

# XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Las Palmas de Gran Canaria, 18-20 de mayo de 2005

## Comunicaciones orales

### 1ª Sesión

Miércoles 18 de mayo

#### 1

#### EVALUACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA: ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES VERSIONES ESPAÑOLAS DEL FIQ

J. Esteve-Vives, J. de la Torre, J. Gorlin y E. Batlle-Gualda  
*Hospital General Universitari d'Alacant.*

**Introducción:** El Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) es el instrumento de medida de la salud más utilizado en pacientes con fibromialgia (FM). Se desarrolló en Estados Unidos de América y en España se han adaptado, al menos tres versiones distintas, lo cual constituye una importante fuente de confusión para los interesados en el estudio y evaluación de pacientes con FM en nuestro medio.

**Objetivos:** Describir y comparar el proceso de adaptación transcultural de tres versiones españolas del FIQ.

**Cuestionarios:** La primera versión se presentó en forma de tesis doctoral por Beatriz González (FIQ1) en 1998, la segunda ha sido publicada por Rivera y T. González (FIQ2) en octubre de 2004 en la revista "Clinical and Experimental Rheumatology" y la tercera, ha sido publicada por Monterde y cols (FIQ3) en noviembre de 2004 en la "Revista Española de Reumatología".

**Método:** Se evaluó: 1) La equivalencia semántica por medio de una retrotraducción ciega de las tres versiones españolas del FIQ y su comparación con el FIQ original siguiendo un criterio previamente determinado. 2) Se determinó el Índice GRAQoL (IG) que es un índice estandarizado que permite evaluar el nivel de desarrollo de las tres versiones españolas del FIQ por medio de la valoración de 11 aspectos diferentes que se puntúan de 0 a 2 y el resultado se expresa en forma de porcentaje, de manera que un IG > 71% indica un buen nivel de desarrollo del cuestionario, IG entre 51 y 70% indica un nivel de desarrollo aceptable y un IG < 50% indica un nivel de desarrollo pobre.

**Resultados:** El FIQ3 fue el más equivalente semánticamente al FIQ original ya que ya que 16 (84%) de sus ítems fueron clasificados como de concordancia satisfactoria, mientras que ninguno fue clasificado como de no concordante. La versión menos equivalente semánticamente fue el FIQ1 que apenas contó con 10

(53%) ítems con concordancia satisfactoria y presentó un porcentaje de ítems no concordantes (incluido un subítem eliminado) del 31%. El FIQ2 se situó en una posición intermedia. Los resultados del Índice GRAQoL se exponen en la tabla siguiente:

#### ÍNDICE GRAQoL

	FIQ1	FIQ2	FIQ3
1. Traducción y retrotraducciones	2	2	2
2. Prueba piloto de la adaptación	2	2	0
3. Validación / adaptación de las ponderaciones	NP	NP	NP
4. Validación estructural	0	0	0
5. Validación convergente-discriminante	1	2	1
6. Validación de puntos de corte	NP	NP	NP
7. Sensibilidad en distintas poblaciones	0	0	0
8. Fiabilidad interna	2	2	0
9. Fiabilidad test-retest	2	2	2
10. Fiabilidad entre observadores	NP	NP	NP
11. Sensibilidad al cambio	0	2	0
ÍNDICE GRAQoL	56%	75%	25%

FIQ1: FIQ de Beatriz González, FIQ2: FIQ de Rivera y T. González, FIQ3: FIQ de Monterde y cols.

**Conclusión:** Consideramos que la versión española del FIQ desarrollada por Rivera y T. González es la que presenta un mayor nivel de desarrollo, mientras que la versión de Monterde y cols es más equivalente semánticamente al FIQ original pero a costa de un proceso de adaptación cultural más pobre, en el que ha faltado especialmente la aplicación del cuestionario a un grupo piloto de pacientes.

#### 2

#### IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CONSULTORIA DE REUMATOLOGÍA SOBRE LA DERIVACIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL VALLES ORIENTAL (BARCELONA)

X. Surís\*, G. Hoyo\*\*, A. Ponce\*, D. Cerdà\*, V. Ortiz-Santamaría\*, E. Calvo\*\*\*, M.J. Torres\*\* y J.L. Simón\*

\*Hospital General de Granollers, \*\*SAP Granollers-Mollet. Sevei Català de la Salut, \*\*\*Regió Sanitària Centre

**Objetivos:** Describir un programa de Consultoria de Reumatología con Atención Primaria (AP) y analizar la evolución de la derivación, el tiempo de espera para primera visita y la satisfacción de los profesionales de AP respecto a la Unidad de Reumatología

(UR) de referencia comparando el año previo a la intervención con el año de la intervención.

