina 6 (IL-6) y el rituximab biosimilar (RTXbs), mientras que el RTX original se asoció a un menor riesgo. En el análisis multivariante en función del diagnóstico usando como referencia la AR, las espondiloartritis (SPA) presentaron menor riesgo de AA globales. Asimismo, segundas y posteriores líneas de tratamiento, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tratamiento concomitante con corticoides y con leflunomida mostraron el mismo efecto (Figura 1).

**Conclusiones:** la incidencia de AA, predominantemente leves y con las infecciones como AA más frecuente, marca la necesidad de monitoreo riguroso y constante en estos pacientes.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## 054 PATRONES DE USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS DEL REGISTRO BIOBADAGUAY

Paloma de Abreu Trigueros<sup>1</sup>, Sonia Cabrera Villalba<sup>2,3</sup>, Angelica Amarilla Ortiz<sup>2</sup>, Vannia Valinotti<sup>2</sup>, Teresa Chávez<sup>2</sup>, Mariela Zarza Torres<sup>4</sup>, Lourdes Román

Ruiz-Díaz<sup>5</sup>, Patricia Melgarejo Paniagua<sup>6</sup>, Astrid Paatz<sup>7</sup>, Alexis Pineda<sup>8</sup>, Evelyn Leiva<sup>9</sup>, Zoilo Morel Ayala<sup>10</sup>, Roger Rolón Campuzano<sup>2</sup>, Sany Gómez González<sup>2</sup>, Santiago Ferreira Maidana<sup>3</sup>, Laura Martínez<sup>3</sup>, Claudia Coronel<sup>3</sup>, Raquel Aranda<sup>3</sup>, Paola Pusineri<sup>3</sup>, Paola Jara Gómez<sup>2</sup>, Darwin Cordovilla<sup>11</sup>, Clyde Parodi<sup>3</sup>, Cynthia Vega Balbuena<sup>12</sup>, Carolina Díaz<sup>13</sup>, Sandra Consani<sup>13,14</sup>, Pilar Garino<sup>14</sup>, Sofia Rostán<sup>14</sup>, Alejandro Fernández<sup>13</sup>, Pamela Velázquez<sup>15</sup>, Cristina Brunengo<sup>16</sup>, Pedro Babak<sup>17</sup>, Agustina Maidana<sup>2</sup>, Yanira Yinde<sup>3</sup>, Gabriela Ávila Pedretti<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup>Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup>Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>3</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Departamento de Reumatología, San Lorenzo, Paraguay.

<sup>4</sup>Hospital del Ineram, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>5</sup>Hospital de Villa Elisa, Departamento de Reumatología, Villa Elisa, Asunción, Paraguay.

<sup>6</sup>Hospital Regional de Villarrica, Departamento de Reumatología, Villarrica, Paraguay.

<sup>7</sup>Complejo Santo Domingo, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

<sup>8</sup>Hospital Nacional de Itauguá, Departamento de Reumatología, Itauguá, Paraguay.

<sup>9</sup>Hospital de Nemby, Departamento de Reumatología, Nemby, Paraguay.

<sup>10</sup>Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Medicina, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Reumatología Pediátrica, Asunción, Paraguay.

<sup>11</sup>Hospital Evangélico, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>12</sup>Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.

<sup>13</sup>COSEM Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>14</sup>Hospital Maciel, Departamento de Medicina Interna, Montevideo, Uruguay.

<sup>15</sup>Hospital Escuela del Litoral Departamento de Reumatología Paysandú, Uruguay.

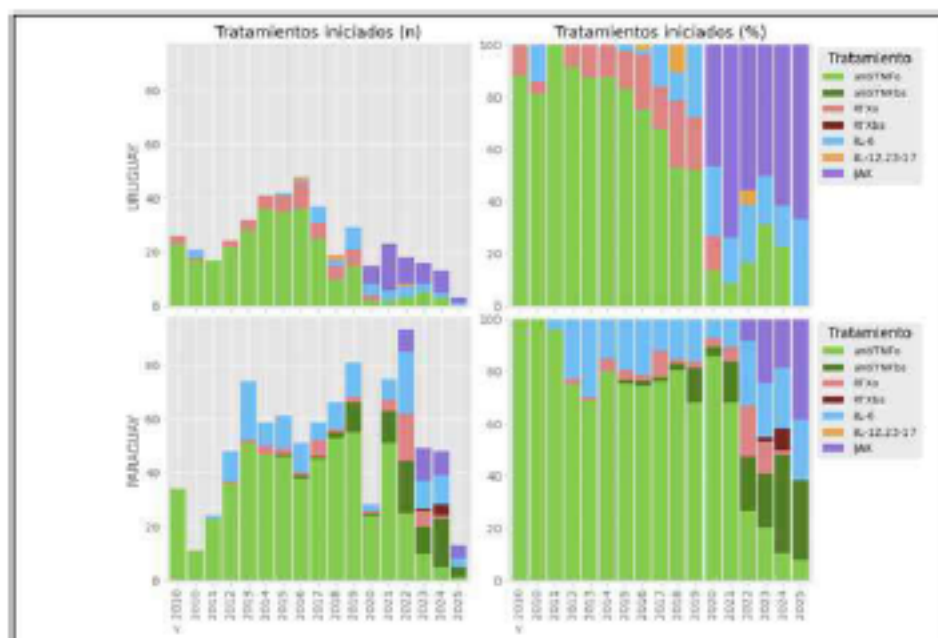
<sup>16</sup>Instituto Nacional de Reumatología, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

