

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria que afecta sobre todo las articulaciones, que dependiendo del grado de actividad indican la necesidad de un mayor acompañamiento y control. Por tanto, factores socioculturales como el nivel educativo, así como sociodemográficos como la procedencia pueden jugar un papel fundamental en la adherencia y manejo de la enfermedad.

Objetivo: Analizar la relación entre nivel educativo y procedencia con los niveles de actividad de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, de una población de 289 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide según criterios de ACR EULAR 2010 que acudieron a consulta en el período de noviembre 2024 a mayo de 2025. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, tiempo de evolución de la enfermedad y nivel de actividad inflamatoria. Las variables cuantitativas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes, en tanto que las cualitativas en medidas de desvío estándar. Para el análisis correlacional se utilizó las pruebas de chi Cuadrado y T de student, según corresponde. Los datos fueron sometidos al programa estadístico PSPP.

Resultados: Del total de pacientes reclutados con diagnóstico de artritis reumatoide, el 85,9% de los casos correspondió a mujeres, con una edad promedio de $56,2 \pm 14,4$ años. El tiempo medio de evolución desde el diagnóstico fue de $12,1 \pm 8,8$ meses, indicando una gran variabilidad en la progresión clínica. En cuanto al nivel educativo, los pacientes presentaban una escolaridad media de $11,1 \pm 4,3$ años, lo que sugiere un nivel educativo intermedio, con promedio de educación de secundaria completa. En tanto que, según procedencia, la mayor parte provenía del departamento Central con el 56%, seguida de Asunción con el 21% y 23% restante del área interior del país. Al clasificar a los pacientes según el nivel de actividad clínica, se observó que el 42% presentaba actividad moderada, 31% baja, 15% en remisión y 12% en actividad elevada. En cuanto a la correlación, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el nivel educativo y la procedencia.

Conclusiones: En esta población estudiada no se encontraron asociaciones que reflejen el impacto de la educación y procedencia en los niveles de actividad inflamatoria, contrastando con estudios reportados a nivel internacional. Esto podría deberse a que existen más determinantes como el sistema de salud, acceso

a la medicación y el soporte social que impactarían en los controles de la enfermedad.

Conflictos de interés: No se reportan.

012 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA SEGURIDAD ENTRE LOS INHIBIDORES DEL JAK Y EL INHIBIDOR DE LA IL-6 EN UNA COHORTE DE PACIENTES PARAGUAYOS Y URUGUAYOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Paloma de Abreu Trigueros¹, Gabriela Ávila Pedretti^{2,3}, Teresa Chávez², Mariela Zarza Torres⁴, Angélica Amarilla Ortiz², Lourdes Román Ruiz-Díaz⁴, Vannia Valinotti², Astrid Paata⁴, Alexis Pineda⁴, Evelyn Leiva⁴, Patricia Melgarejo Paniagua⁵, Zolio Morel Ayala¹⁰, Roger Rolón Campuzano⁷, Laura Martínez³, Claudia Coronel³, Raquel Aranda³, Santiago Ferreira Maidana³, Paola Pusineri⁷, Paola Jara Gómez⁹, Sany Gómez González⁹, Darwin Cordovilla¹¹, Clyde Parodi⁹, Cynthia Vega Balbuena¹², Carolina Díaz¹³, Sandra Consani^{13,14}, Pilar Garino¹⁴, Sofía Rostán¹⁴, Alejandro Fernández¹³, Pamela Velázquez¹⁵, Cristina Brunengo¹⁶, Pedro Babak¹⁷, Agustina Maidana², Yanira Yinde², Sonia Cabrera Villalba¹³

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología, Asunción, Paraguay.

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

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

⁴Hospital del Inemar, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

⁵Hospital de Villa Elisa, Departamento de Reumatología, Villa Elisa, Asunción, Paraguay.

⁶Complejo Santo Domingo, Departamento de Reumatología, Asunción, Paraguay.

⁷Hospital Nacional de Itauguá, Departamento de Reumatología, Itauguá, Paraguay.

⁸Hospital de Nembly, Departamento de Reumatología, Nembly, Paraguay.

⁹Hospital Regional de Villarrica, Departamento de Reumatología, Villarrica, Paraguay.

