

# Recaídas tras optimización de tratamiento en pacientes con artritis reumatoide en remisión en práctica clínica real: Un estudio retrospectivo

África Andreu Suárez,<sup>1</sup> José Manuel Martín Santos<sup>1</sup>, Janet E Pope<sup>2</sup>

1. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid  
2. St. Joseph's Health Care, London, Canadá

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que puede provocar daño articular irreversible y una disminución significativa en la calidad de vida. Los avances terapéuticos han permitido alcanzar la remisión en muchos pacientes. Sin embargo, mantener la remisión reduciendo los riesgos asociados a los tratamientos prolongados sigue siendo un desafío. La optimización del tratamiento busca equilibrar eficacia, seguridad y costes, pero conlleva el riesgo de recaída, estimado entre el 56% y el 85%.

## Objetivos

- Analizar los factores asociados con un mayor riesgo de recaída tras la optimización del tratamiento en pacientes con AR en remisión.
- Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes en remisión.
- Calcular el tiempo de remisión tras la optimización del tratamiento.

## Métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes adultos diagnosticados con AR según los criterios EULAR/ACR 2010, en remisión según DAS28 o CDAI, seguidos en consultas de reumatología entre 1990-2020. Se emplearon pruebas Chi-cuadrado, regresión logística binaria y curvas de Kaplan-Meier para evaluar asociaciones y supervivencia libre de recaída.

## Resultados

Se incluyeron 201 pacientes, un 65.7% mujeres, con una edad media al diagnóstico de 54.9 años. Un 83.1% presentaban FR positivo y un 79.1% anti-CCP positivos. La optimización del tratamiento, definida como la reducción o espaciado de dosis, se realizó en el 72.6% de los pacientes, con un tiempo medio de 13 meses en remisión. Sin embargo, el 42.7% de los pacientes experimentaron recaídas tras la optimización, con un tiempo promedio de 25 meses hasta la primera recaída. Las recaídas se asociaron significativamente con ciertos factores, como el sexo femenino, la presencia de anticuerpos anti-CCP y la enfermedad erosiva. El análisis de regresión logística se muestra en la Tabla 1. En el análisis de supervivencia, la curva de Kaplan-Meier (Figura 1) indicó que la mayoría de las recaídas ocurrieron entre los 12 y 72 meses tras la optimización, estabilizándose posteriormente.

## Conclusiones

- Un 42.7% de pacientes recaen tras la optimización del tratamiento, con una mediana de 25 meses.
- Factores como el sexo femenino, anticuerpos anti-CCP y enfermedad erosiva aumentan el riesgo de recaída.
- La mayoría de los pacientes recupera la remisión tras intensificar el tratamiento.
- La optimización del tratamiento es una opción viable en pacientes en remisión.

## Figuras

Figura 1. Curva de supervivencia (Kaplan-Meier) libre de recaída tras la optimización del tratamiento

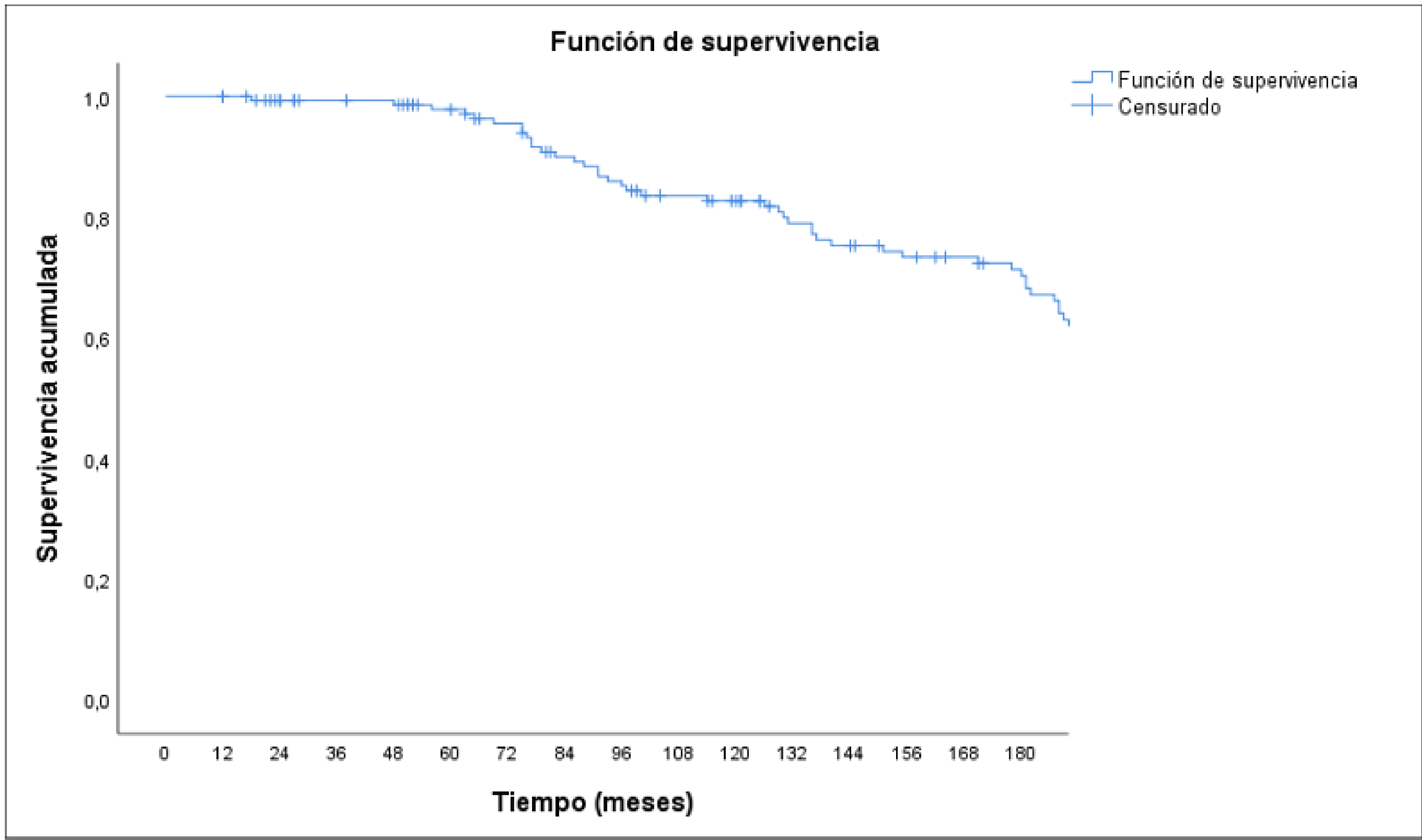


Tabla 1. Análisis de regresión logística: factores asociados con el riesgo de recaída

Variable	Odds Ratio (OR)	IC 95% Inferior	IC 95% Superior	P-valor
ACCP	0.35	0.15	0.81	0.014
DAS28 al diagnóstico	1.28	0.98	1.65	0.063
Sexo femenino	No significativo	-	-	0.023
Enfermedad erosiva	No significativo	-	-	0.019