Clinical Practice Guideline on the Treatment of Axial Spondyloarthritis and Psoriatic Arthritis

Supplementary Methodological

Contents

1. Introduction

This document contains a brief description of the methodology used to prepare the Clinical Practice Guidelines (CPG) on the Treatment of Axial Spondyloarthritis and Psoriatic Arthritis[1].

The methodology followed included a series of steps described more extensively in the full CPG version.

2. Development methods

A multidisciplinary working group was established composed of health professionals involved in care delivery (rheumatology, dermatology, ophthalmology, gastroenterology and specialized nursing) technical staff of the SER Research Unit and representatives of patients.

An update is warranted, given the time since publication of the previous ESPOGUÍA and the new evidence that has emerged during that time[2,3]. The new scope and objectives were defined by consensus based on the clinical experience and knowledge of the participating health professionals. After establishing the scope and objectives of the guidelines, the members of the GDG set the clinical questions to be answered.

Those questions that addressed the guideline' objectives were selected and rephrased using the Patient-Intervention-Comparison-Outcome (PICO) method. The SPICE (Setting, Perspective, Intervention, Comparison, Evaluation) format was also used to identify qualitative evidence to update the information in the "patient perspective" chapter.

Clinical Questions update
Treatment of Axial Spondyloarthritis **Biologic DMARD or JAK inhibitor therapy compared to placebo** In axSpA, what is the efficacy of IL-17 and JAK inhibitors compared to placebo? **Predictors of prognosis** In axSpA, what are the predictors of response to IL-17 and JAK inhibitors? **Treatment optimisation** In axSpA, can bDMARD therapy be tapered or withdrawn? **Extra-musculoskeletal manifestations** In axSpA, what is the efficacy of bDMARDs and tsDMARDs in treating extra-musculoskeletal manifestations (uveitis, psoriasis and IBD)? **Obesity and smoking** In axSpA, do obesity and/or smoking increase disease activity, accelerate radiographic progression of structural damage and impair treatment response?

Treatment of psoriatic arthritis

Treatment with biologic and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs

In PsA, what is the efficacy of IL-23 and IL-17 inhibitors and tsDMARDs (JAK inhibitors and apremilast) in treating axial and peripheral disease, enthesitis and dactylitis?

Treatment with biologic or targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs compared to TNF inhibitors

In PsA, what is the efficacy, effectiveness and safety of IL-17, IL-23 and JAK inhibitors compared to TNF inhibitors?

Extra-musculoskeletal manifestations

In PsA, what is the efficacy of bDMARDs and tsDMARDs in treating extra-musculoskeletal manifestations (uveitis, psoriasis and IBD)?

Obesity and smoking

In PsA, do obesity and/or smoking increase disease activity, accelerate radiographic progression of structural damage and impair treatment response?

A literature search was carried out in the following databases: Medline (through PubMed), Embase (Elsevier), Cochrane Library (Wiley Online Library) and the Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (EBSCOhost). These databases were selected because they are the main sources of biomedical information to which we had access.

In the case of questions for which recommendations remained valid, the literature search was updated using the same strategy as for the 2015 and 2018 ESPOGUÍA CPGs, seeking to retrieve studies published after the previous guidelines, that is, from the beginning of 2015 or 2018 respectively. For the newly developed questions, no restriction was placed on publication date and searches were performed up to the end of August 2023. Initially, all the search strategies were prepared to retrieve only primary studies from the abovementioned databases; however, when this approach yielded few or irrelevant results, it was supplemented by a manual search performed using reference lists of the key documents selected for the review. References proposed by researchers and reviewers consulted were also included. In this way, we identified studies published in 2024, that is, after the initial literature search. Studies included were published in Spanish, English or French.

The references retrieved were managed using EndNote X7.

Regarding the “Patients’ perspective” chapter, an SR was conducted of scientific studies of the experience of patients with Axial Spondyloarthritis or psoriatic arthritis. For this, questions were

formulated using the SPICE framework and, in addition to the aforementioned sources of information, the PsycInfo database was used. Searches were carried out up to April 2019.

The quality of the evidence was assessed by the methods developed by the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)[4] working group.

Table 1. The Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)[4] approach to rating the quality of evidence

Quality	Study design	Factors that can reduce the quality of the evidence*	Factors that can increase the quality of the evidence**
High ⊕⊕⊕⊕	RCT	• Limitations in study quality (design): Large (-1) Very large (-2) • Inconsistency: Large (-1) Very large (-2) • Indirectness of evidence: Large (-1) Very large (-2) • Imprecision: Large (-1) Very large (-2) • High risk of publication bias: (-1)	Association: • Scientific evidence of a strong association (RR>2 or <0.5 based on observational studies with no plausible confounders) (+1) • Scientific evidence of a very strong association (RR>5 or <0.2 based on studies with a low risk of bias) (+2) • Dose-response gradient (+1) • All plausible confounding would reduce the demonstrated effect (+1)
Moderate ⊕⊕⊕⊖	--		
Low ⊕⊕⊖⊖	Observational studies		
Very low ⊕⊖⊖⊖	Studies with other designs		

* In the case of RCTs, the rating of the quality of the scientific evidence may decrease

** In the case of observational studies, the rating of the quality of the evidence may increase

RCT: randomised controlled trial; RR: relative risk.

After the critical reading, the GDG formulated specific recommendations based on the scientific evidence. In the case of the quantitative evidence, the recommendations were based on formal assessment or 'considered judgement', after having summarised the evidence for each of the clinical questions. To this end, to aid in the process of moving from evidence to recommendations, the panel used an Evidence to Decision framework that evaluates the following:

1) The quality or certainty of the scientific evidence identified

2) Patient values and preferences

3) The balance between the desirable and undesirable effects of the interventions

4) Considerations such as equity, acceptability and feasibility of implementing the interventions

5) Other factors.

The direction and strength of the recommendations were also rated using the GRADE system. (Table 2).

Table 2. Implication of the strength of recommendations in the GRADE system[4]

Recommendation	Patients	Clinicians	Managers / Policymakers
Strong	Most people would agree with the recommended action, and only a small proportion would not.	Most patients should receive the recommended intervention.	The recommendation can be adopted as a healthcare policy in most situations.
Weak or Conditional	The majority of people would agree with the recommended action, but many would not.	Recognise that different choices will be appropriate for different patients and that you (the doctor) must help each patient make the decision that is most consistent with their values and preferences.	There is a need for considerable debate and the involvement of stakeholders.

On some occasions, the GDG identified important practical issues it wanted to highlight but related to which there was unlikely to be any supporting evidence. In general, these issues concern aspects of treatment considered good clinical practice and which are not commonly questioned. Such issues have been evaluated as recommendations for good clinical practice.
The recommendations associated with the questions from earlier ESPOGUÍA CPGs which were still considered valid have also been transformed from the Oxford Centre for Evidence-based Medicine system for grading recommendations to the GRADE system[5-7].

Once the previous phases had been completed, an advanced draft of the CPG was produced and this was then reviewed by the working group. Each section of the guideline was analysed, and using a comprehensive approach, any changes considered necessary were proposed.

Subsequently, the guideline was externally reviewed by professionals selected for their knowledge about the disease in question and guideline development methodology.

The draft of the complete version of this CPG was subjected to public scrutiny by members of the SER and other stakeholders (pharmaceutical industry, other scientific societies and patients´ associations). For this purpose, it was made available for 15 days on the SER website, with a

form to submit comments, to gather data on people's opinions and scientific assessment of the CPG methodology and/or recommendations.

As well as the SER itself, the following organisations were involved in the development of this guideline, through representation by their members on the GDG: the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV), the Spanish Society of Ophthalmology (SEO), and two patients' associations: Acción Psoriasis and the Coordinator of Spanish Spondyloarthritis Associations (CEADE).

3. Literature Search

Between December 2022 and March 2023, a specific systematic search was carried out in the Medline (Pubmed), Embase (Elsevier), and Cochrane Library (Wiley Online Library) databases. Subsequently, an alert service was created for new publications in the electronic databases consulted, which remained active until the closing date of the first complete version of the CPG, in December 2024.

Treatment of Axial Spondyloarthritis

Biologic DMARD or JAK inhibitor therapy compared to placebo

Clinical question

In axSpA, what is the efficacy of IL-17 and JAK inhibitors compared to placebo?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: metanálisis o revisiones sistemáticas de ECA, ECA.

Medline (Pubmed): 653 resultados

Search: ("Axial Spondyloarthritis"[Mesh] OR "Spondylitis, Ankylosing"[Mesh] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR "axSpA"[Title/Abstract] OR "axial SpA"[Title/Abstract:~2] OR "Ankylosing Spondylitis"[Title/Abstract:~2] OR "axial spondyloarthritis"[Title/Abstract:~2] OR "non-radiographic axial spondyloarthritis"[Title/Abstract:~2] OR "nr-axSpA"[All Fields] OR "axial Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR "Spondylitis rheumatic"[Title/Abstract:~2] OR "Ankylosing Spondylarthritides"[Title/Abstract:~2]) AND (("Interleukin-17"[Mesh] OR "Receptors, Interleukin-17"[Mesh] OR "Interleukin 17"[Title/Abstract] OR IL-17[Title/Abstract] OR interleukin-17[Title/Abstract] OR "IL-17 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL-17 blocker*"[Title/Abstract] OR "IL-17"[Title/Abstract] OR "IL 17"[Title/Abstract] OR "ixekizumab"[Supplementary Concept] OR "ixekizumab"[Title/Abstract] OR taltz[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Supplementary Concept] OR Cosentyx[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Title/Abstract] OR "bimekizumab"[Supplementary Concept] OR "bimekizumab"[Title/Abstract] OR "netakimab"[Supplementary Concept] OR "netakimab"[All Fields] OR "brodalumab"[Supplementary Concept] OR "brodalumab"[All Fields] OR "siliq"[Title/Abstract]) OR ("Janus Kinases"[Mesh] OR "janus kinase"[Title/Abstract] OR JAK[Title/Abstract] OR "jakinibs"[Title/Abstract] OR "janus associated kinase*"[Title/Abstract] OR Jakavi[Title/Abstract] OR tsDMARD*[Title/Abstract] OR "targeted synthetic

DMARDs"[Title/Abstract] OR "targeted synthetic DMARD"[Title/Abstract] OR "tofacitinib"[Supplementary Concept] OR "tofacitinib"[Title/Abstract] OR "tasocitinib"[Title/Abstract] OR "Xeljanz"[Title/Abstract] OR "upadacitinib"[Supplementary Concept] OR "upadacitinib"[Title/Abstract] OR Rinvoq[Title/Abstract] OR "GLPG0634"[Supplementary Concept] OR "GLPG0634"[All Fields] OR "filgotinib"[All Fields] OR Jyseleca[Title/Abstract] OR "nilotinib"[Supplementary Concept] OR "nilotinib"[All Fields] OR "tasigna"[Title/Abstract] OR "nilotinib*"[Title/Abstract])) NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh])) NOT ("cross sectional studies"[MeSH Terms] OR "observational study"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "case control studies"[MeSH Terms] OR "Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type]) Filters: from 2021 - 2023 Sort by: Most Recent

Embase (Elsevier) 345 resultados

('axial spondyloarthritis'/exp OR 'axspa (spondyloarthritis)':ti,ab OR 'axial spondylarthritis':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis'/exp OR 'Spondylitis Ankylosing':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis':ti,ab OR axSpA:ti,ab OR 'axial SpA':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ab,ti OR 'non-radiographic axial spondyloarthritis':ti,ab OR nr-axSpA OR 'axial Ankylosing':ti,ab OR 'Spondylitis rheumatic':ab,ti OR 'Ankylosing Spondylarthritides':ti,ab OR (axial NEAR/3 spondyl*) OR (axial NEAR/3 Ankylosing*))

AND

(('interleukin 17'/exp OR 'ctla 8':ti,ab OR 'ctla8':ti,ab OR 'il-17':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated protein 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte protein 8':ti,ab OR 'il 17a':ti,ab OR 'interleukin 17':ti,ab OR 'interleukin 17a':ti,ab OR 'interleukin-17':ti,ab OR 'ixekizumab'/exp OR 'ixekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'ly 2439821':ti,ab,tn,dn OR 'ly2439821':ti,ab,tn,dn OR 'taltz':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab'/exp OR 'ain 457':ti,ab,tn,dn OR 'ain457':ti,ab,tn,dn OR 'bat 2306':ti,ab,tn,dn OR 'bat2306':ti,ab,tn,dn OR 'cosentyx':ti,ab,tn,dn OR 'kb 03303a':ti,ab,tn,dn OR 'kb03303a':ti,ab,tn,dn OR 'scapho':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab':ti,ab,tn,dn OR 'ts 1808':ti,ab,tn,dn OR 'ts1808':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab'/exp OR 'amg 827':ti,ab,tn,dn OR 'amg827':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab':ti,ab,tn,dn OR 'khk 4827':ti,ab,tn,dn OR 'khk4827':ti,ab,tn,dn OR 'kyntheum':ti,ab,tn,dn OR 'lumicef':ti,ab,tn,dn OR 'siliq':ti,ab,tn,dn OR 'bimekizumab'/exp OR 'bimekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'bimzelx':ti,ab,tn,dn OR 'cdp 4940':ti,ab,tn,dn OR 'cdp4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb 4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb4940':ti,ab,tn,dn OR netakimab)

OR ('janus kinase'/exp OR 'jak protein' OR 'janus kinase':ti,ab OR 'janus kinases' OR 'janus tyrosine kinase' OR 'protein jak' OR 'protein tyrosine kinase janus' OR 'protein tyrosine kinase janus kinase' OR 'tyrosine kinase janus kinase' OR “janus associated kinase”:ab,ti OR Jakavi:ab,ti OR JAK:ab,ti OR “jakinibs”:ab,ti OR tsDMARD*:ab,ti OR “targeted synthetic DMARDs":ab,ti OR “targeted synthetic DMARD":ab,ti

OR 'tofacitinib'/exp OR '1 cyanoacetyl 4 methyl n methyl n (1h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) 3 piperidinamine' OR '3 [4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] 1 piperidinyl] 3 oxopropanenitrile' OR '4 [n [1 (2 cyano 1 oxoethyl) 4 methyl 3 piperidinyl] n methylamino] pyrrolo [2, 3 d] pyrimidine' OR '4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] beta oxo 1 piperidinepropanenitrile' OR 'cp 690 550' OR 'cp 690, 550' OR 'cp

690550' OR 'cp 690550 10' OR 'cp 690550-10' OR 'cp690 550' OR 'cp690, 550' OR 'cp690550' OR 'cp690550 10' OR 'cp690550-10' OR 'tasocitinib':ab,ti OR 'tasocitinib citrate' OR 'tofacitinib' OR 'tofacitinib citrate' OR 'xeljanz':ab,ti OR 'xeljanz xr' OR

'upadacitinib'/exp OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide tartrate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide tartrate' OR 'abt 494' OR 'abt494' OR 'rinvoq' OR 'upadacitinib' OR 'upadacitinib 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR 'upadacitinib hemihydrate' OR 'upadacitinib hydrate' OR 'upadacitinib tartrate' OR

'filgotinib'/exp OR 'filgotinib':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib hydrochloride':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib maleate':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034':ti,ab,tn,dn OR 'g146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'glpg 0634':ti,ab,tn,dn OR 'glpg0634':ti,ab,tn,dn OR 'gs 6034':ti,ab,tn,dn OR 'gs6034':ti,ab,tn,dn OR 'jyseleca':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib'/exp OR '4 methyl 3 [[4 (3 pyridinyl) 2 pyrimidinyl] amino] n [5 (4 methyl 1 imidazolyl) 3 (trifluoromethyl) phenyl] benzamide':ti,ab,tn,dn OR '4 methyl 3 [[4 (pyridin 3 yl) pyrimidin 2 yl] amino] n [5 (4 methyl 1h imidazol 1 yl) 3 (trifluoromethyl) phenyl] benzamide':ti,ab,tn,dn OR '4 methyl n [3 (4 methyl 1 imidazolyl) 5 (trifluoromethyl) phenyl] 3 [4 (3 pyridinyl) 2 pyrimidinylamino] benzamide':ti,ab,tn,dn OR '4 methyl n [3 (4 methyl 1h imidazol 1 yl) 5 (trifluoromethyl) phenyl] 3 [4 (pyridin 3 yl) pyrimidin 2 ylamino] benzamide':ti,ab,tn,dn OR 'amn 107':ti,ab,tn,dn OR 'amn107':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib hydrochloride':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib hydrochloride monohydrate':ti,ab,tn,dn OR 'tasigna':ti,ab,tn,dn))

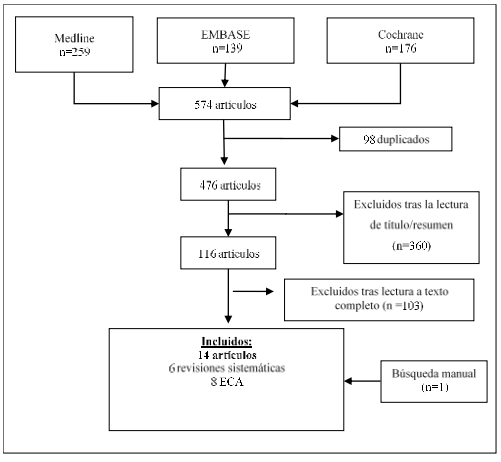
AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp OR 'cross sectional studies'/exp OR 'observational study'/exp OR 'case control studies'/exp OR 'case report'/exp)

AND [2021-2023]/py

Cochrane Library 562 resultados

ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Axial Spondyloarthritis] explode all trees 769
#2 ("Spondylitis Ankylosing" OR "axial SpA" OR "axSpA" OR "Ankylosing Spondylitis" OR "axial spondyloarthritis" OR "axial Ankylosing" OR "non radiographic axial spondyloarthritis" OR nr-axSpA OR axspa OR "Spondylitis rheumatic" OR "Ankylosing Spondylarthritides"):ti,ab,kw 2747
#3 (axial NEAR/3 spondyl*):ti,ab,kw OR (axial NEAR/3 Ankylosing*):ti,ab,kw 786
#4 #1 OR #2 OR #3 2759
#5 MeSH descriptor: [Interleukin-17] explode all trees 223
#6 MeSH descriptor: [Receptors, Interleukin-17] explode all trees 17
#7 ("interleukin 17" OR IL-17 OR interleukin-17 OR "IL 17" OR "ixekizumab" OR taltz OR "secukinumab" OR 'cosentyx' OR "bimekizumab" OR "netakimab" OR "brodalumab" OR "siliq"):ti,ab,kw 3884
#8 #5 OR #6 OR #7 3884
#9 MeSH descriptor: [Janus Kinases] explode all trees 160
#10 MeSH descriptor: [Janus Kinase Inhibitors] explode all trees 105
#11 ("janus kinase*" OR JAK OR jakinibs OR Jakavi OR "janus associated kinase*" OR Jakavi OR "janus tyrosine kinase" OR "protein tyrosine kinase janus" OR tsDMARD* OR "targeted synthetic DMARD*" OR "targeted synthetic DMARD" OR Tofacitinib OR "tasocitinib" OR "Xeljanz" OR upadacitinib OR Rinvoq OR "GLPG0634" OR Filgotinib OR Jyseleca OR "nilotinib" OR "tasigna"):ti,ab,kw 4462
#12 #9 OR #10 OR #11 4470
#13 #8 OR #12 8167
#14 #4 AND #13 with Publication Year from 2021 to 2022, in Trials 176

Diagrama de flujo de los artículos



Predictors of prognosis

Clinical question

In axSpA, what are the predictors of response to IL-17 and JAK inhibitors?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: metanálisis o revisiones sistemáticas de ECA, ECA y otros estudios observacionales si no hay ECA (retro y prospectivos).

Medline (Pubmed): 449 resultados

("Axial Spondyloarthritis"[Mesh] OR "Spondylitis, Ankylosing"[Mesh] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR “axSpA”[Title/Abstract] OR “axial SpA”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylitis”[Title/Abstract:~2] OR “axial spondyloarthritis”[Title/Abstract:~2] OR "non-radiographic axial spondyloarthritis"[Title/Abstract:~2] OR "nr-axSpA"[All Fields] OR “axial Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis rheumatic”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylarthritides”[Title/Abstract:~2])

AND

(("Interleukin-17"[Mesh] OR "Receptors, Interleukin-17"[Mesh] OR “Interleukin 17”[Title/Abstract] OR IL-17[Title/Abstract] OR interleukin-17[Title/Abstract] OR "IL-17 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL-17 blocker*"[Title/Abstract] OR "IL-17"[Title/Abstract] OR "IL 17"[Title/Abstract] OR "ixekizumab"[Supplementary Concept] OR "ixekizumab"[Title/Abstract] OR taltz[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Supplementary Concept] OR Cosentyx[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Title/Abstract] OR "bimekizumab"[Supplementary Concept] OR "bimekizumab"[Title/Abstract] OR "netakimab"[Supplementary Concept] OR "netakimab"[All Fields] OR "brodalumab"[Supplementary Concept] OR "brodalumab"[All Fields] OR "siliq"[Title/Abstract])

OR ("Janus Kinases"[Mesh] OR “janus kinase”[Title/Abstract] OR JAK[Title/Abstract] OR “jakinibs”[Title/Abstract] OR “janus associated kinase*”[Title/Abstract] OR Jakavi[Title/Abstract] OR

tsDMARD*[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARDs"[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARD"[Title/Abstract] OR

"tofacitinib"[Supplementary Concept] OR “tofacitinib"[Title/Abstract] OR “tasocitinib"[Title/Abstract] OR “Xeljanz"[Title/Abstract] OR

"upadacitinib"[Supplementary Concept] OR "upadacitinib"[Title/Abstract] OR Rinvoq[Title/Abstract]

OR "GLPG0634"[Supplementary Concept] OR "GLPG0634"[All Fields] OR "filgotinib"[All Fields] OR Jyseleca[Title/Abstract]

OR "nilotinib"[Supplementary Concept] OR "nilotinib"[All Fields] OR "tasigna"[Title/Abstract] OR "nilotinib*"[Title/Abstract]))

AND

("gender identity"[MeSH Terms] OR "gender identity"[All Fields] OR "gende*"[All Fields] OR "sex"[MeSH Terms] OR "sex"[All Fields] OR

"Sex Characteristics"[Mesh] OR "Age Factors"[Mesh] OR (sex[tiab] AND characteristic*[tiab]) OR (age[tiab] AND (factor*[tiab]))

OR "Time Factors"[Mesh] OR "Time Factor*"[Title/Abstract] OR "longer duration"[Title/Abstract] OR “disease duration"[Title/Abstract] OR “follow up"[Title/Abstract]

OR "cigarett*"[All Fields] OR “cigar*”[Title/Abstract] OR “snuff”[Title/Abstract] OR "tobacco products"[MeSH Terms] OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "tobacco product*"[All Fields] OR "tobacco"[MeSH Terms] OR "tobacc*"[Title/Abstract] OR "Smoke"[Mesh] OR "Smokers"[Mesh] OR "smok*"[Title/Abstract] OR "smoking"[MeSH Terms] OR “Smoke Exposure”[Title/Abstract] OR Vaper[Title/Abstract] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh] OR “nicotine”[Title/Abstract]

OR "overweight"[MeSH Terms] OR "overweight*"[All Fields] OR “body mass"[Title/Abstract] OR “body weight” OR "body mass index"[Title/Abstract] OR BMI[Title/Abstract] OR "body mass index"[MeSH Terms] OR "body mass index obesity"[Text Word] OR "obesity"[MeSH Terms] OR "obese*"[All Fields] OR "obesit*"[All Fields]

OR "Duration of symptoms"[All Fields]

OR "C-Reactive Protein"[Mesh] OR "C Reactive Protein"[Title/Abstract] OR CRP[Title/Abstract]

OR “structural damage”[Title/Abstract] OR "Radiographic progression"[Title/Abstract] OR "radiographic damage"[Title/Abstract] OR "Magnetic Resonance Imaging"[All Fields] OR "Magnetic Resonance Imaging"[Mesh] OR "MRI"[Title/Abstract] OR "inflammatory lesion*"[All Fields]

OR "modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score"[Title/Abstract] OR "mSASSS"[Title/Abstract]

OR "BASRI"[Title/Abstract] OR "Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index"[Title/Abstract] OR "New York criteria”[Title/Abstract]

OR "anti inflammatory agents non steroidal"[Pharmacological Action] OR "anti inflammatory agents, non steroidal"[MeSH Terms] OR "non-steroidal anti-inflammatory agent*"[Title/Abstract] OR NSAID*[Title/Abstract] OR "naproxen"[MeSH Terms] OR "naproxen"[All Fields] OR "naproxene"[All Fields] OR "ibuprofen"[MeSH Terms] OR "ibuprofen"[All Fields] OR "ibuprofen s"[All Fields] OR "ibuprofens"[All Fields] OR "diclofenac"[MeSH Terms] OR "diclofenac"[All Fields] OR "diclofenac"[MeSH Terms] OR "diclofenac"[All Fields] OR "diclophenac"[All Fields] OR "etoricoxib"[MeSH Terms] OR "etoricoxib"[All Fields]

OR "HLA-B27 Antigen"[Mesh] OR "HLAB27" OR HLA-B27 OR "Biomarkers"[Mesh] OR "Biomarker*"[Title/Abstract] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR "Treatment Failure"[Mesh] OR "treatment failure*"[All Fields] OR "treatment respons*"[All Fields])

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

Embase (Elsevier): 305 resultados

('axial spondyloarthritis'/exp OR 'axspa (spondyloarthritis)':ti,ab OR 'axial spondylarthritis':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis'/exp OR 'Spondylitis Ankylosing':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis':ti,ab OR axSpA:ti,ab OR 'axial SpA':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ab,ti OR 'non-radiographic axial spondyloarthritis':ti,ab OR nr-axSpA OR 'axial Ankylosing':ti,ab OR 'Spondylitis rheumatic':ab,ti OR 'Ankylosing Spondylarthritides':ti,ab OR (axial NEAR/3 spondyl*) OR (axial NEAR/3 Ankylosing*))

AND

(('interleukin 17'/exp OR 'ctla 8':ti,ab OR 'ctla8':ti,ab OR 'il-17':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated protein 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte protein 8':ti,ab OR 'il 17a':ti,ab OR 'interleukin 17':ti,ab OR 'interleukin 17a':ti,ab OR 'interleukin-17':ti,ab OR 'ixekizumab'/exp OR 'ixekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'ly 2439821':ti,ab,tn,dn OR 'ly2439821':ti,ab,tn,dn OR 'taltz':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab'/exp OR 'ain 457':ti,ab,tn,dn OR 'ain457':ti,ab,tn,dn OR 'bat 2306':ti,ab,tn,dn OR 'bat2306':ti,ab,tn,dn OR 'cosentyx':ti,ab,tn,dn OR 'kb 03303a':ti,ab,tn,dn OR 'kb03303a':ti,ab,tn,dn OR 'scapho':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab':ti,ab,tn,dn OR 'ts 1808':ti,ab,tn,dn OR 'ts1808':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab'/exp OR 'amg 827':ti,ab,tn,dn OR 'amg827':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab':ti,ab,tn,dn OR 'khk 4827':ti,ab,tn,dn OR 'khk4827':ti,ab,tn,dn OR 'kyntheum':ti,ab,tn,dn OR 'lumicef':ti,ab,tn,dn OR 'siliq':ti,ab,tn,dn OR 'bimekizumab'/exp OR 'bimekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'bimzelx':ti,ab,tn,dn OR 'cdp 4940':ti,ab,tn,dn OR 'cdp4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb 4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb4940':ti,ab,tn,dn OR 'netakimab'/exp OR 'netakimab':ti,ab,kw)

OR ('janus kinase'/exp OR 'jak protein' OR 'janus kinase':ti,ab OR 'janus kinases' OR 'janus tyrosine kinase' OR 'protein jak' OR 'protein tyrosine kinase janus' OR 'protein tyrosine kinase janus kinase' OR 'tyrosine kinase janus kinase' OR “janus associated kinase”:ab,ti OR Jakavi:ab,ti OR JAK:ab,ti OR “jakinibs”:ab,ti OR tsDMARD*:ab,ti OR “targeted synthetic DMARDs":ab,ti OR “targeted synthetic DMARD":ab,ti

OR 'tofacitinib'/exp OR '1 cyanoacetyl 4 methyl n methyl n (1h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) 3 piperidinamine' OR '3 [4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] 1 piperidinyl] 3 oxopropanenitrile' OR '4 [n [1 (2 cyano 1 oxoethyl) 4 methyl 3 piperidinyl] n methylamino] pyrrolo [2, 3 d] pyrimidine' OR '4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] beta oxo 1 piperidinepropanenitrile' OR 'cp 690 550' OR 'cp 690, 550' OR 'cp 690550' OR 'cp 690550 10' OR 'cp 690550-10' OR 'cp690 550' OR 'cp690, 550' OR 'cp690550' OR 'cp690550 10' OR 'cp690550-10' OR 'tasocitinib':ab,ti OR 'tasocitinib citrate' OR 'tofacitinib' OR 'tofacitinib citrate' OR 'xeljanz':ab,ti OR 'xeljanz xr' OR

'upadacitinib'/exp OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1

pyrrolidinecarboxamide tartrate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide tartrate' OR 'abt 494' OR 'abt494' OR 'rinvoq' OR 'upadacitinib' OR 'upadacitinib 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR 'upadacitinib hemihydrate' OR 'upadacitinib hydrate' OR 'upadacitinib tartrate' OR

'filgotinib'/exp OR 'filgotinib':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib hydrochloride':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib maleate':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034':ti,ab,tn,dn OR 'g146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'glpg 0634':ti,ab,tn,dn OR 'glpg0634':ti,ab,tn,dn OR 'gs 6034':ti,ab,tn,dn OR 'gs6034':ti,ab,tn,dn OR 'jyseleca':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib'/exp OR '4 methyl 3 [[4 (3 pyridinyl) 2 pyrimidinyl] amino] n [5 (4 methyl 1 imidazolyl) 3 (trifluoromethyl) phenyl] benzamide':ti,ab,tn,dn OR '4 methyl 3 [[4 (pyridin 3 yl) pyrimidin 2 yl] amino] n [5 (4 methyl 1h imidazol 1 yl) 3 (trifluoromethyl) phenyl] benzamide':ti,ab,tn,dn OR '4 methyl n [3 (4 methyl 1 imidazolyl) 5 (trifluoromethyl) phenyl] 3 [4 (3 pyridinyl) 2 pyrimidinylamino] benzamide':ti,ab,tn,dn OR '4 methyl n [3 (4 methyl 1h imidazol 1 yl) 5 (trifluoromethyl) phenyl] 3 [4 (pyridin 3 yl) pyrimidin 2 ylamino] benzamide':ti,ab,tn,dn OR 'amn 107':ti,ab,tn,dn OR 'amn107':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib hydrochloride':ti,ab,tn,dn OR 'nilotinib hydrochloride monohydrate':ti,ab,tn,dn OR 'tasigna':ti,ab,tn,dn))

AND

('gender identity'/exp OR 'gender identity':ti,ab,kw OR 'gender self-identification':ti,ab,kw OR 'identity, sexual':ti,ab,kw OR 'sex identification':ti,ab,kw OR 'sexual identification':ti,ab,kw OR 'sexual identity':ti,ab,kw OR 'sexual self-identification':ti,ab,kw OR 'sex'/exp OR sex:ti,ab

OR 'sex characteristics'/exp OR 'sex characteristic*':ab,ti OR 'age factors'/exp OR 'age factor*':ab,ti OR gender:ab,ti

OR 'time factor'/exp OR 'time factor*':ti,ab,kw OR 'disease duration'/exp OR 'disease duration':ab,ti OR "longer duration":ab,ti OR 'follow up':ab,ti

OR "cigarett*":ab,ti OR “cigar*”:ab,ti OR “snuff”:ab,ti OR 'snuff'/exp OR 'tobacco products'/exp OR "tobacco products":ab,ti OR 'tobacco use disorder'/exp OR "Tobacco Use

Disorder*":ab,ti OR 'tobacco use'/exp OR "Tobacco Use":ab,ti OR "tobacco product*":ab,ti OR 'tobacco'/exp OR 'tobac*':ab,ti OR 'smoke'/exp OR "Smokers":ab,ti OR "smok*":ab,ti OR 'smoking'/exp OR 'smoke exposure'/exp OR “Smoke Exposure”:ab,ti OR Vaper:ab,ti OR 'tobacco use cessation'/exp OR "Tobacco Use Cessation":ab,ti OR 'nicotine'/exp OR “nicotine”:ab,ti OR

'obesity'/exp OR 'adipose tissue hyperplasia':ti,ab,kw OR 'adipositas':ti,ab,kw OR 'adiposity':ti,ab,kw OR 'alimentary obesity':ti,ab,kw OR 'body weight':ti,ab,kw OR 'corpulency':ti,ab,kw OR 'fat overload syndrome':ti,ab,kw OR 'nutritional obesity':ti,ab,kw OR 'obes*':ti,ab,kw OR 'obesit*':ti,ab,kw OR 'overweight*':ti,ab,kw OR 'body mass'/exp OR 'bmi':ti,ab,kw OR 'quetelet index':ti,ab,kw OR 'body ban mass':ti,ab,kw OR 'body mass':ti,ab,kw OR 'body mass index':ti,ab,kw

OR "Duration of symptom*s":ab,ti

OR 'c reactive protein'/exp OR 'C reactive protein':ab,ti OR 'crp'/exp OR crp:ab,ti

OR 'structural damage':ab,ti OR 'radiographic progression':ab,ti OR 'radiographic damage':ab,ti OR 'magnetic resonance imaging'/exp OR 'magnetic resonance imaging':ab,ti OR 'mri'/exp OR 'mri':ab,ti OR "inflammatory lesion*":ab,ti

OR 'modified stoke ankylosing spondylitis spine score':ab,ti OR 'msasss':ab,ti OR 'basri':ab,ti OR 'bath ankylosing spondylitis radiology index':ab,ti OR 'new york criteria':ab,ti

OR 'nonsteroid antiinflammatory agent'/exp OR "non-steroidal anti-inflammatory agent*" OR 'nsaid':ti,ab,kw OR 'anti inflammatory agents, non steroidal':ti,ab,kw OR 'anti-inflammatory agents, non-steroidal':ti,ab,kw OR 'antiinflammatory agent, nonsteroid':ti,ab,kw OR 'non steroid antiinflammatory agent':ti,ab,kw OR 'non steroid antiinflammatory drug':ti,ab,kw OR 'non steroidal anti inflammatory agent':ti,ab,kw OR 'non steroidal anti inflammatory drug':ti,ab,kw OR 'non steroidal antiinflammatory agent':ti,ab,kw OR 'non steroidal antiinflammatory drug':ti,ab,kw OR 'nonsteroid antiinflammatory agent':ti,ab,kw OR 'nonsteroid antiinflammatory drug':ti,ab,kw OR 'nonsteroid antirheumatic agent':ti,ab,kw OR 'nonsteroidal anti inflammatory drug':ti,ab,kw OR 'nonsteroidal anti inflammatory drugs':ti,ab,kw OR 'nonsteroidal anti-inflammatory drugs':ti,ab,kw OR 'nonsteroidal antiinflammatory agent':ti,ab,kw OR 'nonsteroidal antiinflammatory drug':ti,ab,kw

OR 'naproxen'/exp OR '2 (6 methoxy 2 naphthyl) propionic acid':ti,ab,kw OR '2 (6 methoxynaphthalen 2 yl) propanoic acid':ti,ab,kw OR '2 (6` methoxy 2` naphthyl) propionic acid':ti,ab,kw OR '2 naphthaleneacetic acid, 6 methoxy alpha methyl':ti,ab,kw OR '4flex puregel':ti,ab,kw OR '6 methoxy alpha methyl 2 naphthaleneacetic acid':ti,ab,kw OR 'actromadol':ti,ab,kw OR 'acusprain':ti,ab,kw OR 'aflamax':ti,ab,kw OR 'aflaxen':ti,ab,kw OR 'agilex':ti,ab,kw OR 'agilxen':ti,ab,kw OR 'aleve':ti,ab,kw OR 'aleve classic':ti,ab,kw OR 'aleve feminax':ti,ab,kw OR 'aleve intense':ti,ab,kw OR 'aleve select':ti,ab,kw OR 'alevetabs':ti,ab,kw OR 'alpoxen':ti,ab,kw OR 'alpron':ti,ab,kw OR 'analgesin dolo':ti,ab,kw OR 'anapran':ti,ab,kw OR 'anaprox':ti,ab,kw OR 'anaprox ds':ti,ab,kw OR 'anaprox-ds':ti,ab,kw OR 'anexopen':ti,ab,kw OR 'antalgin (naproxen)':ti,ab,kw OR 'apo-napro':ti,ab,kw OR 'apo-naproxen':ti,ab,kw OR 'apranax':ti,ab,kw OR 'apranax dolo':ti,ab,kw OR 'apraxin':ti,ab,kw OR 'apronax':ti,ab,kw OR 'artagen':ti,ab,kw OR 'arthrosin ec':ti,ab,kw OR 'artron':ti,ab,kw OR 'artroxen':ti,ab,kw OR 'axer alfa':ti,ab,kw OR 'babel':ti,ab,kw OR 'bay 117031':ti,ab,kw OR 'bay117031':ti,ab,kw OR 'bayh 6689':ti,ab,kw OR 'bayh6689':ti,ab,kw OR 'bipronyl':ti,ab,kw OR 'bonyl':ti,ab,kw OR 'congex':ti,ab,kw OR 'crysanal':ti,ab,kw OR 'dafloxen':ti,ab,kw OR 'daprox':ti,ab,kw OR 'daprox

entero':ti,ab,kw OR 'deflamox':ti,ab,kw OR 'dextro naproxen':ti,ab,kw OR 'diferbest':ti,ab,kw OR 'diocodal':ti,ab,kw OR 'dolormin fuer frauen':ti,ab,kw OR 'dolormin fur frauen':ti,ab,kw OR 'dolormin gs':ti,ab,kw OR 'dysmenalgit':ti,ab,kw OR 'dysmenalgit n':ti,ab,kw OR 'ec naprosyn':ti,ab,kw OR 'ec-naprosyn':ti,ab,kw OR 'emox':ti,ab,kw OR 'emoxen gel':ti,ab,kw OR 'eox (drug)':ti,ab,kw OR 'epromul':ti,ab,kw OR 'equiproxen':ti,ab,kw OR 'etrixenal':ti,ab,kw OR 'femex':ti,ab,kw OR 'feminax ultra':ti,ab,kw OR 'flanax':ti,ab,kw OR 'flanax forte':ti,ab,kw OR 'floginax':ti,ab,kw OR 'flonax':ti,ab,kw OR 'floxene':ti,ab,kw OR 'fuxen':ti,ab,kw OR 'galpharm period pain relief':ti,ab,kw OR 'gibixen':ti,ab,kw OR 'headlon':ti,ab,kw OR 'ilgesin':ti,ab,kw OR 'ip 890':ti,ab,kw OR 'ip890':ti,ab,kw OR 'ipaflex':ti,ab,kw OR 'iraxen':ti,ab,kw OR 'laraflex':ti,ab,kw OR 'laser (drug)':ti,ab,kw OR 'lasonil antinfiammatorio e antireumatico':ti,ab,kw OR 'lefaine':ti,ab,kw OR 'leniartil':ti,ab,kw OR 'levo naproxen':ti,ab,kw OR 'licorax':ti,ab,kw OR 'lundiran':ti,ab,kw OR 'methoxypropiocin':ti,ab,kw OR 'methoxypropiocin sodium':ti,ab,kw OR 'miranax':ti,ab,kw OR 'momendol':ti,ab,kw OR 'nafasol':ti,ab,kw OR 'naixan':ti,ab,kw OR 'naldorex':ti,ab,kw OR 'nalgedol':ti,ab,kw OR 'nalgesin':ti,ab,kw OR 'napolon':ti,ab,kw OR 'naposin':ti,ab,kw OR 'napreben':ti,ab,kw OR 'naprelan':ti,ab,kw OR 'naprelan 375':ti,ab,kw OR 'naprelan 500':ti,ab,kw OR 'napren':ti,ab,kw OR 'napren-e':ti,ab,kw OR 'naprium':ti,ab,kw OR 'naprius':ti,ab,kw OR 'naprocur':ti,ab,kw OR 'naproflam':ti,ab,kw OR 'naprogesic':ti,ab,kw OR 'naprometin':ti,ab,kw OR 'napromex':ti,ab,kw OR 'naprong':ti,ab,kw OR 'naprontag':ti,ab,kw OR 'naprorex':ti,ab,kw OR 'naprossene':ti,ab,kw OR 'naprostad':ti,ab,kw OR 'naprosyn':ti,ab,kw OR 'naprosyn le':ti,ab,kw OR 'naprosyn lle':ti,ab,kw OR 'naprosyn lle forte':ti,ab,kw OR 'naprosyne':ti,ab,kw OR 'naprovite':ti,ab,kw OR 'naproxen':ti,ab,kw OR 'naproxen sodium':ti,ab,kw OR 'naproxeno':ti,ab,kw OR 'naproxi 250':ti,ab,kw OR 'naproxi 500':ti,ab,kw OR 'naproxyn':ti,ab,kw OR 'naprozyne':ti,ab,kw OR 'naprux':ti,ab,kw OR 'napsyn':ti,ab,kw OR 'napxen':ti,ab,kw OR 'narma':ti,ab,kw OR 'narocin':ti,ab,kw OR 'narox (naproxen)':ti,ab,kw OR 'narox e':ti,ab,kw OR 'naxen':ti,ab,kw OR 'naxen f':ti,ab,kw OR 'naxen-f cr':ti,ab,kw OR 'naxii':ti,ab,kw OR 'naxopren':ti,ab,kw OR 'naxyn':ti,ab,kw OR 'naxyn 250':ti,ab,kw OR 'naxyn 500':ti,ab,kw OR 'neprossin':ti,ab,kw OR 'nexocin ec':ti,ab,kw OR 'norswel':ti,ab,kw OR 'novo-naprox':ti,ab,kw OR 'novonaprox':ti,ab,kw OR 'novuran':ti,ab,kw OR 'nuprafem':ti,ab,kw OR 'nycopren':ti,ab,kw OR 'opokan actigel':ti,ab,kw OR 'oxp 005':ti,ab,kw OR 'oxp005':ti,ab,kw OR 'pactens':ti,ab,kw OR 'prexan':ti,ab,kw OR 'priaxen':ti,ab,kw OR 'primeral':ti,ab,kw OR 'prodilor':ti,ab,kw OR 'pronaxen':ti,ab,kw OR 'proxan':ti,ab,kw OR 'proxen':ti,ab,kw OR 'proxen lle':ti,ab,kw OR 'proxidol':ti,ab,kw OR 'rahsen':ti,ab,kw OR 'reuxen':ti,ab,kw OR 'rs 3540':ti,ab,kw OR 'rs 3650':ti,ab,kw OR 'rs3540':ti,ab,kw OR 'rs3650':ti,ab,kw OR 'sanomed':ti,ab,kw OR 'saritilron':ti,ab,kw OR 'seladin':ti,ab,kw OR 'shiprosyn':ti,ab,kw OR 'sodium naproxen':ti,ab,kw OR 'stirlescent':ti,ab,kw OR 'sutolin':ti,ab,kw OR 'synaprosyn':ti,ab,kw OR 'synflex':ti,ab,kw OR 'tohexen':ti,ab,kw OR 'u-ritis':ti,ab,kw OR 'uniflam':ti,ab,kw OR 'velsay':ti,ab,kw OR 'veradol':ti,ab,kw OR 'vinsen':ti,ab,kw OR 'wintrex':ti,ab,kw OR 'xenar':ti,ab,kw OR 'xenar cr':ti,ab,kw OR 'xenobid':ti,ab,kw

OR 'ibuprofen'/exp OR '2 (4 isobutylphenyl) propionic acid':ti,ab,kw OR '2 (para isobutylphenyl) propionic acid':ti,ab,kw OR '2 [4 (2 methylpropyl) phenyl] propionic acid':ti,ab,kw OR 'abfen':ti,ab,kw OR 'abidol (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'aches-n-pain':ti,ab,kw OR 'act-3':ti,ab,kw OR 'actiprofen':ti,ab,kw OR 'adagin':ti,ab,kw OR 'adagin forte':ti,ab,kw OR 'adex 200':ti,ab,kw OR 'adex liqui-gels':ti,ab,kw OR 'adolorin ibuforte':ti,ab,kw OR 'adolorini direkt':ti,ab,kw OR 'advil':ti,ab,kw OR 'advil infantil':ti,ab,kw OR 'advil liqui-gels':ti,ab,kw OR 'advil liquid caps':ti,ab,kw OR 'advil liquifast':ti,ab,kw OR 'advil liquigel':ti,ab,kw OR 'advil migraine liqui-gels':ti,ab,kw OR 'advil mono':ti,ab,kw OR 'advil paediatric':ti,ab,kw OR 'advil pediatric':ti,ab,kw OR 'advil reliva forte':ti,ab,kw OR 'advil ultra':ti,ab,kw OR 'advil ultra forte':ti,ab,kw OR

'advilcaps':ti,ab,kw OR 'advileff':ti,ab,kw OR 'advilgel':ti,ab,kw OR 'advilmed':ti,ab,kw OR 'adviltab':ti,ab,kw OR 'afebril':ti,ab,kw OR 'aktren':ti,ab,kw OR 'aktren forte':ti,ab,kw OR 'aktren mobil':ti,ab,kw OR 'aktren spezial':ti,ab,kw OR 'algiasdin':ti,ab,kw OR 'algiasdin retard':ti,ab,kw OR 'algifor':ti,ab,kw OR 'algik (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'algin baby':ti,ab,kw OR 'algofen (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'algoflex':ti,ab,kw OR 'algoflex dolo':ti,ab,kw OR 'algoflex forte':ti,ab,kw OR 'algoflex norma':ti,ab,kw OR 'algoflex rapid':ti,ab,kw OR 'algoflex ultra forte':ti,ab,kw OR 'algofren':ti,ab,kw OR 'algopirina febbre e dolore':ti,ab,kw OR 'algopirindol':ti,ab,kw OR 'algovil':ti,ab,kw OR 'allipen':ti,ab,kw OR 'alpha (4 isobutylphenyl) propionic acid':ti,ab,kw OR 'alvofen express':ti,ab,kw OR 'am-fam 400':ti,ab,kw OR 'ambaprofen':ti,ab,kw OR 'anadin (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'anadin joint pain':ti,ab,kw OR 'anadin liquifast':ti,ab,kw OR 'anadin period pain':ti,ab,kw OR 'anadin ultra':ti,ab,kw OR 'anadvil':ti,ab,kw OR 'analgyl':ti,ab,kw OR 'anbifen':ti,ab,kw OR 'anco':ti,ab,kw OR 'andran':ti,ab,kw OR 'anflagen':ti,ab,kw OR 'antalfebal':ti,ab,kw OR 'antalgil':ti,ab,kw OR 'antarene':ti,ab,kw OR 'antiflam':ti,ab,kw OR 'apirofeno':ti,ab,kw OR 'apo-ibuprofen':ti,ab,kw OR 'apo-rapid':ti,ab,kw OR 'aragel':ti,ab,kw OR 'articalm':ti,ab,kw OR 'atril 300':ti,ab,kw OR 'attritin':ti,ab,kw OR 'auxifen':ti,ab,kw OR 'axoprofen':ti,ab,kw OR 'axoprofen forte':ti,ab,kw OR 'azodermol':ti,ab,kw OR 'babyfen':ti,ab,kw OR 'balkaprofen':ti,ab,kw OR 'bells healthcare children`s pain and fever relief':ti,ab,kw OR 'benatia':ti,ab,kw OR 'berlistar':ti,ab,kw OR 'berlistar forte':ti,ab,kw OR 'bestafen':ti,ab,kw OR 'betaprofen':ti,ab,kw OR 'bifen':ti,ab,kw OR 'blokmax':ti,ab,kw OR 'blokmax forte':ti,ab,kw OR 'bluton':ti,ab,kw OR 'brinflan':ti,ab,kw OR 'brufanic':ti,ab,kw OR 'brufedol':ti,ab,kw OR 'brufedol rapid':ti,ab,kw OR 'brufen':ti,ab,kw OR 'brufen 400':ti,ab,kw OR 'brufen effect':ti,ab,kw OR 'brufen forte':ti,ab,kw OR 'brufen paediatric':ti,ab,kw OR 'brufen retard':ti,ab,kw OR 'brufen sr':ti,ab,kw OR 'brufenact':ti,ab,kw OR 'brufenlik':ti,ab,kw OR 'brufort':ti,ab,kw OR 'brugesic':ti,ab,kw OR 'brumare (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'brumed':ti,ab,kw OR 'brupro':ti,ab,kw OR 'brupro max':ti,ab,kw OR 'brupro rx':ti,ab,kw OR 'buburone':ti,ab,kw OR 'bufect':ti,ab,kw OR 'bufect forte':ti,ab,kw OR 'bufohexal':ti,ab,kw OR 'buplex':ti,ab,kw OR 'buplex rx':ti,ab,kw OR 'bupogesic':ti,ab,kw OR 'buprofess':ti,ab,kw OR 'buprophar':ti,ab,kw OR 'burana':ti,ab,kw OR 'burana-caps':ti,ab,kw OR 'buranagel':ti,ab,kw OR 'buripin':ti,ab,kw OR 'buscofem':ti,ab,kw OR 'buscofen':ti,ab,kw OR 'buscofenact':ti,ab,kw OR 'buscofenpocket':ti,ab,kw OR 'butacortelone':ti,ab,kw OR 'butifen':ti,ab,kw OR 'caldolor':ti,ab,kw OR 'calmolin':ti,ab,kw OR 'calprofen':ti,ab,kw OR 'cap-profen':ti,ab,kw OR 'cenbufen':ti,ab,kw OR 'children`s advil':ti,ab,kw OR 'children`s advil-flavored':ti,ab,kw OR 'children`s elixsure':ti,ab,kw OR 'children`s ibuprofen':ti,ab,kw OR 'children`s motrin':ti,ab,kw OR 'childrens motrin':ti,ab,kw OR 'cibalgina due fast':ti,ab,kw OR 'cibalginafor':ti,ab,kw OR 'cinfadol':ti,ab,kw OR 'codral period pain':ti,ab,kw OR 'combiflam':ti,ab,kw OR 'contraneural':ti,ab,kw OR 'cuprofen':ti,ab,kw OR 'dalsy':ti,ab,kw OR 'dalsy forte':ti,ab,kw OR 'dalsydol':ti,ab,kw OR 'danofen':ti,ab,kw OR 'dc 7034':ti,ab,kw OR 'dc7034':ti,ab,kw OR 'deliprom':ti,ab,kw OR 'demaflan':ti,ab,kw OR 'dg 7034':ti,ab,kw OR 'dg7034':ti,ab,kw OR 'dibufen':ti,ab,kw OR 'dicloreum unidie':ti,ab,kw OR 'diffutab sr 600':ti,ab,kw OR 'dimidon':ti,ab,kw OR 'dismenol':ti,ab,kw OR 'dismenol forte':ti,ab,kw OR 'diverin':ti,ab,kw OR 'doc schmerzgel':ti,ab,kw OR 'dolan fp':ti,ab,kw OR 'dolgit':ti,ab,kw OR 'dolibloc':ti,ab,kw OR 'dolirief':ti,ab,kw OR 'dolobene ibu':ti,ab,kw OR 'dolocyl':ti,ab,kw OR 'dolodolgit':ti,ab,kw OR 'dolofen-f':ti,ab,kw OR 'dolofort':ti,ab,kw OR 'dolomax':ti,ab,kw OR 'dolorgiet':ti,ab,kw OR 'dolormin':ti,ab,kw OR 'dolowill':ti,ab,kw OR 'dolval':ti,ab,kw OR 'donjust b':ti,ab,kw OR 'dorival':ti,ab,kw OR 'druisel':ti,ab,kw OR 'easifon':ti,ab,kw OR 'easofen':ti,ab,kw OR 'ebufac':ti,ab,kw OR 'ecoprofen':ti,ab,kw OR 'eiren':ti,ab,kw OR 'emflam':ti,ab,kw OR 'emflam-200':ti,ab,kw OR 'epobron':ti,ab,kw OR 'ergix douleur et fievre':ti,ab,kw OR 'eudorlin extra':ti,ab,kw OR 'eudorlin infantil':ti,ab,kw OR 'eudorlin

migrane':ti,ab,kw OR 'exidol':ti,ab,kw OR 'expanfen':ti,ab,kw OR 'extrapan':ti,ab,kw OR 'febratic':ti,ab,kw OR 'febrirol':ti,ab,kw OR 'febryn':ti,ab,kw OR 'femapirin':ti,ab,kw OR 'fenalgic':ti,ab,kw OR 'fenbid':ti,ab,kw OR 'fenbid forte':ti,ab,kw OR 'fenopine':ti,ab,kw OR 'fenpaed':ti,ab,kw OR 'fevralt':ti,ab,kw OR 'fiedosin':ti,ab,kw OR 'flamicon':ti,ab,kw OR 'flarin':ti,ab,kw OR 'fluibron febbre e dolore':ti,ab,kw OR 'fluifort febbre e dolore':ti,ab,kw OR 'focus (drug)':ti,ab,kw OR 'forsium':ti,ab,kw OR 'frenidor':ti,ab,kw OR 'froben dolore e febbre':ti,ab,kw OR 'froben dolore e infiammazione':ti,ab,kw OR 'frobenkids febbre e dolore':ti,ab,kw OR 'galprofen':ti,ab,kw OR 'galprofen max':ti,ab,kw OR 'gelib':ti,ab,kw OR 'gelufene':ti,ab,kw OR 'gyno-neuralgin':ti,ab,kw OR 'h-loniten':ti,ab,kw OR 'halprin':ti,ab,kw OR 'haltran':ti,ab,kw OR 'hemagene tailleur':ti,ab,kw OR 'holuren':ti,ab,kw OR 'ib-100':ti,ab,kw OR 'ib-u-ron':ti,ab,kw OR 'ibacut':ti,ab,kw OR 'ibalgin':ti,ab,kw OR 'ibalgin baby':ti,ab,kw OR 'ibalgin express':ti,ab,kw OR 'ibalgin forte':ti,ab,kw OR 'ibalgin gel':ti,ab,kw OR 'ibalgin instant':ti,ab,kw OR 'ibalgin junior':ti,ab,kw OR 'ibalgin krem':ti,ab,kw OR 'ibalgin neo':ti,ab,kw OR 'ibalgin rapidcaps':ti,ab,kw OR 'ibenal':ti,ab,kw OR 'ibenal forte':ti,ab,kw OR 'ibenal max':ti,ab,kw OR 'ibetin':ti,ab,kw OR 'iblasin':ti,ab,kw OR 'ibofen':ti,ab,kw OR 'ibosure':ti,ab,kw OR 'ibu':ti,ab,kw OR 'ibu akut':ti,ab,kw OR 'ibu slow':ti,ab,kw OR 'ibu-4':ti,ab,kw OR 'ibu-6':ti,ab,kw OR 'ibu-8':ti,ab,kw OR 'ibu-dent':ti,ab,kw OR 'ibu-puren':ti,ab,kw OR 'ibu-slow':ti,ab,kw OR 'ibu-tab':ti,ab,kw OR 'ibu-tab 200':ti,ab,kw OR 'ibuaristo akut':ti,ab,kw OR 'ibubel':ti,ab,kw OR 'ibuberl':ti,ab,kw OR 'ibubeta':ti,ab,kw OR 'ibucalm':ti,ab,kw OR 'ibucalmin':ti,ab,kw OR 'ibucaps':ti,ab,kw OR 'ibudak':ti,ab,kw OR 'ibudex':ti,ab,kw OR 'ibudol':ti,ab,kw OR 'ibudolor':ti,ab,kw OR 'ibufarmalid':ti,ab,kw OR 'ibufem':ti,ab,kw OR 'ibufen':ti,ab,kw OR 'ibuflam':ti,ab,kw OR 'ibufug':ti,ab,kw OR 'ibugard':ti,ab,kw OR 'ibugel':ti,ab,kw OR 'ibugel forte':ti,ab,kw OR 'ibugesic':ti,ab,kw OR 'ibuhexal akut':ti,ab,kw OR 'ibukern':ti,ab,kw OR 'ibukey':ti,ab,kw OR 'ibuklaph':ti,ab,kw OR 'ibuleve':ti,ab,kw OR 'ibulgan':ti,ab,kw OR 'ibuloid':ti,ab,kw OR 'ibum':ti,ab,kw OR 'ibum femina':ti,ab,kw OR 'ibum forte':ti,ab,kw OR 'ibum supermax':ti,ab,kw OR 'ibumal':ti,ab,kw OR 'ibumax':ti,ab,kw OR 'ibumax forte':ti,ab,kw OR 'ibumed':ti,ab,kw OR 'ibumenol':ti,ab,kw OR 'ibumetin':ti,ab,kw OR 'ibumetin forte':ti,ab,kw OR 'ibumousse':ti,ab,kw OR 'ibunid':ti,ab,kw OR 'ibunin':ti,ab,kw OR 'ibupar':ti,ab,kw OR 'ibupar forte':ti,ab,kw OR 'ibupen':ti,ab,kw OR 'ibupirac':ti,ab,kw OR 'ibupradoll':ti,ab,kw OR 'ibuprex':ti,ab,kw OR 'ibuprex max':ti,ab,kw OR 'ibuprin':ti,ab,kw OR 'ibuprocin':ti,ab,kw OR 'ibuprofen':ti,ab,kw OR 'ibuprofen klinge 600':ti,ab,kw OR 'ibuprofen potassium':ti,ab,kw OR 'ibuprofen sodium':ti,ab,kw OR 'ibuprofene':ti,ab,kw OR 'ibuprohm':ti,ab,kw OR 'ibuprom':ti,ab,kw OR 'ibuprom forte':ti,ab,kw OR 'ibuprom max':ti,ab,kw OR 'ibuprom sport':ti,ab,kw OR 'iburapid':ti,ab,kw OR 'ibured':ti,ab,kw OR 'ibured forte':ti,ab,kw OR 'iburon':ti,ab,kw OR 'ibusal':ti,ab,kw OR 'ibusan':ti,ab,kw OR 'ibusolve':ti,ab,kw OR 'ibuspray':ti,ab,kw OR 'ibustar':ti,ab,kw OR 'ibustar forte':ti,ab,kw OR 'ibustick':ti,ab,kw OR 'ibusynth':ti,ab,kw OR 'ibutabs':ti,ab,kw OR 'ibutact':ti,ab,kw OR 'ibutad':ti,ab,kw OR 'ibuteva':ti,ab,kw OR 'ibutop':ti,ab,kw OR 'ibuvalen':ti,ab,kw OR 'ibuviva':ti,ab,kw OR 'ibux':ti,ab,kw OR 'ibuxin':ti,ab,kw OR 'idyl sr':ti,ab,kw OR 'ifenin':ti,ab,kw OR 'imofen':ti,ab,kw OR 'infant`s motrin':ti,ab,kw OR 'infibu':ti,ab,kw OR 'inflanor':ti,ab,kw OR 'inflanor forte':ti,ab,kw OR 'inoflon':ti,ab,kw OR 'ipren':ti,ab,kw OR 'iprensa':ti,ab,kw OR 'irfen':ti,ab,kw OR 'junifen':ti,ab,kw OR 'junior strength advil':ti,ab,kw OR 'junior strength ibuprofen':ti,ab,kw OR 'junior strength motrin':ti,ab,kw OR 'junipro':ti,ab,kw OR 'kendo':ti,ab,kw OR 'kenfen':ti,ab,kw OR 'kidofen':ti,ab,kw OR 'kontraneural':ti,ab,kw OR 'lamidon':ti,ab,kw OR 'larofen':ti,ab,kw OR 'levifen':ti,ab,kw OR 'librofem':ti,ab,kw OR 'liderfeme':ti,ab,kw OR 'liderfen':ti,ab,kw OR 'lidifen':ti,ab,kw OR 'liptan':ti,ab,kw OR 'lopane':ti,ab,kw OR 'los-u-fen':ti,ab,kw OR 'lotempen':ti,ab,kw OR 'malafene':ti,ab,kw OR 'maxagesic':ti,ab,kw OR 'mcn r 1451':ti,ab,kw OR 'medicol':ti,ab,kw OR 'medifen':ti,ab,kw OR