**Metodología:** Durante los meses de setiembre del 2003 a agosto del 2004 se llevó a cabo un programa de Consultoría de Reumatología en 10 Áreas Básicas (ABS) del Servicio de AP de Granollers-Mollet (Comarca del Valles Oriental). La población anual atendida en estas 10 Áreas es de 200.000 personas, con 117 médicos de AP y tienen como especialistas de referencia una UR de un Hospital Comarcal de nivel 2. La actividad de consultoría ha consistido en sesiones quincenales de una hora con presencia física de los reumatólogos. En dichas sesiones se han comentado casos clínicos previos a la derivación, se han solicitado exploraciones complementarias y se han comentado Guías de Práctica Clínica sobre 10 patologías frecuentes del aparato locomotor, con criterios de derivación. Se ha registrado la actividad del programa; el número de casos comentados, los casos derivados desde la consultoría y el número de asistentes a las sesiones. Así mismo, se ha analizado la evolución de la derivación a la UR desde las ABS desde el año previo a la intervención. Se han practicado encuestas de satisfacción sobre 5 aspectos de coordinación UR-ABS antes ( $n = 68$  encuestas recibidas) y a los 9 meses del inicio de la intervención ( $n = 76$ ); accesibilidad del paciente a la unidad, información recibida por el médico de AP, accesibilidad del profesional de AP a la UR, comunicación UR-AP y grado de resolución del especialista. La encuesta se practicó sobre escala lineal de 0 (insatisfacción máxima) a 10 (satisfacción máxima) para las 5 cuestiones. Se ha analizado la evolución del tiempo de espera durante la intervención.

**Resultados:** Durante el año de la intervención se han registrado 120 sesiones de Consultoría en las 10 ABS implicadas. El número de asistentes fue de 8 MAP de media por sesión. Se registraron 398 casos comentados de los cuales 124 (31%) se derivaron al hospital para primera visita. El número total de derivaciones desde las 10 ABS a la Unidad durante el año de intervención disminuyó un 31% (1141 frente a 1652, 5,5% pacientes derivados/atendidos frente a 8,1% en el año anterior,  $p < 0,0001$ ). La satisfacción de los MAP mejoró de forma significativa en todos los ítems planteados; accesibilidad del paciente (previo  $3,6 \pm 2,3$  / final  $7,5 \pm 2,1$ ), información ( $6,0 \pm 2,3$  /  $7,9 \pm 1,6$ ) accesibilidad profesional ( $4,9 \pm 2,6$  /  $7,1 \pm 2,5$ ), comunicación ( $5,0 \pm 2,5$  /  $8,1 \pm 1,9$ ) y orientación-resolución ( $6,7 \pm 2,1$  /  $8,3 \pm 1,6$ ) con  $p < 0,0001$ . El tiempo de espera para primeras visitas no-urgentes disminuyó de 7 meses a 1 mes durante la intervención.

**Conclusiones:** Un programa de Consultorías entre especialistas de la UR y AP ha mejorado significativamente la satisfacción de los profesionales de AP respecto a la UR y ha permitido disminuir la derivación y reducir el tiempo de espera para primeras visitas.

### 3

#### PAPEL FUNCIONAL DE FACTORES SOLUBLES (CITOQUINAS / QUIMIOQUINAS) EN LA SECRECIÓN SALIVAR EN UN MODELO *IN VITRO* DE GLÁNDULA SALIVAR HUMANA

M.J. Domínguez Luis, A.M. Herrera García, J.C. Quevedo, S. Machín, C. Luna, T. González y F. Díaz González  
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias.

El síndrome de Sjögren (SS) es una exocrinopatía autoinmune de etiología desconocida que se caracteriza por la disminución de la secreción salival (xerostomía) y lacrimal (xerofthalmia). Las lesiones histopatológicas del tejido glandular en el SS consisten en la

presencia de infiltrados de células mononucleares y atrofia acinar. Los estudios sobre el patrón de citoquinas han demostrado altas cantidades de IL-2, IFN-gamma, IL-10, IL-1beta, IL-6 y TNF-alpha y bajas de TGF-beta desconociéndose las implicaciones patogénicas de este perfil.