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

¹¹Hospital Evangélico, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

¹²Hospital Pediátrico Niño de Acosta Ru, Reumatología Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.

¹³COSEM Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

¹⁴Hospital Maciel, Departamento de Medicina Interna, Montevideo, Uruguay.

¹⁵Hospital Escuela del Litoral, Departamento de Reumatología, Paysandú, Uruguay.

¹⁶Instituto Nacional de Reumatología, Departamento de Reumatología, Montevideo, Uruguay.

¹⁷Hospital Regional de Encarnación, Departamento de Reumatología, Encarnación, Paraguay.

Introducción: Los inhibidores de las Janus quinasas (IJAK) y el inhibidor de la interleucina 6 (IL-6) son terapias dirigidas utilizadas en artritis reumatoide, con perfiles de seguridad diferentes. La evidencia comparativa entre ambos es limitada, especialmente en población latinoamericana y en condiciones de vida real.

Objetivos: comparar la seguridad IJAK e IL-6 en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) del registro BIOBADAGUAY.

Método: Se analizaron pacientes diagnosticados de AR del registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) con terapias dirigidas Biobadaguay (<https://biobadaguay.ser.es>), tratados con IL-6 o IJAK. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, fármaco recibido, tipo y gravedad del AA. Las comparaciones se realizaron mediante test de Kruskal-Wallis (variables continuas) y Chi-cuadrado (categóricas). Se calcularon tasas de incidencia (IR) por 1000 pacientes-año (IC 95%) y razones de tasas (IRR) mediante regresión de Poisson ($p < 0,05$).

Resultados: Se analizaron un total de 217 pacientes (163 en tratamiento con IL-6 y 75 en tratamiento con IJAK (13 tofacitinib, 65 upadacitinib). La mayoría fueron mujeres (87,7%) con una edad media al inicio del tratamiento de $49,7 \pm 12,8$ años. El grupo IL-6 presentó mayor duración de enfermedad, mayor positividad para FR y anti-CCP, y mayor uso concomitante de

metotrexato, leflunomida e hidroxicloroquina ($p < 0,05$). Las características de los pacientes se muestran en la tabla 1. Se suspendieron un total de 92 tratamientos (83 IL-6 y 9 IJAK), la causa más frecuente en IL-6 fue el AA (37,3%) y en los IJAK la ineficacia (55,6%). No se encontraron diferencias significativas entre las causas de suspensión. Se registraron un total de 405 AA en su mayoría leves 354 (84,7%), 48 (11,8%) graves y 3

Tabla 1 Características de los pacientes por tratamientos recibidos.

Variable	Valor	Total	IJAK	IL-6	p-value
Total pacientes		217	75	163	
Total tratamientos		292	78	174	
Edad (±SD) años	49,7±12,8	50,5±13,4	48,5±12,5	0,8222	
Duración enfermedad	9,1±8,8	7,7±8,8	9,7±8,5	0,0201	
Inicio					
DAS28 basal	5,3±1,2	5,3±1,4	5,3±1,1	0,7181	
Sexo					
Hombre	31 (12,3%)	9 (11,5%)	22 (12,6%)		
Mujer	221 (87,7%)	69 (88,5%)	152 (87,4%)	0,9604	
Factor reumatoide					
Positivo	115 (77,1%)	62 (80,7%)	123 (72,5%)	0,0286	
Anti-CCP					
Positivo	151 (72,9%)	49 (69,0%)	102 (75,0%)	0,0002	
Comorbilidades					
HTA	71 (32,0%)	21 (26,9%)	50 (30,7%)	0,0002	
Hipercolesterolemia	27 (10,7%)	12 (15,4%)	15 (9,0%)	0,1681	
Fumador	17 (6,7%)	8 (10,2%)	9 (5,2%)	0,2240	
Diabetes	8 (3,2%)	2 (2,6%)	6 (3,4%)	1,0000	
Tratamiento concomitante					
Glicocorticoides	115 (45,0%)	55 (72,9%)	100 (57,0%)	0,0000	
Metotrexato	138 (54,0%)	31 (40,7%)	105 (60,5%)		
Leflunomida	94 (37,2%)	13 (16,7%)	81 (48,0%)	0,00001	
Hidroxicloroquina	61 (24,3%)	10 (12,9%)	51 (29,3%)	0,0070	

Anti-CCP: anticuerpo anti péptido citrulinado; IJAK: inhibidor del JAK; IL-6: inhibidor de la Interleucina 6; HTA: hipertensión arterial; DAS: disease activity score.