'medipren':ti,ab,kw OR 'mediprin':ti,ab,kw OR 'melfen':ti,ab,kw OR 'mensoton':ti,ab,kw OR 'metafen':ti,ab,kw OR 'midol 200':ti,ab,kw OR 'midol liquid gels':ti,ab,kw OR 'mig (drug)':ti,ab,kw OR 'mig forte':ti,ab,kw OR 'mig junior':ti,ab,kw OR 'mig pediatric':ti,ab,kw OR 'milifen':ti,ab,kw OR 'miofen':ti,ab,kw OR 'momenflogo':ti,ab,kw OR 'moment (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'momentact':ti,ab,kw OR 'momentact analgesico':ti,ab,kw OR 'momentfene':ti,ab,kw OR 'motrin':ti,ab,kw OR 'motrin childrens':ti,ab,kw OR 'motrin ib':ti,ab,kw OR 'motrin migraine pain':ti,ab,kw OR 'mynosedin':ti,ab,kw OR 'nagifen-d':ti,ab,kw OR 'napacetin':ti,ab,kw OR 'neforan':ti,ab,kw OR 'neo borocillina infiammazione e dolore':ti,ab,kw OR 'neobrufen':ti,ab,kw OR 'neobrufen retard':ti,ab,kw OR 'neodol':ti,ab,kw OR 'neodol forte':ti,ab,kw OR 'neofen':ti,ab,kw OR 'neofen forte':ti,ab,kw OR 'neofen neo-forte':ti,ab,kw OR 'neofen plus':ti,ab,kw OR 'nerofen':ti,ab,kw OR 'neutropain':ti,ab,kw OR 'nobfelon':ti,ab,kw OR 'nobgen':ti,ab,kw OR 'norflam-t':ti,ab,kw OR 'noritis':ti,ab,kw OR 'norton':ti,ab,kw OR 'novidol':ti,ab,kw OR 'novogent':ti,ab,kw OR 'novogent n':ti,ab,kw OR 'novoprofen':ti,ab,kw OR 'nugin':ti,ab,kw OR 'nuprin':ti,ab,kw OR 'nureflex':ti,ab,kw OR 'nureflex lp':ti,ab,kw OR 'nurodon':ti,ab,kw OR 'nurofen':ti,ab,kw OR 'nurofen active':ti,ab,kw OR 'nurofen expres':ti,ab,kw OR 'nurofen express':ti,ab,kw OR 'nurofen express femina':ti,ab,kw OR 'nurofen express forte':ti,ab,kw OR 'nurofen fastine':ti,ab,kw OR 'nurofen flextin':ti,ab,kw OR 'nurofen for children':ti,ab,kw OR 'nurofen forte':ti,ab,kw OR 'nurofen forte express':ti,ab,kw OR 'nurofen gel':ti,ab,kw OR 'nurofen instant':ti,ab,kw OR 'nurofen junior':ti,ab,kw OR 'nurofen musc':ti,ab,kw OR 'nurofen non-aqua':ti,ab,kw OR 'nurofen patch':ti,ab,kw OR 'nurofen rapid':ti,ab,kw OR 'nurofen rapid forte':ti,ab,kw OR 'nurofen recovery':ti,ab,kw OR 'nurofen xpress':ti,ab,kw OR 'nurofen zavance':ti,ab,kw OR 'nurofencaps':ti,ab,kw OR 'nurofenjunior':ti,ab,kw OR 'nurofenkid':ti,ab,kw OR 'nurofenplast':ti,ab,kw OR 'nurofentabs':ti,ab,kw OR 'nurofenteen':ti,ab,kw OR 'nuroflex':ti,ab,kw OR 'optalidon ibu':ti,ab,kw OR 'optifen':ti,ab,kw OR 'opturem':ti,ab,kw OR 'ostarin':ti,ab,kw OR 'ostofen':ti,ab,kw OR 'ozonol (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'paduden':ti,ab,kw OR 'paduden forte':ti,ab,kw OR 'paduden sr':ti,ab,kw OR 'paediatric advil':ti,ab,kw OR 'paidofebril':ti,ab,kw OR 'paidofen':ti,ab,kw OR 'panactive':ti,ab,kw OR 'panafen':ti,ab,kw OR 'pathofen':ti,ab,kw OR 'pedea':ti,ab,kw OR 'pediacare fever':ti,ab,kw OR 'pediatric advil':ti,ab,kw OR 'pediprofen':ti,ab,kw OR 'perdophen pediatrie':ti,ab,kw OR 'perofen':ti,ab,kw OR 'pfeil zahnschmerz forte':ti,ab,kw OR 'phorpain':ti,ab,kw OR 'phorpain gel':ti,ab,kw OR 'pirexin':ti,ab,kw OR 'potassium ibuprofen':ti,ab,kw OR 'proartinal':ti,ab,kw OR 'profen':ti,ab,kw OR 'profeno':ti,ab,kw OR 'proff':ti,ab,kw OR 'proflex':ti,ab,kw OR 'proris':ti,ab,kw OR 'provin':ti,ab,kw OR 'provon':ti,ab,kw OR 'quadrax':ti,ab,kw OR 'radian b':ti,ab,kw OR 'rafen':ti,ab,kw OR 'ranofen':ti,ab,kw OR 'rapidol s':ti,ab,kw OR 'rapidophen':ti,ab,kw OR 'rapidophen forte':ti,ab,kw OR 'ratiodolor':ti,ab,kw OR 'rebugen':ti,ab,kw OR 'renidon':ti,ab,kw OR 'reuprofen':ti,ab,kw OR 'reuvol':ti,ab,kw OR 'rhelafen':ti,ab,kw OR 'rhelafen forte':ti,ab,kw OR 'riflonet':ti,ab,kw OR 'rofixdol febbre e dolore':ti,ab,kw OR 'roidenin':ti,ab,kw OR 'rolibfar':ti,ab,kw OR 'rufan':ti,ab,kw OR 'rufen':ti,ab,kw OR 'rupan':ti,ab,kw OR 'sakitol':ti,ab,kw OR 'saniprom':ti,ab,kw OR 'saridon n':ti,ab,kw OR 'sarixell':ti,ab,kw OR 'schmerz-dolgit':ti,ab,kw OR 'schufen':ti,ab,kw OR 'seclodin':ti,ab,kw OR 'sodium ibuprofen':ti,ab,kw OR 'solibu':ti,ab,kw OR 'solufen lidose':ti,ab,kw OR 'solvium':ti,ab,kw OR 'spalt':ti,ab,kw OR 'spalt forte':ti,ab,kw OR 'spalt migrane':ti,ab,kw OR 'spalt mobil':ti,ab,kw OR 'spididol analgesico':ti,ab,kw OR 'stribu':ti,ab,kw OR 'subitene':ti,ab,kw OR 'syafen':ti,ab,kw OR 'syntofene':ti,ab,kw OR 'tab-profen':ti,ab,kw OR 'tabalon':ti,ab,kw OR 'tabalon 400':ti,ab,kw OR 'taskine':ti,ab,kw OR 'tatanal':ti,ab,kw OR 'tefin':ti,ab,kw OR 'tofen':ti,ab,kw OR 'trendar':ti,ab,kw OR 'tricalma (ibuprofen)':ti,ab,kw OR 'trifene':ti,ab,kw OR 'tvingestin':ti,ab,kw OR 'umafen':ti,ab,kw OR 'unipro':ti,ab,kw OR

'upfen':ti,ab,kw OR 'uprofen':ti,ab,kw OR 'urem':ti,ab,kw OR 'viamal febbre e dolore':ti,ab,kw OR 'x 0002':ti,ab,kw OR 'x0002':ti,ab,kw OR 'zafen':ti,ab,kw OR 'zavryl':ti,ab,kw OR 'zenalgin':ti,ab,kw OR 'zofen':ti,ab,kw

OR 'diclofenac'/exp OR '2 (2, 6 dichloroanilino) phenylacetic acid':ti,ab,kw OR '2 (2, 6 dichlorophenylamino) phenylacetic acid':ti,ab,kw OR '2 [(2, 6 dichlorophenyl) amino] benzeneacetic acid':ti,ab,kw OR '2 [2 [(2, 6 dichlorophenyl) amino] phenyl] acetic acid':ti,ab,kw OR 'abdiflam':ti,ab,kw OR 'abitren':ti,ab,kw OR 'acuflam':ti,ab,kw OR 'akis':ti,ab,kw OR 'algipatch':ti,ab,kw OR 'algistick':ti,ab,kw OR 'algopain eze':ti,ab,kw OR 'algoplast':ti,ab,kw OR 'allvoran':ti,ab,kw OR 'almiral':ti,ab,kw OR 'almiral gel':ti,ab,kw OR 'almiral sr':ti,ab,kw OR 'alonpin':ti,ab,kw OR 'amz 001':ti,ab,kw OR 'amz001':ti,ab,kw OR 'antalcalm':ti,ab,kw OR 'apo-diclofenac ec':ti,ab,kw OR 'arcanafenac':ti,ab,kw OR 'arthrifen':ti,ab,kw OR 'artren':ti,ab,kw OR 'artrenac':ti,ab,kw OR 'artrites':ti,ab,kw OR 'artrites retard':ti,ab,kw OR 'assaren':ti,ab,kw OR 'athrofen':ti,ab,kw OR 'ba 47210':ti,ab,kw OR 'ba47210':ti,ab,kw OR 'batafil':ti,ab,kw OR 'berafen gel':ti,ab,kw OR 'berifen':ti,ab,kw OR 'berifen gel':ti,ab,kw OR 'betaren':ti,ab,kw OR 'bolabomin':ti,ab,kw OR 'calozan':ti,ab,kw OR 'catanac':ti,ab,kw OR 'catas':ti,ab,kw OR 'cencenag':ti,ab,kw OR 'clo-far':ti,ab,kw OR 'clofec':ti,ab,kw OR 'clofen':ti,ab,kw OR 'clonac':ti,ab,kw OR 'clonaren':ti,ab,kw OR 'clonodifen':ti,ab,kw OR 'cordralan':ti,ab,kw OR 'curinflam':ti,ab,kw OR 'ddl plaster':ti,ab,kw OR 'declophen':ti,ab,kw OR 'decrol':ti,ab,kw OR 'deflam-k':ti,ab,kw OR 'deflamat':ti,ab,kw OR 'delimon (diclofenac)':ti,ab,kw OR 'delphinac':ti,ab,kw OR 'denaclof':ti,ab,kw OR 'depain':ti,ab,kw OR 'depain plaster':ti,ab,kw OR 'dic 075v':ti,ab,kw OR 'dic075v':ti,ab,kw OR 'diceus':ti,ab,kw OR 'dicipan':ti,ab,kw OR 'diclac':ti,ab,kw OR 'diclac duo':ti,ab,kw OR 'diclax':ti,ab,kw OR 'diclax sr':ti,ab,kw OR 'diclo':ti,ab,kw OR 'diclo basan':ti,ab,kw OR 'diclo divido':ti,ab,kw OR 'diclo divido long':ti,ab,kw OR 'diclo puren':ti,ab,kw OR 'diclo recip':ti,ab,kw OR 'diclo-basan':ti,ab,kw OR 'diclobasan':ti,ab,kw OR 'diclobene':ti,ab,kw OR 'diclod':ti,ab,kw OR 'diclodent':ti,ab,kw OR 'diclodoc':ti,ab,kw OR 'diclodolor':ti,ab,kw OR 'diclofen':ti,ab,kw OR 'diclofen cremogel':ti,ab,kw OR 'diclofenac':ti,ab,kw OR 'diclofenac rekur':ti,ab,kw OR 'diclofenac resin':ti,ab,kw OR 'diclofenac resinate':ti,ab,kw OR 'diclofenac sodium':ti,ab,kw OR 'dicloflam':ti,ab,kw OR 'diclohexal':ti,ab,kw OR 'dicloin':ti,ab,kw OR 'diclomax':ti,ab,kw OR 'diclomol':ti,ab,kw OR 'diclon':ti,ab,kw OR 'diclopax':ti,ab,kw OR 'diclophenac sodium':ti,ab,kw OR 'diclopuren':ti,ab,kw OR 'dicloral':ti,ab,kw OR 'dicloran gel':ti,ab,kw OR 'diclorecip':ti,ab,kw OR 'dicloren':ti,ab,kw OR 'dicloreum':ti,ab,kw OR 'diclosan sr':ti,ab,kw OR 'diclosian':ti,ab,kw OR 'diclotec':ti,ab,kw OR 'diclowal':ti,ab,kw OR 'dicsnal':ti,ab,kw OR 'difen':ti,ab,kw OR 'difena':ti,ab,kw OR 'difenac':ti,ab,kw OR 'difenol gel':ti,ab,kw OR 'difnal k':ti,ab,kw OR 'dioxaflex':ti,ab,kw OR 'dioxaflex retard':ti,ab,kw OR 'divoltar':ti,ab,kw OR 'dixol':ti,ab,kw OR 'dixol forte':ti,ab,kw OR 'doflastad':ti,ab,kw OR 'doflex':ti,ab,kw OR 'dolaren':ti,ab,kw OR 'dolaut gel':ti,ab,kw OR 'dolflam-retard':ti,ab,kw OR 'dolo voltaren':ti,ab,kw OR 'doloflam':ti,ab,kw OR 'dolotren':ti,ab,kw OR 'dolotren gel':ti,ab,kw OR 'dolotren retard':ti,ab,kw OR 'doragon':ti,ab,kw OR 'dosanac':ti,ab,kw OR 'duravolten':ti,ab,kw OR 'dycon sr':ti,ab,kw OR 'dyloject':ti,ab,kw OR 'ecofenac':ti,ab,kw OR 'econac':ti,ab,kw OR 'effekton':ti,ab,kw OR 'effekton retard':ti,ab,kw OR 'eflagen':ti,ab,kw OR 'epifenac':ti,ab,kw OR 'eslofen':ti,ab,kw OR 'evadol':ti,ab,kw OR 'evinopon':ti,ab,kw OR 'feloran':ti,ab,kw OR 'fenac':ti,ab,kw OR 'fenadium':ti,ab,kw OR 'fenaspec':ti,ab,kw OR 'flameril':ti,ab,kw OR 'flexagen':ti,ab,kw OR 'flogofenac':ti,ab,kw OR 'flogosin d':ti,ab,kw OR 'flogozan':ti,ab,kw OR 'fortfen sr':ti,ab,kw OR 'freejex':ti,ab,kw OR 'glimbax (diclofenac)':ti,ab,kw OR 'gp 45840':ti,ab,kw OR 'grofenac':ti,ab,kw OR 'hizemin':ti,ab,kw OR 'imflac':ti,ab,kw OR 'inac gel':ti,ab,kw OR 'indicam':ti,ab,kw OR 'inflamac':ti,ab,kw OR 'inflanac':ti,ab,kw OR 'inforce (drug)':ti,ab,kw OR 'isv 205':ti,ab,kw OR 'isv205':ti,ab,kw OR 'jonac gel':ti,ab,kw OR

'kadiflam':ti,ab,kw OR 'kinespir':ti,ab,kw OR 'klofen l':ti,ab,kw OR 'klotaren':ti,ab,kw OR 'kriplex':ti,ab,kw OR 'lesflam':ti,ab,kw OR 'leviogel':ti,ab,kw OR 'lifenac':ti,ab,kw OR 'lofenac':ti,ab,kw OR 'lotirac':ti,ab,kw OR 'lynxorb':ti,ab,kw OR 'magluphen':ti,ab,kw OR 'merflam':ti,ab,kw OR 'modifenac':ti,ab,kw OR 'monoflam':ti,ab,kw OR 'motifene':ti,ab,kw OR 'naboal':ti,ab,kw OR 'nac gel':ti,ab,kw OR 'naclof':ti,ab,kw OR 'nacoflar':ti,ab,kw OR 'nadifen':ti,ab,kw OR 'novapirina':ti,ab,kw OR 'novo-difenac':ti,ab,kw OR 'novolten':ti,ab,kw OR 'ofenac':ti,ab,kw OR 'olfen':ti,ab,kw OR 'olfen gel':ti,ab,kw OR 'olfen roll-on':ti,ab,kw OR 'olfen-75 sr':ti,ab,kw OR 'optanac':ti,ab,kw OR 'orthophen':ti,ab,kw OR 'ortofen forte':ti,ab,kw OR 'osteoflam':ti,ab,kw OR 'painstop':ti,ab,kw OR 'panamor':ti,ab,kw OR 'pennsaid':ti,ab,kw OR 'profenac':ti,ab,kw OR 'prosorb-d':ti,ab,kw OR 'relaxyl gel':ti,ab,kw OR 'remethan':ti,ab,kw OR 'remethan gel':ti,ab,kw OR 'renvol emulgel':ti,ab,kw OR 'rewodina':ti,ab,kw OR 'rheufenac':ti,ab,kw OR 'rheumafen':ti,ab,kw OR 'rheumatac':ti,ab,kw OR 'rheumatac retard':ti,ab,kw OR 'rhewlin':ti,ab,kw OR 'rhewlin forte':ti,ab,kw OR 'rhewlin sr':ti,ab,kw OR 'rhumalgan':ti,ab,kw OR 'rolactin':ti,ab,kw OR 'sailib':ti,ab,kw OR 'savismin':ti,ab,kw OR 'sefnac':ti,ab,kw OR 'slofenac':ti,ab,kw OR 'sodium diclofenac':ti,ab,kw OR 'solaraze':ti,ab,kw OR 'sophenoderm':ti,ab,kw OR 'soproxen':ti,ab,kw OR 'spraymik':ti,ab,kw OR 'sr 318t':ti,ab,kw OR 'staren':ti,ab,kw OR 'sting gel':ti,ab,kw OR 'tabiflex':ti,ab,kw OR 'tds 943':ti,ab,kw OR 'tds943':ti,ab,kw OR 'tigen plaster':ti,ab,kw OR 'toraren':ti,ab,kw OR 'traulen':ti,ab,kw OR 'tsudohmin':ti,ab,kw OR 'uniclonax':ti,ab,kw OR 'uniren':ti,ab,kw OR 'urigon (diclofenac)':ti,ab,kw OR 'valentac':ti,ab,kw OR 'vartelon':ti,ab,kw OR 'vartelon gel':ti,ab,kw OR 'veral':ti,ab,kw OR 'voldal':ti,ab,kw OR 'voldic':ti,ab,kw OR 'voldic emulgel':ti,ab,kw OR 'volero':ti,ab,kw OR 'volfenac':ti,ab,kw OR 'volna-k':ti,ab,kw OR 'volsaid':ti,ab,kw OR 'volsaid retard':ti,ab,kw OR 'volta':ti,ab,kw OR 'voltadex emulgel':ti,ab,kw OR 'voltadvance':ti,ab,kw OR 'voltalen':ti,ab,kw OR 'voltalen emulgel':ti,ab,kw OR 'voltalgan':ti,ab,kw OR 'voltaren':ti,ab,kw OR 'voltaren acti-go':ti,ab,kw OR 'voltaren arthritis pain':ti,ab,kw OR 'voltaren colirio':ti,ab,kw OR 'voltaren forte':ti,ab,kw OR 'voltaren gel':ti,ab,kw OR 'voltaren k migraine':ti,ab,kw OR 'voltaren ofta':ti,ab,kw OR 'voltaren oftalmico':ti,ab,kw OR 'voltaren ophta':ti,ab,kw OR 'voltaren ophtha':ti,ab,kw OR 'voltaren ophthalmic':ti,ab,kw OR 'voltaren retard':ti,ab,kw OR 'voltaren spe':ti,ab,kw OR 'voltaren sr':ti,ab,kw OR 'voltaren xr':ti,ab,kw OR 'voltaren-xr':ti,ab,kw OR 'voltarene':ti,ab,kw OR 'voltarenspe':ti,ab,kw OR 'voltarol':ti,ab,kw OR 'voltarol 50':ti,ab,kw OR 'voltarol rapid':ti,ab,kw OR 'voltarol retard':ti,ab,kw OR 'voltine':ti,ab,kw OR 'voltral':ti,ab,kw OR 'voltrix':ti,ab,kw OR 'voren emulgel':ti,ab,kw OR 'votalen':ti,ab,kw OR 'votalen sr':ti,ab,kw OR 'voveran':ti,ab,kw OR 'voveran emulgel':ti,ab,kw OR 'vurdon':ti,ab,kw OR 'wergyl':ti,ab,kw OR 'xenid':ti,ab,kw OR 'yuren':ti,ab,kw OR 'zolterol':ti,ab,kw OR 'zolterol sr':ti,ab,kw OR 'zorvolex':ti,ab,kw

OR 'etoricoxib'/exp OR '5 chloro 2 (2 methyl 5 pyridyl) 3 (4 methylsulfonylphenyl) pyridine':ti,ab,kw OR '5 chloro 3 [4 (methylsulfonyl) phenyl] 2 (6 methylpyridin 3 yl) pyridine':ti,ab,kw OR '5 chloro 6` methyl 3 [4 (methylsulfonyl) phenyl] 2, 3` bipyridine':ti,ab,kw OR 'acoxxel':ti,ab,kw OR 'algix':ti,ab,kw OR 'arcoxia':ti,ab,kw OR 'auxib':ti,ab,kw OR 'bericox':ti,ab,kw OR 'caretor':ti,ab,kw OR 'coxerit':ti,ab,kw OR 'coxeta':ti,ab,kw OR 'coxient':ti,ab,kw OR 'coxiloc':ti,ab,kw OR 'coxitor':ti,ab,kw OR 'coxolin':ti,ab,kw OR 'doloxib':ti,ab,kw OR 'ecoxyton':ti,ab,kw OR 'etori':ti,ab,kw OR 'etoriax':ti,ab,kw OR 'etorican':ti,ab,kw OR 'etoricox':ti,ab,kw OR 'etoricoxib':ti,ab,kw OR 'etoricoxib hydrochloride':ti,ab,kw OR 'etorikoksib':ti,ab,kw OR 'etorilin':ti,ab,kw OR 'etoxib':ti,ab,kw OR 'evetore':ti,ab,kw OR 'exinef':ti,ab,kw OR 'exxiv':ti,ab,kw OR 'halliztolva':ti,ab,kw OR 'imesol':ti,ab,kw OR 'itoroxx':ti,ab,kw OR 'kostarox':ti,ab,kw OR 'l 791456':ti,ab,kw OR 'l791456':ti,ab,kw OR 'linzavo':ti,ab,kw OR 'mk 0663':ti,ab,kw OR 'mk 663':ti,ab,kw OR

'mk0663':ti,ab,kw OR 'mk663':ti,ab,kw OR 'narox (etoricoxib)':ti,ab,kw OR 'nucoxia':ti,ab,kw OR 'oxidraxib':ti,ab,kw OR 'roticox':ti,ab,kw OR 'tauxib':ti,ab,kw OR 'turox':ti,ab,kw

OR 'hla b27 antigen'/exp OR 'hl a 27b antigen':ti,ab,kw OR 'hl a b27':ti,ab,kw OR 'hla b27 antigen':ti,ab,kw OR 'antigen b 27':ti,ab,kw OR 'antigen hla 27b':ti,ab,kw OR 'hla 27b antigen':ti,ab,kw OR 'hla b27':ti,ab,kw OR 'hla-b27 antigen':ti,ab,kw OR 'human lymphocyte antigen 27b':ti,ab,kw OR "HLAB27" OR HLA-B27 OR

'biological marker'/exp OR 'biological marker':ti,ab,kw OR 'biological markers':ti,ab,kw OR 'biomarker':ti,ab,kw OR 'biomarkers':ti,ab,kw OR 'marker, biological':ti,ab,kw OR 'treatment outcome'/exp OR 'health care outcome and process assessment':ti,ab,kw OR 'healthcare outcome and process assessment':ti,ab,kw OR 'medical futility':ti,ab,kw OR 'outcome and process assessment (health care)':ti,ab,kw OR 'outcome and process assessment, health care':ti,ab,kw OR 'outcome management':ti,ab,kw OR 'patient outcome':ti,ab,kw OR 'therapeutic outcome':ti,ab,kw OR 'therapy outcome':ti,ab,kw OR 'treatment outcome':ti,ab,kw OR 'treatment failure'/exp OR 'lack of therapeutic efficacy':ti,ab,kw OR 'therapy failure':ti,ab,kw OR 'treatment failure':ti,ab,kw OR "treatment respons*":ab,ti)

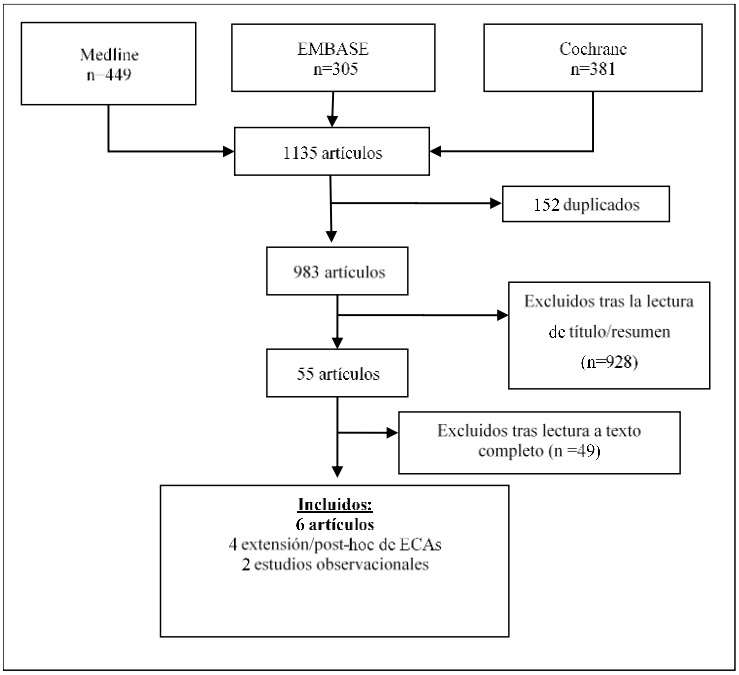
AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp OR 'cross sectional studies'/exp OR 'observational study'/exp OR 'case control studies'/exp OR 'case report'/exp)

Cochrane Library: 381 resultados

ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Axial Spondyloarthritis] explode all trees 835
#2 ("Spondylitis Ankylosing" OR "axial SpA" OR "axSpA" OR "Ankylosing Spondylitis" OR "axial spondyloarthritis" OR "axial Ankylosing" OR "non radiographic axial spondyloarthritis" OR nr-axSpA OR axspa OR "Spondylitis rheumatic" OR "Ankylosing Spondylarthritides"):ti,ab,kw 2810
#3 (axial NEAR/3 spondyl*):ti,ab,kw OR (axial NEAR/3 Ankylosing*):ti,ab,kw 820
#4 #1 OR #2 OR #3 2823
#5 MeSH descriptor: [Interleukin-17] explode all trees 256
#6 MeSH descriptor: [Receptors, Interleukin-17] explode all trees 19
#7 ("interleukin 17" OR IL-17 OR interleukin-17 OR "IL 17" OR "ixekizumab" OR taltz OR "secukinumab" OR 'cosentyx' OR "bimekizumab" OR "netakimab" OR "brodalumab" OR "siliq"):ti,ab,kw 3985
#8 #5 OR #6 OR #7 3985
#9 MeSH descriptor: [Janus Kinases] explode all trees 201
#10 MeSH descriptor: [Janus Kinase Inhibitors] explode all trees 141
#11 (“janus kinase*” OR JAK OR jakinibs OR Jakavi OR “janus associated kinase*” OR Jakavi OR “janus tyrosine kinase” OR “protein tyrosine kinase janus” OR tsDMARD* OR “targeted synthetic DMARD*" OR “targeted synthetic DMARD" OR Tofacitinib OR “tasocitinib" OR “Xeljanz" OR upadacitinib OR Rinvoq OR "GLPG0634" OR Filgotinib OR Jyseleca OR "nilotinib" OR "tasigna"):ti,ab,kw 4596
#12 #9 OR #10 OR #11 4610
#13 #8 OR #12 8402
#14 #4 AND #13 593

#15 MeSH descriptor: [Gender Identity] explode all trees 334
#16 MeSH descriptor: [Sex] explode all trees 37
#17 MeSH descriptor: [Sex Characteristics] explode all trees 1466
#18 MeSH descriptor: [Age Factors] explode all trees 12287
#19 MeSH descriptor: [Time Factors] explode all trees 72996
#20 ("gende*" OR sex OR "Time Factor*" OR "longer duration" OR “disease duration" OR “follow up" OR "cigarett*" OR “cigar*” OR “snuff” OR "tobacc*" OR Smok* OR Vaper OR “nicotine”):ti,ab 308650
#21 ((sex AND characteristic*) OR (age AND factor*)):ti,ab 57181
#22 MeSH descriptor: [Tobacco Products] explode all trees 646
#23 MeSH descriptor: [Tobacco Use Disorder] explode all trees 2016
#24 MeSH descriptor: [Tobacco Use] explode all trees 506
#25 MeSH descriptor: [Tobacco] explode all trees 286
#26 MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees 524
#27 MeSH descriptor: [Smokers] explode all trees 658
#28 MeSH descriptor: [Obesity] explode all trees 18204
#29 ("overweight*" OR “body mass" OR "body weight” OR BMI OR "obese*" OR "obesit*" OR "Duration of symptom*" OR "C Reactive Protein" OR CRP OR “structural damage” OR "Radiographic progression" OR "radiographic damage" OR "Magnetic Resonance Imaging" OR "MRI" OR "inflammatory lesion*" OR "modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score" OR mSASSS OR BASRI OR "Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index" OR "New York criteri*"):ti,ab 176355
#30 MeSH descriptor: [C-Reactive Protein] explode all trees 5519
#31 MeSH descriptor: [Magnetic Resonance Imaging] explode all trees 10648
#32 ("non-steroidal anti-inflammatory agent*" OR NSAID* OR "naproxen*" OR "ibuprofen" OR "diclofenac*" OR "diclophenac*" OR "etoricoxib"):ti,ab 17903
#33 MeSH descriptor: [HLA-B27 Antigen] explode all trees 22
#34 MeSH descriptor: [Biomarkers] explode all trees 26628
#35 MeSH descriptor: [Treatment Outcome] explode all trees 174018
#36 ("HLAB27" OR HLA-B27 OR "Biomarker*" OR "Treatment Outcom*" OR "treatment failure*" OR "treatment respons*"):ti,ab 21912
#37 #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 667569
#38 #14 AND #37 381

Diagrama de flujo de los artículos



Treatment optimisation

Clinical question
In axSpA, can bDMARD therapy be tapered or withdrawn?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: metanálisis o revisiones sistemáticas de ECA, ECA.

Medline (Pubmed): 1099 resultados

("Axial Spondyloarthritis"[Mesh] OR "Spondylitis, Ankylosing"[Mesh] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR “axSpA”[Title/Abstract] OR “axial SpA”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylitis”[Title/Abstract:~2] OR “axial spondyloarthritis”[Title/Abstract:~2] OR "non-radiographic axial spondyloarthritis"[Title/Abstract:~2] OR "nr-axSpA"[All Fields] OR “axial Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis rheumatic”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylarthritides”[Title/Abstract:~2])

AND

(("interrupt*"[Title/Abstract] OR discontin*[Title/Abstract] OR disruption*[Title/Abstract] OR termination[Title/Abstract] OR remove[Title/Abstract] OR “cut off” [Title/Abstract] OR cessation[Title/Abstract] OR suspend*[Title/Abstract] OR discontinuation[Title/Abstract] OR discontinued[Title/Abstract] OR withdrawal[Title/Abstract] OR withdraw[Title/Abstract] OR withdr*[Title/Abstract] OR stop[Title/Abstract] OR stopping[Title/Abstract] OR titration[Title/Abstract] OR withhold*[Title/Abstract])

OR

("drug tapering"[MeSH Terms] OR "drug tapering"[All Fields] OR "Tapering*"[Title/Abstract] OR “remission”[Title/Abstract] OR "Remission Induction"[Mesh] OR “drug-free remission”[Title/Abstract] OR “decrease dose”[Title/Abstract] OR “dose-reduction”[Title/Abstract] OR "Dosing down"[Title/Abstract] OR “dose-adjustment”[Title/Abstract] OR "reduction"[Title/Abstract] OR "administration and dosage"[Subheading] OR "Dose-Response Relationship, Drug"[Mesh] OR "Drug Administration Schedule"[Mesh] OR "optimization"[Title/Abstract] OR "optimizing"[Title/Abstract] OR "de escalation"[Title/Abstract] OR "Dose Reduction"[Title/Abstract] OR "Dose Reductions"[Title/Abstract] OR "Reduction Dose"[Title/Abstract] OR "Reductions Dose"[Title/Abstract] OR "Dose Tapering"[Title/Abstract] OR "Tapering Dose"[Title/Abstract] OR "Drug Dosage Calculations"[Mesh] OR discont*[Title/Abstract] OR discontinue[Title/Abstract] OR taper[Title/Abstract])

OR ("increase"[Title/Abstract] OR "increased"[Title/Abstract] OR "increas*"[Title/Abstract] OR "increasing*"[Title/Abstract] OR Augmentation[Title/Abstract] OR raise[Title/Abstract] OR “dosage adjustment*”[Title/Abstract] OR "Treatment holiday"[Title/Abstract] OR "Drug withdrawal"[Title/Abstract] OR "Variable dosing"[Title/Abstract] OR "Flexible

dosing"[Title/Abstract] OR "Dose adjustment"[Title/Abstract] OR "Disease flare"[Title/Abstract] OR "Stepwise"[Title/Abstract] OR "decreas*"[Title/Abstract] OR "On-demand treatment"[Title/Abstract] OR lowering[Title/Abstract] OR decreasing[Title/Abstract] OR Lessening[Title/Abstract] OR diminution[Title/Abstract] OR deprescription[Title/Abstract] OR spacing[Title/Abstract] OR "Recurrence"[Mesh] OR "Withholding Treatment"[Mesh:NoExp] OR
intensification*[Title/Abstract] OR lengthening[Title/Abstract]))

AND

(("Receptors, Tumor Necrosis Factor"[Mesh] OR "Antibodies, Monoclonal"[Mesh] OR "Tumor Necrosis Factor-alpha/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "tumor necrosis factor-alpha antagonists"[Title/Abstract] OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitor*"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor-alpha"[Title/Abstract] OR “anti-tumor necrosis factor agent”[All Fields] OR "anti-tnf alpha"[Title/Abstract] OR "anti-TNF"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor alpha"[Title/Abstract] OR "anti TNF alpha"[Title/Abstract] OR "TNF alpha inhibitor*"[Title/Abstract]

OR "infliximab"[Mesh] OR infliximab[Title/Abstract] OR remicade[Title/Abstract] OR avakine[All Fields] OR

"Etanercept"[Mesh] OR etanercept[All Fields] OR enbrel[All Fields] OR tunex[All Fields] OR

"adalimumab"[Mesh] OR adalimumab[Title/Abstract] OR humira[All Fields] OR

"certolizumab pegol"[Mesh] OR certolizumab[All Fields] OR cimzia[Title/Abstract] OR

"golimumab"[Supplementary Concept] OR golimumab[All Fields] OR simponi[All Fields]) OR

("Interleukin-17"[Mesh] OR "Receptors, Interleukin-17"[Mesh] OR “Interleukin 17”[Title/Abstract] OR IL-17[Title/Abstract] OR interleukin-17[Title/Abstract] OR "IL-17 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL-17 blocker*"[Title/Abstract] OR "IL-17"[Title/Abstract] OR "IL 17"[Title/Abstract] OR "ixekizumab"[Supplementary Concept] OR "ixekizumab"[Title/Abstract] OR taltz[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Supplementary Concept] OR Cosentyx[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Title/Abstract] OR "bimekizumab"[Supplementary Concept] OR "bimekizumab"[Title/Abstract]))

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("cross sectional studies"[MeSH Terms] OR "observational study"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "case control studies"[MeSH Terms] OR "Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

Embase (Elsevier): 660 resultados

('axial spondyloarthritis'/exp OR 'axspa (spondyloarthritis)':ti,ab OR 'axial spondylarthritis':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis'/exp OR 'Spondylitis Ankylosing':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis':ti,ab OR axSpA:ti,ab OR 'axial SpA':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ab,ti OR 'non-radiographic axial spondyloarthritis':ti,ab OR nr-

axSpA OR 'axial Ankylosing':ti,ab OR 'Spondylitis rheumatic':ab,ti OR 'Ankylosing Spondylarthritides':ti,ab OR (axial NEAR/3 spondyl*) OR (axial NEAR/3 Ankylosing*))

AND

('interrupt*':ti,ab,kw OR discontin*:ti,ab,kw OR disruption*:ti,ab,kw OR termination:ti,ab,kw OR remove:ti,ab,kw OR 'cut off':ti,ab,kw OR cessation:ti,ab,kw OR suspend*:ti,ab,kw OR discontinuation:ti,ab,kw OR discontinued:ti,ab,kw OR withdrawal:ti,ab,kw OR withdraw:ti,ab,kw OR withdr*:ti,ab,kw OR stop:ti,ab,kw OR stopping:ti,ab,kw OR titration:ti,ab,kw OR withhold*:ti,ab,kw OR 'drug tapering':ti,ab,kw OR 'tapering*':ti,ab,kw OR 'remission':ti,ab,kw OR 'drug-free remission':ti,ab,kw OR 'decrease dose':ti,ab,kw OR 'dosing down':ti,ab,kw OR 'dose-adjustment':ti,ab,kw OR 'reduction':ti,ab,kw OR 'optimization':ti,ab,kw OR 'optimizing':ti,ab,kw OR 'de escalation':ti,ab,kw OR 'dose reduction':ti,ab,kw OR 'dose reductions':ti,ab,kw OR 'reduction dose':ti,ab,kw OR 'reductions dose':ti,ab,kw OR 'dose tapering':ti,ab,kw OR 'tapering dose':ti,ab,kw OR discont*:ti,ab,kw OR discontinue:ti,ab,kw OR taper:ti,ab,kw OR 'increase':ti,ab,kw OR 'increased':ti,ab,kw OR 'increas*':ti,ab,kw OR 'increasing*':ti,ab,kw OR augmentation:ti,ab,kw OR raise:ti,ab,kw OR 'dosage adjustment*':ti,ab,kw OR 'treatment holiday':ti,ab,kw OR 'drug withdrawal':ti,ab,kw OR 'variable dosing':ti,ab,kw OR 'flexible dosing':ti,ab,kw OR 'dose adjustment':ti,ab,kw OR 'disease flare':ti,ab,kw OR 'stepwise':ti,ab,kw OR 'decreas*':ti,ab,kw OR 'on-demand treatment':ti,ab,kw OR lowering:ti,ab,kw OR decreasing:ti,ab,kw OR lessening:ti,ab,kw OR diminution:ti,ab,kw OR deprescription:ti,ab,kw OR spacing:ti,ab,kw OR intensification*:ti,ab,kw OR lengthening:ti,ab,kw OR 'remission'/exp OR 'disease regression':ti,ab,kw OR 'disease remission':ti,ab,kw OR 'regression, disease':ti,ab,kw OR 'remission':ti,ab,kw OR 'remission induction':ti,ab,kw OR 'remission rate':ti,ab,kw OR 'remission, spontaneous':ti,ab,kw OR 'spontaneous regression':ti,ab,kw OR 'spontaneous remission':ti,ab,kw

OR 'drug dose reduction'/exp OR 'dosage decrease':ti,ab,kw OR 'dosage reduction':ti,ab,kw OR 'dose decrease':ti,ab,kw OR 'dose reduction':ti,ab,kw OR 'drug dose reduction':ti,ab,kw OR 'drug tapering':ti,ab,kw OR 'reduction of drug dosage':ti,ab,kw OR 'reduction of drug dose':ti,ab,kw OR 'reduction, drug dose':ti,ab,kw

OR 'dose response'/exp OR 'dosage effect relation':ti,ab,kw OR 'dose activity relation':ti,ab,kw OR 'dose activity relationship':ti,ab,kw OR 'dose dependence':ti,ab,kw OR 'dose effect':ti,ab,kw OR 'dose effect curve':ti,ab,kw OR 'dose effect relation':ti,ab,kw OR 'dose effect relationship':ti,ab,kw OR 'dose rate effect':ti,ab,kw OR 'dose response':ti,ab,kw OR 'dose response (drug)':ti,ab,kw OR 'dose response curve':ti,ab,kw OR 'dose response relation':ti,ab,kw OR 'dose response relationship':ti,ab,kw OR 'dose response study':ti,ab,kw OR 'dose-response relationship, drug':ti,ab,kw OR 'dose-response relationship, immunologic':ti,ab,kw OR 'drug dosage scheme':ti,ab,kw OR 'drug dose dependence':ti,ab,kw OR 'drug dose effect':ti,ab,kw OR 'drug dose effect relation':ti,ab,kw OR 'drug dose effect relationship':ti,ab,kw OR 'drug dose response':ti,ab,kw OR 'drug dose response curve':ti,ab,kw OR 'drug dose response relation':ti,ab,kw OR 'drug response relation':ti,ab,kw

OR 'drug administration'/exp OR 'administration, drug':ti,ab,kw OR 'drug administration':ti,ab,kw

OR 'dose calculation'/exp OR 'calculation, dosage':ti,ab,kw OR 'dosage calculation':ti,ab,kw OR 'dose calculation':ti,ab,kw OR 'dose finding':ti,ab,kw OR 'drug dosage calculation':ti,ab,kw OR

'drug dosage calculations':ti,ab,kw OR 'drug dose calculation':ti,ab,kw OR 'drug dose calculations':ti,ab,kw

OR 'treatment withdrawal'/exp OR 'treatment withdrawal':ti,ab,kw OR 'withdrawal, treatment':ti,ab,kw OR 'withholding treatment':ti,ab,kw OR recurrence:ti,ab,kw)

AND

(('interleukin 17'/exp OR 'ctla 8':ti,ab OR 'ctla8':ti,ab OR 'il-17':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated protein 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte protein 8':ti,ab OR 'il 17a':ti,ab OR 'interleukin 17':ti,ab OR 'interleukin 17a':ti,ab OR 'interleukin-17':ti,ab OR 'ixekizumab'/exp OR 'ixekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'ly 2439821':ti,ab,tn,dn OR 'ly2439821':ti,ab,tn,dn OR 'taltz':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab'/exp OR 'ain 457':ti,ab,tn,dn OR 'ain457':ti,ab,tn,dn OR 'bat 2306':ti,ab,tn,dn OR 'bat2306':ti,ab,tn,dn OR 'cosentyx':ti,ab,tn,dn OR 'kb 03303a':ti,ab,tn,dn OR 'kb03303a':ti,ab,tn,dn OR 'scapho':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab':ti,ab,tn,dn OR 'ts 1808':ti,ab,tn,dn OR 'ts1808':ti,ab,tn,dn OR 'bimekizumab'/exp OR 'bimekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'bimzelx':ti,ab,tn,dn OR 'cdp 4940':ti,ab,tn,dn)

OR

('tumor necrosis factor receptor'/exp OR 'tumor necrosis factor'/exp OR 'monoclonal antibody'/exp OR 'tnf alfa' OR 'tnf alpha' OR 'human recombinant tumour necrosis factor alpha' OR 'tissue necrosis factor' OR 'tumor necrosis factor' OR 'tumor necrosis factor alfa' OR 'tumor necrosis factor alpha' OR 'tumor necrosis factor-alpha' OR 'tumor necrosis factors' OR 'tumor necrosis serum' OR 'tumour necrosis factor' OR 'tumour necrosis factor alfa' OR 'tumour necrosis factor alpha' OR 'tumour necrosis factor-alpha' OR 'tumour necrosis factors' OR 'tumour necrosis serum' OR 'anti-tumor necrosis factor agent':ab,ti OR 'tumor necrosis factor-alpha antagonists':ti,ab OR 'tumor necrosis factor-alpha inhibitor*':ti,ab OR "anti-tumor necrosis factor-alpha":ab,ti OR “anti-TNF”:ab,ti OR “anti-tumor necrosis factor alpha”:ab,ti OR “anti TNF”:ab,ti OR 'anti TNF alpha':ti,ab OR “TNF alpha inhibitor*”:ab,ti OR 'infliximab'/exp OR infliximab:ab,ti OR remicade:ab,ti OR avakine:ab,ti OR 'etanercept'/exp OR etanercept:ab,ti OR enbrel:ab,ti OR tunex:ab,ti OR 'adalimumab'/exp OR adalimumab:ab,ti OR humira:ab,ti OR 'certolizumab pegol'/exp OR 'cdp 870':ab,ti OR 'cdp870':ab,ti OR 'certolizumab':ab,ti OR 'cimzia':ab,ti OR 'golimumab'/exp OR 'cnto 148':ab,ti OR 'cnto148':ab,ti OR 'golimumab':ab,ti OR 'simponi':ab,ti))

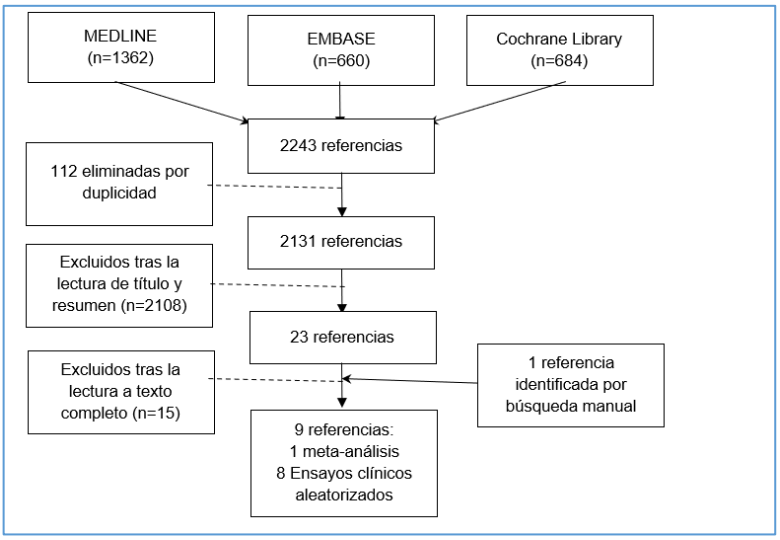
AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp OR 'cross sectional studies'/exp OR 'observational study'/exp OR 'case control studies'/exp OR 'case report'/exp)

Cochrane Library: 684 resultados

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Axial Spondyloarthritis] explode all trees	769
#2	("Spondylitis Ankylosing" OR "axial SpA" OR "axSpA" OR "Ankylosing Spondylitis" OR "axial spondyloarthritis" OR "axial Ankylosing" OR "non radiographic axial spondyloarthritis"	

OR nr-axSpA OR axspa OR "Spondylitis rheumatic" OR "Ankylosing Spondylarthritides"):ti,ab,kw 2754
#3 (axial NEAR/3 spondyl*):ti,ab,kw OR (axial NEAR/3 Ankylosing*):ti,ab,kw 790
#4 #1 OR #2 OR #3 2766
#5 MeSH descriptor: [Interleukin-17] explode all trees 223
#6 MeSH descriptor: [Receptors, Interleukin-17] explode all trees 17
#7 ("interleukin 17" OR IL-17 OR interleukin-17 OR "IL 17" OR "ixekizumab" OR taltz OR "secukinumab" OR 'cosentyx' OR "bimekizumab"):ti,ab,kw 3809
#8 #5 OR #6 OR #7 3809
#9 MeSH descriptor: [Receptors, Tumor Necrosis Factor] explode all trees 1366
#10 MeSH descriptor: [Antibodies, Monoclonal] explode all trees 16088
#11 MeSH descriptor: [Tumor Necrosis Factor-alpha] explode all trees 3333
#12 ("tumor necrosis factor-alpha antagonists" OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitor*" OR "anti-tumor necrosis factor-alpha" OR "anti-tnf alpha" OR “anti-TNF” OR “anti-tumor necrosis factor alpha” OR “anti TNF alpha” OR “TNF alpha inhibitor*”):ab,ti,kw 997
#13 MeSH descriptor: [Infliximab] explode all trees 802
#14 MeSH descriptor: [Etanercept] explode all trees811
#15 MeSH descriptor: [Adalimumab] explode all trees 885
#16 MeSH descriptor: [Certolizumab Pegol] explode all trees 187
#17 (infliximab OR remicade OR avakine OR etanercept OR enbrel OR tunex OR adalimumab OR humira OR certolizumab OR cimzia golimumab OR simponi):ti,ab,kw 7913
#18 #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 25380
#19 #8 OR #18 28325
#20 #4 AND #19 1295
#21 MeSH descriptor: [Remission Induction] explode all trees 4209
#22 MeSH descriptor: [Drug Tapering] explode all trees 27
#23 MeSH descriptor: [Dose-Response Relationship, Drug] explode all trees 31230
#24 MeSH descriptor: [Drug Administration Schedule] explode all trees 24468
#25 MeSH descriptor: [Drug Dosage Calculations] explode all trees 234
#26 MeSH descriptor: [Withholding Treatment] explode all trees 439
#27 MeSH descriptor: [Recurrence] explode all trees 12919
#28 ("interrupt*" OR discontin* OR disruption* OR termination OR remove OR “cut off” OR cessation OR suspend* OR discontinuation OR discontinued OR withdrawal OR withdraw OR withdr* OR stop OR stopping OR titration OR withhold* OR "drug tapering" OR "Tapering*" OR "dose reduction" OR “remission” OR “drug-free remission” OR “decrease dose” OR “dose reduction” OR "Dosing down" OR “dose-adjustment” OR "reduction" OR "optimization" OR "optimizing" OR "de escalation" OR "Dose Reduction" OR "Dose Reductions" OR "Reduction Dose" OR "Reductions Dose" OR "Dose Tapering" OR "Tapering Dose" OR discont* OR discontinue OR taper OR "increase" OR "increased" OR "increas*" OR "increasing*" OR Augmentation OR raise OR “dosage adjustment*” OR "Treatment holiday" OR "Drug withdrawal" OR "Variable dosing" OR "Flexible dosing" OR "Dose adjustment" OR "Disease flare" OR "Stepwise" OR "decreas*" OR "On-demand treatment" OR lowering OR decreasing OR Lessening OR diminution OR deprescription OR spacing OR
intensification* OR lengthening):ti,ab,kw 699375
#29 #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 728576
#30 #20 AND #29 684

Diagrama de flujo de los artículos



Extra-musculoskeletal manifestations

Clinical question

In axSpA, what is the efficacy of bDMARDs and tsDMARDs in treating extra-musculoskeletal manifestations (uveitis, psoriasis and IBD)?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: metanálisis o revisiones sistemáticas de ECA, ECA.

