Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 09/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Tabla suplementaria: Riesgos de sesgos de los estudios incluidos en la revisión.

Ensayos clínicos						
Estudio	**Métodos**	**Sesgo de selección**	**Sesgo de realización**	**Sesgo de detección**	**Sesgo de abandono durante el seguimiento**	**Sesgo de notificación**
Kavanaugh, 2015 [1]	Métodos recogidos del artículo original del ensayo donde están descritos McInnes et al [2]	Bajo riesgo: se realizó la aleatorización mediante un sistema web. Como criterios de estratificación se utilizó el centro de investigación, el peso basal, y el uso basal de metotrexato. Adecuado ocultamiento de la asignación	Bajo riesgo: dada la asignación central. Describe las medidas utilizadas para el cegamiento (uso de jeringas similares en todos los grupos), así como el cegamiento de los investigadores y del centro	Alto riesgo: No describe las medidas utilizadas para cegar a los evaluadores de los resultados	Bajo riesgo: Detalla el seguimiento de los pacientes y los abandonos que se fueron produciendo a lo largo de todo el estudio	Riesgo poco claro de sesgo, ya que no se aporta información suficiente
McInnes, 2017[3]	Métodos analizados del artículo original Mease et al [4]	Bajo riesgo: se realizó una aleatorización central en base a tto con metotrexato, afectación cutánea y el uso previo de anti-TNF No describe el ocultamiento de la asignación	Alto riesgo: no describe las medidas utilizadas para el ocultamiento	Alto riesgo: No describe las medidas utilizadas para cegar a los evaluadores de los resultados	Alto riesgo: No detalla el seguimiento de los pacientes, ni los abandonos que se produjeron	Riesgo poco claro de sesgo, ya que no se aporta información suficiente
Mease, 2015[5]	Métodos analizados del artículo original; Mease et al [6]	Alto riesgo: no describe el método de aleatorización	Alto riesgo: no describe las medidas utilizadas para el ocultamiento	Alto riesgo: No describe las medidas utilizadas para cegar a los evaluadores de los resultados	Bajo riesgo: Detalla el seguimiento de los pacientes en cada grupo	Riesgo poco claro de sesgo, ya que no se aporta información suficiente
Ritchlin, 2014 [7]	El propio artículo	Bajo riesgo: se realizó una aleatorización central en base a tto con metotrexato, y el peso. No describe el ocultamiento de la asignación	Alto riesgo: no describe las medidas utilizadas para el ocultamiento	Alto riesgo: No describe las medidas utilizadas para cegar a los evaluadores de los resultados	Alto riesgo: no se detalla el seguimiento de los pacientes de cada grupo	Riesgo poco claro de sesgo, ya que no se aporta información suficiente
Schett, 2014 [8]	Datos agregados de 3 estudios. Se analizan los métodos de cada artículo original [9-11]	Alto riesgo: en ninguno de los tres ensayos, se describe el método de aleatorización utilizado	Alto riesgo: no se describe el ocultamiento	Alto riesgo: En ninguno de los tres ensayos, se describe las medidas utilizadas para cegar a los evaluadores de los resultados	Riesgo intermedio: Se detalla el seguimiento de los pacientes en el PALACE 1[9] y PALACE3 [11]	Riesgo poco claro de sesgo, ya que no se aporta información suficiente
Strober, 2008 [12]	El propio artículo	Alto riesgo: no se describe el método de aleatorización	Alto riesgo: no se describe el ocultamiento	Alto riesgo: No se describen las medidas utilizadas para cegar a los evaluadores	Alto riesgo: no se detalla el seguimiento de los pacientes de cada grupo	Riesgo poco claro de sesgo, ya que no se aporta información

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 09/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Estudios observacionales				
Estudio	**Diseño y duración**	**Selección**	**Comparabilidad**	**Exposición**
Costa, 2014[13]	EOLP 24 meses	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Alto riesgo
Di Minno, 2013[14]	EOLP 24 meses	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Alto riesgo
Eder, 2015[15]	EOLP (2003-2012)	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Alto riesgo
Elkayam, 2015 [16]	EOL Registro Israel	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Greenberg, 2011[17]	EOL Registro CORRONA	Riesgo intermedio	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Haddad, 2013[18†]	EOLP	Riesgo alto	Riesgo alto	Datos insuficientes
Hojgaard, 2016[19]	EOL Registro DANBIO + ICEBIO	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Huynh, 2014 [20]	EOL Registro CORRONA	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Mease, 2015 [21]	EOL Registro CORRONA	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
Menter, 2016 [22]	EOL Registro PSOLAR	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
Ogdie 2016 [23]	EOL Registro CORRONA (2005-2013)	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Chiricozzi, 2016[24]	EOLR 9años	Riesgo bajo	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Fornaro, 2017 [25]	EOLR 12 m	Riesgo bajo	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Iannone, 2012[26]	EOLR 36 m	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
Brown, 2018[27]	-	Datos no disponibles	Datos no disponibles	Datos no disponibles

Abreviaturas: tto= tratamiento; EOLP= estudio observacional longitudinal prospectivo; EOL= estudio observacional longitudinal; EOLR= estudio observacional longitudinal retrospectivo; m= meses.