**Objetivo:** Establecer un modelo *in vitro* de glándula salivar humana. Mediante este modelo pretendemos determinar el papel de diversas citoquinas presentes en el microambiente glandular en la disfunción de las glándulas salivares en el SS.

**Material y método:** se han procesado 40 biopsias de glándula parótida humana procedentes de cirugía maxilofacial no oncológica. Mediante cultivo en medio (MCDB 153) sin  $Ca^{++}$  ni suero fetal y suplementado con factores de crecimiento específicos, hemos obtenido cultivos primarios de células epiteliales de glándulas salivares humanas normales. Para activar la secreción celular se ha utilizado isoproterenol (beta-adrenérgico) en combinación con  $Ca^{++}$ . Como marcador de actividad funcional glandular se ha utilizado la determinación de la actividad amilasa en el sobrenadante celular mediante un ensayo catalítico fluorescente.

**Resultados:** Hemos definido las condiciones para establecer un modelo experimental de glándula salivar *in vitro* que permita estudios funcionales. La presencia de citoquinas como IL-1beta, TNF-alpha, IFN-gamma y TGF-beta no modifican significativamente la producción basal (sin  $Ca^{++}$  ni estímulo beta-adrenérgico) de células epiteliales glandulares humanas en cultivo. La presencia de isoproterenol 10 microM y  $Ca^{++}$  2mM incrementan la producción basal de amilasa en un 100%. Bajo estas condiciones de estímulo, la presencia de TNF-alpha (20 ng/ml) redujo la producción de amilasa en un  $25 \pm 10$  y de IL-1beta (5 ng/ml) e IFN-gamma (100U/ml) en un  $40 \pm 15\%$  y  $39 \pm 12\%$ , respectivamente. Sorprendentemente, SDF-1 (100ng/ml) produjo una reducción de la producción de amilasa del  $62 \pm 20\%$ . Sin embargo, la presencia de TGF-beta (2 ng/ml) no produjo ningún cambio significativo en la liberación de amilasa al medio.

**Conclusiones:** Es posible el establecimiento de un modelo funcional de glándula salivar humana *in vitro*. La presencia de SDF-1, IFN-gamma, IL-1beta y TNF-alpha en el microambiente glandular pueden jugar un papel relevante en la disminución de la funcionalidad de las glándulas exocrinas que caracterizan al SS.

### 4

#### LA AUSENCIA DE PARP-1 REDUCE PARCIALMENTE LA SEVERIDAD DE LA ARTRITIS PASIVA EXPERIMENTAL

S. García, A. Bodaño, A. González, J.J. Gómez-Reino y C. Conde

Hospital Clínico Universitario de Santiago.

**Introducción y objetivos:** Poly (ADP-ribose) polymerase 1 (PARP-1) es una proteína nuclear, muy conservada, implicada en el mantenimiento de la integridad del genoma. PARP-1 detecta roturas del DNA y posteriormente sintetiza y transfiere unidades de ADP ribosa a proteínas aceptoras implicadas en la estructura de la cromatina y el metabolismo del DNA, modulando así la reparación del DNA y la supervivencia celular. Recientemente, estudios con ratones deficientes en PARP-1 y estudios con inhibidores farmacológicos han mostrado que la ausencia de esta proteína protege frente a distintas patologías inflamatorias como shock endotóxico, diabetes inducida por estreptozotocina, colitis crónica y uveítis. El objetivo de este trabajo ha sido analizar el papel de PARP-1 en un modelo pasivo de artritis por colágeno (CAIA) en ratones controles y deficientes en la proteína.

**Métodos:** Se inyectaron por vía intravenosa 18 ratones *parp-1+/+*, 8 *parp-1+/-* y 19 *parp-1-/-* con 3mg de anticuerpos anti-colágeno tipo II en el día 0. En el día 2, recibieron 50 µg de LPS por vía intraperitoneal. Se analizó la evolución clínica de la artritis cada dos días hasta el día 12, mediante un sistema de puntuación semicuantitativo de 0-4. Se realizó el análisis histológico de la inflamación sinovial y el daño del cartilago mediante tinción con hematoxilina-eosina, y azul de toluidina y safran, respectivamente. Se estudió mediante PCR cuantitativa la expresión de citoquinas inflamatorias y quemoquinas en tejido articular de ratones deficientes y controles. Se analizó la expresión de PARP-1 en tejido articular y en sinoviocitos de ratones controles y deficientes mediante inmunohistoquímica y western blot, respectivamente.

