



Reumatología clínica

www.reumatologiainclinica.org



PÓSTERS EXHIBIDOS

XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Sevilla, 20-22 de mayo de 2015

1.ª Sesión

Miércoles, 20 de mayo de 2015

1. ESTUDIO RENACER: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y RESPUESTA A LOS 12-MESES DE 168 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON CERTOLIZUMABPEG EN PRÁCTICA CLÍNICA. REGISTRO NACIONAL DE CERTOLIZUMAB

V. Torrente-Segarra, A. Urruticoechea, H. Corominas, A. Sánchez, J.V. Tovar, A. Muñoz, A. Martínez, J.A. González y M. Fernández, en nombre del Grupo de Estudio RENACER

Hospital Moisès Broggi. Barcelona. Hospital Can Misses. Baleares. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Hospital de la Ribera. Alzira. Hospital Universitario de Guadalajara. Hospital General Universitario de Elche.

Introducción: Hay una escasa información de CertolizumabPEGol (CZP) en la práctica clínica. Objetivo del estudio: evaluar la eficacia y la seguridad de CZP en pacientes con AR a los 3, 6, 12 meses (m), y las variables clínicas serológicas que predicen respuesta clínica de CZP a los 12 m.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con AR (ACR 2010) en 35 centros en España. Los pacientes en CZP ya sea tras otra terapia biológica (TB) o a fallo de otro anti-TNF. El estudio fue aprobado por un Comité Ético local. Variables de eficacia: reducciones en el recuento de articulaciones dolorosas (NAD) y recuento de articulaciones inflamadas (NAI), y DAS28 así como en la Respuesta EULAR, y SDAI, la dosis de esteroides, PCR, y VSG. Variables de seguridad: interrupción debido a efectos adversos. Análisis estadístico: SPSS v19.0 comparativo mediante pruebas Mann Whitney chi-cuadrado, y longitudinal: prueba de Friedman Cochran. Se realizó un análisis de regresión logística.

Resultados: 168 pacientes: 79,2% mujeres, 54,5 años ($\pm 13,2$) Media edad, tiempo medio de enfermedad de 7,5 ($\pm 7,3$) años, FAME previ (25,6% ninguno 32,1% 1 el 42,3% = 2) MTX 55,4% leflunomida 36,9% sales de oro 25,6% 11,3% SSZ HCQ 10,7%. Número medio FAME previo: 1,4 ($\pm 1,2$) TB previa (54,2% ninguno el 28,6% uno el 17,2% = 2): etanercept 23,8% 19,0% adalimumab infliximab 16,1% 6,5% rituximab tocilizumab 5,4% 4,2% abatacept golimumab 3,0%. Media nr antes BT 0,8 ($\pm 1,1$). Tiempo medio en CZP 9,8 meses ($\pm 3,4$), dosis de inducción 93,5%. Tratamiento concomitante: 11,9% esteroides orales el 24,4% DMARD, 50,0% FAME + esteroides (69,6% un FAME 4,8% 2 FAME). 19 pacientes tuvieron efectos secundarios leves 6 a los 3 m (1 reactivación varicela zoster) 8 a los 6 m (1 infección del

tracto respiratorio) que motivó la retirada de CZP), 5 a los 12 m (1 otitis infecciosa). Un total de 48 tratamientos fueron retirados (28,6%): 31 por falta de eficacia, 15 intolerancia, 2 otros; 11,9% a los 3 m y 16,7% a los 6 m. Buscando respondedores frente a los no respondedores mediante respuesta DAS28 EULAR SDAI vimos algunos factores predictivos de respuesta ($p < 0,05$): menor número de FAME previos TB, mayor PCR, VSG NAD NAI DAS28 SDAI. En cuanto al uso de monoterapia, no se encontraron diferencias en cuanto a tasa de respuesta entre aquellos que utilizaron TB previa o eran naïve para TB.

Conclusiones: CZP mostró un beneficio claro en pacientes con AR grave refractaria a BT/FAME con una reducción significativa en los niveles de PCR VSG NAD NAI y DAS28. El 75% de los pacientes alcanzaron buena/moderada respuesta EULAR, ya fueran pacientes RF/antiCCP (+) o (-). La respuesta a los 12 m presentó los siguientes factores predictivos: elevada puntuación NAD, NAI, DAS28, SDAI, PCR y VSG bajo número de FAME y TB previos. CZP fue bien tolerado, sin efectos secundarios graves. En la práctica clínica CZP mostró un claro beneficio en el 71% de los pacientes con AR grave y refractaria a los 12 m, incluso siendo un 45,8% no respondedores a antiTNF.

2. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COSTE DE DIFERENTES DOSIS DE RITUXIMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

N. Mena Vázquez, S. Manrique Arijá, M.C. Ordóñez Cañizares, C.M. Romero Barco, C. Domic Bueno, M. Rojas Giménez, C. Fuego Valera, I. Ureña, F.G. Jiménez Núñez, V. Coret, A. Ponce, G. Díaz-Cordoves Rego, M. Rodríguez, A. Belmonte y A. Fernández Nebro

Hospital Regional de Málaga. Universidad de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

Objetivos: Evaluar la efectividad, el coste y la seguridad de rituximab en pacientes con artritis reumatoide (AR) dependiendo la dosis utilizada.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con AR tratados al menos con una dosis de rituximab y seguidos en el servicio de Reumatología del Hospital Carlos Haya de Málaga. Según las dosis utilizadas se obtuvieron 3 grupos de tratamiento: (1): Primer ciclo y siguientes consistentes en 2 infusiones de 1 g separadas entre sí por 15 días; (2): Primer ciclo consistente en 2 infusiones de 1 gramo seguido por ciclos de dos infusiones de

Tabla Póster 2

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Cohorte
RTX como 1ª línea de TB	35,7%	3,8%	8,3%	-
Nº de ciclos (pt/año)	1,01 (0,69-1,34)	1,7 (1,38-1,93)	2,1 (1,32-2,97)	-
Media tiempo hasta suspensión de RTX, meses	33,5 (22,7-44,3)	65,7 (60,8-70,7)	19,8 (14,1-25,4)	-
Mediana coste por paciente ajustado a tiempo de seguimiento de cada paciente (€/año)	5.681,4	5.818,7	5.257,2	5.751,84
TI E.A (100 pts-año)	33	35	33	34
TI E.A graves (100 pts-año)	11	3	0	5
TI infecciones (100 pts-año)	8,2	9,2	8,2	8,8
TI infecciones graves (100 pts-año)	2,7	1,1	0	1,4

500 mg; y (3): Primer ciclo y siguientes consistentes en 2 infusiones de 500 mg. La repetición de ciclos en todos los pacientes se realizó "a demanda", según la situación clínica. Se analizó la variable principal de efectividad, tiempo en tratamiento con rituximab, mediante curvas de Kaplan Meier y la comparación entre grupos se hizo con el test de log rank. Además se analizaron el número de ciclos ajustados por tiempo de tratamiento (pacientes-año), costes derivados del tratamiento con rituximab por grupo de pacientes y tasa de efectos adversos graves y no graves desde el inicio del estudio por grupo de pacientes.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes. Los grupos solo mostraron algunas diferencias en la proporción de sexos y el orden de uso de rituximab respecto a otras terapias biológicas. La cohorte fue seguida durante 135,34 pacientes-año. El grupo 2 fue el que estuvo un mayor tiempo en tratamiento con rituximab. El grupo 1 necesitó ciclos ajustados al tiempo de seguimiento. No se encontraron grandes diferencias de coste entre los 3 grupos. El grupo 2 resultó ser el más caro con una mediana de coste por paciente de 484,89€ al mes. El ahorro en euros por paciente al año del grupo 3 respecto al grupo 2 fue de 556,48€ y del grupo 1 respecto al 2 de 137,28€. El grupo 1 fue el que obtuvo una mayor tasa de efectos adversos totales y graves.

Conclusiones: El administrar en el primer ciclo dosis completas y en el resto dosis reducidas parece la opción más efectiva y ligeramente más cara. Los pacientes tratados desde el inicio con ciclos a dosis completas, necesitaron menos ciclos/paciente-año. Las reducciones de dosis no producen un gran ahorro respecto a las dosis completas en comparación con el ahorro producido por la administración "a demanda". La tasa de efectos adversos podría ser mayor en los pacientes tratados con dosis completas de rituximab en comparación con los tratados con dosis reducidas, aunque, estas diferencias podrían estar sesgadas, en parte, por la mayor proporción de pacientes tratados en primera línea de biológicos del grupo 1. La (TI) de infecciones graves es similar a la esperada con un tratamiento biológico en primera opción.

3. UTILIDAD DEL RIESGO CARDIOVASCULAR RELATIVO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE MENORES DE 50 AÑOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA PRESENCIA DE ATROSCLEROSIS EN LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA

A. Zacarías¹, A. Corrales², T. Pina², R. Blanco², M.A. González-Gay² y C. Gómez Vaquero¹

¹Servicio de Reumatología. IDIBELL-Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a una mayor mortalidad cardiovascular que la población general de la misma edad y sexo. Las tablas de predicción de eventos cardiovasculares, por su marcada dependencia de la edad, infraestiman el riesgo cardiovascular (RCV) absoluto en los jóvenes. Se ha propuesto un método para soslayarlo, el riesgo cardiovascular relativo, que

estima el exceso de riesgo respecto a personas de la misma edad sin FRCV.

Objetivos: Valorar la presencia de aterosclerosis subclínica y la utilidad del cálculo del riesgo cardiovascular relativo en pacientes con AR menores de 50 años.

Métodos: Estudio prospectivo transversal en el que se incluyeron pacientes menores de 50 años diagnosticados de AR según los criterios de clasificación EULAR/ACR 2010, seleccionados de forma consecutiva cuando acudían a su visita de monitorización habitual. Se recogieron las variables para calcular SCORE, REGICOR y riesgo cardiovascular relativo (RCR) (edad, sexo, hábito tabáquico, presión arterial sistólica, concentración sérica de colesterol total y HDL y diabetes mellitus) y los antecedentes de eventos cardiovasculares. Siguiendo las recomendaciones EULAR 2011, se aplicó un factor multiplicador de 1,5 a SCORE, REGICOR y RCR (SCOREm, REGICORM y RCRm) en los pacientes con al menos dos de los siguientes criterios: a) duración de la enfermedad > 10 años, b) FR o PCC positivo, c) presencia de manifestaciones extrarticulares. Se realizó una ecografía de carótidas para determinar el grosor de la íntima media (IMT) y la presencia de placas de ateroma. Se recogieron los datos en una base de datos Access 2003 y se analizaron mediante SPSS-Windows 15. Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes (71 (86%) mujeres) con una edad media de 39 ± 8 años. El 61% tenía FR + y el 50%, PCC +; el 34% presentaban erosiones y el 4% tenían nódulos reumatoideos. Respecto a los FRCV, el 45% era fumador activo; el 22%, hipertenso; el 8%, diabético; el 25% tenía una concentración sérica de colesterol LDL elevada y el 4% era hipertrigliceridémico. Como factores multiplicadores EULAR, el 30% tenía una duración de la enfermedad > 10 años, el 69% PCC o FR positivo y el 13% manifestaciones extraarticulares; el 27% tenía dos o más factores. Ocho pacientes (10%) tenían placas de ateroma (6% unilaterales y 4% bilaterales) en la ecografía de carótidas. Uno de ellos tenía un IMT = 0,9 mm. Ningún paciente había presentado eventos cardiovasculares. Los pacientes con arteriosclerosis subclínica tenían una mayor prevalencia de FRCV clásicos (edad, HTA, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) pero no de criterios EULAR ni de FRCV relacionados con la AR que el resto de pacientes. Los mejores puntos de corte para la identificación de placas de ateroma carotídeas se muestran en la tabla.

Tabla Póster 3

Mejor punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
SCOREm > 0%	50%	88%	31%	94%
REGICORM > 2,5%	63%	84%	29%	95%
RCRm > 2%	88%	69%	23%	98%

Conclusiones: En pacientes con AR menores de 50 años, la prevalencia de aterosclerosis subclínica es mayor de lo esperado y se relaciona con los FRCV clásicos. El RCR modificado utilizando como punto de corte por encima del 2%, por sus elevados VPN y sensibilidad, parece útil para identificar a los pacientes tributarios de realización de una ecografía de carótidas.

4. ANTICUERPOS ANTI-HDL EN PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE: ASOCIACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICOS, PERFIL LIPÍDICO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

J. Rodríguez-Carrio¹, M. Alperi-López², P. López¹, S.R. Carro-Esteban¹, F. Abal³, F.J. Ballina-García² y A. Suárez¹

¹Área de Inmunología. Departamento de Biología Funcional. Universidad de Oviedo. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Centro de Salud Sariego. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Introducción: Si bien se ha propuesto que la inflamación crónica y la disregulación inmunitaria juegan un papel crucial en el riesgo cardiovascular (CV) en artritis reumatoide (AR), los mecanismos subyacentes no están claros. En los últimos años, se ha demostrado la presencia de anticuerpos anti-lipoproteínas de alta densidad (anti-HDL) en otras patologías autoinmunes y en pacientes con enfermedad CV. Asimismo, el perfil de lipoproteínas séricas en pacientes de AR parece estar alterado, especialmente en pacientes de reciente diagnóstico y con alta actividad. En el presente trabajo, abordamos el estudio de los anticuerpos anti-HDL en pacientes de AR, así como su relación con parámetros clínicos, factores tradicionales de riesgo CV y mediadores proinflamatorios.

Métodos: Los niveles séricos de anticuerpos anti-HDL IgG e IgG total fueron cuantificados mediante inmunoensayos en muestras de 212 pacientes con AR, 131 individuos control, 52 sujetos con diferentes factores tradicionales de riesgo CV (CVR: 22 (42,3%) diabetes, 32 (61,5%) hipertensión, 32 (61,5%) dislipemia, 19 (36,5) fumadores y 17 (32,6%) obesos), así como en un grupo prospectivo de 13 pacientes de AR sometidos a tratamiento con bloqueantes del TNF α . El percentil 90 de la distribución de los anticuerpos anti-HDL corregidos por IgG total en el grupo control se fijó como punto de corte de positividad. Se cuantificaron por inmunoensayo los niveles séricos de TNF α , IFN α , MIP1 α , IFN γ , IL-8, VEGF, GM-CSF, IL-17, MCP1, SDF-1 α .

Resultados: Los niveles de anti-HDL fueron superiores en pacientes de AR comparados con los grupos control ($p < 0,0001$) y CVR ($p = 0,015$). Las diferencias con el grupo control se mantuvieron tras corregir por los niveles de IgG total (anti-HDL/IgG, $p = 0,003$). Los valores de anti-HDL/IgG se correlacionaron negativamente con los niveles de HDL en pacientes al diagnóstico ($n = 47$, $r = -0,502$, $p = 0,002$), que presentaban menores niveles de HDL que aquellos individuos de mayor evolución ($p < 0,001$). Asimismo, se observó mediante un análisis de regresión lineal múltiple ajustado para diferentes factores de confusión que el nivel de anti-HDL/IgG se asociaba negativamente a los niveles de HDL séricos en todo el grupo de AR (tabla). Por otro lado, los individuos clasificados como anti-HDL/IgG-positivos ($n = 40$, 18,8%) mostraban una mayor frecuencia de eventos CV previos (40,0 vs 12,7%, $p < 0,0001$), si bien no se encontraron diferencias en los factores tradicionales de riesgo CV, excepto en el caso de la dislipemia. Asimismo, estos pacientes mostraban mayores niveles de varios mediadores proinflamatorios (CRP $p < 0,001$, IFN α $p = 0,006$, MIP1 α $p < 0,001$, IFN γ $p = 0,004$, IL-8 $p = 0,006$, GM-CSF $p = 0,033$, IL-17 $p = 0,002$ and MCP1 $p = 0,024$). Por último, observamos en nuestros pacientes seguidos prospectivamente durante el tratamiento anti-TNF, que la mejoría en el DAS28 se asociaba con un aumento de HDL ($r = 0,699$, $p = 0,011$) así como con una reducción en los niveles de anti-HDL/IgG ($r = -0,654$, $p = 0,015$), estando ambas variaciones correlacionadas ($r = -0,664$, $p = 0,018$). Sin embargo, no se observaron cambios significativos en los niveles de HDL ni anti-HDL/IgG ($p = 0,170$ y $p = 0,101$, respectivamente) durante el periodo estudiado.

Conclusiones: Los anticuerpos anti-HDL se encuentran elevados en un subgrupo de pacientes de AR, asociados con mediadores proinflamatorios y un perfil lipídico alterado, lo cual podría explicar la incrementada tasa de enfermedad CV registrada en este grupo.

Tabla Póster 4

	β [IC95%]	p-valor
Anti-HDL/IgG	-1,182 [-1,823 0,541]	0,0003
Edad	-0,010 [-0,168 0,148]	0,904
PCR	-0,118 [-0,475 0,238]	0,513
VSG	-0,019 [-0,157 0,120]	0,791
Duración de la enfermedad	1,949 [-0,722 4,620]	0,628
DAS28	0,484 [-1,487 2,455]	0,628
Glucocorticoides	4,584 [-0,379 9,547]	0,070
Metotrexato	2,148 [-3,511 7,808]	0,454
TNF α -bloqueantes	2,050 [-3,385 7,485]	0,457

5. RDW COMO POSIBLE BIOMARCADOR DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE

J. Rodríguez-Carrio¹, M. Alperi-López², P. López¹, S.R. Carro-Esteban¹, F.J. Ballina-García² y A. Suárez¹

¹Área de Inmunología. Departamento de Biología Funcional. Universidad de Oviedo. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: El riesgo cardiovascular (CV) en Artritis Reumatoide (AR) no puede ser explicado totalmente por factores tradicionales, por lo que resulta interesante la búsqueda de nuevos biomarcadores para el manejo clínico del riesgo CV en AR. Recientes estudios señalan al RDW (Red Cell Distribution Width), o ADE (amplitud de distribución eritrocitaria), como un posible predictor de enfermedad CV, presumiblemente por su asociación con marcadores de inflamación sistémica. Sin embargo, su papel en AR no está claro.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 160 pacientes de AR en los que se revisaron exhaustivamente las historias clínicas registrándose parámetros clínicos, factores tradicionales de riesgo CV y desarrollo de eventos CV desde el diagnóstico, además de los valores de RDW al diagnóstico (DX) y tras 6 y 12 meses. El RDW acumulado durante el primer año de enfermedad se calculó mediante el método del área bajo la curva (AUC RDW). Por otro lado, se realizó un estudio transversal en una muestra de 194 pacientes en los que se cuantificaron las células progenitoras endoteliales (Endothelial Progenitor Cells, EPC) en sangre periférica utilizando citometría de flujo y los niveles séricos de TNF α , IFN α , IFN γ , IL-8, VEGF, GM-CSF, MCP1, ICAM1, EGF, resistina y leptina por ELISA.

Resultados: El estudio retrospectivo mostró que 28/160 (17,5%) de los pacientes (131 mujeres; duración de la enfermedad, mediana (rango): 5,50 (1-30) años) habían experimentado un evento CV después del diagnóstico de la AR. En estos pacientes se observó un valor mayor de RDW DX ($p = 0,004$), siendo más relevantes las diferencias en el caso del AUC RDW ($p = 3,386 \cdot 10^{-6}$). El análisis por regresión de Cox, ajustado por sexo, edad al diagnóstico y duración de la enfermedad, confirmó que ambos parámetros podían predecir la aparición de eventos CV (RDW DX [HR (IC95%), 1,247 (1,079-1,441), $p = 0,003$] y AUC RDW [1,038 (1,018-1,059), $p = 0,0001$]). El análisis por curvas COR demostró un mejor poder discriminante en el caso del AUC RDW (AUC COR = 0,780, $p = 3,394 \cdot 10^{-6}$) que en el RDW DX (0,674, $p = 0,004$). El análisis de supervivencia por el método Kaplan-Meier reveló que los individuos con valores de AUC RDW dentro del tercer tercil, tenían una supervivencia libre de eventos CV menor que los demás pacientes ($p = 7,904 \cdot 10^{-5}$). Se observó asimismo que un incremento en el RDW durante el primer año se asociaba igualmente a menor supervivencia libre de eventos CV ($p = 0,010$). Por otra parte, el estudio transversal mostró que RDW se asociaba a bajos niveles de EPCs (β [IC95%]: -3,722 [-6,140-1,304], $p = 0,003$) tras ajustar por factores clínicos, duración de la enfermedad y factores tradicionales. Además, se encontró una asociación con marcadores inflamatorios, actividad y duración de la enfermedad en pacientes con enfermedad establecida (> 1 año), en los que se ha descrito una depleción de EPCs. Finalmente, RDW se corre-

lacionaba positivamente con los niveles séricos de IFN α ($r = 0,211$, $p = 0,005$), una citocina asociada con daño vascular e incrementada en un grupo de pacientes de AR. Asimismo, los niveles séricos de IL-8 se asociaron positivamente con RDW ($0,062$ [$0,004$ - $0,120$], $p = 0,037$) tras ajustar por duración de la enfermedad, VSG y uso de FAMES.

Conclusiones: RDW podría ser un biomarcador temprano de riesgo CV en AR. Su asociación con niveles reducidos de EPCs y con mediadores inflamatorios y de reparación endotelial alterada podrían ser los mecanismos que subyacen a estos resultados.

6. EFECTO DEL BLOQUEO DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA SOBRE EL METABOLISMO ÓSEO EN LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS ARTICULARES CRÓNICAS

F.J. Aguilar del Rey, R. García Portales, M. Haro Liger, J. Rodríguez Andreu, J.L. Casals Sánchez y R. Pérez González

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Medicina y Salud (FIMABIS). Málaga.

Introducción: Las enfermedades inflamatorias articulares crónicas tienen en común el desarrollo de osteoporosis y un mayor riesgo de fracturas. La osteoporosis en estas enfermedades es de causa multifactorial pero el aumento de producción de citoquinas proinflamatorias, especialmente el TNF-alfa, es una de la más importante. Por tanto, la estrategia más adecuada para la prevención de la pérdida ósea en estas enfermedades sería el control de la inflamación.

Objetivos: Evaluar el efecto de los tratamientos anti-TNF sobre la DMO, MRO, RANKL-OPG, actividad y capacidad funcional en los pacientes con enfermedades inflamatorias articulares.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo en condiciones de práctica clínica sobre 31 pacientes diagnosticados de AR, APs y EA que estuvieron durante 1 año en tratamiento con fármacos anti-TNF alfa. Al inicio y final del estudio se evaluó la DMO, la OPG y sRANKL y durante el mismo (0, 3, 6, 9 y 12 meses) el SDAI, BASDAI y PCR, así como el HAQ, BASFI, MRO y vitamina D.

Resultados: La DMO no se modificó después de un año de tratamiento. Los pacientes que consumieron corticoides tuvieron una pérdida de masa ósea en todas las localizaciones aunque sólo fue significativo a nivel del raquis lumbar con una pérdida media del 3% ($\pm 1,6$ DE; $p = 0,02$). Aumentó el P1NP y disminuyó el CTX pero sin significación estadística. Disminuyó la actividad de la enfermedad, tanto SDAI ($p = 0,0007$) como BASDAI ($p = 0,005$), asociándose con la mejora del metabolismo óseo. Igualmente, disminuyó significativamente el HAQ ($p = 0,024$) y aunque el BASFI bajó no fue significativo. La OPG se mantuvo sin cambios durante el año de tratamiento mientras que disminuyó significativamente, tanto el sRANKL ($0,28 \pm 0,22$ vs $0,22 \pm 0,15$; $p = 0,013$) como la ratio sRANKL/OPG ($0,05 \pm 0,04$ vs $0,04 \pm 0,03$; $p = 0,031$). No hubo cambios significativos en los niveles de vitamina D. Los que presentaban unos

niveles < 30 ng/ml, aunque sin significación pero con tendencia estadística, perdieron una media del 1% de la masa ósea en raquis lumbar ($1 \pm 2,52$, $p = 0,07$). Las correlaciones entre los diferentes parámetros y diferentes enfermedades se pueden ver en la tabla. No hemos encontrado ninguna correlación significativa entre los no respondedores, tanto en los pacientes con espondilitis anquilosante como en los pacientes con artritis (AR y APs) (tabla).

Conclusiones: El bloqueo del TNF-alfa disminuye la pérdida de masa ósea en los pacientes con enfermedades inflamatorias articulares a la vez que mejora la actividad de la enfermedad. La disminución del sRANKL y de la ratio sRANKL/OPG demuestra el efecto protector que tienen los fármacos anti-TNF alfa en la mejora del metabolismo óseo a través de la mejora de la actividad inflamatoria. Por otro lado, también hemos comprobado que este efecto protector es más evidente en los pacientes respondedores.

7. ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN HOSPITAL DE DÍA

M. Medina Malone, L. Garrido Courel, L. Horcada Rubio, I. Paniagua Zudaire, M.C. Fito Manteca, N. del Val del Amo, E. Loza Cortina, R. Gutiérrez Polo y R. Ibáñez Bosch

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción: Es conocido que los tratamientos biológicos mejoran la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide (AR). Diversos estudios longitudinales han demostrado el descenso del HAQ en pacientes con AR en tratamiento biológico. En el momento del estudio, en el hospital de día se administran infliximab, abatacept, rituximab y tocilizumab, es decir un fármaco de cuatro dianas terapéuticas diferentes.

Objetivos: Analizar la capacidad funcional de los pacientes con AR que acuden al hospital de día, en función del tratamiento biológico recibido y de otros factores clínicos y demográficos.

Métodos: Realizamos un estudio transversal, observacional, en el que se revisa la capacidad funcional, medida por MHAQ, de 82 pacientes consecutivos con AR que acudieron al Hospital de día para recibir tratamiento biológico. Analizamos el MHAQ en función del tratamiento biológico empleado, el tiempo en el tratamiento biológico actual desde que se inició, del número de biológicos previamente empleados, del tiempo de evolución de la enfermedad, del uso de FAMES, de la presencia de factor reumatoide y/o anticuerpos anti-citrulinados y de la presencia de erosiones radiológicas.

Resultados: De los 82 pacientes, 16 recibían tratamiento con infliximab, 22 abatacept, 16 rituximab y 28 tocilizumab. Las características de los pacientes incluidos se aprecian en la tabla. El MHAQ se relacionó con la duración de la enfermedad, siendo más elevado en los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad ($p < 0,05$). Los pacientes en tratamiento con RTX tenían más tiempo

Tabla Póster 6

Correlaciones, global, respondedores y no respondedores

Enfermedad	Correlación	r	p
EA (respondedores y no respondedores)	BASDAI Y BASFI	0,840	0,000
EA (respondedores y no respondedores)	% incremento DMO cadera total y BASDAI	-0,583	0,029
EA (respondedores y no respondedores)	% incremento DMO cadera total y PCR	-0,728	0,003
EA respondedores	BASDAI Y BASFI	0,799	0,005
AR y APs (respondedores y no respondedores)	HAQ y SDAI	0,633	0,011
AR y APs (respondedores y no respondedores)	% incremento DMO raquis lumbar y SDAI	-0,582	0,037
AR y APs respondedores	% incremento DMO raquis lumbar y SDAI	-1,000	0,000
EA, AR y APs (respondedores y no respondedores)	sRANKL basal y ratio sRANKL/OPG final	0,618	0,000
EA (respondedores y no respondedores)	sRANKL basal y ratio sRANKL/OPG final	0,537	0,047
AR y APs (respondedores y no respondedores)	sRANKL basal y ratio sRANKL/OPG final	0,711	0,001

Tabla Póster 7

	Total 82	Infliximab 16	Abatacept 22	Rituximab 16	Tocilizumab 28	p
Edad, años	60,6	60,4 (10,5) (43-80)	61,8 (12,6) (36-83)	61,8 (12,6) (36-83)	61,4 (15,6) (20-89)	ns
Media (DE) (mínimo-máximo)						
Tiempo de evolución, años	12,1	12,0 (7,7) (0,9-2,8)	10,1 (6) (1,6-20,9)	17,1 (12,7) (1,49-48)	11,0 (8,0) (0,3-40)	0,012
Media (DE) (mínimo-máximo)						
Sexo (% mujeres)	76,8	75	77,3	68,7	68,7	ns
FR (%)	52,4	50	63,6	50	46	ns
Anti-CCP (%)	48,8	25	63,6	63,6	46	ns
FR o anti-CCP (%)	73,2	62,5	86,3	75	67	
MHAQ	0,89	0,83 (0,75) (0-2,63)	0,82 (0,82) (0-2,75)	1,03 (0,8) (0-3)	0,91 (0,63) (0-2,75)	ns
Media (DE) (mínimo-máximo)						
Erosiones (%)	65,9	68,8	63,6	53,2	71,4	ns
Tiempo en Tratamiento, años	2,4	5,8 (4,09) (4,5, 0,25-12)	1,8 (1,4) (1,4, 0,13-4,8)	2,9 (1,3) (3,4, 0,14-4,36)	1,35 (0,9) (0,99, 0,05-2,92)	ns
Media (DE) (mínimo-máximo)						
Numero de biológicos previos	1 (0-5)	0 (0-4)	2 (0-4)	1 (0-5)	2 (0-5)	
Mediana (mínimo-máximo)						
FAMES (%)	26 (31,7)	9 (56,2)	5 (22,7)	5 (31,2)	7 (25)	

de evolución de la enfermedad ($p = 0,012$) y mayor MHAQ (ns). No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas del MHAQ en función del biológico recibido. El MHAQ tampoco se relacionó con la edad, el sexo, o la presencia de FR o anti-CCP. Los pacientes con erosiones tenían mayor MHAQ (0,97 vs 0,74) pero no alcanzó significación estadística. No se apreciaron diferencias del MHAQ entre los pacientes en monoterapia o con FAME asociado. Se apreció una tendencia a la mejora del MHAQ en los primeros 3 meses de tratamiento biológico. Los pacientes con menos de 2 meses desde que iniciaron el tratamiento biológico actual tenían un MHAQ más elevado que los que llevaban más de 2 meses de tratamiento (0,72 vs 1,01, $p = 0,07$). También se apreció esta diferencia entre los que llevaban menos de 3 meses vs más de 3 meses (0,91 vs 0,60 $p = 0,09$). A partir de los 6 meses de duración del tratamiento ya no se apreciaron diferencias del MHAQ. Analizada la capacidad funcional según el número de biológicos previamente recibidos se vio que el MHAQ era significativamente más elevado en los pacientes con mayor número de tratamientos biológicos previos. La media de MHAQ en los pacientes que había recibido uno o ningún otro biológico previo era de 0,7 comparado con 1,1 en los que habían recibido 2 o más biológicos previamente ($p = 0,005$).

Conclusiones: No hallamos diferencias en el MHAQ de pacientes con AR entre los distintos tratamientos biológicos endovenosos empleados (infiximab, abatacept, tocilizumab y rituximab). El MHAQ se relaciona con el tiempo de evolución de la enfermedad y con el número de biológicos previamente recibidos. Haber llevado más de 2 tratamientos biológicos previos se asocia a peor capacidad funcional. Probablemente los pacientes que reciben su tercer biológico representan una selección de pacientes con peor evolución. Detectamos una disminución del MHAQ en los 3 primeros meses de tratamiento.

8. SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE UN CONJUNTO DE CRITERIOS DE CALIDAD PARA LA EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.L. Andreu¹, M.A. Martín-Martínez², H. Corominas³, J.J. Pérez-Venegas⁴, J.A. Román-Ivorra⁵, F. Sánchez-Alonso², M. Alperi⁶, R. Blanco⁷, R. Cáliz⁸, E. Chamizo⁹, G. Graña¹⁰, B. Hernández-Cruz¹¹, C. Marras¹², J.M. Martín-Santos¹³, R. Mazzucchelli¹⁴, J.A. Medina¹⁵, A. Naranjo¹⁶, A. Ortiz¹⁷, R. Roselló¹⁸, G. Sánchez Nieves¹⁹, R. Sanmartí²⁰ y P. Vela²¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ²Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

³Hospital Universitario Moisés Broggi. Barcelona. ⁴Hospital

Universitario de Jerez. ⁵Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Valencia. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

⁷Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁸Unidad

Intercursos de Reumatología de Granada. ⁹Hospital Universitario

de Mérida. ¹⁰EOXI-Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

¹¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹²Hospital Clínico

Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹³Hospital Universitario

Río Hortega. Valladolid. ¹⁴Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Madrid. ¹⁵Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ¹⁶Hospital

Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁷Instituto de

Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid. ¹⁸Hospital Universitario

San Jorge. Huesca. ¹⁹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

²⁰Hospital Clínic. Barcelona. ²¹Hospital General Universitario de

Alicante.

Introducción: El paradigma actual de manejo óptimo de la artritis reumatoide (AR) contempla el diagnóstico precoz, el inicio rápido de tratamiento con fármacos modificadores de enfermedad (FAME), el intento de alcanzar un estado de remisión (o, al menos, de baja actividad inflamatoria) objetivado mediante el uso de índices de actividad combinados y la adecuación terapéutica a estos objetivos prefijados, lo que se ha dado en conocer como estrategia de "treat to target". El objetivo del presente trabajo es desarrollar una herramienta consensuada para la evaluación de la calidad asistencial aplicada a las historias clínicas de los pacientes con AR.

Métodos: En una primera fase, el comité científico del proyecto propuso una serie de criterios de calidad que contemplaban diferentes aspectos en el manejo de la AR, como el tiempo hasta el diagnóstico o el inicio del primer FAME, el establecimiento de objetivos terapéuticos, la intensificación de la terapia atendiendo a un objetivo prefijado, el uso óptimo de metotrexato, la valoración de comorbilidades o la aplicación de determinadas medidas de seguridad antes del inicio de la terapia biológica. En una segunda fase, este conjunto de criterios fue sometido a la evaluación de un grupo de 20 expertos que, en dos rondas Delphi, valoraron la relevancia de cada criterio y la factibilidad de ser recogido mediante el examen de los registros clínicos de cada centro. Se priorizaron los criterios cuya puntuación mediana en las rondas Delphi, tanto en relevancia como en factibilidad, fue $> 7,5$, con un rango intercuartílico $< 2,5$, y un grado de acuerdo (puntuación > 8) $> 80\%$.

Resultados: Se propusieron inicialmente 37 criterios de calidad (35 de proceso y 2 de estructura), que se sometieron a una primera ronda Delphi. Doce de ellos necesitaron una segunda ronda, ya que no alcanzaron consenso en el grado de acuerdo en la primera. Tras el análisis de la segunda ronda Delphi, el total de criterios de calidad en los que existía consenso para la priorización fue de 31. Entre estos criterios seleccionados se encuentran un tiempo inferior a dos semanas para el diagnóstico de AR tras la primera

visita a la consulta de Reumatología, un tiempo inferior a 2 semanas desde la primera consulta hasta el inicio del primer FAME, haber tenido en cuenta criterios de mal pronóstico para decidir el tratamiento, haber recomendado el abandono del tabaco y alcanzar peso ideal, haber evaluado la actividad de la enfermedad mediante índices combinados como el DAS28 o el SDAI, haber realizado visitas cada 4 semanas hasta alcanzar el objetivo terapéutico, haber escalado la dosis de metotrexato de forma adecuada, haber realizado una intensificación terapéutica según el objetivo prefijado, haber solicitado radiografía de tórax y Mantoux/IGRA antes del inicio de la terapia biológica, haber recogido los factores de riesgo cardiovasculares, no haber mantenido al paciente con dosis > 10 mg/día de prednisona durante más de un mes, haber recomendado las inmunizaciones para gripe y neumococo o haber tenido en cuenta las comorbilidades a la hora de diseñar el tratamiento.

Conclusiones: Se ha desarrollado un conjunto de criterios que podrá ser utilizado como una herramienta de evaluación de la calidad asistencial en el manejo de los pacientes con AR, atendiendo a la estrategia “treat to target”.