<sup>17</sup>Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

**Introducción:** La disponibilidad de fármacos modificadores de la enfermedad biológicos y sintéticos dirigidos (FAMEb/sd) ha variado en el tiempo debido a diferentes periodos de aprobación de su uso y comercialización. A ello se suma que en los últimos años se han introducido biosimilares y drogas genéricas que han impactado en los patrones de prescripción y uso clínico.

**Objetivos:** Describir los patrones de inicio de FAMEb/sd en pacientes con artritis inflamatoria en Paraguay y Uruguay y comparar la situación entre ellos.

**Método:** Se analizaron datos del registro BIOBADAGUAY de Paraguay y Uruguay, se incluyeron pacientes con artritis reumatoide (AR), artritis idiopática juvenil



α: original, βs: biosimilar, anti TNF: inhibidor del TNF, RTX: rituximab, IL-6: inhibidor de la interleucina 6, IL-12, 23-17: inhibidor de las interleucinas 12, 23 y 27, JAK: inhibidor de las Janus Kinase.

Figura 1 Frecuencia de iniciación de cada grupo de tratamiento en el tiempo.

Tabla 1 Frecuencia de utilización de cada grupo de fármacos según países.

	Todos	Paraguay	Uruguay
antiTNFα	634 (64,3%)	555 (69,2%)	279 (65,8%)
antiTNFβs	40 (4,2%)	40 (5,1%)	0 (0,0%)
RTXα	87 (7,5%)	47 (5,4%)	50 (11,8%)
RTXβs	5 (0,4%)	5 (0,6%)	0 (0,0%)
IL-6	140 (14,4%)	103 (12,9%)	39 (9,2%)
IL-12, 23-27	4 (0,3%)	0 (0,0%)	4 (0,9%)
JAK	46 (4,6%)	34 (4,2%)	52 (12,3%)
Total	1298 (100%)	874 (100%)	424 (100%)

α: original, βs: biosimilar, anti TNF: inhibidor del TNF, RTX: rituximab, IL-6: inhibidor de la interleucina 6, IL-12, 23-27: inhibidor de las interleucinas 12, 23 y 27, JAK: inhibidor de las Janus Kinase.

(AUJ), artritis psoriásica (APSo) y espondiloartritis inflamatorias (SPA) que habían iniciado un FAMEB o un FAMEsd hasta finales de marzo de 2025. Se evaluaron las fechas de inicio de fármacos originales y biosimilares en cada país. El análisis estadístico fue descriptivo.

**Resultados:** Un total de 965 pacientes (656 (68,0%) de Paraguay y 309 (32,0%) de Uruguay) y 1298 tratamientos (874 (67,3%) de Paraguay y 424 (32,7%) de Uruguay). El 75% (724) fueron mujeres con una edad media al inicio de tratamiento de 43,8 años (SD 16,9).

La AR fue la enfermedad más frecuente (675/69,9%) seguida de la SPA (139/ 14,4%). Los inhibidores del TNF originales (antiTNFα) fueron los primeros usados en Uruguay y Paraguay desde 2004 y 2005 respectivamente, posteriormente el rituximab en 2007 en Uruguay y en 2012 en Paraguay, y los inhibidores de la IL-6 en 2010 en Uruguay y en 2011 en Paraguay. Los biosimilares (bs) solo se usaron los del antiTNFβs (2015) y de RTXβs (2023) en Paraguay. Los inhibidores de Janus Kinase (JAK) se registraron en Uruguay en 2020 y en Paraguay en 2022. Los antiTNF fueron los más utilizados en ambos países especialmente como primera línea de tratamiento. En la tabla 1 se muestra la frecuencia de cada grupo de tratamiento según países. La frecuencia de uso de antiTNFα disminuyó gradualmente desde la introducción de los nuevos fármacos en cada país. El uso de los JAK ha aumentado gradualmente desde su lanzamiento en ambos países (Figura 1).