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 09/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Bibliografía

1. Kavanaugh A, Puig L, Gottlieb AB, Ritchlin C, Li S, Wang Y, et al. Maintenance of Clinical Efficacy and Radiographic Benefit Through Two Years of Ustekinumab Therapy in Patients With Active Psoriatic Arthritis: Results From a Randomized, Placebo-Controlled Phase III Trial. Arthritis Care Res (Hoboken). 2015;67(12):1739-49.
2. 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.
3. McInnes IB, Ferraccioli G, D'Agostino MA, Le Bars M, Banerjee S, Ahmad H, et al. Body mass index does not influence the efficacy of subcutaneous abatacept in patients with PSA: Results from a phase III trial. Arthritis and Rheumatology. 2017;69.
4. Mease PJ, Gottlieb AB, van der Heijde D, FitzGerald O, Johnsen A, Nys M, et al. Efficacy and safety of abatacept, a T-cell modulator, in a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III study in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2017;76(9):1550-8.
5. Mease P, Gladman DD, Ritchlin CT, Warren RB, Rubant S, Li Y, et al. Therapeutic response in adalimumab-treated patients with psoriatic arthritis in relation to weight. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74:1175.
6. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, Ruderman EM, Steinfeld SD, Choy EH, et al. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2005;52(10):3279-89.
7. 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.
8. Schett GA, Mease P, Gladman DD, Kavanaugh A, Adebajo AO, Gomez-Reino JJ, et al. Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 inhibitor, and the impact of baseline weight and BMI on ACR20 and HAQ-DI response: Pooled results from 3 phase 3, randomized, controlled trials. Arthritis and Rheumatology. 2014;66:S689.
9. 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.
10. Cutolo M, Myerson GE, Fleischmann RM, Liote F, Diaz-Gonzalez 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.
11. 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.
12. Strober B, Teller C, Yamauchi P, Miller JL, Hooper M, Yang YC, et al. Effects of etanercept on C-reactive protein levels in psoriasis and psoriatic arthritis. Br J Dermatol. 2008;159(2):322-30.
13. Costa L, Caso F, Ramonda R, Del Puente A, Cantarini L, Darda MA, et al. Metabolic syndrome and its relationship with the achievement of minimal disease activity state in psoriatic arthritis patients: an observational study. Immunologic Research. 2014;61(1-2):147-53.
14. di Minno MN, Peluso R, Iervolino S, Lupoli R, Russolillo A, Scarpa R, et al. Obesity and the prediction of minimal disease activity: a prospective study in psoriatic arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(1):141-7.
15. Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, Cook R, Gladman DD. Obesity is associated with lower probability of achieving sustained minimal disease activity state among patients with psoriatic arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 2013;72.
16. Elkayam O, Lidar M, Reitblat T, Balbir-Gurman A, Almog R. Increased body mass index and biologics drug survival in patients with inflammatory rheumatic diseases. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74:326.
17. Greenberg JD BR, Shan Y, Saunders KC, Reed G, Kremer JM, et al. Effect of weight, body mass index and weight-based dosing on persistency of anti-TNFs in psoriatic arthritis. Arthritis and Rheumatism. 2011(suppl 10).

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 09/02/2026. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

18. Haddad A TA, Ruiz Arruza I, et al. The Characteristics and Predictors of Minimal Disease Activity in Patients with Psoriatic Arthritis on TNF Blockers. Annals of the Rheumatic Diseases 2013;72.
19. 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 (United Kingdom). 2016;55(12):2191-9.
20. Huynh DH, Boyd TA, Etzel CJ, Cox V, Kremer J, Mease P, et al. Persistence of low disease activity after tumour necrosis factor inhibitor (TNFi) discontinuation in patients with psoriatic arthritis. RMD Open. 2017;3(1):e000395.
21. Mease PJ, Collier DH, Saunders KC, Li G, Kremer JM, Greenberg JD. Comparative effectiveness of biologic monotherapy versus combination therapy for patients with psoriatic arthritis: results from the Corrona registry. RMD Open. 2015;1(1):e000181.
22. Menter A, Papp KA, Gooderham M, Pariser DM, Augustin M, Kerdel FA, et al. Drug survival of biologic therapy in a large, disease-based registry of patients with psoriasis: results from the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(7):1148-58.
23. Ogdie A, Palmer JL, Greenberg JD, Harrold LR, Solomon DH, Kavanaugh A, et al. Predictors of achieving remission among patients with psoriatic arthritis prescribed TNF inhibitors. Arthritis and Rheumatology. 2016;68:2160-2.
24. 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. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017;31(2):304-11.
25. Fornaro MN, Dal Pra F, Schneeberger EE, Cerda OL, Landi M, De Los Angeles Correa M, et al. Treatment patterns, survival and long-term effectiveness of biological agents in psoriatic arthritis patients. Arthritis and Rheumatology. 2017;69.
26. Iannone F, Fanizzi R, Scioscia C, Anelli MG, Lapadula G. Body mass does not affect the remission of psoriatic arthritis patients on anti-TNF-alpha therapy. Scand J Rheumatol. 2013;42(1):41-4.
27. Brown Z, Pontifex E, Gill T. Association of high BMI and failure to achieve minimal disease activity in australian psoriatic arthritis patients. Internal Medicine Journal. 2018;48:14.