9. FACTORES PREDICTIVOS BASALES DE REMISIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON GOLIMUMAB EN EL ESTUDIO GO-MORE

P. Durez¹, K. Pavelka², M. Lázaro³, A. García Kutzbach⁴, R. Moots⁵, H. Amital⁶, R. Yao⁷, S. Huyck⁷, M. Govoni⁸, H.H. Weng⁷ y N. Vastesaeger⁹

¹Université Catholique de Louvain y Cliniques Universitaires Saint-Luc. Bruselas. Bélgica. ²Revmatologicky Ustav. Praha. República Checa. ³Instituto de Rehabilitación Psicosfísica de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina. ⁴Universidad AGAR Francisco Marroquín. Guatemala. ⁵University Hospital Aintree. Liverpool. Reino Unido. ⁶Sheba Medical Center. Tel-Hashomer. Israel. ⁷Merck. Kenilworth. NJ. EEUU. ⁸MSD Italia. Roma. Italia. ⁹MSD Bélgica. Bruselas. Bélgica.

Objetivos: Las estrategias de tratamiento de la artritis reumatoide (AR) tienen como objeto la remisión clínica de la enfermedad. Al valorar las opciones terapéuticas, es útil saber qué pacientes tienen probabilidades de responder al tratamiento biológico. El objetivo de este estudio fue evaluar los predictores basales de remisión tras 6 meses con golimumab (GLM) en pacientes con AR activa a pesar de tratamiento con FAMES.

Métodos: GO-MORE fue un estudio abierto, prospectivo y multinacional, en pacientes con AR activa (DAS28 $\geq$ 3,2) a pesar de FAMES, sin tratamiento previo con biológicos. Los pacientes recibieron 50 mg de GLM subcutáneo una vez al mes, 6 meses. En el análisis post hoc se utilizaron modelos de regresión logística univariantes para analizar la relación entre la remisión a los 6 meses (DAS28 < 2,6) y las características demográficas basales y de la enfermedad. Las covariables fueron edad, sexo, tabaquismo, comorbilidades, FAMES previos, dosis basal de metotrexato (MTX), duración de la enfermedad, recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, VSG, evaluación global de la enfermedad por el paciente (PGA) y puntuación del cuestionario de evaluación de la salud (HAQ). Los factores se evaluaron de forma escalonada; los que tenían asociaciones significativas ($p < 0,10$) se incluyeron en un modelo multivariante final.

Resultados: En 3.280 pacientes evaluables, la duración media de la enfermedad fue de 7,6 años y la media del DAS28-VSG basal 5,9 (DE = 1,1). El 23,9% (784/3.280) de los pacientes alcanzaron remisión tras 6 meses de tratamiento con GLM. En los análisis iniciales no fueron significativos la dosis basal de MTX, los FAMES previos,

la duración de la enfermedad, la PGA ni el recuento de articulaciones, por lo que no se incluyeron en el modelo multivariable. En el modelo final, el sexo femenino (vs masculino, OR = 0,652, $p < 0,0001$), la edad avanzada (OR = 0,984, $p < 0,0001$) y mayor puntuación en el HAQ (OR = 0,622 para categoría máxima frente a mínima [$p < 0,0001$]; OR = 0,713 para categoría media frente a mínima [$p = 0,002$]), se asociaron a baja probabilidad de remisión. Por otro lado, una VSG basal menor (OR = 0,565) y la ausencia de enfermedades concomitantes (OR = 1,393; $p = 0,0017$) se asociaron a mayor probabilidad de remisión. El consumo de tabaco no guardó relación con la remisión.

Conclusiones: En pacientes con AR tratados con GLM en el estudio GO-MORE, la remisión a los 6 meses se asoció a varios factores predictivos basales, en particular al sexo, la VSG, el recuento de articulaciones tumefactas, las enfermedades concomitantes y el HAQ. Los factores sin relación con la remisión fueron la duración de la enfermedad, el recuento de articulaciones inflamadas, el número de FAMES previos y la dosis de MTX.

10. ANÁLISIS DEL RIESGO DE INFECCIÓN GRAVE EN ARTRITIS REUMATOIDE MEDIANTE EL ÍNDICE RABBIT. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Novella Navarro¹, M.M. Muñoz Gómez¹, J. Salvatierra Ossorio¹ y J. Cantero Hinojosa²

¹UGC de Reumatología; ²Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: Recientemente se ha publicado el índice RABBIT como herramienta para la estimación del riesgo de infección grave en pacientes con artritis reumatoide (AR). Este índice, obtenido a partir de variables epidemiológicas, clínicas y de los tratamientos que reciben nuestros pacientes permite valorar la probabilidad de que el paciente sufra una infección grave en los 12 meses siguientes. Aportamos nuestra experiencia con su empleo y analizamos si existe asociación entre dicho índice y diversos parámetros de la AR.

Métodos: Estudio transversal de 60 pacientes con AR atendidos consecutivamente en consultas externas de nuestro hospital durante el año 2014 en los que se recogieron las variables necesarias para el cálculo de índice RABBIT: edad, HAQ, infección grave en el último año, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica, número de tratamientos previos con FAMES biológicos y no biológicos así como tratamiento actual. Se recogieron otros parámetros no incluidos en dicho índice: VSG, PCR, factor reumatoide y anticuerpos antipeptido citrulinado. En base al RABBIT, los pacientes fueron clasificados en tres grupos: bajo riesgo de infección (< 1%), riesgo moderado (1-4%) o alto (> 4%). Análisis estadístico: descriptivo con porcentajes, medias y desviaciones típicas; de asociación con χ^2 y t de Student para muestras independientes; nivel de significación del 5%.

Resultados: El 76% de nuestros pacientes se clasificaron en riesgo moderado (RABBIT entre 1-4%) y ninguno en riesgo alto. Este índice estuvo más elevado en los varones ($p = 0,036$) y encontramos una asociación significativa entre el índice RABBIT y la positividad del FR ($p = 0,49$). No hubo diferencias en los valores de la VSG y PCR entre los tres grupos de riesgo considerados.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con AR atendidos en nuestras consultas externas presenta un riesgo moderado de infección grave en base al índice RABBIT. Los parámetros de fase aguda no parecen asociarse con un mayor riesgo de infección, a diferencia de lo que ocurre con la presencia de factor reumatoide, tal vez expresión de un subgrupo de pacientes con mayor hiperactividad del linfocito B.

11. EVALUACIÓN DEL AUTOINYECTOR DE GOLIMUMAB SUBCUTÁNEO (SMARTJECT®) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. MUESTRA ESPAÑOLA DEL ESTUDIO GO-MORE

A. Alonso¹, C.M. González², J. Ballina³, M.L. García Vivar⁴, J.J. Gómez-Reino⁵, J.L. Marenco⁶, A. Fernández-Nebro⁷, C. Ordás⁸, L. Cea-Calvo⁹ y R. Sanmartí¹⁰

¹Hospital de Cruces. Barakaldo. ²Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁴Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ⁶Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁷Hospital Regional Carlos Haya. Universidad de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga [IBIMA]. Málaga. ⁸Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁹Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. ¹⁰Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Objetivos: El propósito de este estudio fue medir la aceptación, facilidad de uso y preferencias de los pacientes a la hora de manejar el autoinyector SmartJect® para la administración de GLM SC, en la muestra de pacientes incluidos en centros españoles en el estudio GO-MORE.

Métodos: GO-MORE es un estudio prospectivo, abierto y multinacional en pacientes con AR activa (DAS28 $\geq$ 3,2) a pesar de tratamiento con FAME que no habían recibido previamente biológicos. Los pacientes recibieron 50 mg de GLM SC una vez al mes durante 6 meses. En el mes 4 y 6, los pacientes evaluaron e informaron acerca de sus preferencias y opiniones sobre el dispositivo autoinyector mediante un cuestionario de utilización. Las respuestas se analizaron de manera descriptiva y se evaluaron los efectos de la edad del paciente y su deterioro funcional.

Resultados: En la muestra española se incluyeron 74 pacientes. El 83,3% de los pacientes encontró el autoinyector fácil de usar, causándole leves o ninguna molestia al 88,9% de los pacientes, y dolor leve o ninguno al 91,9% (tabla). Al mes 6, el 50% de los pacientes con eficacia evaluable informaron que preferían inyectarse GLM en el abdomen, seguido por muslo (39%) y brazo (11%). El 95% de los pacientes indicaron que utilizaron su mano derecha para la autoinyección. El 94,6% de los pacientes estaban seguros o muy seguros de que cuando usaron el autoinyector, el tratamiento había sido totalmente inyectado; y el 89,2% estaban satisfechos o muy satisfechos con la frecuencia de autoinyección mensual (tabla). En el mes 6, la experiencia en general sobre el autoinyector se consideró extremadamente favorable en el 40,5% y favorable en el 51,3% de los pacientes respectivamente.

Tabla Póster 11

Evaluación por los pacientes del uso del autoinyector de GLM SC a los 6 meses

	n(%)
Uso (N = 72)	
Extremadamente fácil/Fácil	60 (83,3)
Ni fácil ni difícil	10 (13,8)
Difícil/Extremadamente difícil	2 (2,8)
Impresión global (N = 74)	
Extremadamente favorable/Favorable	68 (91,9)
Ni favorable ni desfavorable	6 (8,1)
Desfavorable/ Extremadamente desfavorable	0
Malestar general (N = 72)	
Ninguno/Leve	62 (88,9)
Moderado	7 (9,7)
Severo	1 (1,4)
Dolor (N = 74)	
Ninguno/Leve	68 (91,9)
Moderado	6 (8,1)
Severo	0

Conclusiones: La mayoría de los pacientes evaluaron de manera muy favorable el dispositivo autoinyector de GLM SmartJect®, resaltando su facilidad de uso, con mínimo dolor o malestar tras la inyección y una frecuencia de administración satisfactoria.

12. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO POR EL CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN DE LOS MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO ARCO

C. Marras¹, J. Calvo², I. Monteagudo³, G. Salvador⁴, L. Cea-Calvo⁵, S. Fernández⁵ y E. Raya⁶

¹Departamento de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Departamento de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ³Departamento de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona. ⁵Departamento de Medical Affairs. Merck Sharp & Dohme de España. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos: Describir el cumplimiento terapéutico de los fármacos biológicos subcutáneos mediante el cuestionario de Morisky-Green, referido a un periodo de 12 meses, en una muestra de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Analizamos una muestra de los primeros 84 pacientes del estudio ARCO, un estudio transversal con recogida retrospectiva de datos en pacientes de edad $\geq$ 18 años con AR diagnóstico de artritis reumatoide (AR), cuyo objetivo principal es la evaluación de la adherencia al tratamiento y de las posibles causas de falta de adherencia. Se incluyeron pacientes a los que se les había prescrito un nuevo biológico subcutáneo entre 12 y 18 meses antes de la visita del estudio. El cuestionario Morisky-Green clasifica al paciente según el resultado de 4 preguntas en cumplidor alto (0 puntos), intermedio (1-2 puntos) o bajo (3-4 puntos). El cuestionario de creencias en la medicación consta de 10 preguntas que puntúan de 1 a 5, de las que 5 son la subescala de necesidades y 5 la de preocupaciones, dando una puntuación final entre -20 y +20, resultado de restar la puntuación de la subescala de preocupaciones a la de necesidades.

Resultados: Se analizaron 84 pacientes (67 mujeres y 17 varones, mediana de edad 58 años). El cuestionario Morisky-Green clasificó 70 pacientes (83,3%) como altamente cumplidores y 14 (16,7%) como de cumplimiento intermedio. Ningún paciente fue clasificado como de bajo cumplimiento. Los porcentajes de alto cumplimiento fueron similares en varones y mujeres (88,2% y 82,1% respectivamente, $p = 0,725$) y en pacientes por encima o debajo de la mediana de edad (85,4% y 81,0%, $p = 0,808$). Los porcentajes de alto cumplimiento según la formación fueron: educación primaria (88,7%), secundaria (71,4%), formación profesional (72,7%) y universitaria (100%) ($p = 0,094$). No se observaron diferencias en cuanto a situación laboral. Los porcentajes en fumadores, exfumadores y no fumadores fueron 71,4%, 80,0% y 88,1% ($p = 0,280$). Los pacientes con alto cumplimiento tuvieron una puntuación en la escala de creencias mayor que los pacientes con cumplimiento intermedio, con mayor puntuación en la subescala de necesidad y menor en la de preocupaciones (tabla).

Tabla Póster 12

Puntuaciones en la escala de creencias en pacientes con cumplimiento alto e intermedio

Escala de creencias	Alto cumplimiento (n = 60)	Cumplimiento intermedio (n = 13)
Puntuación total	5,7 (DE = 6,9)	3,9 (DE = 4,3)
Puntuación subescala necesidad	21,4 (DE = 4,2)	20,5 (DE = 3,5)
Puntuación subescala preocupaciones	15,7 (DE = 4,7)	16,6 (DE = 3,4)

Conclusiones: Los datos de los primeros pacientes incluidos en el estudio ARCO muestran un alto grado de cumplimiento terapéutico a los biológicos subcutáneos según el cuestionario Morisky-Green, y se sugieren diferencias según la formación y el consumo de tabaco. Además, los pacientes con alto grado de cumplimiento muestran mayor puntuación en la escala de creencias de los medicamentos, lo que sugiere que la información que reciban y su convencimiento

sobre la utilidad de los fármacos puede influir positivamente en el cumplimiento. Los datos deben ser corroborados con la muestra completa del estudio.

13. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO BASALES PARA LA APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON CERTOLIZUMAB PEGOL

A. García-San Andrés¹, B. Haraoui², J. Wade³, M. de Longueville⁴, P. Ralston⁵ y J.R. Curtis⁶

¹UCB Pharma. Madrid. ²Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. Canadá. ³University of British Columbia and Vancouver General Hospital. Vancouver. Canadá. ⁴UCB Pharma. Brussels. Bélgica. ⁵Giant Professional Ltd. London. Reino Unido. ⁶University of Alabama at Birmingham. EEUU.

Introducción: Pese a la eficacia demostrada por los anti-TNFs en el tratamiento de enfermedades inmunológicas crónicas, algunos pacientes (pcs) reportan efectos adversos graves (EAGs), lo que evidencia la necesidad de identificar a pcs en riesgo antes de iniciar tratamiento. Evaluamos datos de seguridad de pcs con artritis reumatoide (AR) tratados con el anti-TNF certolizumab pegol (CZP) en los estudios clínicos aleatorizados (ECAs) RAPID1 y RAPID2 (ECAs; NCT00152386/NCT00160602) y sus extensiones abiertas a largo plazo (OLEs) para identificar los factores de riesgo basales (BL) que contribuyan al desarrollo de EAGs específicos, con el objetivo de poder estratificar a los pcs según el riesgo de sufrir acontecimientos adversos y proveer así estimaciones más personalizadas de los riesgos esperados y de los beneficios de la terapia.

Métodos: Análisis post-hoc de seguridad de los ECAs (datos de CZP de los ECAs) y de los períodos ECA + OLE (todos los datos de CZP). Los pcs con anti-TNFs biológicos previos (4,1%) fueron excluidos de los análisis debido al número limitado de pcs. Se utilizaron 3 modelos de riesgo proporcional multivariante por pasos, no secuencial, de regresión de Cox para estimar el riesgo relativo (Ratio de Riesgo [RR]; $p \leq 0,2$, $p \leq 0,25$) de covariables desde la BL hasta el primer evento infeccioso grave (EIG), evento cardiovascular grave (ECVG) o muerte por cualquier causa. Se incluyó cualquier evento acontecido entre la primera dosis de CZP y 84 días después de la última dosis o de la retirada del pc. Las covariables BL fueron: edad ($< 0 \geq 65$ años), presencia de comorbilidad (cualquier afección cardíaca tratada, diabetes o EPOC), uso de esteroides sistémico ($0, > 0-5, > 5$ mg/día), dosis de metotrexato ($\geq 0 > 15$ mg/semana), duración de la AR ($< 0 \geq 2$ años), y un rango de medidas de actividad de la enfermedad al inicio BL.

Resultados: Total de 311 pcs placebo (PBO) (130,5 pacientes-año [PA]) y 1.224 pcs CZP (798,5 PA) en los ECAs, con 3 y 50 pcs, respectivamente, reportando ≥ 1 EAG de interés. 1 y 2 pcs PBO reportando ≥ 1 EIG o ECVG, respectivamente, 1 murió, mientras que 40 y 8 pcs CZP reportaron ≥ 1 EIG o ECVG, respectivamente, y 7 fallecieron. Los predictores, desde la BL, de EIG según los datos de los ECAs, fueron comorbilidades tratadas y uso sistémico de esteroides. Para todos los datos de CZP, 246/1.506 pcs con AR (5778,6 PA), reportaron EIG/ECVG/muerte: 201 y 32 pcs reportaron ≥ 1 EIG o ECVI, respectivamente, con 38 muertes. El tiempo transcurrido hasta el primer EIG se asoció con diferentes covariables evaluadas como factores potenciales de riesgo. Las comorbilidades tratadas en BL mostraron una marcada asociación con el tiempo transcurrido hasta el primer EIG. Ninguna otra covariable examinada se consideró relevante. La edad fue un predictor de ECVG y muerte, pero el escaso número de eventos limita la interpretación de estos datos.

Conclusiones: Los pcs tratados con CZP con ciertas comorbilidades al inicio fueron 2 veces más susceptibles de sufrir EIGs, y el riesgo permanecía elevado en el análisis de los datos de los ECA + OLEs. Un conocimiento de las características BL de los pacientes relacionadas con un riesgo aumentado de EAG de interés, ayudaría a los clínicos a

identificar mejor a estos pcs, y en el manejo de los riesgos asociados al uso de anti-TNFs.

14. ANÁLISIS DE DATOS COMPILADOS PROVENIENTES DE DOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS Y CONTROLADOS CON PLACEBO Y DE SUS FASES DE EXTENSIÓN ABIERTAS. SEGURIDAD A LARGO PLAZO EN ARTRITIS REUMATOIDE ANTES Y DESPUÉS DEL INCREMENTO/REDUCCIÓN DE DOSIS CON CERTOLIZUMAB PEGOL

J.M. Álvaro-Gracia¹, B. Haraoui², V.P. Bykerk³, R. van Vollenhoven⁴, M. de Longueville⁵, K. Luijckens⁵, P. Ralston⁶ y A. Kavanaugh⁷

¹Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ²Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. Montréal. Canadá. ³Hospital for Special Surgery. New York. EEUU. ⁴The Karolinska Institute. Stockholm. Suecia. ⁵UCB Pharma. Brussels. Bélgica. ⁶Giant Professional Ltd. London. Reino Unido. ⁷University of California San Diego. La Jolla. EEUU.

Introducción: Certolizumab pegol (CZP) está aprobado para el tratamiento de pacientes (pcs) adultos con enfermedades reumáticas (AR, Aps y EspA) a dosis de mantenimiento de 200 mg cada 2 semanas (Q2W) o 400 mg cada 4 semanas (Q4W). En los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) RAPID1 (52 sem) y RAPID2 (24 sem) (NCT00152386 y NCT00160602), CZP fue administrado a una dosis de inducción de 400 mg en las semanas 0, 2 y 4, seguido de 200 mg de CZP Q2W, o 400 mg de CZP Q2W en pcs con AR activa. Todos los pcs que entraron en las fases de extensión abiertas (OLEs; NCT00175877 y NCT00160641) recibieron 400 mg de CZP Q2W durante ≥ 6 meses. La dosis fue posteriormente reducida a 200 mg de CZP Q2W en todos ya que los estudios iniciales demostraron que la hipótesis nula de no diferencia entre dosis no debería ser rechazada. Presentamos aquí datos de seguridad para evaluar el efecto potencial del cambio de dosis de CZP en la sem 12, previos y posteriores al escalado o reducción de dosis, de acuerdo con la estrategia treat-to-target.

Métodos: Análisis post-hoc de los datos recopilados de CZP procedentes de los ensayos RAPID1 y RAPID2 CZP, incluyendo: 1) escalado de dosis desde 200 mg de CZP Q2W hasta 400mg de CZP Q2W, y 2) reducción de dosis desde 400 mg de CZP Q2W hasta 200mg de CZP Q2W.

Resultados: 557 pcs aleatorizados a recibir CZP 200 mg Q2W en los ECAs y entraron en las OLEs con escalado de dosis hasta 400 mg Q2W. De ellos, 210 pcs (37,7%) experimentaron un efecto adverso (EA) dentro de las 12 sem previas al escalado de la dosis versus 203 pcs (36,4%) que lo presentaron en las 12 sem posteriores al escalado de dosis (tabla). Un 94,4% de los EAs fueron de leves a moderados: 65 y 71 pcs, respectivamente, experimentaron EAs relacionados con el tratamiento. Los EAs graves se muestran en la tabla. La incidencia de infecciones aumentó después del escalado de dosis. Se reportaron neoplasias en 3 pcs durante las 12 sem previas al escalado de dosis (1 de testículos, y 2 carcinomas basocelulares [CBC]), y, posterior al escalado de dosis, otros tantos (cáncer de testículos, pulmón, y peritoneal). Durante las OLEs, 1.110 pcs recibieron CZP 400 mg Q2W durante ≥ 6 meses antes de la reducción de dosis. De ellos, 365 pcs (32,9%) experimentaron un EA durante las 12 sem previas a la reducción de dosis vs 342 pcs (30,8%) en las 12 sem posteriores a la reducción de dosis; un 94,1% de los EAs fueron de leves a moderados: 102 y 91 pcs respectivamente, experimentaron EAs considerados relacionados con el fármaco. La incidencia de EAGs e infecciones fue similar previa y posteriormente a la reducción de dosis. 2 pcs reportaron neoplasias durante las 12 sem posteriores a la reducción de dosis (1 carcinoma gástrico, 1 CBC). Se reportaron 2 casos de infecciones oportunistas (incluyendo tuberculosis) durante las 12 sem posteriores a la reducción de dosis. En general, el número de EAs que llevaron a retirada fue bajo y sólo un hubo un caso de quemadura térmica mortal durante las 12 sem posteriores a escalado de dosis.

Tabla Póster 14

Evento, n (%)	Escalado de dosis		Reducción de dosis	
	CZP 200 mg previo a escalado de dosis (n = 557)	CZP 400 mg, posterior a escalado de dosis (n = 557)	CZP 400 mg, previo a reducción de dosis (n = 1.110)	CZP 200 mg, posterior a reducción de dosis (n = 1.110)
EAs totales	210 (37,7)	203 (36,4)	365 (32,9)	342 (30,8)
Efectos adversos graves (EAGs) totales	13 (2,3)	25 (4,5)	31 (2,8)	41 (3,7)
EAGs más frecuentes:				
Problemas cardíacos	1 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,3)
Arteriopatía isquémica	1 (0,2)	0	1 (0,1)	3 (0,3)
Trastornos gastrointestinales	2 (0,4)	0	4 (0,4)	0
Infecciones e infestaciones	1 (0,2)	12 (2,2)	13 (1,2)	13 (1,2)
Infecciones de las vías respiratorias bajas y pulmones	0	4 (0,7)	5 (0,5)	2 (0,2)
Lesiones, intoxicaciones y complicaciones quirúrgicas	1 (0,2)	2 (0,4)	3 (0,3)	4 (0,4)
Alteraciones musculoesqueléticas y del tejido conectivo	4 (0,7)	1 (0,2)	4 (0,4)	8 (0,7)
Artropatías	1 (0,2)	0	1 (0,1)	4 (0,4)
Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino	0	2 (0,4)	3 (0,3)	3 (0,3)
Neumotórax y derrame pleural	0	1 (0,2)	3 (0,3)	0

Conclusiones: En general, pese a un modesto incremento de la tasa de infecciones después del escalado de dosis, no se produjeron nuevos eventos de seguridad durante el escalado o la reducción de dosis, y las tasas de EAs fueron en general similares entre períodos. Sin embargo, se observó una tendencia natural a la disminución de la tasa de EAs a lo largo del tiempo, como es habitual en los ensayos clínicos de AR.

15. PAPEL DE DISTINTOS SUBTIPOS DE MONOCITOS EN LA ATROSCLEROSIS Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE. EFECTO MODULADOR DEL TOCILIZUMAB

N. Barbarroja, P. Ruiz-Limón, C. Pérez-Sánchez, Y. Jiménez-Gómez, M.C. Ábalos-Aguilera, P. Font, M.A. Aguirre, P. Seguí, J. Calvo, R. Ortega, E. Collantes-Estévez, A. Escudero y C. López-Pedrerá

Instituto Maimónides de Investigación biomédica de Córdoba (IMBIC). Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Los monocitos juegan un papel esencial en la patogenia de la aterotrombosis. Existen diversos subtipos de monocitos con acciones distintivas en patología vascular: monocitos MON1 (CD14+CD16-), MON2 (CD14+CD16+) y MON3 (CD14-CD16+). En pacientes con artritis reumatoide (AR) aún se desconoce su distribución así como su perfil de expresión asociado al desarrollo de enfermedad cardiovascular (CV). Tocilizumab (TCZ) representa actualmente una nueva alternativa terapéutica muy eficaz en la AR, con efectos aún desconocidos sobre el perfil CV.

Objetivos: 1) Caracterizar funcionalmente los distintos tipos de monocitos en pacientes AR y analizar su papel en la disfunción endotelial, alteración del estrés oxidativo y el perfil proinflamatorio. 2) Evaluar el efecto del tratamiento con TCZ sobre el perfil pro-aterotrombótico de dichos subtipos celulares y su asociación con la evolución clínica del paciente.

Métodos: El estudio se llevó a cabo en 30 pacientes AR y 15 donantes sanos. La función endotelial se evaluó mediante medida de la hiperemia post-oclusión por láser-Doppler. Como marcador de aterosclerosis, se analizó el engrosamiento de la intima media carotídea (IMC) mediante Ecodoppler. Las poblaciones de monocitos MON1, MON2 y MON3 se caracterizaron por citometría de flujo y se purificaron mediante selección inmuno-magnética. En los tres subtipos se cuantificaron citoquinas proinflamatorias, marcadores de activación celular y niveles de peróxidos. Se seleccionaron 10 pacientes AR a los que se les administró TCZ subcutáneo, 162 mg/semanal. Se recogieron muestras sanguíneas de forma previa y tras 6 meses de tratamiento.

Resultados: Los pacientes AR mostraron un mayor porcentaje de MON2 y MON3. Dichos subtipos presentaron mayor expresión de

moléculas inflamatorias, marcadores de activación celular y niveles de peróxidos. Se evidenció también la presencia de una disfunción endotelial. El aumento en el porcentaje de MON2 y MON3 y la reducción en la proporción de MON1 se hallaron asociados a la presencia de un engrosamiento patológico de la IMC. Parámetros clínicos como tiempo de evolución, niveles de anti-CCPs y factor reumatoide correlacionaron significativamente con la disfunción endotelial, disminución del porcentaje de MON1 e incremento del porcentaje de MON2 y MON3. Además, tanto la disfunción endotelial como diversos parámetros clínicos se asociaron a una elevada expresión de moléculas inflamatorias y marcadores de activación en los monocitos MON2 y MON3. Tras 6 meses de tratamiento, TCZ promovió una reducción de parámetros clínicos de inflamación, autoinmunidad y daño articular. Asimismo, se observó una mejora en la función endotelial. TCZ redujo en monocitos la expresión génica y proteica de moléculas inflamatorias y protrombóticas y los niveles de peróxidos y peroxinitritos. La disminución de la expresión de citoquinas proinflamatorias y el estrés oxidativo en los monocitos de los pacientes correlacionó significativamente con la mejora del daño articular y la función endotelial.

Conclusiones: 1) Los pacientes AR muestran un mayor porcentaje de monocitos MON2 y MON3, directamente asociados al perfil autoinmune e inflamatorio, la progresión de la enfermedad, la función microvascular y la aterosclerosis, mostrando así un papel relevante en la patogenia de la enfermedad CV asociada a la AR. 2) El tratamiento con TCZ promueve una mejora del perfil aterotrombótico en pacientes AR.

Subvencionado por: CTS7940, PI12/01511, PI2013-0191, SER.

16. MICRORNAS PLASMÁTICOS POTENCIALMENTE ASOCIADOS AL AUMENTO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D. Taverner Torrent, S. Paredes, R. Ferré, D. Ibarretxe, R. Rosales, A. Castro, L. Masana y J.C. Vallvé

Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili. IISPV. Reus.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica que afecta principalmente las articulaciones. Es una enfermedad multifactorial, de etiología desconocida y patogénesis compleja. Se ha descrito que los pacientes con AR presentan un aumento del riesgo cardiovascular y se ha descrito que una aterogénesis acelerada podría ser la causa de este aumento del riesgo. Por otro lado, los microRNAs (miRs) son moléculas pequeñas de RNA no codificantes que regulan negativamente la expresión de genes. Los miRs son estables en sangre gracias a su unión principalmente

a microvesículas y exosomas. Los miRs plasmáticos, se han identificado como biomarcadores en diferentes tipos de enfermedades cardiovasculares (ECV). El objetivo del estudio es identificar miRs plasmáticos en pacientes con AR que puedan facilitar un diagnóstico precoz de ECV y aporten conocimientos sobre el aumento del riesgo cardiovascular en estos pacientes. Para ello se ha comparado el perfil plasmático de miRs en 7 pacientes con AR sin ECV, en 7 pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) sin AR y en 7 controles sanos con el objetivo de identificar miRs comúnmente expresados en los dos grupos de pacientes que además se expresen a diferentes niveles respecto a los controles. Todos los participantes fueron hombres y se seleccionaron apareados por edad y factores clásicos de riesgo cardiovascular. Los miRs fueron extraídos a partir de 200 μ L de plasma. El perfil plasmático de miRs se analizó mediante PCR a tiempo real utilizando arrays de miRs validados (TaqMan OpenArray MicroRNA) que permiten la cuantificación de 754 miRs humanos seleccionados a partir de miRBase v14. La expresión diferencial se analizó mediante el software Expression Suite ver 1.0.3 con normalización global y ajustada por FDR (False Discovery Rate). Se amplió el análisis de los miRs seleccionados mediante el método 2-DDCt. El test Kruskal-Wallis y el post-test Dunns para comparaciones múltiples se utilizaron para los análisis estadísticos. La significación estadística se fijó con una $p < 0,05$. Todos los miRs que se expresaron por debajo del límite de detección en al menos un grupo, fueron descartados. Así, pudimos detectar en los tres grupos el 50% (379) de los miRs representados en el array. El perfil plasmático de miRs en pacientes con AR e IAM fue diferente al de los controles. Los miRs plasmáticos comúnmente expresados en AR e IAM y expresados con diferencias significativas a los controles fueron: Let-7a, miR-96, miR-381, miR451, miR-518d, miR-425-5p, miR-572, miR-190b, miR-708 y miR-1180. Todos estos miRs tenían una expresión disminuida respecto a controles. Además, respectivamente, 9 y 16 miRs fueron diferencialmente expresados en pacientes con IAM vs controles y en pacientes con AR vs controles. En el presente estudio, hemos identificado un grupo de 10 miRs que potencialmente podrían estar implicados en el aumento del riesgo cardiovascular en pacientes con AR. De éstos, miR-451 y Let-7a se han asociado previamente a ECV por lo que podrían ser los mejores candidatos para futuros estudios de validación.

17. IMPACTO DE LA ECOGRAFÍA EN LA DECISIÓN TERAPÉUTICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL (ESTUDIO IMPULSAR)

E. Toniolo, C. Díaz-Torné, C. Moragues, C. Geli, I. Castellví, P. Moya, M. Millán y J.M. Llobet

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La remisión o la mínima actividad de la enfermedad es el objetivo terapéutico recomendado en todas las guías de manejo de la artritis reumatoide (AR). Se ha demostrado en múltiples estudios que la ecografía articular es más fiable y sensible que la exploración física, tanto en el diagnóstico como en la valoración de la actividad de la AR. Sin embargo, se desconoce el impacto real de esta técnica sobre la práctica clínica diaria y la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivos: Determinar qué proporción de decisiones terapéuticas son modificadas por los resultados de la exploración ecográfica. Objetivo secundario: establecer qué grupo/perfil de pacientes se beneficiaría más de una exploración ecográfica para una mejor optimización del tratamiento.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva 78 pacientes adultos diagnosticados de AR por criterios ACR 1987, visitados en consultas externas de Reumatología de nuestro centro, entre julio y noviem-

bre 2014. En todos los pacientes se realizó una visita estándar por su reumatólogo habitual que expresó una decisión terapéutica según los hallazgos de clínica, exploración física y parámetros analíticos. Sucesivamente, se realizó una exploración ecográfica por el ecografista del centro. Se valoró la presencia de un cambio en la actitud terapéutica del reumatólogo habitual, a la luz de los hallazgos ecográficos. Se clasificó el cambio de actitud como negativo (mantenimiento de la actitud terapéutica) y positivo (dirigido a una intensificación o a una reducción del tratamiento respecto a la decisión inicial). A partir de la historia clínica, se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio y se calcularon los principales índices de actividad.

Resultados: Las características clínicas, demográficas, de laboratorio, el tratamiento y los índices de actividad se muestran en la tabla. En 29 pacientes [37,2% (IC95%: 26,5-48,9)] los resultados de la exploración ecográfica condicionaron un cambio en la actitud terapéutica del reumatólogo habitual. En 18 pacientes (62,07%) el cambio fue hacia una intensificación del tratamiento, en 11 pacientes (37,93%) se redujo el tratamiento. El cambio de actitud fue mayor en los enfermos con actividad intermedia de la enfermedad (actividad leve y moderada) que en aquellos con actividades extremas (remisión y alta actividad) 41,4% vs 25%, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Se encontró un mayor cambio de actitud terapéutica en los hombres (53,8% vs 33,8%) y en las formas erosivas (43,6% vs 21,7%), sin que los resultados alcanzaran la significación estadística.

Tabla Póster 17

	Total (n = 78)
Edad (años $\pm$ DE)	63,27 ($\pm$ 12,94)
Tiempo de evolución (años $\pm$ DE)	15,49 ($\pm$ 10,66)
Sexo femenino (%)	65 (83,33%)
Erosiones (%)	55 (70,51%)
FR positivo (%)	49 (62,82%)
CCP positivo (%)	59 (75,64%)
Comorbilidad > 2	59 (75,64%)
FAMES	
Metotrexate	33 (42,31%)
Leflunomida	5 (6,41%)
Salazopirina	7 (8,97%)
Hidroxicloroquina	2 (2,56%)
Terapias biológicas	
Anti-TNF	14 (17,95%)
Otros	11 (14,10%)
DAS28-VSG (media $\pm$ DE)	3,19 ($\pm$ 1,09)
Actividad	
Alta	1 (1,28%)
Moderada	36 (46,15%)
Baja	22 (28,20%)
Remisión	19 (24,36%)

Conclusiones: La ecografía articular es una herramienta complementaria importante a la hora de tomar decisiones terapéuticas en condiciones de práctica clínica diaria. Los pacientes con actividades intermedias de la enfermedad podrían beneficiarse más del uso de la ecografía.

18. EVENTOS ADVERSOS A AGENTES BIOLÓGICOS EN PACIENTES ANCIANOS CON ARTRITIS REUMATOIDE: COHORTE DE 13 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Z. Rosales¹, D. Freitas², A. Gómez², L. Arietti², P. Macarrón², J.M. Leal², J.A. Jover² y L. Abásolo²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Fundación de Investigación Biomédica Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Tras más de una década de utilización de agentes biológicos (AB), es ampliamente conocida su eficacia para el trata-

miento de la artritis reumatoide (AR) así como su relación con la aparición de eventos adversos (EA). Sabemos que el metabolismo de los fármacos cambia con la edad y, por tanto, los EA pero no disponemos de información concreta a cerca de los AB en estos pacientes en la vida real.