**Resultados:** Aunque la incidencia y el curso clínico de la artritis fue similar en los ratones controles y deficientes, se observó una reducción significativa de la severidad de la enfermedad en los ratones *parp-1-/-* ( $p = 0,035$ , test ANOVA). El análisis histológico de la inflamación sinovial y del daño del cartilago indicó menor severidad en los ratones deficientes que en los controles, aunque esta diferencia no fue significativa en el análisis independiente ( $p = 0,058$  para la inflamación sinovial y  $p = 0,053$  para el daño del cartilago, test MANCOVA). Sin embargo, el análisis estadístico combinado de la inflamación y el daño del cartilago mostró una reducción significativa en los ratones deficientes respecto a los controles ( $p = 0,03$ , test MANCOVA). El estudio de la expresión de citoquinas inflamatorias y quemoquinas no mostró diferencias significativas entre ambos grupos de ratones.

**Conclusiones:** Nuestros resultados indican que la ausencia de PARP-1 confiere una protección moderada frente a la artritis en ratones, indicando que esta proteína está implicada en el desarrollo de la enfermedad, aunque su papel no es predominante.

## 5

### REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS (REGISPONSER). CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS 961 PRIMEROS PACIENTES INCLUIDOS

E. Collantes, E. Muñoz Gomariz, E. Batlle, J.L. Fernández-Sueiro, C.M. González, J. Gratacós, X. Juanola, J. Mulero, J.C. Torre-Alonso y P. Zarco  
*Servicio de Reumatología. Grupo de trabajo GRESSER.*

**Introducción:** Los registros de enfermedades son un instrumento de gran utilidad para esclarecer aspectos epidemiológicos, pronósticos, de eficacia y tolerancia terapéutica, calidad de vida y socioeconómicos, ya que se basan en grandes bases de datos elaboradas con información multicéntrica obtenida de forma estandarizada a partir de grandes poblaciones de pacientes.

**Objetivos:** Determinar las características clínico-demográficas de los pacientes con espondiloartritis (EspA) asistidos en centros reumatológicos en España.

**Métodos:** Estudio observacional y transversal con la participación de 9 centros reumatológicos de toda España. Se han incluido los pacientes que cumplan los criterios de clasificación del grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías (ESSG) o los de Amor. La recogida de datos se efectuó mediante dos cuestionarios; el primero era rellenado por el reumatólogo e incluía datos socio-demográficos, año de los primeros signos-síntomas atribuibles a la enfermedad, año del diagnóstico, antecedentes familiares, movilidad de columna, nº de articulaciones periféricas inflamadas, entesis dolorosas según índice de MASES, valoración radiográfica de columna y caderas (BASRI), velocidad de sedi-

mentación, proteína C-reactiva, antígeno HLA-B27, tratamiento farmacológico y valoración de la actividad de la enfermedad por el médico. El segundo cuestionario lo cumplimentaba el paciente y se recogía la valoración global de la enfermedad, el dolor vertebral, valoración de la función física por el BASFI, de la actividad por el BASDAI (en escalas de 0 a 10) y de la calidad de vida por el ASQoL y SF-12. El período de recogida de datos fue de 10 meses a través de una aplicación informática por Internet alojada en las páginas de la Sociedad Española de Reumatología.

**Resultados:** La edad media (DS) de los 961 pacientes registrados fue de 47,9 (13,4) años, el 67,6% eran hombres. El 58,3% tenían espondilitis anquilosante (EA), el 21% artritis psoriásica (APso), el 14,3% EspA indiferenciada, el 1% con artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, un 0,8% EspA juvenil, un 0,7% artritis reactiva, el 3,9% fueron mal clasificados. El tiempo medio de evolución desde los primeros síntomas atribuibles a la enfermedad se cifró en 18,4 (12,6) años. El 23,4% no tuvieron retraso en su diagnóstico y fue superior a 10 años en el 20,8%. El 26,1% había presentado algún tipo de incapacidad laboral. En la tabla se dan algunas de las características clínicas más relevantes de los pacientes incluidos en el registro, los datos se expresan como media (DS) ó n (%).