**Conclusiones:** La disponibilidad de fármacos en ambos países fue similar. En nuestra cohorte solo se registraron tratamientos con fármacos biosimilares en Paraguay. Los antiTNF han sido los más utilizados. La



Inclusión de nuevos fármacos biosimilares e IAK han modificado el patrón de uso de los tratamientos.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

#### 055 COMPLICACIONES INFECCIOSAS ASOCIADAS A INMUNOSUPRESIÓN PROLONGADA EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS SISTÉMICAS: ANÁLISIS OLÍMICO

Miguel Angel Montiel Alfonso<sup>1,2</sup>, Jorge Catalino Avalos Larrosa<sup>1,2</sup>, Mauricio Dos Santos García<sup>1,2</sup>, Santiago Troche Von Glasenapp<sup>1,2</sup>, José García Machado<sup>1,2</sup>, Elder García Morfín<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica I, Asunción, Paraguay.

<sup>2</sup>Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud, Dirección de Postgrado, Asunción, Paraguay.

**Introducción:** Las infecciones representan una de las principales complicaciones en pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas bajo tratamiento inmunosupresor, contribuyendo significativamente a la morbilidad y mortalidad. Identificar factores clínicos y terapéuticos asociados a estas infecciones resulta clave para mejorar las estrategias de vigilancia, prevención y manejo oportuno.

**Objetivo:** Evaluar las complicaciones infecciosas y sus factores asociados en pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas bajo tratamiento inmunosupresor.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo de pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas internados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años bajo tratamiento inmunosupresor. Se analizaron variables clínicas, terapéuticas y microbiológicas, y su asociación con complicaciones infecciosas.

**Resultados:** Se incluyeron 134 pacientes (edad media: 51 años; 72% mujeres). El diagnóstico más frecuente fue lupus eritematoso sistémico (42%), seguido de artritis reumatoide (22%). Los inmunosupresores más utilizados fueron metotrexato, azatioprina y ciclofosfamida. Al momento del ingreso, el 38% de los pacientes recibía tratamiento con corticoides y el 26% con hidroxicloroquina de forma concomitante. Las infecciones más prevalentes fueron del tracto urinario, respiratorias y de piel y partes blandas. En el 58% de los casos se identificaron patógenos no oportunistas, sien-

do *Escherichia coli* el más frecuente. Las infecciones oportunistas se confirmaron en el 13% de los pacientes y se asociaron significativamente con inmunosupresión prolongada (>5 años) y uso crónico de corticoides. En los casos restantes, el tratamiento fue empírico, sustentado en hallazgos clínicos y paracólicos compatibles con infección, sin aislamiento microbiológico. El 26% de los pacientes bajo profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol presentó menor incidencia de infecciones respiratorias por gérmenes oportunistas. El 22% requirió ingreso a unidad de terapia intensiva, en su mayoría con comorbilidades cardiovasculares o bajo tratamiento biológico. La mortalidad intrahospitalaria fue del 13% y la tasa de reinternación relacionada alcanzó el 32%. Conclusiones: Las complicaciones infecciosas en pacientes con enfermedades reumatológicas sistémicas bajo tratamiento inmunosupresor muestran una estrecha relación con la duración e intensidad del esquema terapéutico. En particular, el uso prolongado de corticoides se asocia con un aumento del riesgo de infecciones bacterianas comunes. En contraste, la implementación de estrategias de profilaxis antimicrobiana se vincula con una reducción en la incidencia de infecciones graves. Estos hallazgos resaltan la importancia de un monitoreo clínico individualizado y del uso racional de medidas preventivas para optimizar los desenlaces en esta población vulnerable.

**Conflicto de Intereses:** Declaramos no presentar conflicto de intereses pertinentes.

#### 056 TRIPLE AMENAZA AUTOINMUNE: ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN PACIENTE CON LES, ESCLERODERMIA Y ARTRITIS REUMATOIDEA: A PROPOSITO DE UN CASO

Verónica Clotilde Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, María Belén Torres Caballero<sup>1</sup>, Paula Antonella Aquino Vignola<sup>1</sup>, Rudy Rancell Rolón Ramírez<sup>1</sup>, Tomás Gabriel Instrán Coronel<sup>1</sup>, Miguel Ángel Valdés Farfá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay.

**Introducción:** El fenómeno de Raynaud constituye una manifestación vasoespástica común en enfermedades autoinmunes sistémicas, caracterizado por episodios de isquemia digital reversible en respuesta al frío o al estrés. Su presencia puede anticipar la aparición de enfermedades del tejido conectivo, especialmente esclerodermia, y se reporta con menor frecuencia en el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoidea (AR). Sin embargo, cuando ocurre en el contexto de un síndrome de superposición, su comportamiento clínico puede ser más agresivo y refractario al trata-