Objetivos: Describir la incidencia y características de los EA moderados y graves a los AB en una cohorte de pacientes ancianos con AR.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo desde el 1 de enero 2000 hasta el 18 de noviembre de 2013. Sujetos: pacientes con AR seguidos en consultas del Hospital Clínico San Carlos, que iniciaron tratamiento con AB en edades posteriores a 65 años, en el período del estudio. Variable principal: desarrollo de un EA (moderado: suspensión del fármaco independientemente de las repercusiones; grave: suspensión e ingreso hospitalario o fallecimiento) a AB. Variables secundarias: a) sociodemográficas (edad, sexo); c) clínicas (duración de la enfermedad, tipos de AB (etanercept (ETN), golimumab (GOLI), certolizumab (CTZ), infliximab (IFX) y adalimumab (ADA); otros biológicos: rituximab (RTX), abatacept (ABATA), tozilizumab (TZL)). Análisis: descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos y de las causas de EA mediante distribución de frecuencias, y la media y desviación estándar. Incidencia de EA mediante técnicas de supervivencia, expresándose la incidencia por 100 pacientes/año con su respectivo intervalo de confianza 95% (IC95%).

Resultados: 146 pacientes ancianos con AR fueron incluidos en el estudio, los cuales iniciaron 286 cursos diferentes de tratamiento con AB; el seguimiento fue de 604,5 pacientes/año. De ellos el 78% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de $66,5 \pm 7$ años y un tiempo medio hasta el primer AB de 6 ± 5 años. El fármaco más frecuentemente utilizado fue el ADA (27,3%), seguido de IFX (22,4%), ETN (21,3%) y RTX (19,2%). Se registraron 111 EA con una supervivencia de AB en el primer año del 71% que fue bajando a lo largo del seguimiento, siendo del 35% a los 5 años. La tasa de EA fue de 18,4 (IC95%: 15,2-22,1), en la tabla se presentan las incidencias de EA por fármaco. La causa más frecuente de EA fueron las infecciones (50,5%) con una incidencia de 9,3 (IC95%: 7,1-12). El 56% de los EA fueron graves con una incidencia de 10,3 (IC95%: 8-13,2). La principal causa de EA grave fueron también las infecciones (51,6%) seguidas de la insuficiencia cardíaca congestiva. Se registraron 16 fallecimientos con una tasa de mortalidad de 2,7%.

Tabla Póster 18

EA	N	Personas*año	Incidencia	IC95%
Todos los EA:	111	604,5	18,4	15,2-22,1
IFX	39	176,8	22,1	16,1-30,2
ETN	17	117,2	14,5	9-23,3
ADA	32	185,5	17,3	12,2-24,4
RTX	16	91,7	17,5	10,7-28,5
Otros AB	7	33,4	21	10-44
EA graves:	62	604,5	10,3	8-13,2
IFX	28	176,8	15,8	10,9-22,9
ETN	6	117,2	5,1	2,3-11,4
ADA	15	185,5	8,1	4,9-13,4
RTX	11	91,7	12	6,6-21,7
Otros AB	2	33,4	6	1,5-23,9

Conclusiones: A los 5 años de tratamiento, dos tercios de los pacientes mayores de 65 años han suspendido los AB por EA. La tasa de EA en general estimada ha sido de 18,4 por 100 pacientes/año y de 10,3 para EA graves, siendo la causa más frecuente las infecciones en ambos casos. El IFX fue el fármaco con mayor incidencia de EA. La mortalidad en nuestra cohorte fue del 2,7%. Este estudio contribuye al aumento del conocimiento de los EA con AB a largo plazo en pacientes con AR mayores de 65 años en condiciones de la vida real.

19. SUPERVIVENCIA DE BIOLÓGICOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON ARTRITIS REUMATOIDE: COHORTE DE 13 AÑOS DE SEGUIMIENTO

D. Freites¹, L. Arietti¹, Z. Rosales¹, A. Gómez¹, E. Pato¹, J.L. Fernández², B. Fernández¹ y L. Abásolo²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Fundación de Investigación Biomédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Tras más de una década de utilización de agentes biológicos (AB), es ampliamente conocida su eficacia para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Con el uso cada vez más extendido de estos fármacos, el conocimiento exhaustivo de su comportamiento a largo plazo es fundamental.

Objetivos: Evaluar la supervivencia de los AB, así como las causas de suspensión de los mismos en una cohorte de pacientes ancianos y con AR.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de 13 años de seguimiento. Sujetos: pacientes con AR seguidos en consultas de nuestro hospital, que iniciaron tratamiento con AB en edades posteriores a 65 años, a partir del 1 de enero 2000 hasta el 18 de noviembre de 2013. Variable principal: suspensión de AB (etanercept (ETN), golimumab (GOLI), certolizumab (CTZ), infliximab (IFX) y adalimumab (ADA); otros biológicos: rituximab (RTX), abatacept (ABATA), tozilizumab (TZL)) debida a: a) evento adverso (EA) (que requiera suspensión y EA grave (ingreso hospitalario o exitus); b) ineficacia; c) decisión del paciente; d) remisión o mejoría, e) otras. Variables secundarias: sociodemográficas (edad, sexo); clínicas (duración de la enfermedad, tipos de AB). Análisis: descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos y de las causas de suspensión mediante distribución de frecuencias, y la media y desviación estándar. El tiempo de exposición se definió desde la fecha de inicio de cada AB a la fecha de suspensión, pérdida de seguimiento o fecha de corte. Las tasas de suspensión de los AB mediante técnicas de supervivencia, expresándose la incidencia por 100 pacientes/año con su respectivo intervalo de confianza 95% (IC95%).

Resultados: 146 pacientes con AR fueron incluidos en el estudio, los cuales iniciaron 286 cursos diferentes de tratamiento con AB, con un seguimiento total de 604,5 pacientes/año. De ellos el 78% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de $66,5 \pm 7$ años y el tiempo medio hasta al inicio del primer AB de 6 ± 5 años. El fármaco más frecuentemente utilizado fue el ADA (27,3%), seguido de IFX (22,4%), ETN (21,3%) y RTX (19,2%). El 24% de los pacientes seguía con el tratamiento en el momento del fin de seguimiento. Encontramos 199 suspensiones en 87 pacientes: 21,7% por ineficacia, 39% por EA (6% exitus), 2,8% decisión del paciente y 2,8% por mejoría. La mediana de supervivencia de AB fue de 1,7 años (IC95% 1,2 1,9), con una incidencia de suspensión de 33 (IC95% 28,6 37,8). La incidencia de suspensión por fármaco se muestra en la tabla. La tasa de suspensión por EA fue de 18,4 (IC95%: 15,2-22,1). La tasa de suspensión debido a ineficacia fue de 10,3 (IC95% 8 13,5) y la de mejoría 1,3 (IC95% 0,66 2,64).

Tabla Póster 19

Fármaco	N	personas*año	Incidencia	IC95%
IFX	53	176,8	30	23-39,2
ETN	40	117,2	34	25-46,5
ADA	54	185,5	29,1	22,3-38
RTX	36	91,6	39,2	28,3-54,4
Otros biológicos	16	33,4	47,8	29,3-78,1

Conclusiones: A los 2 años de tratamiento, la mitad de los pacientes mayores de 65 años han suspendido los AB por diferentes motivos. La tasa de suspensión se ha estimado en 33 por 100 pacientes/año, siendo la causa más frecuente la ineficacia, seguida de la aparición de los EA. Este estudio contribuye al aumento del conocimiento de la supervivencia a largo plazo de estos fármacos en pacientes con AR mayores de 65 años y en la vida real.

20. OPTIMIZACIÓN DE AGENTES BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. Gómez¹, Z. Rosales¹, L. Arietti¹, D. Freitas¹, E. Pato¹, C. Vadillo¹, J.A. Jover¹ y L. Abásolo²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Fundación de Investigación Biomédica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir y comparar las pautas de optimización y las recaídas por actividad de la enfermedad tras la misma de los agentes biológicos (AB) en la práctica clínica: etanercept (ETN), adalimumab (ADA), infliximab (IFX), rituximab (RTX), otros antiTNF (certolizumab, golimumab) y otros AB (abatacept, tozilizumab) en una extensa cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a pacientes con AR atendidos en consultas externas de nuestro centro, en tratamiento con AB entre el 31/12/99 y el 15/11/13. Se consideró optimización al descenso de un 15% de la dosis durante al menos 4 veces el período recomendado entre ellas, y recaída tras optimización a la suspensión o reinicio de la medicación a la dosis recomendada. La incidencia se estimó utilizando técnicas de supervivencia, expresadas en 100 pacientes año con sus intervalos de confianza (IC95%). Se utilizaron modelos de regresión de Cox (ajustado por edad, género, tiempo calendario y AB previo) para comparar los ABs (resultados en HR (IC95%)).

Resultados: 433 pacientes con AR con 752 cursos de tratamiento de AB diferentes, con un seguimiento de 1,808 pacientes-año. 81% mujeres con edad media al diagnóstico de 52 años y mediana de tiempo hasta el primer anti-TNF de 3,8 años. El fármaco más utilizado fue ADA (33%) seguido de ETN (25%), IFX (19%), y RTX (14%). Se registraron 146 optimizaciones (19,5%) con una incidencia de 8,1 (6,8-9,5) debido a mejoría clínica (97%) y a infecciones (3%). La media de tiempo hasta la optimización varió con la fecha de inicio del AB (pre-2003: 4,2, 2004-2008: 2,9 y post-2009: 1,1 años; $p < 0,001$) y la incidencia aumentó con el tiempo (pre-2003: 3,8, 2004-2008: 7,8 y post-2009: 12,2 $p < 0,005$). El IR de optimización para ADA, ETN, IFX y RTX fue de 10,4 (8,2-13,1), 9,5 (6,9-13,1), 4,3 (2,7-9,0), y 4,5 (2,3-9,1) respectivamente. El HR para optimización en ADA, ETN y RTX comparado con IFX fue 1,60 (1,02-2,5, $p = 0,04$), 1,38 (0,8-2,2, $p = 0,18$) y 0,52 (0,24-1,12, $p = 0,09$) respectivamente. El HR para optimización en ADA y ETN comparado con RTX fue de 3,1 (1,6-5,9, $p = 0,001$) y 2,6 (1,4-5,1, $p = 0,003$). No hubo diferencias para ADA comparado con ETN. Tras optimización, el fármaco fue suspendido o reintroducido a la dosis recomendada en un 36% de los casos (78% por recaídas), en ADA (33%), ETN (36%), IFX (68%) y otros anti-TNFs (25%). La incidencia de recaídas por actividad fue de 6,3 (4,6-8,6), más baja para ADA y ETN comparado con IFX (HR 0,42 [0,19-0,94], HR 0,34 [0,13-0,89] respectivamente). No hubo diferencias significativas entre ETN y ADA. No hubo recaídas con RTX. El 75% de los pacientes que recayeron por actividad tras optimizar respondieron a la reinstauración de las dosis recomendadas, el resto cambiaron a otro AB.

Conclusiones: La incidencia de optimización del tratamiento fue de 8% pacientes-año, aumentando en periodos más recientes. De estos pacientes, el 36% suspendió tratamiento o se reintrodujo a las dosis recomendadas debido principalmente a recidivas de la enfermedad. La optimización de dosis fue similar entre ADA y ETN, y significativamente más baja para IFX y RTX. Tras optimización, IFX fue el fármaco que presentó mayor incidencia de recaídas por actividad. No hubo recaídas con RTX. EL uso de AB previos disminuye la probabilidad de optimizar el AB actual. Las implicaciones clínicas y económicas potenciales de las distintas pautas deberán ser evaluadas más adelante.

21. PROTEINASE K-LIKE SERINE PROTEASE PCSK9 EN LA DISLIPEMIA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

B. Tejera-Segura¹, R. López-Mejías², F. Genre², B. Ubilla², E. Delgado-Frías¹, V. Hernández-Hernández¹, A.M. de Vera-González³, A.F. González-Rivero³, F. Díaz-González¹, M.A. González-Gay² e I. Ferraz-Amaro¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Laboratorio Central. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: Proteinase K-like serine protease PCSK9 es una proteasa que se une al receptor del colesterol LDL (low-density lipoprotein) impidiendo su degradación y ocasionando, por tanto, una reducción del aclaramiento del colesterol LDL. Un mayor nivel plasmático de PCSK9 se ha asociado a niveles más altos de colesterol LDL y a un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Investigar cómo PCSK9, una de las moléculas implicadas en el metabolismo del colesterol LDL, se expresa en pacientes con artritis reumatoide (RA) y cuál es su papel en la alteración del perfil lipídico de este grupo de pacientes.

Métodos: Se determinaron las concentraciones plasmáticas de PCSK9 y perfil lipídico en 115 pacientes con AR y 101 controles. Mediante análisis multivariante ajustado por factores clásicos de riesgo cardiovascular y toma de corticoides, se estudió la relación de los niveles de PCSK9 con los parámetros específicos de dislipemia en pacientes con AR comparado con controles, así como con la actividad de la enfermedad y parámetros inflamatorios.

Resultados: Los pacientes con AR que no toman glucocorticoides mostraron, en comparación con controles, niveles inferiores de colesterol total (216 ± 39 vs 196 ± 37 mg/dl, $p = 0,00$), colesterol LDL (135 ± 36 vs 115 ± 34 mg/dl, $p = 0,02$), colesterol no-HDL (161 ± 40 vs 141 ± 41 mg/dl, $p = 0,04$) y apolipoproteínas A1 y B (176 ± 30 vs 162 ± 32 mg/dl, $p = 0,01$, y 91 ± 17 vs 82 ± 18 mg/dl, $p = 0,00$, respectivamente). Estas diferencias no se hallaron cuando se compararon los controles con pacientes en tratamiento con corticoides. Mientras que los pacientes en tratamiento con corticoides no mostraron diferencias con controles en los niveles de PCSK9, sí que los niveles de PCSK9 en pacientes naïve para esteroides fueron significativamente inferiores a controles ($2,68 \pm 1,46$ vs $2,22 \pm 1,18$ µg/ml, $p = 0,03$). El ratio LDL:HDL colesterol no mostró relación con los niveles de PCSK9 en pacientes con AR ni en controles. Los niveles de PCSK9 no revelaron, tampoco, relación con parámetros de actividad o inflamación de la enfermedad.

Conclusiones: Los niveles de PCSK9 están disminuidos en pacientes con AR que no toman corticoides en comparación con controles. Este hecho es independiente del descenso de LDL que la enfermedad provoca.

22. ¿EL USO DE METOTREXATO EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO MODIFICA LOS NIVELES SÉRICOS DE HEMOGLOBINA, COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS?

J. Calvo Gutiérrez^{1,2}, R. Ortega Castro^{1,2}, R. Jiménez Gasco¹, P. Font Ugalde^{1,2,3}, M.C. Castro Villegas^{1,2}, A. Escudero Contreras^{1,2,3} y E. Collantes Estévez^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. ³Universidad de Córdoba.

Introducción: Diversos estudios en AR ponen de manifiesto que una tasa elevada de inflamación se correlaciona con bajas concentraciones séricas de lípidos y a la inversa; tras tratamiento intensivo que reduzca el estado proinflamatorio, los lípidos tienden a aumentar, siendo únicamente el aumento de triglicéridos lo que

se asocia de forma significativa con la presencia de ECV. En AR de estadio inicial, los marcadores inflamatorios están elevados y los lípidos se afectan cuantitativamente (suelen estar disminuidos) y cualitativamente (alteración subfracciones). Navarro-Millán mostró que el uso de metotrexato (mtx) durante 24 semanas aumenta las concentraciones de lípidos, aunque su uso se asocia con una tendencia a la reducción de ECV y es por ello que se ha sugerido que presenta propiedades cardioprotectoras produciendo efectos sobre las características de los lípidos.

Objetivos: Valorar la influencia del uso de mtx en los niveles de colesterol (Col), triglicéridos (Tg) y hemoglobina (Hb) en una cohorte de pacientes con AR de reciente inicio durante 5 años de seguimiento, así como registrar la aparición o no de ECV.

Métodos: Estudio observacional longitudinal que incluye 50 pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) de menos de 6 meses de evolución desde el inicio de los síntomas y que habían iniciado tratamiento con mtx o hidroxycloroquina (hcq). Se registró la presencia o no de ECV y se realizó control analítico basal (sin tratamiento), al año y a los 5 años de seguimiento. Se comparó en ambos grupos (mtx o hcq), la actividad clínica según índice DAS28 (VSG), así como los niveles de Hb, Col y Tg tras inicio del tratamiento.

Resultados: De los 50 pacientes 72% fueron mujeres con una edad media de $50,39 \pm 16,13$ años y un tiempo medio de evolución de enfermedad inferior a 6 meses. El 64% inició tratamiento con mtx con una dosis media de $9,08 \pm 1,89$ mg/semanal. La proporción de fumadores, hipertensos y diabéticos era escasa, aunque la carga inflamatoria era elevada con un DAS28 medio > 4 . La media de Col y Tg basales fue de $199,18 \pm 37,48$ mg/dl y $95,60 \pm 46,65$ mg/dl respectivamente, estando ambos dentro de la normalidad, al igual que los niveles Hb ($12,54 \pm 1,81$ g/dl). Durante el seguimiento no se registró ningún ECV en ninguno de los grupos. Cuando comparamos el cambio en los niveles de Col y Hb al año y a 5 años con respecto a los valores basales en relación a la toma de mtx, no encontramos diferencias significativas, manteniéndose los niveles séricos estables antes y después del tratamiento; si encontramos reducción de los niveles de Tg en el grupo de pacientes tratados con mtx respecto a hcq al año de seguimiento ($p < 0,05$). Durante el seguimiento también observamos una reducción significativa de la actividad clínica según DAS28 cuando lo comparamos con la situación basal, ocurriendo lo mismo en ambos grupos ($p < 0,01$).

Conclusiones: A la vista de nuestros resultados, podríamos concluir que la introducción de mtx en paciente con AR de reciente inicio mejora la actividad clínica y con ello la inflamación subyacente sin que se produzca un aumento en los niveles de Col total ni conlleve un aumento en la presencia de desarrollo de EVC; a su vez existe una disminución en los niveles de Tg de forma significativa si lo comparamos con el uso de hidroxycloroquina, lo cual corroboraría su perfil cardioprotector.

23. LA RIGIDEZ ARTERIAL SE INCREMENTA CON EL TIEMPO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. FACTORES RELACIONADOS CON EL CAMBIO

M. Robustillo Villarino¹, E. Rodilla Sala², F. Gil Latorre¹, M.A. Martínez Ferrer¹, M.D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, G. Albert Espí¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Vergara Dangond¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ²Hospital General de Sagunto.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) está asociada a un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (CV). La medición de la rigidez arterial mediante la velocidad de la onda de pulso (VOP) refleja estadios precoces de la enfermedad CV. En personas sanas, la VOP aumenta de forma fisiológica con la edad. En pacientes con AR se

ha observado una mejoría en distintos marcadores de daño vascular (entre ellos la VOP) tras intervención terapéutica pero no se ha valorado la evolución natural de la VOP en práctica clínica habitual.

Objetivos: Explorar la evolución natural de la VOP en pacientes con AR y los factores relacionados con estos cambios.

Métodos: Tipo de estudio: antes-después. De una cohorte de 237 pacientes con AR en los que se había investigado la existencia de enfermedad vascular subclínica, se reclutaron de forma consecutiva 90 pacientes, a los que se volvió a evaluar un año después. Se recogieron de nuevo datos demográficos (sexo, edad, IMC), clínicos y analíticos de la AR (FR, antiCCP, PCR media, tiempo de evolución de enfermedad), y factores clásicos de riesgo CV (HTA, DL, tabaquismo, índice aterogénico). Con estos datos, se estimó el SCORE modificado según recomendaciones EULAR. Utilizamos el dispositivo validado Mobil O Graph® para medir la velocidad de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular. Los pacientes se clasificaron en alto RCV si la VOP ≥ 10 m/s. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Tras excluir a los pacientes con alto riesgo CV (evento CV previo, filtrado glomerular < 60 mg/dL, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana), se evaluaron finalmente al año un total de 70 pacientes: 74,3% mujeres, 20% fumadores, IMC medio 27,89, 31,4% con HTA, 51,4% con DL; 54,3% antiCCP positivo, 62,9% FR positivo. Se detectó una VOP patológica en un 32,4% de los pacientes, siendo la VOP media estadísticamente superior a la basal (0,07-0,32). El incremento de VOP se asoció con el SCORE modificado ($p 0,048$), y se correlacionó de forma moderada con la TAS (43,7%). El estudio de regresión lineal determinó una dependencia entre VOP y TAS [b (0,07-0,021), R2 0,191], controlado por tiempo de evolución de enfermedad, QIMT, IA, edad e IMC. En relación con otras variables (sexo, HTA, DL, tabaquismo, FR y antiCCP) sí se observaron diferencias, pero éstas no resultaron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Al igual que en la población general, en pacientes con AR la VOP cambia con el tiempo en relación con la TAS, pero no con el tiempo de evolución de enfermedad. Se hace necesario un seguimiento más prolongado para poder determinar con certeza la posible relación entre diferentes factores de riesgo CV, clásicos y/o relacionado con la AR, y la progresión del daño vascular determinado por la VOP.

24. EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE INFLIXIMAB, ETANERCEPT Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Cárdenas¹, S. de la Fuente², P. Font-Ugalde³, M.C. Castro-Villegas³, M. Romero-Gómez³, D. Ruiz-Vílchez³, J. Calvo-Gutiérrez³, R. Ortega-Castro³, A. Escudero-Contreras³, M.A. Casado⁴ y E. Collantes³

¹Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba/IMIBIC/Universidad de Córdoba. ⁴Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberica.

Introducción: Los fármacos contra el factor de necrosis tumoral alfa (anti TNF- α) son eficaces y efectivos en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR), si bien no se ha establecido superioridad entre ellos. De igual forma, no se dispone de estudios de farmacoeconomía que evalúen el coste-efectividad de los fármacos biológicos en condiciones de práctica clínica real.

Objetivos: Comparar el coste-efectividad de infliximab, etanercept y adalimumab para alcanzar remisión clínica cuando se emplean como terapia biológica de inicio en pacientes de práctica clínica real, utilizando la perspectiva del sistema sanitario y con un horizonte temporal de 2 años.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de AR que empezaron tratamiento con infliximab, etanercept o adalimumab entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2012. Los

pacientes fueron atendidos aplicando un protocolo de consenso multidisciplinar para el manejo de AR en un hospital de tercer nivel. Se analizaron variables clínicas, datos demográficos y consumo de recursos sanitarios directos. La efectividad se midió como el porcentaje de pacientes que alcanzaban remisión clínica (DAS28 < 2,6) a los 2 años de tratamiento. Para el análisis del coste se consideró la perspectiva del sistema sanitario, por lo que se tuvo en cuenta el consumo de los recursos sanitarios directos siguientes: coste de adquisición de fármacos (PVL), asistencia a consultas de especialista en Reumatología, asistencia a Urgencias, pruebas complementarias realizadas (laboratorio y pruebas de imagen), necesidad de hospitalización y utilización de hospital de día para la administración de fármacos intravenosos. El análisis coste-efectividad de cada fármaco se calculó dividiendo el coste medio total de cada uno a los dos años por el porcentaje de pacientes que alcanzaron remisión clínica. Esto dato nos indica el coste por paciente a dos años de cada fármaco para alcanzar remisión clínica.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes, 55 con infliximab, 44 con etanercept y 31 con adalimumab. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características basales de los 3 grupos. El 45,20% de los pacientes con adalimumab alcanzaron remisión clínica a los dos años, frente a un 29,1% con infliximab ($p = 0,133$) y 22,7% con etanercept ($p = 0,040$), sin diferencias entre etanercept y adalimumab ($p = 0,475$). El coste medio total de los recursos sanitarios directos empleados a los dos años fue de 29.857,67 €, 25.328,60 € y 23.309,09 € para adalimumab, infliximab y etanercept respectivamente (ns). Así, el coste medio (IC95%) para alcanzar remisión clínica a los dos años con adalimumab, infliximab y etanercept fue de 66.057€ (48.038-84.076), 87.040 € (78.496-95.584) y 102.683€ (94.559-110.807) respectivamente. Adalimumab resultó más eficiente que etanercept ($p < 0,001$) e infliximab ($p = 0,026$), sin encontrar diferencias entre etanercept e infliximab ($p = 0,086$).

Conclusiones: Adalimumab resultó el tratamiento más eficiente para alcanzar remisión clínica en condiciones de práctica clínica real en nuestro hospital durante el período examinado.

25. FACTORES PREDICTIVOS DE DISCONTINUACIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA POR REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ANÁLISIS BASADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE TERAPIAS BIOLÓGICAS BIOBADASER

M.V. Hernández¹, J.A. Gómez-Puerta^{1,2}, J.D. Cañete¹, J.J. Gómez-Reino³, A. Sifuentes⁴, J. García⁵, F.J. Manero-Ruiz⁶, M.D. Ruiz-Montesino⁷, E. Pérez-Pampín³, C. Rodríguez-Lozano⁸, S. Manrique⁹, R. Roselló Pardo¹⁰, C. Campos¹¹, A.M. Ortiz¹², E.G. Tomero Muriel¹², M. Montoro¹³, J. Román Ivorra¹⁴ y R. Sanmartí¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Division of Rheumatology. Brigham and Women's Hospital.

Boston, MA. EEUU. ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital General Carlos Haya. Málaga. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital General San Jorge. Huesca. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción y objetivos: Actualmente, la remisión se considera un objetivo alcanzable en muchos pacientes afectados de artritis reumatoide (AR) tratados con terapia biológica. Sin embargo, aún existe poca información sobre los factores predictivos de discontinuación de terapia biológica por remisión en estos pacientes. Nuestros objetivos fueron analizar la frecuencia de discontinuación de terapia biológica por remisión en pacientes con AR tratados con fármacos biológicos e identificar aquellos factores predictivos de discontinuación en base a las características basales de los pacientes en el momento de inicio del tratamiento biológico.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, de cohortes de pacientes previamente incluidos en el registro nacional de terapias biológicas BIOBADASER 2.0. Se seleccionaron pacientes con AR que habían recibido tratamiento con el mismo fármaco biológico al menos durante 3 meses. No se incluyeron pacientes tratados con rituximab. El periodo de estudio incluyó todos los pacientes registrados en BIOBADASER 2.0 que habían recibido terapia biológica desde abril de 1998 hasta diciembre de 2013. El desenlace principal fue la discontinuación de fármaco biológico por remisión según criterio del médico responsable. Los datos censurados ocurrieron de forma administrativa (fin del registro de los datos), cuando los pacientes discontinuaron la terapia biológica por otras causas (efectos adversos, ineficacia o pérdida de eficacia, embarazo/deseo gestacional, entre otros) o por pérdida de seguimiento. Se utilizaron modelos multivariados de riesgos proporcionales (sub-distribution hazards (SHR)) para analizar la asociación entre los diversos factores predictivos y la discontinuación por remisión, considerando la falta de eficacia, la suspensión por efectos adversos, la pérdida de seguimiento, o la discontinuación por otras causas, como eventos competitivos.

Resultados: Se incluyeron 3.516 pacientes con AR de los que 3.161 habían recibido al menos 3 meses de terapia biológica. De ellos, 753 pacientes discontinuaron la terapia biológica por efectos adversos, 867 por ineficacia o pérdida de eficacia, 48 por embarazo o deseo gestacional, 143 por otros motivos, 101 fueron pérdidas de seguimiento, y en 15 casos el motivo de discontinuación no estaba

Tabla Póster 25

	No discontinuación por remisión* (n = 3,102)	Discontinuación por remisión (n = 59)	p
Edad (años, media ± DE)	53,9 ± 13,2	58,5 ± 12,4	0,007
Género (mujer %)	79,9	88,1	0,11
Duración de la enfermedad (años, media ± DE)	9,3 ± 8,7	7,0 ± 6,0	0,04
AR seropositiva (%)	89,3	89,8	0,89
Fumador actual	12,2	6,8	0,20
Enfermedad extraarticular (%)	20,1	15,3	0,35
AR nodular (%)	7,4	5,1	0,25
Índice DAS-28 (media ± DE)	3,75 ± 2,85	4,22 ± 2,47	0,21
Tratamiento con metotrexato (%)	56,7	62,7	0,35
Tratamiento con glucocorticoides (al inicio de biológico, %)	53,4	59,3	0,37
Tratamiento con FAMES (al inicio del biológico, %)	71,2	71,2	0,99
Terapia anti-TNF (como primer biológico, %)	93,9	98,3	0,15

*Se incluyeron todos los pacientes que fueron censurados y los que continuaban recibiendo tratamiento con terapia biológica.

indicado. 1.175 pacientes continuaron recibiendo terapia biológica hasta el final del estudio. Sólo 59 pacientes (1,8%) discontinuaron terapia biológica por remisión. En la tabla se describen las características basales de los pacientes en el momento del inicio de la terapia biológica. En el análisis multivariado (sub-hazard ratio) el género (mujer) (SHR 2,81, IC95% (1,01-7,83)), la edad al inicio de la enfermedad (SHR 1,04, IC95% (1,01-1,07)) y la duración de la misma (SHR 0,94, IC95% (0,90-0,98)) fueron factores predictores de discontinuación por remisión, tras ajustar por el uso de metotrexato y glucocorticoides.

Conclusiones: Una pequeña proporción de pacientes con AR (< 2%) pudieron discontinuar la terapia biológica por remisión de la enfermedad. El género, la edad al inicio y la duración de la enfermedad fueron predictores de discontinuación. El pronóstico a largo plazo de los pacientes que han discontinuado biológico por remisión no es todavía bien conocido y serían necesarios futuros estudios para elucidar su evolución clínica.

26. OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AR EN HURS CÓRDOBA

R. Ortega Castro¹, J. Calvo Gutiérrez¹, P. Font Ugalde¹, M.C. Castro Villegas¹, R. Jiménez Gasco¹, D. Ruiz Vélchez¹, M. Romero Gómez¹, A. Escudero Contreras¹, M. Cárdenas Aranzana², S. de la Fuente Ruiz² y E. Collantes Estévez¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología; ²Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Reina Sofía/IMIBIC/ Universidad de Córdoba.

Introducción: La optimización de dosis de terapia biológica (TB) en pacientes en remisión es una estrategia empleada en la práctica reumatológica en los últimos años consistente en la reducción de dosis o en la ampliación del intervalo de la misma. Algunos estudios publicados y recomendaciones en guías de manejo de artritis reumatoide (AR), sugieren que los pacientes en remisión sostenida podrían obtener el mismo beneficio con una dosis menor. Recientemente se ha presentado un Documento de Consenso entre la Sociedad Española de Reumatología y la de Farmacia Hospitalaria acerca de la unificación de criterios en la optimización de dosis con TB. Los objetivos de este documento se basan en minimizar la variabilidad entre profesionales en la optimización de estos fármacos, promoviendo la búsqueda de la dosis mínima efectiva para cada paciente, limitando la aparición de efectos adversos y promoviendo un ahorro económico.

Objetivos: Comparar las características clínico-analíticas que definen la actividad de los pacientes con AR en tratamiento con TB en remisión al inicio y al año de su optimización.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de 40 pacientes con un seguimiento de 12 meses, procedentes de una cohorte de pacientes con AR (criterios ACR 1987) en tratamiento con TB (anti TNF, abatacept o tocilizumab) que tras alcanzar remisión clínica sostenida según DAS28 (VSG) fueron optimizados siguiendo la siguiente pauta (tabla). Comparamos las características clínico-analíticas al inicio de su optimización y a los 12 meses de seguimiento.

Resultados: De los 40 pacientes con AR que fueron optimizados, 80% eran mujeres con una edad media de $55,25 \pm 14,05$ años, un DAS28 al inicio de la optimización de $2,1 \pm 0,91$ y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de $16,3 \pm 15,3$ años. El fármaco más empleado con pauta de espaciado fue el etanercept (27,5%), seguido de tocilizumab (25%), infliximab y adalimumab ambos con un 15%, abatacept 12,5% y golimumab 5%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al contrastar los parámetros clínico-analíticos de actividad basales y a los 12 meses, manteniéndose por tanto la tasa de remisión cercana al 100% al año de seguimiento (DAS28 medio a los 12 meses de $2,30 \pm 0,77$).

Tabla Póster 26

Fármacos	Pautas posológicas	N (%)
Etanercept	50 mg/10 días	4 (10)
	50 mg/14 días	7 (17,5)
Infliximab	3 mg/9 semanas	4 (10)
	3 mg/10 semanas	2 (5)
Adalimumab	40 mg/21 días	3 (7,5)
	40 mg/30 días	3 (7,5)
Golimumab	50 mg/5 semanas	2 (5)
Tocilizumab	8 mg/kg/5 semanas	4 (10)
	8 mg/kg/6 semanas	6 (15)
Abatacept	750 mg/5 semanas	3 (7,5)
	750 mg/6 semanas	2 (5)

Conclusiones: La optimización de dosis de fármacos biológicos es una práctica clínica habitual en nuestro hospital, empleando más frecuentemente el alargamiento de dosis en lugar de la reducción de la misma respecto a otros hospitales, consiguiendo mantener el estatus de remisión al año de la optimización. Por tanto el grado de adecuación a las recomendaciones del consenso publicado fue excelente respecto al cumplimiento del objetivo terapéutico y al porcentaje de reducción de dosis, por lo que podemos concluir que la optimización si puede ser una actuación útil en pacientes que se encuentran en remisión mantenida.

27. IMPACTO ECONÓMICO DEL ALARGAMIENTO DE DOSIS Y MONITORIZACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA: ESTUDIO PRELIMINAR DE UNA UNIDAD LOCAL DE GESTIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA

J. Rosas¹, F. Linares-Tello², J.M. Senabre¹, G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, X. Barber³, A. Pons⁴, C. Cano⁴, M. Lorente⁴, J. Molina-García² y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Objetivos: Evaluar el impacto económico del alargamiento de dosis y la monitorización de los niveles séricos de adalimumab (ADA) y etanercept (ETN), en pacientes con artritis reumatoide (AR), en remisión clínica, en seguimiento en la Unidad de Gestión de Terapia Biológica de Reumatología.

Métodos: Se determinaron en 2013-2014, los niveles séricos de ADA y ETN, y de anticuerpos anti-ADA y anti-ETN, con técnica de ELISA (Promonitor®-ADA/ETN, Progenika Biopharma, S.A., Grifols SA), en pacientes con AR en remisión, definida por alcanzar y mantener 6 meses consecutivos, un DAS28-VSG = 2,6. Los niveles séricos de corte para ADA y ETN fueron 0,024 mg/L y 0,035 mg/L y para Ac anti-ADA y anti-ETN: 3,5 UA/mL y 132 UA/mL. Las muestras se recogieron el día de administración de ADA y ETN, previo a la misma. Se recogieron características generales de los pacientes y de la AR: evolución de la AR, tiempo en tratamiento con ADA o ETN, causa de retirada o regreso a pauta previa, DAS28-VSG, índice de actividad ecográfica (señal Doppler) en 12 articulaciones, pauta administración basal (ADA: 14 días; ETN: 7 días) y en alargamiento de dosis (ADA: 18-21-28 días; ETN: 10-14 días). Se calculó el número de dosis evitadas anuales en pauta alargada con ADA (cada 18 días: 5,8 dosis; cada 21 días 8,7; cada 28 días: 13) y con ETN (cada 10 días: 15,5 dosis; cada 14 días: 26). Se calculó en euros el dinero ahorrado en los 2 años del estudio y el número teórico de pacientes tratados con dicho ahorro (coste dosis ETN: 250 € y ADA: 500 €).