	EA (n = 560)	APso (n = 202)	EspA indiferenciada (n = 137)
Entesitis	118 (21,1%)	19 (9,4%)	26 (19,0%)
HLA-B27	447 (79,8%)	25 (12,4%)	85 (62,0%)
Sacroiliitis (2 bilateral o 3-4 unilateral)	560 (100%)	38 (18,8%)	66 (48,2%)
Tto con anti-TNF	71 (12,7%)	23 (11,4%)	5 (3,6%)
VSG (mm/h)	19,1 (17,7)	20,2 (14,7)	16,9 (13,7)
PCR (mg/L)	10,2 (15,6)	8,8 (11,7)	8,2 (17,5)
BASDAI (0 a10)	4,3 (2,4)	4,5 (2,6)	4,0 (2,4)
BASFI (0 a 10)	3,6 (2,8)	3,0 (2,8)	2,5 (2,5)
EVA dolor (0 a 10)	4,3 (2,7)	3,0 (3,0)	3,9 (2,9)
ASQoL (0 a 18)	7,1 (5,1)	7,0 (5,3)	6,0 (5,3)
Componente físico SF12	37,5 (7,8)	38,4 (8,5)	38,1 (7,4)
Componente mental SF12	50,8 (5,6)	50,7 (6,0)	50,0 (5,4)

## 6

### UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y ANÁLISIS DE COSTES EN UNA MUESTRA DE ENFERMOS CON AR ATENDIDOS EN ÁREA ESPECIALIZADA DE REUMATOLOGÍA EN ESPAÑA. ESTUDIO OBSERVACIONAL, MULTICÉNTRICO, PROSPECTIVO, DE UN AÑO DE DURACIÓN

M.D. Ruiz Montesino, B. Hernández Cruz, R. Ariza Ariza, L. Carmona, J. Ballina y F. Navarro Sarabia

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivo:** Conocer los recursos que utilizan los pacientes con AR en la práctica clínica habitual del área de Reumatología en hospitales de la asistencia sanitaria pública en España durante un año. Analizar el coste de los recursos y los componentes del coste.

**Material y métodos:** Estudio observacional, multicéntrico, longitudinal y prospectivo, basado en el seguimiento de una muestra aleatoria de enfermos con AR de las consultas externas de reumatología de 10 hospitales públicos de España. El período de estudio fue de 12 meses divididos en 4 visitas, basal (0) y cada 4 meses (1, 2 y 3). En cada visita un reumatólogo, no involucrado en la atención del enfermo y que había recibido un entrenamiento específico, se entrevistó con el paciente para la recogida de datos a partir de la historia, de la exploración del paciente, cuestionarios de calidad de vida y de un diario de recursos y costes, diseñado

para este fin. Tanto los recursos como los costes fueron divididos en: 1) *Directos médicos*: visitas médicas, pruebas de laboratorio y radiológicas, tratamientos de la AR y la comorbilidad e ingresos hospitalarios. 2) *Directos no médicos*: transporte y ayuda material y humana para el paciente debido a la AR. 3) *Indirectos*: salario que los pacientes dejan de percibir por horas de trabajo pérdidas, días de baja o invalidez.