Tabla 2 Acontecimientos adversos globales por tratamiento: frecuencia y gravedad.

Tipos de acontecimientos adversos	Inhibidor IL-6		Inhibidor JAK		Todos	
	Graves	Totales	Graves	Totales	Graves	Totales
Infecciones n (%)	19 (43,2)	159 (42,8)	4 (100)	24 (70,6)	23 (46,0)	163 (45,2)
Procedimientos médicos/quirúrgicos n (%)	5 (11,4)	27 (7,28)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (10,4)	27 (7,2)
Manifestaciones metabólicas n (%)	1 (2,2)	22 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	22 (5,4)
Manifestaciones hematológicas n (%)	1 (2,2)	22 (5,9)	0 (0,0)	7 (20,6)	1 (2,1)	29 (7,2)
Manifestaciones vasculares n (%)	8 (18,6)	20 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (12,5)	20 (4,9)
Manifestaciones del sistema nervioso n (%)	1 (2,2)	19 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	19 (4,7)
Manifestaciones cutáneas n (%)	2 (4,5)	16 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	16 (3,9)
Manifestaciones hepáticas n (%)	1 (2,2)	15 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	15 (3,7)
Manifestaciones musculoesqueléticas n (%)	2 (4,5)	13 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	13 (3,2)
Lesiones traumáticas/ intoxicaciones n (%)	2 (4,5)	10 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,2)	10 (2,5)
Manifestaciones gastrointestinales n (%)	1 (2,2)	9 (2,4)	0 (0,0)	2 (5,6)	1 (2,1)	11 (2,7)
Manifestaciones respiratorias n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,2)
Manifestaciones inmunitológicas n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,2)
Exploraciones complementarias n (%)	0 (0,0)	5 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,2)
Manifestaciones cardíacas n (%)	0 (0,0)	4 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,0)
Manifestaciones oculares n (%)	1 (2,2)	4 (1,1)	0 (0,0)	1 (3,0)	1 (2,1)	2 (0,5)
Manifestaciones endocrinas n (%)	0 (0,0)	4 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,0)
Manifestaciones renales n (%)	0 (0,0)	3 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,7)
Manifestaciones otorrinolaringológicas n (%)	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,5)
Neoplasias n (%)	1 (2,2)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	2 (0,5)
Manifestaciones genitales/ perineales n (%)	0 (0,0)	2 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,5)
Trastornos genitales/ lugar aplicación n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
Manifestaciones ginecológicas n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
Manifestaciones psiquiátricas n (%)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (0,2)
Total n (%)	44 (100)	371 (100)	4 (100)	54 (100)	40 (100)	405 (100)

(0,7%) mortales. La infección fue el AA más frecuente en un 45,2% (183) en su mayoría de carácter leve en un 86,3% del total de infecciones (tabla 2). Al analizar la IR global de AA el tratamiento con IJAK mostró una menor tasa de AA globales respecto a los iIL-6 (IRR=0,36 [95% CI, 0,2-0,6]); no hubo diferencia al analizar la IR por tipos de AA. El análisis multivariante usando como referencia los iIL-6, mostraron un mayor riesgo de AA las segundas y posteriores líneas de tratamiento (IRR=1,5 [95% CI, 1,2-1,9]; p=0,0001), el uso concomitante de corticoides (IRR=1,5 [95% CI, 1,2-1,9]; p=0,0004), el uso concomitante de LFM (IRR=1,4 [95% CI, 1,1-1,7]; p=0,004) y menor riesgo la terapia con IJAK (IRR=0,5 [95% CI, 0,3-0,7]; p=0,0002) y el uso concomitante de HCQ (IRR=0,7 [95% CI, 0,6-1,0]; p=0,03).

Conclusiones: las infecciones fueron la principal causa de AA siendo en su mayoría de carácter leve. Los iIL-6 mostraron una IR mayor tasa de AA globales pero no hubo diferencias entre los tipos de AA. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar su perfil de seguridad.

Conflictos de Interés: ninguno.