Resultados: Durante 2013 y 2014, se incluyeron 94 determinaciones (ADA: 53, ETN: 41), de 45 pacientes con AR en remisión (ADA: 23, ETN: 18). El 87% son mujeres, edad media: $60,5 \pm 18$ años. El tiempo medio de evolución de AR: $15 \pm 9,8$ años y el tiempo medio en trata-

Tabla Póster 27

Pauta (días)	Adalimumab				Etanercept			
	18 d (n: 12/21)	21 d (n: 11/26)	28 d (n: 4/7)	Total ADA (n: 27/51)	10 d (n: 10/23)	14 d (n: 8/18)	Total ETN (n: 18/41)	ADA + ETN (n: 45/94)
Pacientes/determinaciones								
Nivel medio anti-TNF (mg/L)	6,58	8,34	2,9	–	2,32	1,45	–	–
Ac anti-TNF (%)	0	0	0	0	0	0	0	0
DAS28-VSG, media (DE)	1,82	1,9	2,8	–	1,73	1,86	–	–
Tiempo medio años (DE), alargamiento	1,5 (0,9)	1,2 (0,5)	1,2 (0,9)	1,3 (0,8)	1,0 (0,4)	1,2 (0,7)	1,1 (0,6)	1,2 (0,7)
Dosis evitadas, n	91,6	106	62,4	260	210	338	548	–
Euros evitados	45.800	53.070	31.200	130.070	52.500	84.500	137.000	267.070
Pacientes tratados con ahorro, n	3,8	4,4	2,6	10,8	4,4	7	11,4	22,2

miento con ADA y con ETN, fue de $5,2 \pm 1,3$ años y de $5,1 \pm 1,8$ años, respectivamente. El tiempo medio en dosis alargada de ADA y ETN fue en ambos de $1,2 \pm 0,7$ años. ADA fue el primer fármaco biológico utilizado en el 73% de los pacientes y ETN en el 67%. Recibían FAME. El 100% de los pacientes con ADA y el 78% de los pacientes con ETN. El 87% de los pacientes mantuvieron la remisión clínica en pauta alargada. Sin embargo, regresaron a la pauta basal no alargada 2 (7%) pacientes con ADA (los 2 pacientes en pauta de 18 días) y 4 (22%) pacientes con ETN (3/75% en pauta de 10 días y 1/25% en pauta de 14 días: media de 6 meses de tratamiento alargado). No se detectaron anticuerpos anti-ADA o anti-ETN en ningún paciente en pauta alargada ni en los que volvieron a pauta habitual previa, tras un seguimiento medio de 1 año. En la tabla, se analizan los niveles de ADA y ETN, presencia de anticuerpos anti-ADA/anti-ETN, e impacto de ahorro económico durante 2013 y 2014, en pacientes con AR en remisión con pauta de dosis alargada. Durante 2013 y 2014, iniciaron terapia biológica 22 pacientes con AR. El tratamiento de 1 año de todos ellos, se cubrió con los pacientes en remisión en pauta de dosis alargada de ADA y ETN.

Conclusiones: 1. En pacientes AR en remisión es posible el alargamiento de dosis de ADA o ETN, monitorizando la actividad clínica y los niveles séricos de fármaco. 2. El alargamiento produce un considerable ahorro económico. 3. No se detecta inmunogenicidad en pacientes en pauta alargada. 4. Es posible que los pacientes que alcanzan remisión prolongada, precisen menor nivel de fármaco para mantenerla.

Este estudio ha recibido una beca de la FER.

28. IMPACTO DEL TRATAMIENTO REDUCTOR DE LA URICEMIA EN EL RIESGO DE EPISODIOS DE INFLAMACIÓN DURANTE INGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON GOTA

S.P. Chinchilla Gallo, I. Urionagüena Onaindia, E. Marimon y F. Pérez Ruiz

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación Biomédica Biocruces. Bilbao.

Introducción: Se ha comunicado un aumento del riesgo (RE 4,1, IC 1,8-9,2), de episodios de inflamación de gota durante periodos de hospitalización (Dubreuil et al. Am J Med 2013) en una encuesta online, con menos de la mitad de pacientes en tratamiento reductor de la uricemia y desconociendo la adecuación del mismo a la diana de uricemia terapéutica. Los autores recomendaron que todos los pacientes deben recibir tratamiento de prevención durante los ingresos.

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento reductor de la uricemia a lo largo del tiempo en pacientes con gota con y sin ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio de casos y controles en una cohorte de pacientes en seguimiento prospectivo, durante un periodo de observación de 6 meses (junio-diciembre 2014). Se analizó la aparición de al menos un episodio de inflamación durante el ingreso y se comparó la tasa

de al menos un episodio durante el periodo de observación en pacientes con al menos un ingreso y sin ingresos hospitalarios, así como el tratamiento, datos basales previos al tratamiento y durante el seguimiento y la uricemia antes del episodio de inflamación al ingreso.

Resultados: 274 pacientes, todos en tratamiento reductor de la uricemia (91,6% varones, edad 61 ± 13 años, uricemia basal $9,1 \pm 1,4$ mg/dl, tiempo de evolución $7,7 \pm 8,1$ años, 37% con tofos, 40% con distribución poliarticular). Veintiocho pacientes (10,2%, 20,4/100 pacientes/año) tuvieron un ingreso y 10 un episodio de artritis: 2 por pirofosfato, 8 por urato. Los pacientes con ingreso mostraron una mayor edad ($67,0 \pm 10$ vs 61 ± 13 p 0,03) pero con el resto de datos similares a los no ingresados. Entre los pacientes ingresados, no se apreciaron diferencias en pacientes con episodio de gota frente a los asintomáticos en genero, edad (71 ± 7 vs 64 ± 10 , p = 0,07), ni en la uricemia basal ($9,0 \pm 1,1$ vs $9,2 \pm 1,0$, p =) o previa al episodio ($5,2 \pm 1,7$ vs $5,1 \pm 1,1$, p = 0,56), en la tasa de uricemia en diana < 6 mg/dl (75 vs 89%, p = 0,32), presencia de tofos, distribución poliarticular o episodios en el año previo al tratamiento. El análisis por año de seguimiento mostró que 7/8 episodios se observaron en los dos primeros años y en ningún caso en pacientes tras 3 o más años de tratamiento. Las tasas y las RE de sufrir al menos un episodio de inflamación aguda por año de seguimiento en tratamiento se muestran en la tabla.

Tabla Póster 28

	Ingreso (+)	Ingreso (–)	RE (IC95%; p)
1er año% (n = 274)	83,3	36,2	8,8 (1,1-76,5; 0,028)
2º año% (n = 143)	28,6	7,3	5,0 (0,9-29,3; 0,11)
> 2º año% (n = 97)	7,7	4,8	1,7 (0,2-16,2; 0,52)
Global	39,9	16,1	4,3 (1,3-14,1; 0,01)

Conclusiones: Observamos una clara tendencia a la disminución del riesgo de episodios de inflamación durante los ingresos en pacientes tratados con reductores de uricemia con aceptable control de uricemia media y en diana terapéutica. El riesgo de sufrir un episodio de inflamación es globalmente similar al comunicado; no obstante, es claro el primer año, posible en el segundo y no se observa posteriormente.

29. RELACIÓN DE LA INFLAMACIÓN SINOVIAL CON LOS DEPÓSITOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON GOTA

F. Pérez Ruiz, E. Garmendia Sánchez, I. Urionagüena Onaindia y S.P. Chinchilla Gallo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación Biomédica Biocruces. Bilbao.

Introducción: Los depósitos intraarticulares de urato se manifiestan ecográficamente como doble contorno, agregados hiperecogénicos y tofos, pero su contribución en la inflamación sinovial no se ha determinado aún.

Objetivos: Valorar la asociación entre el hallazgo de doble contorno (CD) y tofos en ecografía y la presencia de signos ecográficos de sinovitis.

Métodos: Se propuso de forma consecutiva a pacientes con gota con diagnóstico por visualización de cristales de urato en líquido sinovial o tofos, al menos 4 años sin episodios de inflamación articular aguda, incluidos en dos cohortes de seguimiento prospectivo, una de tratamiento activo y otra de suspensión tras tratamiento a largo plazo, sin colchicina, AINE o corticosteroide. Se realizó exploración ecográfica de la primera metatarsofalángica (1ª MTF) y de la rodilla no dominantes por un explorador ciego a los datos clínicos. El doble contorno se valoró como ausente y presente en menos o más del 50% de la superficie articular. En la rodilla, se registró asimismo la localización del doble contorno en uno o ambos cóndilos femorales. La presencia de tofos se evaluó como agregados hiperecogénicos de al menos 5 mm de diámetro máximo, con halo hipoeecogénico asociado. La inflamación sinovial se evaluó mediante la medición de la sinovitis con una escala semicuantitativa 0-3 y la señal Power-Doppler (PD) con una escala semicuantitativa 0-3. Se realizaron análisis bivariable y de regresión múltiple.

Resultados: Se propuso realizar la exploración a 100 pacientes consecutivos que cumplieron criterios, de los cuales aceptaron o acudieron 88, todos ellos varones, con una edad media de 57 ± 9 años, un 74% con afección previa de 1ª MTF y un 59% de la rodilla exploradas. Se excluyeron 13 pacientes con condrocalcinosis ecográfica en la rodilla. La frecuencia de depósito no fue diferente en las dos cohortes, por lo que se hizo un análisis global. Los hallazgos descriptivos se resumen en la tabla. El análisis de regresión múltiple mostró que la presencia sinovitis > 0 solo se asoció de forma estadísticamente significativa con tofos en 1ª MTF (R^2 0,31) y en la rodilla a la presencia de DC extenso o bilateral y tofos (R^2 0,28). La presencia de señal PD > 0 solo se asoció tanto en 1ª MTF como en rodilla a tofos (R^2 0,25 y 0,18). El análisis más restrictivo de engrosamiento sinovial > 1 y PD > 1 no mostró cambios en los resultados.

Tabla Póster 29

%	Depósito	DC	Tofos	Sinovitis > 0	Sinovitis > 1	PD > 0	PD > 1
1ª MTF	64,7	54,8	29,8	48,8	9,4	48,8	21,2
Rodilla	52,9	48,2	17,6	53,0	1,2	47,1	25,9

Conclusiones: La presencia de depósito de urato ecográfico se asocia a sinovitis o sinovitis activa (sinovitis intraarticular con señal Power-Doppler) como marcadores de inflamación sinovial. La presencia de tofos es el principal factor asociado, lo que sugiere que la resolución de los tofos intraarticulares debiera ser la diana principal del tratamiento.

30. INGRESOS EN REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. SEGUIMIENTO A UN AÑO

M.J. Díaz Navarro¹, M.J. Moreno Martínez², M.J. Moreno Ramos¹, M. Castaño Sánchez¹, L.F. Linares Ferrando¹, N. Lozano Rivas¹, C. Marras Fernández-Cid¹, F.A. Martínez Angosto¹, J.J. Martínez Ferrín¹ y A. Bermúdez Torrente¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

²Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: Los estudios epidemiológicos de las enfermedades reumáticas son de gran utilidad al aportar datos sobre el impacto real en la práctica clínica y la repercusión socioeconómica de esta patología.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de las enfermedades reumáticas que ingresan en el servicio de Reumatología de un Hospital de tercer nivel durante un año.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el Hospital Virgen de

la Arrixaca de Murcia en Reumatología durante el año 2013. Se analizaron datos epidemiológicos, diagnóstico por el que ingresaron y días de estancia hospitalaria.

Resultados: Se recogieron un total de 204 pacientes ingresados. Del total, 122 eran mujeres (59,8%) y 82 hombres (40,2%). La edad media fue 60,25 años (60 ± 18). La estancia media fue de 6,14 días ($\pm 5,4$). La frecuencia de los diferentes diagnósticos fue: artropatía degenerativa axial y periférica 33,7% (68). Aplastamiento vertebral 13,9% (28). Realización de vertebroplastia (tumoral, osteoporótica, hemangioma y biopsia) 12,5% (25). Artropatía microcristalina 10,4 (21). Enfermedad sistémica inflamatoria (vasculitis, conectivopatías, etc.) 9,9 (20). Artritis inflamatorias (artritis reumatoide, espondiloartritis, etc.) 7,4% (15). Polimialgia reumática 3,5% (7). Artritis séptica 2,5% (5). Celulitis 2,5% (5). Enfermedad metabólica ósea (osteomalacia, necrosis ósea avascular, etc.) 2% (4). Fibromialgia 1,5% (3). Biopsia ósea 0,5% (1). La única variable en la que encontramos asociación estadística fue la estancia media con el diagnóstico p 0,004. La artritis séptica fue la patología con mayor estancia media hospitalaria y la fibromialgia la que menos.

Conclusiones: Al igual que estudios previos, la patología degenerativa supone el mayor número de ingresos anuales en nuestro hospital. En la región de Murcia, nuestro hospital es de referencia para ciertas técnicas como la vertebroplastia. Por ello, en nuestra serie supone la tercera causa de ingreso hospitalario. La necesidad de tratamiento intravenoso durante varios días, convierte a la artritis séptica en la patología con mayor estancia media.

31. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

J. Tornero¹, A. Fernández Nebro², F. Blanco³, I. González⁴, R. Sanmartí⁵, J. Maymó⁶, J. Ballina⁷, B. Fernández⁸, A. Olivé⁹, H. Corominas¹⁰, A. Erra¹¹, R. Tortosa¹², A. Pluma¹², A. Alonso¹², M. López Lasanta¹² y S. Marsal¹²

¹Hospital Universitario de Guadalajara. ²Hospital Universitario

Carlos Haya. Málaga. ³INIBIC-Hospital Universitario A Coruña.

⁴Hospital Universitario La Princesa. IIS Princesa. Madrid. ⁵Hospital

Clínic. Barcelona. ⁶Hospital del Mar. Barcelona. ⁷Hospital Universitario

Central de Asturias. Oviedo. ⁸Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

⁹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁰Hospital

Moisès Broggi. Barcelona. ¹¹Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹²Grup

de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad compleja de etiología desconocida donde participan tanto factores genéticos como ambientales.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas diferenciales entre pacientes con Artritis Reumatoide y controles sanos en la población española.

Métodos: Estudio transversal, comparativo y multicéntrico de una gran cohorte de pacientes con AR y sujetos sanos hipernormales para las enfermedades IMID obtenidos en el marco de trabajo del Consorcio IMID. Este consorcio agrupa un equipo humano de más de 250 profesionales de la salud e implica la participación de más de 90 investigadores clínicos. Para la obtención de los datos se utilizó el cuestionario epidemiológico elaborado por el Banco Nacional de ADN en el que se registran datos relativos a la edad, género, peso, altura, estilo de vida y nivel de estudios. La descripción cuantitativa de los datos se presenta como la media $\pm$ desviación estándar. La significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$ mediante análisis de regresión logística. Se realizó un análisis multivariante introduciendo el género y la edad como posibles factores de confusión.

Resultados: Se incluyeron 2.366 pacientes con AR y 1.558 sujetos sanos. Un 77% (n = 1.646) de los pacientes con AR y un 40% (n = 617) de los controles eran mujeres. La media de edad de los pacientes con AR fue de $60,6 \pm 1$ años y la de los controles $49,6 \pm 7$ años. En el análisis univariante se observó que la altura (168 ± 9 vs 160 ± 9 ; $p = 6,53 \times 10^{-7}$) y el peso (75 ± 11 vs 67 ± 11 ; $p = 9,31^{-71}$) de los sujetos control fue significativamente superior a los pacientes con AR. Los valores de significación disminuyeron considerablemente al introducir el género y la edad como covariables. En nuestra cohorte, $n = 1.356$ (66%) de los pacientes con AR no tenían estudios o solo estudios primarios. Los sujetos control en su mayoría (68%) tenían estudios medios o superiores. La realización de ejercicio físico de forma regular-frecuente fue significativamente superior entre los controles (33% vs 9%; $p = 1^{-84}$). El género y la edad afectaron en la valoración de la actividad física realizada por ambos grupos de pacientes. En relación a la situación laboral, la mayoría de pacientes con AR eran amas de casa (43%) mientras que en el grupo control eran trabajadores por cuenta ajena (44%). En relación al medio de transporte habitual, los pacientes con AR utilizan con mayor frecuencia el transporte público (39%) mientras que los controles se desplazan en coche (52%). El valor medio del consumo de tabaco, cerveza, vino y tazas de café/té al día fue superior en el grupo control aunque los valores de la significación disminuyeron considerablemente o incluso se perdieron en el análisis multivariante confirmando la influencia del género y la edad en estas variables. El número medio de hijos en los pacientes con AR fue superior de forma significativa al grupo control, diferencia que no se confirmó al incluir las covariables edad y género.

Conclusiones: El presente estudio ha permitido describir las características epidemiológicas diferenciales de una gran cohorte de pacientes con AR y sujetos control representativa de la población española. Los pacientes con AR tienen mayor edad y la mayoría son amas de casa sin estudios o estudios primarios. Se confirma la influencia del género en la significación de determinadas variables como la actividad física, el consumo de alcohol, hábito tabáquico, ingesta de te/café, peso, altura y número medio de hijos.

32. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

A. Alonso¹, A. Fernández Nebro², J. Tornero³, F. Blanco⁴, P. Carreira⁵, I. González⁶, R. Sanmartí⁷, R. Blanco⁸, J. Maymó⁹, V. Martínez Taboada⁸, J. Ballina¹⁰, J.J. Pérez Venegas¹¹, B. Fernández¹², A. Olivé¹³, J.L. Andreu¹⁴, H. Corominas¹⁵, M.A. Aguirre¹⁶, A. Erra¹⁷, P. Vela¹⁸, J.J. Marengo¹⁹, J.M. Nolla²⁰, A. Zea²¹, J.M. Pego²², T. Julià¹, R. Juverdeanu¹, M. López Lasanta¹ y S. Marsal¹

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

²Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ³Hospital General de Guadalajara. ⁴INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. ⁵Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital Universitario La Princesa. IIS Princesa. Madrid. ⁷Hospital Clínic. Barcelona. ⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁹Hospital del Mar. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹¹Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. ¹²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁴Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ¹⁵Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹⁶Hospital Reina Sofía. Córdoba. ¹⁷Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹⁸Hospital General de Alicante. ¹⁹Hospital Valme. Sevilla. ²⁰Hospital de Bellvitge. Barcelona. ²¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ²²Hospital do Meixoeiro. Vigo.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES) son enfermedades complejas de etiología desconocida donde participan tanto factores genéticos como ambientales (i.e. tabaco, dieta, alcohol). En relación a los hábitos alimenticios de estos pacientes no se han realizado hasta la fecha, estudios específicos que determinen si existen diferencias entre ambos grupos.

Objetivos: Analizar los hábitos alimenticios entre pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico en una muestra de pacientes representativos de la población española.

Métodos: Estudio transversal, comparativo y multicéntrico de una cohorte de pacientes con AR y LES controlados en n = 27 Servicios de Reumatología de distintos Hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. Para la obtención de los datos se utilizó el cuestionario epidemiológico elaborado por el Banco Nacional de ADN en el que se registran entre otros, datos relativos a los hábitos alimenticios. El cuestionario dietético incluía la valoración del número de días a la semana en los cuales se ingerían determinados alimentos. La descripción cuantitativa de los datos se presentó como la media $\pm$ desviación estándar de los días de consumo por semana. La significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$ mediante análisis de regresión logística. Se realizó un análisis multivariante introduciendo el género y la edad como posibles factores de confusión.

Resultados: Se incluyeron 3.436 casos, 2.366 eran pacientes con AR y 1.070 pacientes con LES. La proporción de mujeres era de un 77,1% entre los pacientes con AR y un 92,8% entre los pacientes con LES. La media de edad de los pacientes con AR fue de $60,6 \pm 12,9$ años, en los pacientes con LES de $45,5 \pm 13,8$ años. En relación al consumo de carne, pasta, arroz, patatas y dulces se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con AR y LES incluso al ajustar por edad y género. En este sentido, la media del consumo semanal de pasta, arroz y patatas fue superior entre los pacientes con AR al compararlo con los pacientes con LES ($3,41 \pm 1,89$ vs $3,01 \pm 1,66$; $p = 2,86^{-5}$). Asimismo, la media de consumo semanal de carne ($3,22 \pm 1,62$ vs $2,73 \pm 1,59$, $p = 1^{-3}$) y dulces ($3,2 \pm 2,42$ vs $2,72 \pm 2,46$; $p = 5,14^{-4}$) fue superior en los pacientes con LES. En el análisis univariante se observaron diferencias en la media del consumo semanal de pan, cereales, vegetales, lácteos, embutidos y fruta aunque los valores de significación se perdieron al ajustar por género y edad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la ingesta semanal de pescado, legumbres y huevos en los pacientes con AR y LES.

Conclusiones: El presente estudio ha permitido describir los hábitos alimentarios diferenciales de una gran cohorte de pacientes con AR y LES representativa de la población española. Destaca un mayor consumo de pasta, arroz, patatas, pan, cereales, vegetales, fruta y lácteos en el subgrupo de pacientes con AR y un mayor consumo de carne, dulces y embutidos en el subgrupo de pacientes con LES. No obstante, al ajustar por género y edad las diferencias significativas se mantuvieron únicamente en el consumo de carne, pasta, arroz, patatas y dulces.

33. BARRERAS Y FACILITADORES DEL EJERCICIO EN ESPONDILOARTRITIS: ESTUDIO CUALITATIVO DE GRUPOS FOCALES

L. Carmona¹, J. Loza¹, P. Zarco² y M. Flórez²

¹Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

²Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: La baja adherencia es un problema común a todas las estrategias terapéuticas basadas en el ejercicio. El conocimiento de las posibles barreras y facilitadores para la realización de ejercicio en pacientes con espondiloartritis (SpA) es fundamental para el diseño de programas específicos con garantías de eficacia.

Objetivos: Explorar las barreras que los pacientes con SpA tienen ante el ejercicio y proponer facilitadores.

Métodos: Se hicieron dos reuniones que fueron grabadas y analizadas mediante software específico de análisis cualitativo del discurso. El análisis consistió en identificar los elementos que configuraban la realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el resultado mediante: 1) Segmentación según criterios temáticos, 2) Categorización en función de situaciones, relaciones, opiniones, sentimientos u otras, 3) Codificación de las diversas categorías y 4) Interpretación de los resultados.

Tabla Póster 33

Facilitadores y barreras del ejercicio en la SpA

Facilitadores	Barreras
Conocimiento sobre ejercicio (del médico, del monitor y propio) e información (sobre límites, posibilidades, dosis, perjuicios y beneficios)	Desconocimiento en general e incoherencia entre los mensajes de los médicos, monitores y especialistas en deporte, etc.
Tomar conciencia de los efectos positivos	Miedo a las lesiones y a empeorar el dolor. Dolor
Accesibilidad (espacios y horarios). Papel de las asociaciones	Ausencia de cobertura, actividades no accesibles o caras o con horarios muy limitados
Regularidad hábito	Los parones provocados por vacaciones o por brotes
Empezar cuanto antes a hacerlo	Ausencia de mensajes de empuje y refuerzo por parte del médico
Experiencia previa positiva	Malas experiencias previas. Ineficacia del tratamiento farmacológico
Adaptación a la situación individual de cada cual (en cuanto al tipo y forma de realizar el ejercicio, dosis e intervalo)	Brotes de actividad. Fatiga. Dureza de los ejercicios
Un buen monitor o equipo	Un mal monitor
Aspectos sociales del ejercicio, la actividad física y el deporte	Aburrimiento o depresión
Afrontamiento activo	Vidas complicadas. Aislamiento

Resultados: Se realizaron dos grupos focales de 1 hora de duración cada uno con 11 pacientes reclutados a partir de asociaciones y redes sociales en Madrid y provincias colindantes. El perfil de los participantes era el siguiente: 7 (64%) hombres, 8 (72%) entre 40 y 60 años, 6 (57%) con duración de la enfermedad de más de 10 años. El 80% de los entrevistados, hacía algún tipo de ejercicio o actividad física: bien deportes (natación y ciclismo); gimnasia (yoga, pesas, Pilates, antigimnasia, estiramientos, ejercicios de expansión torácica, aeróbic, gimnasia de mantenimiento y tablas de gimnasia en casa); o actividad física (andar ligero, trote, correr, bailar, bicicleta, pasear el perro). Se identificaron 4 fases del afrontamiento del ejercicio o actividad física en la SpA: 1) inicio de la enfermedad, en la que los pacientes se encuentran asustados pero receptivos; 2) estabilización, una fase de confianza y acercamiento a asociaciones y ejercicio en grupo con especialistas; 3) fase de paciente experto que suele implicar relajación del paciente y 4) los brotes. La siguiente tabla muestra los factores facilitadores y barreras. Además se identificaron una serie de factores neutros o discordantes, entre ellos el estrés, el tiempo, el ejercicio en casa o tener que pagar por hacer ejercicio.

Conclusiones: Aparte de reconocer la existencia de factores personales poco modificables, en general los pacientes reclaman mayor conocimiento y educación sobre el ejercicio y sobre los pros y contras en el contexto de su enfermedad, coherencia de mensajes recibidos y mejores monitores que les acompañen en su afrontamiento frente a la enfermedad y al ejercicio. Las asociaciones pueden vehicular mucha de la información, además de acompañar y proporcionar la experiencia previa.

Agradecimientos: Financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

34. CONCORDANCIA DEL CUESTIONARIO PASE (PSORIATIC ARTHRITIS SCREENING EVALUATION) PARA DESPISTAJE Y VALORACIÓN DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA

V. Torrente-Segarra¹, D. Reina Sanz¹, D. Roig¹, D. Cerdà¹, P. Estrada¹, V. Navarro¹, L. Peramiquel², S. García-Díaz¹, R. Fíguls¹, D. Vidal² y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital General Hospitalet-Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: La presencia del antecedente de psoriasis (PSO) puede ayudar a reconocer precozmente los pacientes con artritis psoriásica (APSO) en la misma consulta del dermatólogo. El diagnóstico precoz en las artropatías inflamatorias es crucial para optimizar la evolución clínica de nuestros pacientes. El cuestionario Psoriatic Arthritis Screening Evaluation (PASE) podría ayudar a reconocer precozmente a estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la concordancia del cuestionario PASE para el despistaje de APSO en práctica clínica y su relación con las medidas de actividad de la APSO.

Métodos: Durante el año 2014 el Servicio de Dermatología ha derivado consecutivamente pacientes con PSO a la consulta de Reumatología para evaluar la utilidad de los cuestionarios de cribado PASE para el diagnóstico de APSO y valorar la actividad articular. Una puntuación > 47 en cuestionario PASE se ha mostrado como buen 'cut-off' para la sospecha diagnóstica de APSO. En Dermatología se realiza la valoración a nivel cutáneo y se cumplimentan el PASE. En Reumatología se realiza la valoración articular, criterios CASPAR, diagnóstico APSO a juicio del reumatólogo/a y se cumplimentan DAS28 y BASDAI. Se registran las variables sociodemográficas (edad, género) y serológicas (VSG [0-20 mmHg], PCR [< 3 mg/L]) habituales.

Resultados: 75 pacientes con PSO fueron derivados, 49/45,3% mujeres, media edad 48,9 años. Tres pacientes presentaron APSO (4%), todos en forma periférica (2 oligoarticular y 1 monoarticular), todos ellos cumplieron los criterios CASPAR (no hubo más pacientes que cumplieran estos criterios). Media VSG 9,42 mmHg, media PCR 1,85 mg/L. Diecisiete pacientes (22,6%) presentaron puntuación PASE > 47, media 55,4 (47-75). Un paciente (33,3%) con APSO mostró PASE < 47. Tres pacientes, pues, de los 17 con PASE > 47 fueron diagnosticados por un Reumatólogo/a de APSO (sensibilidad 17,6%). De los pacientes que presentaron PASE > 47 se analizaron las puntuaciones DAS28 y BASDAI: media DAS28 2,36 (1,6-3,6), media BASDAI 2,64 (0,08-10). De éstos, 7 pacientes presentaron DAS28 > 2,6, y 7 pacientes un BASDAI > 4 (41,1%). Los 3 pacientes con diagnóstico de APSO presentaron BASDAI > 4.

Conclusiones: El cuestionario PASE, pendiente de ampliar el estudio con mayor número de evaluaciones, no se muestra como una herramienta especialmente útil para la sospecha de APSO, mostrando una sensibilidad mucho menor a la publicada. La presencia de un PASE elevado, no se recomienda la realización de medidas de actividad hasta no existir una confirmación diagnóstica de APSO por un Reumatólogo/a. Los criterios CASPAR se cumplieron en todos los pacientes con APSO. Como limitación para estas conclusiones podríamos señalar: la baja prevalencia de APSO (quizá debido al tamaño muestral), el marco de actuación (práctica clínica).

35. VARIABILIDAD ENTRE CENTROS EN VISITAS A CONSULTAS Y DERIVACIONES DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. UN ANÁLISIS DEL ESTUDIO EMAR-2

M. Andrés¹, F. Sivera², S. Pérez-Vicente³, P. Vela^{1,4} y L. Carmona⁵

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda.

³Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

⁴Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

⁵Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

Objetivos: Explorar si existe variabilidad entre centros respecto a visitas a consultas de reumatología y derivaciones a otros especialistas en pacientes con espondiloartritis (SpA).

Tabla Póster 35

	Varianza del nivel hospital (error estándar)	Correlación intraclase	Porcentaje de varianza explicada del nivel hospital (%)	
Visitas a consultas de reumatología				
Modelo 1 (Empty model)	2,801 (0,817)	0,157	Referencia	
Modelo 2 (Nivel 1)	1,767 (0,491)	0,135	13,92	R ² = 0,461
Modelo 3 (Nivel 1 + Nivel 2)	1,704 (0,546)	0,110	29,95	R ² = 0,475
Derivaciones por reumatología				
Modelo 1 (Empty model)	0,464 (0,184)	0,123	Referencia	Mediana de odds ratio (MOR) = 2,205
Modelo 2 (Nivel 1)	0,426 (0,195)	0,115	7,997	MOR = 2,135
Modelo 3 (Nivel 1 + Nivel 2)	0,037 (0,125)	0,011	92,064	MOR = 1,249

Métodos: El estudio emAR-II fue un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en España entre 2009 y 2010. Se realizó una revisión aleatoria de historias clínicas de pacientes con SpA vistos en al menos una ocasión en unidades de Reumatología en los dos años previos (2007-2008). Se estimaron las tasas de consultas y derivaciones a otros especialistas médicos por parte del reumatólogo en el período de estudio. Se realizó un análisis de regresión multinivel para analizar los factores del centro asociados a la variabilidad, ajustando por características clínicas y del paciente.

Resultados: Revisión de 1.168 historias clínicas de pacientes, provenientes de 45 centros. Los tipos de SpA más comunes fueron espondilitis anquilosante (55,2%) y artritis psoriásica (22,2%). Se registraron un total de 5.908 visitas a reumatología (tasa 254 por 100 pacientes-año), 775 a enfermería reumatológica y 4307 a otros especialistas médicos (un 19,6% de las cuales fueron derivaciones desde la consulta de reumatología). Se estimó una variabilidad ajustada entre centros en visitas a consultas de un 15,7% (tabla). Esta variabilidad se explicó parcialmente por el número de facultativos (beta 0,309; IC95% 0,155, 0,463) y el número de residentes de reumatología de la unidad (beta -1,441; IC95% -2,526, -0,356). Respecto a las derivaciones, la variabilidad entre centros fue del 12,3% (tabla), encontrando asociación con un ámbito urbano del hospital (OR 1,237; IC95% 1,309, 1,399), el número de procedimientos realizados (OR 1,011; IC95% 1,001, 1,020) y la existencia de consultas monográficas de SpA (OR 1,762; IC95% 1,101, 2,821).

Conclusiones: La asistencia a consultas de reumatología y las derivaciones de pacientes con SpA varían de forma significativa entre centros en España, tras ajustar por características del paciente y la enfermedad.

36. MENSAJES GENERALES Y ESPECÍFICOS SOBRE EJERCICIO EN ESPONDILOARTRITIS: GRUPO DE DISCUSIÓN CON ESPECIALISTAS EN EJERCICIO (ESTUDIO EJES-3D)

L. Carmona¹, J. Loza¹, P. Zarco² y M. Flórez²

¹Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

²Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: La falta de formación específica en técnicas de actividad física por parte de los reumatólogos, la necesidad de abordar las posibles barreras para la práctica de ejercicio por parte de los pacientes y la importancia de individualizar los programas en función de los niveles de afectación y características de los pacientes con espondiloartritis (SpA) subrayan la necesidad de utilizar un enfoque multidisciplinar para el diseño de una estrategia adecuada de ejercicio físico en estos pacientes.

Objetivos: Establecer recomendaciones específicas que permitan la adaptación de programas de ejercicios a pacientes con SpA que fomenten su adherencia y autocuidado.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de guías de ejercicio en SpA. Los resultados de esta revisión fueron enviados a un grupo de profesionales de rehabilitación, medicina deportiva, fisioterapia

y ciencias de la actividad física y deporte. Posteriormente se les citó a un grupo de discusión. La discusión se guió a partir de los resultados de esta revisión así como sobre las barreras y facilitadores obtenidos en el análisis del segundo sub-estudio del proyecto EJES-3D.

Resultados: En la discusión participaron 7 especialistas en rehabilitación, fisioterapia, medicina o deporte. La tabla muestra el resultado de la discusión, sobre la base de la cual se elaborará una estrategia de abordaje al ejercicio en SpA. En cuanto a las especificaciones técnicas del ejercicio en SpA, se aconsejó: añadir especificaciones de tiempo y repeticiones mínimos, añadir algunos otros ejercicios (pectoral y dorsal, para aumentar la sensación de fuerza, glúteo medio, ejercicios globales que sean además funcionales, tipo sentadillas, levantarse de la silla, utilizar posiciones inestables para aumentar la progresión, no más de 9 ejercicios cada vez, utilizar ayudas disponibles en casa (olla, silla, tubos de grano, productos de apoyo de bajo coste), ejercicios para grupos de pacientes, tener en cuenta los "puntos débiles", adaptar para facilitar la aceptación del paciente y añadir nociones básicas, como calentamiento previo, ropa adecuada, calzado y avisar que los primeros días pueden aumentar los síntomas. (Véase tabla en página siguiente).

Conclusiones: Todos los especialistas implicados en el cuidado de las SpA deben dar el mismo mensaje sobre el ejercicio y desde el principio. Los mensajes se deben dar en todas las fases de la SpA, normalizando el ejercicio y de forma positiva y real y adaptándolo a las preferencias del paciente. Es muy importante cuantificar y revisar la dosis de ejercicio e instar a la progresión y mantenimiento. Debemos anticiparnos a los riesgos de interferencias corporativas y evitar los fallos en la comunicación entre reumatólogos y especialistas en ejercicio.

Agradecimientos: Financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

37. RECOMENDACIONES PARA REUMATÓLOGOS SOBRE EJERCICIO EN ESPONDILOARTRITIS (ESTUDIO EJES-3D)

L. Carmona¹, J. Loza¹, P. Zarco² y M. Flórez²

¹Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

²Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: El ejercicio físico es un elemento fundamental en el tratamiento de las espondiloartritis (SpA). La falta de formación específica por parte de los reumatólogos, la necesidad de abordar las posibles barreras para la práctica de ejercicio, y la importancia de individualizar los programas en función de los niveles de afectación y características de los pacientes con SpA subrayan la necesidad de utilizar un enfoque multidisciplinar para el diseño de una estrategia adecuada de ejercicio físico en estos pacientes.

Objetivos: Diseñar una estrategia adecuada en relación al ejercicio físico. Establecer recomendaciones que permitan la adaptación de programas de ejercicios a pacientes con SpA. Aportar ideas para mejorar una estrategia de prescripción de ejercicio que fomente la adherencia y autocuidado del propio paciente.