**Resultados:** Se incluyeron 190 pacientes, 83% (n = 157) fueron mujeres con edad media de 59 años ( $\pm 13$ ) y duración de la enfermedad 10 ( $\pm 10$ ) años. Los recursos más demandados por la mayoría fueron los médicos. Todos los pacientes acudieron a alguna visita médica, 98% fue al reumatólogo con una mediana de 4 veces (rango = 1-13). Todos los pacientes se realizaron alguna prueba de laboratorio, las más frecuentes fueron el hemograma y la bioquímica, efectuadas en todos los pacientes, con una mediana de 4 (1-16). El 98% tomó algún tipo de medicamento, 41% paracetamol a dosis media de 2.038 mgr/día; 32% deflazacort, 12 mgr/día; 24% metotrexato, 5 mgr/ semana y 22% indometacina, 85 mgr/día. Se efectuaron pruebas radiológicas en el 59% de los pacientes de ellas las Rx de tórax y manos fueron las más frecuentes. Hubo 61 pacientes que tuvieron algún ingreso hospitalario, con una mediana de 5 días de estancia hospitalaria (1-23); en su mayoría no quirúrgicos (46 pacientes, 75%) y de ellos el mayor porcentaje para tratamiento con infliximab en la unidad de día. De los ingresos quirúrgicos (18 paciente, 29%) sólo hubo dos para prótesis articulares (cadera y hombro). Entre los recursos no médicos, los más utilizados fueron: el transporte (83%), las comidas fuera de casa (39%) y la ayuda al paciente en casa por personal no sanitario (39%). En cuanto a los recursos indirectos, de los 190 pacientes 54 tenían actividad laboral remunerada al inicio del estudio, uno perdió el trabajo a causa de la AR y 31 tuvieron algún tipo de invalidez. El coste mediano por paciente/año (IC95%) fue de 3.845 € (318-36.783); el coste total de todos los pacientes fue de 1.121.314 €. El 74% del coste total fue directo (833.722 €) y el 26% indirecto (287.619 €). El 81% del coste directo fueron gastos médicos (674.282 €) y de éste el 56% por fármacos (375.889 €), 21% por visitas médicas (144.255 €), 12% pruebas de laboratorio y otras complementarias (79.067 €) y 11% por hospitalización (74.869 €). El principal componente del coste indirecto fue la invalidez (188.600 €) que supuso el 66%.

**Conclusión:** La AR es una enfermedad crónica que provoca gran incapacidad funcional y genera una demanda importante de recursos sanitarios, médicos y no médicos. En nuestro medio el coste directo de la AR, fue sustancialmente mayor que el indirecto. El coste por medicamentos fue el principal componente del coste directo, representando un pequeño porcentaje el coste por hospitalización. El coste por paciente/año tuvo un rango muy amplio mostrando la gran variabilidad en la utilización de recursos de los pacientes.

## 7

### ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: REVISIÓN DE 25 CASOS

E. Riera, M. Sallés, E. García-Casares, A. Olivé, S. Holgado, L. Mateo y X. Tena

*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.*

**Objetivo:** Describir las manifestaciones clínicas, la evolución y el tratamiento de 25 pacientes con la enfermedad de Still del adulto (ESA).

**Métodos:** Estudio retrospectivo (1987-2004). *Centro:* Hospital Universitario. *Área de referencia:* 600.000 habitantes. Todos los

pacientes cumplían los criterios de clasificación de Yamaguchi et al. (J Rheumatol 1992; 19: 424-430).

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes: 7 varones y 18 mujeres con edad media de 39,88 años (DE 16,36). El tiempo medio de seguimiento fue de 88,44 meses (DE 60,15). Todos los pacientes presentaron fiebre en agujas acompañado del exantema típico en 23 (92%) y precedido de odinofagia en 23 (92%). Veinticuatro pacientes (96%) presentaron poliartralgias mientras que 19 (76%) presentaron artritis poliarticular. Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes fueron: adenopatías en 10 pacientes (40%), esplenomegalia en 9 (36%), dolor abdominal en 3 (12%), pleuritis en 3 (12%) y pericarditis en 2 (8%). La mayoría de los pacientes presentaban leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica normocrómica, aumento de los reactantes de fase aguda y hiperferritinaemia. Cinco pacientes fueron controlados únicamente con ácido acetilsalicílico (AAS) y un paciente requirió un antiinflamatorio no esteroideo asociado a AAS. Dieciocho precisaron glucocorticoides. En trece de éstos, se asoció metotrexato y en dos se asoció además etanercept. Actualmente diez pacientes (40%) no reciben tratamiento y están asintomáticos hace 116,54 meses (DE 55,13). El tiempo de evolución media es de 195,63 meses (DE 205,97). Nueve han seguido un curso monocíclico y uno policíclico. Catorce continúan con tratamiento: tres con AAS, uno con metilprednisolona, 4 con metilprednisolona 4,6 mg/día (DE 4,62) y metotrexato 10,6 mg/sem (DE 6,57), 4 con metotrexato solo 10 mg/sem y dos con metotrexato 17,5 mg/sem y etanercept. El tiempo medio de evolución es de 105,07 meses (DE 70,55). Cuatro han seguido un curso monocíclico y diez policíclico. Se ha perdido el seguimiento de una paciente. Cuatro (16%) han presentado erosiones en las radiografías. Según los criterios de clase funcional de la ACR: veintuno (84%) estaban en clase I, uno (4%) en clase II, uno (4%) en clase III y dos (8%) en clase IV.