Medline (Pubmed): 1099 resultados

("Axial Spondyloarthritis"[Mesh] OR "Spondylitis, Ankylosing"[Mesh] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR “axSpA”[Title/Abstract] OR “axial SpA”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylitis”[Title/Abstract:~2] OR “axial spondyloarthritis”[Title/Abstract:~2] OR "non-radiographic axial spondyloarthritis"[Title/Abstract:~2] OR "nr-axSpA"[All Fields] OR “axial Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis rheumatic”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylarthritides”[Title/Abstract:~2])

AND

(("Interleukin-17"[Mesh] OR "Receptors, Interleukin-17"[Mesh] OR “Interleukin 17”[Title/Abstract] OR IL-17[Title/Abstract] OR interleukin-17[Title/Abstract] OR "IL-17 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL-17 blocker*"[Title/Abstract] OR "IL-17"[Title/Abstract] OR "IL 17"[Title/Abstract] OR "ixekizumab"[Supplementary Concept] OR "ixekizumab"[Title/Abstract] OR taltz[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Supplementary Concept] OR "secukinumab"[Title/Abstract] OR cosentyx[Title/Abstract] OR "brodalumab"[Supplementary Concept] OR "brodalumab"[Title/Abstract] OR lumicef[Title/Abstract] OR siliq[Title/Abstract] OR "bimekizumab"[Supplementary Concept] OR "bimekizumab"[Title/Abstract] OR “bimzelx”[Title/Abstract])

OR

("Interleukin-23"[Mesh] OR “interleukin-23”[Title/Abstract] OR “Interleukin 23”[Title/Abstract] OR “IL-23”[Title/Abstract] OR “IL 23”[Title/Abstract] OR "risankizumab"[Supplementary Concept] OR "risankizumab"[Title/Abstract] OR skyrizi[Title/Abstract] OR "guselkumab"[Supplementary Concept] OR "guselkumab"[Title/Abstract] OR tremfya[Title/Abstract] OR "tildrakizumab"[Supplementary Concept] OR "tildrakizumab"[Title/Abstract] OR ilumetri[Title/Abstract] OR ilumya[Title/Abstract])

OR ("APY0201" [Supplementary Concept] OR “Interleukin 12-23”[Title/Abstract] OR “IL-12-23”[Title/Abstract] OR “interleukin-12-23”[Title/Abstract] OR "IL-12-23 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL 12-23"[Title/Abstract] OR "IL 12,23"[Title/Abstract] OR "IL 12/23"[Title/Abstract] OR "Ustekinumab"[Mesh] OR "Ustekinumab"[Title/Abstract] OR Stelara[Title/Abstract] OR Abatacept)

OR ("Janus Kinases"[Mesh] OR "Janus Kinase Inhibitors"[Mesh] OR “janus kinase”[Title/Abstract] OR JAK[Title/Abstract] OR “jakinibs”[Title/Abstract] OR “janus associated kinase*”[Title/Abstract] OR Jakavi[Title/Abstract] OR “janus tyrosine kinase”[Title/Abstract] OR “protein tyrosine kinase janus”[Title/Abstract] OR

tsDMARD*[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARDs"[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARD"[Title/Abstract] OR

"tofacitinib"[Supplementary Concept] OR “tofacitinib"[Title/Abstract] OR “tasocitinib"[Title/Abstract] OR “Xeljanz"[Title/Abstract] OR

"upadacitinib"[Supplementary Concept] OR "upadacitinib"[Title/Abstract] OR Rinvoq[Title/Abstract] OR "GLPG0634"[Supplementary Concept] OR "GLPG0634"[All Fields] OR "filgotinib"[All Fields] OR "deucravacitinib"[Supplementary Concept] OR "deucravacitinib"[All Fields] OR "apremilast"[Supplementary Concept] OR "apremilast"[All Fields])

OR

("Receptors, Tumor Necrosis Factor"[Mesh] OR "Antibodies, Monoclonal"[Mesh] OR "Tumor Necrosis Factor-alpha/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "tumor necrosis factor-alpha antagonists"[Title/Abstract] OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitor*"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor-alpha"[Title/Abstract] OR “anti-tumor necrosis factor agent”[All Fields] OR "anti-tnf alpha"[Title/Abstract] OR "anti-TNF"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor alpha"[Title/Abstract] OR "anti TNF alpha"[Title/Abstract] OR "TNF alpha inhibitor*"[Title/Abstract]

OR "infliximab"[Mesh] OR infliximab[Title/Abstract] OR remicade[Title/Abstract] OR avakine[All Fields] OR

"Etanercept"[Mesh] OR etanercept[All Fields] OR enbrel[All Fields] OR tunex[All Fields] OR

"adalimumab"[Mesh] OR adalimumab[Title/Abstract] OR humira[All Fields] OR

"certolizumab pegol"[Mesh] OR certolizumab[All Fields] OR cimzia[Title/Abstract] OR

"golimumab"[Supplementary Concept] OR golimumab[All Fields] OR simponi[All Fields]))

AND

("uveitis"[MeSH Terms] OR "uveitis"[All Fields] OR "uveitides"[All Fields] OR uveitis OR "psoriasis"[MeSH Terms] OR "psoriasis"[Title/Abstract] OR "psoriases"[Title/Abstract] OR "psoria*"[Title/Abstract] OR "psoriatic*"[Title/Abstract] OR IBD[Title/Abstract] OR "inflammatory bowel diseases"[MeSH Terms] OR "inflammatory bowel diseases"[All Fields] OR "inflammatory bowel disease"[All Fields])

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("cross sectional studies"[MeSH Terms] OR "observational study"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "case control studies"[MeSH Terms] OR "Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

("Uveitis, Anterior"[Mesh] OR "Iritis"[Mesh] OR Iriti*[Title/Abstract] OR iridocyclitis*[Title/Abstract] OR "behcet syndrome"[MeSH Terms] OR "behcet"[All Fields] OR

"behcet syndrome"[All Fields] OR Behçet's[Title/Abstract] OR Behçet*[Title/Abstract] OR behcet[All Fields] OR "behcet s"[All Fields] OR "behcets"[All Fields] OR "Uveitis anterior"[Title/Abstract] OR "anterior Uveitis"[Title/Abstract] OR (Uveitis AND (anterior OR "HLA-B27 Antigen"[Mesh] OR "HLA-B27"[Title/Abstract] OR "Spondylitis, Ankylosing"[Mesh] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract] OR "Ankylosing Spondylitis"[Title/Abstract] OR "Sarcoidosis"[Mesh] OR "Sarcoidosis"[Title/Abstract] OR "Tubulointerstitial nephritis and uveitis"[Supplementary Concept] OR TINU[Title/Abstract])))

Embase (Elsevier): 621 resultados

('Arthritis, Psoriatic'/exp OR 'psoriatic arthritis'/exp OR 'arthritis psoriatic'/exp OR 'arthritis psoriatic':ab,ti OR 'Arthritic Psoriasis':ti,ab OR 'psoriatic arthritis':ti,ab OR 'psoriatic arthropathy'/exp OR 'psoriatic arthropathy':ab,ti OR 'psoriatic arthropath*':ti,ab OR 'Arthropathy psoria*':ti,ab OR 'psoriasis arthritis'/exp OR 'psoriasis arthritis':ti,ab OR 'arthritis psoriatica':ti,ab OR 'Psoriatic rheumatism':ti,ab)

AND

(('interleukin 17'/exp OR 'ctla 8':ti,ab OR 'ctla8':ti,ab OR 'il-17':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated protein 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte protein 8':ti,ab OR 'il 17a':ti,ab OR 'interleukin 17':ti,ab OR 'interleukin 17a':ti,ab OR 'interleukin-17':ti,ab OR 'ixekizumab'/exp OR 'ixekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'ly 2439821':ti,ab,tn,dn OR 'ly2439821':ti,ab,tn,dn OR 'taltz':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab'/exp OR 'ain 457':ti,ab,tn,dn OR 'ain457':ti,ab,tn,dn OR 'bat 2306':ti,ab,tn,dn OR 'bat2306':ti,ab,tn,dn OR 'cosentyx':ti,ab,tn,dn OR 'kb 03303a':ti,ab,tn,dn OR 'kb03303a':ti,ab,tn,dn OR 'scapho':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab':ti,ab,tn,dn OR 'ts 1808':ti,ab,tn,dn OR 'ts1808':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab'/exp OR 'amg 827':ti,ab,tn,dn OR 'amg827':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab':ti,ab,tn,dn OR 'khk 4827':ti,ab,tn,dn OR 'khk4827':ti,ab,tn,dn OR 'kyntheum':ti,ab,tn,dn OR 'lumicef':ti,ab,tn,dn OR 'siliq':ti,ab,tn,dn OR 'bimekizumab'/exp OR 'bimekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'bimzelx':ti,ab,tn,dn OR 'cdp 4940':ti,ab,tn,dn OR 'cdp4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb 4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb4940':ti,ab,tn,dn) OR

('interleukin 23'/exp OR IL-23:ti,ab OR 'il 23':ti,ab OR 'interleukin 23':ti,ab OR 'interleukin-23':ti,ab OR 'risankizumab'/exp OR 'abbv 066':ti,ab,tn,dn OR 'abbv066':ti,ab,tn,dn OR 'bi 655066':ti,ab,tn,dn OR 'bi655066':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab-rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'skyrizi':ti,ab,tn,dn OR 'guselkumab'/exp OR 'cnto 1959':ti,ab,kw OR 'cnto1959':ti,ab,kw OR 'guselkumab':ti,ab,kw OR 'tremfya':ti,ab,kw OR 'tildrakizumab'/exp OR 'ilumetri':ti,ab,tn,dn OR 'ilumya':ti,ab,tn,dn OR 'mk 3222':ti,ab,tn,dn OR 'mk3222':ti,ab,tn,dn OR 'sch 900222':ti,ab,tn,dn OR 'sch900222':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1623':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1623':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab asmn':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab-asmn':ti,ab,tn,dn)

OR ('janus kinase'/exp OR 'jak protein' OR 'janus kinase':ti,ab OR 'janus kinases' OR 'janus tyrosine kinase' OR 'protein jak' OR 'protein tyrosine kinase janus' OR 'protein tyrosine kinase janus kinase' OR 'tyrosine kinase janus kinase' OR "janus associated kinase":ab,ti OR Jakavi:ab,ti OR JAK:ab,ti OR "jakinibs":ab,ti OR tsDMARD*:ab,ti OR "targeted synthetic DMARDs":ab,ti OR "targeted synthetic DMARD":ab,ti OR

'tofacitinib'/exp OR '1 cyanoacetyl 4 methyl n methyl n (1h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) 3 piperidinamine' OR '3 [4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] 1 piperidinyl] 3 oxopropanenitrile' OR '4 [n [1 (2 cyano 1 oxoethyl) 4 methyl 3 piperidinyl] n methylamino] pyrrolo [2, 3 d] pyrimidine' OR '4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] beta oxo 1 piperidinepropanenitrile' OR 'cp 690 550' OR 'cp 690, 550' OR 'cp 690550' OR 'cp 690550 10' OR 'cp 690550-10' OR 'cp690 550' OR 'cp690, 550' OR 'cp690550' OR 'cp690550 10' OR 'cp690550-10' OR 'tasocitinib':ab,ti OR 'tasocitinib citrate' OR 'tofacitinib' OR 'tofacitinib citrate' OR 'xeljanz':ab,ti OR 'xeljanz xr' OR

'upadacitinib'/exp OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide tartrate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide tartrate' OR 'abt 494' OR 'abt494' OR 'rinvoq' OR 'upadacitinib' OR 'upadacitinib 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR 'upadacitinib hemihydrate' OR 'upadacitinib hydrate' OR 'upadacitinib tartrate' OR

'deucravacitinib'/exp OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl

d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165 01':ti,ab,tn,dn OR 'bms 98616501':ti,ab,tn,dn OR 'bms986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms98616501':ti,ab,tn,dn OR 'deucravacitinib':ti,ab,tn,dn OR 'tyk2-in-4':ti,ab,tn,dn OR

'filgotinib'/exp OR 'filgotinib':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib hydrochloride':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib maleate':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034':ti,ab,tn,dn OR 'g146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'glpg 0634':ti,ab,tn,dn OR 'glpg0634':ti,ab,tn,dn OR 'gs 6034':ti,ab,tn,dn OR 'gs6034':ti,ab,tn,dn OR 'jyseleca':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn)

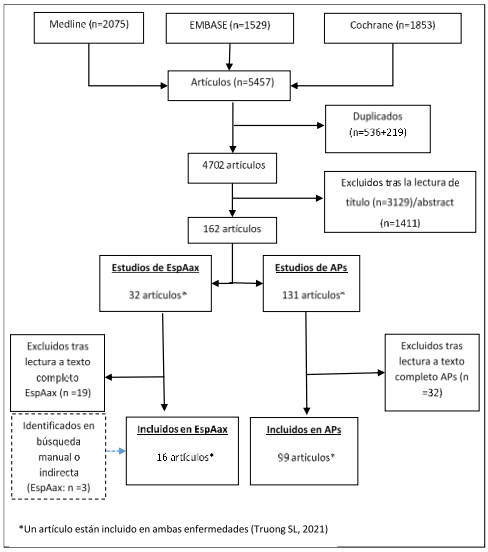
OR ('apremilast'/exp OR 'ap 506':ti,ab,kw OR 'ap506':ti,ab,kw OR 'apremilast':ti,ab,kw OR 'cc 10004':ti,ab,kw OR 'cc10004':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'otezla':ti,ab,kw))

AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp OR 'cross sectional studies'/exp OR 'observational study'/exp OR 'case control studies'/exp OR 'case report'/exp)

Cochrane Library: 1411 resultados

ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Arthritis, Psoriatic] explode all trees 542
#2 ("psoriatic arthritis" OR "Arthritis Psoriatic" OR "Arthritic Psoriasis" OR "psoriasis arthritis" OR "psoriatic arthropath*" OR “Arthropathy psoria*” OR “arthritis psoriatica” OR “Psoriatic rheumatism” OR “arthritis psoriatica”):ti,ab,kw 2738
#3 (arthritis NEAR/3 "Psoria*"):ti,ab,kw OR (Psoria* NEAR/3 arthritis):ti,ab,kw 2826
#4 #1 OR #2 OR #3 2829
#5 MeSH descriptor: [Interleukin-17] explode all trees 223
#6 MeSH descriptor: [Receptors, Interleukin-17] explode all trees 17
#7 ("interleukin 17" OR IL-17 OR interleukin-17 OR "IL 17" OR "ixekizumab" OR "secukinumab" OR 'cosentyx' OR "brodalumab" OR "bimekizumab"):ti,ab,kw 3882
#8 #5 OR #6 OR #7 3882
#9 MeSH descriptor: [Interleukin-23] explode all trees 109
#10 (“interleukin-23” OR “Interleukin 23” OR “IL-23” OR “IL 23” OR "risankizumab" OR "guselkumab" OR "tildrakizumab") 6059
#11 #9 OR #10 6073
#12 MeSH descriptor: [Janus Kinases] explode all trees 160
#13 MeSH descriptor: [Janus Kinase Inhibitors] explode all trees 105
#14 (“janus kinase*” OR JAK OR jakinibs OR Jakavi OR “janus associated kinase*” OR Jakavi OR “janus tyrosine kinase” OR “protein tyrosine kinase janus” OR tsDMARD* OR “targeted synthetic DMARD*" OR “targeted synthetic DMARD" OR Tofacitinib OR “tasocitinib" OR “Xeljanz" OR upadacitinib OR Rinvoq OR "GLPG0634" OR "filgotinib" OR deucravacitinib OR apremilast):ti,ab,kw 4554
#15 #12 OR #13 OR #14 4560
#16 #8 OR #11 OR #15 12839
#17 #4 AND #16 1411

Diagrama de flujo de los artículos



Obesity and smoking

Clinical question

In axSpA, do obesity and/or smoking increase disease activity, accelerate radiographic progression of structural damage and impair treatment response?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: subanálisis de ensayos clínicos, cohortes de expuestos vs. no expuestos, casos y controles.

Medline (Pubmed): 1397 resultados

(("Arthritis, Psoriatic"[Mesh] OR "Arthritis Psoriatic"[Title/Abstract] OR "Arthritic Psoriasis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriasis arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthropath*”[Title/Abstract] OR “Arthropathy psoria*”[Title/Abstract] OR “arthritis psoriatica”[Title/Abstract] OR “Psoriatic rheumatism”[Title/Abstract]) OR ("Axial Spondyloarthritis"[Mesh] OR "Spondylitis, Ankylosing"[Mesh] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR “axSpA”[Title/Abstract] OR “axial SpA”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylitis”[Title/Abstract:~2] OR “axial spondyloarthritis”[Title/Abstract:~2] OR "non-radiographic axial spondyloarthritis"[Title/Abstract:~2] OR "nr-axSpA"[All Fields] OR “axial Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis rheumatic”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylarthritides”[Title/Abstract:~2]))

AND

(("cigarett*"[All Fields] OR “cigar*”[Title/Abstract] OR “snuff”[Title/Abstract] OR "tobacco products"[MeSH Terms] OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "tobacco product*"[All Fields] OR "tobacco"[MeSH Terms] OR "tobacc*"[Title/Abstract] OR "Smoke"[Mesh] OR "Smokers"[Mesh] OR "smok*"[Title/Abstract] OR "smoking"[MeSH Terms] OR “Smoke Exposure”[Title/Abstract] OR Vaper[Title/Abstract] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh] OR “nicotine”[Title/Abstract])

OR

("overweight"[MeSH Terms] OR "overweight*"[All Fields] OR “body mass"[Title/Abstract] OR “body weight"[Title/Abstract] OR "body mass index"[Title/Abstract] OR BMI[Title/Abstract] OR "body mass index"[MeSH Terms] OR "body Weight"[Title/Abstract] OR "obesity"[MeSH Terms] OR "obese*"[All Fields] OR "obesit*"[All Fields]))

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

Embase (Elsevier): 2277 resultados

(('Arthritis, Psoriatic'/exp OR 'psoriatic arthritis'/exp OR 'arthritis psoriatic'/exp OR 'arthritis psoriatic':ab,ti OR 'Arthritic Psoriasis':ti,ab OR 'psoriatic arthritis':ti,ab OR 'psoriatic arthropathy'/exp OR 'psoriatic arthropathy':ab,ti OR 'psoriatic arthropath*':ti,ab OR 'Arthropathy psoria*':ti,ab OR 'psoriasis arthritis'/exp OR 'psoriasis arthritis':ti,ab OR 'arthritis psoriatica':ti,ab OR 'Psoriatic rheumatism':ti,ab) OR ('axial spondyloarthritis'/exp OR 'axspa (spondyloarthritis)':ti,ab OR 'axial spondylarthritis':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis'/exp OR 'Spondylitis Ankylosing':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis':ti,ab OR axSpA:ti,ab OR 'axial SpA':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ab,ti OR 'non-radiographic axial spondyloarthritis':ti,ab OR nr-axSpA OR 'axial Ankylosing':ti,ab OR 'Spondylitis rheumatic':ab,ti OR 'Ankylosing Spondylarthritides':ti,ab OR (axial NEAR/3 spondyl*) OR (axial NEAR/3 Ankylosing*)))

AND

('cigarette smoking'/exp OR 'cigarette smoker':ti,ab,kw OR 'cigarette smoking':ti,ab,kw OR 'smoking, cigarette':ti,ab,kw OR 'cigarette'/exp OR 'cigarett*':ti,ab,kw OR “cigar*” OR 'filter cigarette':ti,ab,kw OR 'tobacco snuff'/exp OR 'snuff':ti,ab,kw OR 'snuff tobacco':ti,ab,kw OR 'tobacco snuff':ti,ab,kw OR 'tobacco use'/exp OR 'tobacco usage':ti,ab,kw OR 'tobacco use':ti,ab,kw OR "tobacco product*":ti,ab,kw OR

'tobacco dependence'/exp OR 'dependence, tobacco':ti,ab,kw OR 'nicotine abuse':ti,ab,kw OR 'nicotine addiction':ti,ab,kw OR 'nicotine dependence':ti,ab,kw OR 'nicotine dependency':ti,ab,kw OR 'nicotinism':ti,ab,kw OR 'tobacco abuse':ti,ab,kw OR 'tobacco addiction':ti,ab,kw OR 'tobacco dependence':ti,ab,kw OR 'tobacco dependency':ti,ab,kw OR 'tobacco use disorder':ti,ab,kw OR 'tobaccoism':ti,ab,kw OR 'tobacco'/exp OR 'condensate, tobacco':ti,ab,kw OR 'tobacc*':ti,ab,kw OR 'tobacco condensate':ti,ab,kw OR 'tobacco constituent':ti,ab,kw OR 'tobacco product':ti,ab,kw OR 'tobacco products':ti,ab,kw OR 'tobacco smoke condensate':ti,ab,kw OR 'tobacco smoke extract':ti,ab,kw OR 'tobacco smoke residue':ti,ab,kw OR 'smoke'/exp OR 'smok*':ti,ab,kw OR 'smoking'/exp OR 'behavior, smoking':ti,ab,kw OR 'behaviour, smoking':ti,ab,kw OR 'reverse smoking':ti,ab,kw OR 'smoker':ti,ab,kw OR 'smokers':ti,ab,kw OR 'smoking':ti,ab,kw OR 'smoking behavior':ti,ab,kw OR 'smoking behaviour':ti,ab,kw OR 'tobacco smoking':ti,ab,kw OR 'smoke exposure'/exp OR 'smoking cessation'/exp OR 'abstination, smoking':ti,ab,kw OR 'abstinence from nicotine':ti,ab,kw OR 'abstinence from smoking':ti,ab,kw OR 'abstinence from tobacco':ti,ab,kw OR 'cessation, smoking':ti,ab,kw OR 'dehabituation, smoking':ti,ab,kw OR 'nicotine abstination':ti,ab,kw OR 'nicotine abstinence':ti,ab,kw OR 'nicotine cessation':ti,ab,kw OR 'nicotine withdrawal':ti,ab,kw OR 'quit smoking':ti,ab,kw OR 'smoking abstinence':ti,ab,kw OR 'smoking cessation':ti,ab,kw OR 'smoking dehabituation':ti,ab,kw OR 'smoking, stopping':ti,ab,kw OR 'stop smoking':ti,ab,kw OR 'stopping smoking':ti,ab,kw OR 'tobacco use cessation':ti,ab,kw OR 'nicotine'/exp OR nicotine:ti,ab,kw OR Vaper:ti,ab,kw

OR

'body mass'/exp OR 'bmi':ti,ab,kw OR 'quetelet index':ti,ab,kw OR 'body ban mass':ti,ab,kw OR 'body mass':ti,ab,kw OR 'body mass index':ti,ab,kw OR 'body weight'/exp OR 'body weight':ti,ab,kw OR 'total body weight':ti,ab,kw OR 'weight, body':ti,ab,kw OR 'obesity'/exp OR 'adipose tissue hyperplasia':ti,ab,kw OR 'adipositas':ti,ab,kw OR 'adiposity':ti,ab,kw OR 'alimentary obesity':ti,ab,kw OR 'body weight, excess':ti,ab,kw OR 'corpulency':ti,ab,kw OR 'fat

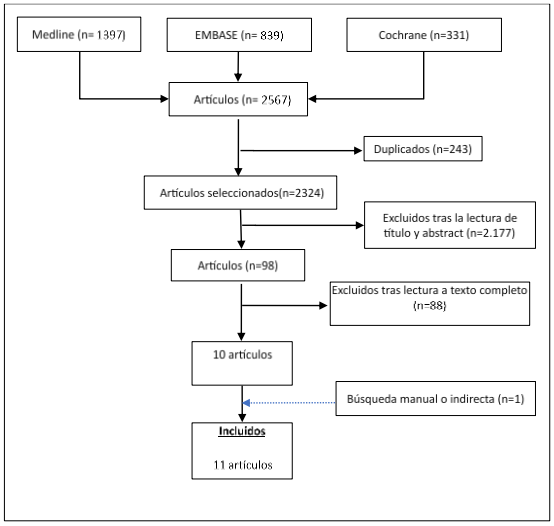
overload syndrome':ti,ab,kw OR 'nutritional obesity':ti,ab,kw OR 'obesitas':ti,ab,kw OR 'obesit*':ti,ab,kw OR "obese*":ti,ab,kw OR 'overweight*':ti,ab,kw)

AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp)

Cochrane Library: 331 resultados

ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Axial Spondyloarthritis] explode all trees 835
#2 ("Spondylitis Ankylosing" OR "axial SpA" OR "axSpA" OR "Ankylosing Spondylitis" OR "axial spondyloarthritis" OR "axial Ankylosing" OR "non radiographic axial spondyloarthritis" OR nr-axSpA OR axspa OR "Spondylitis rheumatic" OR "Ankylosing Spondylarthritides"):ti,ab,kw 2810
#3 (axial NEAR/3 spondyl*):ti,ab,kw OR (axial NEAR/3 Ankylosing*):ti,ab,kw 820
#4 MeSH descriptor: [Arthritis, Psoriatic] explode all trees 628
#5 ("psoriatic arthritis" OR "Arthritis Psoriatic" OR "Arthritic Psoriasis" OR "psoriasis arthritis" OR "psoriatic arthropath*" OR “Arthropathy psoria*” OR “arthritis psoriatica” OR “Psoriatic rheumatism” OR “arthritis psoriatica”):ti,ab,kw 2809
#6 (arthritis NEAR/3 "Psoria*"):ti,ab,kw OR (Psoria* NEAR/3 arthritis):ti,ab,kw 2899
#7 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 5258
#8 MeSH descriptor: [Tobacco Products] explode all trees 646
#9 MeSH descriptor: [Tobacco Use Disorder] explode all trees 2016
#10 MeSH descriptor: [Tobacco Use] explode all trees 506
#11 MeSH descriptor: [Tobacco] explode all trees 286
#12 MeSH descriptor: [Tobacco Use Cessation] explode all trees 153
#13 MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees 524
#14 MeSH descriptor: [Smokers] explode all trees 658
#15 MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees 524
#16 MeSH descriptor: [Obesity] explode all trees 18204
#17 MeSH descriptor: [Overweight] explode all trees 21526
#18 MeSH descriptor: [Body Mass Index] explode all trees 12344
#19 ("cigarett*" OR “cigar*” OR “snuff” OR "tobacco product*" OR "tobacc*" OR "smok*" OR “Smoke Exposure” OR Vaper OR “nicotine”):ti,ab,kw 8739
#20 ("overweight*" OR “body mass" OR "body weight” OR BMI OR "obese*" OR "obesit*"):ti,ab,kw 140113
#21 #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 152787
#22 #7 AND #21 331

Diagrama de flujo de los artículos



Treatment of psoriatic arthritis

Treatment with biologic and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs

Clinical question

In PsA, what is the efficacy of IL-23 and IL-17 inhibitors and tsDMARDs (JAK inhibitors and apremilast) in treating axial and peripheral disease, enthesitis and dactylitis?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: metanálisis o revisiones sistemáticas de ECA, ECA.

Medline (Pubmed): 1307 resultados

("Arthritis, Psoriatic"[Mesh] OR "Arthritis Psoriatic"[Title/Abstract] OR "Arthritic Psoriasis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthropath*”[Title/Abstract] OR “Arthropathy psoria*”[Title/Abstract] OR “psoriasis arthritis"[Title/Abstract] OR “arthritis psoriatica”[Title/Abstract] OR “Psoriatic rheumatism”[Title/Abstract])

AND

(("Interleukin-17"[Mesh] OR "Receptors, Interleukin-17"[Mesh] OR “Interleukin 17”[Title/Abstract] OR IL-17[Title/Abstract] OR interleukin-17[Title/Abstract] OR "IL-17 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL-17 blocker*"[Title/Abstract] OR "IL-17"[Title/Abstract] OR "IL 17"[Title/Abstract] OR "ixekizumab"[Supplementary Concept] OR "ixekizumab"[Title/Abstract] OR taltz[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Supplementary Concept] OR "secukinumab"[Title/Abstract] OR cosentyx[Title/Abstract] OR "brodalumab"[Supplementary Concept] OR "brodalumab"[Title/Abstract] OR lumicef[Title/Abstract] OR siliq[Title/Abstract] OR "bimekizumab"[Supplementary Concept] OR "bimekizumab"[Title/Abstract] OR bimzelx[Title/Abstract])

OR

("Interleukin-23"[Mesh] OR “interleukin-23”[Title/Abstract] OR “Interleukin 23”[Title/Abstract] OR “IL-23”[Title/Abstract] OR “IL 23”[Title/Abstract] OR "risankizumab"[Supplementary Concept] OR "risankizumab"[Title/Abstract] OR skyrizi[Title/Abstract] OR "guselkumab"[Supplementary Concept] OR "guselkumab"[Title/Abstract] OR tremfya[Title/Abstract] OR "tildrakizumab"[Supplementary Concept] OR "tildrakizumab"[Title/Abstract] OR ilumetri[Title/Abstract] OR ilumya[Title/Abstract])

OR ("Janus Kinases"[Mesh] OR "Janus Kinase Inhibitors"[Mesh] OR “janus kinase”[Title/Abstract] OR JAK[Title/Abstract] OR “jakinibs”[Title/Abstract] OR “janus associated kinase*”[Title/Abstract] OR Jakavi[Title/Abstract] OR “janus tyrosine kinase”[Title/Abstract] OR “protein tyrosine kinase janus”[Title/Abstract] OR

tsDMARD*[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARDs"[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARD"[Title/Abstract] OR

"tofacitinib"[Supplementary Concept] OR “tofacitinib"[Title/Abstract] OR “tasocitinib"[Title/Abstract] OR “Xeljanz"[Title/Abstract] OR

"upadacitinib"[Supplementary Concept] OR "upadacitinib"[Title/Abstract] OR Rinvoq[Title/Abstract] OR "GLPG0634"[Supplementary Concept] OR "GLPG0634"[All Fields] OR "filgotinib"[All Fields] OR "deucravacitinib"[Supplementary Concept] OR "deucravacitinib"[All Fields] OR "apremilast"[Supplementary Concept] OR "apremilast"[All Fields]))

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("cross sectional studies"[MeSH Terms] OR "observational study"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "case control studies"[MeSH Terms] OR "Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

Embase (Elsevier): 621 resultados

('Arthritis, Psoriatic'/exp OR 'psoriatic arthritis'/exp OR 'arthritis psoriatic'/exp OR 'arthritis psoriatic':ab,ti OR 'Arthritic Psoriasis':ti,ab OR 'psoriatic arthritis':ti,ab OR 'psoriatic arthropathy'/exp OR 'psoriatic arthropathy':ab,ti OR 'psoriatic arthropath*':ti,ab OR 'Arthropathy psoria*':ti,ab OR 'psoriasis arthritis'/exp OR 'psoriasis arthritis':ti,ab OR 'arthritis psoriatica':ti,ab OR 'Psoriatic rheumatism':ti,ab)

AND

(('interleukin 17'/exp OR 'ctla 8':ti,ab OR 'ctla8':ti,ab OR 'il-17':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated protein 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte protein 8':ti,ab OR 'il 17a':ti,ab OR 'interleukin 17':ti,ab OR 'interleukin 17a':ti,ab OR 'interleukin-17':ti,ab OR 'ixekizumab'/exp OR 'ixekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'ly 2439821':ti,ab,tn,dn OR 'ly2439821':ti,ab,tn,dn OR 'taltz':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab'/exp OR 'ain 457':ti,ab,tn,dn OR 'ain457':ti,ab,tn,dn OR 'bat 2306':ti,ab,tn,dn OR 'bat2306':ti,ab,tn,dn OR 'cosentyx':ti,ab,tn,dn OR 'kb 03303a':ti,ab,tn,dn OR 'kb03303a':ti,ab,tn,dn OR 'scapho':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab':ti,ab,tn,dn OR 'ts 1808':ti,ab,tn,dn OR 'ts1808':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab'/exp OR 'amg 827':ti,ab,tn,dn OR 'amg827':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab':ti,ab,tn,dn OR 'khk 4827':ti,ab,tn,dn OR 'khk4827':ti,ab,tn,dn OR 'kyntheum':ti,ab,tn,dn OR 'lumicef':ti,ab,tn,dn OR 'siliq':ti,ab,tn,dn OR 'bimekizumab'/exp OR 'bimekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'bimzelx':ti,ab,tn,dn OR 'cdp 4940':ti,ab,tn,dn OR 'cdp4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb 4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb4940':ti,ab,tn,dn) OR

('interleukin 23'/exp OR IL-23:ti,ab OR 'il 23':ti,ab OR 'interleukin 23':ti,ab OR 'interleukin-23':ti,ab OR 'risankizumab'/exp OR 'abbv 066':ti,ab,tn,dn OR 'abbv066':ti,ab,tn,dn OR 'bi 655066':ti,ab,tn,dn OR 'bi655066':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab-rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'skyrizi':ti,ab,tn,dn OR 'guselkumab'/exp OR 'cnto 1959':ti,ab,kw OR 'cnto1959':ti,ab,kw OR 'guselkumab':ti,ab,kw OR 'tremfya':ti,ab,kw OR 'tildrakizumab'/exp OR 'ilumetri':ti,ab,tn,dn OR 'ilumya':ti,ab,tn,dn OR 'mk 3222':ti,ab,tn,dn

OR 'mk3222':ti,ab,tn,dn OR 'sch 900222':ti,ab,tn,dn OR 'sch900222':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1623':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1623':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab asmn':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab-asmn':ti,ab,tn,dn)

OR ('janus kinase'/exp OR 'jak protein' OR 'janus kinase':ti,ab OR 'janus kinases' OR 'janus tyrosine kinase' OR 'protein jak' OR 'protein tyrosine kinase janus' OR 'protein tyrosine kinase janus kinase' OR 'tyrosine kinase janus kinase' OR “janus associated kinase”:ab,ti OR Jakavi:ab,ti OR JAK:ab,ti OR “jakinibs”:ab,ti OR tsDMARD*:ab,ti OR “targeted synthetic DMARDs":ab,ti OR “targeted synthetic DMARD":ab,ti OR

'tofacitinib'/exp OR '1 cyanoacetyl 4 methyl n methyl n (1h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) 3 piperidinamine' OR '3 [4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] 1 piperidinyl] 3 oxopropanenitrile' OR '4 [n [1 (2 cyano 1 oxoethyl) 4 methyl 3 piperidinyl] n methylamino] pyrrolo [2, 3 d] pyrimidine' OR '4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] beta oxo 1 piperidinepropanenitrile' OR 'cp 690 550' OR 'cp 690, 550' OR 'cp 690550' OR 'cp 690550 10' OR 'cp 690550-10' OR 'cp690 550' OR 'cp690, 550' OR 'cp690550' OR 'cp690550 10' OR 'cp690550-10' OR 'tasocitinib':ab,ti OR 'tasocitinib citrate' OR 'tofacitinib' OR 'tofacitinib citrate' OR 'xeljanz':ab,ti OR 'xeljanz xr' OR

'upadacitinib'/exp OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide tartrate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide tartrate' OR 'abt 494' OR 'abt494' OR 'rinvoq' OR 'upadacitinib' OR 'upadacitinib 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR 'upadacitinib hemihydrate' OR 'upadacitinib hydrate' OR 'upadacitinib tartrate' OR

'deucravacitinib'/exp OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl)

pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165 01':ti,ab,tn,dn OR 'bms 98616501':ti,ab,tn,dn OR 'bms986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms98616501':ti,ab,tn,dn OR 'deucravacitinib':ti,ab,tn,dn OR 'tyk2-in-4':ti,ab,tn,dn OR

'filgotinib'/exp OR 'filgotinib':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib hydrochloride':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib maleate':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034':ti,ab,tn,dn OR 'g146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'glpg 0634':ti,ab,tn,dn OR 'glpg0634':ti,ab,tn,dn OR 'gs 6034':ti,ab,tn,dn OR 'gs6034':ti,ab,tn,dn OR 'jyseleca':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn)

OR ('apremilast'/exp OR 'ap 506':ti,ab,kw OR 'ap506':ti,ab,kw OR 'apremilast':ti,ab,kw OR 'cc 10004':ti,ab,kw OR 'cc10004':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 1, 3

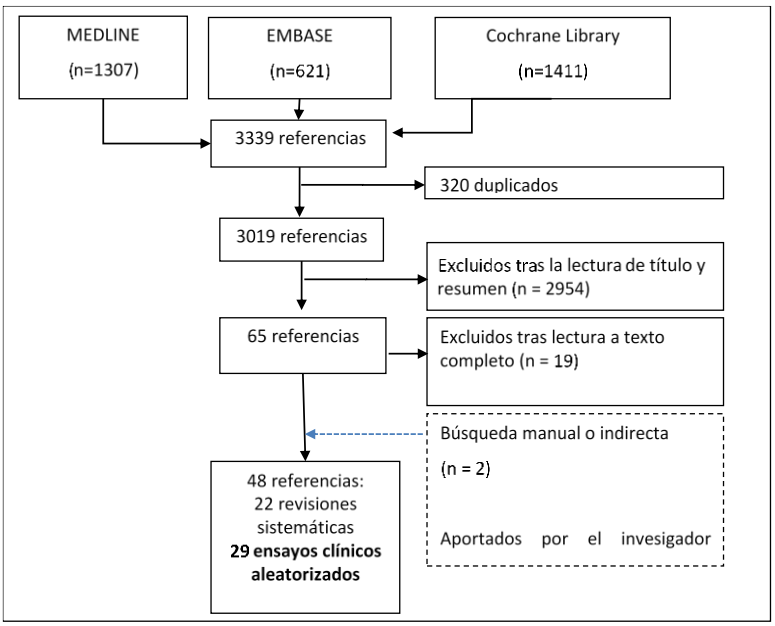
dioxo 2, 3 dihydro 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'otezla':ti,ab,kw))

AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp OR 'cross sectional studies'/exp OR 'observational study'/exp OR 'case control studies'/exp OR 'case report'/exp)

Cochrane Library: 1411 resultados

ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Arthritis, Psoriatic] explode all trees 542
#2 ("psoriatic arthritis" OR "Arthritis Psoriatic" OR "Arthritic Psoriasis" OR "psoriasis arthritis" OR "psoriatic arthropath*" OR “Arthropathy psoria*” OR “arthritis psoriatica” OR “Psoriatic rheumatism” OR “arthritis psoriatica”):ti,ab,kw 2738
#3 (arthritis NEAR/3 "Psoria*"):ti,ab,kw OR (Psoria* NEAR/3 arthritis):ti,ab,kw 2826
#4 #1 OR #2 OR #3 2829
#5 MeSH descriptor: [Interleukin-17] explode all trees 223
#6 MeSH descriptor: [Receptors, Interleukin-17] explode all trees 17
#7 ("interleukin 17" OR IL-17 OR interleukin-17 OR "IL 17" OR "ixekizumab" OR "secukinumab" OR 'cosentyx' OR "brodalumab" OR "bimekizumab"):ti,ab,kw 3882
#8 #5 OR #6 OR #7 3882
#9 MeSH descriptor: [Interleukin-23] explode all trees 109
#10 (“interleukin-23” OR “Interleukin 23” OR “IL-23” OR “IL 23” OR "risankizumab" OR "guselkumab" OR "tildrakizumab") 6059
#11 #9 OR #10 6073
#12 MeSH descriptor: [Janus Kinases] explode all trees 160
#13 MeSH descriptor: [Janus Kinase Inhibitors] explode all trees 105
#14 (“janus kinase*” OR JAK OR jakinibs OR Jakavi OR “janus associated kinase*” OR Jakavi OR “janus tyrosine kinase” OR “protein tyrosine kinase janus” OR tsDMARD* OR “targeted synthetic DMARD*" OR “targeted synthetic DMARD" OR Tofacitinib OR “tasocitinib" OR “Xeljanz" OR upadacitinib OR Rinvoq OR "GLPG0634" OR "filgotinib" OR deucravacitinib OR apremilast):ti,ab,kw 4554
#15 #12 OR #13 OR #14 4560
#16 #8 OR #11 OR #15 12839
#17 #4 AND #16 1411

Diagrama de flujo de los artículos



Treatment with biologic or targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs compared to TNF inhibitors

Clinical question

In PsA, what is the efficacy, effectiveness and safety of IL-17, IL-23 and JAK inhibitors compared to TNF inhibitors?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: metanálisis o revisiones sistemáticas de ECA, ECA.

Medline (Pubmed): 657 resultados

("Arthritis, Psoriatic"[Mesh] OR "Arthritis Psoriatic"[Title/Abstract] OR "Arthritic Psoriasis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriasis arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthropath*”[Title/Abstract] OR “Arthropathy psoria*”[Title/Abstract] OR “arthritis psoriatica”[Title/Abstract] OR “Psoriatic rheumatism”[Title/Abstract])

AND

(("Interleukin-17"[Mesh] OR "Receptors, Interleukin-17"[Mesh] OR “Interleukin 17”[Title/Abstract] OR IL-17[Title/Abstract] OR interleukin-17[Title/Abstract] OR "IL-17 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL-17 blocker*"[Title/Abstract] OR "IL-17"[Title/Abstract] OR "IL 17"[Title/Abstract] OR "ixekizumab"[Supplementary Concept] OR "ixekizumab"[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Supplementary Concept] OR "secukinumab"[Title/Abstract] OR "brodalumab"[Supplementary Concept] OR "brodalumab"[Title/Abstract] OR "bimekizumab"[Supplementary Concept] OR "bimekizumab"[Title/Abstract])

OR

("Interleukin-23"[Mesh] OR “interleukin-23”[Title/Abstract] OR “Interleukin 23”[Title/Abstract] OR “IL-23”[Title/Abstract] OR “IL 23”[Title/Abstract] OR "risankizumab"[Supplementary Concept] OR "risankizumab"[Title/Abstract] OR "guselkumab"[Supplementary Concept] OR "guselkumab"[Title/Abstract] OR "tildrakizumab"[Supplementary Concept] OR "tildrakizumab"[Title/Abstract]) OR ("APY0201" [Supplementary Concept] OR “Interleukin 12-23”[Title/Abstract] OR “IL-12-23”[Title/Abstract] OR “interleukin-12-23”[Title/Abstract] OR "IL-12-23 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL 12-23"[Title/Abstract] OR "IL 12,23"[Title/Abstract] OR "IL 12/23"[Title/Abstract] OR "Ustekinumab"[Mesh] OR "Ustekinumab"[Title/Abstract] OR Stelara[Title/Abstract])

OR ("Janus Kinases"[Mesh] OR “janus kinase”[Title/Abstract] OR JAK[Title/Abstract] OR “jakinibs”[Title/Abstract] OR “janus associated kinase*”[Title/Abstract] OR Jakavi[Title/Abstract] OR

tsDMARD*[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARDs"[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARD"[Title/Abstract] OR

"tofacitinib"[Supplementary Concept] OR “tofacitinib"[Title/Abstract] OR “tasocitinib"[Title/Abstract] OR “Xeljanz"[Title/Abstract] OR

"upadacitinib"[Supplementary Concept] OR "upadacitinib"[Title/Abstract] OR Rinvoq[Title/Abstract]

OR "deucravacitinib"[Supplementary Concept] OR "deucravacitinib"[All Fields]))

AND ("Receptors, Tumor Necrosis Factor"[Mesh] OR "Antibodies, Monoclonal"[Mesh] OR "Tumor Necrosis Factor-alpha/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "tumor necrosis factor-alpha antagonists"[Title/Abstract] OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitor*"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor-alpha"[Title/Abstract] OR “anti-tumor necrosis factor agent”[All Fields] OR "anti-tnf alpha"[Title/Abstract] OR "anti-TNF"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor alpha"[Title/Abstract] OR "anti TNF alpha"[Title/Abstract] OR "TNF alpha inhibitor*"[Title/Abstract]

OR "infliximab"[Mesh] OR infliximab[Title/Abstract] OR remicade[Title/Abstract] OR avakine[All Fields] OR

"Etanercept"[Mesh] OR etanercept[All Fields] OR enbrel[All Fields] OR tunex[All Fields] OR

"adalimumab"[Mesh] OR adalimumab[Title/Abstract] OR humira[All Fields] OR

"certolizumab pegol"[Mesh] OR certolizumab[All Fields] OR cimzia[Title/Abstract] OR

"golimumab"[Supplementary Concept] OR golimumab[All Fields] OR simponi[All Fields])

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("cross sectional studies"[MeSH Terms] OR "observational study"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "case control studies"[MeSH Terms] OR "Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

Embase (Elsevier): 576 resultados

('Arthritis, Psoriatic'/exp OR 'psoriatic arthritis'/exp OR 'arthritis psoriatic'/exp OR 'arthritis psoriatic':ab,ti OR 'Arthritic Psoriasis':ti,ab OR 'psoriatic arthritis':ti,ab OR 'psoriatic arthropathy'/exp OR 'psoriatic arthropathy':ab,ti OR 'psoriatic arthropath*':ti,ab OR 'Arthropathy psoria*':ti,ab OR 'psoriasis arthritis'/exp OR 'psoriasis arthritis':ti,ab OR 'arthritis psoriatica':ti,ab OR 'Psoriatic rheumatism':ti,ab)

AND

(('interleukin 17'/exp OR 'ctla 8':ti,ab OR 'ctla8':ti,ab OR 'il-17':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated protein 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte protein 8':ti,ab OR 'il 17a':ti,ab OR 'interleukin 17':ti,ab OR 'interleukin 17a':ti,ab OR 'interleukin-17':ti,ab OR 'ixekizumab'/exp OR 'ixekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'ly 2439821':ti,ab,tn,dn OR 'ly2439821':ti,ab,tn,dn OR 'taltz':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab'/exp OR 'ain 457':ti,ab,tn,dn OR 'ain457':ti,ab,tn,dn OR 'bat 2306':ti,ab,tn,dn OR 'bat2306':ti,ab,tn,dn OR 'cosentyx':ti,ab,tn,dn

OR 'kb 03303a':ti,ab,tn,dn OR 'kb03303a':ti,ab,tn,dn OR 'scapho':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab':ti,ab,tn,dn OR 'ts 1808':ti,ab,tn,dn OR 'ts1808':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab'/exp OR 'amg 827':ti,ab,tn,dn OR 'amg827':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab':ti,ab,tn,dn OR 'khk 4827':ti,ab,tn,dn OR 'khk4827':ti,ab,tn,dn OR 'kyntheum':ti,ab,tn,dn OR 'lumicef':ti,ab,tn,dn OR 'siliq':ti,ab,tn,dn OR 'bimekizumab'/exp OR 'bimekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'bimzelx':ti,ab,tn,dn OR 'cdp 4940':ti,ab,tn,dn OR 'cdp4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb 4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb4940':ti,ab,tn,dn) OR

('interleukin 23'/exp OR IL-23:ti,ab OR 'il 23':ti,ab OR 'interleukin 23':ti,ab OR 'interleukin-23':ti,ab OR 'risankizumab'/exp OR 'abbv 066':ti,ab,tn,dn OR 'abbv066':ti,ab,tn,dn OR 'bi 655066':ti,ab,tn,dn OR 'bi655066':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab-rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'skyrizi':ti,ab,tn,dn OR 'guselkumab'/exp OR 'cnto 1959':ti,ab,kw OR 'cnto1959':ti,ab,kw OR 'guselkumab':ti,ab,kw OR 'tremfya':ti,ab,kw OR 'tildrakizumab'/exp OR 'ilumetri':ti,ab,tn,dn OR 'ilumya':ti,ab,tn,dn OR 'mk 3222':ti,ab,tn,dn OR 'mk3222':ti,ab,tn,dn OR 'sch 900222':ti,ab,tn,dn OR 'sch900222':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1623':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1623':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab asmn':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab-asmn':ti,ab,tn,dn)

OR ('Interleukin 12-23':ti,ab OR IL-12-23:ti,ab OR interleukin-12-23:ti,ab OR 'IL-12-23 inhibitor*':ti,ab OR 'IL 12-23':ti,ab OR 'IL 12,23':ti,ab OR 'IL 12/23':ti,ab OR 'ustekinumab'/exp OR 'abp 654':ti,ab,tn,dn OR 'abp654':ti,ab,tn,dn OR 'avt 04':ti,ab,tn,dn OR 'avt04':ti,ab,tn,dn OR 'cnto 1275':ti,ab,tn,dn OR 'cnto1275':ti,ab,tn,dn OR 'ct p43':ti,ab,tn,dn OR 'ctp43':ti,ab,tn,dn OR 'fyb 202':ti,ab,tn,dn OR 'fyb202':ti,ab,tn,dn OR 'monoclonal antibody cnto 1275':ti,ab,tn,dn OR 'sb 17':ti,ab,tn,dn OR 'sb17':ti,ab,tn,dn OR 'stelara':ti,ab,tn,dn OR 'ustekinumab':ti,ab,tn,dn)

OR ('janus kinase'/exp OR 'jak protein' OR 'janus kinase':ti,ab OR 'janus kinases' OR 'janus tyrosine kinase' OR 'protein jak' OR 'protein tyrosine kinase janus' OR 'protein tyrosine kinase janus kinase' OR 'tyrosine kinase janus kinase' OR “janus associated kinase”:ab,ti OR Jakavi:ab,ti OR JAK:ab,ti OR “jakinibs”:ab,ti OR tsDMARD*:ab,ti OR “targeted synthetic DMARDs":ab,ti OR “targeted synthetic DMARD":ab,ti OR

'tofacitinib'/exp OR '1 cyanoacetyl 4 methyl n methyl n (1h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) 3 piperidinamine' OR '3 [4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] 1 piperidinyl] 3 oxopropanenitrile' OR '4 [n [1 (2 cyano 1 oxoethyl) 4 methyl 3 piperidinyl] n methylamino] pyrrolo [2, 3 d] pyrimidine' OR '4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] beta oxo 1 piperidinepropanenitrile' OR 'cp 690 550' OR 'cp 690, 550' OR 'cp 690550' OR 'cp 690550 10' OR 'cp 690550-10' OR 'cp690 550' OR 'cp690, 550' OR 'cp690550' OR 'cp690550 10' OR 'cp690550-10' OR 'tasocitinib':ab,ti OR 'tasocitinib citrate' OR 'tofacitinib' OR 'tofacitinib citrate' OR 'xeljanz':ab,ti OR 'xeljanz xr' OR

'upadacitinib'/exp OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide tartrate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2

trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide tartrate' OR 'abt 494' OR 'abt494' OR 'rinvoq' OR 'upadacitinib' OR 'upadacitinib 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR 'upadacitinib hemihydrate' OR 'upadacitinib hydrate' OR 'upadacitinib tartrate' OR

'deucravacitinib'/exp OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165 01':ti,ab,tn,dn OR 'bms 98616501':ti,ab,tn,dn OR 'bms986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms98616501':ti,ab,tn,dn OR 'deucravacitinib':ti,ab,tn,dn OR 'tyk2-in-4':ti,ab,tn,dn))

AND

('tumor necrosis factor receptor'/exp OR 'tumor necrosis factor'/exp OR 'monoclonal antibody'/exp OR 'tnf alfa' OR 'tnf alpha' OR 'human recombinant tumour necrosis factor alpha' OR 'tissue necrosis factor' OR 'tumor necrosis factor' OR 'tumor necrosis factor alfa' OR 'tumor necrosis factor alpha' OR 'tumor necrosis factor-alpha' OR 'tumor necrosis factors' OR 'tumor necrosis serum' OR 'tumour necrosis factor' OR 'tumour necrosis factor alfa' OR 'tumour necrosis factor alpha' OR 'tumour necrosis factor-alpha' OR 'tumour necrosis factors' OR 'tumour necrosis serum' OR 'anti-tumor necrosis factor agent':ab,ti OR 'tumor necrosis

factor-alpha antagonists':ti,ab OR 'tumor necrosis factor-alpha inhibitor*':ti,ab OR "anti-tumor necrosis factor-alpha":ab,ti OR “anti-TNF”:ab,ti OR “anti-tumor necrosis factor alpha”:ab,ti OR “anti TNF”:ab,ti OR 'anti TNF alpha':ti,ab OR “TNF alpha inhibitor*”:ab,ti OR 'infliximab'/exp OR infliximab:ab,ti OR remicade:ab,ti OR avakine:ab,ti OR 'etanercept'/exp OR etanercept:ab,ti OR enbrel:ab,ti OR tunex:ab,ti OR 'adalimumab'/exp OR adalimumab:ab,ti OR humira:ab,ti OR 'certolizumab pegol'/exp OR 'cdp 870':ab,ti OR 'cdp870':ab,ti OR 'certolizumab':ab,ti OR 'cimzia':ab,ti OR 'golimumab'/exp OR 'cnto 148':ab,ti OR 'cnto148':ab,ti OR 'golimumab':ab,ti OR 'simponi':ab,ti)

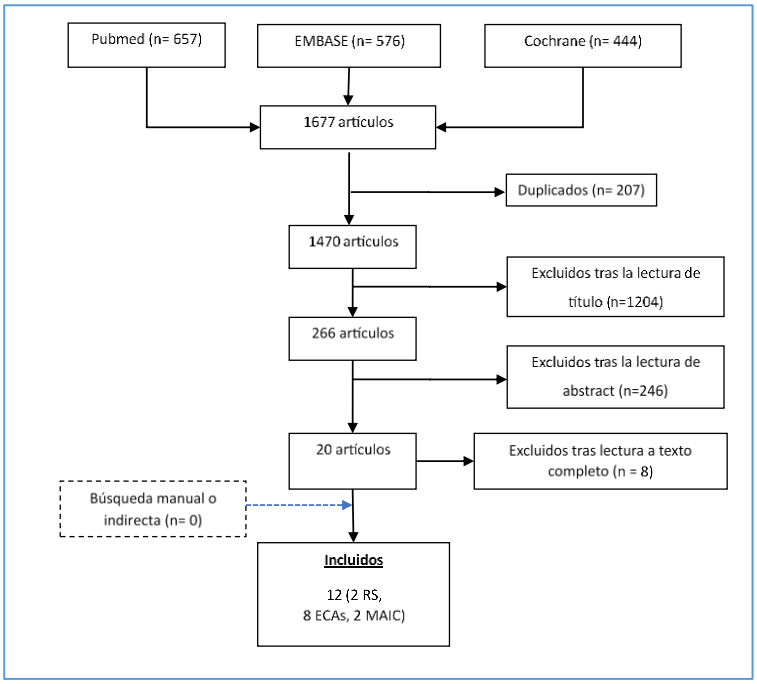
AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp OR 'cross sectional studies'/exp OR 'observational study'/exp OR 'case control studies'/exp OR 'case report'/exp)

Cochrane Library: 444 resultados

ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Arthritis, Psoriatic] explode all trees 540
#2 ("psoriatic arthritis" OR "Arthritis Psoriatic" OR "Arthritic Psoriasis" OR "psoriasis arthritis" OR "psoriatic arthropath*" OR “Arthropathy psoria*” OR “arthritis psoriatica” OR “Psoriatic rheumatism”):ti,ab,kw 2729
#3 (arthritis NEAR/3 "Psoriasis") OR (Psoria* NEAR/3 arthritis) 2948
#4 #1 OR #2 OR #3 2951
#5 MeSH descriptor: [Interleukin-17] explode all trees 223
#6 MeSH descriptor: [Receptors, Interleukin-17] explode all trees 17
#7 ("interleukin 17" OR IL-17 OR interleukin-17 OR "IL 17" OR "ixekizumab" OR "secukinumab" OR 'cosentyx' OR "brodalumab" OR "bimekizumab"):ti,ab,kw 3871
#8 MeSH descriptor: [Ustekinumab] explode all trees 243
#9 ("Interleukin 12-23" OR “Interleukin 12/23” OR "IL-12-23" OR "interleukin-12-23" OR "IL-12-23 inhibitor*" OR "IL 12-23" OR "IL 12,23" OR "IL 12/23" OR Ustekinumab OR Stelara):ti,ab,kw 1123
#10 #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 4758
#11 MeSH descriptor: [Interleukin-23] explode all trees 108
#12 (“interleukin-23” OR “Interleukin 23” OR “IL-23” OR “IL 23” OR "risankizumab" OR "guselkumab" OR "tildrakizumab") 6046
#13 #11 OR #12 6060
#14 MeSH descriptor: [Janus Kinases] explode all trees 160
#15 MeSH descriptor: [Janus Kinase Inhibitors] explode all trees 105
#16 (“janus kinase*” OR JAK OR jakinibs OR Jakavi OR “janus associated kinase*” OR Jakavi OR “janus tyrosine kinase” OR “protein tyrosine kinase janus” OR tsDMARD* OR “targeted synthetic DMARD*" OR “targeted synthetic DMARD" OR Tofacitinib OR “tasocitinib" OR “Xeljanz" OR upadacitinib OR Rinvoq OR deucravacitinib):ti,ab,kw 3885
#17 #14 OR #15 OR #16 3891
#18 #10 OR #13 OR #17 12858
#19 #4 AND #18 1381
#20 MeSH descriptor: [Receptors, Tumor Necrosis Factor] explode all trees 1366
#21 MeSH descriptor: [Antibodies, Monoclonal] explode all trees 16064
#22 MeSH descriptor: [Tumor Necrosis Factor-alpha] explode all trees 3332

#23 ("tumor necrosis factor-alpha antagonists" OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitor*" OR "anti-tumor necrosis factor-alpha" OR "anti-tnf alpha" OR “anti-TNF” OR “anti-tumor necrosis factor alpha” OR “anti TNF alpha” OR “TNF alpha inhibitor*”):ab,ti,kw 997
#24 MeSH descriptor: [Infliximab] explode all trees 802
#25 MeSH descriptor: [Etanercept] explode all trees811
#26 MeSH descriptor: [Adalimumab] explode all trees 882
#27 MeSH descriptor: [Certolizumab Pegol] explode all trees 187
#28 (infliximab OR remicade OR avakine OR etanercept OR enbrel OR tunex OR adalimumab OR humira OR certolizumab OR cimzia OR golimumab OR simponi):ti,ab,kw 8432
#29 #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 25688
#30 #19 AND #29 444

Diagrama de flujo de los artículos



Extra-musculoskeletal manifestations

Clinical question

In PsA, what is the efficacy of bDMARDs and tsDMARDs in treating extra-musculoskeletal manifestations (uveitis, psoriasis and IBD)?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: metanálisis o revisiones sistemáticas de ECA, ECA.