Tabla Póster 36

Temas, síntesis y explicación resultado de la discusión

Tema	Síntesis	Explicación
Cuándo dar el mensaje	Al principio, de la enfermedad y del tratamiento	Los mensajes sobre ejercicio deben darse cuanto antes, preferiblemente cuando el paciente es diagnosticado de espondiloartritis Si el paciente ya llegara diagnosticado o tras mucho tiempo de iniciar los síntomas, hacer hincapié en la primera visita Es importante que a la hora de explicar al paciente el tratamiento se empiece por el ejercicio, no dejarlo para el final después de los fármacos En todas las visitas de seguimiento se deben reforzar los mensajes sobre el ejercicio
Quién debe dar el mensaje	Todos deben dar el mismo mensaje	El reumatólogo y su equipo deben dar los mensajes generales Otros profesionales del ejercicio deberían ser informados de cómo dar los mensajes a los pacientes con espondiloartritis Es importante que las asociaciones de pacientes den los mismos mensajes y con los mismos argumentos que el reumatólogo
Mensajes según la fase de la enfermedad	En todas las fases, matizando que primero incitar, luego progresar y finalmente mantener	Se diferencian tres estadios de la enfermedad: • Estadio Inicial (EI): por lo que se menciona, no hay ensayos sobre la influencia y los tipos de ejercicios recomendables en el estadio inicial de la enfermedad • Estadio medio avanzado (EMA): solamente se tienen protocolos de ejercicios estándar para este estadio de la enfermedad. Se procura en ellos combinar el ejercicio aeróbico, de fuerza y de flexibilidad • Anquilosis (EA): tampoco hay ensayos. Sin embargo, se sabe que, por ejemplo, ejercicios centrados en el Estiramiento son contraproducentes. Es común la idea de que cada estadio supone plantear una estrategia de ejercicios y de intensidad diferente En todas las fases hay que dar el mensaje de que hay que hacer ejercicio, dado que las ventajas generales se mantienen en todas las fases. En fases iniciales, es preferible dar sólo mensajes positivos que inciten a hacer ejercicio, a meterlo en la rutina En fases intermedias, el mensaje debe ser que hay que aumentar progresar la intensidad del ejercicio. En este sentido se puede recomendar ayuda profesional de especialistas en ejercicio Hay que introducir, no obstante, el concepto de que puede haber un límite por encima del cual podría no ser beneficioso En fases avanzadas, el mensaje es el de mantener el ejercicio En estas fases hay que reforzar mensajes sobre "Qué no hacer": • Evitar trabajo de flexibilidad • Evitar sobreesfuerzos
Cómo dar el mensaje	Normalizando el ejercicio y de forma positiva Adaptándolo a las preferencias del paciente Cuantificar y revisar Informar de forma real Pauta y dosis semanal	Decir que es una parte fundamental del tratamiento Se puede decir que cuando se hace de forma mantenida es anti-inflamatorio Dar sólo mensajes positivos, explicando que mejorará su bienestar general y forma física, y además tendrá un efecto beneficioso concreto sobre la SpA, en especial sobre su situación funcional No decir que si no lo hace la enfermedad irá a más Preguntar "¿Qué ejercicio hace Ud.?" Dar prioridad a las preferencias del paciente y cuando se indique algún ejercicio tener en cuenta la edad, el dolor, la fatiga y la forma física Preguntar por tipo y dosis de ejercicio que hace el paciente en todas las visitas y ahondar en la importancia de que lo mantenga o incluso lo aumente Ofrecer una referencia temporal (2 meses/8 semanas) para que vean el efecto y se comparen No decir que se va a parar la enfermedad ni que se van a encontrar bien enseguida Si es gente joven no poner límite, si es mayor o en EMA o EA no hay que asustar y agobiar con horas semanales Se habla de la importancia de dar pautas, pero no se especifica. Se habla de percepción de esfuerzo, como medida de la dosis máxima
Mensajes para cuando haya dolor	Establecer rango	Si es con dolor, supervisado inicialmente
Ayudas para dar los mensajes		• Webs • Asociaciones de pacientes. Se presenta dificultad ya que según los participantes, las páginas web de las asociaciones de pacientes envían mensajes negativos en relación a la actividad física, contrarios a los mensajes de los especialistas médicos • Vídeos y material didáctico actualizado • No aislar al paciente
Problemas con los mensajes	Interferencias corporativas/falta de comunicación	Todos deben dar el mismo mensaje

Métodos: Se convocó un grupo de discusión de reumatólogos con diversidad de perfiles (edad, tiempo de desempeño, sexo, comunidad autónoma e interés por la espondilitis) a los que se les presentaron los resultados de varios estudios previos dentro del proyecto EJES-3D: una revisión sistemática de factores que mejoran la adherencia al ejercicio físico, dos grupos focales con pacientes sobre barreras y facilitadores, un grupo focal con especialistas en ejercicio sobre los mensajes a emitir y sobre la mejora de los ejercicios específicos a realizar por pacientes con SpA. Se realizó una discusión guiada sobre los aspectos que los reumatólogos consideran importantes a la hora de indicar y valorar el efecto del ejercicio en pacientes con espondilitis, así como sus carencias de conocimiento al respecto y posibles necesidades para su práctica clínica.

Resultados: Del siguiente discurso se extrajeron las siguientes recomendaciones consensuadas: 1) Cómo prescribir. Se debe prescribir ejercicio aeróbico de intensidad moderada igual que a la población general y programas de ejercicios que se acerquen a las recomendaciones del ACSM que estén adaptados a los estadios de la SpA (aunque en general hay poca limitación apoyada por evidencia, en todas las fases es importante realizar algún tipo de ejercicio aeróbico y en fases de anquilosis los estiramientos forzados pueden ser peligrosos y carecen de utilidad; en fases de actividad se deben evitar los ejercicios que provocan o aumentan el dolor e incluir educación postural). 2) Cómo motivar. Para motivar a los reumatólogos a la prescripción activa de ejercicio, se propone: que las recomendaciones se consensuen con especialistas en ejercicio, ahondar en la

carga de evidencia a favor del ejercicio en SpA, desterrar los miedos de los reumatólogos con conocimiento y formación en ejercicio, poner todas estas explicaciones en una web con un apartado de preguntas frecuentes, explicación de conceptos básicos del ejercicio y hacer ellos mismos los ejercicios que prescriben. Para motivar a los pacientes, se propone dedicarle tiempo en la consulta al ejercicio, emitiendo mensajes positivos y personalizados; no hablar del daño estructural, ni dar información deprimente, ni decirles que la enfermedad carece de importancia; explicarles también los ejercicios que no puedan hacer. Se discutió que las asociaciones de pacientes pueden ser un vehículo potenciador.

Conclusiones: Los reumatólogos consideran que precisan mayor conocimiento sobre el ejercicio para poder prescribirlo adecuadamente. Con toda la información se está elaborando una herramienta adecuada para la prescripción de ejercicio físico en SpA, con una estrategia de ejecución correcta, que facilite el cumplimiento y autocuidado de los pacientes tanto para el inicio como para el mantenimiento del programa de ejercicio.

Agradecimientos: Financiado por Merck Sharp & Dohme de España.

38. PRESENCIA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA PRERRADIOGRÁFICA (EAPX). COMPARACIÓN CON ESPONDILITIS Y FACTORES PREDICTIVOS DE FRACTURA

M.D. Sánchez González, C.A. Montilla-Morales, C. Hidalgo-Calleja, S. Gómez-Castro, O. Martínez-González, T.E. Carranco-Medina, I. Calero-Paniagua, A. Quesada-Moreno, R. Usategui-Martín, L. Pérez-Garrido, P. Pérez Ayuso, N. Mariz Vázquez y J. del Pino-Montes

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La espondilitis (EA) se asocia con una pérdida de densidad mineral ósea (DMO) relacionada con la inflamación. Esta disminución de DMO junto con los cambios biomecánicos del raquis condiciona un aumento de la fragilidad ósea. La prevalencia de fracturas vertebrales clínicas varía entre el 10-17%. La espondiloartritis axial no radiográfica (EApX) comprende a aquellos pacientes que tienen síntomas o hallazgos analíticos de espondilitis pero no tienen sacroileítis radiográfica. Aunque cada vez se conoce más sobre esta entidad, poco se ha investigado acerca de las comorbilidades asociadas. Realizamos un estudio original que compara la presencia de fracturas vertebrales entre pacientes con EA y EApX.

Objetivos: Comparar la DMO y la presencia de fracturas entre pacientes con EA y EApX. Relacionar la presencia de fractura en pacientes con EApX con características epidemiológicas y actividad inflamatoria de la enfermedad.

Métodos: Se incluyeron 229 pacientes con diagnóstico de EA según los criterios de Nueva York modificados y 46 pacientes con EApX según los criterios ASAS. Se excluyeron los pacientes en tratamiento con fármacos modificadores de la DMO, así como los que tenían asociada alguna patología del metabolismo óseo. Se recogieron características epidemiológicas (edad, sexo), año de diagnóstico, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol), consumo de lácteos, índice de masa corporal (IMC), HLAB27, reactantes de fase aguda (VSG, PCR), actividad de la enfermedad (BASDAI), función (BASFI). Se realizó densitometría ósea (DXA), radiografías de columna dorsal y lumbar. Se definió fractura vertebral cuando había una reducción del tamaño de la vértebra por encima del 20% según la escala semicuantitativa de Genant.

Resultados: Las diferencias entre los pacientes con EA y EApX se exponen en la tabla. En el análisis de regresión encontramos significación en el predominio femenino ($p < 0,007$; OR: 2,6-IC: 1,30-5,1) y duración de la enfermedad ($p = 0,02$, OR: 0,9-IC: 0,90-0,99). Encontramos cinco fracturas en los pacientes con EApX (11,6%). En el análisis univariante la presencia de fractura se asoció a un menor

tiempo de duración de la enfermedad ($p = 0,02$) y a una menor DMO ($p = 0,01$). En el análisis de regresión no se encontró significación (tiempo de duración de la enfermedad $p = 0,05$, DMO $p = 0,2$).

Tabla Póster 38

	EA	EApX	p
Edad	49,7 (12,7)	45,7 (11,0)	NS
Sexo(H/M)	150/79	16/30	0,001
Tiempo duración de la enfermedad	14,9 (10,2)	10,1 (7,0)	0,001
BASDAI	3,9 (2,3)	4,2 (7,0)	NS
BASFI	3,54 (2,5)	2,74 (2,1)	NS
DMO columna	1,0 (0,1)	1,0 (0,1)	NS
DMO cadera	0,9 (0,1)	0,9 (0,1)	NS
VSG	17,1 (14)	16,7 (13,2)	NS
PCR	0,7 (1,8)	0,3 (0,4)	0,001
ASDAS VSG	1,8 (0,8)	2,0 (0,3)	NS
ASDAS PCR	1,4 (0,7)	1,7 (0,3)	NS
BCrosslaps	0,3 (0,2)	0,4 (0,2)	NS
PINP	44,7 (22,1)	45,3 (19,3)	NS
Vitamina D	24,16 (10,8)	31,1 (25,6)	NS
Fracturas	42	5	NS

Conclusiones: A pesar de un mayor tiempo de evolución, los pacientes con EA no tuvieron un mayor número de fracturas vertebrales ni una menor DMO. La presencia de fracturas en los pacientes con EApX no se relacionó con la actividad de la enfermedad.

39. ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO DE 16 SEMANAS DE DURACIÓN, EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLÓGICA ACTIVA TRATADOS CON GOLIMUMAB SUBCUTÁNEO

J. Sieper¹, D. van der Heijde², M. Dougados³, W.P. Maksymowych⁴, J. Boice⁵, G. Bergman⁵, S. Curtis⁵, A. Tzontcheva⁵, S. Huyck⁵ y H.H. Weng⁵

¹Clínica Universitaria Benjamin Franklin. Berlín. Alemania.

²Hospital Universitario de Maastricht. Países Bajos. ³Universidad de París-Descartes. París. Francia. ⁴University of Alberta. Edmonton. Canadá. ⁵Merck & Co. Inc. Whitehouse Station. NJ. EEUU.

Objetivos: La espondiloartritis axial (EsA), que incluye la espondilitis anquilosante (EA) y la espondilitis axial no radiológica (EsA-nr), es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por dolor lumbar y rigidez progresiva de la columna vertebral. El objetivo del estudio GO-AHEAD fue determinar la eficacia de golimumab (GLM) frente a placebo (PBO) en pacientes con EsA-nr.

Métodos: GO-AHEAD fue un estudio fase 3b, doble ciego, aleatorizado y controlado con PBO, en el que se comparó GLM 50 mg vía subcutánea (SC) con PBO en pacientes de 18-45 años con EsA-nr activa (criterios ASAS y radiológicos; duración de la enfermedad ≤ 5 años; dolor lumbar crónico; alta actividad de la enfermedad [dolor lumbar ≥ 40 mm en escala analógica visual y BASDAI ≥ 4 cm]; e inadecuada respuesta o intolerancia a AINEs). Se aleatorizó a los pacientes 1:1 a recibir GLM SC 50 mg o PBO cada 4 semanas. El objetivo principal fue el porcentaje de mejoría ASAS 20 en semana 16. Los criterios de valoración secundarios fueron ASAS 40, remisión parcial ASAS y BASDAI 50; y variación en la puntuación de resonancia magnética (RM) de la sacroilíaca según Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC). La actividad de la enfermedad (ASDAS) se evaluó en función de la PCR.

Resultados: De 198 pacientes incluidos, recibieron tratamiento 197 (97 GLM y 100 PBO; media de edad 31 años; 57% varones). El valor medio basal del BASDAI fue 6,5 (DE 1,5), la puntuación SPARCC de RM sacroilíaca fue 11,3 (DE 14,0) y puntuación ASDAS 3,5 (DE 0,9). El porcentaje de pacientes que alcanzó respuesta ASAS 20 fue significativamente mayor en pacientes tratados con GLM (71,1%) vs PBO (40,0%) (tabla). El porcentaje de pacientes con GLM que alcanzaron ASAS 40, remisión parcial ASAS y BASDAI 50 también fue

Tabla Póster 39

	Todos los pacientes según tratamiento			Población por protocolo		
	GLM N = 97 n (%)	PBO N = 100 n (%)	Diferencia vs PBO, *% (IC95%)	GLM N = 78 n (%)	PBO N = 80 n (%)	Diferencia vs PBO, *% (IC95%)
ASAS 20	69 (71,1)	40 (40,0)	31,2 (17,5-43,6); p < 0,0001	60 (76,9)	30 (37,5)	39,6 (24,6-52,6); p < 0,0001
ASAS 40	55 (56,7)	23 (23,0)	33,8 (20,4-46,1); p < 0,0001	47 (60,3)	18 (22,5)	37,9 (23,0-51,2); p < 0,0001
Remisión parcial ASAS	32 (33,0)	18 (18,0)	15,2 (3,2-27,1); p = 0,0136	27 (34,6)	15 (18,8)	16,1 (2,5-29,6); p = 0,0204
BASDAI 50	56 (57,5)	30 (30,0)	28 (14,4-40,6); p < 0,0001	46 (59,0)	23 (28,8)	30,5 (15,4-44,3); p < 0,0001

*Diferencias derivadas del modelo estadístico.

significativamente superior (tabla). La media de mejoría ASDAS fue mayor con GLM que con PBO (-1,7 frente a -0,6 respectivamente; p < 0,0001). La media en la mejoría de las puntuaciones SPARCC de la RM sacroilíaca en la semana 16 fueron mayores con GLM que con PBO (-5,3 frente a -0,9 respectivamente; p < 0,0001); y en la población analizada por protocolo fueron -6,4 frente a -1,2, respectivamente (p < 0,0001). Se comunicaron acontecimientos adversos en el 41% de los pacientes con GLM y en el 47% con PBO, fueron graves en un paciente con GLM y en 2 con PBO. No hubo infecciones graves, oportunistas graves, tuberculosis activa, neoplasias malignas, hipersensibilidad sistémica grave ni muertes.

Conclusiones: Los pacientes con EsA-nr activa tratados con GLM experimentaron mejorías en la actividad de la enfermedad y en la inflamación por RM, significativamente mayores que los tratados con PBO. GLM fue bien tolerado y tuvo un perfil de riesgo-beneficio favorable.

Este estudio fue financiado por Merck & Co. Inc. Whitehouse Station, NJ, EEUU.

40. EL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF- α REDUCE LA ACTIVACIÓN DE CÉLULAS ENDOTELIALES EN PACIENTES NO DIABÉTICOS CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

R. López-Mejías¹, F. Genre¹, J.A. Miranda-Fillooy², B. Ubilla¹, V. Mijares¹, B. Carnero-López³, I. Gómez-Acebo⁴, T. Dierssen-Sotos⁴, S. Remuzgo-Martínez¹, J. Rueda-Gotor¹, N. Palmou-Fontana¹, R. Blanco¹, T. Pina¹, C. González-Juanatey⁵, J. Llorca⁴ y M.A. González-Gay¹

¹Epidemiología Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. Servicio de Reumatología. IDIVAL. Santander.

²Servicio de Reumatología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ³Servicio de Oncología. Hospital del Bierzo. Ponferrada. ⁴Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. IDIVAL y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander. ⁵Servicio de Cardiología. Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Objetivos: La disfunción endotelial puede ser detectada por la presencia de niveles elevados de biomarcadores de activación de células endoteliales. El objetivo de este estudio fue establecer si existían correlaciones de estos biomarcadores con las características de pacientes con espondilitis anquilosante (EA). También se estudió el efecto de la terapia con anti-TNF- α sobre estos biomarcadores.

Métodos: Se determinaron por ELISA los niveles en suero de sE-selectina, MCP-1 y sVCAM-1 en 30 pacientes no diabéticos con EA y que se hallaban en tratamiento periódico con anti-TNF- α infliximab, inmediatamente antes (tiempo 0) y después de la infusión de infliximab (tiempo 120 minutos). Se evaluó la correlación de estos biomarcadores con características clínicas, inflamación sistémica, síndrome metabólico y otros biomarcadores de riesgo cardiovascular. Además, se analizaron posibles cambios en los niveles de estos biomarcadores luego de la infusión de infliximab. Este estudio no fue financiado por ninguna compañía farmacéutica.

Resultados: Los niveles de sE-selectina mostraron una correlación positiva con PCR (p = 0,02) y con otros biomarcadores de activación de células endoteliales como sVCAM-1 (p = 0,019) y apelina (p = 0,008). Los niveles de sVCAM-1 mostraron una correlación negativa con el IMC (p = 0,018), presión sanguínea diastólica (p = 0,008) y glucosa en suero (p = 0,04). sVCAM-1 también mostró una correlación positiva con EVA de dolor espinal (p = 0,014) y apelina (p < 0,001). Se observó que MCP-1 se correlacionaba negativamente con LDL-colesterol (p = 0,026) y VSG (p = 0,017). Los pacientes con afectación de cadera y sinovitis y/o entesitis en otras articulaciones periféricas mostraron niveles más elevados de MCP-1 (p = 0,004 y 0,02, respectivamente). Por último, una única infusión de infliximab produjo una reducción significativa en los niveles de sE-selectina (p = 0,0015) y sVCAM-1 (p = 0,04).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que en nuestra cohorte de pacientes con EA, la disfunción endotelial se correlaciona con inflamación y características del síndrome metabólico. Además, se observó un efecto beneficioso del bloqueo de TNF α sobre la disfunción endotelial, manifestado por una reducción de los niveles de biomarcadores de activación de células endoteliales.

Este trabajo ha sido financiado a través del "Fondo de Investigación Sanitaria" (PI06/0024, PS09/00748 y PI12/00060) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional) (España). Además este trabajo ha sido parcialmente financiado mediante el Programa RETICS, RD08/0075 y RD12/0009/0013 (RIER) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) (España). RLM es beneficiaria de un contrato post-doctoral Sara Borrell del Instituto Carlos III de Salud (España) (CD12/00425). FG y BU reciben financiación del programa RETICS (RIER, RD12/0009/0013).

41. ADALIMUMAB REDUCE LOS NIVELES SÉRICOS DE RETINOL-BINDING PROTEIN 4 EN PACIENTES NO DIABÉTICOS CON PSORIASIS. ESTUDIO PROSPECTIVO A SEIS MESES

T. Pina¹, F. Genre¹, R. López-Mejías¹, S. Armesto², B. Ubilla¹, V. Mijares¹, T. Dierssen-Sotos³, A. Corrales¹, M.A. González-López², N. Palmou-Fontana¹, M.C. González-Vela⁴, R. Blanco¹, J. Llorca³ y M.A. González-Gay¹

¹Epidemiología Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IDIVAL. Santander. ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Retinol-binding protein-4 (RBP4) es una adipocina que se encuentra elevada en pacientes con psoriasis moderada-severa. En el momento actual es considerada un factor de riesgo cardiovascular emergente. En el presente estudio analizamos el efecto de adalimumab sobre los niveles séricos de RBP4 en pacientes con psoriasis moderada-grave. También analizamos la correlación de

RBP4 con los rasgos del síndrome metabólico y la severidad de la enfermedad en estos pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo de una serie consecutiva de pacientes no diabéticos con psoriasis moderada-grave que completaron 6 meses de terapia con adalimumab. Se excluyó a pacientes con enfermedad renal, hipertensión arterial y también a aquellos con índice de masa corporal $> 35 \text{ Kg/m}^2$. Se valoraron parámetros clínicos y metabólicos antes del inicio del tratamiento y tras 6 meses de tratamiento.

Resultados: 29 pacientes fueron incluidos en el estudio. Se observó una reducción estadísticamente significativa de los niveles de RBP4 ($p = 0,0001$) tras 6 meses de tratamiento con adalimumab (RBP4 tiempo 0: $55,7 \pm 21,4 \mu\text{g/ml}$ vs $35,6 \pm 29,9 \mu\text{g/ml}$ tras 6 meses). No se encontró una correlación significativa entre los niveles basales de RBP4 y los rasgos del síndrome metabólico o parámetros de actividad de la enfermedad. Sin embargo, tras 6 meses de tratamiento con adalimumab se apreció una correlación negativa de los niveles de RBP4 con algunos parámetros del síndrome metabólico (perímetro abdominal e índice de masa corporal), así como con parámetros de actividad de la enfermedad y con los niveles de proteína C reactiva.

Conclusiones: Nuestros resultados ponen de manifiesto la existencia de un efecto del bloqueo anti TNF α sobre los niveles séricos de RBP4. Este resultado es de especial relevancia debido al elevado riesgo cardiovascular asociado a la enfermedad en pacientes con psoriasis.

42. DISEÑO Y ESTRUCTURA DE UN PROTOCOLO PARA EVALUAR LA NO INFERIORIDAD CLÍNICA DE LA DISMINUCIÓN DE DOSIS EN ESPONDILARTRITIS AXIALES (EA) EN REMISIÓN CLÍNICA PERSISTENTE, EN TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL TNF (ESTUDIO REDES)

A. Urruticoechea¹, C. Pontes², J. Gratacós², J. Calvet², C. Avendaño³, J. Sanz³, A. Vallano⁴, X. Juanola⁴, E. de Miguel⁵, F. Torres⁶, G. Calvo⁷ y R. Sanmartí⁷

¹Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²Farmacología Clínica y Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ³Farmacología Clínica y Reumatología. Hospital Puerta del Hierro. Madrid. ⁴Farmacología Clínica y Reumatología. Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona. ⁵Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. ⁶Bioestadística Plataforma IDIBAPS. ⁷Farmacología Clínica y Reumatología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Introducción: La reducción de dosis en pacientes con espondilartritis axiales (SPA axial) en terapia anti-TNF en aparente remisión clínica es una práctica habitual, sin embargo la evidencia clínica de su eficacia es muy limitada.

Objetivos: Diseño de un protocolo, en pacientes con EA en tratamiento con terapia anti-TNF y que presentan remisión clínica persistente*, para comprobar la no inferioridad de una pauta estandarizada de reducción dosis de anti-TNF frente a la pauta estándar aceptada en ficha técnica para esta indicación. *Se define la remisión clínica persistente como la ausencia de síntomas y signos de actividad de la espondilartritis ($\text{BASDAI} \leq 2$, ausencia de artritis o entesitis clínica y un valor de CRP menor o igual al límite superior del intervalo de normalidad del laboratorio), obtenida después de la inducción del tratamiento (a partir de la semana 12) y mantenida un mínimo de 8 semanas seguidas.

Métodos: El estudio es una iniciativa conjunta de la Sociedad Española de Reumatología (SER) a través del grupo GRESSER y de la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC). Se trata de un estudio prospectivo (periodo de inclusión 1 año y seguimiento 3 años), multicéntrico (32 hospitales), abierto, controlado y aleatorizado, con inclusión de todos los pacientes con espondilartritis axiales (SPA axial) en tratamiento con anti-TNF en remisión clínica persistente. Criterios de exclusión: pacientes con SPA asociada a psoriasis o IBD, pacientes con predominio sintomatología periférica, pacientes con ineficacia previa a terapia anti-TNF, y pacientes ya en tratamiento con dosis reducidas de anti-TNF. Todos los pacientes incluidos se aleatorizaban a dos ramas de tratamiento: rama en estudio consistente en un tratamiento con dosis reducidas según protocolo estandarizado (tabla) y rama control que seguían tratamiento según ficha técnica del fármaco. Variable principal: proporción de pacientes que al cabo de 1 año se mantienen en objetivo terapéutico aceptable ($\text{BASDAI} < 4$, valoración global médico < 4 y paciente < 4 y dolor axial nocturno < 4). Variables secundarias: Proporción de pacientes que al cabo de 1 año se mantienen en el objetivo terapéutico ideal según consenso SER ($\text{BASDAI} \leq 2$, valoración global médico ≤ 2 y valoración global paciente ≤ 2). Proporción de pacientes que continúan en remisión, definida en base a una puntuación ASDAS-C menor a 1,3, al cabo de 1 y 2 años de seguimiento tras su inclusión en el estudio. Proporción de pacientes que presenten una reactivación clínica, y tiempo hasta la aparición de la reactivación clínica. Se definida reactivación clínica en base al documento de consenso SER como: $\text{BASDAI} \geq 4$, valoración del médico ≥ 4 y uno de los tres criterios siguientes: valoración general del paciente $0 > 4$, dolor axial nocturno (EVA) ≥ 4 , o elevación de los reactantes de fase aguda (ESR; CRP). Análisis estadístico: si estimamos que la proporción de pacientes que mantienen un objetivo después de 1 año de tratamiento con antiTNF es en torno al 87% Se estima que un tamaño de muestra de 85 pacientes por grupo permitirá concluir la no inferioridad de la pauta de reducción de dosis con un margen de no inferioridad del 17%, una protección frente al error de tipo I (error α) del 2,5% unilateral y una protección frente al error de tipo II (error β) del 20%.

Conclusiones: Presentamos un protocolo de diseño pragmático que debe permitir responder con un margen de seguridad aceptable al interrogante de si la reducción de dosis es igual de eficiente y segura que el tratamiento estándar en pacientes con SPA axial en remisión clínica con terapia anti-TNF.

43. REGISPOSERBIO: REGISTRO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS. DATOS DE LA VISITA BASAL

X. Juanola¹, J. Gratacós², V. Navarro³, M. Moreno², M. Aparicio¹, P. Font⁴, L.F. Linares⁵, T. Clavaguera⁶, P. Fernández-Dapic⁷, E. Cuende⁸, M.C. Fernández-Espartero⁹ y E. de Miguel³

¹Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²Hospital Parc Taulí. Sabadell. ³Hospital La Paz. Madrid. ⁴Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁵Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁶Hospital de Palamós. ⁷Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ⁹Hospital de la Zarzuela. Madrid.

Introducción: Los registros de enfermedades son un instrumento de gran utilidad para esclarecer aspectos epidemiológicos, pronósticos, de eficacia terapéutica, calidad de vida y socioeconómicos.

Tabla Póster 42

Fármaco	Posología en la ficha técnica	Vía	Posología en el Grupo control	Posología en el Grupo experimental
Adalimumab	40 mg cada 2 semanas	SC	40 mg cada 2 semanas	40 mg cada 3 semanas
Etanercept	25-50 mg cada 3-7 días	SC	25 mg cada 3 días o 50 mg cada 7 días	50 mg cada 10 días
Golimumab	50 mg cada mes	SC	50 mg cada mes	50 mg cada 6 semanas
Infliximab	5 mg/kg cada 6 a 8 semanas	IV	5 mg/kg cada 6 a 8 semanas	3 mg/Kg cada 8 semanas

Objetivos: Describir las características basales de los pacientes incluidos en un registro nacional prospectivo de pacientes con espondiloartritis axial (EspA) que reciben tratamiento biológico (REGISPONSERBIO).

Métodos: REGISPONSERBIO es un registro observacional, prospectivo, multicéntrico (17 centros), de pacientes con EspA axial (criterios ASAS) en tratamiento biológico en España. La inclusión de pacientes se realizó entre septiembre de 2013 y diciembre 2014. Los pacientes son evaluados cada 6 meses durante un periodo de 3 años. Todos los pacientes incluidos debían estar en tratamiento biológico y disponer de los datos mínimos necesarios, que permitan evaluar los objetivos propuestos. Se han incluido pacientes en tratamiento biológico previamente a la visita basal (casos prevalentes) y pacientes que han iniciado el biológico coincidiendo con la visita basal (casos incidentes). Los objetivos del Registro son: evaluar la supervivencia del tratamiento; evaluar la eficacia de los distintos tratamientos biológicos; describir el perfil de los acontecimientos adversos; describir los factores predictivos de mayor respuesta clínica; evaluar las comorbilidades; evaluar la calidad de vida y el impacto socioeconómico de la terapia anti-TNF. Para todos los pacientes se dispone de los siguientes datos: edad al inicio del tratamiento y de la enfermedad, tiempo de evolución de la enfermedad, sexo, HLA B27, índice de masa corporal (IMC), BASDAI, BASFI, PCR, VSG, datos metrológicos, ASQoL, WAPAI, manifestaciones extraarticulares, comorbilidades, estudio radiológico, tratamiento biológico realizado, screening para tuberculosis, tratamientos concomitantes, retirada del fármaco biológico, motivo de retirada y cambios de terapia biológica. El período de inclusión de pacientes ha sido entre septiembre de 2013 y diciembre de 2014. Para este estudio, se ha realizado un análisis descriptivo de los datos basales de todos los pacientes incluidos en el registro.

Resultados: Se han incluido 258 pacientes. La mayoría son casos prevalentes (n = 174) y varones (n = 201). La edad (DE) es 48 (12) años, y el tiempo de evolución de la enfermedad de 13 (11) años. El 80% son HLA B27 positivos y el IMC es de 27 (4) kg/m². La mayor parte de los pacientes (74%) presentaban criterios de espondilitis anquilosante. El 22% seguía tratamiento con algún fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) y el 59% con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El 31% son fumadores, el 84% están en situación laboral activa y el 40% ha presentado manifestaciones extraarticulares (uveítis 24%; psoriasis 7% o enf. inflamatoria intestinal 9%). Al inicio del tratamiento biológico actual, el BASDAI era de 5,5 (2), el BASFI 5,1 (2,3), la PCR 17 (19) mg/L y la VSG 25 (21). El tratamiento biológico en el momento de inclusión en el estudio ha sido adalimumab 35%, etanercept 32% golimumab 16%, infliximab 14% y certolizumab 2%. En los casos prevalentes, el número de biológicos previos es 3 en el 3%, 2 en el 11% y 1 en el 38%. La media de seguimiento desde el inicio del primer biológico es de 4,6 (3,0) años.

Conclusiones: REGISPONSERBIO debe permitir obtener datos relevantes a medio plazo sobre eficacia, seguridad, manifestaciones extraarticulares, comorbilidades, calidad de vida e implicaciones socioeconómicas en los pacientes afectados de EspA en tratamiento con terapia biológica.

44. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA AXIAL

M. Mirall, T.C. Salman, M.P. Lisbona, S. Iniesta y J. Maymó

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La artritis psoriásica (Apso) es una enfermedad muy heterogénea con gran variedad de presentaciones clínicas, a nivel axial y periférico. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, analíticas y radiológicas de nuestra cohorte de pacientes con Apso axial.

Métodos: Se efectuó un estudio observacional descriptivo seleccionando pacientes con Apso, que cumplían criterios CASPAR, con afectación axial según criterios elaborados por el grupo Grappa, de más de 5 años de evolución en el año 2013, del dispensario especializado de Espondiloartritis del servicio de Reumatología de Hospital del Mar (Barcelona). Se evaluaron variables clínicas, analíticas y radiológicas, describiendo también el patrón radiológico de afectación axial: sindesmofitos en columna cervical y/o lumbar y/o sacroileítis, unilateral o bilateral. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, duración de la enfermedad articular, antecedentes/presencia de afectación periférica: artritis, entesitis, dactilitis, patrón de artritis periférica (oligoarticular o poliarticular), antecedentes/presencia de psoriasis cutánea, afectación ungueal, uveítis, historia familiar de espondiloartritis (incluyendo artritis psoriásica) y/o psoriasis cutánea, uso de FAMES sintéticos, de FAMES biológicos, de más de dos FAMES biológicos, HLAB27, antecedentes/presencia de aumento de reactantes de fase aguda (PCR $\geq 0,6$ mg/dl y VSG ≥ 30 mm/h), presencia de erosiones óseas en manos y/o pies en radiología simple y de lesiones radiológicas en columna y/o sacroilíacas, con descripción del patrón radiológico de afectación axial: sindesmofitos en columna cervical y/o lumbar y/o sacroileítis, unilateral o bilateral.

Resultados: Se seleccionaron 50 pacientes que cumplían criterios CASPAR de Apso y Grappa de afectación axial de más de 5 años de evolución en 2013. La mayoría de nuestros pacientes con Apso axial son hombres (74%), presentan también artritis periférica (96%), siendo el patrón oligoarticular el más frecuente (58,3%), requieren terapia biológica (84%) y tienen lesiones radiológicas en columna y/o sacroilíacas (68%). Sin embargo, sólo el 28% presentan HLAB27 positivo y el 38% tienen lesiones erosivas en manos y pies. En cuanto a las lesiones de los pacientes con afectación axial radiológica (n = 34): el 2,9% presentaban sindesmofitos en columna sin sacroileítis (n = 1), el 20,6% sacroileítis unilateral (n = 7), el 35,3% sacroileítis bilateral (n = 12), el 8,8% sindesmofitos en columna y sacroileítis unilateral (n = 3) y el 32,4% sindesmofitos en columna y sacroileítis bilateral (n = 11).

Tabla Póster 44

Características clínicas, analíticas y radiológicas de nuestra cohorte de pacientes con artritis psoriásica axial

	Pacientes con Apso axial (n = 50)
Edad, media $\pm$ DE (años)	49,9 $\pm$ 13,1
Hombres, número (%)	37 (74%)
Duración enfermedad articular, media $\pm$ DE (años)	12,6 $\pm$ 7,2
Afectación periférica, número (%)	48 (96%)
Artritis, número (%)	48 (96%)
Entesitis, número (%)	15 (30%)
Dactilitis, número (%)	9 (18%)
Patrón oligoarticular, número (%)	28 (58,3%)
Patrón poliarticular, número (%)	20 (41,7%)
Afectación cutánea, número (%)	48 (96%)
Afectación ungueal, número (%)	15 (30%)
Uveítis, número (%)	4 (8%)
Historia familiar de Spa, número (%)	12 (24%)
Historia familiar de psoriasis, número (%)	29 (58%)
Uso de sFAMES, número (%)	48 (96%)
Uso de bFAMES número (%)	42 (84%)
Uso de 2 o más bFAMES, número (%)	11 (22%)
HLAB27 +, número (%)	14 (28%)
Antecedentes/presencia de aumento de PCR, número (%)	30 (60%)
Antecedentes/presencia de aumento de VSG, número (%)	23 (46%)
Erosiones en manos y/o pies, número (%)	19 (38%)
Lesiones radiológicas en columna y/o sacroilíacas, número (%)	34 (68%)

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con Apso axial destaca el elevado porcentaje de hombres, de afectación periférica (principalmente oligoarticular), de uso de terapia biológica y de lesiones radiológicas axiales. El patrón radiológico axial más frecuente fue la sacroileítis bilateral pero destaca la variedad de patrones observados.