**Conclusión:** Las manifestaciones clínicas no varían respecto a otras series aunque hay que destacar la afectación predominante en mujeres. Cuatro pacientes han presentado erosiones y la mayoría de pacientes está en clase funcional I. Un 60% de los pacientes precisa de tratamiento para controlar la enfermedad.

## 8

### COSTE DE LA ARTROSIS SINTOMÁTICA DE RODILLA Y CADERA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA (ESTUDIO ARTROCAD)

E. Batlle-Gualda, E. García Criado, L. Carmona Ortells y J. Carbonell Abelló

*El estudio ArtRoCad es una colaboración de SER, SEMERGEN y Laboratorios Lácer.*

**Objetivo:** Estimar los costes atribuidos a la enfermedad de los enfermos con artrosis sintomática de rodilla y cadera atendidos en atención primaria.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal, observacional-descriptivo, realizado por la SER, la SEMERGEN y los Laboratorios Lácer. Se incluyeron enfermos de 50 o más años de edad, con artrosis de rodilla o cadera, radiográfica y sintomática -dolor de un total de 3 meses en el último año-, según criterios del ACR, seleccionados de forma proporcional a la población general, según el censo, de todas las Comunidades Autónomas, excepto Canarias, Baleares, Ceuta y Melilla. Participaron 113 médicos de atención primaria (SEMERGEN) y 26 coordinadores entre reumatólogos y especialistas de atención primaria. Se realizaron dos entrevistas con cuestionarios estructurados separadas por unos días. Se recogieron número de visitas al médico general, especialistas y otros

profesionales (v.gr: fisioterapia), urgencias, ingresos, consumo de fármacos, y pruebas realizadas (análisis, radiografías, TAC, RM, y otras); todo ello en los últimos 6 meses. Otros datos fueron intervenciones de rodilla o cadera, y aspectos sociales (bajas laborales, necesidad de ayuda). Los datos se obtuvieron en dos meses, al mismo tiempo, en todo el país. Para la asignación de costes se utilizaron precios del mercado o de fuentes oficiales; cuando hubo varias opciones se utilizó el precio más bajo. Para el coste en España se utilizaron estimaciones sobre prevalencia del estudio EPISER, de la literatura y datos de población general del INE.

**Resultados:** Se incluyeron 1.071 enfermos; 710 (66%) con artrosis de rodilla, 252 (24%) de cadera, y 109 (10%) ambas. La media ( $\pm$  DE) de edad fue  $71 \pm 9$  años; el 75% tenía 65 o más años de edad; y el 74% eran mujeres. Sólo el 10% eran laboralmente activos. La duración de los síntomas fue de 8 años (mediana, rodilla) y 6 años (cadera). El ~80% tenían grados (Rx) III y IV (moderadas, graves). La tabla muestra la distribución de los costes.

Coste anual, en euros, de la artrosis sintomática de rodilla y/o cadera.

Concepto	Paciente/año	Coste total anual*	% total
Tiempos profesionales	545	1.031.158.497	21,33
Pruebas	175	330.531.070	6,84
Fármacos	135	254.770.168	5,27
Ingresos	336	635.240.583	13,14
a) Costes asistenciales	1.189	2.251.700.317	46,57
b) Costes no asistenciales	1.006	1.903.715.087	39,37
Costes directos (a + b)	2.195	4.155.415.405	85,95
Costes indirectos	359	679.538.561	14,05
Coste total artrosis	2.554	4.834.953.966	100,00

\*Para España.

Los costes directos representan el 86% del total, con cierto mayor peso para los costes asistenciales. En este caso los tiempos profesionales ocupan el primer lugar seguido de los ingresos hospitalarios. Los costes indirectos engloban el 14%.

**Conclusión:** El coste medio de un enfermo con artrosis sintomática de rodilla o cadera es de 2.550 euros al año. Esto supone un gasto anual en España de casi 5.000 millones de euros.

## 9

### CONSUMO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO DE LOS ENFERMOS CON ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA EN ESPAÑA (ESTUDIO ARTROCAD)

E. Battle-Gualda, E. García Criado, L. Carmona Ortells, J. Carbonell Abelló y Grupo ArtRoCad

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. Centro de Salud de El Carpio. Córdoba.