Medline (Pubmed): 2893 resultados

("Arthritis, Psoriatic"[Mesh] OR "Arthritis Psoriatic"[Title/Abstract] OR "Arthritic Psoriasis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriasis arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthropath*”[Title/Abstract] OR “Arthropathy psoria*”[Title/Abstract] OR “arthritis psoriatica”[Title/Abstract] OR “Psoriatic rheumatism”[Title/Abstract])

AND

(("Interleukin-17"[Mesh] OR "Receptors, Interleukin-17"[Mesh] OR “Interleukin 17”[Title/Abstract] OR IL-17[Title/Abstract] OR interleukin-17[Title/Abstract] OR "IL-17 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL-17 blocker*"[Title/Abstract] OR "IL-17"[Title/Abstract] OR "IL 17"[Title/Abstract] OR "ixekizumab"[Supplementary Concept] OR "ixekizumab"[Title/Abstract] OR taltz[Title/Abstract] OR "secukinumab"[Supplementary Concept] OR "secukinumab"[Title/Abstract] OR cosentyx[Title/Abstract] OR "brodalumab"[Supplementary Concept] OR "brodalumab"[Title/Abstract] OR lumicef[Title/Abstract] OR siliq[Title/Abstract] OR "kyntheum"[Title/Abstract] OR "bimekizumab"[Supplementary Concept] OR "bimekizumab"[Title/Abstract] OR bimzel*[Title/Abstract])

OR

("Interleukin-23"[Mesh] OR “interleukin-23”[Title/Abstract] OR “Interleukin 23”[Title/Abstract] OR “IL-23”[Title/Abstract] OR “IL 23”[Title/Abstract] OR "risankizumab"[Supplementary Concept] OR "risankizumab"[Title/Abstract] OR skyrizi[Title/Abstract] OR "guselkumab"[Supplementary Concept] OR "guselkumab"[Title/Abstract] OR tremfya[Title/Abstract] OR "tildrakizumab"[Supplementary Concept] OR "tildrakizumab"[Title/Abstract] OR ilumetri[Title/Abstract] OR ilumya[Title/Abstract])

OR ("APY0201" [Supplementary Concept] OR “Interleukin 12-23”[Title/Abstract] OR “IL-12-23”[Title/Abstract] OR “interleukin-12-23”[Title/Abstract] OR "IL-12-23 inhibitor*"[Title/Abstract] OR "IL 12-23"[Title/Abstract] OR "IL 12,23"[Title/Abstract] OR "IL 12/23"[Title/Abstract] OR "Ustekinumab"[Mesh] OR "Ustekinumab"[Title/Abstract] OR Stelara[Title/Abstract] OR Abatacept)

OR ("Janus Kinases"[Mesh] OR "Janus Kinase Inhibitors"[Mesh] OR “janus kinase”[Title/Abstract] OR JAK[Title/Abstract] OR “jakinibs”[Title/Abstract] OR “janus associated kinase*”[Title/Abstract] OR Jakavi[Title/Abstract] OR “janus tyrosine kinase”[Title/Abstract] OR “protein tyrosine kinase janus”[Title/Abstract] OR

tsDMARD*[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARDs"[Title/Abstract] OR “targeted synthetic DMARD"[Title/Abstract] OR

"tofacitinib"[Supplementary Concept] OR “tofacitinib"[Title/Abstract] OR “tasocitinib"[Title/Abstract] OR “Xeljanz"[Title/Abstract] OR

"upadacitinib"[Supplementary Concept] OR "upadacitinib"[Title/Abstract] OR Rinvoq[Title/Abstract] OR "GLPG0634"[Supplementary Concept] OR "GLPG0634"[All Fields] OR "filgotinib"[All Fields] OR "deucravacitinib"[Supplementary Concept] OR "deucravacitinib"[All Fields] OR "apremilast"[Supplementary Concept] OR "apremilast"[All Fields])

OR

("Receptors, Tumor Necrosis Factor"[Mesh] OR "Antibodies, Monoclonal"[Mesh] OR "Tumor Necrosis Factor-alpha/antagonists and inhibitors"[Mesh] OR "tumor necrosis factor-alpha antagonists"[Title/Abstract] OR "tumor necrosis factor-alpha inhibitor*"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor-alpha"[Title/Abstract] OR “anti-tumor necrosis factor agent”[All Fields] OR "anti-tnf alpha"[Title/Abstract] OR "anti-TNF"[Title/Abstract] OR "anti-tumor necrosis factor alpha"[Title/Abstract] OR "anti TNF alpha"[Title/Abstract] OR "TNF alpha inhibitor*"[Title/Abstract]

OR "infliximab"[Mesh] OR infliximab[Title/Abstract] OR remicade[Title/Abstract] OR avakine[All Fields] OR

"Etanercept"[Mesh] OR etanercept[All Fields] OR enbrel[All Fields] OR tunex[All Fields] OR

"adalimumab"[Mesh] OR adalimumab[Title/Abstract] OR humira[All Fields] OR

"certolizumab pegol"[Mesh] OR certolizumab[All Fields] OR cimzia[Title/Abstract] OR

"golimumab"[Supplementary Concept] OR golimumab[All Fields] OR simponi[All Fields]))

AND

("uveitis"[MeSH Terms] OR "uveitis"[All Fields] OR "uveitides"[All Fields] OR uveitis OR psoria* OR "inflammatory bowel diseases"[MeSH Terms] OR "inflammatory bowel diseases"[All Fields] OR "inflammatory bowel disease"[All Fields] OR "IBD"[All Fields] OR "crohn"[All Fields] OR "crohn s"[All Fields] OR " crohn’s"[All Fields] OR "crohns"[All Fields] OR "colitis, ulcerative"[MeSH Terms] OR "ulcerative colitis"[All Fields])

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("cross sectional studies"[MeSH Terms] OR "observational study"[Publication Type] OR "case reports"[Publication Type] OR "case control studies"[MeSH Terms] OR "Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

Embase (Elsevier): 621 resultados

('Arthritis, Psoriatic'/exp OR 'psoriatic arthritis'/exp OR 'arthritis psoriatic'/exp OR 'arthritis psoriatic':ab,ti OR 'Arthritic Psoriasis':ti,ab OR 'psoriatic arthritis':ti,ab OR 'psoriatic

arthropathy'/exp OR 'psoriatic arthropathy':ab,ti OR 'psoriatic arthropath*':ti,ab OR 'Arthropathy psoria*':ti,ab OR 'psoriasis arthritis'/exp OR 'psoriasis arthritis':ti,ab OR 'arthritis psoriatica':ti,ab OR 'Psoriatic rheumatism':ti,ab)

AND

(('interleukin 17'/exp OR 'ctla 8':ti,ab OR 'ctla8':ti,ab OR 'il-17':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated antigen 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte associated protein 8':ti,ab OR 'cytotoxic t lymphocyte protein 8':ti,ab OR 'il 17a':ti,ab OR 'interleukin 17':ti,ab OR 'interleukin 17a':ti,ab OR 'interleukin-17':ti,ab OR 'ixekizumab'/exp OR 'ixekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'ly 2439821':ti,ab,tn,dn OR 'ly2439821':ti,ab,tn,dn OR 'taltz':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab'/exp OR 'ain 457':ti,ab,tn,dn OR 'ain457':ti,ab,tn,dn OR 'bat 2306':ti,ab,tn,dn OR 'bat2306':ti,ab,tn,dn OR 'cosentyx':ti,ab,tn,dn OR 'kb 03303a':ti,ab,tn,dn OR 'kb03303a':ti,ab,tn,dn OR 'scapho':ti,ab,tn,dn OR 'secukinumab':ti,ab,tn,dn OR 'ts 1808':ti,ab,tn,dn OR 'ts1808':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab'/exp OR 'amg 827':ti,ab,tn,dn OR 'amg827':ti,ab,tn,dn OR 'brodalumab':ti,ab,tn,dn OR 'khk 4827':ti,ab,tn,dn OR 'khk4827':ti,ab,tn,dn OR 'kyntheum':ti,ab,tn,dn OR 'lumicef':ti,ab,tn,dn OR 'siliq':ti,ab,tn,dn OR 'bimekizumab'/exp OR 'bimekizumab':ti,ab,tn,dn OR 'bimzelx':ti,ab,tn,dn OR 'cdp 4940':ti,ab,tn,dn OR 'cdp4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb 4940':ti,ab,tn,dn OR 'ucb4940':ti,ab,tn,dn) OR

('interleukin 23'/exp OR IL-23:ti,ab OR 'il 23':ti,ab OR 'interleukin 23':ti,ab OR 'interleukin-23':ti,ab OR 'risankizumab'/exp OR 'abbv 066':ti,ab,tn,dn OR 'abbv066':ti,ab,tn,dn OR 'bi 655066':ti,ab,tn,dn OR 'bi655066':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'risankizumab-rzaa':ti,ab,tn,dn OR 'skyrizi':ti,ab,tn,dn OR 'guselkumab'/exp OR 'cnto 1959':ti,ab,kw OR 'cnto1959':ti,ab,kw OR 'guselkumab':ti,ab,kw OR 'tremfya':ti,ab,kw OR 'tildrakizumab'/exp OR 'ilumetri':ti,ab,tn,dn OR 'ilumya':ti,ab,tn,dn OR 'mk 3222':ti,ab,tn,dn OR 'mk3222':ti,ab,tn,dn OR 'sch 900222':ti,ab,tn,dn OR 'sch900222':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg 1623':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1622':ti,ab,tn,dn OR 'sunpg1623':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab asmn':ti,ab,tn,dn OR 'tildrakizumab-asmn':ti,ab,tn,dn)

OR ('janus kinase'/exp OR 'jak protein' OR 'janus kinase':ti,ab OR 'janus kinases' OR 'janus tyrosine kinase' OR 'protein jak' OR 'protein tyrosine kinase janus' OR 'protein tyrosine kinase janus kinase' OR 'tyrosine kinase janus kinase' OR “janus associated kinase”:ab,ti OR Jakavi:ab,ti OR JAK:ab,ti OR “jakinibs”:ab,ti OR tsDMARD*:ab,ti OR “targeted synthetic DMARDs":ab,ti OR “targeted synthetic DMARD":ab,ti OR

'tofacitinib'/exp OR '1 cyanoacetyl 4 methyl n methyl n (1h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) 3 piperidinamine' OR '3 [4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] 1 piperidinyl] 3 oxopropanenitrile' OR '4 [n [1 (2 cyano 1 oxoethyl) 4 methyl 3 piperidinyl] n methylamino] pyrrolo [2, 3 d] pyrimidine' OR '4 methyl 3 [methyl (7h pyrrolo [2, 3 d] pyrimidin 4 yl) amino] beta oxo 1 piperidinepropanenitrile' OR 'cp 690 550' OR 'cp 690, 550' OR 'cp 690550' OR 'cp 690550 10' OR 'cp 690550-10' OR 'cp690 550' OR 'cp690, 550' OR 'cp690550' OR 'cp690550 10' OR 'cp690550-10' OR 'tasocitinib':ab,ti OR 'tasocitinib citrate' OR 'tofacitinib' OR 'tofacitinib citrate' OR 'xeljanz':ab,ti OR 'xeljanz xr' OR

'upadacitinib'/exp OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1 pyrrolidinecarboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) 1

pyrrolidinecarboxamide tartrate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR '3 ethyl 4 (3h imidazo [1, 2 a] pyrrolo [2, 3 e] pyrazin 8 yl) n (2, 2, 2 trifluoroethyl) pyrrolidine 1 carboxamide tartrate' OR 'abt 494' OR 'abt494' OR 'rinvoq' OR 'upadacitinib' OR 'upadacitinib 2, 3 dihydroxybutanedioate' OR 'upadacitinib hemihydrate' OR 'upadacitinib hydrate' OR 'upadacitinib tartrate' OR

'deucravacitinib'/exp OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropanecarbonylamino) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (trideuteriomethyl) pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 (cyclopropylcarboxamide) 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [[2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) phenyl] amino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl d3) 3 pyridazinecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) 3 pyridazinecarboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n (methyl) pyridazine 3 carboxamide h 3':ti,ab,tn,dn OR '6 [(cyclopropylcarbonyl) amino] 4 [2 methoxy 3 (1 methyl 1h 1, 2, 4 triazol 3 yl) anilino] n [(2h3) methyl] pyridazine 3 carboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms 986165 01':ti,ab,tn,dn OR 'bms 98616501':ti,ab,tn,dn OR 'bms986165':ti,ab,tn,dn OR 'bms98616501':ti,ab,tn,dn OR 'deucravacitinib':ti,ab,tn,dn OR 'tyk2-in-4':ti,ab,tn,dn OR

'filgotinib'/exp OR 'filgotinib':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib hydrochloride':ti,ab,tn,dn OR 'filgotinib maleate':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g 146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034':ti,ab,tn,dn OR 'g146034 101':ti,ab,tn,dn OR 'g146034-101':ti,ab,tn,dn OR 'glpg 0634':ti,ab,tn,dn OR

'glpg0634':ti,ab,tn,dn OR 'gs 6034':ti,ab,tn,dn OR 'gs6034':ti,ab,tn,dn OR 'jyseleca':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 (1, 1 dioxothiomorpholinomethyl) phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxido 4 thiomorpholinyl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide 2 butenedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] 1, 2, 4 triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide':ti,ab,tn,dn OR 'n [5 [4 [(1, 1 dioxothiomorpholin 4 yl) methyl] phenyl] [1, 2, 4] triazolo [1, 5 a] pyridin 2 yl] cyclopropanecarboxamide but 2 enedioate':ti,ab,tn,dn)

OR ('apremilast'/exp OR 'ap 506':ti,ab,kw OR 'ap506':ti,ab,kw OR 'apremilast':ti,ab,kw OR 'cc 10004':ti,ab,kw OR 'cc10004':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methanesulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 1, 3 dioxo 2, 3 dihydro 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 1h isoindol 4 yl] acetamide':ti,ab,kw OR 'n [2 [1 (3 ethoxy 4 methoxyphenyl) 2 (methylsulfonyl) ethyl] 2, 3 dihydro 1, 3 dioxo 4 (1h) isoindolyl] acetamide':ti,ab,kw OR 'otezla':ti,ab,kw))

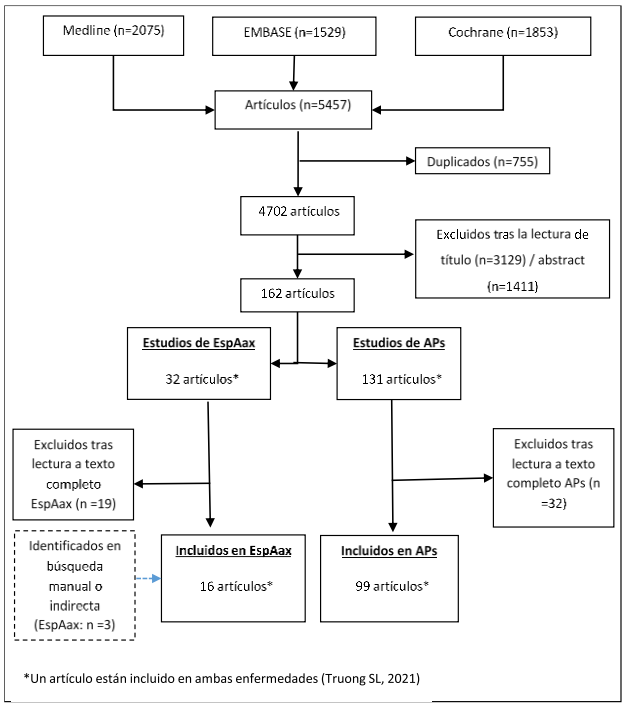
AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp OR 'cross sectional studies'/exp OR 'observational study'/exp OR 'case control studies'/exp OR 'case report'/exp)

Cochrane Library: 1411 resultados

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Arthritis, Psoriatic] explode all trees	542
#2	("psoriatic arthritis" OR "Arthritis Psoriatic" OR "Arthritic Psoriasis" OR "psoriasis arthritis" OR "psoriatic arthropath*" OR “Arthropathy psoria*” OR “arthritis psoriatica” OR “Psoriatic rheumatism” OR “arthritis psoriatica”):ti,ab,kw	2738
#3	(arthritis NEAR/3 "Psoria*"):ti,ab,kw OR (Psoria* NEAR/3 arthritis):ti,ab,kw	2826
#4	#1 OR #2 OR #3	2829
#5	MeSH descriptor: [Interleukin-17] explode all trees	223
#6	MeSH descriptor: [Receptors, Interleukin-17] explode all trees	17

#7 ("interleukin 17" OR IL-17 OR interleukin-17 OR "IL 17" OR "ixekizumab" OR "secukinumab" OR 'cosentyx' OR "brodalumab" OR "bimekizumab"):ti,ab,kw 3882
#8 #5 OR #6 OR #7 3882
#9 MeSH descriptor: [Interleukin-23] explode all trees 109
#10 ("interleukin-23" OR "Interleukin 23" OR "IL-23" OR "IL 23" OR "risankizumab" OR "guselkumab" OR "tildrakizumab") 6059
#11 #9 OR #10 6073
#12 MeSH descriptor: [Janus Kinases] explode all trees 160
#13 MeSH descriptor: [Janus Kinase Inhibitors] explode all trees 105
#14 ("janus kinase*" OR JAK OR jakinibs OR Jakavi OR "janus associated kinase*" OR Jakavi OR "janus tyrosine kinase" OR "protein tyrosine kinase janus" OR tsDMARD* OR "targeted synthetic DMARD*" OR "targeted synthetic DMARD" OR Tofacitinib OR "tasocitinib" OR "Xeljanz" OR upadacitinib OR Rinvoq OR "GLPG0634" OR "filgotinib" OR deucravacitinib OR apremilast):ti,ab,kw 4554
#15 #12 OR #13 OR #14 4560
#16 #8 OR #11 OR #15 12839
#17 #4 AND #16 1411

Diagrama de flujo de los artículos



Obesity and smoking

Clinical question

In PsA, do obesity and/or smoking increase disease activity, accelerate radiographic progression of structural damage and impair treatment response?

En cuanto al diseño de estudios se han considerado para su inclusión: subanálisis de ensayos clínicos, cohortes de expuestos vs. no expuestos, casos y controles.

Medline (Pubmed): 1397 resultados

(("Arthritis, Psoriatic"[Mesh] OR "Arthritis Psoriatic"[Title/Abstract] OR "Arthritic Psoriasis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriasis arthritis"[Title/Abstract] OR “psoriatic arthropath*”[Title/Abstract] OR “Arthropathy psoria*”[Title/Abstract] OR “arthritis psoriatica”[Title/Abstract] OR “Psoriatic rheumatism”[Title/Abstract]) OR ("Axial Spondyloarthritis"[Mesh] OR "Spondylitis, Ankylosing"[Mesh] OR "Spondylitis Ankylosing"[Title/Abstract:~2] OR “axSpA”[Title/Abstract] OR “axial SpA”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylitis”[Title/Abstract:~2] OR “axial spondyloarthritis”[Title/Abstract:~2] OR "non-radiographic axial spondyloarthritis"[Title/Abstract:~2] OR "nr-axSpA"[All Fields] OR “axial Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis Ankylosing”[Title/Abstract:~2] OR “Spondylitis rheumatic”[Title/Abstract:~2] OR “Ankylosing Spondylarthritides”[Title/Abstract:~2]))

AND

(("cigarett*"[All Fields] OR “cigar*”[Title/Abstract] OR “snuff”[Title/Abstract] OR "tobacco products"[MeSH Terms] OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "tobacco product*"[All Fields] OR "tobacco"[MeSH Terms] OR "tobacc*"[Title/Abstract] OR "Smoke"[Mesh] OR "Smokers"[Mesh] OR "smok*"[Title/Abstract] OR "smoking"[MeSH Terms] OR “Smoke Exposure”[Title/Abstract] OR Vaper[Title/Abstract] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh] OR “nicotine”[Title/Abstract])

OR

("overweight"[MeSH Terms] OR "overweight*"[All Fields] OR “body mass"[Title/Abstract] OR “body weight"[Title/Abstract] OR "body mass index"[Title/Abstract] OR BMI[Title/Abstract] OR "body mass index"[MeSH Terms] OR "body Weight"[Title/Abstract] OR "obesity"[MeSH Terms] OR "obese*"[All Fields] OR "obesit*"[All Fields]))

NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh]))

NOT ("Clinical Conference"[Publication Type] OR "Congress"[Publication Type] OR "Consensus Development Conference"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Published Erratum"[Publication Type] OR "Letter"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])

Embase (Elsevier): 2277 resultados

(('Arthritis, Psoriatic'/exp OR 'psoriatic arthritis'/exp OR 'arthritis psoriatic'/exp OR 'arthritis psoriatic':ab,ti OR 'Arthritic Psoriasis':ti,ab OR 'psoriatic arthritis':ti,ab OR 'psoriatic arthropathy'/exp OR 'psoriatic arthropathy':ab,ti OR 'psoriatic arthropath*':ti,ab OR 'Arthropathy psoria*':ti,ab OR 'psoriasis arthritis'/exp OR 'psoriasis arthritis':ti,ab OR 'arthritis psoriatica':ti,ab OR 'Psoriatic rheumatism':ti,ab) OR ('axial spondyloarthritis'/exp OR 'axspa (spondyloarthritis)':ti,ab OR 'axial spondylarthritis':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis'/exp OR 'Spondylitis Ankylosing':ti,ab OR 'ankylosing spondylitis':ti,ab OR axSpA:ti,ab OR 'axial SpA':ti,ab OR 'axial spondyloarthritis':ab,ti OR 'non-radiographic axial spondyloarthritis':ti,ab OR nr-axSpA OR 'axial Ankylosing':ti,ab OR 'Spondylitis rheumatic':ab,ti OR 'Ankylosing Spondylarthritides':ti,ab OR (axial NEAR/3 spondyl*) OR (axial NEAR/3 Ankylosing*)))

AND

('cigarette smoking'/exp OR 'cigarette smoker':ti,ab,kw OR 'cigarette smoking':ti,ab,kw OR 'smoking, cigarette':ti,ab,kw OR 'cigarette'/exp OR 'cigarett*':ti,ab,kw OR “cigar*” OR 'filter cigarette':ti,ab,kw OR 'tobacco snuff'/exp OR 'snuff':ti,ab,kw OR 'snuff tobacco':ti,ab,kw OR 'tobacco snuff':ti,ab,kw OR 'tobacco use'/exp OR 'tobacco usage':ti,ab,kw OR 'tobacco use':ti,ab,kw OR "tobacco product*":ti,ab,kw OR

'tobacco dependence'/exp OR 'dependence, tobacco':ti,ab,kw OR 'nicotine abuse':ti,ab,kw OR 'nicotine addiction':ti,ab,kw OR 'nicotine dependence':ti,ab,kw OR 'nicotine dependency':ti,ab,kw OR 'nicotinism':ti,ab,kw OR 'tobacco abuse':ti,ab,kw OR 'tobacco addiction':ti,ab,kw OR 'tobacco dependence':ti,ab,kw OR 'tobacco dependency':ti,ab,kw OR 'tobacco use disorder':ti,ab,kw OR 'tobaccoism':ti,ab,kw OR 'tobacco'/exp OR 'condensate, tobacco':ti,ab,kw OR 'tobacc*':ti,ab,kw OR 'tobacco condensate':ti,ab,kw OR 'tobacco constituent':ti,ab,kw OR 'tobacco product':ti,ab,kw OR 'tobacco products':ti,ab,kw OR 'tobacco smoke condensate':ti,ab,kw OR 'tobacco smoke extract':ti,ab,kw OR 'tobacco smoke residue':ti,ab,kw OR 'smoke'/exp OR 'smok*':ti,ab,kw OR 'smoking'/exp OR 'behavior, smoking':ti,ab,kw OR 'behaviour, smoking':ti,ab,kw OR 'reverse smoking':ti,ab,kw OR 'smoker':ti,ab,kw OR 'smokers':ti,ab,kw OR 'smoking':ti,ab,kw OR 'smoking behavior':ti,ab,kw OR 'smoking behaviour':ti,ab,kw OR 'tobacco smoking':ti,ab,kw OR 'smoke exposure'/exp OR 'smoking cessation'/exp OR 'abstination, smoking':ti,ab,kw OR 'abstinence from nicotine':ti,ab,kw OR 'abstinence from smoking':ti,ab,kw OR 'abstinence from tobacco':ti,ab,kw OR 'cessation, smoking':ti,ab,kw OR 'dehabituation, smoking':ti,ab,kw OR 'nicotine abstination':ti,ab,kw OR 'nicotine abstinence':ti,ab,kw OR 'nicotine cessation':ti,ab,kw OR 'nicotine withdrawal':ti,ab,kw OR 'quit smoking':ti,ab,kw OR 'smoking abstinence':ti,ab,kw OR 'smoking cessation':ti,ab,kw OR 'smoking dehabituation':ti,ab,kw OR 'smoking, stopping':ti,ab,kw OR 'stop smoking':ti,ab,kw OR 'stopping smoking':ti,ab,kw OR 'tobacco use cessation':ti,ab,kw OR 'nicotine'/exp OR nicotine:ti,ab,kw OR Vaper:ti,ab,kw

OR

'body mass'/exp OR 'bmi':ti,ab,kw OR 'quetelet index':ti,ab,kw OR 'body ban mass':ti,ab,kw OR 'body mass':ti,ab,kw OR 'body mass index':ti,ab,kw OR 'body weight'/exp OR 'body weight':ti,ab,kw OR 'total body weight':ti,ab,kw OR 'weight, body':ti,ab,kw OR 'obesity'/exp OR 'adipose tissue hyperplasia':ti,ab,kw OR 'adipositas':ti,ab,kw OR 'adiposity':ti,ab,kw OR

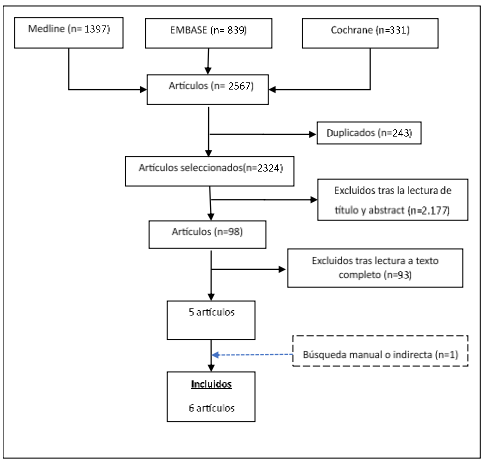
'alimentary obesity':ti,ab,kw OR 'body weight, excess':ti,ab,kw OR 'corpulency':ti,ab,kw OR 'fat overload syndrome':ti,ab,kw OR 'nutritional obesity':ti,ab,kw OR 'obesitas':ti,ab,kw OR 'obesit*':ti,ab,kw OR "obese*":ti,ab,kw OR 'overweight*':ti,ab,kw)

AND [embase]/lim NOT [medline]/lim NOT ('animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)) NOT ([conference abstract]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [erratum]/lim OR [letter]/lim OR [note]/lim OR [short survey]/lim OR 'consensus development'/exp)

Cochrane Library: 331 resultados

ID Search Hits
#1 MeSH descriptor: [Axial Spondyloarthritis] explode all trees 835
#2 ("Spondylitis Ankylosing" OR "axial SpA" OR "axSpA" OR "Ankylosing Spondylitis" OR "axial spondyloarthritis" OR "axial Ankylosing" OR "non radiographic axial spondyloarthritis" OR nr-axSpA OR axspa OR "Spondylitis rheumatic" OR "Ankylosing Spondylarthritides"):ti,ab,kw 2810
#3 (axial NEAR/3 spondyl*):ti,ab,kw OR (axial NEAR/3 Ankylosing*):ti,ab,kw 820
#4 MeSH descriptor: [Arthritis, Psoriatic] explode all trees 628
#5 ("psoriatic arthritis" OR "Arthritis Psoriatic" OR "Arthritic Psoriasis" OR "psoriasis arthritis" OR "psoriatic arthropath*" OR “Arthropathy psoria*” OR “arthritis psoriatica” OR “Psoriatic rheumatism” OR “arthritis psoriatica”):ti,ab,kw 2809
#6 (arthritis NEAR/3 "Psoria*"):ti,ab,kw OR (Psoria* NEAR/3 arthritis):ti,ab,kw 2899
#7 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 5258
#8 MeSH descriptor: [Tobacco Products] explode all trees 646
#9 MeSH descriptor: [Tobacco Use Disorder] explode all trees 2016
#10 MeSH descriptor: [Tobacco Use] explode all trees 506
#11 MeSH descriptor: [Tobacco] explode all trees 286
#12 MeSH descriptor: [Tobacco Use Cessation] explode all trees 153
#13 MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees 524
#14 MeSH descriptor: [Smokers] explode all trees 658
#15 MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees 524
#16 MeSH descriptor: [Obesity] explode all trees 18204
#17 MeSH descriptor: [Overweight] explode all trees 21526
#18 MeSH descriptor: [Body Mass Index] explode all trees 12344
#19 ("cigarett*" OR “cigar*” OR “snuff” OR "tobacco product*" OR "tobacc*" OR "smok*" OR “Smoke Exposure” OR Vaper OR “nicotine”):ti,ab,kw 8739
#20 ("overweight*" OR “body mass" OR "body weight” OR BMI OR "obese*" OR "obesit*"):ti,ab,kw 140113
#21 #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 152787
#22 #7 AND #21 331

Diagrama de flujo de los artículos



4. GRADE Evidence tables to support the updated recommendations

Treatment of Axial Spondyloarthritis

Biologic DMARD or JAK inhibitor therapy compared to placebo

Clinical question

In axSpA, what is the efficacy of IL-17 and JAK inhibitors compared to placebo?

Secukinumab vs placebo espondiloartritis axial

Pregunta: Secukinumab 150 mg y 300 mg/4 semanas comparado con placebo para espondiloartritis axial

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Secukinumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento: 16 semanas)												
5 estudios (9–13) para dosis 150 mg y 1 estudio (9) para dosis 300 mg	ECA	Incierto en uno de los ECA (Pavelka, el único con dosis de 300)	no es serio	Es directa	no es serio	a, b, c	Dosis 150 mg: 751 Dosis 300 mg: 76	Dosis 150 mg: 602 Dosis 300 mg: 76	SEC 150 mg: RR 1,39 (1,25 a 1,56) SEC 300 mg: RR 1,64 (1,16 a 2,32)	SEC 150 mg: 166 más por mil (de 104 a 235 más) SEC 300 mg: 237 más por mil (de 60 a 487 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	crítica
ASAS40 (seguimiento: 16 semanas)												

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Secukinumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
5 estudios (9–13) para dosis 150 mg y 1 estudio (9) para dosis 300 mg	ECA	Incierto en uno de los ECA (Pavelka)	no es serio	Es directa	no es serio	a, b, c	Dosis 150 mg: 751 Dosis 300 mg: 76	Dosis 150 mg: 602 Dosis 300 mg: 76	SEC 150 mg: RR 1,76 (1,49 a 2,08) SEC 300 mg: RR 1,74 (1,05 a 2,87)	SEC 150 mg: 180 más por mil (de 116 a 255 más) SEC 300 mg: 179 más por mil (de 12 a 452 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	critica
BASDAI50 (seguimiento: 16 semanas)												
2 estudios: (12,13)	ECA	no es serio	no es serio	Es directa	no es serio	a, c	150 mg: 255	256	RR 1,68 (1,26 a 2,23)	146 más por mil (de 56 a 265 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	importante
BASFI (mejoría media) a las 16 semanas												
1 estudio (12)	ECA	No es serio	NA	Es directa	No es serio	Reportado como variable continua, sin punto de corte	184	186	P=0,014	SEC: -1,64 (0,20) PBO: -1,01 (0,21)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante
ASDAS LDA a 8 semanas												
1 estudio (7)	ECA	No es serio	NA	Es directa	No es serio		150 mg: 285	90	RR 1,89 (1,18 – 3,04)	159 más por mil (de 32 a 363 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante
ASDAS ID a las 8 semanas												
3 estudios (7,11,13)	ECA	No es serio	No es serio	Es directa	No es serio	c	150 mg: 774	429	RR 2,70 (1,77 – 4,13)	95 más por mil (de 43 a 175 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; SEC, Secukinumab;

Explicaciones:

a. El estudio de Kiltz es en EspA radiográfica es un abstract del congreso EULAR, por eso se ha bajado la evidencia en algunos desenlaces. Tiene 2 grupos SEC con retirada temprana o retardada de AINE. Se ha cogido el grupo de retirada retardada (4 sem) por ser lo habitual en práctica clínica.

b. Se ha bajado evidencia por incluir estudio de Kiltz (abstract congreso EULAR) y porque la aleatorización en estudio de Pavelka que no está del todo clara.

c. El estudio de Deodhar es en EspA axial no radiográfica. Tiene dos grupos SEC, con y sin primera dosis IV. Se ha cogido el grupo de SEC sin primera dosis IV, por ser lo habitual en práctica clínica

Referencias:

7. Poddubnyy D, Pournara E, Zielińska A, Baranauskaite A, Jiménez AM, Sadhu S, et al. Rapid improvement in spinal pain in patients with axial spondyloarthritis treated with secukinumab: primary results from a randomized controlled phase-IIIb trial. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2021;13:1759720x211051471.
9. Pavelka K, Kivitz A, Dokoupilova E, Blanco R, Maradiaga M, Tahir H, et al. Efficacy, safety, and tolerability of secukinumab in patients with active ankylosing spondylitis: a randomized, double-blind phase 3 study, MEASURE 3. Arthritis Res Ther. 22 de diciembre de 2017;19(1):285.
10. Kivitz AJ, Wagner U, Dokoupilova E, Supronik J, Martin R, Talloczy Z, et al. Efficacy and Safety of Secukinumab 150 mg with and Without Loading Regimen in Ankylosing Spondylitis: 104-week Results from MEASURE 4 Study. Rheumatol Ther. 2018;5(2):447-62.
11. Huang F, Sun F, Wan WG, Wu LJ, Dong LL, Zhang X, et al. Secukinumab provided significant and sustained improvement in the signs and symptoms of ankylosing spondylitis: results from the 52-week, Phase III China-centric study, MEASURE 5. Chin Med J (Engl). 5 de noviembre de 2020;133(21):2521-31.
12. Kiltz U, Baraliakos X, Brandt-Juergens J, Wagner U, Lieb S, Sieder C, et al. Evaluation of the nonsteroidal anti-inflammatory drug-sparing effect of secukinumab in patients with ankylosing spondylitis: results of the multicenter, randomised, double-blind, phase iv astrumtrial. Ann Rheum Dis. 2021;80(SUPPL 1):714-715.
13. Deodhar A, Blanco R, Dokoupilová E, Hall S, Kameda H, Kivitz AJ, et al. Improvement of Signs and Symptoms of Nonradiographic Axial Spondyloarthritis in Patients Treated With Secukinumab: Primary Results of a Randomized, Placebo-Controlled Phase III Study. Arthritis Rheumatol Hoboken NJ. 2021;73(1):110-20.

Secukinumab vs placebo en manifestaciones axiales de la artritis psoriásica

Pregunta: Secukinumab 150 mg y 300 mg/ 4 semanas comparado con placebo para manifestaciones axiales de la artritis psoriásica

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Secukinumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento: 12 semanas)												
1 (25)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		SEC 300 mg: 167 ptes SEC 150 mg: 165 ptes	166	SEC 150 mg: RR 2,15 (1,67 a 2,77) SEC 300 mg: RR 2,02 (1,56 a 2,61)	SEC 150 mg: 353 más por mil (de 206 a 544 más) SEC 300 mg: 317 más por mil (de 175 a 501 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento: 12 semanas)												
1 (25)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		SEC 300 mg: 167 ptes SEC 150 mg: 165 ptes	166	SEC 150 mg: RR 3,20 (2,03 a 5,04) SEC 300 mg: RR 3,55 (2,27 a 5,54)	SEC 150 mg: 273 más por mil (de 128 a 502 más) SEC 300 mg: 317 más por mil (de 158 a 564 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	critica
BASDAI50 (seguimiento: 12 semanas)												

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Secukinumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
1 (25)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		SEC 300 mg: 167 ptes SEC 150 mg: 165 ptes	166	SEC 150 mg: RR 3,59 (2,03 a 5,69) SEC 300 mg: RR 3,81 (2,30 a 6,32)	SEC 150 mg: 234 más por mil (de 100 a 457 más) SEC 300 mg: 274 más por mil (de 127 a 519 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza;; SEC, Secukinumab; NA, no aplica

Referencias:

25. Baraliakos X, Gossec L, Pournara E, Jeka S, Mera-Varela A, D'Angelo S, et al. Secukinumab in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations: results from the double-blind, randomised, phase 3 MAXIMISE trial. Ann Rheum Dis. 2021;80(5):582-90

Ixekizumab vs placebo en espondiloartritis axial

Pregunta: Ixekizumab 80 mg/4 semanas comparado con placebo para espondiloartritis axial

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ixekizumab	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ASAS20 (seguimiento 16 semanas)												
2 (14,15)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	195	191	RR 1,59 (1,26 a 2,00)	203 más por mil (de 89 a 347 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento 16 semanas)												
3 (14–16)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	291	296	RR 2,12 (1,57 a 2,86)	185 más por mil (de 94 a 308 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
BASDAI50 (seguimiento: 16 semanas)												
3 (14–16)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	291	296	RR 2,26 (1,62 a 3,17)	171 más por mil (de 83 a 293 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS LDA (seguimiento: 16 semanas)												
3 (14–16)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	291	296	RR 2,88 (1,94 a 4,25)	184 más por mil (de 93 a 319 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS ID (seguimiento: 16 semanas)												
2 (14,15)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	No es serio	a, b	195	191	RR 5,55 (1,65 a 18,63)	71 más por mil (de 10 a 277 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	importante

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ixekizumab	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ASDAS MI (seguimiento: 16 semanas)												
2 (14,15)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	195	191	RR 5,14 (2,48 a 10,66)	173 más por mil (de 62 a 405 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS CII (seguimiento: 16 semanas)												
2 (14,15)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	195	191	RR 2,47 (1,82 a 3,36)	309 más por mil (de 172 a 495 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
BASFI (seguimiento 16 semanas)												
						Reportado como variable continua, sin punto de corte						importante
PCR (seguimiento 16 semanas)												
						Reportado como variable continua, sin punto de corte						importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA, no aplica; IXE, ixekizumab

Explicaciones:

a. Los tres estudios incluidos tienen un brazo de ixekizumab cada 4 semanas y otro cada 2 semanas. Para las comparaciones se ha utilizado la dosis de 80 mg/4 sem porque es la que se utiliza en la práctica clínica,

b. Alta imprecisión (gran intervalo de confianza) por el bajo número de pacientes que alcanzan el desenlace. Se ha bajado la certeza por ello aunque no se considera serio el riesgo de imprecisión porque ambos límites del intervalo de confinaza están del mismo lado.

Referencias:

14. van der Heijde D, Cheng-Chung Wei J, Dougados M, Mease P, Deodhar A, Maksymowych WP, et al. Ixekizumab, an interleukin-17A antagonist in the treatment of ankylosing spondylitis or radiographic axial spondyloarthritis in patients previously untreated with biological disease-modifying anti-rheumatic drugs (COAST-V): 16 week results of a phase 3 randomised, double-blind, active-controlled and placebo-controlled trial. Lancet Lond Engl. 8 de diciembre de 2018;392(10163):2441-51.

15. Deodhar A, Poddubnyy D, Pacheco-Tena C, Salvarani C, Lespessailles E, Rahman P, et al. Efficacy and Safety of Ixekizumab in the Treatment of Radiographic Axial Spondyloarthritis: Sixteen-Week Results From a Phase III Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial in Patients With Prior Inadequate Response to or Intolerance of Tumor Necrosis Factor Inhibitors. Arthritis Rheumatol Hoboken NJ. abril de 2019;71(4):599-611.

16. Deodhar A, van der Heijde D, Gensler LS, Kim TH, Maksymowych WP, Østergaard M, et al. Ixekizumab for patients with non-radiographic axial spondyloarthritis (COAST-X): a randomised, placebo-controlled trial. Lancet Lond Engl. 4 de enero de 2020;395(10217):53-64.

Brodalumab vs placebo en espondiloartritis axial

Pregunta: Brodalumab 210 mg/2 semanas comparado con placebo para espondiloartritis axial

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Brodalumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento 16 semanas)												
1 (17)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		80	79	RR 1,62 (1,20 a 2,18)	257 más por mil (de 82 a 495 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento 16 semanas)												
1 (17)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		80	79	RR 1,82 (1,14 a 2,89)	197 más por mil (de 35 a 455 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASDAS LDA (seguimiento: 16 semanas)												
1 (17)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		80	79	RR 0,99 (0,60 a 1,63)	3 menos por mil (de 112 menos a 176 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS ID (seguimiento: 16 semanas)												
1 (17)	ECA	no es serio	NA	Es directa	No es serio		80	79	RR 1,67 (1,11 a 2,53)	196 más por mil (de 32 a 444 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS MI (seguimiento: 16 semanas)												
1 (17)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		80	79	RR 2,37 (0,88 a 6,42)	87 más por mil (de 8 menos a 343 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Brodalumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASDAS CII (seguimiento: 16 semanas)												
1 (17)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		80	79	RR 1,63 (1,03 a 2,58)	159 más por mil (de 7 a 400 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante
BASFI (seguimiento 16 semanas)												
1 (17)	ECA	No es serio	NA	Es directa	No es serio	Reportado como variable continua, sin punto de corte	80	79		BRO -1,1 (1,8) PBO -0,7 (2,2)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA, no aplica

Explicaciones:

- No se ha incluido la siguiente referencia. Kim TH, Kishimoto M, Wei JC, Jeong H, Nozaki A, Kobayashi S. Brodalumab, an anti-interleukin-17 receptor A monoclonal antibody, in axial spondyloarthritis: 68-week results from a phase 3 study. Rheumatol Oxf Engl. 2022;in press. doi: 10.1093/rheumatology/keac522. El motivo es que presenta el seguimiento a 68 semanas pero los pacientes del brazo placebo están recibiendo brodalumab desde la semana 16 por lo que ya no se mantiene la comparación.

Referencias:

17. Wei JC, Kim TH, Kishimoto M, Ogusu N, Jeong H, Kobayashi S. Efficacy and safety of brodalumab, an anti-IL17RA monoclonal antibody, in patients with axial spondyloarthritis: 16-week results from a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1014-21

Bimekizumab vs placebo en espondiloartritis axial

Pregunta: Bimekizumab 160 mg/ 4 semanas comparado con placebo para espondiloartritis axial

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Bimekizumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento 12-16 semanas)												
2 (18,28)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a, b	409	297	RR 1,68 (1,43 a 1,97)	258 más por mil (de 162 a 370)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento 12-16 semanas)												
2 (18,28)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a, b	409	297	RR 2,28 (1,77 a 2,92)	258 más por mil (de 156 a 388 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASDAS MI (seguimiento: 12-16 semanas)												
2 (18,28)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a, b	409	297	RR 5,23 (3,11 a 8,79)	214 más por mil (de 107 a 393 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS LDA (seguimiento: 12-16 semanas)												
2 (18,28)	ECA	no es serio	NA	Es directa	Serio	a, b	60	60	RR 2,13 (0,99 a 4,55)	150 más por mil (de 1 menos a 473 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS ID (seguimiento: 12-16 semanas)												
2 (18,28)	ECA	no es serio	NA	Es directa	serio	a, b	60	60	No calculable por 0 eventos en grupo placebo	No calculable por 0 eventos en grupo placebo	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Bimekizumab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
BASDAI50 (seguimiento: 12 semanas)												
1 (18)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio	a, b	60	60	RR 3,29 (1,53 a 7,07)	267 más por mil (de 61 a 708 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA, no aplica

Explicaciones:

a. Para las comparaciones se ha usado la dosis de BMK 160 mg cada 4 semanas que es la que se ha establecido posteriormente para el tratamiento de las espondiloartritis.
b. Se han agregado los resultados de dos estudios con tiempos de seguimiento distintos (12 y 16 semanas)

Referencias:

18. van der Heijde D, Gensler LS, Deodhar A, Baraliakos X, Poddubnyy D, Kivitz A, et al. Dual neutralisation of interleukin-17A and interleukin-17F with bimekizumab in patients with active ankylosing spondylitis: results from a 48-week phase IIb, randomised, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study. Ann Rheum Dis. mayo de 2020;79(5):595-604.
28. van der Heijde D, Deodhar A, Baraliakos X, Brown MA, Dobashi H, Dougados M, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in axial spondyloarthritis: results of two parallel phase 3 randomised controlled trials. 2023/01/18 ed. Ann Rheum Dis. 2023.

Netakimab vs placebo en espondiloartritis axial

Pregunta: Netakimab 120 mg/2 sem comparado con placebo para espondiloartritis axial

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Netakimab	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento 16 semanas)												
2 (19,33)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	136	136	RR 7,42 (4,26 a 12,92)	566 más por mil (de 288 a 1050 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento 16 semanas)												
2 (19,33)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a	136	136	RR 10,33 (4,63 a 23,08)	412 más por mil (de 160 a 974 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
BASFI (seguimiento 16 semanas)												
2 (19,33)	ECA					Reportado como variable continua, sin punto de corte en los 2 ECA						importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza;

Explicaciones:

a. Se usa dosis de netakimab 120 mg/2 semanas.

Referencias:

19. Erdes S, Nasonov E, Kunder E, Pristrom A, Soroka N, Shesternya P, et al. Primary efficacy of netakimab, a novel interleukin-17 inhibitor, in the treatment of active ankylosing spondylitis in adults. Clin Exp Rheumatol. febrero de 2020;38(1):27-34.

33. Mazurov VI, Gaydukova IZ, Erdes S, Dubinina TV, Pristrom AM, Kunder EV, et al. Efficacy and safety of netakimab, anti-il-17a monoclonal antibody, in patients with ankylosing spondylitis. results of phase iii international, multicenter, randomized double-blind clinical trial BCD-085-5/astera. Nauchno-Prakt Revmatol. 2020;58(4):376-86.

Tofacitinib vs placebo en espondiloartritis axial

Pregunta: Tofacitinib 5 mg/12 h comparado con placebo para espondiloartritis axial

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Tofacitinib	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento 12-16 semanas)												
2 (21,22)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a, b	185	187	RR 1,83 (1,44 a 2,34)	263 más por mil (de 137 a 423 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento 12-16 semanas)												
2 (21,22)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a, b	185	187	RR 3,07 (2,07 a 4,55)	288 más por mil (de 149 a 494 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	crítica
ASDAS <2,1 (LDA+ID) (seguimiento: 12-16 semanas)												
2 (21,22)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	no es serio	a, b	185	187	RR 3,85 (2,49 a 5,95)	320 más por mil (de 167 a 556 mas)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante
ASDAS <1,3 (ID) (seguimiento: 12-16 semanas)												
2 (21,22)	ECA	no es serio	No es serio	Es directa	seria	a, b	185	187	RR 4,04 (1,38 a 11,87)	65 más por mil (de 8 a 232)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza;

Explicaciones:

a. Para las comparaciones se ha usado la dosis de tofacitinib 5 mg/12 h, la más usada en ensayos y práctica clínica.

b. Se han agregado los resultados de dos estudios con tiempos de seguimiento distintos (12 y 16 semanas)

Referencias:

21. van der Heijde D, Deodhar A, Wei JC, Drescher E, Fleishaker D, Hendrikx T, et al. Tofacitinib in patients with ankylosing spondylitis: a phase II, 16-week, randomised, placebo-controlled, dose-ranging study. Ann Rheum Dis. agosto de 2017;76(8):1340-7.

22. Deodhar A, Sliwinska-Stanczyk P, Xu H, Baraliakos X, Gensler LS, Fleishaker D, et al. Tofacitinib for the treatment of ankylosing spondylitis: a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled study. Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1004-13.

Upadacitinib vs placebo en espondiloartritis axial

Pregunta: Upadacitinib 15 mg/d comparado con placebo para espondiloartritis axial

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Upadacitinib	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento: 14 semanas)												
3 (23,29,30)	ECA	no es serio	no es serio	Es directa	no es serio		460	460	RR 1,62 (1,43 a 1,85)	252 más por mil (de 173 a 343 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento: 14 semanas)												
3 (23,29,30)	ECA	no es serio	no es serio	Es directa	no es serio		460	460	RR 2,17 (1,78 a 2,66)	250 más por mil (de 166 a 353 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	critica
BASDAI50 (seguimiento: 14 semanas)												
3 (23,29,30)	ECA	no es serio	no es serio	Es directa	no es serio		367	366	RR 2,21 (1,73 a 2,80)	234 más por mil (de 143 a 350 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante
ASDAS LDA (seguimiento: 14 semanas)												
1 (29)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		211	209	RR 4,39 (2,84 a 6,76)	340 más por mil (de 185 a 579 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante
ASDAS ID (seguimiento: 14 semanas)												
1 (29)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		211	209	RR 6,69 (2,38 a 18,78)	109 más por mil (de 26 a 340 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Upadacitinib	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASDAS MI (seguimiento: 14 semanas)												
1 (29)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		211	209	RR 6,24 (3,29 a 11,82)	251 más por mil (de 110 a 518 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante
ASDAS CII (seguimiento: 14 semanas)												
1 (29)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		211	209	RR 2,82 (2,14 a 3,72)	401 más por mil (de 251 a 598)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	importante
BASFI (14 semanas)												
3 (23,29,30)	ECA					Reportado como variable continua, sin punto de corte en los 3 ECA						importante

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA, no aplica

Referencias:

23. van der Heijde D, Song IH, Pangan AL, Deodhar A, van den Bosch F, Maksymowych WP, et al. Efficacy and safety of upadacitinib in patients with active ankylosing spondylitis (SELECT-AXIS 1): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2/3 trial. Lancet Lond Engl. 7 de diciembre de 2019;394(10214):2108-17.

29. van der Heijde D, Baraliakos X, Sieper J, Deodhar A, Inman RD, Kameda H, et al. Efficacy and safety of upadacitinib for active ankylosing spondylitis refractory to biological therapy: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Vol. 81, Annals of the rheumatic diseases. 2022;81:1515-1523.

30. Deodhar A, Van den Bosch F, Poddubnyy D, Maksymowych WP, van der Heijde D, Kim TH, et al. Upadacitinib for the treatment of active non-radiographic axial spondyloarthritis (SELECT-AXIS 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Lond Engl. 2022;400(10349):369-79.

.

Filgotinib vs placebo en espondilitis anquilosante

Pregunta: Filgotinib 200 mg/d comparado con placebo para espondilitis anquilosante

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Filgotinib	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 (seguimiento: 12 semanas)												
1 (20)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		58	58	RR 1,91 (1,35 a 2,71)	362 más por mil (de 139 a 679 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	crítica
ASAS40 (seguimiento: 12 semanas)												
1 (20)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		58	58	RR 2,00 (1,07 a 3,74)	190 más por mil (de 13 a 519 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	crítica

ECA, ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza;

Referencias:

20. van der Heijde D, Baraliakos X, Gensler LS, Maksymowych WP, Tseluyko V, Nadashkevich O, et al. Efficacy and safety of filgotinib, a selective Janus kinase 1 inhibitor, in patients with active ankylosing spondylitis (TORTUGA): results from a randomised, placebo-controlled, phase 2 trial. Lancet Lond Engl. 1 de diciembre de 2018;392(10162):2378-87.

Predictors of prognosis

Clinical question

In axSpA, what are the predictors of response to IL-17 and JAK inhibitors?

Sexo

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Hombres	Mujeres	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS40 (seguimiento: 16 semanas)												
Van der Horst-Bruinsma 2021 (4)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		EspA-ax-r: 159 EspA-ax-nr: 50	EspA-ax-r: 36 EspA-ax-nr: 46	EspA-ax-r: RR 2,34 (1,10 – 4,98) EspA-ax-nr: RR 1,92 (1,06 – 3,49)	EspA-ax-r: 223 más por mil (de 16 a 664) EspA-ax-nr: 221 más por cada mil (de 14 a 596)	⊕⊕⊕⊕ ALTA[a]	crítica
ASAS40 (seguimiento: 52 semanas)												
Van der Horst-Bruinsma 2021 (4)	Extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		EspA-ax-r: 159 EspA-ax-nr: 50	EspA-ax-r: 36 EspA-ax-nr: 46	EspA-ax-r: RR 1,32 (0,81 – 2,16) EspA-ax-nr: RR 0,99 (0,54 – 1,81)	ExpA-ax-r: 107 más por cada mil (de -65 a 388) EspA-ax-nr: 4 menos por cada mil (de -141 a 247)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[b]	crítica
ASDAS-LDA (<2,1) (seguimiento: 16 semanas)												
Van der Horst-Bruinsma 2021 (4)	ECA	no es serio	NA	Es directa	no es serio		EspA-ax-r: 159 EspA-ax-nr: 49	EspA-ax-r: 36 EspA-ax-nr: 45	EspA-ax-r: RR 1,85 (0,86 – 3,98) EspA-ax-nr: RR 2,49 (1,16 – 5,36)	EspA-ax-r: 143 más por cada mil (de -24 a 497) EspA-ax-nr: 232 más por cada mil (de 25 a 679)	⊕⊕⊕⊕ ALTA[a]	crítica

ASDAS-LDA (<2,1) (seguimiento: 52 semanas)												
Van der Horst-Bruinsma 2021 (4)	Extensión	no es serio	No es serio	Es directa	No es serio		EspA-ax-nr: 49	EspA-ax-nr: 45	EspA-ax-nr: RR 1,22 (0,65 – 2,30)	EspA-ax-nr: 60 más por cada mil (de -93 a 346)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[b]	
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	No es serio	Es directa	es serio[c]		119 (47,%)	130 (52,2%)	<u>Análisis multivariable</u>: ASDAS < 2,1 a los 6 m: Hombres OR 1,678 (0,795 – 3,542); p=0,174		⊕⊕⊖⊖ BAJA	crítica
ASDAS-PCR (2 estudios)												
Chimenti 2020 (5) Basal	Observacional sin comparación	no es serio	es serio	Es directa	es serio[c]		82 (48,5%)	87 (51,5%)		Basal: Correlación positiva con sexo femenino (R^2 = 0,34; p = 0,06)		
Ramonda 2022 (6) (6,12 y 24 m)	Observacional sin comparación	no es serio	es serio	Es directa	es serio[c]		119 (47,%)	130 (52,2%)		Diferencias no significativas a los 6 y 12 meses. P=0,04 a los 24 meses <u>Valores absolutos ASDAS-PCR Hombres</u>: 6 m: 2,37 (1,7-3,2) 12 m: 2,0 (1,4-2,7) 24 m: 2,3 (1,6-3,0) <u>Valores absolutos ASDAS-PCR Mujeres</u>: 6 m: 2,8 (2,1-3,7) 12 m: 2,4 (1,9-3,5) 24 m: 2,3 (1,6-3,0)	⊕⊕⊖⊖ BAJA	crítica

BASDAI (3 estudios)												
Van der Horst-Bruinsma 2021 (4)	ECA y studio de extensión	no es serio	es serio	Es directa	es serio[c]					Mayores cambios (reducción) en hombres **HOMBRES** <u>Cambio medio sem 16</u> EspA-ax-r: -2,65 (0,16) EspA-ax-nr: -2,69 (0,30) <u>Cambio medio sem 52</u> EspA-ax-nr: -2,82 (0,33) **MUJERES** <u>Cambio medio sem 16</u> EspA-ax-r: -1,86 (0,34) EspA-ax-nr: -1,64 (0,32) <u>Cambio medio sem 52</u> EspA-ax-nr: -2,20 (0,34)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[b]	importante
Chimenti 2020 (5) (basal)	Observacional sin comparación	no es serio	es serio	Es directa	es serio[c]		N=82 (48,5%)	N=87 (51,5%)		Basal: Correlación negativa con sexo masculino (R^2 = 0,4; p = 0,002)		
Ramonda 2022 (6) (6, 12 y 24 m)	Observacional sin comparación	no es serio	es serio	Es directa	es serio[c]		N=119 (47,%)	N=130 (52,2%)	<u>Análisis multivariable</u>: BASDAI < 4 a los 6 m: Hombres OR 2,151 (1,125 – 4,114); p=0,021	Diferencias no significativas en ningún momento del seguimiento. <u>Valores absolutos BASDAI Hombres</u>: 6 m: 4.0 (2.6-5.5) 12 m: 3.0 (2.0-4.2)	⊕⊕⊖⊖ BAJA	

										24 m: 2.4 (1.2-3.5) <u>Valores absolutos BASDAI Mujeres</u>: 6 m: 5.0 (3.4-6.3) 12 m: 4.0 (2.8-5.6) 24 m: 3.0 (2.1-4.7)		
mSASSS (Cambio medio) (2 estudios)												
Braun 2019 (2) (semana 208)	Estudio de extensión	no es serio	No es serio	Es directa	es serio[c]	*imprecisión por tratarse de un grupo pequeño *El subgrupo 75-150 cambió de dosis a la semana 156.	SEC 150 (n=45) SEC 75 (n=43) SEC 75-150 (n=20)	SEC 150 (n=26) SEC 75 (n=18) SEC 75-150 (n=3)		Mayores cambios en varones **HOMBRES** SEC 150: 1,5 (3,98) SEC 75: 2,3 (4,89) SEC 75-150: 1,8 (6,06) **MUJERES** SEC 150: 0,8 (3,8) SEC 77: 0,6 (2,17) SEC 75-150: 0,0 (0,0)	⊕⊕⊖⊖ BAJA[c]	importante
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	No es serio	Es directa	No es serio		IXE/4s (n=99) IXE/2s (n=89) IXE total (n=188)	IXE/4s (n=16) IXE/2s (n=26) IXE total (n=42)		Mayor cambio (más progresión) en varones **HOMBRES** IXE/4s: 0,5 (2,2) IXE/2s: 0,3 (1,6)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[b]	

										IXE total: 0,4 (1,9) **MUJERES** IXE/4s: -0,4 (0,9) IXE/2s: 0,1 (0,4) IXE total: -0,1 (0,7)		
mSASSS: % no progresores) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=99): 86,9% IXE/2s (n=89): 87,6% IXE total (n=188): 87,2% <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s (n=99): 71,7% IXE/2s (n=89): 73% IXE total (n=188): 72,3%	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=16): 100% IXE/2s (n=26): 100% IXE total (n=42): 100% <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s (n=16): 93,8% IXE/2s (n=26): 88,5% IXE total (n=42): 90,5%	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: RR 0,87 (0,80 – 0,94) IXE/2s: RR 0,88 (0,81 – 0,95) IXE total: RR 0,87 (0,83 – 0,92) <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s: RR 0,76 (0,64 – 0,91) IXE/2s: RR 0,83 (0,68 – 1,00) IXE total: RR 0,81 (0,70 – 0,81)	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: 131 menos por cada mil (de -195 a -62) IXE/2s: 124 menos por cada mil (de -189 a -52) IXE total: 128 menos por cada mil (de -174 a -79) <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s: 220 menos por cada mil (de -337 a -82) IXE/2s: 154 menos por cada mil (de -279 a -4) IXE total: 181 menos por cada mil (de -271 a -79)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[b]	importante

[a]Se considera evidencia alta porque estos datos proceden de un ensayo clínico todavía en fase de ciego (16 semanas).

[b]Se considera evidencia moderada porque procede de estudio de extensión de calidad alta en donde, aunque ya no hay ciego por ser fase abierta, se mantienen los grupos de aleatorización.

[c]Estudios con muestras muy pequeñas y amplios intervalos de confianza en los resultados.

Edad

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Edad > 40 años	Edad < 40 años	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASDAS-PCR < 2,1 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]				Análisis multivariable: Edad al inicio de los síntomas: OR 0,984 (0,959 – 1,010); p=0,217		⊕⊕⊖⊖ BAJA	Crítica
BASDAI < 4 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]				Análisis multivariable: Edad al inicio de los síntomas: OR 0,979 (0,956 – 1,002); p=0,067		⊕⊕⊖⊖ BAJA	importante
mSASSS (Cambio medio) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		IXE/4s (n=70) IXE/2s (n=73) IXE total (n=142)	IXE/4s (n=45) IXE/2s (n=43) IXE total (n=88)		Mayor cambio (más progresión) en mayores de 40 años **EDAD > 40 AÑOS** IXE/4s: 0,5 (2,1) IXE/2s: 0,3 (1,7) IXE total: 0,4 (1,9) **EDAD < 40 AÑOS** IXE/4s: -0,3 (2,1) IXE/2S: 0,1 (0,7)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

										IXE totaL: -0,2 (1,6)		
mSASSS: % no progresores) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		Cambio mSASSS <2 IXE/4s (n=70): 85,7% IXE/2s (n=72): 87,5% IXE total (n=142): 86,6% Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s (n=70): 70% IXE/2s (n=72): 68,1% IXE total (n=142): 69%	Cambio mSASSS <2 IXE/4s (n=45): 93,3% IXE/2s (n=43): 95,3% IXE total (n=88): 94,3% Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s (n=45): 82,2% IXE/2s (n=43): 90,7% IXE total (n=88): 86,4%	Cambio mSASSS <2 IXE/4s: RR 0,92 (0,81 – 1,04) IXE/2s: RR 0,92 (0,82 – 1,02) IXE total: RR 0,92 (0,85 – 1,00) Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s: RR 0,85 (0,69 – 1,04) IXE/2s: RR 0,75 (0,62 – 0,90) IXE total: RR 0,80 (0,70 – 0,92)	Cambio mSASSS <2 IXE/4s: 76 menos por cada mil (de -176 a 36) IXE/2s: 78 menos por cada mil (de -169 a -23) IXE total: 77 menos por cada mil (de -146 a -2) Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s: 122 menos por cada mil (de -252 a -37) IXE/2s: 226 menos por cada mil (de -341 a -88) IXE total: 173 menos por cada mil (de -262 a -71)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

[a]Se considera evidencia moderada porque procede de estudio de extensión de calidad alta en donde, aunque ya no hay ciego por ser fase abierta, se mantienen los grupos de aleatorización.

[b]Estudios con muestras muy pequeñas y amplios intervalos de confianza en los resultados.

HLA-B27

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	HLA-B27 +	HLA-B27 -	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASDAS-PCR < 2,1 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]		102 (40,9%)	147 (59,1%)	Análisis multivariable: OR 0,908 (0,441 – 1,868); p=0,792		⊕⊕⊖⊖ BAJA	Crítica
BASDAI < 4 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]		102 (40,9%)	147 (59,1%)	Análisis multivariable: OR 0,983 (0,513 – 1,883); p=0,958		⊕⊕⊖⊖ BAJA	importante
mSASSS (Cambio medio) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		IXE/4s (n=101) IXE/2s (n=100) IXE total (n=201)	IXE/4s (n=14) IXE/2s (n=15) IXE total (n=29)		Mayor cambio (más progresión) en HLA-B27+ **HLA-B27 +** IXE/4s: 0,5 (2,2) IXE/2s: 0,3 (1,5) IXE total: 0,4 (1,9) **HLA-B27-** IXE/4s: -0,1 (0,6) IXE/2s: -0,03 (0,5) IXE total: -0,04 (0,5)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

mSASSS: % no progresores) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=101): 87,1% IXE/2s (n=100): 89% IXE total (n=201): 88,1% <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s (n=101): 73,3% IXE/2s (n=100): 74% IXE total (n=201): 73,6%	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=14): 100% IXE/2s (n=15): 100% IXE total (n=29): 100% <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s (n=14): 85,7% IXE/2s (n=115): 93,3% IXE total (n=29): 89,7%	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: RR 0,87 (0,81 – 0,94) IXE/2s: RR 0,89 (0,83 – 0,95) IXE total: RR 0,88 (0,84 – 0,93) <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s: RR 0,85 (0,67 – 1,09) IXE/2s: RR 0,79 (0,66 – 0,95) IXE total: RR 0,82 (0,71 – 0,95)	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: 129 menos por cada mil (de -192 a -61) IXE/2s: 110 menos por cada mil (de -169 a -47) IXE total: 119 menos por cada mil (de -163 a -73) <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s: 124 menos por cada mil (de -283 a 78) IXE/2s: 193 menos por cada mil (de -314 a -49) IXE total: 173 menos por cada mil (de -262 a -71)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

[a]Se considera evidencia moderada porque procede de estudio de extensión de calidad alta en donde, aunque ya no hay ciego por ser fase abierta, se mantienen los grupos de aleatorización.