45. PERFIL DE SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO (104 SEMANAS) DE APREMILAST, UN INHIBIDOR DE FOSFODIESTERASA 4 DE ADMINISTRACIÓN ORAL, EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS DE UN ENSAYO DE FASE III, ALEATORIZADO, CONTROLADO Y DE EXTENSIÓN ABIERTA (PALACE 1)

J.J. Gómez-Reino¹, A.O. Adebajo², D.D. Gladman³, A. Kavanaugh⁴, P.J. Mease⁵, S. Hall⁶, E. Lespessailles⁷, G. Schett⁸, K. Shah⁹, C. Hu⁹ y J. Wollenhaupt¹⁰

¹Hospital Clínico Universitario. Santiago. ²Universidad de Sheffield. Reino Unido. ³Toronto Western Research Institute. Toronto. ON. Canadá. ⁴Universidad de California. San Diego. Facultad de Medicina. La Jolla. CA. EEUU. ⁵Centro Médico de Suecia y Facultad de Medicina. Universidad de Washington. Seattle. WA. EEUU. ⁶Universidad de Monash. Melbourne. Australia. ⁷Universidad de Orléans. Francia. ⁸Universidad de Erlangen-Nuremberg. Erlangen. Alemania. ⁹Celgene Corporation. Warren. NJ. EEUU. ¹⁰Schön Klinik Hamburg Eilbek. Klinik für Rheumatologie. Hamburgo. Alemania.

Introducción: Apremilast (APR), un inhibidor de fosfodiesterasa 4 de administración oral, modula las respuestas inflamatorias e inmunes en artritis psoriásica (APs). PALACE 1 comparó la eficacia y seguridad de APR con placebo en pacientes con APs activa a pesar de una administración previa de FAMEs convencionales y/o biológicos. Se presentan los resultados de eficacia y seguridad de APR durante 104 semanas.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1:1) a recibir placebo, 20 mg de APR 2 v/día (APR20) o 30 mg de APR 2 v/día (APR30) estratificados en función del uso basal de FAMEs (sí/no). En la Semana 16, los pacientes que no presentaron una mejoría = 20% en el número de articulaciones inflamadas o dolorosas (NAI y NAD) se consideraron como no respondedores y precisaron una nueva aleatorización (1:1) a APR20 o APR30 si, al inicio, fueron aleatorizados a placebo o continuaron con su dosis basal de APR. En la semana 24, todos los pacientes que continuaban en el grupo placebo se sometieron a una nueva aleatorización a APR20 o APR30. Se continuó administrando un tratamiento con APR doble ciego hasta la Semana 52; los pacientes seguirán recibiendo APR durante un máximo de 4 años adicionales.

Resultados: 504 pacientes aleatorizados recibieron = 1 dosis del fármaco del estudio (placebo: n = 168; APR20: n = 168; APR30: n = 168). En la semana 52, el 59,6% y el 53,2% de los pacientes tratados con

APR20 o APR30, respectivamente, lograron respuesta ACR20 modificada. Aproximadamente, el 80% (285/344) de los sujetos aleatorizados que completaron las 52 semanas siguieron recibiendo APR en la fecha de cierre de la base de datos durante su segundo año de exposición a APR. Se demostraron mejorías sostenidas en la Semana 104 en el caso de pacientes tratados con APR, tal y como se observa con la respuesta de ACR20/ACR50/ACR70 modificada (APR20: 60,9%/32,4%/16,5%; APR30: 65,3%/34,0%/19,6%); cambio porcentual en la mediana de NAI/NAD (APR20: -87,5%/-78,8%; APR30: -86,5%/-77,8%); cambio en la media del HAQ-DI (APR20: -0,31; APR30: -0,41); cambio en la media del DAS-28 [PCR] (APR20: -1,64; APR30: -1,84); DAS-28 (PCR) < 2,6 (APR20: 32,9%; APR30: 38,9%); y respuesta PASI 75%/50% (APR20: 31,6%/52,6%; APR30: 29,6%/54,9%). No se observaron nuevos problemas de seguridad con el tratamiento hasta la Semana 104. Durante las Semanas > 52 a = 104, se describió la aparición de nasofaringitis e infección del tracto respiratorio superior en = 5% de los pacientes expuestos a APR; la mayoría de los acontecimientos adversos (AA) fueron leve/moderados en gravedad y no se produjo un aumento a largo plazo de su incidencia o severidad. Las tasas de aparición de diarrea y náuseas fueron inferiores en las Semanas > 52 a = 104 (1,7% y 1,2%, respectivamente) que en las Semanas 0 a = 52 (15,3% y 12,4%, respectivamente). El 6,4% (APR20) y el 4,7% (APR30) de los pacientes desarrollaron AA graves a lo largo de las Semanas > 52 a = 104. La suspensión del tratamiento debido a AA fue menos frecuente en las Semanas > 52 a = 104 (1,5%) que en las Semanas 0 a = 52 (8,2%).

Conclusiones: A lo largo de 104 semanas, APR produjo mejorías sostenidas y clínicamente significativas en los signos y síntomas de APs, funcionamiento físico y psoriasis asociada. Asimismo, APR siguió demostrando un perfil de seguridad aceptable y, en general, fue bien tolerado.

46. ARTRITIS PSORIÁSICA AXIAL CON O SIN AFECTACIÓN RADIOLÓGICA: ¿HAY DIFERENCIAS?

M. Almirall, T.C. Salman, M.P. Lisbona, S. Iniesta y J. Maymó

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: Los criterios CASPAR de clasificación para artritis psoriásica (Apso) presentan como criterio de entrada enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entesítica). En 2009 el grupo Grappa estableció unos criterios para el diagnóstico de afec-

Tabla Póster 46

Diferencias en variables clínicas, analíticas y radiológicas entre pacientes con Artritis psoriásica axial radiológica y no radiológica

Variables	Pacientes con Apso axial radiológica (n = 34)	Pacientes con Apso axial no radiológica (n = 16)	p
Edad, media ± DE (años)	51,3 ± 13,4	47,5 ± 13	0,352
Hombres, número (%)	28 (82,4%)	9 (56,2%)	0,082
Duración enfermedad articular, media ± DE (años)	12,4 ± 6,5	13,3 ± 8,9	0,698
Afectación periférica, número (%)	32 (94,1%)	16 (100%)	1,00
Artritis, número (%)	32 (94,1%)	16 (100%)	1,00
Entesitis, número (%)	9 (26,5%)	6 (37,5%)	0,514
Dactilitis, número (%)	6 (17,6%)	3 (18,8%)	1,00
Patrón oligoarticular, número (%)	24 (70,6%)	4 (25%)	0,002
Patrón poliarticular, número (%)	8 (23,5%)	12 (75%)	0,001
Afectación cutánea, número (%)	33 (97,1%)	15 (93,8%)	0,542
Afectación ungueal, número (%)	9 (26,5%)	6 (37,5%)	0,514
Uveítis, número (%)	3 (8,8%)	1 (6,3%)	1,00
Historia familiar de Spa, número (%)	10 (29,4%)	2 (12,5%)	0,292
Historia familiar de psoriasis, número (%)	23 (67,6%)	6 (37,5%)	0,044
Uso de sFAMEs, número (%)	32 (94,1%)	16 (100%)	1,00
Uso de bFAMEs número (%)	29 (85,3%)	13 (81,2%)	0,699
Uso de 2 o más bFAMEs, número (%)	32 (94,1%)	16 (100%)	0,728
HLA27 +, número (%)	29 (85,3%)	13 (81,2%)	0,175
Antecedentes/presencia de aumento de PCR, número (%)	20 (58,8%)	10 (62,5%)	0,804
Antecedentes/presencia de aumento de VSG, número (%)	15 (44,1%)	8 (50%)	0,697
Erosiones en manos y/o pies, número (%)	15 (44,1%)	4 (25%)	0,194

tación axial en Apso, en los que se incluye la afectación radiológica, aunque no es criterio imprescindible. El objetivo de este estudio fue evaluar diferencias en variables clínicas, analíticas y radiológicas entre pacientes con Apso axial con y sin afectación radiológica en columna y/o sacroilíacas.

Métodos: Se efectuó un estudio observacional descriptivo seleccionando pacientes con Apso, que cumplieran criterios CASPAR, con afectación axial según criterios elaborados por el grupo Grappa, de más de 5 años de evolución en el año 2013, del dispensario especializado de Espondiloartritis del servicio de Reumatología de Hospital del Mar (Barcelona). Se dividieron los pacientes con Apso axial en dos grupos: radiológica y no radiológica según presencia de radiología sugestiva (sacroileítis unilateral o bilateral $\geq$ grado II y/o sindesmofitos, incluyendo los no marginales y asimétricos). Se evaluó si existían diferencias en variables clínicas, analíticas y radiológicas entre los dos grupos de pacientes con Apso axial: radiológica y no radiológica. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, duración de la enfermedad articular, antecedentes/presencia de afectación periférica: artritis, entesitis, dactilitis, patrón de artritis periférica (oligoarticular o poliarticular), antecedentes/presencia de psoriasis cutánea, afectación ungueal, uveítis, historia familiar de espondiloartritis (incluyendo artritis psoriásica) y/o psoriasis cutánea, uso de FAMES sintéticos, de FAMES biológicos, de más de dos FAMES biológicos, HLAB27, antecedentes/presencia de aumento de reactantes de fase aguda (PCR $\geq$ 0,6 mg/dl y VSG $\geq$ 30 mm/h) y erosiones óseas en manos y/o pies en radiología simple. Las diferencias en las variables entre los dos grupos de pacientes se evaluaron mediante el test t de Student para datos independientes en las variables cuantitativas y el test de Ji-cuadrado para las variables categóricas.

Resultados: Significativamente más pacientes presentaban patrón periférico oligoarticular e historia familiar de psoriasis en el grupo de Apso con afectación radiológica axial que en el grupo sin afectación radiológica axial (70,6% vs 25%, $p = 0,002$ y 67,6% vs 37,5%, $p = 0,044$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las otras variables evaluadas entre los dos grupos de pacientes con Apso axial: radiológica y no radiológica.

Conclusiones: Las únicas diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes con Apso axial, radiológica y no radiológica, fueron el patrón de afectación periférica y la historia familiar de psoriasis.

47. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO (104 SEMANAS) DE APREMILAST EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA QUE NO HAN RECIBIDO UN TRATAMIENTO PREVIO CON FAMES: ENSAYO DE FASE 3, ALEATORIZADO, CONTROLADO Y DE EXTENSIÓN ABIERTA (PALACE 4)

A. Fernández-Nebro¹, A.F. Wells², C.J. Edwards³, A.O. Adebajo⁴, A.J. Kivitz⁵, P. Bird⁶, K. Shah⁷, C. Hu⁷ y J.A. Aelion⁸

¹Hospital General Carlos Haya. Málaga. ²Centro de Reumatología e Inmunoterapia. Franklin. WI. EEUU. ³Hospital Universitario. Southampton. Reino Unido. ⁴Universidad de Sheffield. Reino Unido. ⁵Centro Altoona de Investigación Clínica. Duncansville. PA. EEUU. ⁶Combined Rheumatology Practice. Kogarah. Australia. ⁷Celgene Corporation. Warren. NJ. EEUU. ⁸West Tennessee Research Institute. Jackson. TN. EEUU.

Introducción: Apremilast (APR) es un inhibidor de fosfodiesterasa 4 de administración oral que ayuda a regular la respuesta inmune que causa la inflamación de las articulaciones y otras manifestaciones de artritis psoriásica, incluyendo enfermedad cutánea. En el estudio PALACE 4 se comparó la eficacia y seguridad de APR en monoterapia con placebo en pacientes con artritis psoriásica activa que no habían recibido tratamiento previo con FAMES.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados (1:1:1) a recibir placebo, 20 mg de APR 2 v/día (APR20) o 30 mg de APR 2 v/día (APR30). En la Semana 16, los pacientes que no presentaron una mejora = 20% en el número de articulaciones inflamadas/dolorosas (NAI/NAD) se consideraron como no respondedores y precisaron una nueva aleatorización (1:1) a APR20 o APR30 si, al inicio, habían sido aleatorizados a placebo o continuaban con su dosis basal de APR. En la Semana 24, todos los pacientes que continuaban en el grupo placebo se sometieron a una nueva aleatorización a APR20 o APR30. Se continuó administrando el tratamiento doble ciego hasta la Semana 52; los pacientes continuarán recibiendo APR durante un máximo de 4 años adicionales. Se presentan los resultados de eficacia y seguridad de APR a largo plazo (2 años) correspondientes al estudio PALACE 4.

Resultados: Se incluyeron 527 pacientes en la población por intención de tratar modificada de la que se excluyeron los sujetos aleatorizados por error y que no recibieron el fármaco del estudio (placebo: $n = 176$; APR20: $n = 175$; APR30: $n = 176$). En la Semana 52, el 55,4% (107/193) y el 58,0% (119/205) de los pacientes tratados con APR20 o APR30, respectivamente, lograron una respuesta de ACR20 (Colegio Americano de Reumatología 20) modificada; aproximadamente el 84% de los sujetos que completaron un año de tratamiento con APR siguieron recibiendo la terapia en la fecha de cierre de los datos durante su segundo año de exposición a APR. Se demostraron mejorías sostenidas en la Semana 104 en el caso de pacientes tratados con APR, tal y como se observa por las tasas de respuesta de ACR20/ACR50/ACR70 modificada (APR20: 64,2%/41,6%/23,3%; APR30: 61,4%/40,7%/19,2%), cambio porcentual en la media de NAI/NAD (APR20: -77,2%/-60,9%; APR30: -79,8%/-64,0%), cambio en la media del índice de discapacidad, según el cuestionario de evaluación de salud (HAQ-DI) (APR20: -0,33; APR30: -0,38) y los porcentajes de pacientes que lograron 1) HAQ-DI superior a una diferencia mínima clínicamente importante = 0,30 (APR20: 50,6%; APR30: 48,3%), 2) puntuación del índice Maastricht para la entesitis en espondilitis anquilosante = 0 (APR20: 58,3%; APR30: 61,4%), 3) dactilitis = 0 (APR20: 82,7%; APR30: 84,7%), y 4) logro de una reducción del 75% y 50% frente al valor inicial de la respuesta según el Índice de Severidad y Área de la Psoriasis (APR20: 44,0%/60,4%; APR30: 35,1%/56,7%). Durante las Semanas > 52 a = 104, los acontecimientos adversos (AA) más frecuentes en pacientes expuestos a APR fueron infección del tracto respiratorio superior (4,8%) y nasofaringitis (3,2%); el 5,3% de los casos desarrollaron AA graves. En general, no se observaron cambios en los tipos de AA y no se produjo un aumento en la incidencia/gravedad de los AA con la exposición a largo plazo. Las tasas de aparición de diarrea y náuseas fueron inferiores en las Semanas > 52 a = 104 que en las Semanas 0 a = 52.

Conclusiones: A lo largo de 104 semanas, los pacientes tratados con APR en monoterapia demostraron una respuesta sostenida y mejorías en los signos y síntomas de APs, incluyendo entesitis, dactilitis, funcionamiento físico y psoriasis. La respuesta a ACR20 fue del 61% en el caso de pacientes que recibieron tratamiento con APR30 durante 2 años. Asimismo, APR siguió demostrando un perfil de seguridad aceptable y, en general, fue bien tolerado.

48. RETRASO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO: COMPARACIÓN ENTRE ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA

C. Rodríguez-Lozano, A. Naranjo, S. Ojeda, F. Francisco, I. Rúa-Figueroa, C. Erasquin y J.C. Quevedo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las recomendaciones actuales en el manejo de las enfermedades reumáticas inflamatorias incluyen el diagnóstico y tratamiento precoces con el objetivo de conseguir la remisión.

Tabla Póster 48

	AR (N = 519)				APs (N = 128)			
Diagnóstico								
Retraso diagnóstico en meses (Media, DE, mín, máx)	9,9	12,6	0,03	80	23,4	37,1	0,4	276
Retraso diagnóstico en EspA periféricas					19,7	33,6	0,4	276
Retraso diagnóstico en APs oligoarticulares					16,7	21,8	0,4	121
Retraso diagn. meses APs poliarticulares					23,3	44,9	0,4	276
Retraso diagnóstico en meses en EspA mixtas					59,3	49,4	11	157
Pacientes con retraso diagnóstico < 6 meses	54	74	90		37	55	73	
Tratamiento								
FAME indicados por Reumatología (N,%)	509	98			101	79		
Nº de FAME empleados (media, DE, mín, máx)	1,9	1	1	5	1,7	0,6	1	3
Retraso en el uso del 1er FAME en meses (media, DE, mín, máx)	14,2	16,5	0,03	122	28,3	33,6	0,4	145
Pacientes con tiempo hasta el 1º FAME	37	61			18	42		
Tiempo entre 1ª consulta y 1º FAME (media, DE, mín, máx)	4,1	10,2	0	122	8,7	20,3	0	142
Fármaco biológico indicado por Reumatología (N, %)	94	18			29	23		
Nº de fármacos biológicos empleados (Media, DE, mín, máx)	1,6	0,9	1	5	1,3	0,7	1	3
Retraso en el uso del 1º biológico en meses (media, DE, mín, máx)	60	38,1	8	210	61,3	47,4	8	153

Objetivos: Comparar el retraso diagnóstico y terapéutico en los pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs) diagnosticados en los últimos 14 años en un hospital terciario y la influencia de la instauración de la consulta de artritis de inicio reciente.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes diagnosticados de AR y APs (excluidas las formas axiales puras) en el Servicio de Reumatología en el periodo 2000-2013. Se analizaron las características clínicas, el retraso hasta la 1ª consulta, primer FAME y primer biológico. Así mismo, se recogió el porcentaje de pacientes diagnosticados y tratados antes de los 6, 12 y 24 meses desde el inicio de los síntomas.

Resultados: En el periodo estudiado se atendieron 700 pacientes con AR y 166 con APs. Se excluyeron el 26% con AR y 22% con APs con diagnóstico previo a la 1ª consulta, por lo que la población final analizada fue de 519 pacientes con AR (76% seropositivos) y 128 con APs (51% oligoarticulares, 39% poliarticulares y 10% mixtas (periféricas y axiales). Hubo diferencias entre AR y APs en el porcentaje de mujeres (71% vs 46%) y en la edad al inicio de la enfermedad ($53,5 \pm 15$ vs $42,9 \pm 13$ años). El retraso hasta la 1ª consulta fue de $9,9 \pm 13$ meses en AR y de $23,4 \pm 37$ meses en APs. Los porcentajes de detección antes de 6, 12 y 24 meses fueron mayores en pacientes con AR que en APs. En las APs, hubo diferencias entre las formas periféricas puras y las formas mixtas (Tabla 1). 509 pacientes con AR (98%) y 113 (89%) con APs recibieron tratamiento con algún FAME. El retraso medio hasta el 1er FAME indicado por Reumatología en AR y APs fue de $14,2 \pm 16$ y $28,3 \pm 34$ meses respectivamente. Los porcentajes de pacientes con FAME en los primeros 6 y 12 meses de la enfermedad fueron superiores en la AR que en la APs. El retraso medio entre la primera consulta y la instauración del 1er FAME fue de $4,1 \pm 10$ en AR y de $9,6 \pm 21$ meses en la APs. El 18% de los pacientes con AR y 23% de los pacientes con APs recibieron terapia biológica, con un tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el 1er biológico similar. El retraso diagnóstico y terapéutico medio en AR se redujo en un 30 y 40% respectivamente tras la instauración de la consulta de inicio reciente en 2008, mientras que en la APs la reducción fue del 12 y 20%. La media anual de pacientes diagnosticados de AR pasó de 33 a 43 y la de APs de 9 a 10 en los periodos antes y después de 2008.

Conclusiones: El retraso hasta el diagnóstico e instauración del 1er FAME es de más del doble en pacientes con APs en comparación con los pacientes con AR. En los últimos años se observa un aumento considerable en la media anual de pacientes diagnosticados de AR y una disminución en el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico y tratamiento. En la APs la disminución es menor. En nuestro servicio es necesario instaurar estrategias destinadas a disminuir el retraso diagnóstico y terapéutico especialmente en la APs.

49. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

J. Cañete¹, J. Rodríguez², J. Gratacós³, R. Queiro⁴, C. Montilla⁵, J.C. Torre Alonso⁶, J.J. Pérez Venegas⁷, S. Muñoz⁸, A. Fernández Nebro⁹, C. González¹⁰, D. Roig¹¹, P. Zarco¹², A. Erra¹³, R. Tortosa¹⁴, R. Juverdeanu¹⁴, A. Alonso¹⁴, M. López Lasanta¹⁴ y S. Marsal¹⁴

¹Hospital Clínic. Barcelona. ²Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁵Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ⁶Hospital Monte Naranco. Oviedo. ⁷Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz. ⁸Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁹Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ¹⁰Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Unitat de Reumatologia. CAE Cornellà. Barcelona. ¹²Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. ¹³Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹⁴Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad compleja de etiología desconocida donde participan tanto factores genéticos como ambientales.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas diferenciales entre pacientes con artritis psoriásica y controles sanos en la población española.

Métodos: Estudio transversal, comparativo y multicéntrico de una gran cohorte de pacientes con APs y sujetos sanos hipernormales para las enfermedades IMID obtenidos en el marco de trabajo del Consorcio IMID. Este consorcio agrupa un equipo humano de más de 250 profesionales de la salud e implica la participación de más de 90 investigadores clínicos. Para la obtención de los datos se utilizó el cuestionario epidemiológico elaborado por el Banco Nacional de ADN en el que se registran entre otros, datos relativos a la edad, género, peso, altura, estilo de vida y nivel de estudios. La descripción cuantitativa de los datos se presentó como la media $\pm$ desviación estándar. La significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$ mediante análisis de regresión logística. Se realizó un análisis multivariante introduciendo el género y la edad como posibles factores de confusión.

Resultados: Se incluyeron 1.602 pacientes con APs y 1.558 sujetos sanos. Un 52,8% ($n = 636$) de los pacientes con APs y un 59,8% ($n = 917$) de los controles eran hombres. La media de edad de los pacientes con APs fue de 52 ± 13 años y la de los controles 49 ± 7 años. En el análisis univariante se observó que la altura (168 ± 9 vs 165 ± 11 ; $p = 6,75^{-18}$) y el peso (75 ± 11 vs 73 ± 12 ; $p = 7,89^{-5}$) de los sujetos control fue significativamente superior a los pacientes con APs. Los valores de significación disminuyeron considerablemente al introducir el género y la edad como cova-

riables. En nuestra cohorte un 55,24% de los pacientes con APs no tenían estudios o solo estudios primarios. Los sujetos control en su mayoría (68%) tenían estudios medios o superiores. La realización de ejercicio físico de forma regular-frecuente fue significativamente superior entre los controles. El género y la edad afectaron en la valoración de la actividad física realizada por ambos grupos de pacientes. En relación a la situación laboral, la mayoría de pacientes con APs (29%) y sujetos control (44%) eran trabajadores por cuenta ajena. En relación al medio de transporte habitual, tanto los pacientes con APs (40%) como los controles (52,44%) utilizan con mayor frecuencia el coche particular. Se observó un valor medio de consumo de tabaco, cerveza y vino superior en el grupo control, al introducir el género y la edad como factor de confusión la significación se mantuvo. Tanto en el análisis univariante como el multivariante se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número medio de hijos y en la media del consumo de café/te al día.

Conclusiones: El presente estudio ha permitido describir las características epidemiológicas diferenciales de una gran cohorte de pacientes con APs y sujetos control representativa de la población española. Los pacientes con APs tienen mayor edad, un número medio de hijos superior y un menor consumo de alcohol y tabaco que los controles sanos. Se confirma la influencia del género en la significación de determinadas variables como la actividad física, el peso y altura.

50. CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTITNF (SWITCHING) EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL. ESTUDIO DE DETERMINANTES Y EVOLUCIÓN TRAS EL CAMBIO

M. Aparicio, E. Armengol, J. Narváez, J. Rodríguez-Moreno, J.M. Nolla y X. Juanola

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La modificación de un tratamiento biológico (TB) por otro ("switching") constituye una opción terapéutica en la práctica clínica de los pacientes afectados de espondiloartritis (SpA) y está relacionado con la aparición de efectos secundarios graves (ESG), reacciones adversas (RA), ineficacia (INF) u otras causas (OC). Existen pocos estudios que hayan analizado los determinantes del switching así como su eficacia en la evolución de los pacientes.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes afectados de SpA que precisan de un cambio de TB en relación a aquellos que no lo han precisado, analizar las causas del cambio y su evolución posterior.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con SpA axial (criterios ASAS) tratados con anti-TNF visitados en el servicio de Reumatología de un Hospital Universitario. Para ofrecer una serie más homogénea se han suprimido los pacientes con afectación periférica exclusiva y los pacientes afectados de psoriasis de forma concomitante. En las variables a estudio se han incluido: edad, tiempo de evolución, BASDAI, BASFI, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, prueba de Schober, BASRI de articulación sacroilíaca y axial en el momento de iniciar el primer TB. También se han incluido el sexo, el HLA B27 y el tipo de SpA axial. En relación al tratamiento se han determinado el tipo de TB, el tiempo de duración, la necesidad de switching y la causa. Los datos se han analizado mediante SPSS. V15. Para el estudio comparativo se ha utilizado la t-Student o la U-Mann Whitney para variables cuantitativas y el test chi-cuadrado o el test de Fisher para las cualitativas.

Resultados: Se han incluido 92 pacientes (73 V y 19 M) con SpA axial: 75 EA, 9 no radiológica, 6 asociados a enfermedad inflamatoria intestinal y 2 juvenil. HLA B27 positivo 82%, forma axial pura 64,1%, edad al inicio del biológico 45,5 ± 13,7, tiempo de evolución 19,6 ± 14,3, edad de inicio de la SpA 25,9 ± 10,4 años, fumadores 38,2%, BASDAI 6,2 ± 1,4, BASFI 5,9 ± 1,8, PCR 25,7 ± 27,9 mg/L, Schober 2,6 ± 1,5, IMC 25,8 ± 4,1, BASRI sacroilíacas 3 ± 1,1, BASRI axial 5,8 ± 3,8 y tiempo de duración del tratamiento biológico

45 ± 35,7 meses. El TB utilizado inicialmente fue etanercept (ETN) 32, infliximab (IFX) 31, adalimumab (ADA) 22, Golimumab (GLM) 5 y certolizumab (CTZ) 2. El 31% (29 pacientes) precisaron de cambio de TB. Los resultados del estudio comparativo se muestran en la tabla. La duración del TB y el BASFI inicial se relacionó con la necesidad de switching y también el tipo de TB: IFX 51%, ADA 32% y ETN 17%. El resto de variables no se relacionaron con la necesidad de switching. Los motivos de retirada fueron: en los pacientes con IFX (8 por INF, 6 por RA, 2 por OC), en los pacientes con ADA (5 por INF, 2 por ESG) y en los pacientes con ETN (2 por INF, 3 por RA, 1 por ESG). De los 29 switching, 7 (24%) han realizado cambio a un tercer biológico: 4 de ETN a ADA, 1 de ETN a GOL y 2 de ADA a GOL, con retirada del fármaco en dos casos (embarazo e INF) y ya no se ha indicado ningún otro TB.

Tabla Póster 50

Variables	G. Switching (N = 29)	G. No Switching (N = 63)	p
Sexo varón	72%	82%	0,265
HLA B27 +	85%	77%	0,826
F. axial	69%	62%	0,512
Fumadores	38%	38%	0,975
Edad inicio bio (años)	46,7 ± 11,6	44,9 ± 14,6	0,568
T. duración bio (meses)	34,7 ± 35,2	49,8 ± 35,2	0,06
IMC	26,4 ± 4,5	25,5 ± 4,0	0,426
BASDAI	6,4 ± 1,3	6,1 ± 1,5	0,232
BASFI	6,5 ± 1,5	5,6 ± 1,9	0,023
P. Schober	2,4 ± 1,4	2,8 ± 1,6	0,296

Conclusiones: En nuestra serie el cambio de biológico es una estrategia frecuente en los pacientes con SpA. La duración del TB, el BASFI y el inicio de tratamiento con IFX son determinantes en la necesidad de switching. En un porcentaje bajo de pacientes se requiere el cambio a un tercer biológico.

51. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

C. López Medina, J. Calvo Gutiérrez, R. Jiménez Gasco, M.C. Castro Villegas, R. Ortega Castro, P. Font Ugalde, A. Escudero Contreras y E. Collantes Estévez

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía/IMIBIC/Universidad de Córdoba.

Objetivos: Analizar las características clínicas, analíticas y radiográficas de los pacientes con dolor lumbar crónico (DLC) y menores de 45 años, derivados desde Atención Primaria (AP) a un servicio de Reumatología.

Métodos: Análisis descriptivo que incluye 95 pacientes con dolor lumbar crónico referidos desde Atención Primaria, a los que se les realizó exploración clínico-analítica completa tendente a identificar criterios de espondiloartritis (Rx sacroilíacas, HLA-B27) además de una anamnesis dirigida, por parte del reumatólogo, para determinar en cada enfermo la presencia de los ítems que definen el dolor lumbar inflamatorio (DLI). De este modo se clasificó a los pacientes en dos grupos: a) aquellos que cumplen los criterios ASAS de DLI y b) aquellos que no cumplen dichos criterios (DLC no inflamatorio). A continuación se analizó la relación de los dos grupos de enfermos con diferentes variables.

Resultados: De los 95 pacientes, 35 (38,9%) fueron clasificados como DLI y 55 (61,1%) como DLC no inflamatorio. En la tabla se expresan las características clínicas y analíticas más importantes de los pacientes del grupo DLI comparados con los de DLC no inflamatorio, así como los resultados de la regresión logística univariante y multivariante. El análisis multivariante mostró que aquellos pacientes con radiografía de articulaciones SI patológica tienen un

Tabla Póster 51

Variable independiente	DLI+ (n = 35)	DLI- (n = 55)	OR* (IC95%)	P	OR** (IC95%)	P
Edad (años) Media (DE)	33,94 (7,89)	33,09 (9,55)	1,01 (0,96-1,06)	0,65		
Hombre (sexo) Ref. mujeres	18 (51,4%)	28 (50,9%)	1,02 (0,44-2,38)	0,96	0,15 (0,03-0,77)	0,023
Respuesta a AINES	28 (80,0%)	29 (52,7%)	3,58 (1,34-9,58)	0,010		
Entesitis	2 (5,7%)	1 (1,8%)	3,27 (0,28-37,52)	0,34		
Psoriasis	1 (2,9%)	9 (16,4%)	0,15 (0,02-1,24)	0,08		
EEl (enfermedad inflamatoria intestinal)	1 (2,9%)	3 (5,4%)	0,51 (0,05-5,10)	0,57		
Uveítis	1 (2,9%)	1 (1,8%)	1,59 (0,09-26,24)	0,75		
Artritis	4 (11,4%)	1 (1,8%)	6,97 (0,74-65,15)	0,09		
AF (antecedentes familiares)	7 (20,0%)	6 (10,9%)	2,04 (0,62-6,68)	0,24		
HLA B-27 +	22 (62,9%)	9 (16,4%)	8,65 (3,21-23,28)	< 0,001	4,19 (1,11-15,83)	0,035
Elevación PCR	16 (45,7%)	8 (14,5%)	4,94 (1,82-13,48)	0,002		
Elevación VSG	13 (37,1%)	6 (10,9%)	4,82 (1,62-14,36)	0,005		
Sacroileítis Rx	22 (62,9%)	2 (3,6%)	44,85 (9,33-215,45)	< 0,001	78,78 (10,20-608,25)	< 0,001
EMO + (edema de médula ósea)	20 (57,1%)	7 (12,7%)	9,14 (3,24-25,81)	< 0,001		
Cumple criterios ASAS	27 (77,1%)	8 (14,5%)	19,82 (6,68-58,87)	< 0,001		

*OR crudo obtenido mediante regresión logística univariante. *OR ajustado obtenido mediante regresión logística multivariante. Test de razón de verosimilitud: chi-cuadrado 51,76. p < 0,001

riesgo 78,78 veces mayor de presentar DLI, así como una probabilidad 4,19 veces mayor en aquellos pacientes con resultado positivo para el antígeno HLA-B27. De los 35 pacientes con DLI, 27 de ellos (77,14%) cumplían criterios ASAS para el diagnóstico de EsA axial, con un riesgo aumentado en 19,82 para presentar DLI.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que el DLI es la característica clínica más importante de la EsA axial y lo define como un criterio adecuado para derivar a los pacientes con DLC a las consultas de Reumatología.

52. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ARTRITIS PSORIÁSICA: CUESTIONARIOS DE SCREENING Y HALLAZGOS EN ECOGRAFÍA DOPPLER Y RESONANCIA MAGNÉTICA

V. Moreira Navarrete, M.D. Ruiz Montesino, A.M. Carrizosa Esquivel, C. León Caro y F. Navarro Sarabia

Hospital Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La utilización de métodos eficientes de diagnóstico, monitorización y pronóstico son esenciales en la valoración de pacientes con artritis psoriásica (APs). Tenemos varias herramientas para intentar identificar APs de reciente comienzo. El grupo GRAPPA ha desarrollado varias herramientas de cribaje que han sido validadas para la detección de la APs en estadios iniciales de la enfermedad, el Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE), el Toronto Psoriatic Arthritis Screen (ToPAS), el Psoriasis Epidemiology Project (PEST) y el Early Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire (EARP). Los criterios CASPAR se elaboraron a partir de pacientes con APs avanzada, pero su eficacia ha sido probada en estadios iniciales de la enfermedad. Por último, la Eco-doppler y la RM, también serían herramientas que ayudarían al diagnóstico precoz de la APs.

Objetivos: Identificar, en pacientes con psoriasis, aquellos con APs de reciente comienzo, utilizando todas las herramientas de las que se disponen actualmente y con una estrecha relación entre dermatólogo y reumatólogo.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron sujetos con psoriasis diagnosticado por un dermatólogo. A todos los pacientes se les recogieron datos demográficos y de la enfermedad cutánea y se le realizaron en la misma visita los cuestionarios de cribado (PASE, ToPAS, PEST y EARP), pruebas de laboratorio, Rx simple de manos y pies y de sacroilíacas, Eco-doppler de mano y pie dominante, RM de bajo campo aplicando la puntuación PsAMRIS en mano y pie dominante y RM de sacroilíacas para la afectación axial. Se realizó una valoración clínica y se aplicaron criterios CASPAR para el diagnóstico definitivo de APs.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes, de los cuales 17 (53,1%) eran mujeres, con una edad media de 42,7 años (DE 13,8). La duración media de la psoriasis fue de 10,8 años (DE 8,3). La media del PASI fue de 3,05 (DE 5,1) y del PGA 11,3 (DE 15,2). La forma predominante de psoriasis fue el 15,6% de los pacientes en gotas, en el 68,7% en placas, en el 9,4% invertido, en el 3,1% palmo-plantar y en el 3,1% ungueal. El 48,9% presentaban afectación cutánea y ungueal. En cuanto a los tratamientos, el 56,2% de los pacientes recibían tratamiento tópico, el 12,5% PUVA y el 15,6% terapia sistémica. La media de la VSG fue de 14,4 (DE 14,9) y de la PCR 4,23 (DE 4,6). 3 pacientes (9,4%) cumplían criterios CASPAR y fueron diagnosticados de APs. Todos ellos presentaban afectación ungueal y dactilitis. Al evaluar los resultados en los cuestionarios, el 25% de los pacientes contestaron positivamente al PASE, de los cuales fue diagnosticado el 12,5%; el 75% al EARP, de los cuales fueron diagnosticados el 12,5%; el 46,9% al ToPAS, de los cuales fueron diagnosticados el 20,0% y el 28,1% al PEST, de los cuales fueron diagnosticados el 22,2%. Los hallazgos obtenidos en las pruebas de imagen se resumen en la tabla.