**Objetivo:** Estimar el consumo y coste de las pruebas complementarias realizadas en los sectores público y privado por los enfermos con artrosis sintomática de rodilla y cadera atendidos en atención primaria en España.

**Pacientes y métodos:** Se utilizaron datos del estudio ArtRoCad, estudio transversal, descriptivo, con enfermos de  $\geq 50$  años de edad, con artrosis de rodilla o cadera, radiográfica y sintomática –dolor de un total de 3 meses en el último año–, según criterios ACR, seleccionados de forma proporcional a la población general de todo el país. Participaron 113 médicos de atención primaria (SEMERGEN) y 26 coordinadores (SER y SEMERGEN). Se realizaron dos entrevistas con cuestionarios estructurados separadas por unos días. Entre otros, se recogieron el consumo de pruebas complementarias (análisis, radiografías, TAC, RM, gammagrafías y eco-

grafías) realizadas en los últimos 6 meses, en el sector público y privado, tanto para la artrosis de rodilla como de cadera, durante 2003. Para la asignación de costes se utilizaron precios del mercado o de fuentes oficiales (Boletín de la Junta de Andalucía); cuando había varias opciones se utilizó el precio más bajo. Para el coste en España se han utilizado estimaciones sobre prevalencia del estudio EPISER, de la literatura y datos de población general del INE.

**Resultados:** Se incluyeron 1.071 enfermos; 710 (66%) con artrosis de rodilla, 252 (24%) de cadera, y 109 (10%) ambas. La media ( $\pm$  DE) de edad fue  $71 \pm 9$  años; el 75% tenía 65 o más años de edad; y el 74% eran mujeres. Sólo el 10% eran laboralmente activos. La duración de los síntomas fue de 8 años (mediana, rodilla) y 6 años (cadera). El ~80% de grados (Rx) III y IV (moderadas, graves). La tabla muestra el número y porcentaje de pruebas realizadas en el sector público y privado en los últimos 6 meses por causa de la artrosis.

Prueba	Público	Privado	%
Análisis de sangre	596	165	22
Radiografías	1241	325	21
Resonancias	61	27	31
TAC	12	11	48
Ecografía	10	6	38
Gammagrafía ósea	9	4	31

En el sector privado se realizaron 538 de las 2.467 pruebas, lo que supone el 21,8%. Se observa un mayor porcentaje de pruebas de imagen más sofisticadas (RM y TAC) en el sector privado. El coste medio por paciente y año en pruebas fue de 175 euros; 38 de los cuales fueron al sector privado. Se estima que los enfermos con artrosis de rodilla y cadera gastan en España anualmente 72 millones de euros en pruebas en el sector privado.

**Conclusión:** Los enfermos con artrosis de rodilla y cadera realizan un 22% de las pruebas en el sector privado, es decir, 1 de cada 5 euros gastados en pruebas fue a parar al sector privado, una cantidad nada despreciable, estimada de 72 millones de euros para 2003 en España.

## 2ª Sesión

Jueves 19 de mayo

### 10

#### LA HIPEREXPRESIÓN DE BCL-2 EN LINFOCITOS T DE RATONES TRANSGÉNICOS DISMINUYE LA SEVERIDAD DE LA ARTRITIS INDUCIDA POR COLÁGENO (CIA), MEDIANTE GENERACIÓN DE CÉLULAS T REGULADORAS

J. Merino, J. González-Rojas, I. Santiuste, R. Marquina, E. Tamayo, M.A. González-Gay, R. Merino

U. Inmunopatología, Dpto Biología Molecular, Universidad de Cantabria, Santander; (MAGG): Hospital Xeral, Lugo.

La hiperexpresión de un transgén (Tg) de la molécula antiapoptótica Bcl-2 en subpoblaciones de linfocitos T-CD4+ previene el desarrollo de nefropatía lúpica en ratones (NZWxB6)F1 Tg que expresan altos niveles de Bcl-2 en todas sus células B. Se ha investigado si este fenómeno es aplicable a otras situaciones de autoinmunidad, como la CIA. Para ello, ratones DBA/1, genéticamente susceptibles a CIA, fueron cruzados con dos tipos de Tg de Bcl-2: C57BL/6.Ig.bcl2 (B6.Tg1), que expresan el Tg sólo en