[b]Estudios con muestras muy pequeñas y amplios intervalos de confianza en los resultados.

Tabaco

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Fumador	No fumador	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASDAS-PCR a los 6 meses (1 estudio)												
Chimenti 2020 (5)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[a]		33 (19,5%)	136 (80,5%)		Reducción a los 6 m: Correlación positiva con ser fumador (R^2 = 0,42; p = 0,03)	⊕⊕⊖⊖ BAJA	crítica
ASDAS-PCR < 2,1 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[a]		85 (34,1%)	164 (65,9%)	Análisis multivariable: OR 0,910 (0,437 – 1,893); p=0,800		⊕⊕⊖⊖ BAJA	crítica
BASDAI < 4 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[a]		85 (34,1%)	164 (65,9%)	Análisis multivariable: OR 1,306 (0,691 – 2,468); p=0,411		⊕⊕⊖⊖ BAJA	importante
mSASSS (Cambio medio) (2 estudios)												
Braun 2019 (2) (semana 208)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	es serio[a]	*imprecisión por tratarse de un grupo pequeño *El subgrupo 75-150 cambió de dosis a la semana 156.	SEC 150 (n=21) SEC 75 (n=24) SEC 75-150 (n=8)	SEC 150 (n=50) SEC 75 (n=37) SEC 75-150 (n=15)		Mayores cambios en fumadores **FUMADOR** SEC 150: 0,9 (1,94) SEC 75: 2,0 (4,32) SEC 75-150: 3,8 (6,86)	⊕⊕⊖⊖ BAJA	importante

										NO FUMAODR SEC 150: 1,4 (4,49) SEC 75: 1,6 (4,38) SEC 75-150: 0,4 (4,78)		
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio				OR 2.89 (1.05–7.95); p=0,04			

[a]Estudios con muestras muy pequeñas y amplios intervalos de confianza en los resultados.

VSG

Evaluación de certeza							№ de pacientes	Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Valores medios VSG (toda la muestra)	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASDAS-PCR basal (1 estudio)											
Chimenti 2020 (5) Basal	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[a]		169 pacientes: VSG media 19,8 ± 17,9		Basal: Correlación positiva con VSG elevada (R^2 = 0,34; p = 0,004)	⨁⨁⨀⨀ BAJA	crítica
BASDAI. Reducción a los 6 meses (1 estudio)											
Chimenti 2020 (5)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[a]		169 pacientes: VSG media 19,8 ± 17,9		Correlación positiva con VSG elevada (R^2 = 0,65; p = 0,04)	⨁⨁⨀⨀ BAJA	importante

[a]Estudios con muestras muy pequeñas y amplios intervalos de confianza en los resultados.

PCR

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	PCR normal	PCR elevada	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASAS20 semana 16 (1 estudio)												
Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 51,8% PBO (n=102): 29,4%	SEC 150 (n=87): 72,4% PBO (n=93): 28%	SEC 150: RR 0,72 (0,57 – 0,89) PBO: RR 1,05 (0,68 – 1,64)	SEC 150: 206 menos por cada mil (de -309 a -77) PBO: 15 más por cada mil (de -91 a 179)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	crítica
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 72,1% PBO (n=28): 35,7%	SEC 150 (n=57): 33,3% PBO (n=165): 27,9%	SEC 150: RR 2,16 (1,48 – 3,17) PBO: RR 1,28 (0,74 - 2,23)	SEC 150: 388 más por cada mil (de 159 a 723) PBO: 78 más por cada mil (de -74 a 343)		
ASAS20 semana 156 (1 estudio)												
Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 63%	SEC 150 (n=87): 83,3%	RR 0,76 (0,64 – 0,90)	200 menos por cada mil (de -300 a -82)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	crítica
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 77,8%	SEC 150 (n=57): 56,2%	RR 1,39 (1,08 – 1,77)	217 más por cada mil (de 47 a 434)		
ASAS40 semana 16 (1 estudio)												
Braun 2018 (1)	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 33,6%	SEC 150 (n=87): 47,1%	SEC 150: RR 0,71 (0,51 – 1,01)	SEC 150: 135 menos por cada mil (de -233 a 3)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	crítica

Según PCR basal < o > 10 mg/l							PBO (n=102): 9,8%	PBO (n=93): 15,1%	PBO: RR 0,60 (0,28 – 1,30)	PBO: 60 menos por cada mil (de -108 a 44)		
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 49,3% PBO (n=28): 14,3%	SEC 150 (n=57): 15,8% PBO (n=165): 12,1%	SEC 150: RR 3,12 (1,67 – 5,82) PBO: RR 1,18 (0,44 - 3,19)	SEC 150: 335 más por cada mil (de 107 a 761) PBO: 22 más por cada mil (de -68 a 266)		

ASAS40 semana 156 (1 estudio)

Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 44,5%	SEC 150 (n=87): 70,3%	RR 0,64 (0,49 – 0,82)	256 menos por cada mil (de -354 a -129)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	crítica
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 64,1%	SEC 150 (n=57): 32,3%	RR 2,04 (1,36 – 3,04)	327 más por cada mil (de 114 a 645)		

BASDAI cambio medio semana 16 (1 estudio)

Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): -1,99 PBO (n=102): -0,86	SEC 150 (n=87): -2,78 PBO (n=93): -0,62		En el grupo tratamiento, mayor reducción del BASDAI en pacientes con PCR basal elevada	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): -2,69 PBO (n=28): -0,60	SEC 150 (n=57): -1,34 PBO (n=165): -0,78		En el grupo tratamiento, mayor reducción del BASDAI en pacientes que redujeron la PCR un 50%		

BASDAI cambio medio semana 156 (1 estudio)

Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): -2,73	SEC 150 (n=87): -3,62		Mayor reducción del BASDAI en pacientes con PCR basal elevada	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): -3,42	SEC 150 (n=57): -2,22		Mayor reducción del BASDAI en pacientes que redujeron la PCR un 50%		

BASDAI < 4 a los 6 meses (1 estudio)

Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]				<u>Análisis multivariable</u>: OR 1,011 (0,993 – 1,030); p=0,222		⊕⊕⊖⊖ BAJA	importante

BASDAI50 semana 16 (1 estudio)

Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 30% PBO (n=102): 10,8%	SEC 150 (n=87): 41,4% PBO (n=93): 7,5%	SEC 150: RR 0,73 (0,50 – 1,06) PBO: RR 1,43 (0,58 – 3,54)	SEC 150: 114 menos por cada mil (de -209 a 25) PBO: 33 más por cada mil (de -32 a 191)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 42,1% PBO (n=28): 10,7%	SEC 150 (n=57): 17,5% PBO (n=165): 9,1%	SEC 150: RR 2,40 (1,32 – 4,36) PBO: RR 1,18 (0,36 - 3,81)	SEC 150: 246 más por cada mil (de 57 a 589) PBO: 16 más por cada mil (de -58 a 255)		

BASDAI50 semana 156 (1 estudio)

Braun 2018 (1)	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 46%	SEC 150 (n=87): 61,8%	RR 0,75 (0,58 – 0,97)	157 menos por cada mil (de -263 a -20)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

Según PCR basal < o > 10 mg/l												
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 60,8%	SEC 150 (n=57): 33,1%	RR 1,81 (1,23 – 2,69)	274 más por cada mil (de 78 a 564)		

ASDAS-ID semana 16 (1 estudio)

Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 20% PBO (n=102): 4,9%	SEC 150 (n=87): 12,6% PBO (n=93): 1,1%	SEC 150: RR 1,58 (0,81 – 3,08) PBO: RR 4,56 (0,54 – 38,31)	SEC 150: 74 más por cada mil (de -24 a 263) PBO: 38 más por cada mil (de -5 a 401)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	crítica
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 21,4% PBO (n=28): 0%	SEC 150 (n=57): 5,3% PBO (n=165): 3,6%	SEC 150: RR 4,07 (1,29 – 12,81) PBO: RR 0	SEC 150: 162 más por cada mil (de 15 a 622) PBO: 36 menos por cada mil		

ASDAS-ID semana 156 (1 estudio)

Braun 2018 (1) Según PCR basal < o > 10 mg/l	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=110): 28,9%	SEC 150 (n=87): 15,6%	RR 1,81 (1,03 – 3,17)	130 más por cada mil (de 5 a 349)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	crítica
Braun 2018 (1) Según descenso 50% PCR en semana 4	Análisis post-hoc EC	No es serio	NA	Es directa	No es serio		SEC 150 (n=140): 25,3%	SEC 150 (n=57): 16,6%	RR 1,58 (0,81 – 3,08)	92 más por cada mil (de -29 a 328)		

ASDAS-PCR < 2,1 a los 6 meses (1 estudio)

Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]				<u>Análisis multivariable</u>: OR 3,938 (1,872–8,282); p=0,001		⊕⊕⊖⊖ BAJA	crítica
mSASSS (Cambio medio) (1 estudio)												
Braun 2019 (2) (semana 208)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]	*imprecisión por tratarse de un grupo pequeño *El subgrupo 75-150 cambió de dosis a la semana 156.	**PCR basal < 5 mg/l** SEC 150 (n=26) SEC 75 (n=18) SEC 75-150 (n=3)	**PCR basal > 5 mg/l** SEC 150 (n=48) SEC 75 (n=37) SEC 75-150 (n=17)		Mayores cambios en pacientes con PCR basal elevada **PCR BASAL < 5 mg/l** SEC 150: 0,2 (0,90) SEC 75: 0,9 (4,23) SEC 75-150: -1,8 (4,49) **PCR BASAL > 5 mg/l** SEC 150: 1,8 (4,64) SEC 75: 2,3 (4,35) SEC 75-150: 2,8 (5,66)	⊕⊕⊖⊖ BAJA	importante
mSASSS: % no progresores) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		**Pacientes que normalizaron PCR a los 2 años** <u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=83): 88%	**Pacientes que no normalizaron PCR a los 2 años** <u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=32): 90,6%	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: RR 0,97 (0,85 – 1,11) IXE/2s: RR 0,92 (0,83 – 1,02) IXE total: RR 0,95 (0,87 – 1,03)	<u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: 27 menos por cada mil (de -139 a 102) IXE/2s: 79 menos por cada mil (de -167 a 18) IXE total: 51 menos por cada mil (de -125 a 29)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

							IXE/2s (n=87): 88,5% IXE total (n=170): 88,2% <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s (n=83): 73,5% IXE/2s (n=87): 77% IXE total (n=170): 75,3%	IXE/2s (n=28): 96,4% IXE total (n=60): 93,3% <u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s (n=32): 78,1% IXE/2s (n=28): 75% IXE total (n=60): 76,7%	<u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s: RR 0,94 (0,75 – 1,18) IXE/2s: RR 1,03 (0,81 – 1,31) IXE total: RR 0,98 (0,83 – 1,16)	<u>Cambio mSASSS ≤0</u> IXE/4s: 46 menos por cada mil (de -194 a 138) IXE/2s: 20 más por cada mil (de -146 a 232) IXE total: 14 menos por cada mil (de -128 a 120)		

[a]Se considera evidencia moderada porque procede de estudio de extensión de calidad alta en donde, aunque ya no hay ciego por ser fase abierta, se mantienen los grupos de aleatorización.

[b]Estudios con muestras muy pequeñas y amplios intervalos de confianza en los resultados.

Inflamación en RM basal

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Inflamación RM	No inflamación RM	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ASDAS-PCR < 2,1 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]				Análisis multivariable: OR 2,375 (0,442–12,753); p=0,313		⊕⊕⊖⊖ BAJA	crítica
BASDAI < 4 a los 6 meses (1 estudio)												
Ramonda 2022 (6)	Observacional sin comparación	no es serio	NA	Es directa	es serio[b]				Análisis multivariable: OR 0,314 (0,080 – 1,227); p=0,096		⊕⊕⊖⊖ BAJA	importante
mSASSS (Cambio medio) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		**SPARCC columna >2 sem 52** IXE/4s (n=21) IXE/2s (n=20) IXE total (n=41) **SPARCC columna >2 sem 16** IXE/4s (n=35) IXE/2s (n=40)	**SPARCC columna <2 sem 52** IXE/4s (n=34) IXE/2s (n=34) IXE total (n=68) **SPARCC columna <2 sem 16** IXE/4s (n=51) IXE/2s (n=49)		Mayor cambio (más progresión) en los que tenían más inflamación en la RM tanto en la semana 16 como 52 **SEMANA 52** **SPARCC columna >2** IXE/4s: 1,0 (3,8) IXE/2s: 0,5 (1,3) IXE total: 0,8 (2,8)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

							IXE total (n=75)	IXE total (n=100)		**SPARCC columna <2** IXE/4s: -0,1 (1,5) IXE/2s: 0,04 (0,8) IXE total: -0,02 (1,2) **<u>SEMANA 16</u>** **SPARCC columna >2** IXE/4s: 0,7 (2,6) IXE/2s: 0,1 (1,9) IXE total: 0,4 (2,2) **SPARCC columna <2** IXE/4s: 0,1 (2,0) IXE/2s: 0,2 (1,1) IXE total: -0,2 (1,6)		
mSASSS: % no progresores) (1 estudio)												
Van der Heijde 2022 (3) (2 años)	Estudio de extensión	no es serio	NA	Es directa	No es serio		**SPARCC columna >2 sem 52** <u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=21): 85,7% IXE/2s (n=20): 80% IXE total (n=41): 82,9%	**SPARCC columna <2 sem 52** <u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s (n=34): 97,1% IXE/2s (n=34): 94,1% IXE total (n=68): 95,6%	**Según SPARCC sem 52** <u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: RR 0,88 (0,73 – 1,06) IXE/2s: RR 0,85 (0,67 – 1,07) IXE total: RR 0,87 (0,75 – 1,01)	**Según SPARCC sem 52** <u>Cambio mSASSS <2</u> IXE/4s: 113 menos por cada mil (de -258 a 60) IXE/2s: 141 menos por cada mil (de -309 a 70) IXE total: 127 menos por cada mil (de -241 a 6)	⊕⊕⊕⊖ MODERADA[a]	importante

							Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s (n=21): 61,9% IXE/2s (n=20): 65% IXE total (n=41): 63,4% **SPARCC columna >2 sem 16** Cambio mSASSS <2 IXE/4s (n=35): 82,9% IXE/2s (n=40): 90% IXE total (n=75): 86,7% Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s (n=35): 68,6% IXE/2s (n=40): 75% IXE total (n=75): 72%	Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s (n=34): 91,2% IXE/2s (n=34): 86,4% IXE total (n=68): 86,8% **SPARCC columna <2 sem 16** Cambio mSASSS <2 IXE/4s (n=51): 96,1% IXE/2s (n=49): 91,8% IXE total (n=100): 94% Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s (n=51): 86,3% IXE/2s (n=49): 81,6% IXE total (n=100): 84%	Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s: RR 0,68 (0,48 – 0,96) IXE/2s: RR 0,79 (0,55 – 1,13) IXE total: RR 0,73 (0,57 – 0,94) **Según SPARCC sem 16** Cambio mSASSS <2 IXE/4s: RR 0,86 (0,73 – 1,01) IXE/2s: RR 0,98 (0,86 – 1,12) IXE total: RR 0,92 (0,83 – 1,02) Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s: RR 0,79 (0,62 – 1,02) IXE/2s: RR 0,92 (0,74 – 1,15) IXE total: RR 0,86 (0,73 – 1,01)	Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s: 293 menos por cada mil (de -476 a -32) IXE/2s: 174 menos por cada mil (de -369 a 106) IXE total: 234 menos por cada mil (de -374 a -53) **Según SPARCC sem 16** Cambio mSASSS <2 IXE/4s: 132 menos por cada mil (de -255 a 12) IXE/2s: 18 menos por cada mil (de -130 a 109) IXE total: 73 menos por cada mil (de -157 a 19) Cambio mSASSS ≤0 IXE/4s: 177 menos por cada mil (de -328 a 17) IXE/2s: 66 más por cada mil (de -216 a 121) IXE total: 120 menos por cada mil (de -230 a 9)		

[a]Se considera evidencia moderada porque procede de estudio de extensión de calidad alta en donde, aunque ya no hay ciego por ser fase abierta, se mantienen los grupos de aleatorización.

[b]Estudios con muestras muy pequeñas y amplios intervalos de confianza en los resultados.

Treatment optimisation

Clinical question

In axSpA, can bDMARD therapy be tapered or withdrawn?

Pregunta: La suspensión del FAME biológico comparado con FAME biológico en administración a intervalo habitual para mantener la remisión en pacientes con espondiloartritis axial en remisión sostenida durante más de 6 meses

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	la suspensión del FAME biológico	FAME biológico en administración a intervalo habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mantener la remisión sin nuevos brotes (seguimiento: 10 meses)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	72/153 (47,1%)	107/152 (70,4%)	**RR 0,66** (0,55 a 0,81)	**236 menos por 1000** (de 350 menos a 116 menos)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Mantener el estado de enfermedad inactiva (seguimiento: 10 meses)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	51/153 (33,3%)	87/152 (57,2%)	**RR 0,58** (0,45 a 0,76)	**241 menos por 1000** (de 337 menos a 131 menos)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Presentar brote (seguimiento: 10 meses)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	81/153 (52,9%)	45/152 (29,6%)	**RR 1,79** (1,34 a 2,38)	**233 más por 1000** (de 117 más a 347 más)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Presentar un brote parcial (seguimiento: 10 meses)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	Ninguno	98/153 (64,1%)	62/152 (40,8%)	**RR 1,57** (1,25 a 1,97)	**232 más por 1000** (de 121 más a 331 más)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO

Commentario: CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgos; **ECA evaluado**: Landewe R. Lancet. 2018;392(10142):134-44.

Pregunta: La interrupción del FAME biológico comparado con FAME biológico en administración a intervalo habitual para mantener la remisión en pacientes con espondiloartritis axial en remisión sostenida durante menos de 6 meses

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	la suspensión del FAME biológico	FAME biológico en administración a intervalo habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Riesgo para mantener la remisión sin brote (seguimiento 10-12 meses)												
3	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	71/219 (32,4%)	185/221 (83,7%)	**RR 0,41** (0,23 a 0,72)	**494 menos por 1000** (de 645 menos a 234 menos)	⊕⊕⊕◯ Moderada	CRÍTICO
Riesgo para mantener la baja actividad (seguimiento 10-12 meses)												
2	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	44/157 (28,0%)	131/158 (82,9%)	**RR 0,36** (0,15 a 0,86)	**531 menos por 1000** (de 705 menos a 116 menos)	⊕⊕⊕◯ Moderada	CRÍTICO
Riesgo para mantener la enfermedad inactiva (seguimiento 10-12 meses)												
3	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	65/219 (29,7%)	158/221 (71,5%)	**RR 0,40** (0,18 a 0,88)	**429 menos por 1000** (de 548 menos a 274 menos)	⊕⊕⊕◯ Moderada	CRÍTICO
Riesgo para mantener la remisión sin empeoramiento significativo del ASDAS (seguimiento 10-12 meses)												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	16/53 (30,2%)	40/54 (74,1%)	**RR 0,41** (0,26 a 0,63)	**437 menos por 1000** (de 548 menos a 274 menos)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Riesgo para presentar brote (seguimiento 10-12 meses)												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	38/62 (61,3%)	10/62 (16,1%)	**RR 3,86** (2,12 a 7,05)	**461 más por 1000** (de 181 más a 976 más)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

Comentarios: CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo; **ECAs evaluados**: Landewe R. Ann Rheum Dis. 2020;79(7):920-8. Landewe R. Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1022-30. Weinstein CLJ.Rheumatology (Oxford). 2023;62(11):3601-3609

a. Generación de la secuencia de aleatorización no clara.

b. Tamaño muestral baja con una potencia estadística insuficiente.

Pregunta: El aumento de intervalo de FAME biológico comparado con FAME biológico en administración a intervalo habitual para para mantener la remisión en pacientes con espondiloartritis axial en remisión sostenida durante más de 6 meses

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	el aumento de intervalo de FAME biológico	FAME biológico en administración a intervalo habitual	Riesgo Relativo (95% CI)	Diferencia de Riesgo (95% CI)		
Riesgo de mantener en baja actividad de la enfermedad (según ASDAS)												
2	ensayos aleatorios	No es serio	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	37/59 (62,7%)	27/39 (69,2%)	**RR 0,89** (0,66 a 1,18)	**RD -6,5% (-25,5 a 12,5%)**	⊕⊕⊕◯ Moderada	CRÍTICO
Riesgo de mantener la enfermedad inactiva (según BASDAI) (seguimiento: 12 meses)												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	-/55*	-/58*	no estimable	**RD -6%** (-21% a 10%)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Riesgo de mantener la enfermedad inactiva (según ASDAS)												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	-/55*	-/58*	no estimable	**RD -8%** (-10% a 26%)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Riesgo de mantener en baja actividad de la enfermedad (según BASDAI)												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	-/55*	-/58*	no estimable	**RD -3%** (-17 a 12%)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Riesgo de presentar nuevo brote (según ASDAS)												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	-/55*	-/58*	no estimable	**RD -6%** (-25% a 13%)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

Comentarios: CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo. **ECAs evaluado**: Michielsens CAJ. Ann Rheum Dis. 2022 Oct;81(10):1392-1399. Ruwaard J. Scand J Rheumatol. 2023;52(2):129-136.Gratacós J. Arthritis Res Ther. 2019;21(1):11.
*Los autores no proporcionan valores absolutos de este desenlace.
a. Riesgo de notificación selectiva no clara.
b. Tamaño muestral baja con una potencia estadística insuficiente.

Pregunta: El aumento de intervalo de administración del FAME biológico comparado con administración a intervalo habitual para mantener la remisión en pacientes con espondiloartritis axial en remisión sostenida durante menos de 6 meses

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	el aumento de intervalo de administración del FAME biológico	administración a intervalo habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Riesgo de mantener sin brotes												
3	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	166/216 (76,9%)	185/221 (83,7%)	**RR 0,93** (0,85 a 1,02)	**59 menos por 1000** (de 134 menos a 17 más)	⊕⊕⊕◯ Moderada	CRÍTICO
Riesgo de mantener con baja actividad												
2	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	117/153 (28,1%)	131/158 (35,4%)	**RR 0.94** (0,81 a 1,09)	**50 menos por 1000** (de 158 menos a 75 más)	⊕⊕⊕◯ Moderada	CRÍTICO
Riesgo de mantener la enfermedad inactiva												
3	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	140/216 (64,8%)	158/221 (71,5%)	**RR 0,93** (0,76 a 1,14)	**50 más por 1000** (de 172 menos a 100 más)	⊕⊕⊕◯ Moderada	CRÍTICO
Riesgo de mantener la remisión sin empeoramiento del ASDAS												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	35/48 (72,9%)	40/54 (74,1%)	**RR 0,98** (0,78 a 1,24)	**15 menos por 1000** (de 163 menos a 178 más)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Riesgo de presentar un brote												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	15/63 (23,8%)	10/63 (15,9%)	**RR 1,50** (0,73 a 3,08)	**79 más por 1000** (de 43 menos a 330 más)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO

Comentarios: CI: Intervalo de confianza; **MD:** Diferencia media; **RR:** Razón de riesgo; **ECAs evaluados**: Landewe R. Ann Rheum Dis. 2020;79(7):920-8. Landewe R. Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1022-30. Weinstein CLJ.Rheumatology (Oxford). 2023;62(11):3601-3609

a. Generación de la secuencia de aleatorización no clara.

b. Tamaño muestral baja con una potencia estadística insuficiente.

.

Pregunta: El aumento de intervalo de administración del FAME biológico comparado con la administración a intervalo habitual para mantener la remisión en pacientes con espondiloartritis axial en el momento de inclusión

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	el aumento de intervalo de administración del FAME biológico	dosis habitual	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Riesgo de mantener la remisión												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	19/22 (86,4%)	19/21 (90,5%)	**RR 0,95** (0,77 a 1,18)	**45 menos por 1000** (de 208 menos a 163 más)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO
Riesgo de presentar nuevo brote												
1	ensayos aleatorios	serio[a]	no es serio	no es serio	serio[b]	ninguno	3/22 (13,6%)	2/21 (9,5%)	**RR 1,43** (0,27 a 7,73)	**41 más por 1000** (de 70 menos a 641 más)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICO

Comentarios: CI: Intervalo de confianza; **RR:** Razón de riesgo; **ECA evaluado**: Cantini F. Biologics. 2013;7:1-6.
a. Sin información sobre la generación de la secuencia de aleatorización. Riesgo de sesgo en medidas de desenlace y notificación selectiva de resultados no claro.
b. Tamaño muestral baja con una potencia estadística insuficiente.

Extra-musculoskeletal manifestations

Clinical question

In axSpA, what is the efficacy of bDMARDs and tsDMARDs in treating extra-musculoskeletal manifestations (uveitis, psoriasis and IBD)?

1. FAME BIOLÓGICOS

1.1. Comparación **FAMEb versus placebo**

1.1.1. Enfermedad inflamatoria intestinal (6 a 28 semanas): adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, infliximab, secukinumab, ixekizumab y bimekizumab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	FAMEb	Placebo	Cociente tasas de incidencia (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [5] (22 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	5.6*/3845	3.4*/1895	**1.6** **(0.3 a 7.9)**	2.2 por 1000 pacientes por año (de 4.1 menos a 8.5 más)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. FAMEb: fármacos mofificadores de la enfermedad biológicos. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. * Tasa de incidencia de nuevos casos de EII por 1000 pacientes-año.

1.2. Comparación **iTNF versus placebo**

1.2.1. Enfermedad inflamatoria intestinal: número de **brotes** en pacientes con **EII conocida** (mediana de 16 semanas): adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, infliximab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iTNF	Placebo	OR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (21 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	2/2559 (0.08%)	0/1697 (0.0%)	**OR* 1.04 (0.09 a 11.40)**	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕⊕⊖⊖ Baja	CRÍTICA

1.2.2. Enfermedad inflamatoria intestinal: número de **nuevos brotes** en pacientes con **EII no conocida** (mediana de 16 semanas): adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, infliximab.

1 RS [6] (21 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	4/2559 (0.2%)	3/1697 (0.2%)	**OR* 1.22 (0.27 a 5.48)**	0 menos por 1000 (de 1 menos a 8 más)	⊕⊕⊖⊖ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. iTNF: nhibidores del factor de necrosis tumoral. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. El grupo de pacientes con espondiloartritis está integrado por espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica y espondiloartritis periférica. * *Odss ratio* por método de Peto.

1.3. Comparación **iTNF monoclonal versus placebo**

1.3.1. Uveítis anterior (media del periodo controlado, 22,7 semanas [DE 18,5]; mediana de 16 semanas [rango: 6–104]): adalimumab, certolizumab, golimumab, infliximab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iTNF monoclonal	Placebo	OR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [7] (17 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	10/2101 (0.5%)	31/2497 (1.2%)	**OR 4.990** (0.256 a 0.973)	47 más por 1000 (de 9 menos a 0 menos)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	IMPORTANTE

ECA: ensayo clínico aleatorizado. iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral. MA: metaanálisis. OR: *odd ratio*. RS: revisión sistemática.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

1.4. Comparación **Etanercept versus placebo**

1.4.1. **Enfermedad inflamatoria intestinal** (6 a 28 semanas).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ETN	Placebo	Cociente tasas de incidencia (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [5] (8 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	8.1*/856	3.4*/1895	**2.4** **(0.3 a 16.8)**	4.7 por 1000 pacientes por año (de 7.5 menos a 16.9 más)	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. ETN: etanercept. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. * Tasa de incidencia de nuevos casos de EII por 1000 pacientes-año.

1.4.2. **Uveítis anterior** (media del periodo controlado, 22,7 semanas [DE 18,5]; mediana de 16 semanas [rango: 6–104]).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ETN	Placebo	OR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [7] (10 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	5/699 (0.7%)	31/2497 (1.2%)	**OR 4.990** **(0.198 a 1.259)**	47 más por 1000 (de 10 menos a 3 más)	⨁⨁⨁⨀ Moderada	IMPORTANTE

ECA: ensayo clínico aleatorizado. ETN: etanercept. MA: metaanálisis. OR: *odd ratio*. RS: revisión sistemática.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

1.5. Comparación **Etanercept versus iTNF monoclonal**

1.5.1. **Enfermedad inflamatoria intestinal** (12 a 28 semanas).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	ETN	iTNF monoclonal	Cociente tasas de incidencia (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [5] (7 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	8.1*/856	2.4*/1105	**3.5** **(0.3 a 38.2)**	5.8 por 1000 pacientes por año (de 6.4 menos a 18.0 más)	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

ETN. Etanercept. iTNF: inhibidores del factor de nectosis tumoral.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. * Tasa de incidencia de nuevos casos de EII por 1000 pacientes-año.

1.6. Comparación **iIL-17 versus placebo**

1.6.1. **Enfermedad inflamatoria intestinal:** número de **brotes** en pacientes con **EII conocida** (mediana de 16 semanas): secukinumab, ixekizumab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iIL-17A	Placebo	OR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (7 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	5/1177 (0.4%)	1/585 (0.2%)	**OR* 2.12** **(0.39 a 11.60)**	2 más por 1000 (de 1 menos a 18 más)	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

1.6.2. Enfermedad inflamatoria intestinal: número de **nuevos brotes** en pacientes con **EII no conocida** (mediana de 16 semanas): secukinumab, ixekizumab.

1 RS [6] (7 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	6/1177 (0.51%)	0/585 (0.0%)	**OR* 2.38** **(0.49 a 11.40)**	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕⊕⊖⊖ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. iIL-17: inhibidores de la interleucina 17. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.

[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. El grupo de pacientes con espondiloartritis está integrado por espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica y espondiloartritis periférica. * *Odds ratio* por el método de Peto.

1.6.3. Uveítis anterior (media del periodo controlado, 22,7 semanas [DE 18,5]; mediana de 16 semanas [rango: 6–104]): secukinumab, ixekinumab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iIL-17A	Placebo	OR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [7] (8 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	23/1744 (1.3%)	31/2497 (1.2%)	**OR 1.345** **(0.465 a 3.886)**	4 más por 1000 (de 7 menos a 34 más)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	IMPORTANTE

ECA: ensayo clínico aleatorizado. iIL17A: inhibidores de la interleucina 17A. MA: metaanálisis. OR: *odds ratio*. RS: revisión sistemática.

[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

1.6.A. Brodalumab versus placebo

1.6.A.1. Uveítis (16 semanas).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Brodalumab	Placebo	RR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 ECA [11]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	0/80 (0.0%)	0/79 (0.0%)	NA	NA	⊕⊕⊖⊖ Baja	IMPORTANTE

1.6.A.2. Enfermedad inflamatoria intestinal (16 semanas).

1 ECA [11]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	0/80 (0.0%)	0/79 (0.0%)	NA	NA	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. NA: no aplica. RR: riesgo relativo.

[a] Alto riesgo de sesgo porque esta medida de resultado no fue el objetivo primario del ECA, se recoge como posibles eventos adversos. [b] Pocos pacientes incluidos y corta duración del tratamiento controlado doble ciego para la detección de eventos adversos.

1.6.B. Bimekizumab versus placebo

1.6.B.1. Enfermedad de Crohn (16 semanas).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Bimekizumab	Placebo	RR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
2 ECA [12]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	1/349 (0.3%)	0/237 (0.0%)	**RR* 2.04 (0.08 a 4.87)**	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

1.6.B.2. Colitis ulcerosa (16 semanas).

2 ECA [12]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	1/349 (0.3%)	1/237 (0.4%)	**RR 0.68 (0.04 a 10.80)**	1 menos por 1000 (de 4 menos a 41 más)	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

1.6.B.3. Uveítis (16 semanas).

2 ECA [12]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	2/349 (0.6%)	11/237 (4.6%)	**RR 0.12 (0.03 a 0.55)**	41 menos por 1000 (de 45 menos a 21 menos)	⨁⨁⨀⨀ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayo clínico aleatorizado. RR: riesgo relativo.
[a] Alto riesgo de sesgo porque esta medida de resultado no fue el objetivo primario del ECA, se recoge como posibles eventos adversos. [b] Corta duración del tratamiento controlado doble ciego para la detección de eventos adversos. * calculado por los revisores.

1.7. Comparación **iIL-17A versus iTNF monoclonal**

1.7.1. **Enfermedad inflamatoria intestinal** (12 a 28 semanas).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iIL-17A	iTNF monoclonal	Cociente tasas de incidencia (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [5] (7 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	7.0*/1884	2.4*/1105	**3.0** **(0.3 a 26.7)**	4.7 por 1000 pacientes por año (de 3.6 menos a 13.0 más)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. iIL-17A: inhibidores de la interleucina 17A. iTNF: inhibidores del factor de nectosis tumoral. MA: metaanálisis.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. * Tasa de incidencia de nuevos casos de EII por 1000 pacientes-año.

2. FAME SINTÉTICOS DE DIANA ESPECÍFICA

2.1. Comparación **iJAK versus placebo**

2.1.A. Upadacitinib versus placebo

2.1.A.1. Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con EspAax no radiográfica (14 semanas + 30 días).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Upadacitinib	Placebo	RR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 ECA [13]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	0/156 (0.0%)	0/157 (0.0%)	NA	NA	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

2.1.A.2. Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con espondilitis anquilosante (14 semanas + 30 días).

1 ECA [14]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	0/211 (0.0%)	1/209 (0.5%)	**RR* 0.33 (0.01 a 8.06)**	3 menos por 1000 (de 5 menos a 34 más)	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

2.1.A.3. Uveítis en pacientes con EspAax no radiográfica (14 semanas + 30 días).

1 ECA [13]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	1/156 (0.6%)	0/157 (0.0%)	**RR* 3.02 (0.12 a 73.55)**	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⨁⨁⨀⨀ Baja	IMPORTANTE

2.1.A.4. Uveítis en pacientes con espondilitis anquilosante (14 semanas + 30 días).

1 ECA [14]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	1/211 (0.5%)	3/209 (1.4%)	**RR* 0.33 (0.03 a 3.15)**	10 menos por 1000 (de 14 menos a 31 más)	⨁⨁⨀⨀ Baja	IMPORTANTE

2.1.A.5. Psoriasis en pacientes con EspAax no radiográfica (14 semanas + 30 días).

1 ECA [13]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	0/156 (0.0%)	0/157 (0.0%)	NA	NA	⊕⊕⊖⊖ Baja	IMPORTANTE

2.1.A.6. Psoriasis en pacientes con espondilitis anquilosante (14 semanas + 30 días).

1 ECA [14]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	1/211 (0.5%)	0/209 (0.0%)	**RR* 2.97 (0.12 a 72.54)**	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⊕⊕⊖⊖ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayo clínico aleatorizado. RR*: riesgo relativo calculado por los revisores.
[a] Alto riesgo de sesgo porque esta medida de resultado no fue el objetivo primario del ECA, se recoge como posibles eventos adversos. [b] Pocos pacientes y orta duración del tratamiento controlado doble ciego para la detección de eventos adversos.

2.1.B. Tofacitinib versus placebo

2.1.B.1. Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con espondilitis anquilosante (16 semanas).

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Tofacitinib	Placebo	RR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 ECA [15]	ECA	No es serio	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	0/133 (0.0%)	0/136 (0.0%)	NA	NA	⊕⊕⊖⊖ Baja	CRÍTICA

2.1.B.2. Uveítis en pacientes con espondilitis anquilosante (16 semanas).

1 ECA [15]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	1/133 (0.8%)	3/136 (2,2%)	**RR 0.34 (0.04 a 3.24)**	15 menos por 1000 (de 21 menos a 49 más)	⊕⊕⊖⊖ Baja	CRÍTICA

2.1.B.3. Psoriasis en pacientes con espondilitis anquilosante (16 semanas).

1 ECA [15]	ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	0/133 (0.0%)	1/136 (0.7%)	**RR* 0.34 (0.01 a 8.29)**	5 menos por 1000 (de 7 menos a 54 más)	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. RR*: riesgo relativo calculado por los revisores.
[a] Alto riesgo de sesgo porque esta medida de resultado no fue el objetivo primario del ECA, se recoge como posibles eventos adversos. [b] Pocos pacientes y orta duración del tratamiento controlado doble ciego para la detección de eventos adversos.

Obesity and smoking

Clinical question

In axSpA, do obesity and/or smoking increase disease activity, accelerate radiographic progression of structural damage and impair treatment response?

Pregunta: No fumador vs. exfumador.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	No fumador	Exfumador	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
ASDAS												
2	Estudio observacional[1]	No serio	NA	No serio	**Serio** N pequeña para mujeres fumadores y exfumadoras	falta información acerca del tiempo de cese del hábito tabáquico y la duración e intensidad	Hombres 89 Mujeres 105	Hombres 36 Mujeres 42		**ASDAS- PCR a 1 año (referencia no fumadores):** - **Todos: β 0,18** (IC 95% 0,03 a 0,39) - **Hombres: β 0,01** (IC 95% 0,30 a 0,31) - **Mujeres: β 0,38** (IC 95% 0,09 a 0,67); **p < 0,05**	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA
	Estudio observacional[2]	No serio	NA	No serio	No serio		234	187		**ASDAS basal** No fumadores 2,9 (2,4 a 3,4) Exfumadores 3,0 (2,4 a 3,5) p= 0,042 **Reducción ASDAS a los:** - **3m: β –0,07** (IC 95% –0,47 a 0,32) - **6m: β 0,02** (IC 95% –0,10 a 0,13)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
BASDAI												
2	Estudio observacional[1]	No serio	NA	No serio	**Serio** N pequeña para mujeres fumadoras y exfumadoras	falta información acerca del tiempo de cese del hábito tabáquico y la duración e intensidad NA	Hombres 89 Mujeres 105	Hombres 36 Mujeres 42		**BASDAI Q2** (dolor axial) - **Hombres: β** -0,40 (IC 95% –1,24 a 0,43) - **Mujeres**: **β** 0,19 (IC 95% –0,65 a 1,02) **BASDAI Q6** (duración de rigidez matutina) - **Hombres**: **β** 0,06 (IC 95% –0,83 a 0,95)	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

										- **Mujeres**: **β 1,09** (IC 95% 0,16 –2,02) **P <0,05**		
	Estudio observacional[2]	No serio	NA	No serio	No serio		234	187		**BASDAI basal** **No fumadores 6,4** (5,1 a 7,4) **Exfumadores 6,8** (5,5 a 8,1) **p= 0,004** **BASDAI a los:** **- 3m: β** −0,58 (IC 95% −1,41 a 0,25) **- 6m: β** 0,07 (IC 95% −0,11 a 0,24)	⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE
BASFI												
1	Estudio observacional[2]	No serio	NA	No serio	No serio		234	187		**BASFI media basal** **No fumadores 6,0** (4,1 a 7,7) **Exfumadores 6,7** (5,0 a 8,3) **p<0,001** **BASFI a los:** **- 3m:** β −0,59 (−1,40 a 0,22) **- 6m**: 0,03 (−0,18 a 0,23)	⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE
Supervivencia del fármaco anti-TNF												
1	Estudio observacional[3]	No serio	NA	No serio	No serio		224	177	**HR** - **Todas las causas** 0,68 (IC 95% 0,45 a 1,04) - **Infecciones** 1,03 (IC 95% 0,55 a 1,96) - **Otros eventos adversos** 1,02 (IC 95% 0,50 a 2,07) - **Ineficacia** 0,73 (0,39 a 1,37)		⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Exarchou, 2022. 2. Zhao, 2020. 3. Zhao, 2019.

Notas:

*El coeficiente β se interpreta al igual que se hace con una diferencia de medias. Es decir, muestra la diferencia del valor medio extraído del modelo.

** ASDAS-MI: Major Improvement in the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score

Pregunta: No fumador *vs.* Fumador

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	No fumador	Fumador	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
ASDAS												
3	RS[1] (estudio observacional)[2]	No serio	NA	No serio	Serio		ND	ND	Remisión por ASDAS <1,3 - **Basal**: OR = 0,22 (0,08-0,56) - **A los 2 años**: OR = 0,34 (0,13-0,87)		⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA
	Estudio observacional[3]	No serio	NA	No serio	Serio	Falta información acerca del tiempo de cese del hábito tabáquico y la duración e intensidad.	Hombres: 89 Mujeres: 105	Hombres: 35 Mujeres: 17		**ASDAS- PCR a 1 año (referencia no fumadores):** **- Todos: β** 0,24 (IC 95% –0,03 a 0,50) **- Hombres: β** 0,15 (IC 95% – 0,22 a 0,52) **- Mujeres: β** 0,28 (IC 95% – 0,12 a 0,67)	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA
	Estudio observacional[4]	No serio	NA	No serio	No serio		234	206		ASDAS Basal **No fumadores** 2,9 (IC 95% 2,4 a 3,4) **Fumadores** 3,0 (IC 95% 2,6 a 3,6); p=0,042 ASDAS a los: - **3m: β –0,01** (IC 95% −0,42 a 0,40); - **6m: β 0,10** (IC 95% 0,002 a 0,20) **p < 0,05**	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
BASDAI												
4	RS[5] (8 estudios observacionales[6-13])	Serio[d,a]	Serio[b]	Son serio	No serio	La mayoría de los estudios eran transversales con baja calidad. Además, una alta heterogeneidad en cuanto a diseño, evaluación de tabaquismo y población.	40 113	35 47	**OR:** 2,905 (IC 95% 0,922 a 9,155); p=0,069	BASDAI (DE) No fumadores: 3,84 (2,11) Fumadores: 4,30 (1,91) (p=0,283) **β** =0,05 (IC 95% 0-0,094; p=0,05)	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

							104	22		**β** =1,39 (IC 95% 0,52-2,26; **p=0,002**)		
							24	24	**OR:** 1,83 (IC 95% 1,13–2,98) p=0,015	BASDAI (media) fumadores 33,87±11,71 vs no fumadores 19,54±10,95 **P= 0,000**		
							308	127	**OR**=1,62 (IC 95% 1,03- 2,55; p=0,04)	BASDAI - No fumadores: 4,0 (2,0–6,0) - Fumadores: 5,0 (3,0–7,0) p=0,10		
							185	56		**β** =14,75 IC 95% 7,0, 22,49; **p <0,001**		
							50	56		**BASDAI** **- No fumadores: 3,2 ± 1,5** **- Fumadores: 4,8 ± 2,3** **p<0,001** **β = 0,35; p<0.001**		
							174	123		**BASDAI:** **- No fumadores:** 4,3±2,1 **- Fumadores:** 4,6±1,9 p=0,06 **β 0,50,** (IC 95% 0,17-0,83; **p=0,003)**		
	RS[1](estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	Serio	No se identifica la n de pacientes	ND	ND	Remisión por BASDAI < 3,6 **- Basal**: OR = 0,39 (0,16-0,95) **- A los 2 años:** OR = 0,31 (0,15-0,63)		⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE
	Estudio observacional[3]	No serio	NA	No serio	Serio N pequeña		Hombres 89 Mujeres 105	Hombres 35 Mujeres 17		**BASDAI Q2** (dolor axial) **- Hombres: β** 0,58 (IC 95%–1(–0,43 a 1,59) - **Mujeres**: **β** 1,36 (IC 95% –(0,19–2,53) **P <0,05**		

										BASDAI Q3 (síntomas articulares periféricos) - **Hombres**: **β** -0,47 (IC 95% –1,49 a 0,55) - **Mujeres**: **β 0,86** (IC 95% –0,40 a 2,12) **BASDAI Q6** (duración de rigidez matutina) - **Hombres**: **β** 0,58 (IC 95% (–0,50 a 1,65) - **Mujeres**: **β 1,22** (IC 95% –0,07 a 2,50)		
	Estudio observacional[4]	No serio	NA	No serio	No serio		234	187		**BASDAI basal** **No fumador: 6**,4 (5,1 a 7,4) **Fumador:** 7,2 (5,9 a 7,9) **p= 0,004** BASDAI - **3m: β** −0,38 (−1,12 a 0,36) - **6m: β** 0,04 (−0,13 a 0,22)	⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE
BASFI												
2	RS[5] (7 estudios observacionales[6,13])	Serio	Serio	No serio	Serio	La mayoría de los estudios eran transversales con baja calidad. Además, una alta heterogeneidad en cuanto a diseño, evaluación de tabaquismo y población.	40 --- 104 --- 24 --- 308 --- 191 --- 185 --- 174	35 --- 22 --- 24 --- 127 --- 120 --- 56 --- 123	BASFI (≥1.5 vs. <1.5) **OR** 1,661 (IC 95% 0,622 a 4,431); p=0,311 --- --- --- **OR 1,39** (1,15–1,68) **p=0,0007** --- 	Media (DE) No fumador: 2,05 (2,16) Fumador: 2,54 (2,30) p=0,240 --- **β** = 1,02 (IC 95% -0,12-2,15) p=0,08 --- BASFI media +DE **Fumadores:** 40,04±18,55 **No fumadores**: 22,75±16,40 p=0,002 --- BASFI **- No fumadores: 4,0 (2,0–6,0)** **- Fumadores: 5,0 (3,0–8,0) p< 0,0001** ---	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

										Regresión multivariable: 0,618 (0,0108–1,22) p=0,02 ---------- **BASFI** **- No fumadores:** 4,2 ± 2,3 **- Fumadores:** 5,3 ± 2,8 p=0,059 B= 0,06 p=0,307 ---------- **BASFI** **- No fumadores: 2,8±2,3** **- Fumadores: 3,4±2,2** **p=0,001** **β** = 0,38 (IC 95% 0,07 a 0,69); p=0,02		
	Estudio observacional[4]	No serio	NA	No serio	No serio		234	162		**BASFI media basal** **No fumadores: 6,0** (4,1 a 7,7) **Fumadores**: **7,1** (5,5 a 8,5) **p<0,001** **BASFI a los:** - **3m**: **β** 0,21 (−0,61 a 1,03) - **6m**: **β** 0,02 (−0,19 a 0,23)	⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE
mSASSS												
4	RS[5] (estudio observacional[14, 12, 13])	Serio	No serio	Serio	Serio	Ajustan por factores de confusión.	49 ---------- 185 ---------- 174	48 ---------- 56 ---------- 123	---------- ---------- **Inflamación en SI:** OR 1,57, p=0,02 **Inflamación de espalda**: OR 2,33, p<0,001) **Lesiones estructurales en SI**: OR 1,54, p=0,03) **Lesiones estructurales en**	Incremento de mSASSS a los 2 años por cada unidad incrementada de ASDAS (IC 95%). - **Todos**: fumadores 1,94 (1,00 a 2,87) vs no fumadores 0,35 (0,04 a 0,65); **p<0,001** - **Hombres**: fumadores 2,15 (1,01 a 3,30) vs no fumadores 0,44 (0,02 a 0,86); **p<0,001** - **Mujeres**: fumadoras 0,47 (−0,12 a 1,06) vs no fumadoras 0,16 (−0,13 a 0,44); **p<0,001** ----------	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA

									espalda: OR 2,02, p=0,01)	**β 0,25; p= 0,001** --------- **β** 0,54 (0,05 a 1,03); p=0,03		
	RS[1](estudio observacional[15, 16])	No serio	No serio	No serio	No serio		149 --------- 147	17 --------- 63	**Progresión de ≥ 2 unidades mSASSS a los 5 años:** - **Todos**: OR = 1,44 (0,50-4,14), p= 0,50 - **Hombres:** OR = 3,33 (0,74-15,00), p= 0,12 - **Mujeres:** OR = 0,48 (0,06-4,18), p= 0,51 --------- **Progresión de ≥ 2 unidades mSASSS a los 2 años:** OR = 2,75 (1,25-6,05), p= 0,012		⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
	RS[17] (estudio observacional[14, 12, 13])	No serio	No serio	No serio	No serio	Solo se incluyeron estudios transversales	556	643	**Resultado del metaanalisis: Presencia de sindesmofitos**: **OR: 2,02** con 95% IC (1,51–2,70). Heterogeneidad entre estudios: *I2*=23,0%, p=0,25		⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
	Estudio observacional[18]	No serio	No serio	NA	No serio		244	162		Inflamación en columna por RMN: **β = 1,69** [IC 95% 0,45-2,93]); P < 0,05 Daño structural en SI por RMN**: β = 0,57** (IC 95% 0,18,-0,96]); **P < 0,05** mSASSS score: **β =** 0,26 (IC 95% −0,35- 0,86)	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
Supervivencia del fármaco anti-TNF												
1	Estudio observacional[19]	No serio	NA	No serio	No serio		224	197	**HR** - **Todas las causas** 0,79 (IC 95% 0,53 a 1,20) - **Infecciones** 0,79 (IC 95% 0,40 a 1,54) - **Otros eventos adversos** 0,86 (IC 95% 0,41 a 1,78)		⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE

									- **Ineficacia** 1,44 (IC 95% 0,86 a 2,41)			

Referencias: 1. Wieczorek, 2021. 2. Wendling, 2017. 3. Exarchou, 2022. 4. Zhao, 2020. 5. Villaverde-García, 2016. 6. Chen, 2013. 7. Fallahi, 2013. 8. Reed, 2008. 9. Kaan, 2005. 10. Mattey, 2011. 11. Zhang, 2015. 12. Sakellariou, 2015. 13. Chung, 2012. 14. Ramiro 2015. 15. Deminger, 2018. 16. Poddubnyy, 2012. 17. Akar, 2017. 18. Nikiphorou, 2020. 19. Zhao, 2019.

Notas:

Evaluación de la calidad mediante la Escala Newcastle Ottawa 2010 realizada por los autores de la RS con resultado de riesgo de sesgo intermedio.

*El coeficiente β se interpreta al igual que se hace con una diferencia de medias. Es decir, muestra la diferencia del valor medio extraído del modelo

Pregunta: Sobrepeso *vs.* normopeso.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sobrepeso	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
ASAS 40												
1	RS[1] (estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND	OR 0,62 (IC 95% 0,24 a 1,14)		⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICA
ASDAS												
1	Estudio observacional[3]	Serio[a]	NA	Serio[b]	No serio	Hay datos perdidos para ASDAS. No especifican cómo calculan el ASDAS, si con PCR o VSG. Población asiática.	ND	ND		**ASDAS basal: β 0,14** (IC 95% -0,03 a 0,30; p=0,106) **Δ ASDAS:** - 3m: β 0,39 (IC 95% 0,02 a 0,76; p=0,04) - 6m: β 0,52 (IC 95% 0,13 a 0,91; p=0,01) - 9m: β 0,58 (IC 95% 0,07 a 1,09; p=0,026) - 12m: β 0,38 (IC 95% -0,07 a 0,93; p=0,077)	⨁◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sobrepeso	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
BASDAI												
2	RS[4] (6 estudios observacionales[5,10]) Estudio observacional[3]	Serio[c,a]	No serio	No serio	No serio	En la RS, los estudios incluidos no ajustan por factores de confusión. --- Población asiática.	578 --- - 3m: 64 - 6m: 51 - 9m: 37 - 12m: 43	748 --- - 3m: 117 - 6m: 82 - 9m: 49 - 12m: 71		**Diferencia de medias -0.09** (IC 95% -0,33 a 0,15) --- **BASDAI basal: β 0,10** (IC 95% -0,17 a 0,37; p=0,485) **Δ BASDAI:** **- 3m: β 0,58** (IC 95% 0,13 a 1,02; p=0,011) **- 6m: β 0,69** (IC 95% 0,14 a 1,23; p=0,014) **- 9m: β 0,76** (IC 95% 0,07 a 1,45; p=0,031) **- 12m: β 1,20** (IC 95% 0,24 a 1,76; p=0,028)	⨁◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE
BASFI												
1	Estudio observacional[3]	Serio[a]	NA	Serio[b]	No serio	Población asiática.	ND	ND		**β -0,05** (IC 95% -0,31 a 0,22; p=0,728)	⨁◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sobrepeso	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
Supervivencia del fármaco												
Anti-TNF												
1	RS[1] (estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND	**HR 0,98** (IC 95% 0,79 a 1,38; p=0,92)		⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Gialouri 2023. 2. Micheroli 2017. 3. Lidong 2021. 4. Ortolan 2021. 5. Al-Osami 2018. 6. Lee 2017. 7. Maas 2016. 8. Micheroli 2017. 9. Ottaviani 2012. 10. Rosas 2017.

Notas:
a. Puntuación obtenida mediante la Escala de Newcastle Ottawa de 6 puntos (alto riesgo de sesgo).
b. Población asiática, con categorías de IMC diferentes: IMC bajo (<18,5); IMC normal (18.5-24); sobrepeso (IMC 24- 28); y obesidad (IMC >28).
c. Evaluación del riesgo de sesgo de la RS mediante herramienta ROBIS con resultado poco claro. Incluyen estudios con gran heterogeneidad clínica, analizando de forma conjunta aquellos de diseño transversal y observacionales, sin que realicen la mayoría de los estudios ajuste de resultados por posibles factores de confusión.
*El coeficiente β se interpreta al igual que se hace con una diferencia de medias. Es decir, muestra la diferencia del valor medio extraído del modelo.

Pregunta: Obesidad *vs.* normopeso

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
ASAS 40												
1	RS[1] (estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND	OR 0,27 (IC 95% 0,09 a 0,70)		⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
ASDAS												
1	Estudio observacional[3] RS[1] (estudio observacional[4])	Serio[a,b]	No serio	Serio[c]	No serio	Hay datos perdidos para ASDAS. No especifican cómo calculan el ASDAS, si con PCR o VSG. Población asiática. --- No ajustan por factores de confusión.	ND	ND		**ASDAS basal: β 0,36** (IC 95% 0,15 a 0,57; p=0,001) **Δ ASDAS:** - 3m: **β 0,56** (IC 95% 0,06 a 1,07; p=0,029) - 6m: **β 0,79** (IC 95% 0,29 a 1,28; p=0,002) - 9m: **β 0,63** (IC 95% 0,003 a 1,33; p=0,048) - 12m: **β 0,69** (IC 95% 0,05 a 1,32; p=0,034) --- **ASDAS-VSG media (DE):** Obesos 2,58 (0,79) Normopeso 1,9 (0,83) p=0,03	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
BASDAI												
2	RS[5] (6 estudios observacionales[6,11]) Estudio observacional[3]	Serio[d,a]	No serio	No serio	No serio	En la RS, los estudios incluidos no ajustan por factores de confusión. Población asiática.	335 --- - 3m: 25 - 6m: 24 - 9m: 14 - 12m: 22	748 --- - 3m: 117 - 6m: 82 - 9m: 49 - 12m: 71		**Diferencia de medias -0,78** (IC 95% -1,07 a -0,48) --- - **BASDAI basal: β 0,63** (IC 95% 0,26 a 1,01; p=0,001) Δ BASDAI: - **3m**: **β 0,80** (IC 95% 0,16 a 1,43; p=0,014) - **6m**: **β 0,92** (IC 95% 0,21 a 1,62; p=0,011) - **9m**: **β 1,21** (IC 95% 0,18 a 2,24; p=0,021) - **12m**: **β 1,30** (IC 95% 0,14 a 2,05; p=0,019)	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE
BASFI												
1	Estudio observacional[3]	Serio[a]	NA	Serio[c]	No serio	Población asiática.	ND	ND		**β 0,59** (IC 95% 0,22 a 0,96; p=0,002)	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
Supervivencia del fármaco												
Anti-TNF												
1	RS[1] (estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND	**HR 1,01** (IC 95% 0,63 a 1,65; p=0,95)		⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Gialouri 2023. 2. Micheroli 2017. 3. Lidong 2021. 4. Rosas 2017. 5. Ortolan 2021. 6. Al-Osami 2018. 7. Lee 2017. 8. Maas 2016. 9. Micheroli 2017. 10. Ottaviani 2012. 11. Rosas 2017.

Notas:
a. Puntuación obtenida mediante la Escala de Newcastle Ottawa de 6 puntos (alto riesgo de sesgo).
b. Evaluación de la calidad mediante la Escala Newcastle Ottawa 2010 realizada por los autores de la RS con resultado de riesgo de sesgo intermedio.
c. Población asiática, con categorías de IMC diferentes: IMC bajo (<18,5); IMC normal (18.5-24); sobrepeso (IMC 24- 28); y obesidad (IMC >28).
d. Evaluación del riesgo de sesgo de la RS mediante herramienta ROBIS con resultado poco claro. Incluyen estudios con gran heterogeneidad clínica, analizando de forma conjunta aquellos de diseño transversal y observacionales, sin que realicen la mayoría de los estudios ajuste de resultados por posibles factores de confusión.
*El coeficiente β se interpreta al igual que se hace con una diferencia de medias. Es decir, muestra la diferencia del valor medio extraído del modelo.