Tabla Póster 52

	Alteración	RM	Eco-doppler
Mano	Entesitis, n (%)	0 (0%)	0 (0%)
	Sinovitis, n (%)	0 (0%)	1 (3,2%)
	Tenosinovitis, n (%)	1 (3,2%)	0 (0%)
	Hipertrofia sinovial, n (%)	0 (0%)	0 (0%)
	Crecimiento óseo marginal, n (%)	9 (28,1%)	5 (16,1%)
	Erosiones, n (%)	11 (34,8%)	5 (16,1%)
	Edema óseo, n (%)	0 (0%)	NA
	Entesitis, n (%)	0 (0%)	2 (6,4%)
	Sinovitis, n (%)	2 (6,4%)	2 (6,4%)
	Tenosinovitis, n (%)	0 (0%)	2 (6,4%)
Pie	Hipertrofia sinovial, n (%)	0 (0%)	0 (0%)
	Crecimiento óseo marginal, n (%)	5 (16,1%)	0 (0%)
	Erosiones, n (%)	10 (31,2%)	2 (6,4%)
	Edema óseo, n (%)	0 (0%)	NA
	Bursitis retrocalcánea, n (%)	2 (6,4%)	2 (6,4%)
Aquileo	Entesitis, n (%)	1 (3,2%)	0 (0%)

Conclusiones: Actualmente no existe una herramienta eficaz para identificar en pacientes con psoriasis aquellos con APs de reciente comienzo, por lo que la coordinación entre reumatología y dermatología es fundamental para su detección. Los cuestionarios no han mostrado una adecuada capacidad de discriminación. Sería interesante obtener una herramienta combinada clínico-biológica-imagen para identificar un subgrupo de pacientes con mayor probabilidad de desarrollar APs. Nuestro estudio continua en fase de inclusión, por lo que esperamos obtener resultados más sólidos.

53. MAYOR INFLAMACIÓN LOCAL Y SISTÉMICA EN PACIENTES CON AR COMPARADOS CON APS POLIARTICULAR EN REMISIÓN CLÍNICA CON TRATAMIENTO ANTI-TNF

J. Ramírez, J. Inciarte-Mundo, A. Cuervo, V. Ruiz-Esquide, M.V. Hernández, R. Sanmartí y J.D. Cañete

Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Analizar las diferencias clínicas, biológicas y ecográficas entre pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs) en remisión clínica con tratamiento anti-TNF.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AR y APs poliarticular en remisión clínica (DAS28-VSG < 2,6) con tratamiento anti-TNF. Se realizaron ecografías de ambas manos (carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y tendones flexores y extensores de la manos). La hipertrofia sinovial (HS) (grados 0-3) y la señal power Doppler (PD) (grados 0-3) fueron evaluadas en todos los pacientes. Se determinaron 20 citocinas proinflamatorias y angiogénicas mediante ELISA Multiplex en los pacientes con AR y APs en remisión clínica y se compararon con 2 grupos controles: pacientes con AR activa (DAS28-VSG > 3,2) y controles sanos.

Resultados: Se incluyeron un total de 77 pacientes (30 con AR y 47 con APs), además de 22 pacientes con AR activa (DAS28 > 3,2) y 20 controles sanos. Los pacientes con AR en remisión clínica tenían significativamente mayor actividad de la enfermedad ($p = 0,006$ para DAS28-VSG) y concentraciones superiores de citocinas proinflamatorias (IL6, TNF-alfa, IL17F, IL23, IL33) y angiogénicas (Angiogenin, ANGPTL4, CXCL16, ENA78, PIGF, SDF1) que los pacientes con APs. No hubo diferencias en estos mediadores entre los pacientes con APs en remisión clínica y los controles sanos, mientras los pacientes con AR en remisión clínica mostraron concentraciones séricas de estas citoquinas similares a los de pacientes con AR activa. En total, 31 pacientes presentaban señal PD y 12 tenían HS > 2 + PD (sinovitis subclínica por ecografía), pero sólo 1 paciente con APs cumplía este criterio frente a 11 pacientes con AR ($p = 0,0001$). Consistentemente, más pacientes con APs recibían dosis reducidas de tratamiento anti-TNF (63,8%), y más frecuentemente en monoterapia (72,3%) comparados con los pacientes con AR en remisión clínica (26,6% y 20%, respectivamente). Los pacientes con sinovitis subclínica por ecografía (HS > 2+PD) en alguna articulación tenían concentraciones séricas significativamente más altas de IL-20, IL-6, PIGF y SDF1.

Conclusiones: Este trabajo sugiere que la remisión clínica en pacientes con anti-TNF es cualitativamente diferente entre AR y PsA. Los pacientes con APs tienen concentraciones séricas de citocinas proinflamatorias y angiogénicas significativamente menores y menos sinovitis subclínica ecográfica. Además, más pacientes con APs recibían dosis reducidas de tratamiento anti-TNF y principalmente en monoterapia. Finalmente, los pacientes con poliartritis crónica en remisión clínica con sinovitis subclínica por ecografía (HS > 2+PD) tenían concentraciones séricas significativamente superiores de mediadores proinflamatorios y angiogénicos, apoyando la idea de que este concepto refleja una sinovitis activa real.

54. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON/SIN EXPOSICIÓN PREVIA A ANTI-TNF: SEGUIMIENTO A 96 SEMANAS. DATOS DEL ESTUDIO RAPID-PSA

F.J. Ramírez¹, P.J. Mease², A. Kavanaugh³, R. Fleischmann⁴, J. Wollenhaupt⁵, A. Deodhar⁶, D. Gladman⁷, O. Purcaru⁸, B. Hoepken⁹, L. Peterson¹⁰ y D. van der Heijde¹¹

¹Rheumatology Department. Hospital Clínic. Barcelona. ²Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. WA. EEUU. ³University of California. San Diego. La Jolla. CA. EEUU. ⁴University of Texas SW Medical Center. Dallas. EEUU. ⁵Schön Klinik. Hamburg. Alemania. ⁶Oregon Health & Science University. Portland. EEUU. ⁷University of Toronto. Toronto Western Hospital. Toronto. Canadá. ⁸UCB Pharma. Brussels. Bélgica. ⁹UCB Pharma. Monheim. Alemania. ¹⁰UCB Pharma. Raleigh. EEUU. ¹¹Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda.

Objetivos: En estudios previos se ha demostrado la eficacia y seguridad de certolizumab pegol (CZP) en artritis psoriásica (Aps), incluyendo pacientes (pcs) con exposición previa a anti-TNF. Presentamos datos de eficacia y seguridad de certolizumab pegol en Aps activa tras 96 semanas (sem) de seguimiento.

Métodos: RAPID-PSA, estudio doble ciego controlado con placebo (PBO) hasta la sem 24, dosis-ciega hasta la sem 48 y seguimiento abierto hasta la sem 216. Los pcs tenían Aps activa con fallo a ≥ 1 FAME. Inicialmente eran aleatorizados a CZP 200 mg/2 sem o 400 mg/4 sem tras una dosis de inducción de 400 mg en las sem 0, 2 y 4, continuando con la misma dosis durante la fase abierta del estudio. Los pcs en PBO recibieron CZP 200 mg/2 sem o 400 mg/4 sem a partir de la sem 24 o bien a partir de la sem 16 en los no respondedores. Presentamos datos de eficacia de los pcs inicialmente aleatorizados a CZP (con ambos regímenes de dosis). El objetivo primario fue la respuesta ACR20 a las 12 sem. Otros: respuesta ACR, respuesta PASI, respuesta MDI (minimal disease activity), cambios en HAQ-DI y escala de dolor a la sem 96 y respuestas ACR en pcs con/sin exposición previa a anti-TNF. También mejoría en la productividad laboral mediante el cuestionario específico para artritis WPS (work productivity survey). Datos de seguridad referidos a todos los pcs que recibieron ≥ 1 dosis de CZP hasta la sem 96.

Resultados: 409 pcs aleatorizados, 273 recibieron CZP en la sem 0. 54 pcs (19,8%) con CZP habían recibido previamente un anti-TNF. Del total de aleatorizados a CZP, el 91% completó el seguimiento hasta la sem 24, el 87% hasta la sem 48 y el 80% hasta la sem 96. Las respuestas ACR y MDA se mantuvieron en ambos regímenes de dosificación desde la sem 24 hasta la sem 96. Las respuestas ACR fueron similares independientemente de la exposición previa a anti-TNF. Los pcs originariamente aleatorizados a PCB que cambiaron a CZP tuvieron una rápida respuesta clínica, y mantenida hasta la sem 96. En los pcs con afectación de la piel $\geq 3\%$ al inicio del estudio ($n = 166$, 60,8% del grupo con CZP), las respuestas PASI se mantuvieron hasta la sem 96 (tabla). Las mejoras en las escalas de calidad de vida y dolor se mantuvieron hasta la sem 96 (Cambios desde la sem 0 hasta la 24 vs sem 0 a 96: HAQ-DI: -0,48 vs -0,52; dolor: -28,5 vs -31,3,

Tabla Póster 54

	CZP 200 mg Q2W (n = 138)			CZP 400 mg Q4W (n = 135)			CZP combinación (n = 273)		
Resultados (%)	Sem24 (imputación no respondedores NRI)	Sem96 (NRI)	Sem96 (casos observados -CO)	Sem24 (NRI)	Sem96 (NRI)	Sem96 (CO)	Sem24 (NRI)	Sem96 (NRI)	Sem96 (CO)
ACR20	63,8	68,8	84,8	56,3	59,3	76,2	60,1	64,1	80,6
ACR50	44,2	50,7	62,5	40,0	48,9	62,9	42,1	49,8	62,7
ACR70	28,3	34,1	42,0	23,7	35,6	45,7	26,0	34,8	43,8
MDA	34,8	39,9	49,1	34,8	42,2	54,3	34,8	41,0	51,6
PASI75	62,2	58,9	77,9	60,5	46,1	66,0	61,4	53,0	72,7
PASI90	46,7	48,9	64,7	35,5	38,2	54,7	41,6	44,0	60,3

respectivamente). Las mejoras en la productividad laboral (disminución del absentismo, etc) se mantuvieron también hasta la sem 96. Seguridad: total de 393 pcs (exposición total de CZP 606 pcs-año). De ellos, 345 pcs (87,8%) sufrieron algún efecto adverso (EA) durante el seguimiento (tasa de eventos por 100 pcs-año [TE], 329,8) y 67 pcs tuvieron un EA grave (17,0%; TE 14,5). 4 pcs neoplasia (1,0%; TE 0,7) (2 casos de cáncer de mama, 1 de linfoma, 1 carcinoma in situ de cuello uterino) y 16 infección grave (4,1%; TE 3,3). 6 fallecieron durante el seguimiento hasta la sem 96 (1,5%) (2 por cardiopatías, 1 muerte súbita, 1 infección, 1 cáncer de mama y 1 linfoma).

Conclusiones: La eficacia clínica de CZP se mantuvo hasta la sem 96 tanto en la fase ciega de dosis como en la abierta del RAPID-PSA e independientemente del régimen de dosis y de la exposición previa a anti-TNF. Los datos de seguridad son similares a los reportados en informes previos del estudio, sin ningún EA nuevo relevante hasta la sem 96.

55. ACTIVIDAD ANTIINFLAMATORIA DE PYTREN4Q-MN, UN MIMÉTICO DE SOD 2 EN MACRÓFAGOS HUMANOS Y EN UN MODELO ANIMAL DE CHOQUE SÉPTICO

C. Serena¹, M.P. Clares², E. García-España², A. García-España¹, A. Pàmies³, S. Castro³, M.J. Poveda³ y R. Fontova^{1,3}

¹Unitat de Recerca. Hospital Joan XXIII. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili (IISPV). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. ²Instituto de Ciencia Molecular. Departamento de Química Inorgánica. Universidad de Valencia. ³Sección de Reumatología. Hospital Universitari Joan XXIII-Hospital Universitari Verge de la Cinta. Tarragona.

Introducción: Las superóxido dismutasas (SOD) son enzimas que desactivan los radicales O₂⁻ que son altamente reactivos y cuya acumulación celular se relaciona con enfermedades inflamatorias. El uso clínico de compuestos químicos sintéticos con actividad mimética de las enzimas SOD presenta ventajas respecto al uso de enzimas SOD purificadas ya que no son antigénicos, son muy estables en solución, tienen una vida más larga y son más económicos de producir. El compuesto mimético de SOD Pytren 4QMn es un compuesto químico que pertenece a la familia de los azamacrociclos de tipo escorpiando y esta acompañado de MnII; Pytren 4QMn ha demostrado tener una buena actividad SOD in vitro en un ensayo químico con nitro blue tetrazolium. En un estudio preliminar, el compuesto 4QMn permitió el crecimiento en una atmósfera con oxígeno de bacterias *E. coli* "knock out" para las enzimas SOD. Estas bacterias "knock out" no pueden crecer en presencia de oxígeno por sí solas y necesitan un antioxidante capaz de eliminar los radicales libres intracelulares que se forman en el metabolismo celular en presencia de oxígeno. Tanto los modelos de cultivos celulares de macrófagos como de ratones tratados con lipopolisacárido (LPS) son ampliamente utilizados para el estudio de compuestos antioxidantes/antiinflamatorios puesto que el tratamiento con LPS produce radicales O₂⁻ que inducen la expresión de citoquinas TNF α , IL-6 y IL-1 β .

Objetivos: Investigar las propiedades antiinflamatorias del compuesto Pytren 4QMn un mimético de SOD usando macrófagos humanos activados y un modelo animal de choque séptico en ratón. **Métodos:** Macrófagos activados. Se utilizaron macrófagos diferenciados a partir de la línea celular de monocitos humanos THP1 con acetato de forbol miristato 200 nM durante 3 días. Los macrófagos fueron estimulados con LPS a 100 ng/ml y/o tratados con 4QMn (25 o 50 μ M). Se determinaron por PCR a tiempo real utilizando sondas específicas los niveles de mRNA de las citoquinas proinflamatorias TNF α , IL-6, IL-1 β . Se determinó mediante ELISA la producción de TNF α e IL-6 a nivel de proteína. Modelo animal de choque séptico. Curva de supervivencia: Se utilizaron ratones machos OF-1 (n = 30) inyectados intraperitoneal con una dosis letal de LPS (30 mg/kg). La mitad de los ratones inyectados con LPS fueron tratados con Pytren

4QMn a 1 mg/kg/día iv. en suero salino (grupo tratados) y la otra mitad con suero salino (grupo control). La supervivencia de los animales fue monitorizada dos veces al día durante 7 días. Determinación de niveles circulantes de TNF α e IL-6: Otro grupo de ratones (n = 10) se trataron igual que en el caso anterior excepto que se utilizó una dosis no letal de LPS (15 mg/kg) y que el suero para la determinación de IL-6 y TNF α se extrajo por punción cardiaca a las seis horas del inicio del experimento.

Resultados: El compuesto Pytren 4QMn redujo significativamente la inducción por LPS de citoquinas proinflamatorias en 1) cultivos de macrófagos humanos (tanto a nivel de mRNA como de proteína); 2) en suero de ratones tratados con una dosis no letal de LPS. Por otra parte, Pytren 4QMn prolongó significativamente la supervivencia de ratones tratados con una dosis letal de LPS.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el compuesto Pytren 4QMn presenta una buena actividad antiinflamatoria en macrófagos humanos y en un modelo de choque séptico inducido por LPS en el ratón.

Estudio financiado con un proyecto CONSOLIDER INGENIO 2010/0065.

56. DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO POLIMORFISMO EN EL GEN SQSTM1 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET

R. Usategui-Martín^{1,3}, I. Calero Paniagua^{2,3}, T. Carranco Medina^{2,3}, A. Quesada Moreno^{2,3}, L. Pérez Garrido^{2,3}, M. Sánchez González^{2,3}, C. Hidalgo Calleja^{2,3}, C. Montilla Morales^{2,3}, J. del Pino Montes^{2,3} y R. González Sarmiento^{1,3}

¹Unidad de Medicina Molecular. Departamento de Medicina. Universidad de Salamanca. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ³Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Salamanca.

La enfermedad ósea de Paget (EOP) es un trastorno focal del hueso que afecta de forma segmentaria al esqueleto. La alteración principal reside en los osteoclastos que aumentan en número, tamaño y actividad. Como resultado, se produce un hueso de estructura abigarrada y anárquica que altera las propiedades mecánicas. Actualmente una de las hipótesis etiopatogénicas que intentan explicar el origen de la EOP es la existencia de condicionantes genéticos. De acuerdo con la cual el gen candidato más plausible es el gen del sequestosoma1 (SQSTM1), que codifica la proteína p62. Esta proteína juega un papel importante en la encrucijada de señales celulares relacionadas con la osteoclastogénesis. En nuestra serie de 288 pacientes con diagnóstico probado de EOP se ha descrito un 8,68% de pacientes portadores de mutación en el gen SQSTM1 (25 pacientes). Del total de los 25 pacientes portadores de mutación, 5 son portadores de la mutación c.1000G > C (p.E273D) y no de la mutación c.1277C > T (p.A426V), no descritas hasta el momento en la bibliografía. La mutación c.1000G > C (p.E273D) está localizada en el exón 6 del gen SQSTM1 y en el primer dominio PEST de la proteína p62 la mutación c.1277C > T (p.A426V) lo está en el exón 8 del gen SQSTM1 y en el dominio UBA de la proteína p62. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la posible relación de las mutaciones c.1000G > C (p.E273D) y c.1277C > T (p.A426V) con el desarrollo de EOP. Los estudios "in silico" clasifican las dos mutaciones como patogénicas por ello realizamos un estudio poblacional en 100 alelos de individuos sanos mediante dHPLC (Denaturing High Pressure Liquid Chromatography). En ninguno de los controles se encontró la mutación c.1000G > C (p.E273D). La mutación c.1277C > T (p.A426V) se localizó en cinco individuos sanos por lo tanto la variante c.1277C > T (p.A426V) se consideró como un polimorfismo. Posteriormente, clonamos el cDNA del gen SQSTM1 en el vector de expresión pCEFL-FLAG. Después llevamos a cabo una mutagénesis dirigida para incorporar la mutación c.1000G > C. Finalmente

transfectamos nuestra construcción en células COS1 para llevar a cabo ensayos de inmunofluorescencia y western-blot. Mediante el ensayo de inmunofluorescencia no detectamos diferencias en la localización de la proteína p62 entre las células transfectadas con la construcción portadora de la mutación c.1000G > C (p.E273D) y las células transfectadas con la construcción sin mutar. En el ensayo de Western-blot tampoco detectamos diferencias en la expresión de p62 a lo largo del tiempo entre las células transfectadas con la construcción portadora de la mutación c.1000G > C (p.E273D) y las células transfectadas con la construcción original. En conclusión, nuestros resultados sugieren que la mutación c.1000G > C (p.E273D) es un polimorfismo que aumenta la predisposición a padecer EOP.

57. IDENTIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DE BIOMARCADORES METABOLÓMICOS URINARIOS DE DIAGNÓSTICO Y ACTIVIDAD EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR INMUNIDAD MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

A. Alonso¹, J. Tornero², A. Fernández Nebro³, J. Cañete⁴, E. Domènech⁵, J.P. Gisbert⁶, C. Ferrándiz⁵, E. Fonseca⁷, V. García⁸, F. Blanco⁷, J. Rodríguez⁹, J. Gratacós¹⁰, P. Carreira¹¹, R. Tortosa¹, M. López Lasanta¹, T. Julià¹, X. Correig¹² y S. Marsal¹

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitario de Guadalajara. ³Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ⁴Hospital Clínic de Barcelona. ⁵Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁷Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. ⁸Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁹Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ¹⁰Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹²Metabolomics Platform. CIBERDEM. Reus.

Introducción: Los últimos avances en metabolómica han permitido el estudio de los procesos regulatorios ligados al metabolismo mediante la cuantificación de los metabolitos que intervienen en las reacciones metabólicas. El estudio de la alteración de las concentraciones metabólicas en muestras biológicas puede ser de gran interés para identificar procesos patológicos y para el desarrollo de futuros biomarcadores. A continuación se presenta el primer gran estudio metabolómico que analiza seis enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad (IMIDs).

Objetivos: Identificar y validar biomarcadores de diagnóstico y de actividad mediante el análisis del metaboloma en orina en dos cohortes independientes de más de 2.500 individuos entre pacientes con enfermedades IMID y sujetos control.

Métodos: El análisis metabolómico se realizó mediante resonancia magnética nuclear en muestras de orina de dos cohortes independientes. La 1ª cohorte (descubrimiento) incluye un grupo de 100 controles y 6 grupos de 200 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (AP), psoriasis (PS), enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) y lupus eritematoso sistémico (LES). La 2ª cohorte (validación) incluye 200 controles y otros 200 pacientes por cada IMID estudiada. Cada grupo de pacientes fue seleccionado para incluir dos subgrupos: baja y alta actividad de la enfermedad. Tras el procesamiento espectral se cuantificaron un total de 37 metabolitos sobre los que se realizaron los estudios de asociación a 3 niveles: (a) biomarcadores diagnósticos comparando cada IMID contra el grupo control, (b) biomarcadores diferenciales comparando IMIDs similares, y (c) biomarcadores de actividad comparando los pacientes de baja y alta actividad dentro de cada IMID. El análisis estadístico se realizó mediante regresión lineal ajustando por variables epidemiológicas.

Resultados: El estudio de biomarcadores diagnósticos identificó 41 asociaciones metabólicas en la cohorte de descubrimiento. De éstas, 37 asociaciones fueron replicadas en la cohorte de validación (FDR < 0,05). Estas asociaciones relacionaron un total de 15 meta-

bolitos, de los cuales 6 resultaron asociados en 3 o más IMIDs. En referencia al estudio de biomarcadores diferenciales se validaron 6 asociaciones (FDR < 0,05): 5 relativas a la diferenciación entre pacientes de EC y CU y 1 relativa a AR y AP. A nivel nominal se validaron 2 asociaciones más relativas a EC-CU y AR-AP. Finalmente, en el estudio de biomarcadores de actividad se identificaron y validaron 3 asociaciones entre concentraciones metabólicas y la actividad en EC (FDR < 0,05). Además, a nivel nominal, se identificaron y validaron 2 asociaciones en CU, y 1 asociación en AP, LES y CD.

Conclusiones: Se han identificado y validado diferencias muy significativas en la concentración de metabolitos al comparar las cohortes de IMIDs y la población control. Estas diferencias han sido especialmente importantes en EC, CU y AR. Respecto a los metabolitos asociados, 6 de ellos resultaron asociados a 3 o más IMIDs, siendo esto un indicador claro de la alteración de procesos fisiopatológicos comunes en estas enfermedades. En cuanto al poder de discriminación entre enfermedades similares el metaboloma de orina ha demostrado tener un potencial importante al comparar EC con CU y AR con AP. Finalmente, en relación a la actividad también se observaron asociaciones relevantes, si bien con un impacto menor que en relación al diagnóstico.

58. PERFIL PROTEÓMICO DIFERENCIAL DE MSCs DE DIFERENTES SUBLOCALIZACIONES ARTICULARES EN PACIENTES ARTRÓSCICOS Y CONTROLES MEDIANTE ITRAQ

J.R. Lamas¹, J. Mateos², P. Tornero-Esteban¹, L. Rodríguez-Rodríguez¹, F.J. Blanco² y B. Fernández-Gutiérrez¹

¹UGC de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). Madrid. ²Unidad de Proteómica. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña. INIBIC-CHUAC. A Coruña.

Introducción: La artrosis es una enfermedad caracterizada por la destrucción crónica y progresiva de la articulación. La formación y mantenimiento de las estructuras articulares (cartílago y hueso) depende de condrocitos y osteoblastos, originados tras la diferenciación de células progenitoras mesenquimales (MSCs). Las MSCs se han convertido así en protagonistas de la medicina regenerativa, para promover la reparación y/o reemplazar los tejidos dañados. Los mecanismos reparadores de las MSCs se desconocen, así como si su nicho de procedencia determina propiedades diferentes. Con el fin de comprender mejor el papel biológico de las MSCs el objetivo de este trabajo era describir cuantitativamente el perfil proteómico de las MSCs de distintas sublocalizaciones articulares en sujetos artrósicos y sujetos sanos.

Métodos: Las MSCs se aislaron del hueso subcondral (SB) cartílago (C) y la médula ósea (BM) de un paciente con artrosis de cadera (CX) y un control con fractura subcapital (SF) no osteoporótica. De las MSCs caracterizadas, se aisló el contenido proteico. Cantidades equivalentes de proteína de cada condición se digirieron con tripsina, y se marcaron con reactivos iTRAQ (ABSciex, USA) como sigue: CX-SB (113); CX-C (114); CX-BM (115) y SF-SB (116); SF-C (117); SF-BM (118). Dos muestras adicionales, CX-BM (119) y el SF-BM (119), se marcaron como control interno. Tras mezclar y desalar las muestras, se separaron en fase reversa en un sistema LC (Agilent Technologies). Cada fracción se separó individualmente en un sistema automático nanoLC (Tempo, Eksigent) acoplado a un sistema MALDI-TOF 4800/TOF (ABSciex). El análisis cuantitativo relativo se realizó mediante el software ProteinPilot (ABSciex). Sólo las proteínas identificadas con al menos un 95% de confianza (ProtScore de al menos 1,3, y p = 0,05 y ratio diferente a 1) se consideraron como moduladas diferencialmente. El análisis ontológico, para determinar las anotaciones biológicas importantes, se realizó con GeneCodis3 (<http://genecodis.cnb.csic.es>).

Resultados: Se identificaron 828 proteínas con un alto grado de confianza. 153 de ellas con valores de $p > 0,05$. 9 de ellas eran comunes a SB-MSC, C-MSC y BM-MSC mientras que 38, 25 y 27, respectivamente, eran únicas en cada sublocalización. La comparación entre artrosis y no artrosis reveló la regulación al alza de 67 proteínas y la regulación a la baja de 86 proteínas en las MSCs de artrosis. Las proteínas reguladas al alza en artrosis, en función de la anotaciones ontológicas más significativas en cada localización incluían: en BM-MSC: proteínas citoplasmáticas y citosólicas implicadas en procesos de metabolismo de carbohidratos y envejecimiento de procesos biológicos; en SB-MSCs: proteínas relacionadas con la proliferación celular, el metabolismo de carbohidratos, la transducción de señales y plegamiento de proteínas; en C-MSCs: proteínas relacionadas con la glucólisis/gluconeogénesis y el procesamiento de proteínas. Entre la reguladas a la baja en artrosis: en SB-MSCs: proteínas relacionadas con el metabolismo de los carbohidratos y la muerte celular y en C-MSCs. Proteínas relacionadas con la transducción de señales, el plegamiento de proteínas y maduración del desarrollo.

Conclusiones: Este estudio ha servido para generar un mapa comparativo de referencia del proteoma de las MSCs en función de su sublocalización de origen y la patología. Las diferencias observadas dan indicios de que las funciones celulares pueden diferir según la localización y la patología. Así mismo sirve como punto de partida para el establecimiento de hipótesis de trabajo dirigidas al estudio de proteínas o funciones biológicas específicas que pueden ser importantes en la patogénesis de la artrosis.

59. PTPN22 Y ENFERMEDAD DE BEHÇET: ESTUDIO CASO-CONTROL EN POBLACIÓN ESPAÑOLA Y METAANÁLISIS

L. Ortiz Fernández¹, M.A. Montes Cano¹, J.R. García Lozano¹, M. Conde Jaldón¹, N. Ortego Centeno², R. González León³, G. Espinosa⁴, G. Graña Gil⁵, J. Sánchez Bursón⁶, M.R. Juliá⁷, R. Solans⁸, R. Blanco⁹, A.C. Barnosí Marín¹⁰, P. Fanlo¹¹, M. Rodríguez Carballeira¹², T. Camps¹³, S. Castañeda¹⁴, J. Martín¹⁵ y M.F. González Escribano¹

¹Servicio de Inmunología. IBI-S. Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁷Servei d'Immunologia. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ¹⁰Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería. ¹¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. ¹²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ¹³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa. Madrid. ¹⁵Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Granada.

Introducción: La predisposición a padecer la enfermedad de Behçet (EB) está determinada por múltiples genes. El componente genético con mayor peso es el locus HLA-B, así, se ha establecido asociación de HLA-B*51 con la enfermedad en múltiples poblaciones. Además, algunos genes no HLA como IL10 e IL23R también se han relacionado con esta patología. No obstante, la mayor parte del componente genético sigue siendo desconocido. Una variante funcional (R680W) del gen PTPN22, se ha relacionado con múltiples enfermedades inmuno-mediadas por lo que se han realizado estudios de este polimorfismo en EB, cuyos resultados no son concluyentes.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue esclarecer la posible asociación de PTPN22 con la enfermedad de Behçet.

Métodos: En el estudio de casos y controles: se incluyeron 1795 individuos (278 pacientes de EB y 1517 controles sanos) procedentes de 13 hospitales españoles. Se estudió el rs2476601 (R620W) y 6 tagSNPs que cubrían toda la región del gen (57kb desde 3'UTR a 5'UTR) y un SNP de la región promotora. El genotipado se realizó por PCR a tiempo real mediante sondas TaqMan. En el meta-análisis de la asociación de rs2476601 (R620W) se incluyeron los datos de 3 poblaciones (ingleses, turcos y oriente medio) publicados en 2 estudios previos junto con los de nuestra cohorte. El cálculo del poder estadístico, el análisis de la distribución de frecuencias y el meta-análisis se realizó con los paquetes informáticos CaTS, PLINK y StatsDirect, respectivamente.

Resultados: Nuestro estudio cuenta con un poder estadístico óptimo para todas las variantes estudiadas y además, todos los SNPs se encontraban en equilibrio Hardy-Weinberg. En el estudio caso-control no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las frecuencias en pacientes y controles para ninguno de los ocho polimorfismos genotipados. En cuanto al meta-análisis de rs2476601, en los estudios previos se había descrito asociación marginal en ingleses, $p = 0,04$ y turcos, $p = 0,012$. Sin embargo, ni en la población oriente medio ni en la española se han encontrado diferencias significativas, $p = 0,18$ y $p = 0,25$ respectivamente. En el meta-análisis realizado con las cuatro poblaciones, no se observó evidencia de asociación (PDL = 0,554, OR = 0,739; IC95% 0,27 a 2,01).

Conclusiones: Nuestros resultados descartan un papel principal de PTPN22 en la enfermedad de Behçet.

60. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE GENOMA COMPLETO EN ARTRITIS REUMATOIDE ACPA-POSITIVA IDENTIFICA UN NUEVO LOCUS DE RIESGO EN EL GEN SLC8A3

A. Julià¹, A. Fernández-Nebro², F. Blanco³, I. González⁴, J.D. Cañete⁵, J. Maymó⁶, M. Alperi-López⁷, B. Fernández-Gutiérrez⁸, A. Olivé⁹, H. Corominas¹⁰, J. Tornero¹¹, A. Erra¹², A. González¹³, V. Martínez Taboada¹⁴, S. Sánchez¹⁵, I. Acosta Colman¹, A. Alonso¹, M. López Lasanta¹, R. Tortosa¹ y S. Marsal¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ³Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ⁴Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁵Hospital Clínic. Barcelona. ⁶Hospital del Mar. Barcelona. ⁷Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁸Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁰Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹¹Hospital Universitario de Guadalajara. ¹²Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹³Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ¹⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹⁵Hospital General La Mancha Centro. Ciudad Real.

Existe una evidencia cada vez mayor que el componente genético de riesgo de los pacientes que expresan anticuerpos anti-péptido citrulinado (AR ACPA-positiva), es significativamente diferente de los pacientes ACPA-negativos. En base a esta evidencia, se ha llevado a cabo un estudio de asociación de genoma completo (GWAS) en pacientes con AR ACPA-positivos para identificar nuevos genes de riesgo. Se genotiparon un total de 582,591 polimorfismos tipo SNP en 924 pacientes con AR ACPA-positiva y 1,524 controles sanos de la población Española. Los SNPs más significativos y que representan nuevos loci candidatos, fueron validados en una cohorte independiente de 863 pacientes con AR ACPA-positiva y 1.152 controles sanos de la población Española. En la etapa GWAS se hallaron 60 nuevos loci candidatos con una asociación sugestiva ($p < 5^{-4}$). En la etapa de validación se replicó la asociación original en 12 loci candidatos ($p < 0,05$, misma dirección del efecto que en GWAS). Combinando la evidencia estadística de las cohortes GWAS y de validación, se identificó una asociación significativa a escala genómica entre una SNP intrónica del gen SLC8A3 situado en el cromosoma 14q24.1 (rs17175346, OR (IC95%): 1,42 (1,25-1,6), $p = 3,19^{-8}$). El presente estudio

dio GWAS ha permitido la identificación de un nuevo gen de riesgo para la AR ACPA-positiva. Estos resultados confirman la existencia de un componente genético de riesgo específico para los pacientes positivos para los anticuerpos ACPA.

61. LA VARIACIÓN EN FCGR2A Y EN GENES RELACIONADOS FUNCIONALMENTE ESTÁ ASOCIADA A LA RESPUESTA A LA TERAPIA ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE

S. Marsal¹, G. Ávila-Pedretti¹, J. Tornero², A. Fernández-Nebro³, F. Blanco⁴, I. González-Álvarez⁵, J.D. Cañete⁶, J. Maymó⁷, M. Alperiz⁸, B. Fernández-Gutiérrez⁹, A. Olivé¹⁰, H. Corominas¹¹, A. Erra¹², A. Aterido¹, M. López Lasanta¹, R. Tortosa¹ y A. Julià¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitario de Guadalajara. ³Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ⁴Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ⁵Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁶Hospital Clínic. Barcelona. ⁷Hospital del Mar. Barcelona. ⁸Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁹Hospital Clínic San Carlos. Madrid. ¹⁰Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹¹Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹²Hospital Sant Rafael. Barcelona.

Las terapias anti-TNF han sido muy eficaces en el manejo de la artritis reumatoide (AR). No obstante, alrededor de un 30% de los pacientes tratados con agentes anti-TNF no muestran una respuesta clínica significativa. Existe una evidencia creciente que la variación en el gen del receptor Fc FCGR2A está asociada con la respuesta a la terapia anti-TNF. El objetivo del presente estudio es validar esta asociación en una cohorte de pacientes de la población Española, así como identificar nuevos genes funcionalmente relacionados con FCGR2A y que también estén asociados con la respuesta a las terapias anti-TNF. Un total de 348 pacientes con AR fueron reclutados y genotipados para el polimorfismo rs1081274 del gen FCGR2A. La respuesta a la terapia se determinó a las 12 semanas y se analizó su asociación con FCGR2A de forma global e independientemente por tratamiento anti-TNF (infiximab, etanercept y adalimumab). Utilizando los perfiles de expresión genética de macrófagos aislados del líquido sinovial de pacientes con AR, identificamos aquellos genes fuertemente correlacionados con la expresión de FCGR2A. De cada uno de estos genes se seleccionaron tagSNPs y se determinó también su asociación con la respuesta a la terapia. Se identificó una asociación significativa entre FCGR2A y la respuesta a adalimumab ($p = 0,022$). Analizando el grupo de pacientes positivos para los anticuerpos anti-CCP (78%), también hallamos una asociación significativa entre FCGR2A y la respuesta a infliximab ($p = 0,035$). Los genes DHX32 y RGS12 mostraron una fuerte correlación con la expresión de FCGR2A en macrófagos del líquido sinovial ($p < 0,001$). Analizando la variación genética en estos dos genes, identificamos una asociación significativa en ambos genes con la respuesta a adalimumab (DHX32, $p = 0,0064$ y RGS12, $p = 0,040$). En el grupo de pacientes positivos para anti-CCP, también identificamos una asociación significativa entre RGS12 y la respuesta a infliximab ($p = 0,042$). En el presente estudio hemos validado la asociación de FCGR2A en una población independiente, y hemos identificado nuevos genes asociados con la respuesta a la terapia anti-TNF en la artritis reumatoide.