Pregunta: Sobrepeso/obesidad *vs*. normopeso

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sobrepeso/obesidad	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
ASDAS												
1	RS[1] (5 estudios observacionales[2,6])	Serio[a]	No serio	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND		**Diferencia de medias -0,19** (IC 95% -0,29 a -0,09)	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA
BASDAI												
1	RS[1] (10 estudios observacionales[2,11])	Serio[a]	No serio	No serio	No serio	No ajustan por factores de confusión.	1.280	1.224		**Diferencia de medias -0,39** (IC 95% -0,56 a -0,21)	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA
mSASSS												
1	Estudio observacional[12]	No serio	NA	No serio	Serio[b]	No ajustan por factores de confusión. Tamaño muestral pequeño.	18	12	**OR 0,57** (IC 95% 0,11 a 3,04; p=0,51)		⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA
Supervivencia del fármaco												
Anti-TNF												
1	RS[13] (estudio observacional[14])	Serio[c]	NA	No serio	Serio[d]	No ajustan por factores de confusión.	ND	ND	**OR 4,35** (IC 95% 1,01 a 18,69; p=0,048)		⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Ortolan 2021. 2. Hernández-Breijo 2019, 3. Maas 2016, 4. Micheroli 2017. 5. Rosas 2017. 6. Rubio-Vargas 2016. 7. Al-Osami 2018. 8. Durcan 2012. 9. Lee 2017. 10. O'Shea 2015. 11. Ottaviani 2012. 12. Pedersen 2019. 13. Gialouri 2023. 14. Hwang 2016.

Notas:
a. Evaluación del riesgo de sesgo de la RS mediante herramienta ROBIS con resultado poco claro. Incluyen estudios con gran heterogeneidad clínica, analizando de forma conjunta aquellos de diseño transversal y observacionales, sin que realicen la mayoría de los estudios ajuste de resultados por posibles factores de confusión.
b. El intervalo de confianza es amplio e incluye la no significación estadística.
c. Evaluación de la calidad mediante la Escala Newcastle Ottawa 2010 realizada por los autores de la RS con resultado de riesgo de sesgo intermedio.
d. El intervalo de confianza es muy amplio.

Pregunta: Obesidad *vs.* no obesidad.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	No obesidad	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
ASAS 40												
1	RS[1] (estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	NA	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND		**%ASAS40:** - Normopeso: 44% - Sobrepeso: 40% - Obesidad: 29% **p=0,02**	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
ASDAS												
2	RS[1] (2 estudios observacionales [2,3])	Serio[a]	Serio[b]	No serio	Serio[c]	Ajustan por factores de confusión. --- Diseño transversal. No ajustan sus resultados. Bajo tamaño muestral.	ND	ND	ASDAS ≤2,1: OR 4,64 (IC 95% 1,02 a 24,13; p=0,02)	Mejoría ASDAS ≥1,1: - Normopeso: 59% - Sobrepeso: 46% - Obesidad: 37% p=0,003 ASDAS <1,3: - Normopeso: 29% - Sobrepeso: 15% - Obesidad: 10% p=0,001	⊕◯◯◯ Muy baja	CRÍTICA

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	No obesidad	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
BASDAI												
2	RS[1] (2 estudios observacionales [2,3])	Serio[a]	Serio[b]	No serio	Serio[c]	Ajustan por factores de confusión. --- Diseño transversal. No ajustan sus resultados. Bajo tamaño muestral.	ND	ND	BASDAI ≤4: OR 3,5 (IC 95% 0,84 a 17,19; p=0,05).	%BASDAI50: - Normopeso: 48% - Sobrepeso: 40% - Obesidad: 33% p=0,006	⨁◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE
Supervivencia del fármaco												
Anti-TNF												
1	RS[1] (estudio observacional[3])	Serio[a]	NA	No serio	No serio	Diseño transversal. No ajustan sus resultados. Bajo tamaño muestral.	ND	ND		Duración del tratamiento años media (DE) - Obesos: 1,01 (0,79) - No obesos: 1,85 (1,65) p=0,08	⨁◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	No obesidad	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
Anti-IL17												
1	RS[1] (estudio observacional[4])	Serio[d]	NA	No serio	No serio		ND	ND	Riesgo de interrupción HR 0,45 (IC 95% 0,27 a 0,90; p= 0,008)	Tasa de interrupción % 29% obesos vs. 50% no obesos p=0,013	⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Gialouri 2023. 2. Micheroli 2017. 3. Rosas 2017. 4. Armagan 2022.

Notas:
a. La evaluación de la calidad del estudio de Rosas et. mediante la Escala Newcastle Ottawa 2010 realizada por los autores de la RS tiene como resultado un riesgo de sesgo intermedio.
b. Existen diferencias entre los resultados de los distintos estudios.
c. En uno de los estudios, el tamaño muestral es pequeño y los intervalos de confianza son muy amplios.
d. Evaluación de la calidad mediante la Escala Newcastle Ottawa 2010 realizada por los autores de la RS con resultado de riesgo de sesgo intermedio.

Treatment with biologic and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs

Clinical question

In PsA, what is the efficacy of IL-23 and IL-17 inhibitors and tsDMARDs (JAK inhibitors and apremilast) in treating axial and peripheral disease, enthesitis and dactylitis?

Pregunta: IL-17 comparado con placebo

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IL-17	PBO	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ACR 20 (12-24 semanas)												
11	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	1763/3382 (52.1%)	361/1634 (22.1%)	**RR 2.37** (2.15 a 2.60)	**303 más por 1000** (de 254 más a 353 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 50 (12-24 semanas)												
10	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	976/3073 (31.8%)	118/1475 (8.0%)	**RR 3.95** (3.30 a 4.73)	**236 más por 1000** (de 184 más a 298 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 70 (12 a 24 semanas)												
7	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	454/1759 (25.8%)	18/806 (2.2%)	**RR 10.85** (4.43 a 26.56)	**220 más por 1000** (de 77 más a 571 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IL-17	PBO	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Resolución entesitis (16 a 24 semanas)												
9	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	915/2041 (44.8%)	274/974 (28.1%)	**RR 1.77** (1.35 a 2.33)	**217 más por 1000** (de 98 más a 374 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
Resolución dactilitis (16 a 24 semanas)												
8	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	667/1340 (49.8%)	156/601 (26.0%)	**RR 2.13** (1.48 a 3.05)	**293 más por 1000** (de 125 más a 532 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; **RR:** Riesgo relativo; **PBO**: Placebo

Explicaciones:

Se ha disminuido un nivel por riesgo de sesgo dado que en varios de los ensayos clínicos no está clara si hicieron una ocultación de la asignación y en dos de ellos no se describe la generación de la secuencia de aleatorización (Anexo V).

Pregunta: IL-23 comparado con placebo

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	IL-23	PBO	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ACR 20 (24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	933/1644 (56.8%)	347/1168 (29.7%)	**RR 1.92** (1.70 a 2.17)	**273 más por 1000** (de 208 más a 348 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 50 (24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	501/1644 (30.5%)	125/1168 (10.7%)	**RR 2.82** (2.36 a 3.39)	**195 más por 1000** (de 146 más a 256 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 70 (24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	235/1644 (14.3%)	54/1168 (4.6%)	**RR 3.04** (2.27 a 4.07)	**94 más por 1000** (de 59 más a 142 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
Resolución entesitis (24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	615/1451 (42.4%)	312/1096 (28.5%)	**RR 1.47** (1.31 a 1.64)	**134 más por 1000** (de 88 más a 182 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO
Resolución dactilitis (24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	439/1180 (37.2%)	229/945 (24.2%)	**RR 1.35** (1.18 a 1.53)	**85 más por 1000** (de 44 más a 128 más)	⨁⨁⨁◯ Moderado	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza**; RR:** Riesgo relativo**; PBO:** Placebo

Explicaciones: Se ha disminuido un nivel por riesgo de sesgo dado que en varios de los ensayos clínicos no está clara si hicieron una ocultación de la asignación y si hubo un cegamiento de la variable de resultado (Anexo V).

Pregunta: JAKi comparado con placebo

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	JAKi	PBO	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ACR 20 (12 semanas)												
4	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	1138/1755 (64.8%)	270/871 (31.0%)	**RR 2.07** (1.82 a 2.36)	**332 más por 1000** (de 254 más a 422 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 50 (12 semanas)												
4	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	677/1755 (38.6%)	95/871 (10.9%)	**RR 3.54** (2.15 a 5.82)	**277 más por 1000** (de 125 más a 526 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 70 (12 semanas)												
4	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	302/1755 (17.2%)	29/871 (3.3%)	**RR 4.83** (1.67 a 13.97)	**128 más por 1000** (de 22 más a 432 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
Resolución entesitis (12 semanas)												
3	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	540/1135 (47.6%)	141/543 (26.0%)	**RR 1.80** (1.54 a 2.10)	**208 más por 1000** (de 140 más a 286 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
Resolución dactilitis (12 semanas)												
3	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	407/634 (64.2%)	110/311 (35.4%)	**RR 1.83** (1.56 a 2.14)	**294 más por 1000** (de 198 más a 403 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza**; RR:** Riesgo relativo**; PBO:** Placebo

Explicaciones: Se ha disminuido un nivel en la dimensión de riesgo de sesgo porque no está clara la generación aleatoria de la secuencia ni la ocultación de la asignación y hay riesgo alto de resultados incompletos (Anexo V).

Pregunta: Apremilast comparado con placebo

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Apremilast	PBO	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
ACR 20 (16 a 24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	445/1446 (30.8%)	130/778 (16.7%)	**RR 1.87** (1.57 a 2.23)	**145 más por 1000** (de 95 más a 206 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 50 (16 a 24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	203/1446 (14.0%)	42/778 (5.4%)	**RR 2.58** (1.79 a 3.71)	**85 más por 1000** (de 43 ms a 146 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
ACR 70 (16 a 24 semanas)												
5	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	69/1446 (4.8%)	8/778 (1.0%)	**RR 3,74** (1.64 a 8.52)	**28 más por 1000** (de 7 más a 77 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
Resolución entesitis (16 a 24 semanas)												
3	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	158/491 (32.2%)	53/263 (20.2%)	**RR 1.63** (1.24 a 2.14)	**127 más por 1000** (de 48 más a 230 más)	⊕⊕⊕◯ Moderado	CRÍTICO
Resolución dactilitis (16 a 24 semanas)												
2	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	130/295 (44.1%)	55/156 (35.3%)	**RR 1.25** (0.98 a 1.60)	**88 más por 1000** (de 7 menos a 212 más)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza**; RR:** Riesgo relativo**; PBO:** Placebo

Explicaciones: Se ha disminuido un nivel en la dimensión de riesgo de sesgo porque no está clara la generación aleatoria de la secuencia ni la ocultación de la asignación en algunos de los ensayos (Anexo V).

Treatment with biologic or targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs compared to TNF inhibitors

Clinical question

In PsA, what is the efficacy, effectiveness and safety of IL-17, IL-23 and JAK inhibitors compared to TNF inhibitors?

Secukinumab vs adalimumab (52 semanas)

Evaluación de la calidad							№ de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Secukinumab	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR20												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	no serio	285/426 (67%)	265/427 (62%)	**RR** 1,08 (0,98-1,19)	48 más por mil (de 15 menos a 118 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR50												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	no serio	209/426 (49%)	192/427 (45%)	**RR** 1,09 (0,95-1,26)	41 más por mil (de 24 menos a 116 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR70												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	no serio	141/426 (33%)	124/427 (29%)	**RR** 1,09 (0,94-1,25)	39 más por mil (de 26 menos a 113 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
DAPSA remisión												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	no serio	106,5/426 (25%)	103/427 (24%)	**RR** 1,04 (0,82-1,32)	10 más por mil (de 43 menos a 77 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	no serio	183/426 (43%)	162/427 (38%)	**RR** 1,13 (0,96-1,33)	50 más por mil (de 14 menos a 126 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	MENOS IMPORTANTE

Resolución entesitis (LEI=0)												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	no serio	143/234 (61%)	143/264 (54%)	**RR** 1,13 (0,97-1,31)	128 más por mil (de 16 menos a 169 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA
Resolución dactilitis (LDI=0)												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	no serio	97,5/130 (75%)	96/137 (70%)	**RR** 1,08 (0,93-1,25)	53 más por mil (de 50 menos a 173 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA
Eventos adversos												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	No serio	330/426 (77%)	338/427 (79%)	**RR** 0,98 (0,91-1,05)	17 menos por mil (de 70 menos a 40 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA
Eventos adversos graves												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	No serio	32/426 (8%)	28/427 (7%)	**RR** 1,15 (0,70-1,87)	10 más por mil (de 20 menos a 57 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA
Infecciones totales												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	No serio	237/426 (56%)	234/427 (55%)	**RR** 1,02 (0,90-1,15)	15 más por mil (de 55 menos a 80 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA
Infecciones graves												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	No serio	7/426 (2%)	6/427 (1%)	**RR** 1,17 (0,40-3,45)	2 más por mil (de 8 menos a 34 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA

MACE												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	No serio	2/426 (<1%)	0	-	5 más por mil	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA

Neoplasias												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	No serio	2/426 (<1%)	3/427 (1%)	**RR** 0,67 (0,11-3,98)	2 menos por mil (de 6 menos a 21 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA
IBD												
1	ECA	no serio	NA	no serio	serio	No serio	2/426 (<1%)	0	-	5 más por mil	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRITICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio; MACE: eventos cardiovasculares mayores, IBD: enfermedad inflamatoria intestinal
Explicaciones:
a) IC95% que cruza la línea del no efecto.
Referencia:
McInnes IB et al. Secukinumab vs adalimumab for treatment of active psoriatic arthritis (EXCEED): a double-blind, parallel-group, randomised, active-controlled, pase 3b trial. Lancet 2020; 395:1496-505.

Ixekizumab vs adalimumab (24 y 52 semanas)

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Ixekizumab	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR20 (24 semanss)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	195/283 (68,9%)	204/283 (72,1%)	**RR** 0,96 (0,86-1,06)	44 menos por mil (de 101 menos a 46 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
ACR20 (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	197/283 (69,6%)	195/283 (68,9%)	**RR** 1,01 (0,91-1,13)	7 más por mil (de 65 menos a 88 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
ACR50 (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	143/283 (50,5%)	132/283 (46,6%)	**RR** 1,08 (0,91-1,28)	39 más por mil (de 40 menos a 132 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
ACR50 (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	141/283 (49,8%)	141/283 (49,8%)	**RR** 1,00 (0,85-1,18)	0 (de 76 menos a 90 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
ACR70 (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	90/283 (31,8%)	73/283 (25,8%)	**RR** 1,23 (0,95-1,60)	60 más por mil (de 13 menos a 155 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
ACR70 (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	100/283 (35,3%)	97/283 (34,3%)	**RR** 1,03 (0,82-1,29)	11 más por mil (de 61 menos a 100 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
DAPSA remisión (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	75/283 (26,5%)	51/283 (18%)	**RR** 1,47 (1,07-2,02)	85 más por mil (de 13 más a 183 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA

DAPSA remisión (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	85/283 (30%)	80/283 (28,3%)	**RR** 1,06 (0,82-1,37)	18 más por mil (de 50 menos a 106 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
DAPSA baja actividad o remisión (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	174/283 (61,5%)	171/283 (60,4%)	**RR** 1,02 (0,89-1,16)	11 más por mil (de 65 menos a 97 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
DAPSA baja actividad o remisión (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	174/283 (61,5%)	166/283 (58,7%)	**RR** 1,05 (0,92-1,20)	28 más por mil (de 49 menos a 117 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
MDA (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	135/283 (47,7%)	100/283 (35,3%)	**RR** 1,35 (1,11-1,65)	124 más por mil (de 38 más a 229 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
MDA (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	134/283 (47,3%)	116/283 (41%)	**RR** 1,16 (0,96-1,39)	64 más por mil (de 17 menos a 161 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
PASDAS remisión (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	82/283 (29,0%)	55/283 (19,4%)	**RR** 1,49 (1,11-2,01)	95 más por mil (de 21 más a 197 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
PASDAS baja actividad (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	164/283 (58%)	147/283 (51,9%)	**RR** 1,12 (0,96-1,30)	60 más por mil (de 21 menos a 154 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Resolución entesitis (LEI=0) (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	95/159 (59,7%)	81/147 (55,1%)	**RR** 1,08 (0,89-1,32)	46 más por mil (de 59 menos a 174 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Resolución entesitis (LEI=0) (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	98/283 (61,6%)	84/283 (57,1%)	**RR** 1,17 (0,92-1,48)	49 más por mil (de 25 menos a 144 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA

Resolución entesitis (SPARCC=0) (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	107/189 (56,6%)	77/171 (45%)	**RR** 1,26 (1,02-1,55)	116 más por mil (de 10 más a 246 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Resolución entesitis (SPARCC=0) (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	107/283 (56,6%)	83/283 (48,5%)	**RR** 1,29 (1,02-1,63)	85 más por mil (de 6 más a 185 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA

Resolución dactilitis (LDI=0) (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	37/42 (88,1%)	54/58 (93,1%)	**RR** 0,95 (0,83-1,08)	54 menos por mil (de 159 menos a 74 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Resolución dactilitis (LDI=0) (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	35/283 (83,3%)	47/283 (81,0%)	**RR** 0,74 (0,50-1,12)	42 más por mil (de 84 menos a 19 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Eventos adversos totales (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	197/283 (69,6%)	173(283 (61,1%)	**RR** 1,14 (1,01-1,28)	85 más por mil (de 6 más a 174 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Eventos adversos totales (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	209/283 (73,9%)	194(283 (68,6%)	**RR** 1,08 (0,97-1,20)	53 más por mil (de 21 menos a 135 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Eventos adversos graves (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	No serio	No serio	10/283 (3,5%)	24/283 (8,5%)	**RR** 0,42 (0,20-0,86)	49 menos por mil (de 68 menos a 12 menos)	⊕⊕◯◯ BAJA-MODERADA	CRÍTICA
Eventos adversos graves (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	No serio	No serio	12/283 (4,2%)	35/283 (12,4%)	**RR** 0,34 (0,18-0,65)	81 menos por mil (de 101 menos a 44 menos)	⊕⊕◯◯ BAJA-MODERADA	CRÍTICA

Infecciones totales (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	102/283 (36%)	87/283 (30,7%)	**RR** 1,17 (0,93-1,48)	53 más por mil (de 22 menos a 148 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Infecciones totales (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	119/283 (42%)	111/283 (39,2%)	**RR** 1,07 (0,88-1,31)	28 más por mil (de 48 menos a 121 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Infecciones graves (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	4/283 (1,4%)	8/283 (2,8%)	**RR** 0,50 (0,15-1,64)	14 menos por mil (de 24 menos a 18 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Infecciones graves (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	5/283 (1,8%)	8/283 (2,8%)	**RR** 0,63 (0,21-1,89)	11 menos por mil (de 22 menos a 25 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
MACE (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	3/283 (1,1%)	5/283 (1,8%)	**RR** 0,60 (0,14-2,49)	7 menos por mil (de 15 menos a 26 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
MACE (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	5/283 (1,8%)	7/283 (2,5%)	**RR** 0,71 (0,23-2,22)	7 menos por mil (de 19 menos a 30 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Neoplasias (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	0	3/283 (1,1%)	-	11 menos por mil	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Neoplasias (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	0	4/283 (1,4%)	-	14 menos por mil	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA

Depresión (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	3/283 (1,1%)	7/283 (2,5%)	**RR** 0,43 (0,11-1,64)	14 menos por mil (de 22 menos a 16 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
Depresión (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	5/283 (1,8%)	9/283 (3,2%)	**RR** 0,56 (0,19-1,64)	14 menos por mil (de 26 menos a 20 más)	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
IBD (24 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	2/283 (0,7%)	0	-	7 más por mil	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
IBD (52 semanas)												
1	ECA	Serio[a]	NA	No serio	Serio[b]	No serio	2/283 (0,7%)	0	-	7 más por mil	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio, MACE: eventos cerebrocardiovasculares; IBD: enfermedad inflamatoria intestinal

Explicaciones:

a. Los pacientes sabían qué tratamiento estaban recibiendo. Es posible que hayan informado a los investigadores, mientras les estaban evaluando

b. IC95% que cruza la línea del no efecto.

Referencias:

Mease PJ et al. A head-to head comparison of the efficacy and safety of ixekizumab and adalimumab in biological-naive patients with active psoriatic arthritis: 24-week results of a randomised, open-label, blinded-assesor trial. Ann Rheum Dis 2020; 79:123-31.

Smolen JS et al. Multicentre, randomised, open-label, parallel-group study evaluating the efficacy and safety of ixekizumab vs adalimumab in patients with psoriatic arthritis naive to biological disease-modifying antirheumatic drug: final results by week 52. Ann Rheum Dis 2020; 79: 1310-9.

Bimekizumab vs adalimumab (16 y 24 semanas)

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Bimekizumab	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR20 (semana 16)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	268/431 (62%)	96/140 (69%)	**RR** 0,91 (0,79-1,04)	64 más por mil (de 142 menos a 25 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR20 (semana 24)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	282/431 (65%)	99/140 (71%)	**RR** 0,93 (0,82-1,05)	53 menos por mil (de 131 menos a 36 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR50 (semana 16)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	189/431 (44%)	64/140 (46%)	**RR** 0,96 (0,78-1,18)	19 menos por mil (de 102 menos a 84 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR50 (semana 24)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	196/431 (45%)	66/140 (47%)	**RR** 0,82 (0,67-1,01)	85 menos por mil (de 156 menos a 2,5 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR70 (semana 16)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	105/431 (24%)	39/140 (28%)	**RR** 0,87 (0,64-1,20)	35 menos por mil (de 101 menos a 55 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR70 (semana 24)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	126/431 (29%)	42/140 (30%)	**RR** 0,97 (0,73-1,31)	8 menos por mil (de 82 menos a 92 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA

MDA (semana 16)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	no serio	No serio	194/431 (45%)	63/140 (45%)	**RR** 0,69 (0,56-0,86)	0 (de 85 menos a 106 más)	⨁⨁⨁⨁ ALTA	MENOS IMPORTANTE
MDA (semana 24)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	209/431 (48%)	67/140 (48%)	**RR** 1,01 (0,83-1,24)	13 más por mil (de 81 menos a 113 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	MENOS IMPORTANTE
Resolución entesitis (LEI=0) (semana 16)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	124/249 (50%)	18/36 (50%)	**RR** 0,77 (0,54-1,09)	115 menos por mil (de 229 menos a 46 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Eventos adversos totales) (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	300/431 (70%)	96/140 (69%)	**RR** 1,02 (0,89-1,15)	10 más por mil (de 74 menos a 106 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Eventos adversos graves (semana 16)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	4/431 (1%)	3/140 (2%)	**RR** 0,43 (0,10-1,91)	12 menos por mil (de 19 menos a 20 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Eventos adversos graves (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	9/431 (1%)	3/140 (2%)	**RR** 0,97 (0,27-3,55)	1 más por mil (de 16 menos a 55 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Infecciones totales (semana 16)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	131/431 (30%)	35/140 (25%)	**RR** 1,22 (0,88-1,68)	54 más por mil (de 29 menos a 169 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Infecciones totales (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	170/431 (39%)	41/140 (29%)	**RR** 1,35 (1,02-1,79)	102 más por mil (de 4 más a 231 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Infecciones graves (semana 16)												

1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	1/431 (<1%)	1/140 (1%)	**RR** 0,32 (0,02-5,16)	5 menos por mil (de 7 menos a 30 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Infecciones graves (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	3/431 (1%)	2/140 (1%)	**RR** 0,49 (0,08-2,89)	7 menos por mil (de 13 menos a 27 más)	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
MACE (semana 16)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	0	0	-	-	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
MACE (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	1/431 (1%)	0	-	7 más por mil	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Neoplasias (semana 16)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	1/431 (<1%)	0	-	2 más por mil	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
Neoplasias (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	2/431 (<1%)	0	-	5 más por mil	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
IBD (semana 16)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	0	0	-	-	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
IBD (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	1/431 (<1%)	0	-	2 más por mil	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio, NI: no hay información, MACE: eventos cerebrocardiovasculares; IBD: enfermedad inflamatoria intestinal

Explicaciones:

a. IC95% que cruza la línea del no efecto.

Referencias:

McInnes IB et al. Bimekizumab in patients with psoriatic arthritis, naive to biological treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled, pase 3 trial (BE OPTIMAL). Lancet 2023; 401: 25-37.

Ustekinumab vs anti-TNF (24 semanas)

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes, mediana (RIQ)		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	antiIL12/23 N=23	AntiTNF N=24	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
DAPSA												
1 n=47 pacientes	ECA	Muy Serio[a]	NA	no serio	serio[b]	no serio	3,61 (4,54)	6,88 (6,22)	NI[c]	NI[c]	⨁⊖⊖⊖ MUY BAJA	IMPORTANTE
BASDAI												
1 n=47 pacientes	ECA	Serio[a]	NA	no serio	serio[b]	no serio	0,4 (0,75)	1,1 (1,55)	NI[c]	NI[c]	⨁⊖⊖⊖ MUY BAJA	IMPORTANTE
LEI												
1 n=47 pacientes	ECA	Serio[a]	NA	no serio	serio[b]	no serio	0 (0)	0,5 (1)	NI[c]	NI[c]	⨁⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICA
LDI												
1 n=47 pacientes	ECA	Serio[a]	NA	no serio	serio[b]	no serio	0 (0)	0 (0)	NI[c]	NI[c]	⨁⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; NI: No indicado; RR: Risk ratio, RIQ: rango intercuartílico

Explicaciones:

a. No hay ningún tipo de cegamiento, número pequeño de pacientes, diseño del estudio etc

b. No se proporcionan IC y no se pueden calcular con los datos proporcionados

c. No se puede calcular el efecto relativo ni absoluto al no proporcionarse el número de pacientes en ambos grupos de tratamiento y para cada una de las variables. Sólo se proporcionan los datos en forma de mediana y RIQ y valores de p

Referencias:

Araujo EG et al. Effects of ustekinumab vs tumor necrosis factor inhibition on entesitis: Results from the enthesial aclarance in psoriatic arthritis (ECLIPSA) study. Semin Arthritis Rheum 2019; 48: 632-7.

Guselkumab Q8W 100 mg vs anti-TNF

Evaluación de la calidad							n/% pacientes/eventos o media±DE o mediana (rango)		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Guselkumab	antiTNF	Relativo (RR, 95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR20												
1 revisión sistemática (5 estudios)	1 ECA ADEPT (GUSE vs ADA 40 mg, 12 semanas)	Serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS 59%	ADA 57%	**RR** 1.05 (0.85, 1,27)	NI	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
	1 ECA (GUSE vs ETA 25 mg 24 semanas)	Serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS 59%	ETA 59%	**RR** 0,98 (0.73, 1,36)	NI	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
	1 ECA GO-REVEAL (GUSE vs GOL 50 mg, 14 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS 59%	GOL 48%	**RR** 0,88 (0.64, 1,22)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA RAPID-PSA (GUSE vs CZP 200 y 400 mg, 12 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS 59%	CZP 400 mg 51,9% CZP 200 mg 58%	CZP 400 mg **RR** 1,11 (0,84, 1,48) CZP 200 mg **RR** 0,99 (0,77,1,30)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA IMPACT-2 (GUSE vs IFX 5 mg/Kg, 14 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS 59%	IFX 58%	**RR** 0,82 (0.61, 1,11)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
vdH-S score												
1 revisión sistemática (5 estudios)	1 ECA ADEPT (GUSE vs ADA 40 mg, 12 semanas)	Serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	ADA	**MD** -0,04 (-0,58, 0,50)	NI	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
	1 ECA (GUSE vs ETA 25 mg 24 semanas)	Serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	ETA	**MD** 0,13 (-0.43, 0,69)	NI	⊕⊕◯◯ BAJA	CRÍTICA
	1 ECA GO-REVEAL (GUSE vs GOL 50 mg, 14 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	GOL	**MD** 0,00 (-0.58, 0,56)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA RAPID-PSA (GUSE vs CZP 200 y 400 mg, 12 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	CZP	CZP 400 mg **MD** -0,26 (-0,79, 0,27) CZP 200 mg	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA

									MD -0,15 (-0,68,0,37)			
	1 ECA IMPACT-2 (GUSE vs IFX 5 mg/Kg, 14 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio Rheumatology 2021	No serio	GUS	IFX	**MD** 1,09 (0.23, 1,96)	NI	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA

Cualquier AEs												
1 revisión sistemática (4 estudios)	1 ECA ADEPT (GUSE vs ADA 40 mg, 12 semanas)	Serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	ADA NI	**RR** 0,96 (0,78, 1,16)	NI	⨁⨁◯◯ BAJA	CRÍTICA
	1 ECA GO-REVEAL (GUSE vs GOL 50 mg, 14 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	GOL 65%	**RR** 0,78 (0,62, 0,99)	NI	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA RAPID-PSA (GUSE vs CZP 200 y 400 mg, 12 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	CZP 400 mg (71,1%) CZP 200 mg (68,1%)	CZP 400 mg **RR** 0,77 (0,62, 0,99) CZP 200 mg **RR** 0,82 (0,63, 1,06)	NI	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA IMPACT-2 GUSE vs (IFX 5 mg/Kg, 14 semanas)	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	GUS	IFX 67%	**RR** 0,68 (0.55, 0,87)	NI	⨁⨁⨁◯ MODERADA	CRÍTICA

Q8W: cada 8 semanas; vdH-S Score: van der Heijde-Sharp Score; AEs: acontecimientos adversos; NI: no informado; IC: Intervalo de confianza; ADA: adalimumab; GOL: golimumab; ETA: etanercept; IFX: infliximab; CZP: certolizumab pegol

Explicaciones:

AMSTAR de la revisión sistemática críticamente baja por cuanto que los pacientes incluidos con duración del tratamiento distinta, heterogeneidad de los estudios incluidos aunque no hay pruebas estadísticas que la evalúen; se incluyen algunos estudios en los que no hay cegamiento claro, no está claro el método utilizado para evaluar los datos perdidos en varios de los estudios incluidos, diferente duración de los estudios etc

Además, no hay estudios *head to head* de guselkumab vs antiTNF, se comparó de forma indirecta la eficacia de guselkumab vs placebo en cuanto a ACR20, vdH-S score y AEs y la eficacia de los antiTNF vs placebo en las mismas variables

Referencias:

Mease P et al.; 60:2009-21.

UPADACITINIB 15 mg vs ADALIMUMAB 12 SEMANAS

							№ de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 15mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 12)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	302/429 (70,4%)	278/429 (65%)	**RR** 1,04 (0,95-1,14)	41 menos por 1000 (de 32 menos a 94 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 50 (semana12)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	160/429 (37,5%)	160/429 (37,5%)	**RR** 1 (0,84-1,19)	0 (de 59 menos a 70 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 70 (semana12)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	67/429 (15,6%)	59/429(13,8%)	**RR** 1,14 (0,82-1,57)	19 menos por 1000 (de 24 menos a 78 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (semana 12)												
1	ECA	NO Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	106/429 (24,7%)	107/429(24,9%)	**RR** 1 (0,79 a 1,26)	0 (de 51 menos a 65 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	NO IMPORTANTE
LEI=0 (semana 12)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	127/270 (47,4%)	124/265 (46,8%)	**RR** 1,01 (0,84-1,20)	2 menos por 1000 (de 75 menos a 95 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LDI=0 (semana12)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	100/136 (73,5%)	91/127 (71,7%)	**RR** 1,03 (0,88-1,19)	19 menos por mil (de 82 menos a 136 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 12 s respecto basal)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	iMPORTANTE
BASDAI (cambio medio 12 s respecto basal)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	IMPORTANTE

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información. Serio[a]: . IC95% que cruza la línea del no efecto:

UPADACITINIB 15mg vs adalimumab (24 semanas)

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 15mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 24)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	327/429 (76,3%)	307/429(71,6%)	**RR** 1,07 (0,98-1,15)	47 menos por 1000 (de 11 menos a 109 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 50 (semana 24)												
1	ECA	NO Serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	224/429 (52,2,%)	190/429(44,3%)	**RR** 1,18 (1,03-1,36)	79 menos por 1000 (de 11 más a 157 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 70 (semana 24)												
1	ECA	NO Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	121/429 (28,4%)	97/429(22,6%)	**RR** 1,25 (0,99-1,57)	56 menos por 1000 (de 2 menos a 129 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (semana 24)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	157/429 (36,6%)	142/429 (33,3%)	**RR** 1,11 (0,92 a 1,33)	35 menos por 1000 (de 26 menos a 108 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	MENOS IMPORTANTE
LEI=0 (semana 24)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	No serio	no serio	145/270 (53,7%)	125/265 (47,2%)	**RR** 1,14 (0,96-1,35)	65 menos por 1000 (de 18 menos a 164 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LDI=0 (semana 24)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	104/136 (76,5%)	94/127 (74%)	**RR** 1,03 (0,90-1,19)	25 menos por mil (de 74 menos a 138 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 24 s respecto basal)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERDA	IMPORTANTE
BASDAI (cambio medio 24 s respecto basal)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERDA	IMPORTANTE
No progresión radiográfica (mTSS ≤0)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	313/322 (97,2%)	308/320 (96,3%)	**RR** 1,00 (0,92-1,09)	1 menos por mil (de 55 menos a 63 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
No progresión radiográfica (mTSS ≤0,5)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	317/322(98,4%)	314/320 (98,1%)	**RR** 1 (0,92-1,02)	3 menos por mil (de 59 menos a 57 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio; NI: No información; Serio[a]: . IC95% que cruza la línea del no efecto **(Iain B. McInnes et all; N Engl J Med 2021;384:1227-39.)**

UPADACITINIB 15mg vs adalimumab (56 semanas) .

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 15mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	No serio	no serio	319/429 (74,4%)	292/429 (68,1%)	**RR** 1,09 (1-1,19)	63 menos por 1000 (de 2 más a 129 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICA
ACR 50 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	256/429 (59,7%)	218/429 (51%)	**RR** 1,17 (1,04-1,33)	89 menos por 1000 (de 20 más a 165 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 70 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	174/429 (40,6%)	133/429 (31,2%)	**RR** 1,31 (1,09-1,57)	96 menos por 1000 (de 28 más a 176 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	192/429 (44,80%)	169/429 (39,6%)	**RR** 1,14 (0,97 a 1,33)	54 menos por 1000 (de 11 menos a 129 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	NO IMPORTANTE
LEI=0 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	160/270 (59,3%)	143/265(54%)	**RR** 1,10 (0,95-1,27)	53 menos por 1000 (de 28 menos a 148 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LDI=0 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	102/136 (75%)	94/127 (74%)	**RR** 1,01 (0,88-1,17)	10 menos por mil (de 89 menos a 123 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 12 s respecto basal)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	IMPORTANTE
BASDAI (cambio medio 24 s respecto basal)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	IMPORTANTE
No progresión radiográfica (mTSS ≤0)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	309/320 (96,60%)	283/301 (94%)	**RR** 1,08 (0,98-1,18)	51 menos por mil (de 10 menos a 118 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
No progresión radiográfica (mTSS ≤0,5)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	serio	313/320 (97,80%	287/301(95,30%)	**RR** 1,08 (0,99-1,17)	51 menos por mil (de 9 menos a 117 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información: Serio[a] : . IC95% que cruza la línea del no efecto

(McInnes et all; Rheumatol Ther, 2022: p. 1-18.)

UPADACITINIB 15mg VS ADALIMUMAB (104 SEMANAS)

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 15mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 104)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	296/429 (69%)	272/429 (63,4%)	**RR** 1,09 (0,99-1,20)	56 menos por 1000 (de 7 menos a 125 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 50 (semana 104)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	289 /429 (53,6%)	230/429(47,1%)	**RR** 1,26 (1,13-1,40)	138 menos por 1000 (de 67 más a 215 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
9ACR 70 (semana 104)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	163/429 (38%)	126/429(29,4%)	**RR** 1,29 (1,07-1,56)	86 menos por 1000 (de 20 más a 165 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (semana 104)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	180/429(42%)	162/429 (37,8%)	**RR** 1,11 (0,94 a 1,31)	42 menos por 1000 (de 21 menos a 117 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	MENOS RELEVANTE
LEI=0 (semana 104)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	144/270(53,3%)	130/265(49,1%)	**RR** 1,09 (0,92-1,28)	43 menos por 1000 (de 38 menos a 138 más)	⊕⊕⊕◯ MODERDA	CRÍTICA
LDI=0 (semana 104)												
1	ECA	No Serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	95/136 (69,9%)	92/127 (72,4%)	**RR** 0,96 (0,83-1,12)	26 más por mil (de 125 menos a 90 más)	⊕⊕⊕◯ MODERDA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 104 s respecto basal)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	RELEVANTE
BASDAI (cambio medio 104 s respecto basal)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	RELEVANTE
No progression radiográfica (mTSS ≤0)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	312/324 (96,30%)	300/320(93,80%)	1,03 (0,94-1,2)	18 menos por mil (de 40 menos a 81 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
No progression radiográfica (mTSS ≤0,5)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	316/324 (97,50%)	305/320 (95,30%)	**RR** 1,02 (0,94-1,11)	16 menos por mil (de 42 menos a 78 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
Infecciones graves												

1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	27/617	9/429	**RR** 2,09 (0,99-4,39)	23 menos por mil (de 0,18 menos a 71 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
MACES												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	3/617	2/429	**RR** 1,04 (0,18-6,22)	0 (de 3 menos a 24 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
VTE												
1	ECA	No serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	2/617	2/429	**RR** 1,04 (0,18-6,22)	0 más por mil (de 3 menos a 24 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
HEPATOPATIA												
1	ECA	No serio	NA	no serio	No serio	No serio	193/617	167/429	**RR** 0,80 (0,68-0,95)	76 más por mil (de 124 menos a 19 menos)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRITICA
NEOPLASIA												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	No serio	14/617	6/429	**RR** 1,62 (0,63-4,19)	9 menos por mil (de 5 menos a 44 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
HERPES ZOSTER												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	No serio	37/617	3/429	**RR** 8,58 (2,66-27,63)	53 menos por mil (de 11 más a 186 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
AUMENTO CPK												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	No serio	114/617	52/429	**RR** 1,52 (1,12-2,07)	64 menos por mil (de 15 más a 129 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información

Serio[a] : Calidad rebajada un nivel por imprecisión IC95% que cruza la línea del no efecto; Serio[b]: Calidad rebajada un nivel por imprecisión. IC95% que cruza el umbral del efecto clínicamente relevante

(McInnes et all; Rheumatol Ther, 2022: p. 1-18.)

Upadacitinib 30mg vs adalimumab (semana 12)

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 30mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 12)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	332/423 (78,7%)	278/429 (65%)	**RR** 1,21 (1,11-1,32)	137 menos por 1000 (de 72 más a 207 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 50 (semana 12)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	219 /423 (51,8%)	160/429 (37,5%)	**RR** 1,39 (1,19-1,62)	145 menos por 1000 (de 71 más a 230 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 70 (semana 12)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	107/423 (25,30%)	59/429(13,8%)	**RR** 1,84 (1,38-2,45)	115 menos por 1000 (de 52 más a 199 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (semana 12)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	150/423(35,50%)	107/429(24,9%)	**RR** 1,42 (1,15 a 1,75)	105 menos por 1000 (de 38 más a 187 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	MENOS RELEVANTE
LEI=0 (semana 12)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	138/268(51,5%)	124/265 (46,0%)	**RR** 1,10 (0,93-1,31)	47 menos por 1000 (de 34 menos a 144 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LDI=0 (semana 12)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	101/127(79,5%)	95/127(71,7%)	**RR** 1,06 (0,93-1,22)	47 menos por mil (de 52 menos a 161más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 12 s respecto basal)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	RELEVANTE
BASDAI (CAMBIO MEDIO 12 S RESPECTO A BASAL)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	RELEVANTE

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información: Serio[a] : . IC95% que cruza la línea del no efecto

(Iain B. McInneset all; N Engl J Med 2021;384:1227-39.)

Upadacitinib 30mg vs adalimumab (semana 24)

Evaluación de la calidad							№ de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 30mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	No serio	no serio	332/423(78,5%)	307/429(71,6%)	**RR** 1,10 (1,01-1,19)	69 menos por 1000 (de 10 más a 132 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICA
ACR 50 (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	255 /423 (60,5%)	190/429(44,3%)	**RR** 1,36 (1,19-1,55)	160 menos por 1000 (de 85 más a 244 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 70 (semana 24)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	153/423(36,4%)	97/429(22,6%)	**RR** 1,60 (1,29-1,99)	136 menos por 1000 (de 65 más a 222 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (semana 24)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	192/423(45,40%)	142/429 (33,3%)	**RR** 1,37 (1,16 a 1,63)	123 menos por 1000 (de 51 más a 207 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	NO IMPORTANTE
LEI=0 (semana 24)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	100/268 (57,5%)	125/265 (47,2%)	**RR** 1,34 (1,17-1,53)	181 menos por 1000 (de 90 másа 284más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LDI=0 (semana 24)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	101/127 (79,5%)	94/127 (74%)	**RR** 1,07 (0,94-1,23)	55 menos por mil (de 45 menos a 170 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 24 s respecto basal)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	RELEVANTE
BASDAI (CAMBIO MEDIO 24s respecto basal)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	RELEVANTE
No progression radiográfica (mTSS ≤0)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	316/325 (97,20%)	308/320(96,3%)	**RR** 1,01 (0,98-1,04)	10 menos por mil (de 17 menos a 37 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA
No progression radiográfica (mTSS ≤0,5)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	318/325 (98,40%)	314/320(98,1%)	**RR** 1 (0,98-1,02)	3 más por mil (de 24 menos a 19 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRITICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información: Serio[a] : . IC95% que cruza la línea del no efecto. (Iain B. McInnes et all; N Engl J Med 2021;384:1227-39.)

Upadacitinib 30mg vs adalimumab (semana 56)

Evaluación de la calidad							№ de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 30mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	No serio	no serio	315/423 (74,50%)	292/429 (68,1%)	**RR** 1,09 (1-1,19)	64 menos por 1000 (de 2 más a 130 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICA
ACR 50 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	261 /423 (61,9%)	218/429 (51%)	**RR** 1,21 (1,08-1,37)	109 menos por 1000 (de 39 más a 187 más)	⊕⊕⊕◯ MODERDA	CRÍTICA
ACR 70 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	184/423(43,7%)	133/429 (31,2%)	**RR** 1,40 (1,7-1,68)	125 menos por 1000 (de 53 más a 209 más)	⊕⊕⊕◯ MODERDA	CRÍTICA
MDA (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	200/423 (47,3%)	169/429 (39,6%)	**RR** 1,20 (1,03 a 1,40)	79 menos por 1000 (de 11 más a 157 más)	⊕⊕⊕◯ MODERDA	NO IMPORTANTE
LEI=0 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	155/268 (57,8%)	143/265(54%)	**RR** 1,07 (0,92-1,25)	39 menos por 1000 (de 42 menos a 133 más)	⊕⊕⊕◯ MODERDA	CRÍTICA
LDI=0 (semana 56)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	95/127 (74,8,%)	94/127 (74%)	**RR** 1,01 (0,87-1,17)	8 menos por mil (de92 menos a 123más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 56 s respecto basal)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI		IMPORTANTE
BASDAI (CAMBIO MEDIO 56 s respecto basal)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	NI	NI	NI	NI		IMPORTANTE
No progresión radiográfica (mTSS ≤0)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	no serio	no serio	308/316 (97,50%)	283/301(94%)	**RR** 1,04 (1-1,07)	34 menos por mil (de 2más a 67 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRITICA
No progresión radiográfica (mTSS ≤0,5)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	no serio	no serio	311/316 (98,40%)	287/301(95,3%)	**RR** 1,03 (1-1,06)	31 menos por mil (de 2 más a 59 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRITICA

McInnes et all; Rheumatol Ther, 2022: p. 1-18.)

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información: Serio[a] : . IC95% que cruza la línea del no efecto

Upadacitinib 30mg vs adalimumab (semana 104)

Evaluación de la calidad							Nº de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Upadacitinib 30mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR-20 (semana 104)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	no serio	no serio	294/423(69,5%)	272/429 (63,4%)	**RR** 1,10 (1-1,21)	61 menos por 1000 (de 2 menos a m130 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICA
ACR 50 (semana 104)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a] :	no serio	250 /423 (59,3%)	230/429(47,1%)	**RR** 1,10 (0,98-1,24)	55 menos por 1000 (de 11 menos a 129 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR 70 (semana 104)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	184/423(43,5%)	126/429(29,4%)	**RR** 1,48 (1,23-1,78)	141 menos por 1000 (de 68 más a 228 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (semana 104)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	194/423(45,9%)	162/429 (37,8%)	**RR** 1,21 (1,04 a 1,42)	81 menos por 1000 (de 13 más a 160 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	NO IMPORTANTE
LEI=0 (semana 104)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a] :	no serio	139/268(52,2%)	130/265(49,1%)	**RR** 1,06 (0,89-1,25)	28 menos por 1000 (de 52 menos a 123 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LDI=0 (semana 104)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a] :	no serio	91/127(71,7%)	92/127 (72,4%)	**RR** 0,99 (0,85-1,15)	8 menos por mil (de 109 menos a 110 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ASDAS (cambio medio 104s respecto basal)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	serio	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	IMPORTANTE
BASDAI (cambio medio 106 semanas respecto basal)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	serio	no serio	NI	NI	NI	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	IMPORTANTE
No progresión radiográfica (mTSS ≤0)												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a]	no serio	311/322 (96,60%)	300/320(93,80%)	**RR** 1.03 (0,99-1,07)	28 menos por mil (de 4 menos a 62 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
No progresión radiográfica (mTSS ≤0,5)												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	no serio	no serio	316/322(98,10%)	305/320(95,3%)	**RR** 1.03 (1-1,06)	28 menos por mil (de 0,5 más a 56 más)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	CRÍTICA
Infecciones graves												

1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	44/613	9/429	**RR** 3,42 (1,69-9,93)	51 menos por mil (de 14 más a 124 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MACES												
1	ECA	No serio	NA	no serio	Serio[a] :	no serio	2/613	2/429	**RR** 0,70 (0,10-4,95)	1 más por mil (de 4 menos a 18 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
VTE												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a] :	no serio	5/613	2/429	**RR** 1,75 (0,34-8,98)	3 menos por mil (de 3 menos a 37 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
NEOPLASIAS												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	No serio	no serio	14/613	6/429	**RR** 1,63 (0,63-.4,22)	9 menos por mil (de 5 menos a 44 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
HERPES ZOSTER												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[c]	no serio	61/613	3/429	**RR** 14,23 (4,49-45)	93 menos por mil (de 24 más a 308 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
HEPATOPATIA												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[a] :	no serio	219/613	167/429	**RR** 0,92 (0,78- 1,08)	32 más por mil (de 84 menos a 29 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
AUMENTO CPK												
1	ECA	NO serio	NA	no serio	Serio[b]	no serio	176/613	52/429	2,37 (1,78-3,15)	166 menos por mil (de 94 más a 260 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA

.

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información: Serio[a] : . IC95% que cruza la línea del no efecto

(McInnes et all; Rheumatol Ther, 2022: p. 1-18.)

Tofacitinib 5mg vs adalimumab (3 y 12 meses)

Evaluación de la calidad							№ de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Tofacitinib 5mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR20 (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	54/107	55/106)	**RR** 0,97 (0,75-1,26)	14 más por mil (de 130 menos a 137 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR20 (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	73/107	64/106	**RR** 1,13 (0,92-1,38)	78 menos por mil (de 45 menos a 230 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR50 (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	30/107	35/106	**RR** 0,85 (0,57-1,28)	50 más por mil (de 143 menos a 91 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR50 (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	48/107	43/106	**RR** 1,11 (0,81-1,51)	43 menos por mil (de 77 menos a 207 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR70 (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	35/107	32/106	**RR** 1,08 (0,73-1,61)	25 menos por mil (de 81 menos a 184 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR70 (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	25/107	32/106	**RR** 0,77 (0,49-1,21)	68 más por mil (de 152 menos a 64 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	28/107	27/106	**RR: 1,03 (0,65-1,62)**	7menos por mil (de 88 menos a 157 mas)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	MENOS IMPORTANTE
MDA (12 mes)												

1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	40/107	42/106	**RR: 1,47(0,98-2,21)**	119 menos por mil (de 6 menos a 307 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	MENOS IMPORTANTE
LEI (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	NA	NA	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LEI (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	NA	NA	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Dactylitis Severity Score* (3mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	NA	NA	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Dactylitis Severity Score*(12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	94/107	93/106	**RR:1 (0,91-1,11)**	1 menos por mil (de 82 menos a 93 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
vdHm S, (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	94/107	93/106	**RR: 1 (0,91-1,11)**	1 menos por mil (de 82 menos a 93 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
EA grave (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	3/107	1/106	**RR:2,97 (0,31-28,12)**	19 menos por mil (de 6 menos a 255 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
EA grave (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	8/107	9/106	**RR: 0,88(0,35-2,20)**	10 más por mil(de 54 menos a 101 más	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Herpes zoster (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	1/107	0/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Herpes zoster (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	2/107	0/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MACES (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	0/107	0/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯	CRÍTICA

											MODERADA	
MACES (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	0/107	0/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA

(Mease et all Tofacitinib or Adalimumab versus Placebo for Psoriatic Arthritis. New England 2017, 377; 16: 1537-1550)

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información: Serio[a] : . IC95% que cruza la línea del no efecto

Tofacitinib 10mg vs adalimumab (3 y 12 meses)

Evaluación de la calidad							№ de pacientes		Efecto		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Tofacitinib 10mg	Adalimumab	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		
ACR20 (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	63/104	55/106	**RR** 1,17 (0,92-1,48)	87 menos por mil (de 42 menos a 251 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR20 (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	63/104	64/106	**RR** 1 (0,81-1,25)	2 menos por mil (de 116 menos a 150 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR50 (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	42/104	35/106	**RR** 1,22 (0,86-1,75)	74 menos por mil (de 47 menos a 247 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR50 (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	50/104	43/106	**RR** 1,19 (0,87-1,61)	75 menos por mil (de 51 menos a 246 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR70 (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	15/104	32/106	**RR** 0,48 (0,28-0,83)	158 más por mil (de 218 menos a 51 menos)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
ACR70 (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	32/104	31/106	**RR** 1,05 (0,70-1,59)	15 menos por mil (de 88 menos a 172 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MDA (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	27/104	27/106	**RR 1,02(0,64-1,61)**	5menos por mil(de 90 menos a 156 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	MENOS IMPORTANTE
MDA (12 mes)												

1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	45/104	42/106	**RR 1,09 (0,79-1,51)**	36 menos por mil (de 82 menos a 200 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	MENOS IMPORTANTE
LEI (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	NA	NA	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
LEI (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	NA	NA	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Dactylitis Severity Score* (3mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	NA	NA	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Dactylitis Severity Score*(12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	NA	NA	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
vdHm S, Nº (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	94/104	93/106	**RR 1,03(0,94-1,13)**	26 menos por mil(de 55 menos a 116 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
EA grave (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	1/104	1/106	**RR**1,02(0,06-16,08)	0 (de 8 menos a 142 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
EA grave (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	4/104	9/106	**RR 0,45(0,14-1,43)**	46 más por mil (de 72 menos a 36 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Herpes zoster (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	0/104	0/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
Herpes zoster (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	2/104	0/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
MACES (3 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	0/104	0/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯	CRÍTICA

											MODERADA	
MACES (12 mes)												
1	ECA	no serio	NA	No serio	Serio[a]	No serio	0/104	2/106	**NA**	NA	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA

(Mease et all Tofacitinib or Adalimumab versus Placebo for Psoriatic Arthritis. New England 2017, 377; 16: 1537-1550)

ECA: ensayo clínico aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; NA: no aplica; RR: Risk ratio ; NI: No información: Serio[a] : . IC95% que cruza la línea del no efecto

Metaanálisis de no progresión radiográfica de la artritis periférica

Evaluación de la calidad							N pacientes/eventos o media±DE o mediana (rango)		Efecto no progresión Rx		Calidad	Importancia
Nº estudios	Diseño	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Carácter indirecto	Imprecisión	Sesgo publicación	Biológico	Placebo	Relativo (RR, 95% IC)	Absoluto (95% IC)		
vdH-S score												
1 Revisión sistemática (8 estudios)	1 ECA (48 semanas) ADA 40 mg vs placebo	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	144	152	4,11 (2,10, 8,02)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA (96 semanas) ETA 25 mg vs placebo,	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	71	70	4,19 (1,65, 10,61)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA (48 semanas) GOL 50 mg vs placebo GOL 100 mg vs placebo	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	132 137	102	2,21 (1,24, 3,83) 1,95 (1,11, 3,42)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA (48 semanas) IFX 5mg/Kg vs placebo,	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	100	100	2,54 (1,13, 5,89)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA (RAPID-PSA) 24 semanas CZP 400 mg vs placebo CZP 200 mg vs placebo	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	135 138	109	2,32 (1,14, 4,73) 3,55 (1,60, 7,87)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA (24 semanas) SECU 150 mg sin DC vs placebo SECU 150 mg con DC vs placebo SECU 300 mg sin DC vs placebo	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	210 213 217	296	1,85 (1,18, 2,90) 1,41 (0,93, 2,16) 2,63 (1,62, 4,27)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA (24 semanas) IXE 80 mgQ4W vs placebo IXE 80 mgQ2W vs placebo ADA 40 mg	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	107 103 101	106	2,32 (1,09, 4,92) 5,74 (2,10, 15,71) 7,10 (2,37, 21,29)	NI	⊕⊕◯◯ BAJA-MODERADA	CRÍTICA
	1 ECA (52 semanas) UST 45 mg vs placebo UST 90 mg vs placebo	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	284 289	271	2,20 (1,29, 3,75) 2,14 (1,26, 3,63)	NI	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	antiTNF (global) vs placebo	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	1199	1143	2,94 (2,38, 3,63)	183 más por mil (de 146 más a 214 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA
	Anti-IL (global) vs placebo	No serio	No serio	Serio	No serio	No serio	1789	2000	2,15 (1,69, 2,74)	107 más por mil (de 79 más a 131 más)	⊕⊕⊕◯ MODERADA	CRÍTICA

Q8W: cada 8 semanas; vdH-S Score: van der Heijde-Sharp Score;; NI: no informado; IC: Intervalo de confianza; ADA: adalimumab; GOL: golimumab; ETA: etanercept; IFX: infliximab; CZP: certolizumab pegol, DC: dosis de inducción; SECU: secukinumab; IXE: ixekizumab; UST: ustekinumab, anti-IL: anti-interleukinas

Explicaciones:

AMSTAR de la revisión sistemática críticamente baja por cuanto que la duración de los tratamientos es distinta, heterogeneidad de los estudios incluidos, número de pacientes tratados muy variable, distinto diseño de los estudios; en alguno de los estudios incluidos no está claro si hay cegamiento o no de los investigadores, etc

Además, no hay estudios *head to head*, se comparó de forma indirecta la eficacia de los distintos biológicos vs placebo en cuanto a la no progresión radiográfica de la artritis periférica.

Referencias:

Wu D et al. Rheumatology 2020; 59:3172-80.

Clinical question

In PsA, what is the efficacy of bDMARDs and tsDMARDs in treating extra-musculoskeletal manifestations (uveitis, psoriasis and IBD

4.1. FAME BIOLÓGICOS

4.1.1. Comparación **FAMEb versus placebo**

4.1.1.1. DLQI (12 a 24 semanas): adalimumab, certolizumab, golimumab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	FAMEb	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [10] (14 brazos [8 ECA])	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	1569	1563	-	**Diferencia medias 4.36 menos** (5.76 menos a 2.96 menos)	⨁⨁◯◯ Baja	NO IMPORTANTE

DLQI: Dermatology Life Quality Index. ECA: ensayos clínicos aleatorizados. FAMEb: fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad biológicos. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]Heterogeneidad de los resultados no explicada.

4.1.2. Comparación **iTNF versus placebo**

4.1.2.1. Respuesta PASI 75 (rango 12 a 14 semanas): adalimumab, etanercept, infliximab, golimumab.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iTNF	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (9 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	413/801 (51.6%)	59/741 (8.0%)	**RR 7.27** (4.07 a 12.98)	499 más por 1000 (de 244 más a 954 más)	⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]La estimación puntual varía ampliamente entre los estudios, sin explicación por el análisis de subgrupos. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios.

4.1.2.2. DLQI (12 a 24 semanas): adalimumab, certolizumab, golimumab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iTNF	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [10] (6 brazos [4 ECA])	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	565	561	-	**Diferencia medias 3,38 menos** (5,53 menos a 1,23 menos)	⨁⨁⨁⨀ Moderada	NO IMPORTANTE

DLQI: *Dermatology Life Quality Index*. ECA: ensayos clínicos aleatorizados. iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]Heterogeneidad de los resultados no explicada.

4.1.2.3. Enfermedad inflamatoria intestinal: número de **brotes** en pacientes con **EII conocida** (mediana de 16 semanas): adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, infliximab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iTNF	Placebo	OR (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [11] (14 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	0/2242 (0.0%)	0/1442 (0.0%)	NA	NA	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

4.1.2.4. Enfermedad inflamatoria intestinal: número de nuevos **brotes** en pacientes con **EII no conocida** (mediana de 16 semanas): adalimumab, certolizumab, golimumab, etanercept, infliximab.

1 RS [11] (21 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	0/2242 (0.0%)	0/1442 (0.0%)	NA	NA	⨁⨁⨀⨀ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. El grupo de pacientes con espondiloartritis está integrado por espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica y espondiloartritis periférica.

4.1.3. Comparación **iIL-17 versus placebo**

4.1.3.1. **Respuesta PASI 75** (rango 12 a 24 semanas): secukinumab, ixekizumab.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iIL-17A	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (2 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	145/231 (62.8%)	11/98 (11.2%)	**RR 4.92** (1.25 a 19.32)	440 más por 1000 (de 28 más a 1000 más)	⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. iIL-17A: inhibidores de la interleucina 17A. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]La estimación puntual varía ampliamente entre los estudios, sin explicación por el análisis de subgrupos. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios.

4.1.3.2. **DLQI** (12-24 semanas): secukinumab, ixekizumab.

1 RS [10] (4 brazos [2 ECA])	MA de ECA	Serio[a]	Serio[a]	No es serio	No es serio	Ninguno	687	690	-	**Diferencia medias 4,79 menos** (6,81 menos a 2,77 menos)	⨁⨁◯◯ Baja	NO IMPORTANTE

DLQI: *Dermatology Life Quality Index*. ECA: ensayos clínicos aleatorizados. iIL-17A: inhibidores de la interleucina 17A. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogeneidad de los resultados no explicada.

4.1.3.3. **Enfermedad inflamatoria intestinal:** número de **brotes** en pacientes con **EII conocida** (mediana de 16 semanas): secukinumab, ixekizumab.

1 RS [11] (7 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	1/2076 (0.05%)	0/984 (0.0%)	**OR* 0.47 (0.03 a 8.96)**	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICA

4.1.3.4. **Enfermedad inflamatoria intestinal:** número de **nuevos brotes** en pacientes con **EII no conocida** (mediana de 16 semanas): secukinumab, ixekizumab.

1 RS [11] (7 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	No es serio	Ninguno	5/2076 (0.24%)	0/984 (0.0%)	**OR* 1.91 (0.33 a 11.00)**	0 menos por 1000 (de 0 menos a 0 menos)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. iIL-17: inhibidores de la interleucina 17. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b] Heterogenidad entre los estudios y la metodología. El grupo de pacientes con espondiloartritis está integrado por espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica y espondiloartritis periférica. * Método de Peto.

4.1.4. Comparación **iIL-17A/17F versus placebo**

4.1.4.1. **Respuesta PASI 75** (media 14,67 semanas): bimekinumab.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Bimekizumab	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [8] (3 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	351/447 (78.5%)	29/256 (11.3%)	**RR 6.97** (4.92 a 9.87)	676 más por 1000 (de 444 más a 1000 más)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	IMPORTANTE

4.1.4.2. **Respuesta PASI 100** (media 14,67 semanas): bimekinumab.

1 RS [8] (3 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	229/447 (51.2%)	9/256 (3.5%)	**RR 14.22** (7.47 a 27.06)	465 más por 1000 (de 227 más a 916 más)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. PASI 100: Mejoría del 100% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios y exclusivamente estudios en lengua inglesa.

4.1.5. Comparación **iIL-17A versus iTNF** (adalimumab)

4.1.5.1. **Respuesta PASI 100 en pacientes con ≥3% de afectación basal de la superficie corporal** (12 a 52 semanas): secukinumab, ixekizumab.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iIL-17	iTNF	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (3 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	307/630 (48.7%)	164/553 (29.7%)	**RR 1.71** (1.47 a 1.99)	211 más por 1000 (de 139 más a 294 más)	⊕⊕⊕⊖ Moderada	IMPORTANTE

4.1.5.2. **Respuesta PASI 75 en pacientes con ≥3% de afectación basal de la superficie corporal** (12 a 24 semanas): secukinumab, ixekizumab.

1 RS [6] (2 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	Serio[c]	Ninguno	323/415 (77.8%)	218/351 (62.1%)	**RR 1.30** (1.17 a 1.43)	186 más por 1000 (de 106 más a 267 más)	⊕⊖⊖⊖ Muy baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. iIL-17: inhibidores de la interleucina 17. iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]La estimación puntual varía ampliamente entre los estudios, sin explicación por el análisis de subgrupos. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios. [c]Los intervalos de confianza entre los estudios no se superponen o son diferentes.

4.1.6. Comparación iIL-17 versus controla

4.1.6.1. Eventos adversos: EII (12 a 52 semanas): secukinumab, ixekizumab, bimekizumab, brodalumab.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iIL-17	Control[a]	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
1 RS [12] (5 ECA)[b]	MA de ECA	Serio[c]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	7/2024 (0.3%)	0/1322 (0.0%)	**RR 3.54** (0.62 a 20.09)	**0 menos por 1000** (de 0 menos a 0 menos)	⨁⨁⨁⨀ Moderada	CRÍTICA

ECA: ensayo clínico aleatorizado. EII: enfermedad inflamatoria intestinal. IC: intervalo de confianza. iIL-17: inhibidores de la interleucina 17. MA: metaanálisis. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a] No se especifica si el control es placebo y/o adalimumab. [b] Recogido en 5 de los 11 ECA de la RS. [c] Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

4.1.7. Comparación iIL-12/23 versus placebo

4.1.7.1. Respuesta PASI 75 en pacientes con ≥3% de afectación basal de la superficie corporal (rango 12 a 24 semanas): ustekinumab.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ustekinumab	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (2 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	222/370 (60.0%)	19/176 (10.8%)	**RR 5.56** (3.61 a 8.58)	492 más por 1000 (de 282 más a 818 más)	⨁⨁⨁⨀ Moderada	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

4.1.7.2. DLQI (12-24 semanas) (ustekinumab).

1 RS [10] (4 brazos [2 ECA])	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	471	472	-	**Diferencia medias 5,39 menos** (6,15 menos a 4,63 menos)	⨁⨁⨁⨀ Moderada	NO IMPORTANTE

DLQI: *Dermatology Life Quality Index*. ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

4.1.8. Comparación **iIL-12/23** (ustekinumb) **versus iTNF** (adalimumab)

4.1.8.1. **Respuesta PASI 100** (24 semanas).

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Ustekinumab	Adalimumab	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (1 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	Serio[b]	No es serio	Serio[c]	Ninguno	14/23 (60.9%)	7/24 (29.2%)	**RR 2.09** (1.03 a 4.22)	318 más por 1000 (de 9 más a 939 más)	⨁⨀⨀⨀ Muy baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 100: mejoría del 100% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]No se pudo valorar la consistencia. [c]El intervalo de confianza es amplio. El tamaño muestral es pequeño.

4.1.9. Comparación **iIL-23 versus placebo**

4.1.9.1. **Respuesta PASI 90** (24 semanas): guselkumb, risankizumab, tildrakizumab.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	iIL-23	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [7] (6 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	661/1491 (44.3%)	94/1335 (7.0%)	**RR 6.11** (4.99 a 7.49)	360 más por 1000 (de 281 más a 457 más)	⨁⨁⨁⨀ Moderada	CRÍTICA[b]

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 90: Mejoría del 90% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]La variable crítica es PASI 90 a las 12-16 y 48-52 semanas, no a las 24 semanas.

4.1.10. Comparación **Abatacept versus placebo**

4.1.10.1. **Respuesta PASI 75** (24 semanas):

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Abatacept	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (1 ECA)	MA de ECA	Muy serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	15/84 (17.9%)	8/81 (9.9%)	**RR 1.81 (0.81 a 4.03)**	80 más por 1000 (de 19 menos a 299 más)	⨁⨀⨀⨀ Muy baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Muy alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]El intervalo de confianza cruza el 1.

4.2. FAME SINTÉTICOS DE DIANA ESPECÍFICOS

4.2.1. Comparación **Apremilast versus placebo**

4.2.1.1. **Respuesta PASI 75** (16 semanas):

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Apremilast	Placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (1 ECA)	MA de ECA	Muy serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	46/213 (21.6%)	10/93 (10.8%)	**RR 2.01** (1.06 a 3.81)	109 más por 1000 (de 6 más a 302 más)	⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Muy alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

4.2.2. Comparación **iJAK versus placebo**

4.2.2.1. **Respuesta PASI 75 en pacientes con ≥3% de afectación basal de la superficie corporal** (16 semanas): tofadacitinib, upadacitinib.

1 RS [9] (4 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	525/998 (52.6%)	180/1020 (17.6%)	**RR 2.96** (2.56 a 3.42)	346 más por 1000 (de 275 más a 427 más)	⨁⨁⨁◯ Moderada	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. iJAK: inhibidores de la Janus quinasa. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]iJAK: inhibidores de la Janus quinasa (tofacitinib 2 ECA, upadacitinib 2 ECA).

4.2.2.2. **Respuesta PASI 75 en pacientes con ≥3% de afectación basal de la superficie corporal** (12 semanas): tofadacitinib.

1 RS [6] (1 ECA)	MA de ECA	Muy serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	66/152 (43.4%)	12/82 (14.6%)	**RR 2.97** (1.71 a 5.16)	288 más por 1000 (de 104 más a 609 más)	⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Muy alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]Intervalo de confianza contiene el 1.

4.2.2.3. **Respuesta PASI 75 en pacientes con ≥3% de afectación basal de la superficie corporal** (16 semanas): tofadacitinib 5 mg dos veces al día.

1 RS [9] (2 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	52/162 (30.1%)	24/168 (14.3%)	**RR 2.16** (1.14 a 4.07)	166 más por 1000 (de 20 más a 439 más)	⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]Heterogeneidad moderada entre los estudios (I^2 = 51%).

4.2.2.4. **Respuesta PASI 75 en pacientes con ≥3% de afectación basal de la superficie corporal** (16 semanas): upadacitinib 15 mg al día.

1 RS [9] (2 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	No es serio	Ninguno	202/344 (58.7%)	66/342 (19.3%)	**RR 3.03** (2.40 a 3.83)	392 más por 1000 (de 270 más a 546 más)	⨁⨁⨁◯ Moderada	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios.

4.2.3. Comparación **iJAK** (tofacitinib) **versus iTNF** (adalimumab)**.**

4.2.3.1. **Respuesta PASI 75** (12 semanas):

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Tofacitinib	Adalimumab	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
1 RS [6] (1 ECA)	MA de ECA	Serio[a]	No es serio	No es serio	Serio[b]	Ninguno	66/152 (43.4%)	30/77 (39.0%)	**RR 1.11 (0.80 a 1.56)**	43 más por 1000 (de 78 menos a 218 más)	⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. MA: metaanálisis. PASI: *psoriasis area and severity index*. PASI 75: Mejoría del 75% del PASI. RR: riesgo relativo. RS: revisión sistemática.
[a]Alto riesgo de sesgo por probable no inclusión de otros estudios. [b]Intervalo de confianza contiene el 1.

Obesity and smoking

Clinical question

In PsA, do obesity and/or smoking increase disease activity, accelerate radiographic progression of structural damage and impair treatment response?

Pregunta: Fumador *vs.* No fumador.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Fumadores	No fumadores	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
Índice SvH												
1	Estudio observacional[1]	No serio	**NA**	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión. Escaso tiempo de seguimiento.	FUTURE 1 n=104 FUTURE 5 n=176	FUTURE 1 n=435 FUTURE 5 n=750		*Progresión anual* **-0,03** (IC 95% -0,37 a 0,31)	⨁⨁◯◯ Baja	CRÍTICA
Supervivencia del fármaco												
Varios FAMEb (anti-TNF, anti-IL12/IL23 y anti-IL17)												
1	Estudio observacional[2]	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión. Tamaño muestral grande (n=2.301	373	1.928	Supervivencia a los 5 años: **HR 1,11** (IC 95% 1,0 a 1,2); p>0,05.		⨁⨁◯◯ Baja	IMPORTANTE
Anti-TNF (infliximab, etanercept, adalimumab)												
1	Estudio observacional[3]	No serio	NA	No serio	Serio[a]	Ajustan por factores de confusión.	33	69	Adherencia al tratamiento: Fumadores: **HR 1,56** (IC 95% 0,97 a 2,15] años		⨁◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

									- infliximab **HR: 1,62** (IC 95% 1,06 a 2,48) - etanercept **HR: 1,74** (IC 95% 1,14 a 2,66) - adalimumab **HR: 0,80** (IC 95% 0,52 a 1,23). <u>Discontinuación de tratamiento</u> **HR: 1,52** [IC 95% 1,08 a 1,13).			

Referencias: 1. Luttringer, 2021. 2. Haddad 2021. 3. Soubrier 2016.

a. Pequeño tamaño muestral y periodo de seguimiento corto. En algunos casos también IC95% que cruza la línea del no efecto.

Pregunta: Sobrepeso *vs.* normopeso.

Evaluación de certeza							№ de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sobrepeso	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
NAT y NAD												
1	Estudio observacional[1]	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	285	306		**NAT** media (DE) Sobrepeso: 5,78 (7,17) Normopeso: 4,7 (5,31) p=0,05 **NAD** media (DE) Sobrepeso: 9,18 (10,36) Normopeso: 8,2 (9,23) p=0,25	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
Índice SvH												
1	Estudio observacional[2]	No serio	NA	No serio	No serio	Tiempo de seguimiento corto	ABA: 75 PBO: 55	ABA: 29 PBO: 34	Con ABA: **OR 1,15** (IC 95% 0,5 a 2,68); p=0,739 Con PBO: **OR 1,22** (IC 95% 0,5 a 2,9); p=0,660		⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
Supervivencia del fármaco												
Anti-TNF												
1	RS[3] (estudio observacional[4])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	No hay datos	No hay datos	**OR 0,91** (IC 95% 0,5-1,68); p=0,773		⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Vallejo-Yagüe 2022. 2. Mc Innes 2019. 3. Gialouri 2023. 4. Chiricozzi 2016.

Pregunta: Obesidad *vs.* normopeso.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	Normopeso	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
NAT y NAD												
1	Estudio observacional[1]	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	183	306		**NAT** media (DE) Obesidad: 4,88 (5,34) Normopeso: 4,7 (5,31) p=0,73 **NAD media (DE):** Obesidad: 8,72 (9,80) Normopeso: 8,2 (9,23) p=0,58	⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
Índice SvH												
1	Estudio observacional[2]	No serio	NA	No serio	No serio	Tiempo de seguimiento corto	ABA: 101 PBO: 112	ABA: 29 PBO: 34	Con ABA: **OR 0,87** (IC 95% 0,38 a 1,96); p=0,728 Con PBO: **OR 1,17** (IC 95% 0,54 a 2,56); p=0,694		⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICA
Supervivencia del fármaco												
Anti-TNF												
1	RS[3] (estudio observacional[4])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión	ND	ND	**OR 0,53** (IC 95% 0,22 a 1,23); p=0,136		⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE
Anti-IL12/IL23												
1	RS[3] (estudio observacional[5])	Serio[a]	NA	No serio	NA	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND	La obesidad a nivel basal no se asoció al riesgo de interrupción de ustekinumab tras 12 meses de seguimiento.		⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Varios FAMEb (anti-TNF, anti-IL12/IL23 y anti-IL17)

1	RS[3] (estudio observacional[6])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión. Tamaño muestral grande (n=2.301).	ND	ND	Supervivencia a los 5 años: **HR 1,126** (IC 95% 0,99 a 1,28); p>0,05		⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Vallejo-Yagüe 2022. 2. Mc Innes 2019. 3. Gialouri 2023. 4. Chiricozzi 2016. 5. Iannone 2018. 6. Haddad 2021.

a. Evaluación de la calidad mediante la Escala Newcastle Ottawa 2010 realizada por los autores de la RS con resultado de riesgo de sesgo intermedio.

Pregunta: Obesidad *vs.* no obesidad.

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Obesidad	No obesidad	Relativo (IC 95%)	Absoluto (IC 95%)		
NAD y NAT												
1	RS[1] (estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	No serio	No se aportan datos.	ND	ND	No hay diferencias significativas en cuanto al cambio en el recuento de NAD entre basal y 3 o 6 meses de seguimiento en pacientes que inician un primer anti-TNF.		⊕⊕◯◯ Baja	CRÍTICO
Supervivencia del fármaco												
Anti-TNF												
1	RS[1] (estudio observacional[2])	No serio	NA	No serio	No serio	Ajustan por factores de confusión.	ND	ND	**HR 1,64** (IC 95% 1,32 a 2,03)		⊕⊕◯◯ Baja	IMPORTANTE
Anti-IL12/IL23												
1	RS[1] (estudio observacional[3])	Serio[a]	NA	No serio	No serio	Tamaño muestral pequeño (n=58).	ND	ND	La obesidad a nivel basal se asoció a una mayor tasa de interrupción de ustekinumab tras 12 meses de seguimiento (63,6% vs 13,9%, p=0,0001).		⊕◯◯◯ Muy baja	IMPORTANTE

Referencias: 1. Gialouri 2023. 2. Højgaard 2016. 3. Almirall 2017.

a. Evaluación de la calidad mediante la Escala Newcastle Ottawa 2010 realizada por los autores de la RS con resultado de riesgo de sesgo intermedio.

5. Methodological References

1. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad. Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/01/manual_elaboracion_gpc_man_0.pdf.
2. Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ESPOGUIA. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. [[monografía en internet]]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. 2015. Disponible en https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/04/GPC_-Tratamiento_EspAax_APs_DEF.pdf.
3. Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ESPOGUIA. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. Actualización. Sociedad Española de Reumatología, Madrid. 2017. Disponible en https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/03/ESPOGUIA-actualizaci%C3%B3n-2017_DEF_web.pdf.
4. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. Bmj. 2004;328(7454):1490.
5. Centro Oxford de Medicina basada en la evidencia CEBM (http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009.
6. Klugar M, Kantorová L, Pokorná A, Líčeník R, Dušek L, Schünemann HJ, et al. Visual transformation for guidelines presentation of the strength of recommendations and the certainty of evidence. J Clin Epidemiol. 2022;143:178-85.
7. Sabalete T, Blasco JA, Gracia FJ, Engelhard R. The use of GRADE terminology to express the strength of recommendations and quality of Evidence for adoption or adaptation of recommendations for updating Clinical Practice Guidelines. Poster session presented at Making Health Choice Transparent, Equitable and Efficient. 20 Guidelines International Network Conference; 2022 September 21-24; Toronto (Canada). In Abstract Book Guidelines International Network Conference. P 53.

6. References

1. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum. 1984;27(4):361-8.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis. 2009;68(6):777-83.
3. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2009;68 Suppl 2:ii1-44.
4. Sociedad Española de Reumatología. ESPOGUÍA: guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis. [document available online]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2009 [updated [20 September 2013]].
5. Catanoso M, Pipitone N, Salvarani C. Epidemiology of psoriatic arthritis. Reumatismo. 2012;64(2):66-70.
6. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad. Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [February 2018]. Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/01/manual_elaboracion_gpc_man_0.pdf.
7. Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ESPOGUIA. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. [document available online]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. 2015. Available from https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/04/GPC_-Tratamiento_EspAax_APs_DEF.pdf.
8. Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ESPOGUIA. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. Actualización. Sociedad Española de Reumatología, Madrid. 2017. Available from https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/03/ESPOGUIA-actualizaci%C3%B3n-2017_DEF_web.pdf.
9. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. Bmj. 2004;328(7454):1490.
10. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009).
11. Klugar M, Kantorová L, Pokorná A, Líčeník R, Dušek L, Schünemann HJ, et al. Visual transformation for guidelines presentation of the strength of recommendations and the certainty of evidence. J Clin Epidemiol. 2022;143:178-85.
12. Sabalete T, Blasco JA, Gracia FJ, Engelhard R. The use of GRADE terminology to express the strength of recommendations and quality of Evidence for adoption or adaptation of recommendations for updating Clinical Practice Guidelines. Poster session presented at Making Health Choice Transparent, Equitable and Efficient. 20 Guidelines International Network Conference; 2022 September 21-24; Toronto (Canada). In Abstract Book Guidelines International Network Conference. P 53.
13. Akkoc N, Khan MA. Ankylosing Spondylitis and the Spondyloarthropathies. In: Weissman R, Heijden vd, eds, editor. Epidemiology of Ankylosing Spondylitis and related Spondyloarthropathies: Philadelphia Mosby Elsevier; 2006. p. 117-31.
14. Muñoz-Fernández S, de Miguel E, Cobo-Ibáñez T, Carmona L, Steiner M, Descalzo MA, et al. Early spondyloarthritis: results from the pilot registry ESPIDEP. Clin Exp Rheumatol. 2010;28(4):498-503.

15. Stolwijk C, Boonen A, van Tubergen A, Reveille JD. Epidemiology of spondyloarthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2012;38(3):441-76.
16. Collantes E, Veroz R, Escudero A, Muñoz E, Muñoz MC, Cisnal A, et al. Can some cases of 'possible' spondyloarthropathy be classified as 'definite' or 'undifferentiated' spondyloarthropathy? Value of criteria for spondyloarthropathies. Spanish Spondyloarthropathy Study Group. Joint Bone Spine. 2000;67(6):516-20.
17. Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ. Global prevalence of ankylosing spondylitis. Rheumatology (Oxford). 2014;53(4):650-7.
18. Grupo de Trabajo del Proyecto EPISER2016. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España. Estudio EPISER2016. Madrid: Sociedad Española de Reumatologia; 2018.
19. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. Reumatol Clin (Engl Ed). 2019;15(2):90-6.
20. Fernández Sueiro JL, Juanola Roura X, Cañete Crespillo Jde D, Torre Alonso JC, García de Vicuña R, Queiro Silva R, et al. [Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in psoriatic arthritis]. Reumatol Clin. 2011;7(3):179-88.
21. Juanola Roura X, Zarco Montejo P, Sanz Sanz J, Muñoz Fernández S, Mulero Mendoza J, Linares Ferrando LF, et al. [Consensus Statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in spondyloarthritis except for psoriatic arthritis]. Reumatol Clin. 2011;7(2):113-23.
22. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf.
23. van der Linden S; van der Heijde D. Classification of spondyloarthopathies. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt M, Weissman MH, editors. Reumatology: Edinburgh: Mosby (Elsevier); 2003. p. 1149-51.
24. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. Lancet. 2007;369(9570):1379-90.
25. Khan MA. Thoughts concerning the early diagnosis of ankylosing spondylitis and related diseases. Clin Exp Rheumatol. 2002;20(6 Suppl 28):S6-10.
26. Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. Ann Rheum Dis. 2015;74(1):65-73.
27. van der Horst-Bruinsma IE, Nurmohamed MT, Landewé RB. Comorbidities in patients with spondyloarthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2012;38(3):523-38.
28. Mercieca C, van der Horst-Bruinsma IE, Borg AA. Pulmonary, renal and neurological comorbidities in patients with ankylosing spondylitis; implications for clinical practice. Curr Rheumatol Rep. 2014;16(8):434.
29. Cauli A, Mathieu A. Psoriatic arthritis: genetics and pathogenesis. Reumatismo. 2012;64(2):71-8.
30. Gladman DD, Farewell VT. HLA studies in psoriatic arthritis: current situation and future needs. J Rheumatol. 2003;30(1):4-6.
31. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. Arthritis Rheum. 2009;61(2):233-9.
32. Eder L, Zisman D, Barzilai M, Laor A, Rahat M, Rozenbaum M, et al. Subclinical atherosclerosis in psoriatic arthritis: a case-control study. J Rheumatol. 2008;35(5):877-82.
33. Tam LS, Shang Q, Li EK, Tomlinson B, Chu TT, Li M, et al. Subclinical carotid atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. Arthritis Rheum. 2008;59(9):1322-31.

34. Jones SM, Harris CP, Lloyd J, Stirling CA, Reckless JP, McHugh NJ. Lipoproteins and their subfractions in psoriatic arthritis: identification of an atherogenic profile with active joint disease. Ann Rheum Dis. 2000;59(11):904-9.
35. Tam LS, Tomlinson B, Chu TT, Li M, Leung YY, Kwok LW, et al. Cardiovascular risk profile of patients with psoriatic arthritis compared to controls--the role of inflammation. Rheumatology (Oxford). 2008;47(5):718-23.
36. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, Christophers E, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. Arch Dermatol Res. 2006;298(7):321-8.
37. Murray CJL, Lopez A. The Global Burden of Disease. Harvard University Press-World Health Organization, 1996.
38. Pereira J, Cañón J, Álvarez E, Gènova R. La medida de los problemas de salud en el ámbito Internacional: los estudios de carga de enfermedad. Rev Admin Sanitaria 2001;V(19): 441-66.
39. Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. Lancet. 2012;380(9859):2063-6.
40. Murray CJL, Lopez AD. Measuring global health: motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2017;390(10100):1460-4.
41. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-22.
42. Webers C, Ortolan A, Sepriano A, Falzon L, Baraliakos X, Landewé RBM, et al. Efficacy and safety of biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2022 update of the ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):130-41.
43. Pavelka K, Kivitz A, Dokoupilova E, Blanco R, Maradiaga M, Tahir H, et al. Efficacy, safety, and tolerability of secukinumab in patients with active ankylosing spondylitis: a randomized, double-blind phase 3 study, MEASURE 3. Arthritis Res Ther. 2017;19(1):285.
44. Kivitz AJ, Wagner U, Dokoupilova E, Supronik J, Martin R, Talloczy Z, et al. Efficacy and Safety of Secukinumab 150 mg with and Without Loading Regimen in Ankylosing Spondylitis: 104-week Results from MEASURE 4 Study. Rheumatol Ther. 2018;5(2):447-62.
45. Huang F, Sun F, Wan WG, Wu LJ, Dong LL, Zhang X, et al. Secukinumab provided significant and sustained improvement in the signs and symptoms of ankylosing spondylitis: results from the 52-week, Phase III China-centric study, MEASURE 5. Chin Med J (Engl). 2020;133(21):2521-31.
46. Deodhar A, Blanco R, Dokoupilová E, Hall S, Kameda H, Kivitz AJ, et al. Improvement of Signs and Symptoms of Nonradiographic Axial Spondyloarthritis in Patients Treated With Secukinumab: Primary Results of a Randomized, Placebo-Controlled Phase III Study. Arthritis Rheumatol. 2021;73(1):110-20.
47. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, Ortolan A, Webers C, Baraliakos X, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):19-34.
48. van der Heijde D, Cheng-Chung Wei J, Dougados M, Mease P, Deodhar A, Maksymowych WP, et al. Ixekizumab, an interleukin-17A antagonist in the treatment of ankylosing spondylitis or radiographic axial spondyloarthritis in patients previously untreated with biological disease-modifying anti-rheumatic drugs (COAST-V): 16 week results of a phase 3 randomised, double-blind, active-controlled and placebo-controlled trial. Lancet. 2018;392(10163):2441-51.
49. Deodhar A, Poddubnyy D, Pacheco-Tena C, Salvarani C, Lespessailles E, Rahman P, et al. Efficacy and Safety of Ixekizumab in the Treatment of Radiographic Axial Spondyloarthritis: Sixteen-Week Results From a Phase III Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial in

Patients With Prior Inadequate Response to or Intolerance of Tumor Necrosis Factor Inhibitors. Arthritis Rheumatol. 2019;71(4):599-611.
50. Deodhar A, van der Heijde D, Gensler LS, Kim TH, Maksymowych WP, Østergaard M, et al. Ixekizumab for patients with non-radiographic axial spondyloarthritis (COAST-X): a randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2020;395(10217):53-64.
51. van der Heijde D, Gensler LS, Deodhar A, Baraliakos X, Poddubnyy D, Kivitz A, et al. Dual neutralisation of interleukin-17A and interleukin-17F with bimekizumab in patients with active ankylosing spondylitis: results from a 48-week phase IIb, randomised, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study. Ann Rheum Dis. 2020;79(5):595-604.
52. van der Heijde D, Deodhar A, Baraliakos X, Brown MA, Dobashi H, Dougados M, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in axial spondyloarthritis: results of two parallel phase 3 randomised controlled trials. Ann Rheum Dis. 2023;82(4):515-26.
53. van der Heijde D, Deodhar A, Wei JC, Drescher E, Fleishaker D, Hendrikx T, et al. Tofacitinib in patients with ankylosing spondylitis: a phase II, 16-week, randomised, placebo-controlled, dose-ranging study. Ann Rheum Dis. 2017;76(8):1340-7.
54. Deodhar A, Sliwinska-Stanczyk P, Xu H, Baraliakos X, Gensler LS, Fleishaker D, et al. Tofacitinib for the treatment of ankylosing spondylitis: a phase III, randomised, double-blind, placebo-controlled study. Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1004-13.
55. Ortolan A, Webers C, Sepriano A, Falzon L, Baraliakos X, Landewé RB, et al. Efficacy and safety of non-pharmacological and non-biological interventions: a systematic literature review informing the 2022 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):142-52.
56. van der Heijde D, Song IH, Pangan AL, Deodhar A, van den Bosch F, Maksymowych WP, et al. Efficacy and safety of upadacitinib in patients with active ankylosing spondylitis (SELECT-AXIS 1): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2/3 trial. Lancet. 2019;394(10214):2108-17.
57. van der Heijde D, Baraliakos X, Sieper J, Deodhar A, Inman RD, Kameda H, et al. Efficacy and safety of upadacitinib for active ankylosing spondylitis refractory to biological therapy: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Ann Rheum Dis. 2022;81(11):1515-23.
58. Deodhar A, Van den Bosch F, Poddubnyy D, Maksymowych WP, van der Heijde D, Kim TH, et al. Upadacitinib for the treatment of active non-radiographic axial spondyloarthritis (SELECT-AXIS 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2022;400(10349):369-79.
59. Baraliakos X, Haibel H, Listing J, Sieper J, Braun J. Radiographic progression in ankylosing spondylitis results after up to 8 years of infliximab treatment. Arthritis and Rheumatism. 2011;63(10).
60. Poddubnyy D, Haibel H, Listing J, Marker-Hermann E, Zeidler H, Braun J, et al. Baseline radiographic damage, elevated acute-phase reactant levels, and cigarette smoking status predict spinal radiographic progression in early axial spondylarthritis. Arthritis Rheum. 2012;64(5):1388-98.
61. Maksymowych WP, Chiowchanwisawakit P, Clare T, Pedersen SJ, Østergaard M, Lambert RG. Inflammatory lesions of the spine on magnetic resonance imaging predict the development of new syndesmophytes in ankylosing spondylitis: evidence of a relationship between inflammation and new bone formation. Arthritis Rheum. 2009;60(1):93-102.
62. Ramiro S, van der Heijde D, van Tubergen A, Stolwijk C, Dougados M, van den Bosch F, et al. Higher disease activity leads to more structural damage in the spine in ankylosing spondylitis: 12-year longitudinal data from the OASIS cohort. Ann Rheum Dis. 2014;73(8):1455-61.
63. Dougados M, van der Heijde D, Sieper J, Braun J, Maksymowych WP, Citera G, et al. Symptomatic efficacy of etanercept and its effects on objective signs of inflammation in early

nonradiographic axial spondyloarthritis: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis Rheumatol. 2014;66(8):2091-102.
64. Baraliakos X, Borah B, Braun J, Baeten D, Laurent D, Sieper J, et al. Long-term effects of secukinumab on MRI findings in relation to clinical efficacy in subjects with active ankylosing spondylitis: an observational study. Ann Rheum Dis. 2016;75(2):408-12.
65. Maksymowych WP, Salonen D, Inman RD, Rahman P, Lambert RG. Low-dose infliximab (3 mg/kg) significantly reduces spinal inflammation on magnetic resonance imaging in patients with ankylosing spondylitis: a randomized placebo-controlled study. J Rheumatol. 2010;37(8):1728-34.
66. Song IH, Hermann K, Haibel H, Althoff CE, Listing J, Burmester G, et al. Effects of etanercept versus sulfasalazine in early axial spondyloarthritis on active inflammatory lesions as detected by whole-body MRI (ESTHER): a 48-week randomised controlled trial. Ann Rheum Dis. 2011;70(4):590-6.
67. Song IH, Hermann KG, Haibel H, Althoff CE, Poddubnyy D, Listing J, et al. Prevention of new osteitis on magnetic resonance imaging in patients with early axial spondyloarthritis during 3 years of continuous treatment with etanercept: data of the ESTHER trial. Rheumatology (Oxford). 2015;54(2):257-61.
68. van der Heijde D, Landewé R, Baraliakos X, Houben H, van Tubergen A, Williamson P, et al. Radiographic findings following two years of infliximab therapy in patients with ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum. 2008;58(10):3063-70.
69. van der Heijde D, Landewé R, Einstein S, Ory P, Vosse D, Ni L, et al. Radiographic progression of ankylosing spondylitis after up to two years of treatment with etanercept. Arthritis Rheum. 2008;58(5):1324-31.
70. van der Heijde D, Salonen D, Weissman BN, Landewé R, Maksymowych WP, Kupper H, et al. Assessment of radiographic progression in the spines of patients with ankylosing spondylitis treated with adalimumab for up to 2 years. Arthritis Res Ther. 2009;11(4):R127.
71. Baraliakos X, Heldmann F, Callhoff J, Listing J, Appelboom T, Brandt J, et al. Which spinal lesions are associated with new bone formation in patients with ankylosing spondylitis treated with anti-TNF agents? A long-term observational study using MRI and conventional radiography. Ann Rheum Dis. 2014;73(10):1819-25.
72. Baraliakos X, Haibel H, Listing J, Sieper J, Braun J. Continuous long-term anti-TNF therapy does not lead to an increase in the rate of new bone formation over 8 years in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2014;73(4):710-5.
73. Haroon N, Inman RD, Learch TJ, Weisman MH, Lee M, Rahbar MH, et al. The impact of tumor necrosis factor α inhibitors on radiographic progression in ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum. 2013;65(10):2645-54.
74. Braun J, Baraliakos X, Deodhar A, Baeten D, Sieper J, Emery P, et al. Effect of secukinumab on clinical and radiographic outcomes in ankylosing spondylitis: 2-year results from the randomised phase III MEASURE 1 study. Ann Rheum Dis. 2017;76(6):1070-7.
75. Haroon N, Shen H, Carty A, et al. Continuance of non-steroidal anti-inflammatory drugs may reduce radiographic progression in ankylosing spondylitis patients on biological therapy. Arthritis Rheum 2011;63:1303.
76. Capelusnik D, Benavent D, van der Heijde D, Landewé R, Poddubnyy D, van Tubergen A, et al. Treating spondyloarthritis early: does it matter? Results from a systematic literature review. Rheumatology (Oxford). 2023;62(4):1398-409.
77. van der Heijde D, Deodhar A, Maksymowych WP, Sieper J, Van den Bosch F, Kim TH, et al. Upadacitinib in active ankylosing spondylitis: results of the 2-year, double-blind, placebo-controlled SELECT-AXIS 1 study and open-label extension. RMD Open. 2022;8(2).
78. Baraliakos X, Østergaard M, Poddubnyy D, van der Heijde D, Deodhar A, Machado PM, et al. Effect of Secukinumab Versus Adalimumab Biosimilar on Radiographic Progression in

Patients With Radiographic Axial Spondyloarthritis: Results From a Head-to-Head Randomized Phase IIIb Study. Arthritis Rheumatol. 2024;76(8):1278-87.
79. Sieper J, Rudwaleit M, Lenaerts J, Wollenhaupt J, Myasoutova L, Park SH, et al. Partial remission in ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis in treatment with infliximab plus naproxen or naproxen alone: associations between partial remission and baseline disease characteristics. Rheumatology (Oxford). 2016;55(11):1946-53.
80. Poddubnyy D, Listing J, Sieper J. Brief Report: Course of Active Inflammatory and Fatty Lesions in Patients With Early Axial Spondyloarthritis Treated With Infliximab Plus Naproxen as Compared to Naproxen Alone: Results From the Infliximab As First Line Therapy in Patients with Early Active Axial Spondyloarthritis Trial. Arthritis Rheumatol. 2016;68(8):1899-903.
81. Tu L, Zhao M, Wang X, Kong Q, Chen Z, Wei Q, et al. Etanercept/celecoxib on improving MRI inflammation of active ankylosing spondylitis: A multicenter, open-label, randomized clinical trial. Front Immunol. 2022;13:967658.
82. Proft F, Torgutalp M, Muche B, Rios Rodriguez V, Listing J, Protopopov M, et al. Comparison of the effect of treatment with NSAIDs added to anti-TNF therapy versus anti-TNF therapy alone on the progression of structural damage in the spine over 2 years in patients with radiographic axial spondyloarthritis from the randomised-controlled CONSUL trial. Ann Rheum Dis. 2024;83(5):599-607.
83. Braun J, Baraliakos X, Deodhar A, Poddubnyy D, Emery P, Delicha EM, et al. Secukinumab shows sustained efficacy and low structural progression in ankylosing spondylitis: 4-year results from the MEASURE 1 study. Rheumatology (Oxford). 2019;58(5):859-68.
84. van der Horst-Bruinsma IE, de Vlam K, Walsh JA, Bolce R, Hunter T, Sandoval D, et al. Baseline Characteristics and Treatment Response to Ixekizumab Categorised by Sex in Radiographic and Non-radiographic Axial Spondylarthritis Through 52 Weeks: Data from Three Phase III Randomised Controlled Trials. Adv Ther. 2022;39(6):2806-19.
85. van der Heijde D, Østergaard M, Reveille JD, Baraliakos X, Kronbergs A, Sandoval DM, et al. Spinal Radiographic Progression and Predictors of Progression in Patients With Radiographic Axial Spondyloarthritis Receiving Ixekizumab Over 2 Years. J Rheumatol. 2022;49(3):265-73.
86. Ramonda R, Lorenzin M, Sole Chimenti M, D'Angelo S, Marchesoni A, Salvarani C, et al. Effectiveness and safety of secukinumab in axial spondyloarthritis: a 24-month prospective, multicenter real-life study. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2022;14:1759720x221090310.
87. Chimenti MS, Fonti GL, Conigliaro P, Sunzini F, Scrivo R, Navarini L, et al. One-year effectiveness, retention rate, and safety of secukinumab in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: a real-life multicenter study. Expert Opin Biol Ther. 2020;20(7):813-21.
88. Molto A, López-Medina C, Sepriano A, Ramiro S, de Hooge M, van Lunteren M, et al. Sacroiliac radiographic progression over 10 years in axSpA: data from the DESIR inception cohort. Ann Rheum Dis. 2024;83(7):858-64.
89. Braun J, Deodhar A, Landewé R, Baraliakos X, Miceli-Richard C, Sieper J, et al. Impact of baseline C-reactive protein levels on the response to secukinumab in ankylosing spondylitis: 3-year pooled data from two phase III studies. RMD Open. 2018;4(2):e000749.
90. Dadoun S, Geri G, Paternotte S, Dougados M, Gossec L. Switching between tumour necrosis factor blockers in spondyloarthritis: a retrospective monocentre study of 222 patients. Clin Exp Rheumatol. 2011;29(6):1010-3.
91. Glintborg B, Østergaard M, Krogh NS, Tarp U, Manilo N, Loft AG, et al. Clinical response, drug survival and predictors thereof in 432 ankylosing spondylitis patients after switching tumour necrosis factor α inhibitor therapy: results from the Danish nationwide DANBIO registry. Ann Rheum Dis. 2013;72(7):1149-55.

92. Gulyas K, Bodnar N, Nagy Z, Szamosi S, Horvath A, Vancsa A, et al. Real-life experience with switching TNF-α inhibitors in ankylosing spondylitis. Eur J Health Econ. 2014;15 Suppl 1:S93-100.
93. Lie E, van der Heijde D, Uhlig T, Mikkelsen K, Rødevand E, Koldingsnes W, et al. Effectiveness of switching between TNF inhibitors in ankylosing spondylitis: data from the NOR-DMARD register. Ann Rheum Dis. 2011;70(1):157-63.
94. Pavelka K, Fojtíková M, Hejduk K. Efficacy of the first and subsequent courses of anti-TNF therapy in patients with ankylosing spondylitis - Results from the Czech National Register ATTRA. Reumatologia. 2012;50(4):294-306.
95. Rudwaleit M, Van den Bosch F, Kron M, Kary S, Kupper H. Effectiveness and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis or psoriatic arthritis and history of anti-tumor necrosis factor therapy. Arthritis Res Ther. 2010;12(3):R117.
96. Braun J, Sieper J, Aelion J, Emery P, Deodhar A, Porter B, et al. Secukinumab improves multiple parameters of disease activity in subjects with active ankylosing spondylitis through 52 weeks of subcutaneous therapy: Data from the phase 3 measure 2 study. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74:1147.
97. Song IH, Heldmann F, Rudwaleit M, Listing J, Appel H, Braun J, et al. Different response to rituximab in tumor necrosis factor blocker-naive patients with active ankylosing spondylitis and in patients in whom tumor necrosis factor blockers have failed: a twenty-four-week clinical trial. Arthritis Rheum. 2010;62(5):1290-7.
98. Deodhar A, Yu D. Switching tumor necrosis factor inhibitors in the treatment of axial spondyloarthritis. Semin Arthritis Rheum. 2017;47(3):343-50.
99. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Cassarà E, Kaloudi O, Giulio Favalli E, et al. Second-line biologic therapy optimization in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. Semin Arthritis Rheum. 2017;47(2):183-92.
100. Micheroli R, Tellenbach C, Scherer A, Bürki K, Niederman K, Nissen MJ, et al. Effectiveness of secukinumab versus an alternative TNF inhibitor in patients with axial spondyloarthritis previously exposed to TNF inhibitors in the Swiss Clinical Quality Management cohort. Ann Rheum Dis. 2020;79(9):1203-9.
101. Baraliakos X, van der Heijde D, Sieper J, Inman RD, Kameda H, Li Y, et al. Efficacy and safety of upadacitinib in patients with ankylosing spondylitis refractory to biologic therapy: 1-year results from the open-label extension of a phase III study. Arthritis Res Ther. 2023;25(1):172.
102. Min HK, Kim HR, Lee SH, Hong YS, Kim MY, Park SH, et al. Retention rate and effectiveness of secukinumab vs TNF inhibitor in ankylosing spondylitis patients with prior TNF inhibitor exposure. Rheumatology (Oxford). 2021;60(12):5743-52.
103. Poddubnyy D, Pournara E, Zielińska A, Baranauskaite A, Jiménez AM, Sadhu S, et al. Rapid improvement in spinal pain in patients with axial spondyloarthritis treated with secukinumab: primary results from a randomized controlled phase-IIIb trial. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2021;13:1759720x211051471.
104. van der Heijde D, Baraliakos X, Gensler LS, Maksymowych WP, Tseluyko V, Nadashkevich O, et al. Efficacy and safety of filgotinib, a selective Janus kinase 1 inhibitor, in patients with active ankylosing spondylitis (TORTUGA): results from a randomised, placebo-controlled, phase 2 trial. Lancet. 2018;392(10162):2378-87.
105. Kiltz U, Baraliakos X, Brandt-Juergens J, Wagner U, Lieb S, Sieder C, et al. POS0910 Evaluation of the nonsteroidal anti-inflammatory drug-sparing effect of secukinumab in patients with ankylosing spondylitis: results of the multicenter, randomised, double-blind, phase IV ASTRUM-trial. Annals of the Rheumatic Diseases. 2021;80(Suppl 1):714-5.
106. Gratacós J, Díaz Del Campo Fontecha P, Fernández-Carballido C, Juanola Roura X, Linares Ferrando LF, de Miguel Mendieta E, et al. Recommendations by the Spanish Society of

Rheumatology on the Use of Biological Therapies in Axial Spondyloarthritis. Reumatol Clin (Engl Ed). 2018;14(6):320-33.
107. Chaudhary H, Bittar M, Daoud A, Magrey M. Dose Tapering and Discontinuation of Biologic DMARDs in Axial Spondyloarthritis: A Narrative Review (2023 SPARTAN Annual Meeting Proceedings). Curr Rheumatol Rep. 2024;26(5):155-63.
108. Zhang T, Zhu J, He D, Chen X, Wang H, Zhang Y, et al. Disease activity guided stepwise tapering or discontinuation of rhTNFR:Fc, an etanercept biosimilar, in patients with ankylosing spondylitis: a prospective, randomized, open-label, multicentric study. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2020;12:1759720x20929441.
109. Yates M, Hamilton LE, Elender F, Dean L, Doll H, MacGregor AJ, et al. Is Etanercept 25 mg Once Weekly as Effective as 50 mg at Maintaining Response in Patients with Ankylosing Spondylitis? A Randomized Control Trial. J Rheumatol. 2015;42(7):1177-85.
110. Vinson D, Molet-Benhamou L, Degboé Y, den Broeder A, Ibrahim F, Pontes C, et al. Impact of tapering targeted therapies (bDMARDs or JAKis) on the risk of serious infections and adverse events of special interest in patients with rheumatoid arthritis or spondyloarthritis: a systematic analysis of the literature and meta-analysis. Arthritis Res Ther. 2020;22(1):97.
111. Wetterslev M, Georgiadis S, Sørensen IJ, Pedersen SJ, Christiansen SN, Hetland ML, et al. Tapering of TNF inhibitors in axial spondyloarthritis in routine care - 2-year clinical and MRI outcomes and predictors of successful tapering. Rheumatology (Oxford). 2022;61(6):2398-412.
112. Moreno M, Gratacós J, Torrente-Segarra V, Sanmarti R, Morlà R, Pontes C, et al. Withdrawal of infliximab therapy in ankylosing spondylitis in persistent clinical remission, results from the REMINEA study. Arthritis Res Ther. 2019;21(1):88.
113. Landewé R, Sieper J, Mease P, Inman RD, Lambert RG, Deodhar A, et al. Efficacy and safety of continuing versus withdrawing adalimumab therapy in maintaining remission in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis (ABILITY-3): a multicentre, randomised, double-blind study. Lancet. 2018;392(10142):134-44.
114. Landewé RB, van der Heijde D, Dougados M, Baraliakos X, Van den Bosch FE, Gaffney K, et al. Maintenance of clinical remission in early axial spondyloarthritis following certolizumab pegol dose reduction. Ann Rheum Dis. 2020;79(7):920-8.
115. Landewé RB, Gensler LS, Poddubnyy D, Rahman P, Hojnik M, Li X, et al. Continuing versus withdrawing ixekizumab treatment in patients with axial spondyloarthritis who achieved remission: efficacy and safety results from a placebo-controlled, randomised withdrawal study (COAST-Y). Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1022-30.
116. Weinstein CLJ, Sliwinska-Stanczyk P, Hála T, Stanislav M, Tzontcheva A, Yao R, et al. Efficacy and safety of golimumab in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis: a withdrawal and retreatment study (GO-BACK). Rheumatology (Oxford). 2023;62(11):3601-9.
117. Gratacós J, Pontes C, Juanola X, Sanz J, Torres F, Avendaño C, et al. Non-inferiority of dose reduction versus standard dosing of TNF-inhibitors in axial spondyloarthritis. Arthritis Res Ther. 2019;21(1):11.
118. Michielsens CA, den Broeder N, van den Hoogen FH, Mahler EA, Teerenstra S, van der Heijde D, et al. Treat-to-target dose reduction and withdrawal strategy of TNF inhibitors in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: a randomised controlled non-inferiority trial. Ann Rheum Dis. 2022;81(10):1392-9.
119. Ruwaard J, MJ LA, Kneepkens EL, Krieckaert C, Nurmohamed MT, Hooijberg F, et al. Interval prolongation of etanercept in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a randomized controlled trial. Scand J Rheumatol. 2023;52(2):129-36.
120. Cantini F, Niccoli L, Cassarà E, Kaloudi O, Nannini C. Duration of remission after halving of the etanercept dose in patients with ankylosing spondylitis: a randomized, prospective, long-term, follow-up study. Biologics. 2013;7:1-6.
121. Roche D, Badard M, Boyer L, Lafforgue P, Pham T. Incidence of anterior uveitis in patients with axial spondyloarthritis treated with anti-TNF or anti-IL17A: a systematic review, a

pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trials. Arthritis Res Ther. 2021;23(1):192.
122. Beltrán Catalán E, Brito García N, Pato Cour E, Muñoz Fernández S, Gómez Gómez A, Díaz Valle D, et al. SER recommendations for the treatment of uveitis. Reumatol Clin (Engl Ed). 2023;19(9):465-77.
123. Wei JC, Kim TH, Kishimoto M, Ogusu N, Jeong H, Kobayashi S. Efficacy and safety of brodalumab, an anti-IL17RA monoclonal antibody, in patients with axial spondyloarthritis: 16-week results from a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Ann Rheum Dis. 2021;80(8):1014-21.
124. Poddubnyy D, Parikh B, Elewaut D, Navarro-Compán V, Siebert S, Paley M, et al. OP0061 Development of extra-musculoskeletal manifestations in upadacitinib-treated patients with psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, or non-radiographic axial spondyloarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 2023;82(Suppl 1):40-1.
125. Truong SL, Chin J, Liew DFL, Zahir SF, Ryan EG, Rubel D, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Inflammatory Bowel Disease Adverse Events with Anti-Interleukin 17A Agents and Tumor Necrosis Factor Inhibitors in Rheumatic Disease and Skin Psoriasis. Rheumatol Ther. 2021;8(4):1603-16.
126. Macfarlane GJ, Biallas R, Dean LE, Jones GT, Goodson NJ, Rotariu O. Inflammatory Bowel Disease Risk in Patients With Axial Spondyloarthritis Treated With Biologic Agents Determined Using the BSRBR-AS and a MetaAnalysis. J Rheumatol. 2023;50(2):175-84.
127. Laskowski ER, Lexell J. Exercise and sports for health promotion, disease, and disability. Physical Medicine & Rehabilitation 2012;4(11):795-6.
128. Braun J, van den Berg R, Baraliakos X, Boehm H, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2011;70(6):896-904.
129. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Medicine and science in sports and exercise. 2009;41(7):1510-30.
130. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. The Cochrane database of systematic reviews. 2008(1):Cd002822.
131. O'Dwyer T, O'Shea F, Wilson F. Exercise therapy for spondyloarthritis: a systematic review. Rheumatology international. 2014;34(7):887-902.
132. Giannotti E, Trainito S, Arioli G, Rucco V, Masiero S. Effects of physical therapy for the management of patients with ankylosing spondylitis in the biological era. Clinical Rheumatology. 2014;33(9):1217-30.
133. Boudjani R, Challal S, Semerano L, Sigaux J. Impact of different types of exercise programs on ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil. 2023;45(24):3989-4000.
134. Pécourneau V, Degboé Y, Barnetche T, Cantagrel A, Constantin A, Ruyssen-Witrand A. Effectiveness of Exercise Programs in Ankylosing Spondylitis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Arch Phys Med Rehabil. 2018;99(2):383-9.e1.
135. Harpham C, Harpham QK, Barker AR. The effect of exercise training programs with aerobic components on C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate and self-assessed disease activity in people with ankylosing spondylitis: A systematic review and meta-analysis. Int J Rheum Dis. 2022;25(6):635-49.
136. Verhoeven F, Guillot X, Prati C, Mougin F, Tordi N, Demougeot C, et al. Aerobic exercise for axial spondyloarthritis - its effects on disease activity and function as compared to standard physiotherapy: A systematic review and meta-analysis. Int J Rheum Dis. 2019;22(2):234-41.
137. Regnaux JP, Davergne T, Palazzo C, Roren A, Rannou F, Boutron I, et al. Exercise programmes for ankylosing spondylitis. The Cochrane database of systematic reviews. 2019;10(10):Cd011321.

138. Gonzalez-Medina G, Perez-Cabezas V, Marin-Paz AJ, Galán-Mercant A, Ruiz-Molinero C, Jimenez-Rejano JJ. Effectiveness of Global Postural Reeducation in Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2020;9(9).
139. Liang H, Xu L, Tian X, Wang S, Liu X, Dai Y, et al. The comparative efficacy of supervised- versus home-based exercise programs in patients with ankylosing spondylitis: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2020;99(8):e19229.
140. Gravaldi LP, Bonetti F, Lezzerini S, De Maio F. Effectiveness of Physiotherapy in Patients with Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2022;10(1).
141. Liang Z, Fu C, Zhang Q, Xiong F, Peng L, Chen L, et al. Effects of water therapy on disease activity, functional capacity, spinal mobility and severity of pain in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil. 2021;43(7):895-902.
142. Chang WD, Tsou Y-A, Lee KC-L. Comparison between specific exercises and physical therapy for managing patients with ankylosing spondylitis: A meta-analysis of randomized controlled trials. 2016;9:17028-39.
143. Saracoglu I, Kurt G, Okur EO, Afsar E, Seyyar GK, Calik BB, et al. The effectiveness of specific exercise types on cardiopulmonary functions in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review. Rheumatology international. 2017;37(3):409-21.
144. Uhrin Z, Kuzis S, Ward MM. Exercise and changes in health status in patients with ankylosing spondylitis. Archives of internal medicine. 2000;160(19):2969-75.
145. Cooksey R, Brophy S, Husain MJ, Irvine E, Davies H, Siebert S. The information needs of people living with ankylosing spondylitis: a questionnaire survey. BMC musculoskeletal disorders. 2012;13:243.
146. Passalent LA, Soever LJ, O'Shea FD, Inman RD. Exercise in ankylosing spondylitis: discrepancies between recommendations and reality. J Rheumatol. 2010;37(4):835-41.
147. Exarchou S, Turesson C, Lindström U, Ramonda R, Landewé RB, Dagfinrud H, et al. Lifestyle Factors and Disease Activity Over Time in Early Axial Spondyloarthritis: The SPondyloArthritis Caught Early (SPACE) Cohort. J Rheumatol. 2022;49(4):365-72.
148. Zhao SS, Yoshida K, Jones GT, Hughes DM, Tedeschi SK, Lyu H, et al. Impact of Smoking in Response to Tumor Necrosis Factor Inhibitors in Axial Spondyloarthritis: Methodologic Considerations for Longitudinal Observational Studies. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020;72(4):591-9.
149. Zhao SS, Yoshida K, Jones GT, Hughes DM, Duffield SJ, Tedeschi SK, et al. Smoking status and cause-specific discontinuation of tumour necrosis factor inhibitors in axial spondyloarthritis. Arthritis Res Ther. 2019;21(1):177.
150. Villaverde-García V, Cobo-Ibáñez T, Candelas-Rodríguez G, Seoane-Mato D, Campo-Fontecha PDD, Guerra M, et al. The effect of smoking on clinical and structural damage in patients with axial spondyloarthritis: A systematic literature review. Semin Arthritis Rheum. 2017;46(5):569-83.
151. Wieczorek M, Gwinnutt JM, Ransay-Colle M, Balanescu A, Bischoff-Ferrari H, Boonen A, et al. Smoking, alcohol consumption and disease-specific outcomes in rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs): systematic reviews informing the 2021 EULAR recommendations for lifestyle improvements in people with RMDs. RMD Open. 2022;8(1).
152. Akar S, Kaplan YC, Ecemiş S, Keskin-Arslan E, Gercik Ö, Gücenmez S, et al. The role of smoking in the development and progression of structural damage in axial SpA patients: A systematic review and meta-analysis. Eur J Rheumatol. 2019;6(4):184-92.
153. Nikiphorou E, Ramiro S, Sepriano A, Ruyssen-Witrand A, Landewé RBM, van der Heijde D. Do Smoking and Socioeconomic Factors Influence Imaging Outcomes in Axial Spondyloarthritis? Five-Year Data From the DESIR Cohort. Arthritis Rheumatol. 2020;72(11):1855-62.

154. Gialouri CG, Pappa M, Evangelatos G, Nikiphorou E, Fragoulis GE. Effect of body mass index on treatment response of biologic/targeted-synthetic DMARDs in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis or axial spondyloarthritis. A systematic review. Autoimmun Rev. 2023;22(7):103357.
155. Ortolan A, Lorenzin M, Felicetti M, Ramonda R. Do Obesity and Overweight Influence Disease Activity Measures in Axial Spondyloarthritis? A Systematic Review and Meta-Analysis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2021;73(12):1815-25.
156. Hu L, Ji X, Wang Y, Man S, Liu X, Wang L, et al. Underweight and obesity are strong predictors of clinical outcomes in patients with ankylosing spondylitis: data from the Smart-phone SpondyloArthritis Management System. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2021;13:1759720x211030792.
157. Krieckaert CL, van Tubergen A, Gehin JE, Hernández-Breijo B, Le Mélédo G, Balsa A, et al. EULAR points to consider for therapeutic drug monitoring of biopharmaceuticals in inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):65-73.
158. Pedersen SJ, Weber U, Said-Nahal R, Sørensen IJ, Loft AG, Kollerup G, et al. Structural progression rate decreases over time on serial radiography and magnetic resonance imaging of sacroiliac joints and spine in a five-year follow-up study of patients with ankylosing spondylitis treated with tumour necrosis factor inhibitor. Scand J Rheumatol. 2019;48(3):185-97.
159. Helliwell P, Coates L, Chandran V, Gladman D, de Wit M, FitzGerald O, et al. Qualifying unmet needs and improving standards of care in psoriatic arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2014;66(12):1759-66.
160. McHugh NJ, Balachrishnan C, Jones SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. Rheumatology (Oxford). 2003;42(6):778-83.
161. Gladman DD, Thavaneswaran A, Chandran V, Cook RJ. Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? Ann Rheum Dis. 2011;70(12):2152-4.
162. Kirkham B, de Vlam K, Li W, Boggs R, Mallbris L, Nab HW, et al. Early treatment of psoriatic arthritis is associated with improved patient-reported outcomes: findings from the etanercept PRESTA trial. Clin Exp Rheumatol. 2015;33(1):11-9.
163. Sterry W, Ortonne JP, Kirkham B, Brocq O, Robertson D, Pedersen RD, et al. Comparison of two etanercept regimens for treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: PRESTA randomised double blind multicentre trial. Bmj. 2010;340:c147.
164. Scarpa R, Peluso R, Atteno M, Manguso F, Spano A, Iervolino S, et al. The effectiveness of a traditional therapeutical approach in early psoriatic arthritis: results of a pilot randomised 6-month trial with methotrexate. Clin Rheumatol. 2008;27(7):823-6.
165. Scarpa R, Atteno M, Lubrano E, Provenzano G, D'Angelo S, Spadaro A, et al. The effectiveness and safety of TNF-alpha blockers in the treatment of early psoriatic arthritis: an Italian multicentre longitudinal observational pilot study. Clin Rheumatol. 2011;30(8):1063-7.
166. Theander E, Husmark T, Alenius GM, Larsson PT, Teleman A, Geijer M, et al. Early psoriatic arthritis: short symptom duration, male gender and preserved physical functioning at presentation predict favourable outcome at 5-year follow-up. Results from the Swedish Early Psoriatic Arthritis Register (SwePsA). Ann Rheum Dis. 2014;73(2):407-13.
167. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2015;74(6):1045-50.
168. Coates LC, Moverley AR, McParland L, Brown S, Navarro-Coy N, O'Dwyer JL, et al. Effect of tight control of inflammation in early psoriatic arthritis (TICOPA): a UK multicentre, open-label, randomised controlled trial. Lancet. 2015.
169. van Mens LJJ, de Jong HM, Fluri I, Nurmohamed MT, van de Sande MGH, Kok M, et al. Achieving remission in psoriatic arthritis by early initiation of TNF inhibition: a double-blind,

randomised, placebo-controlled trial of golimumab plus methotrexate versus placebo plus methotrexate. Ann Rheum Dis. 2019;78(5):610-6.
170. Vieira-Sousa E, Alves P, Rodrigues AM, Teixeira F, Tavares-Costa J, Bernardo A, et al. GO-DACT: a phase 3b randomised, double-blind, placebo-controlled trial of GOlimumab plus methotrexate (MTX) versus placebo plus MTX in improving DACTylitis in MTX-naive patients with psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2020;79(4):490-8.
171. Helliwell PS, Coates LC, Chew NS, Lettieri G, Moverley AR, Freeston JE, et al. Comparing Psoriatic Arthritis Low-field Magnetic Resonance Imaging, Ultrasound, and Clinical Outcomes: Data from the TICOPA Trial. J Rheumatol. 2020;47(9):1338-43.
172. Snoeck Henkemans SVJ, de Jong PHP, Luime JJ, Kok MR, Tchetverikov I, Korswagen LA, et al. Window of opportunity in psoriatic arthritis: the earlier the better? RMD Open. 2024;10(1).
173. Acosta Felquer ML, Coates LC, Soriano ER, Ranza R, Espinoza LR, Helliwell PS, et al. Drug therapies for peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a systematic review. J Rheumatol. 2014;41(11):2277-85.
174. Kingsley GH, Kowalczyk A, Taylor H, Ibrahim F, Packham JC, McHugh NJ, et al. A randomized placebo-controlled trial of methotrexate in psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford, England) [Internet]. 2012; 51(8):[1368-77 pp.]. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/669/CN-00842669/frame.html.
175. Chandran V, Schentag CT, Gladman DD. Reappraisal of the effectiveness of methotrexate in psoriatic arthritis: results from a longitudinal observational cohort. J Rheumatol. 2008;35(3):469-71.
176. Behrens F, Finkenwirth C, Pavelka K, Stolfa J, Sipek-Dolnicar A, Thaci D, et al. Leflunomide in psoriatic arthritis: results from a large European prospective observational study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(3):464-70.
177. Asaduzzaman ATM, Sikder A, Mahmud M, Paul H, Islam MN. Efficacy and safety of leflunomide in psoriatic arthritis. Journal of Pakistan Association of Dermatologists. 2014;24:51-6.
178. Asiri A, Thavaneswaran A, Kalman-Lamb G, Chandran V, Gladman DD. The effectiveness of leflunomide in psoriatic arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2014;32(5):728-31.
179. Ash Z, Gaujoux-Viala C, Gossec L, Hensor EM, FitzGerald O, Winthrop K, et al. A systematic literature review of drug therapies for the treatment of psoriatic arthritis: current evidence and meta-analysis informing the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71(3):319-26.
180. Mease PJ, Gladman DD, Collier DH, Ritchlin CT, Helliwell PS, Liu L, et al. Etanercept and Methotrexate as Monotherapy or in Combination for Psoriatic Arthritis: Primary Results From a Randomized, Controlled Phase III Trial. Arthritis Rheumatol. 2019;71(7):1112-24.
181. Mulder MLM, Vriezekolk JE, van Hal TW, Nieboer LM, den Broeder N, de Jong E, et al. Comparing methotrexate monotherapy with methotrexate plus leflunomide combination therapy in psoriatic arthritis (COMPLETE-PsA): a double-blind, placebo-controlled, randomised, trial. Lancet Rheumatol. 2022;4(4):e252-e61.
182. Coates LC, Soriano ER, Corp N, Bertheussen H, Callis Duffin K, Campanholo CB, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. Nat Rev Rheumatol. 2022;18(8):465-79.
183. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2017;376(10):957-70.
184. Kane D, Stafford L, Bresnihan B, FitzGerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. Rheumatology (Oxford). 2003;42(12):1460-8.

185. Baraliakos X, Gossec L, Pournara E, Jeka S, Mera-Varela A, D'Angelo S, et al. Secukinumab in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations: results from the double-blind, randomised, phase 3 MAXIMISE trial. Ann Rheum Dis. 2021;80(5):582-90.
186. Gladman DD, Mease PJ, Bird P, Soriano ER, Chakravarty SD, Shawi M, et al. Efficacy and safety of guselkumab in biologic-naïve patients with active axial psoriatic arthritis: study protocol for STAR, a phase 4, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. Trials. 2022;23(1):743.
187. McGonagle D, Watad A, Sharif K, Bridgewood C. Why Inhibition of IL-23 Lacked Efficacy in Ankylosing Spondylitis. Front Immunol. 2021;12:614255.
188. Mease PJ, van der Heijde D, Ritchlin CT, Okada M, Cuchacovich RS, Shuler CL, et al. Ixekizumab, an interleukin-17A specific monoclonal antibody, for the treatment of biologic-naive patients with active psoriatic arthritis: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled and active (adalimumab)-controlled period of the phase III trial SPIRIT-P1. Ann Rheum Dis. 2017;76(1):79-87.
189. Nash P, Kirkham B, Okada M, Rahman P, Combe B, Burmester GR, et al. Ixekizumab for the treatment of patients with active psoriatic arthritis and an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled period of the SPIRIT-P2 phase 3 trial. Lancet. 2017;389(10086):2317-27.
190. Mease PJ, McInnes IB, Kirkham B, Kavanaugh A, Rahman P, van der Heijde D, et al. Secukinumab Inhibition of Interleukin-17A in Patients with Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2015;373(14):1329-39.
191. McInnes IB, Mease PJ, Kirkham B, Kavanaugh A, Ritchlin CT, Rahman P, et al. Secukinumab, a human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2015;386(9999):1137-46.
192. Nash P, Mease PJ, McInnes IB, Rahman P, Ritchlin CT, Blanco R, et al. Efficacy and safety of secukinumab administration by autoinjector in patients with psoriatic arthritis: results from a randomized, placebo-controlled trial (FUTURE 3). Arthritis Res Ther. 2018;20(1):47.
193. Kivitz AJ, Nash P, Tahir H, Everding A, Mann H, Kaszuba A, et al. Efficacy and Safety of Subcutaneous Secukinumab 150 mg with or Without Loading Regimen in Psoriatic Arthritis: Results from the FUTURE 4 Study. Rheumatol Ther. 2019;6(3):393-407.
194. Mease P, van der Heijde D, Landewé R, Mpofu S, Rahman P, Tahir H, et al. Secukinumab improves active psoriatic arthritis symptoms and inhibits radiographic progression: primary results from the randomised, double-blind, phase III FUTURE 5 study. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):890-7.
195. Baraliakos X, Gossec L, Pournara E, Jeka S, Blanco R, D'Angelo S, et al. P184 Secukinumab provides sustained improvements in clinical and imaging outcomes in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations: results from the MAXIMISE trial. Rheumatology. 2021;60(Supplement_1).
196. Behrens F, Sewerin P, de Miguel E, Patel Y, Batalov A, Dokoupilova E, et al. Efficacy and safety of secukinumab in patients with spondyloarthritis and enthesitis at the Achilles tendon: results from a phase 3b trial. Rheumatology (Oxford). 2022;61(7):2856-66.
197. D'Agostino MA, Schett G, López-Rdz A, Šenolt L, Fazekas K, Burgos-Vargas R, et al. Response to secukinumab on synovitis using Power Doppler ultrasound in psoriatic arthritis: 12-week results from a phase III study, ULTIMATE. Rheumatology (Oxford). 2022;61(5):1867-76.
198. Nguyen T, Churchill M, Levin R, Valenzuela G, Merola JF, Ogdie A, et al. Secukinumab in United States Biologic-Naïve Patients With Psoriatic Arthritis: Results From the Randomized, Placebo-Controlled CHOICE Study. J Rheumatol. 2022;49(8):894-902.

199. Mease PJ, Helliwell PS, Hjuler KF, Raymond K, McInnes I. Brodalumab in psoriatic arthritis: results from the randomised phase III AMVISION-1 and AMVISION-2 trials. Ann Rheum Dis. 2021;80(2):185-93.
200. McInnes IB, Asahina A, Coates LC, Landewé R, Merola JF, Ritchlin CT, et al. Bimekizumab in patients with psoriatic arthritis, naive to biologic treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE OPTIMAL). Lancet. 2023;401(10370):25-37.
201. Merola JF, Landewé R, McInnes IB, Mease PJ, Ritchlin CT, Tanaka Y, et al. Bimekizumab in patients with active psoriatic arthritis and previous inadequate response or intolerance to tumour necrosis factor-α inhibitors: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE COMPLETE). Lancet. 2023;401(10370):38-48.
202. Ritchlin CT, Coates LC, McInnes IB, Mease PJ, Merola JF, Tanaka Y, et al. Bimekizumab treatment in biologic DMARD-naïve patients with active psoriatic arthritis: 52-week efficacy and safety results from the phase III, randomised, placebo-controlled, active reference BE OPTIMAL study. Ann Rheum Dis. 2023;82(11):1404-14.
203. Kristensen LE, Keiserman M, Papp K, McCasland L, White D, Lu W, et al. Efficacy and safety of risankizumab for active psoriatic arthritis: 24-week results from the randomised, double-blind, phase 3 KEEPsAKE 1 trial. Ann Rheum Dis. 2022;81(2):225-31.
204. Östör A, Van den Bosch F, Papp K, Asnal C, Blanco R, Aelion J, et al. Efficacy and safety of risankizumab for active psoriatic arthritis: 24-week results from the randomised, double-blind, phase 3 KEEPsAKE 2 trial. Ann Rheum Dis. 2022;81(3):351-8.
205. Deodhar A, Helliwell PS, Boehncke WH, Kollmeier AP, Hsia EC, Subramanian RA, et al. Guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who were biologic-naive or had previously received TNFα inhibitor treatment (DISCOVER-1): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2020;395(10230):1115-25.
206. Mease PJ, Rahman P, Gottlieb AB, Kollmeier AP, Hsia EC, Xu XL, et al. Guselkumab in biologic-naive patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2020;395(10230):1126-36.
207. Coates LC, Gossec L, Theander E, Bergmans P, Neuhold M, Karyekar CS, et al. Efficacy and safety of guselkumab in patients with active psoriatic arthritis who are inadequate responders to tumour necrosis factor inhibitors: results through one year of a phase IIIb, randomised, controlled study (COSMOS). Ann Rheum Dis. 2022;81(3):359-69.
208. Gladman D, Rigby W, Azevedo VF, Behrens F, Blanco R, Kaszuba A, et al. Tofacitinib for Psoriatic Arthritis in Patients with an Inadequate Response to TNF Inhibitors. N Engl J Med. 2017;377(16):1525-36.
209. Mease P, Hall S, FitzGerald O, van der Heijde D, Merola JF, Avila-Zapata F, et al. Tofacitinib or Adalimumab versus Placebo for Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2017;377(16):1537-50.
210. McInnes IB, Anderson JK, Magrey M, Merola JF, Liu Y, Kishimoto M, et al. Trial of Upadacitinib and Adalimumab for Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2021;384(13):1227-39.
211. Mease PJ, Lertratanakul A, Anderson JK, Papp K, Van den Bosch F, Tsuji S, et al. Upadacitinib for psoriatic arthritis refractory to biologics: SELECT-PsA 2. Ann Rheum Dis. 2021;80(3):312-20.
212. Ytterberg SR, Bhatt DL, Connell CA. Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis. Reply. N Engl J Med. 2022;386(18):1768.
213. EMA. European Medicines Agency. 2021. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/post-authorisation/pharmacovigilance-post-authorisation/signal-management/prac-recommendations-safety-signals.
214. Nash P, Ohson K, Walsh J, Delev N, Nguyen D, Teng L, et al. Early and sustained efficacy with apremilast monotherapy in biological-naïve patients with psoriatic arthritis: a phase IIIB, randomised controlled trial (ACTIVE). Ann Rheum Dis. 2018;77(5):690-8.

215. Kavanaugh A, Mease PJ, Gomez-Reino JJ, Adebajo AO, Wollenhaupt J, Gladman DD, et al. Treatment of psoriatic arthritis in a phase 3 randomised, placebo-controlled trial with apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor. Ann Rheum Dis. 2014;73(6):1020-6.
216. Cutolo M, Myerson GE, Fleischmann RM, Lioté F, Díaz-González F, Van den Bosch F, et al. A Phase III, Randomized, Controlled Trial of Apremilast in Patients with Psoriatic Arthritis: Results of the PALACE 2 Trial. J Rheumatol. 2016;43(9):1724-34.
217. Edwards CJ, Blanco FJ, Crowley J, Birbara CA, Jaworski J, Aelion J, et al. Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in patients with psoriatic arthritis and current skin involvement: a phase III, randomised, controlled trial (PALACE 3). Ann Rheum Dis. 2016;75(6):1065-73.
218. Wells AF, Edwards CJ, Kivitz AJ, Bird P, Nguyen D, Paris M, et al. Apremilast monotherapy in DMARD-naive psoriatic arthritis patients: results of the randomized, placebo-controlled PALACE 4 trial. Rheumatology (Oxford). 2018;57(7):1253-63.
219. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, de Wit M, McInnes I, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. Ann Rheum Dis. 2020;79(6):700-12.
220. Queiro R, Loredo M, Braña I, Pardo E, Alonso S, Alperi M. Managing psoriatic arthritis in different clinical scenarios. Expert Rev Clin Immunol. 2023;19(12):1469-84.
221. Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO, Aletaha D, Baraliakos X, Bertheussen H, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2024;83(6):706-19.
222. Mcinnes I, Behrens F, Mease PJ, Kavanaugh A, Ritchlin CT, Nash P, et al. OP0227 SECUKINUMAB VERSUS ADALIMUMAB HEAD-TO-HEAD COMPARISON IN BIOLOGIC-NAÏVE PATIENTS WITH ACTIVE PSORIATIC ARTHRITIS THROUGH 52-WEEKS (EXCEED): A RANDOMISED, DOUBLE-BLIND, PHASE-3B STUDY. Annals of the Rheumatic Diseases. 2020;79(Suppl 1):142-3.
223. Kaeley GS, Schett G, Conaghan PG, McGonagle D, Behrens F, Goupille P, et al. Enthesitis in patients with psoriatic arthritis treated with secukinumab or adalimumab: a post hoc analysis of the EXCEED study. Rheumatology (Oxford). 2024;63(1):41-9.
224. Strand V, McInnes I, Mease P, Nash P, Thom H, Kalyvas C, et al. Matching-adjusted indirect comparison: secukinumab versus infliximab in biologic-naive patients with psoriatic arthritis. J Comp Eff Res. 2019;8(7):497-510.
225. Mease P, Choy E, Nash P, Kalyvas C, Hunger M, Pricop L, et al. Comparative effectiveness of secukinumab and etanercept in biologic-naïve patients with psoriatic arthritis assessed by matching-adjusted indirect comparison. Eur J Rheumatol. 2019;6(3):113-21.
226. Mease PJ, Smolen JS, Behrens F, Nash P, Liu Leage S, Li L, et al. A head-to-head comparison of the efficacy and safety of ixekizumab and adalimumab in biological-naïve patients with active psoriatic arthritis: 24-week results of a randomised, open-label, blinded-assessor trial. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):123-31.
227. Smolen, J., et al., A head-to-head comparison of ixekizumab and adalimumab in biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis: efficacy and safety outcomes from a randomized, open-label, blinded assessor study through 52 weeks. Arthritis & rheumatology, 2019. 71: p. 5266-5269.
228. Araujo EG, Englbrecht M, Hoepken S, Finzel S, Kampylafka E, Kleyer A, et al. Effects of ustekinumab versus tumor necrosis factor inhibition on enthesitis: Results from the enthesial clearance in psoriatic arthritis (ECLIPSA) study. Semin Arthritis Rheum. 2019;48(4):632-7.
229. Smolen JS, Siebert S, Korotaeva TV, Selmi C, Bergmans P, Gremese E, et al. Effectiveness of IL-12/23 inhibition (ustekinumab) versus tumour necrosis factor inhibition in psoriatic arthritis: observational PsABio study results. Ann Rheum Dis. 2021;80(11):1419-28.
230. Mease PJ, McInnes IB, Tam LS, Eaton K, Peterson S, Schubert A, et al. Comparative effectiveness of guselkumab in psoriatic arthritis: results from systematic literature review and network meta-analysis. Rheumatology (Oxford). 2021;60(5):2109-21.

231. Mease PJ, McInnes IB, Tam LS, Rajalingam R, Peterson S, Hassan F, et al. Comparative effectiveness of guselkumab in psoriatic arthritis: updates to a systematic literature review and network meta-analysis. Rheumatology (Oxford). 2023;62(4):1417-25.
232. Mease PJ, Hall S, Fitzgerald O, Heijde D, Merola JF, Avila-Zapata F, et al. OP0216 Efficacy and safety of tofacitinib, an oral Janus kinase inhibitor, or adalimumab in patients with active psoriatic arthritis and an inadequate response to conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (CSDMARDS): a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial2017. 141.3-2 p.
233. McInnes IB, Kato K, Magrey M, Merola JF, Kishimoto M, Haaland D, et al. Efficacy and Safety of Upadacitinib in Patients with Psoriatic Arthritis: 2-Year Results from the Phase 3 SELECT-PsA 1 Study. Rheumatol Ther. 2023;10(1):275-92.
234. Lopez-Ferrer A, Laiz-Alonso A. Psoriatic arthritis: an update. Actas dermo-sifiliograficas. 2014;105(10):913-22.
235. Gottlieb AB, Langley RG, Strober BE, Papp KA, Klekotka P, Creamer K, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study to evaluate the addition of methotrexate to etanercept in patients with moderate to severe plaque psoriasis. Br J Dermatol. 2012;167(3):649-57.
236. Mease PJ, Ory P, Sharp JT, Ritchlin CT, Van den Bosch F, Wellborne F, et al. Adalimumab for long-term treatment of psoriatic arthritis: 2-year data from the Adalimumab Effectiveness in Psoriatic Arthritis Trial (ADEPT). Ann Rheum Dis. 2009;68(5):702-9.
237. Behrens F, Canete JD, Olivieri I, van Kuijk AW, McHugh N, Combe B. Tumour necrosis factor inhibitor monotherapy vs combination with MTX in the treatment of PsA: a systematic review of the literature. Rheumatology (Oxford). 2015;54(5):915-26.
238. Fagerli KM, Lie E, van der Heijde D, Heiberg MS, Lexberg AS, Rodevand E, et al. The role of methotrexate co-medication in TNF-inhibitor treatment in patients with psoriatic arthritis: results from 440 patients included in the NOR-DMARD study. Ann Rheum Dis. 2014;73(1):132-7.
239. Glintborg B, Ostergaard M, Dreyer L, Krogh NS, Tarp U, Hansen MS, et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 764 patients with psoriatic arthritis treated with anti-tumor necrosis factor alpha therapy: results from the nationwide Danish DANBIO registry. Arthritis Rheum. 2011;63(2):382-90.
240. Kristensen LE, Gulfe A, Saxne T, Geborek P. Efficacy and tolerability of anti-tumour necrosis factor therapy in psoriatic arthritis patients: results from the South Swedish Arthritis Treatment Group register. Ann Rheum Dis. 2008;67(3):364-9.
241. Kavanaugh A, van der Heijde D, McInnes IB, Mease P, Krueger GG, Gladman DD, et al. Golimumab in psoriatic arthritis: one-year clinical efficacy, radiographic, and safety results from a phase III, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2012;64(8):2504-17.
242. Kavanaugh A, McInnes IB, Mease P, Krueger GG, Gladman D, Van Der Heijde D, et al. Clinical efficacy, radiographic and safety findings through 5 years of subcutaneous golimumab treatment in patients with active psoriatic arthritis: Results from a long-term extension of a randomised, placebo-controlled trial (the GO-REVEAL study). Annals of the Rheumatic Diseases. 2014;73(9):1689-94.
243. Kavanaugh A, McInnes IB, Mease PJ, Krueger GG, Gladman DD, Van Der Heijde D, et al. Clinical efficacy, radiographic and safety findings through 2 years of golimumab treatment in patients with active psoriatic arthritis: Results from a long-term extension of the randomised, placebo-controlled GO-REVEAL study. Annals of the Rheumatic Diseases. 2013;72(11):1777-85.
244. McInnes IB, Kavanaugh A, Gottlieb AB, Puig L, Rahman P, Ritchlin C, et al. Efficacy and safety of ustekinumab in patients with active psoriatic arthritis: 1 year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT 1 trial. Lancet. 2013;382(9894):780-9.
245. Ritchlin C, Rahman P, Kavanaugh A, McInnes IB, Puig L, Li S, et al. Efficacy and safety of the anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, ustekinumab, in patients with active psoriatic

arthritis despite conventional non-biological and biological anti-tumour necrosis factor therapy: 6-month and 1-year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised PSUMMIT 2 trial. Ann Rheum Dis. 2014;73(6):990-9.
246. Koehm M, Rossmanith T, Foldenauer AC, Herrmann E, Brandt-Jürgens J, Burmester GR, et al. Methotrexate plus ustekinumab versus ustekinumab monotherapy in patients with active psoriatic arthritis (MUST): a randomised, multicentre, placebo-controlled, phase 3b, non-inferiority trial. Lancet Rheumatol. 2023;5(1):e14-e23.
247. Coates LC, Mease P, Kronbergs A, Helt C, Sandoval D, Park SY, et al. Efficacy and safety of ixekizumab in patients with active psoriatic arthritis with and without concomitant conventional disease-modifying antirheumatic drugs: SPIRIT-P1 and SPIRIT-P2 3-year results. Clin Rheumatol. 2022;41(10):3035-47.
248. Nash P, Mease PJ, Fleishaker D, Wu J, Coates LC, Behrens F, et al. Tofacitinib as monotherapy following methotrexate withdrawal in patients with psoriatic arthritis previously treated with open-label tofacitinib plus methotrexate: a randomised, placebo-controlled substudy of OPAL Balance. Lancet Rheumatol. 2021;3(1):e28-e39.
249. Nash P, Richette P, Gossec L, Marchesoni A, Ritchlin C, Kato K, et al. Upadacitinib as monotherapy and in combination with non-biologic disease-modifying antirheumatic drugs for psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford). 2022;61(8):3257-68.
250. Strand V, Lehman T, Ahmad HA, Johnsen A, Balachandar S, Mease PJ. Abatacept without Methotrexate in Patients with Active Psoriatic Arthritis: A Post Hoc Analysis of a Phase III, Randomized Study [abstract]. Arthritis Rheumatol. 2018; 70 (suppl 9).
251. Mease P, Gottlieb A, Heijde D, Fitzgerald O, Johnsen A, Nys M, et al. AB0763 Safety of abatacept treatment over 2 years in a phase III active psoriatic arthritis randomized trial (ASTRAEA)2019. 1849-50 p.
252. Gottlieb A, Mease P, McInnes I, Mpofu S. Secukinumab inhibits radiographic progression in patients with psoriatic arthritis: results of phase 3 FUTURE 1 study stratified by concomitant methotrexate use. Journal of the American Academy of Dermatology. 2016;74(5):AB271.
253. Gottlieb AB, McInnes I, Mease P, Mpofu S. Secukinumab improves signs and symptoms of psoriatic arthritis: results of phase 3 FUTURE 2 study stratified by concomitant methotrexate use. Journal of the American Academy of Dermatology. 2016;74(5):AB270.
254. Schett G, Wollenhaupt J, Papp K, Joos R, Rodrigues JF, Vessey AR, et al. Oral apremilast in the treatment of active psoriatic arthritis: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Arthritis and rheumatism. 2012;64(10):3156-67.
255. Smolen JS, Mease P, Tahir H, Schulze-Koops H, de la Torre I, Li L, et al. Multicentre, randomised, open-label, parallel-group study evaluating the efficacy and safety of ixekizumab versus adalimumab in patients with psoriatic arthritis naïve to biological disease-modifying antirheumatic drug: final results by week 52. Ann Rheum Dis. 2020;79(10):1310-9.
2301 Tucker L, Allen A, Chandler D, Ciurtin C, Dick A, Foulkes A, et al. The 2022 British Society for Rheumatology guideline for the treatment of psoriatic arthritis with biologic and targeted synthetic DMARDs. Rheumatology (Oxford). 2022;61(9):e255-e66.
257. Lu Y, Dai Z, Lu Y, Chang F. Effects of bDMARDs on quality of life in patients with psoriatic arthritis: meta-analysis. BMJ Open. 2022;12(4):e058497.
258. Mahmoud AM. Meta-analysis and GRADE assessment of randomized controlled trials on the efficacy and safety of bimekizumab in psoriatic arthritis patients. Curr Med Res Opin. 2023;39(7):1031-43.
259. Huang X, Shentu H, He Y, Lai H, Xu C, Chen M, et al. Efficacy and safety of IL-23 inhibitors in the treatment of psoriatic arthritis: a meta-analysis based on randomized controlled trials. Immunol Res. 2023;71(4):505-15.

260. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dressler C, Hua C, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. The Cochrane database of systematic reviews. 2022;5(5):Cd011535.
261. Singh JA, Guyatt G, Ogdie A, Gladman DD, Deal C, Deodhar A, et al. Special Article: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheumatol. 2019;71(1):5-32.
262. Harkins P, Burke E, Swales C, Silman A, Conway R. Are Janus kinase inhibitors safe and effective in treating the key clinical domains of psoriatic arthritis? A systematic review and meta-analysis. Int J Rheum Dis. 2023;26(1):31-42.
263. Gao Q, Zhao YX, Wang XJ, Shi J, Wang HM. Efficacy and safety of IL-17 inhibitors for patients with psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021;25(7):2958-70.
264. Luttringer O, Fox T, Pricop L, Gaillez C, Karcher H, Wiecek W, et al. Secukinumab's effect on structural damage progression in psoriatic arthritis: longitudinal mixture modelling of FUTURE-1 and FUTURE-5. Clin Exp Rheumatol. 2021;39(5):931-7.
265. Soubrier M, Pereira B, Frayssac T, Abdi D, Couderc M, Daron C, et al. Psoriatic arthritis treated by anti-TNFs: a monocentric trial of 102 cases in Auvergne, France. Clin Exp Rheumatol. 2016;34(6):1059-64.
266. Haddad A, Gazitt T, Feldhamer I, Feld J, Cohen AD, Lavi I, et al. Treatment persistence of biologics among patients with psoriatic arthritis. Arthritis Res Ther. 2021;23(1):44.
267. Gwinnutt JM, Wieczorek M, Balanescu A, Bischoff-Ferrari HA, Boonen A, Cavalli G, et al. 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):48-56.
268. Chiricozzi A, Zangrilli A, Bavetta M, Bianchi L, Chimenti S, Saraceno R. Real-life 9-year experience with adalimumab in psoriasis and psoriatic arthritis: results of a single-centre, retrospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017;31(2):304-11.
269. Vallejo-Yagüe E, Burkard T, Micheroli R, Burden AM. Minimal disease activity and remission in patients with psoriatic arthritis with elevated body mass index: an observational cohort study in the Swiss Clinical Quality Management cohort. BMJ Open. 2022;12(9):e061474.
270. McInnes IB, Ferraccioli G, D'Agostino MA, Le Bars M, Banerjee S, Ahmad HA, et al. Body mass index and treatment response to subcutaneous abatacept in patients with psoriatic arthritis: a post hoc analysis of a phase III trial. RMD Open. 2019;5(1):e000934.
271. Iannone F, Santo L, Bucci R, Semeraro A, Carlino G, Paoletti F, et al. Drug survival and effectiveness of ustekinumab in patients with psoriatic arthritis. Real-life data from the biologic Apulian registry (BIOPURE). Clin Rheumatol. 2018;37(3):667-75.
272. Højgaard P, Glintborg B, Kristensen LE, Gudbjornsson B, Love TJ, Dreyer L. The influence of obesity on response to tumour necrosis factor-α inhibitors in psoriatic arthritis: results from the DANBIO and ICEBIO registries. Rheumatology (Oxford). 2016;55(12):2191-9.
273. Almirall M, Rodriguez J, Mateo L, Carrascosa JM, Notario J, Gallardo F. Treatment with ustekinumab in a Spanish cohort of patients with psoriasis and psoriatic arthritis in daily clinical practice. Clin Rheumatol. 2017;36(2):439-43.
274. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Carbonell Abello J, Lazaro P, Mercado D, et al. [Asistance quality standards in rheumatology.]. Reumatol Clin. 2007;3(5):218-25.
275. Gomez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Canete JD, et al. [Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients]. Reumatol Clin. 2011;7(5):284-98.
276. Koksvik HS, Hagen KB, Rodevand E, Mowinckel P, Kvien TK, Zangi HA. Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: A 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides. Annals of the Rheumatic

Diseases [Internet]. 2013; 72(6):[836-43 pp.]. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clcentral/articles/943/CN-00906943/frame.html.
277. Naranjo A, Bilbao A, Erausquin C, Ojeda S, Francisco FM, Rua-Figueroa I, et al. Results of a specific smoking cessation program for patients with arthritis in a rheumatology clinic. Rheumatology international. 2014;34(1):93-9.
278. Garcia-Diaz S, Girabent-Farres M, Roig-Vilaseca D, Reina D, Cerda D, Gonzalez M, et al. [Preference for etanercept pen versus syringe in patients with chronic arthritis. Nurse education workshop]. Enfermeria clinica. 2013;23(4):164-9.
279. Grønning K, Rannestad T, Skomsvoll JF, Rygg LØ, Steinsbekk A. Long-term effects of a nurse-led group and individual patient education programme for patients with chronic inflammatory polyarthritis - a randomised controlled trial. Journal of Clinical Nursing. 2014;23(7/8):1005-17.
280. Homer D, Nightingale P, Jobanputra P. Providing patients with information about disease-modifying anti-rheumatic drugs: Individually or in groups? A pilot randomized controlled trial comparing adherence and satisfaction. Musculoskeletal Care. 2009;7(2):78-92.
281. Hennell S, Spark E, Wood B, George E. An evaluation of nurse-led rheumatology telephone clinics. Musculoskeletal Care. 2005;3(4):233-40.
282. Rudd RE, Blanch DC, Gall V, Chibnik LB, Wright EA, Reichmann W, et al. A randomized controlled trial of an intervention to reduce low literacy barriers in inflammatory arthritis management. Patient education and counseling. 2009;75(3):334-9.
283. Molto A, Gossec L, Poiraudeau S, Claudepierre P, Soubrier M, Fayet F, et al. Evaluation of the impact of a nurse-led program of patient self-assessment and self-management in axial spondyloarthritis: results of a prospective, multicentre, randomized, controlled trial (COMEDSPA). Rheumatology (Oxford). 2021;60(2):888-95.
284. Molto A, Gossec L, Poiraudeau S, Claudepierre P, Soubrier M, Fayet F, et al. Evaluation of the impact of a nurse-led program of systematic screening of comorbidities in patients with axial spondyloarthritis: The results of the COMEDSPA prospective, controlled, one year randomized trial. Semin Arthritis Rheum. 2020;50(4):701-8.
285. Melis MR, El Aoufy K, Bambi S, Bruni C, Guiducci S, Bellando-Randone S, et al. Nursing interventions for patients with rheumatic and musculoskeletal diseases on biological therapies: a systematic literature review. Clin Rheumatol. 2023;42(6):1521-35.
286. Fayet F, Fan A, Rodere M, Savel C, Pereira B, Soubrier M. Adherence to Subcutaneous Anti-TNF Treatment in Chronic Inflammatory Rheumatism and Therapeutic Patient Education. Patient Prefer Adherence. 2020;14:363-9.
287. Bennett SE, Zangi HA, Larsson I, Beauvais C, Boström C, Domján A, et al. Assessing acceptability and identifying barriers and facilitators to implementation of the EULAR recommendations for patient education in inflammatory arthritis: a mixed-methods study with rheumatology professionals in 23 European and Asian countries. Ann Rheum Dis. 2022;81(10):1348-57.
288. de la Torre J, Escandón Peláez S, Fernández Ogando E, García Alonso J, Lozano Mateos M, Perez Ayuso P. Documento de consenso sobre el manejo, administración y monitorización a pacientes en tratamiento con Infliximab®. Metas de Enfermería. 2007;. 10: 50-5.
289. Katchamart W, Bombardier C. Systematic monitoring of disease activity using an outcome measure improves outcomes in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2010;37(7):1411-5.
290. Schipper LG, van Hulst LT, Grol R, van Riel PL, Hulscher ME, Fransen J. Meta-analysis of tight control strategies in rheumatoid arthritis: protocolized treatment has additional value with respect to the clinical outcome. Rheumatology (Oxford). 2010;49(11):2154-64.
291. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis. 2010;69(4):631-7.

292. van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Bostrom C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71(1):13-9.
293. Larsson I, Arvidsson S, Bergman S, Arvidsson B. Patients' perceptions of drug information given by a rheumatology nurse: a phenomenographic study. Musculoskeletal Care. 2010;8(1):36-45.
294. Almodovar R, Fernandez Nebro A, Gracia Perez LA, Román Ivorra JA, Rodríguez Cros JR, del Pino Montes J, et al. AB1165 Effectiveness of Nursing Consultations in Rheumatology: Results from the Score Study. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74(Suppl 2):1292.
295. Zabotti A, De Marco G, Gossec L, Baraliakos X, Aletaha D, Iagnocco A, et al. EULAR points to consider for the definition of clinical and imaging features suspicious for progression from psoriasis to psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2023;82(9):1162-70.
296. Gisondi P, Bellinato F, Maurelli M, Geat D, Zabotti A, McGonagle D, et al. Reducing the Risk of Developing Psoriatic Arthritis in Patients with Psoriasis. Psoriasis (Auckl). 2022;12:213-20.
297. Savage L, Goodfield M, Horton L, Watad A, Hensor E, Emery P, et al. Regression of Peripheral Subclinical Enthesopathy in Therapy-Naive Patients Treated With Ustekinumab for Moderate-to-Severe Chronic Plaque Psoriasis: A Fifty-Two-Week, Prospective, Open-Label Feasibility Study. Arthritis Rheumatol. 2019;71(4):626-31.
298. Kampylafka E, Simon D, d'Oliveira I, Linz C, Lerchen V, Englbrecht M, et al. Disease interception with interleukin-17 inhibition in high-risk psoriasis patients with subclinical joint inflammation-data from the prospective IVEPSA study. Arthritis Res Ther. 2019;21(1):178.
299. Gisondi P, Bellinato F, Targher G, Idolazzi L, Girolomoni G. Biological disease-modifying antirheumatic drugs may mitigate the risk of psoriatic arthritis in patients with chronic plaque psoriasis. Ann Rheum Dis. 2022;81(1):68-73.
300. Acosta Felquer ML, LoGiudice L, Galimberti ML, Rosa J, Mazzuoccolo L, Soriano ER. Treating the skin with biologics in patients with psoriasis decreases the incidence of psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2022;81(1):74-9.
301. Solmaz D, Ehlebracht A, Karsh J, Bakirci S, McGonagle D, Aydin SZ. Evidence that systemic therapies for psoriasis may reduce psoriatic arthritis occurrence. Clin Exp Rheumatol. 2020;38(2):257-61.
302. Rosenthal YS, Schwartz N, Sagy I, Pavlovsky L. Incidence of Psoriatic Arthritis Among Patients Receiving Biologic Treatments for Psoriasis: A Nested Case-Control Study. Arthritis Rheumatol. 2022;74(2):237-43.
303. Meer E, Merola JF, Fitzsimmons R, Love TJ, Wang S, Shin D, et al. Does biologic therapy impact the development of PsA among patients with psoriasis? Ann Rheum Dis. 2022;81(1):80-6.
304. Singla S, Putman M, Liew J, Gordon K. Association between biological immunotherapy for psoriasis and time to incident inflammatory arthritis: a retrospective cohort study. Lancet Rheumatol. 2023;5(4):e200-e7.
305. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum. 1973;3(1):55-78.
306. Kwok TSH, Sutton M, Pereira D, Cook RJ, Chandran V, Haroon N, et al. Isolated axial disease in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis with psoriasis. Ann Rheum Dis. 2022;81(12):1678-84.
307. Feld J, Ye JY, Chandran V, Inman RD, Haroon N, Cook R, et al. Is axial psoriatic arthritis distinct from ankylosing spondylitis with and without concomitant psoriasis? Rheumatology (Oxford). 2020;59(6):1340-6.
308. Proft F, Schally J, Brandt HC, Brandt-Juergens J, Rüdiger Burmester G, Haibel H, et al. Validation of the ASDAS with a quick quantitative CRP assay (ASDAS-Q) in patients with axial SpA: a prospective multicentre cross-sectional study. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2022;14:1759720x221085951.

309. FitzGerald O, Haroon M, Giles JT, Winchester R. Concepts of pathogenesis in psoriatic arthritis: genotype determines clinical phenotype. Arthritis Res Ther. 2015;17(1):115.
310. Chandran V. Psoriatic spondylitis or ankylosing spondylitis with psoriasis: same or different? Curr Opin Rheumatol. 2019;31(4):329-34.
311. Michelena X, López-Medina C, Erra A, Juanola X, Font-Ugalde P, Collantes E, et al. Characterising the axial phenotype of psoriatic arthritis: a study comparing axial psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis with psoriasis from the REGISPONSER registry. RMD Open. 2022;8(2).
312. Gladman DD. Clinical, radiological, and functional assessment in psoriatic arthritis: is it different from other inflammatory joint diseases? Ann Rheum Dis. 2006;65 Suppl 3(Suppl 3):iii22-4.
313. Jadon DR, Sengupta R, Nightingale A, Lindsay M, Korendowych E, Robinson G, et al. Axial Disease in Psoriatic Arthritis study: defining the clinical and radiographic phenotype of psoriatic spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2017;76(4):701-7.
314. Braun J, Coates LC. Axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis: mostly overlapping or substantially different diseases? RMD Open. 2023;9(2).
315. Pablos JL, Abasolo L, Alvaro-Gracia JM, Blanco FJ, Blanco R, Castrejón I, et al. Prevalence of hospital PCR-confirmed COVID-19 cases in patients with chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2020;79(9):1170-3.
316. Pablos JL, Galindo M, Carmona L, Lledó A, Retuerto M, Blanco R, et al. Clinical outcomes of hospitalised patients with COVID-19 and chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases: a multicentric matched cohort study. Ann Rheum Dis. 2020;79(12):1544-9.
317. Mena-Vázquez N, Manrique Arija S, Rojas-Giménez M, Raya-Ÿlvarez E, Velloso-Feijoó ML, López-Medina C, et al. Hospitalization and mortality from COVID-19 of patients with rheumatic inflammatory diseases in Andalusia. Reumatol Clin (Engl Ed). 2022;18(7):422-8.
318. Rosenbaum JT, Weisman MH, Hamilton H, Shafer C, Aslanyan E, Howard RA, et al. The Interplay Between COVID-19 and Spondyloarthritis or Its Treatment. J Rheumatol. 2022;49(2):225-9.
319. Gianfrancesco M, Hyrich KL, Al-Adely S, Carmona L, Danila MI, Gossec L, et al. Characteristics associated with hospitalisation for COVID-19 in people with rheumatic disease: data from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance physician-reported registry. Ann Rheum Dis. 2020;79(7):859-66.
320. Saadoun D, Vieira M, Vautier M, Baraliakos X, Andreica I, da Silva JAP, et al. SARS-CoV-2 outbreak in immune-mediated inflammatory diseases: the Euro-COVIMID multicentre cross-sectional study. Lancet Rheumatol. 2021;3(7):e481-e8.
321. Montero F, Martínez-Barrio J, Serrano-Benavente B, González T, Rivera J, Molina Collada J, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in autoimmune and inflammatory conditions: clinical characteristics of poor outcomes. Rheumatology international. 2020;40(10):1593-8.
322. Haberman RH, Castillo R, Chen A, Yan D, Ramirez D, Sekar V, et al. COVID-19 in Patients With Inflammatory Arthritis: A Prospective Study on the Effects of Comorbidities and Disease-Modifying Antirheumatic Drugs on Clinical Outcomes. Arthritis Rheumatol. 2020;72(12):1981-9.
323. Andreica I, Blazquez-Navarro A, Sokolar J, Anft M, Kiltz U, Pfaender S, et al. Different humoral but similar cellular responses of patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases under disease-modifying antirheumatic drugs after COVID-19 vaccination. RMD Open. 2022;8(2).
324. Venerito V, Stefanizzi P, Martinelli A, Fornaro M, Galeone MG, Tafuri S, et al. Anti-SARS-CoV-2 antibody decay after vaccination and immunogenicity of the booster dose of the BNT162b2 mRNA vaccine in patients with psoriatic arthritis on TNF inhibitors. Clin Exp Rheumatol. 2023;41(1):166-9.

325. Bjørlykke KH, Ørbo HS, Tveter AT, Jyssum I, Sexton J, Tran TT, et al. Four SARS-CoV-2 vaccine doses or hybrid immunity in patients on immunosuppressive therapies: a Norwegian cohort study. Lancet Rheumatol. 2023;5(1):e36-e46.
326. Christensen IE, Jyssum I, Tveter AT, Sexton J, Tran TT, Mjaaland S, et al. The persistence of anti-Spike antibodies following two SARS-CoV-2 vaccine doses in patients on immunosuppressive therapy compared to healthy controls-a prospective cohort study. BMC Med. 2022;20(1):378.
327. C GSS, M SRS, Sampaio-Barros PD, J CBM, C GS, Gonçalves CR, et al. Interaction of TNFi and conventional synthetic DMARD in SARS-CoV-2 vaccine response in axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis. Joint Bone Spine. 2023;90(1):105464.
328. Smetanova J, Milota T, Rataj M, Hurnakova J, Zelena H, Sediva A, et al. Immunogenicity and safety of the booster BNT162b2 vaccine in patients with axial spondyloarthritis treated with biological disease-modifying drugs. Front Immunol. 2022;13:1010808.
329. Widdifield J, Kwong JC, Chen S, Eder L, Benchimol EI, Kaplan GG, et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection and severe outcomes among individuals with immune-mediated inflammatory diseases tested between March 1 and Nov 22, 2021, in Ontario, Canada: a population-based analysis. Lancet Rheumatol. 2022;4(6):e430-e40.
330. Syversen SW, Jyssum I, Tveter AT, Tran TT, Sexton J, Provan SA, et al. Immunogenicity and Safety of Standard and Third-Dose SARS-CoV-2 Vaccination in Patients Receiving Immunosuppressive Therapy. Arthritis Rheumatol. 2022;74(8):1321-32.
331. Rider LG, Parks CG, Wilkerson J, Schiffenbauer AI, Kwok RK, Noroozi Farhadi P, et al. Baseline factors associated with self-reported disease flares following COVID-19 vaccination among adults with systemic rheumatic disease: results from the COVID-19 global rheumatology alliance vaccine survey. Rheumatology (Oxford). 2022;61(Si2):Si143-si50.
332. Spinelli FR, Favalli EG, Garufi C, Cornalba M, Colafrancesco S, Conti F, et al. Low frequency of disease flare in patients with rheumatic musculoskeletal diseases who received SARS-CoV-2 mRNA vaccine. Arthritis Res Ther. 2022;24(1):21.
333. Álvaro-Gracia JM, Sanchez-Piedra C, Culqui D, Rosello R, Garcia-Dorta A, Campos C, et al. Effects of COVID-19 vaccination on disease activity in patients with rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis on targeted therapy in the COVIDSER study. RMD Open. 2023;9(1).
334. Garrido-Cumbrera M, Marzo-Ortega H, Christen L, Correa-Fernández J, Sanz-Gómez S, Navarro-Compán V. Exploring the role of rheumatic and musculoskeletal disease patient organisations during the COVID-19 pandemic: results from the REUMAVID study (phase 1). Clin Exp Rheumatol. 2022;40(5):1062-3.
335. Garrido-Cumbrera M, Marzo-Ortega H, Christen L, Plazuelo-Ramos P, Webb D, Jacklin C, et al. Assessment of impact of the COVID-19 pandemic from the perspective of patients with rheumatic and musculoskeletal diseases in Europe: results from the REUMAVID study (phase 1). RMD Open. 2021;7(1).
336. Garrido-Cumbrera M. PCOVID13 - Evaluación del impacto de la pandemia COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en España. Resultados del estudio REUMAVID. Reumatol Clin. 2020;16:500.
337. Gottlieb AB, Wells AF, Merola JF. Telemedicine and psoriatic arthritis: best practices and considerations for dermatologists and rheumatologists. Clin Rheumatol. 2022;41(5):1271-83.
338. Piga M, Floris A, Congia M, Chessa E, Cangemi I, Cauli A. Telemedicine in rheumatology: high specificity and sensitivity of follow-up virtual video consultations during COVID-19 pandemic. Rheumatology (Oxford, England). 2021;61.
339. Jethwa H, Brooke M, Parkinson A, Dures E, Gullick NJ. Patients' perspectives of telemedicine appointments for psoriatic arthritis during the COVID-19 pandemic: results of a patient-driven pilot survey. BMC Rheumatol. 2022;6(1):13.

340. Chevallard M, Belloli L, Ughi N, Adinolfi A, Casu C, Di Cicco M, et al. Use of telemedicine during the COVID-19 pandemic in patients with inflammatory arthritis: a retrospective study on feasibility and impact on patient-reported outcomes in a real-life setting. Rheumatology international. 2021;41(7):1253-61.
341. Horrell LN, Hayes S, Herbert LB, MacTurk K, Lawhon L, Valle CG, et al. Telemedicine Use and Health-Related Concerns of Patients With Chronic Conditions During COVID-19: Survey of Members of Online Health Communities. J Med Internet Res. 2021;23(2):e23795.
342. Alfaro N, Lazaro P, Gabriele G, Garcia-Vicuna R, Jover JA, Sevilla J. Perceptions, attitudes and experiences of family caregivers of patients with musculoskeletal diseases: a qualitative approach. Reumatol Clin. 2013;9(6):334-9.
343. Backman CL, Smith Ldel F, Smith S, Montie PL, Suto M. Experiences of mothers living with inflammatory arthritis. Arthritis Rheum. 2007;57(3):381-8.
344. Betteridge N, Boehncke WH, Bundy C, Gossec L, Gratacos J, Augustin M. Promoting patient-centred care in psoriatic arthritis: a multidisciplinary European perspective on improving the patient experience. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015.
345. Madsen M, Jensen KV, Esbensen BA. Men's experiences of living with ankylosing spondylitis: a qualitative study. Musculoskeletal Care. 2015;13(1):31-41.
346. Martindale J, Goodacre L. The journey to diagnosis in AS/axial SpA: the impact of delay. Musculoskeletal Care. 2014;12(4):221-31.
347. Pelaez-Ballestas I, Perez-Taylor R, Aceves-Avila JF, Burgos-Vargas R. 'Not-belonging': illness narratives of Mexican patients with ankylosing spondylitis. Medical anthropology. 2013;32(5):487-500.
348. Dube CE, Lapane KL, Ferrucci KA, Beccia AL, Khan SK, Yi E, et al. Personal Experiences with Diagnostic Delay Among Axial Spondyloarthritis Patients: A Qualitative Study. Rheumatol Ther. 2021;8(2):1015-30.
349. Dures E, Bowen C, Brooke M, Lord J, Tillett W, McHugh N, et al. Diagnosis and initial management in psoriatic arthritis: a qualitative study with patients. Rheumatology advances in practice. 2019;3(2):rkz022.
350. Primholdt N, Primdahl J, Hendricks O. A Difficult Diagnosis: A Qualitative Study of the Daily Lives of Young Men Diagnosed with Ankylosing Spondylitis. Musculoskeletal Care. 2017;15(2):140-9.
351. Pelaez-Ballestas I, Romero-Mendoza M, Burgos-Vargas R. If three of my brothers have ankylosing spondylitis, why does the doctor say it is not necessarily hereditary? The meaning of risk in multiplex case families with ankylosing spondylitis. Chronic illness. 2015.
352. Peláez-Ballestas I, Romero-Mendoza M, Burgos-Vargas R. If three of my brothers have ankylosing spondylitis, why does the doctor say it is not necessarily hereditary? The meaning of risk in multiplex case families with ankylosing spondylitis. Chronic illness. 2016;12(1):58-70.
353. Davies H, Brophy S, Dennis M, Cooksey R, Irvine E, Siebert S. Patient perspectives of managing fatigue in Ankylosing Spondylitis, and views on potential interventions: a qualitative study. BMC musculoskeletal disorders. 2013;14:163.
354. Eilertsen G, Ormstad H, Kirkevold M, Mengshoel AM, Soderberg S, Olsson M. Similarities and differences in the experience of fatigue among people living with fibromyalgia, multiple sclerosis, ankylosing spondylitis and stroke. J Clin Nurs. 2015;24(13-14):2023-34.
355. Lacaille D, White MA, Backman CL, Gignac MA. Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients' perspective. Arthritis Rheum. 2007;57(7):1269-79.
356. Mortada M, Abdul-Sattar A, Gossec L. Fatigue in Egyptian patients with rheumatic diseases: a qualitative study. Health and quality of life outcomes. 2015;13:134.
357. Naegeli AN, Flood E, Tucker J, Devlen J, Edson-Heredia E. The patient experience with fatigue and content validity of a measure to assess fatigue severity: qualitative research in patients with ankylosing spondylitis (AS). Health and quality of life outcomes. 2013;11:192.

358. Stamm T, Hieblinger R, Bostrom C, Mihai C, Birrell F, Thorstensson C, et al. Similar problem in the activities of daily living but different experience: a qualitative analysis in six rheumatic conditions and eight European countries. Musculoskeletal Care. 2014;12(1):22-33.
359. Uttjek M, Nygren L, Stenberg B, Dufaker M. Marked by visibility of psoriasis in everyday life. Qualitative health research. 2007;17(3):364-72.
360. Globe D, Bayliss MS, Harrison DJ. The impact of itch symptoms in psoriasis: results from physician interviews and patient focus groups. Health and quality of life outcomes. 2009;7:62.
361. McArthur MA, Birt L, Goodacre L. "Better but not best": a qualitative exploration of the experiences of occupational gain for people with inflammatory arthritis receiving anti-TNFalpha treatment. Disabil Rehabil. 2015;37(10):854-63.
362. Pasma A, van 't Spijker A, Luime JJ, Walter MJ, Busschbach JJ, Hazes JM. Facilitators and barriers to adherence in the initiation phase of Disease-modifying Antirheumatic Drug (DMARD) use in patients with arthritis who recently started their first DMARD treatment. J Rheumatol. 2015;42(3):379-85.
363. Zimba O, Guła Z, Strach M, Korkosz M. Living with axial spondyloarthritis: a cross-sectional survey of patient knowledge and perceptions. Rheumatology international. 2024;44(8):1543-52.
364. Rai SK, Howren A, Wilcox ES, Townsend AF, Marra CA, Aviña-Zubieta JA, et al. Exploring strategies to support medication adherence in patients with inflammatory arthritis: a patient-oriented qualitative study using an interactive focus group activity. Patient Prefer Adherence. 2018;12:2015-25.
365. Mengshoel AM. Living with a fluctuating illness of ankylosing spondylitis: a qualitative study. Arthritis Rheum. 2008;59(10):1439-44.
366. Ogdie A, Michaud K, Nowak M, Bruce R, Cantor S, Hintzen C, et al. Patient's experience of psoriatic arthritis: a conceptual model based on qualitative interviews. RMD Open. 2020;6(3).
367. Moverley AR, Vinall-Collier KA, Helliwell PS. It's not just the joints, it's the whole thing: qualitative analysis of patients' experience of flare in psoriatic arthritis. Rheumatology (Oxford). 2015;54(8):1448-53.
368. Gossec L, Walsh JA, Michaud K, Peterson S, Holdsworth EA, Karyekar CS, et al. Women With Psoriatic Arthritis Experience Higher Disease Burden Than Men: Findings From a Real-World Survey in the United States and Europe. J Rheumatol. 2023;50(2):192-6.
369. Chisholm A, Pearce CJ, Chinoy H, Warren RB, Bundy C. Distress, misperceptions, poor coping and suicidal ideation in psoriatic arthritis: a qualitative study. Rheumatology (Oxford). 2016;55(6):1047-52.
370. Sumpton D, Kelly A, Tunnicliffe DJ, Craig JC, Hassett G, Chessman D, et al. Patients' Perspectives and Experience of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020;72(5):711-22.
371. Gronning K, Lomundal B, Koksvik HS, Steinsbekk A. Coping with arthritis is experienced as a dynamic balancing process. A qualitative study. Clin Rheumatol. 2011;30(11):1425-32.
372. Pearson NA, Tutton E, Martindale J, Strickland G, Thompson J, Packham JC, et al. Qualitative interview study exploring the patient experience of living with axial spondyloarthritis and fatigue: difficult, demanding and draining. BMJ Open. 2022;12(2):e053958.
373. Barlow JH, Cullen LA, Foster NE, Harrison K, Wade M. Does arthritis influence perceived ability to fulfill a parenting role? Perceptions of mothers, fathers and grandparents. Patient education and counseling. 1999;37(2):141-51.
374. Garrido-Cumbrera M, Chacón-García J, Navarro-Compán V, Gratacós J, Sanz-Gómez S, Collantes-Estevez E. Does Belonging to a Patient Association Is of Help for Patients with Axial Spondyloarthritis? Results from the Atlas Survey. Curr Rheumatol Rep. 2020;22(6):22.

375. Cakar E, Dincer U, Kiralp MZ, Taskaynatan MA, Yasar E, Bayman EO, et al. Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. Clin Rheumatol. 2007;26(10):1607-13.
376. Haugli L, Strand E, Finset A. How do patients with rheumatic disease experience their relationship with their doctors? A qualitative study of experiences of stress and support in the doctor-patient relationship. Patient education and counseling. 2004;52(2):169-74.
377. Raybone K, Family H, Sengupta R, Jordan A. (Un)Spoken realities of living with axial spondyloarthritis: a qualitative study focused on couple experiences. BMJ Open. 2019;9(7):e025261.
378. Bech B, Lykkegaard JJ, Lundbak T, Schrøder HM, Birkeland LM, Schlyter ML, et al. Patient-Initiated Follow-Up (PIFU) as reorganized support for increased patient involvement - focus group discussions among patients' with inflammatory arthritis. BMC Rheumatol. 2020;4:44.
379. Haglund E, Bremander A, Bergman S, Larsson I. Educational needs in patients with spondyloarthritis in Sweden - a mixed-methods study. BMC musculoskeletal disorders. 2017;18(1):335.
380. Chakravarty SD, Abell J, Leone-Perkins M, Orbai AM. A Novel Qualitative Study Assessing Patient-Reported Outcome Measures Among People Living with Psoriatic Arthritis or Ankylosing Spondylitis. Rheumatol Ther. 2021;8(1):609-20.
381. Coates LC, Azevedo VF, Cappelleri JC, Moser J, Eder L, Richette P, et al. Exploring the Quality of Communication Between Patients with Psoriatic Arthritis and Physicians: Results of a Global Online Survey. Rheumatol Ther. 2021;8(4):1741-58.
382. Sacristán JA, Dilla T, Díaz-Cerezo S, Gabás-Rivera C, Aceituno S, Lizán L. Patient-physician discrepancy in the perception of immune-mediated inflammatory diseases: rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis. A qualitative systematic review of the literature. PLoS One. 2020;15(6):e0234705.
383. Lee YH, Song GG. Relative efficacy and safety of Janus kinase inhibitors for the treatment of active psoriatic arthritis: a network meta-analysis. Z Rheumatol. 2023;82(5):408-16.
384. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen I. Lista tabular. Washington, 2018.
385. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Reference Life Table. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2021. Available from: [https://doi.org/10.6069/1D4Y-YQ37].
386. Romero Pérez A, Queiro R, Seoane-Mato D, Graell E, Chamizo E, Chaves Chaparro L, et al. Higher prevalence of psoriatic arthritis in the adult population in Spain? A population-based cross-sectional study. PLoS One. 2020;15(6):e0234556.
387. Quilis N, Sivera F, Seoane-Mato D, Antón-Pagés F, Añez G, Medina F, et al. Prevalence of ankylosing spondylitis in Spain: EPISER2016 Study. Scand J Rheumatol. 2020;49(3):210-3.
388. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Díaz-González F, et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in spain. episer 2016 studyAnnals of the Rheumatic Diseases 2018;77:535-536. http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.6463.
389. Puig L, Ruiz de Morales JG, Dauden E, Andreu JL, Cervera R, Adán A, Marsal S, Escobar C, Hinojosa J, Palau J, Arraiza A, Casado P, Codesido M, Pascual C, Saldaña R, Gil Á. La prevalencia de diez enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) en España [Prevalence of ten Immune-mediated inflammatory diseases (IMID) in Spain]. Rev Esp Salud Publica. 2019 Mar 25;93:e201903013.
390. Loza E, Plazuelo P, Ceade. Necesidades, impacto y perspectiva actual de los pacientes con espondiloartritis incluyendo la artritis psoriásica Reumatol Clin. 19 (2023) 273–278(May 2023) DOI:10.1016/j.reuma.2022.08.005.

391. Casals-Sánchez JL, García De Yébenes Prous MJ, Descalzo Gallego M, Barrio Olmos JM, Carmona Ortells L, Hernández García C. Characteristics of patients with spondyloarthritis followed in rheumatology units in Spain. emAR II study. Reumatol Clin. 2012;8(3):107-13.
392. Atlas de espondiloartritis axial en España 2017. Radiografía de la enfermedad, Madrid 2017.
393. CEADE. Impacto y abordaje de las espondiloartritis en España. Encuesta Nacional 2021. Informe de resultados.
394. Cañete JD, Collantes E, Fernández Sueiro JL, Juanola X. Espondiloartropatías. Dossier de prensa. Sociedad Española de Reumatología, s.d.
395. Stolwijk C, van Onna M, Boonen A, van Tubergen A. Global Prevalence of Spondyloarthritis: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016;68(9):1320-31.
396. Ogdie A, Weiss P. The Epidemiology of Psoriatic Arthritis. Rheum Dis Clin North Am., 41 (2015), pp. 545-568 [http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2015.07.001].
397. Boonen A, van der Linden SM. The burden of ankylosing spondylitis. J Rheumatol Suppl. 2006;78:4-11.
398. Sewerin P, Brinks R, Schneider M, Haase I, Vordenbäumen S. Prevalence and incidence of psoriasis and psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2019;78(2):286-7.
399. Boehncke WH, Menter A. Burden of disease: psoriasis and psoriatic arthritis. Am J Clin Dermatol. 2013;14(5):377-88.
400. Kavanaugh A, Helliwell P, Ritchlin CT. Psoriatic Arthritis and Burden of Disease: Patient Perspectives from the Population-Based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP) Survey. Rheumatol Ther. 2016;3(1):91-102.
401. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. Consulta Interactiva del Sistema Nacional de Salud. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD. Available from: https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/S/rae-cmbd.