62. DISMINUCIÓN EN LA FRECUENCIA DE CÉLULAS B CIRCULANTES CD19+CD24HIGHCD38HIGH EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) ACPA+

I. Arroyo Villa, M.B. Bautista-Caro, A. Balsa, P. Aguado, M.G. Bonilla-Hernán, C. Plasencia, A. Villalba, L. Nuño, A. Puig-Kröger, E. Martín-Mola y M.E. Miranda-Carús

Servicio de Reumatología. Hospital La Paz IdiPAZ. Madrid.

Introducción: La AR es una enfermedad autoinmune caracterizada por una inflamación crónica de las articulaciones. Las células B CD19+CD24High CD38High han sido descritas como un subgrupo de

células B con capacidad reguladora, cuya alteración en la frecuencia en sangre periférica ha sido asociada con varias enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Estudiar la frecuencia de las células B CD19+CD24High CD38High en pacientes con AR y establecer una correlación con parámetros clínicos.

Métodos: Se obtuvo sangre periférica de pacientes con AR tratados con FAMES ($n = 47$) y de controles sanos ($n = 47$) pareados para edad y sexo. Después del aislamiento por gradiente de Ficoll, las células mononucleares de sangre periférica se tiñeron con anticuerpos frente a CD3, CD4, CD19, CD24 y CD38, y se examinaron mediante citometría de flujo. El porcentaje de células B CD19+CD24High CD38High se calculó tras hacer ventana en CD19+.

Resultados: La frecuencia de células B CD19+CD24High CD38High estaba disminuida en los pacientes con AR ACPA+ pero no en los pacientes ACPA-. Además, la frecuencia de células B CD19+CD24High CD38High se correlacionó negativamente con los títulos de ACPA ($r = -0,43$, $p = 0,023$). Por el contrario, no se encontró ninguna correlación de la frecuencia de células B CD19+CD24High CD38High circulantes con los títulos de Factor Reumatoide ni con la actividad de la enfermedad determinada por el índice DAS28.

Conclusiones: Se observó una disminución en la frecuencia de células B CD19+CD24High CD38High en pacientes con AR ACPA+ pero no en pacientes ACPA-; dicha frecuencia se relacionó con los títulos de ACPA pero no con los títulos de factor reumatoide ni con la actividad de la enfermedad.

63. ¿ES LA PRESENCIA DE DILATACIÓN ESOFÁGICA UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA?

S. Heredia¹, J. Narváez¹, J.A. Narváez², E. de Lama², H. Borrell¹, A. Zacarías¹, E. Armengol¹ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: En diversos estudios se ha demostrado que el reflujo gastroesofágico (RGE) es un factor de riesgo en la progresión de la fibrosis pulmonar idiopática. En la esclerosis sistémica (ES) la afección esofágica es muy frecuente, si bien no determina síntomas en el 50% de los enfermos. La presencia de dilatación esofágica y RGE podría constituir un factor de mal pronóstico en la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a la ES, probablemente en relación a la existencia de microaspiraciones.

Objetivos: Analizar si la presencia de dilatación esofágica constituye un factor de mal pronóstico en la EPID asociada a la ES.

Métodos: Fueron objeto de estudio 31 pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) y EPID secundaria sintomática confirmada mediante tomografía computadorizada torácica de alta resolución (TCAR). De forma protocolizada y a partir de las imágenes de la TCAR efectuada en el momento del diagnóstico de la EPID: a) se evaluó la presencia de dilatación en los 2/3 inferiores del esófago, y b) se cuantificó la extensión de las áreas de vidrio deslustrado y de los cambios fibróticos (áreas de panalización, engrosamiento de septos interlobulillares y bronquiectasias de tracción con distorsión de la arquitectura), estableciéndose tres categorías: 1 = afección de $< 25\%$ del parénquima pulmonar total, 2 = $25-50\%$, y 3 $\geq 50\%$. También se recogieron variables clínicas, valores basales y evolutivos de las pruebas funcionales respiratorias (capacidad vital forzada (CVF), capacidad pulmonar total (TLC) y capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO)), y tratamientos realizados, tanto para el RGE (inhibidores de la bomba de protones (IBP)) como para la EPID (ciclofosfamida (CYC) y/o rituximab (RTX)). Se realizó un estudio comparativo entre grupos (en función de la presencia o no de dilatación esofágica) empleándose la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Se detectó dilatación esofágica en la TCAR en 15 (48%) enfermos. Las principales características clínicas de los pacientes incluidos y los resultados del estudio comparativo entre grupos se exponen en la tabla. En el momento del diagnóstico de la EPID, los pacientes con dilatación esofágica presentaron mayor extensión de las áreas en vidrio deslustrado ($p = 0,033$) y de los cambios fibróticos ($p = 0,035$) en la TCAR. Un hallazgo relativamente frecuente en estos enfermos fue la asimetría en la gravedad de las lesiones, con mayor afección de uno de los dos pulmones. Además, los pacientes con dilatación esofágica presentaron un mayor deterioro de los parámetros de función pulmonar, si bien las diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en la CVF, tanto basal ($p = 0,015$) como final ($p = 0,031$), y en la DLCO final ($p = 0,046$). También recibieron con mayor frecuencia tratamiento con ciclofosfamida o rituximab. Durante el seguimiento, no se observaron diferencias entre grupos en el porcentaje de cambio de los diferentes parámetros de función respiratoria evaluados.

Tabla Póster 63

	Dilatación esofágica por TCAR (N = 15)	No dilatación esofágica por TCAR (N = 16)	p
Sexo (mujeres/varones)	12-mar	14-feb	0,654
Edad (media $\pm$ DE), años	54 $\pm$ 16	63 $\pm$ 15	0,120
Forma clínica ES	Limitada: 5 Difusa: 9	Limitada: 12 Difusa: 2	0,022
T evol de la ES (media $\pm$ DE), meses	Escl sine Escl: 1 102 $\pm$ 143	Escl sine Escl: 2 112 $\pm$ 95	0,812
Tipo EPID	NINE: 12 NIU: 3	NINE: 11 NIU: 4 NID: 1	0,095
T evol de la EPID (media $\pm$ DE), meses	35 $\pm$ 27	70 $\pm$ 44	0,014
TCAR basal			
Áreas en vidrio deslustrado	Categoría 1: 6 Categoría 2: 6 Categoría 3: 0	Categoría 1: 10 Categoría 2: 1 Categoría 3: 0	0,033
Cambios fibróticos	Categoría 1: 2 Categoría 2: 4 Categoría 3: 0	Categoría 1: 4 Categoría 2: 0 Categoría 3: 0	0,035
CVF basal % (media $\pm$ DE)	83,9 $\pm$ 22,1	103,4 $\pm$ 19,5	0,015
TLC basal % (media $\pm$ DE)	87,9 $\pm$ 25,7	110,7 $\pm$ 33,9	0,116
DLCO basal % (media $\pm$ DE)	57,4 $\pm$ 17,9	71,3 $\pm$ 24,3	0,095
CVF final % (media $\pm$ DE)	79 $\pm$ 20,8	98,3 $\pm$ 26	0,031
TLC final % (media $\pm$ DE)	79 $\pm$ 19,2	98,5 $\pm$ 26,8	0,067
DLCO final % (media $\pm$ DE)	48,8 $\pm$ 15,7	62,2 $\pm$ 18,3	0,046
Dif CVF final-basal % (media $\pm$ DE)	4,9 $\pm$ 13,9	5 $\pm$ 18,6	0,978
Dif TLC final-basal % (media $\pm$ DE)	6,6 $\pm$ 17,9	14,6 $\pm$ 33,1	0,496
Dif DLCO final-basal % (media $\pm$ DE)	8,6 $\pm$ 17,3	9,1 $\pm$ 17,3	0,936
Tratamiento con CYC y/o RTX	10 (67%)	5 (31%)	0,049
Tratamiento con IBP	14 (93%)	11 (69%)	0,172

Conclusiones: La presencia de dilatación esofágica parece ser un factor de mal pronóstico en la EPID asociada a la ES, relacionándose con una mayor extensión de las lesiones radiológicas y con un mayor deterioro en las pruebas funcionales respiratorias basales.

64. EFICACIA DE RITUXIMAB EN LA AFECCIÓN ARTICULAR DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: ESTUDIO PILOTO

H. Borrell¹, J. Narváez¹, J. Alegre², I. Castellví³, G. Albert², S. Heredia¹, E. Toniolo³ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

³Servicio de Reumatología. Hospital Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Entre un 16 y un 20% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) presentan artritis, ocasionalmente erosiva. Además, entre un 1-5% de los enfermos presentan un síndrome de solapamiento con artritis reumatoide (AR). El manejo inicial de esta complicación suele ser similar al de la AR, con el uso de metotrexato como FAME de primera elección. En casos refractarios las terapias anti-TNF podrían ser de utilidad. Sin embargo, muchos de estos pacientes desarrollan enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) lo que contraindica el empleo de estos fármacos.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab (RTX) en el tratamiento de la afección articular de los pacientes con ES.

Métodos: Estudio ambispectivo de 13 pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) y afección poliarticular grave tratados con RTX. La variable principal de eficacia fue la mejoría de la clínica articular, evaluada mediante DAS28-VSG, al final del período de seguimiento.

Resultados: De los 13 pacientes incluidos (12 mujeres), siete (54%) presentaban una ES difusa y seis una forma limitada de la enfermedad. La edad media ($\pm$ DE) fue de 54 $\pm$ 11 años y el tiempo de evolución (mediana) de 7 $\pm$ 12 años. Dos (15%) pacientes tenían ACPA positivos y cumplían criterios de clasificación de AR. La puntuación en el DAS28-VSG basal fue de 6,4 $\pm$ 1,8. Las principales características clínicas y la respuesta al tratamiento se exponen en la tabla. El tratamiento con RTX únicamente resultó ineficaz en 1 paciente (8%), suspendiéndose a los 6 meses por ineficacia. En los doce enfermos restantes (92%) se consiguió un buen control de la clínica articular de forma que, al final de un período de seguimiento (mediana $\pm$ DE) de 18 $\pm$ 10 meses (rango 12-48), la puntuación media del DAS28-VSG descendió a 2,8 $\pm$ 1,3 (% mejoría: media -46,89%; rango -70,83%, -15,48%). En ocho pacientes (61%) se alcanzó la remisión de la enfermedad articular (DAS28 < 2,6); tres pacientes (23%) presentaban una actividad baja (DAS28 = 3,2) y uno (8%) una actividad moderada. La

Tabla Póster 64

Indicación rituximab	DAS28. Inicio tratamiento con RTX	Tiempo total de seguimiento (meses)	Número de ciclos administrados de RTX	DAS28 en la última visita	Tratamientos previos
Poliartritis + EPID	6,55	12	2	2,21	MTX, LEF, etanercept
Poliartritis (solapamiento AR)	6,47	18	3	3,01	MTX, LEF, D-penicilamina
Poliartritis (solapamiento AR)	6,61	18	3	2,45	MTX, LEF, D-penicilamina
Poliartritis + EPID	7,92	18	3	2,31	CFM, MMF
Poliartritis	6,78	12	2	2,41	MTX, SZP, MMF
Poliartritis	7,88	6	1	6,66	MTX, SZP, LEF, HCQ
Poliartritis	7,05	18	3	3,43	MTX, CFM, SZP, MMF
Poliartritis + EPID	4,47	27	4	3,06	MMF
Poliartritis + EPID	4,38	16	2	1,89	MMF
Poliartritis + EPID + calcinosis	3,39	16	2	2,52	MMF
Poliartritis + EPID + afección cutánea severa	4,85	48	4	2,12	MMF, imatinib
Poliartritis + EPID + afección cutánea severa + calcinosis	4,36	24	4	3,20	CFM
Poliartritis + EPID	3,49	30	3	1,19	CFM, MMF

*OR crudo obtenido mediante regresión logística univariante. *OR ajustado obtenido mediante regresión logística multivariante. Test de razón de verosimilitud: chi-cuadrado 51,76, $p < 0,001$

frecuencia de efectos adversos fue baja, presentándose sólo en dos (15%) enfermos: un paciente tuvo 2 episodios de neutropenia transitoria (uno de ellos febril, motivando un ingreso hospitalario), y otro presentó diversas infecciones leves (gastroenteritis, infección urinaria e infección respiratoria). En ninguno de los dos casos hubo que suspender el tratamiento con RTX. En los pacientes que concomitantemente presentaban EPID, no se objetivó empeoramiento en las pruebas de función respiratoria.

Conclusiones: En nuestra experiencia, RTX es un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento de la afección articular grave en los pacientes con ES.

65. PREVALENCIA DE INFECCIÓN GRAVE, FACTORES ASOCIADOS Y SU SIGNIFICADO CLÍNICO EN PACIENTES INCLUIDOS EN EL REGISTRO NACIONAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SER (RELESSER)

I. Rúa-Figueroa¹, F.J. López-Longo², M. Galindo³, J. Calvo-Alén⁴, V. del Campo⁴¹, A. Olivé-Marqués⁵, S. Pérez-Vicente⁶, C. Erasquin¹, E. Tomero⁷, L. Horcada⁸, E. Uriarte⁹, A. Sánchez-Atrio¹⁰, A. Fernández-Nebro¹¹, M. Andrés¹², M. Freire¹³, C. Montilla¹⁴, G. Santos¹⁵, M. Rodríguez-Gómez¹⁶, L. Silva¹⁷, A. Zea¹⁸, J. Narváez¹⁹, J.L. Andreu²⁰, V. Martínez-Taboada²¹, E. Díez-Álvarez²², E. Ruiz-Lucea²³, J.A. Hernández-Berriain²⁴, M. Gantes²⁵, B. Hernández-Cruz²⁶, J.J. Pérez-Venegas²⁷, A. Pecondón²⁸, C. Marras²⁹, M. Ibáñez-Barceló³⁰, G. Bonilla³¹, V. Torrente³², I. Castellví³³, J.J. Alegre³⁴, J. Calvet³⁵, J.L. Marenco³⁶, E. Raya³⁷, T. Vázquez³⁸, V. Quevedo³⁹, P. Richi⁴⁰ y J.M. Pego-Reigosa⁴¹, en representación del grupo EAS-SER

¹Hospital Dr Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ³Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁴Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁵Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Unidad de Investigación SER. ⁷Hospital de la Princesa. Madrid. ⁸Hospital de Navarra. Pamplona. ⁹Hospital de Donosti. San Sebastián. ¹⁰Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital General de Alicante. ¹³Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ¹⁴Hospital Universitario de Salamanca. ¹⁵Hospital Marina Baixa. Alicante. ¹⁶Hospital de Ourense. ¹⁷Hospital de Guadalajara. ¹⁸Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁹Hospital de Bellvitge. Barcelona. ²⁰Hospital Puerta del Hierro-Majadahonda. Madrid. ²¹Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ²²Hospital de León. ²³Hospital de Basurto. ²⁴Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria. ²⁵Hospital Clínico de Tenerife. ²⁶Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²⁷Hospital de Jerez. Cádiz. ²⁸Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ²⁹Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³⁰Hospital Son Llàtzer. Mallorca. ³¹Hospital La Paz. Madrid. ³²Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona. ³³Hospital L'Alt Penedès. Barcelona. ³⁴Hospital Dr. Peset. Valencia. ³⁵Hospital Parc Taulí. Barcelona. ³⁶Hospital de Valme. Sevilla. ³⁷Hospital San Cecilio. Granada. ³⁸Hospital General de Lugo. ³⁹Hospital de Monforte. Lugo. ⁴⁰Hospital Infanta Sofía. Madrid. ⁴¹Hospital do Meixoeiro. Vigo.

Objetivos: Describir la prevalencia de infección grave (InfG), investigar los factores asociados y su significado clínico en los pacientes incluidos en el registro multicéntrico nacional de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de la SER (RELESSER).

Métodos: Estudio retrospectivo donde los pacientes con y sin historia de InfG fueron comparados en términos de gravedad del LES, daño, co-morbilidad, tratamientos y características demográficas mediante un análisis bivariable y regresión de Cox, comparando la supervivencia hasta la primera infección.

Resultados: Se incluyeron 3.658 pacientes con criterios de LES (ACR-1997), 90% mujeres, edad media 32,9 años, 93% caucásicos y 5% hispánicos (latinoamericanos). Seguimiento medio (meses): 120,2 (DE: ± 87,6). Un total de 705 (19,3%) sufrieron > o = 1 InfG, sumando 1.227 InfG. La densidad de incidencia fue 29,2 (IC95%: 27,6 30,9) InfG/1.000 pacientes-año. La supervivencia hasta la 2ª infección (desde la 1ª) fue menor que la supervivencia hasta la 1ª (log rank

p < 0,000). Había predominio de etiología bacteriana (51,9%), siendo el agente desconocido en 30,4%. La localización más frecuente fue la respiratoria (35,5%). De los 208 pacientes del registro fallecidos durante el seguimiento (5,7%), 24,5% murieron a causa de una InfG. La localización más frecuente de InfG fatal fue el torrente circulatorio (bacteriemia/sepsis) (42,0%). En el modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox, resultó estadísticamente significativa la asociación a: edad al diagnóstico (HR: 1,016; IC95%: 1,009-1,023, p = 0,0000), etnia hispánica (HR: 2,151; IC95%: 1,539-3,005 p = 0,0000), uso de corticosteroides (> o = 10 mg/día) (HR: 1,271; IC95%: 1,034-1,561, p = 0,0224), uso de inmunosupresores (HR: 1,348; IC95%: 1,079-1,684, p = 0,0085), hospitalización por LES (HR: 2,567; IC95%: 1,905-3,459, p = 0,0000), nefritis (HR: 1,370; IC95%: 1,130-1,660, p = 0,0013), índice de gravedad de Katz (HR: 1,160; IC95%: 1,105-1,217, p = 0,0000), índice de daño SLICC/ACR (HR: 1,069; ; IC95%: 1,031-1,108, p = 0,0003) y consumo de tabaco (HR: 1,332; IC95%: 1,121-1,583, p = 0,0011). El tiempo de toma de antipalúdicos (meses) resultó protector (HR: 0,998; IC95%: 0,997-0,999, p = 0,0022).

Conclusiones: La infección grave es una complicación frecuente y potencialmente fatal del LES o de la terapia inmunosupresora y constituye un marcador de enfermedad grave. Las infecciones respiratorias bacterianas son las InfG más comunes, siendo las bacteriemias las de peor pronóstico vital. Un evento infeccioso grave predispone, de forma independiente, a nuevas InfG. Las Inf graves son más comunes en varones y en hispánicos y se asocian al consumo de tabaco y la presencia de otras co-morbilidad. Los antipalúdicos ejercen un efecto protector.

66. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Marín Huertas

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El péptido natriurético cerebral (BNP) es un marcador conocido de insuficiencia cardíaca pero podría jugar un papel como marcador de aterosclerosis en paciente con lupus. Introducir por un lado, la imagen carotídea y por otro, marcadores analíticos como el BNP, podrían dar un perfil de RCV más adecuado del paciente lúpico. Por otra parte, la valoración del daño estructural mediante el índice SLICC en pacientes con lupus es básica y evitar su progresión, imprescindible.

Objetivos: Principal: estudiar la relación entre BNP, GIM carotídeo y SLICC, en una población de LES procedente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). Secundarios: describir la frecuencia en una población de LES atendida en el HGUGM de FRCV, ECV y de aterosclerosis mediante estudio del GIM carotídeo. Estudiar los factores relacionados con el BNP, GIM y SLICC.

Métodos: Entre los años 2008 y 2011, se incluyeron en el estudio 83 mujeres con LES, procedentes del Servicio de Reumatología del HGUGM. Se excluyeron a pacientes con insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal. La extracción analítica y cumplimentación de cuestionarios se realizaron en las consultas externas del Servicio de Reumatología del HGUGM. El estudio ecográfico, se llevó a cabo principalmente en el Instituto de Cardiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense (UCM).

Resultados: Tabla. Todas las pacientes eran de origen español, tenían 47,85 ± 11,45 años (rango 21-65 años) y un tiempo de evolución de la enfermedad de 14,62 ± 7,80 años (rango 1-37 años). La media (± DE) del GIM de la ACC derecha fue de 0,59 ± 0,14 mm y en el lado izquierdo fue de 0,59 ± 0,13 mm. La media (± DE) del GIM máximo de entre las dos arterias fue de 0,63 ± 0,14 mm, su mediana de 0,60 mm y el rango 0,40-1,10 mm. En cuanto al valor del BNP, su media (± DE) fue 42,42 ± 51,85 ng/L (rango 2-285), cercana al límite patológico (valor normal: 0-45 ng/L). El valor medio (± DE) de SLICC fue de 1,23 ± 1,65 (rango 0-9), principalmente representado por manifestaciones neu-

rológicas, trombosis venosa y diabetes. Se halló un valor estadísticamente significativo para la correlación de Pearson entre el valor de BNP y el índice SLICC: $r = 0,335$, $p < 0,001$. La asociación más potente se observó entre los eventos cerebrovasculares y el SLICC ($r = 0,535$, $p < 0,01$). Otras asociaciones significativas se observaron entre GIM y edad ($r = 0,484$, $p < 0,01$), PCR y SLICC ($r = 0,473$, $p < 0,01$), GIM y complemento ($r = 0,390$, $p < 0,01$), GIM y dislipemia ($r = 0,353$, $p < 0,01$) y GIM y PCR ($r = 0,349$, $p < 0,01$). No se halló relación entre GIM y BNP.

Tabla Póster 66

FRCV y ECV	n (%)
Hipertensión arterial	26 (32)
Tabaquismo	22 (27,2)
Diabetes mellitus	7 (8,6)
Dislipemia	35 (43,2)
Sedentarismo	71 (87,7)
Sobrepeso	21 (25,9)
Obesidad	18 (22,2)
Cardiopatía isquémica	1 (1,2)
Ictus	8 (9,9)
Arteriopatía periférica	0 (0)

Conclusiones: Las características demográficas y clínicas de las pacientes incluidas en este estudio son similares a las publicadas en nuestro entorno, así como la frecuencia de EVC. Como en otros estudios los niveles de BNP tienden a estar elevados. No hay relación estadísticamente significativa entre el BNP y el GIM. Esto podría deberse a que no haya asociación entre el BNP y la presencia de aterosclerosis o a que las concentraciones de BNP no aumentaran hasta que el GIM se viera más alterado, con lo que el GIM sería un marcador subrogado débil de RCV. El aumento del GIM carotídeo se relacionó con cifras incrementadas de complemento, y no a la inversa como cabría esperar. Las posibles explicaciones serían que el complemento podría actuar de reactante de fase aguda inflamatorio, como lo haría la PCR o que en la patogenia de la aterosclerosis se produjera una estimulación de la síntesis de complemento pero que éste no se activara y por tanto no se consumiera. Se encontró asociación entre la PCR y GIM, SLICC e ictus. El BNP se podría relacionar con sufrir eventos isquémicos cerebrales, así como, con el índice SLICC. El complemento se podría relacionar de forma directa con el GIM carotideo. La inflamación medida mediante PCR, se asociaría con la aterosclerosis y el daño irreversible (SLICC) en LES.

67. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ARTICULAR EN EL ESTUDIO DEL DOLOR ARTICULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

P. Corzo¹, T.C. Salman Monte¹, V. Torrente-Segarra², L. Polino¹, M.P. Lisbona¹, L. Orpinell¹, D. Marqués¹ y J. Carbonell Abelló¹

¹Parc de Salut Mar/Hospital del Mar. Barcelona. IMIM. Universitat Autònoma de Barcelona. ²Hospital General Hospitalet-Moisès Broggi. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Cada vez son más los trabajos publicados acerca de la utilidad de la ecografía en la evaluación articular de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Existen evidencias de las diferentes alteraciones ecográficas articulares en el LES. También se ha sugerido que se observan más alteraciones ecográficas inflamatorias en pacientes con LES y dolor articular de manos, comparado con aquellos que no presentan dicha sintomatología. Esto último ha sido confirmado por otro grupo de autores. No se conoce la utilidad pronóstica de la ecografía articular (ECO) en el LES.

Objetivos: Estudiar la evolución clínica a largo plazo de pacientes con LES y artralgias en manos con hallazgos ecográficos inflamatorios en comparación a la presentada por pacientes sin artralgias en manos ni alteraciones ecográficas.

Métodos: Estudio prospectivo y longitudinal de pacientes con LES (criterios de clasificación de la ACR de 1982) que presentaban artralgias

en manos y ECO alterada (patrón inflamatorio según OMERACT) o que no presentaban ninguna de ellas. Estos pacientes son atendidos regularmente en el servicio de Reumatología del Hospital del Mar. Se definieron 2 grupos a estudio: “casos”, pacientes con artralgias de manos y rigidez matutina > 1 h y estudio ecográfico de manos positivo; y “controles”, pacientes sin artralgias de manos ni rigidez matutina y ecografía normal. Una ECO alterada se define por la presencia de derrame articular y/o hipertrofia sinovial y/o tenosinovitis con o sin señal power-doppler en carpo y/o 2^a-5^a MCF y/o 2^a-5^a IFP según definición del grupo OMERACT-7(3). Se recogieron de forma prospectiva tanto a nivel basal como durante el seguimiento a largo plazo variables demográficas (edad), clínicas (afectación predominante articular o sistémica), uso de corticoides y dosis más alta y otros tratamientos. Las siguientes variables se registraron en la última evaluación: dosis prednisona o equivalente, SLEDAI, SLICC, HAQ modificado, EVA dolor en manos (escala de 0-100 mm), EVA fatiga (escala de 0-100). Se realizó un análisis descriptivo y comparativo con el paquete estadístico SPSSv18, considerando diferencias estadísticas significativas aquellas con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes con LES, 18 casos y 17 controles, con una duración del seguimiento de $5,8 \pm 1,1$ años). Los “casos” presentaron de forma predominante manifestaciones articulares (artralgias y/o artritis a pesar del tratamiento) durante su seguimiento (38,9% vs 0%, $p = 0,008$), en comparación con los “controles”. No se observaron diferencias significativas en el resto de variables clínicas. Todas las variables analizadas se muestran en la tabla. El análisis estadístico mostró también diferencias significativas en el tipo

Tabla Póster 67

Variable	Controles (n = 17)	Casos (n = 18)	p-valor
Edad (años)	42,0 $\pm$ 16,0	37,7 $\pm$ 15,7	0,443
Periodo Seguimiento(años)	5,8 $\pm$ 1,1	6,0 $\pm$ 1,4	0,118
Artritis (día de la EF)			1
No	16 (94,1%)	17 (94,4%)	
Sí	1 (5,9%)	1 (5,6%)	
Predominio manifestación articular (durante periodo seg)			0,008
No	17 (100%)	11 (61,1%)	
Sí	0 (0%)	7 (38,9%)	
Presencia manifestación sistémica (durante periodo seg)			0,625
No	9 (52,9%)	11 (61,1%)	
Sí	8 (47,1%)	7 (38,9%)	
SLEDAI Basal (retrospect)	1,5 $\pm$ 1,0	3,1 $\pm$ 2,5	0,035
SLEDAI	3,7 $\pm$ 3,5	4,7 $\pm$ 4,4	0,546
SLICC	0,8 $\pm$ 1,7	0,5 $\pm$ 0,7	0,807
mHAQ	0,2 $\pm$ 0,2	0,4 $\pm$ 0,6	0,401
EVA fatiga	43,8 $\pm$ 28,1	62,6 $\pm$ 34,8	0,089
EVA Dolor manos	25,5 $\pm$ 28,3	38,7 $\pm$ 31,9	0,285
Corticoides (Sí/No)			0,803
No	12 (70,6%)	12 (66,7%)	
Sí	5 (29,4%)	6 (33,3%)	
Dosis actual corticoide (mg/prednisona)	2,5 $\pm$ 4,1	3,4 $\pm$ 5,7	0,732
Dosis máxima corticoide (mg/prednisona)	13 $\pm$ 19,1	18 $\pm$ 3,4	0,14
Hidroxicloroquina (día evaluación)			0,025
No	13 (76,5%)	7 (38,9%)	
Sí	4 (23,5%)	11 (61,1%)	
Azatioprina (día evaluación)			0,691
No	14 (82,4%)	13 (72,2%)	
Sí	3 (17,6%)	5 (27,8%)	
Metotrexato (durante seguimiento)			0,045
No	17 (100%)	13 (72,2%)	
Sí	0 (0%)	5 (27,8%)	
Micofenolato (durante seguimiento)			0,104
No	14 (82,4%)	18 (100%)	
Sí	3 (17,6%)	0 (0%)	
Rituximab(durante seguimiento)			0,486
No	17 (100%)	16 (88,9%)	
Sí	0 (0%)	2 (11,1%)	
Belimumab(durante seguimiento)			1
No	17 (100%)	17 (88,2%)	
Sí	0 (0%)	1 (11,8%)	

de tratamientos prescritos durante el seguimiento, observándose en el grupo "casos" un mayor uso de tratamiento con hidroxicloroquina (61,1% vs 23,5%, $p = 0,025$) y metotrexato (27,8% vs 0%, $p = 0,046$).

Conclusiones: Los pacientes con artralgias de manos y ecografía articular alterada presentaron mayor prevalencia de manifestaciones articulares durante el seguimiento, así como una mayor necesidad de tratamiento con FAMEs sintéticos tales como hidroxicloroquina y metotrexato, comparado con aquellos sin dicha sintomatología ni alteración ecográfica. La ecografía articular puede ayudar al estudio de pacientes con LES y artralgias de manos, ya que la presencia de alteraciones inflamatorias permitiría presumir una mayor presencia de sintomatología articular y el uso de FAME sintéticos.

Agradecimientos: Sergi Mojal.

68. ANTICUERPOS ANTINUCLEOSOMA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PREVALENCIA Y ASOCIACIONES CLÍNICAS

H. Borrell¹, J. Narváez¹, J. Bas², M. Pascual¹, M. López de Recalde¹ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: El nucleosoma, unidad básica de la cromatina, es el inmunógeno principal del lupus eritematoso sistémico (LES). Los anticuerpos antinucleosoma (ANUC) parecen tener un papel en

la patogénesis de la nefritis lúpica por lo que se ha sugerido que podrían ser un biomarcador predictivo de afección renal. No obstante, los resultados de los diversos estudios publicados son contradictorios.

Objetivos: Analizar en una cohorte de pacientes con LES la prevalencia de ANUC, así como su asociación con distintas manifestaciones clínico-analíticas propias de esta enfermedad.

Métodos: De forma prospectiva se evaluó la presencia de ANUC en 101 pacientes con LES (criterios SLICC 2012) atendidos en el servicio de reumatología de un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica; la determinación se realizó mediante dot-blot + ELISA. Se establecieron dos grupos, en función de la presencia o ausencia de ANUC, y se realizó un estudio comparativo de diversas variables demográficas, clínicas y analíticas. Para analizar las diferencias en las variables continuas se utilizaron la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney (cuando las variables no presentaban una distribución normal). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado o el test de Fisher, cuando la frecuencia esperada fue inferior a 5.

Resultados: Se detectaron ANUC en 65 pacientes (64%): 28 (27%) con título positivo débil, 17 (17%) positivo moderado y 20 (20%) positivo fuerte. Los resultados del estudio comparativo se exponen en la tabla. Los ANUC se asociaron con la presencia de fotosensibilidad, de lupus cutáneo (tanto agudo como subagudo) y con la afección neurológica, pero no con la nefritis. Asimismo se constató relación con la actividad de la enfermedad, observándose diferencias significativas en la puntuación del SLEDAI-2K, en el título de Ac anti-DNAn, y en la frecuencia de hipocomplementemia (C3) y de linfopenia. Al repetir el estudio comparativo entre pacientes con ANUC negativos ($n = 36$) versus pacientes con ANUC positivos a título moderado o alto ($n = 36$), los resultados no variaron.

Conclusiones: La presencia de ANUC se relaciona con diversas manifestaciones dermatológicas y con la afección neurológica así como con los parámetros que evalúan la existencia de actividad en el LES. Los resultados obtenidos no confirman su utilidad como marcador del desarrollo de nefropatía.

Tabla Póster 68

	Ac antinucleosomas positivos (N = 65)	Ac antinucleosomas negativos (N = 36)	p
Mujeres/Varones	59/6	35/1	0,416
Edad, años (media $\pm$ DE)	46 $\pm$ 13	52 $\pm$ 14	0,028
T de evolución de la enfermedad, meses (media $\pm$ DE (cuartil 25% y 75%))	159 $\pm$ 106 (60, 222)	138 $\pm$ 101 (81, 249)	0,776
Afectación cutáneo-mucosa	39 (60%)	32 (89%)	0,002
Fotosensibilidad	23 (35%)	27 (75%)	0,0001
Lupus cutáneo agudo	12 (18,5%)	16 (44%)	0,005
LCSA	2 (3%)	4 (11%)	0,183
Lupus cutáneo crónico	2 (3%)	2 (6%)	0,615
Aftas	23 (35%)	18 (50%)	0,152
Alopecia	4 (6%)	5 (14%)	0,275
Artritis	62 (95%)	31 (86%)	0,129
Jaccoud	3 (5%)	1 (3%)	0,65
Nefritis	26 (40%)	12 (33%)	0,508
Afectación neurológica	7 (11%)	0 (0%)	0,048
Manif psiquiátricas	3 (5%)	0 (0%)	0,551
Afectación pulmonar	6 (9%)	5 (14%)	0,718
Serositis	18 (28%)	6 (17%)	0,212
Afectación hematológica	42 (65%)	20 (56%)	0,37
Plaquetopenia	5 (8%)	4 (11%)	0,718
Anemia hemolítica	4 (6%)	0 (0%)	0,294
Leucopenia	22 (34%)	11 (31%)	0,736
Linfopenia	36 (55%)	16 (44%)	0,292
Afectación cardíaca	1 (1,5%)	0 (0%)	0,644
Afectación gastrointestinal	5 (8%)	1 (3%)	0,417
SAF secundario	8 (12%)	4 (11%)	0,89
Vasculitis	8 (12%)	1 (3%)	0,152
SLEDAI-2K (media $\pm$ DE, rango)	1,55 $\pm$ 2,7	0,44 $\pm$ 1,08	0,01
DNAn positivo histórico	54 (83%)	21 (58%)	0,007
DNAn positivo actual	28 (43%)	4 (11%)	0,001
Título DNAn (media (media $\pm$ DE))	135 $\pm$ 512	6 $\pm$ 12	0,0001
Hipocomplementemia	17 (26%)	5 (14%)	0,16
C3 (media $\pm$ DE)	716 $\pm$ 256	1052 $\pm$ 358	0,029
C4 (media $\pm$ DE)	88 $\pm$ 45	71,4 $\pm$ 38,4	0,438
Linfocitos (media $\pm$ DE)	1633 $\pm$ 788	1936 $\pm$ 683	0,05
PCR (mg/L)	7 $\pm$ 13,1	3,4 $\pm$ 3,5	0,833
VSG (mm/h)	13 $\pm$ 11	13 $\pm$ 9,5	0,732

69. ANTICUERPOS ANTINUCLEARES VERSUS ANTICUERPOS ANTI-DNA EN EL DIAGNÓSTICO Y MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

H. Borrell¹, J. Narváez¹, J. Bas², E. Armengol¹, A. Zacarías¹ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: En los últimos años está cobrando un notable interés el estudio de los anticuerpos antinucleosoma (ANUC). Recientemente, se ha sugerido que pueden ser útiles en el diagnóstico del lupus eritematoso sistémico (LES) y en la monitorización de la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Comparar el rendimiento diagnóstico de los ANUC frente a los anti-DNAn en el diagnóstico del LES, y analizar su correlación con marcadores de actividad de la enfermedad.

Métodos: Se determinaron de forma prospectiva los ANUC y anti-DNAn en 122 pacientes afectados de LES (criterios SLICC 2012) y en 136 pacientes que no presentaban esta enfermedad (población control). La determinación de los ANUC se realizó mediante dot-blot + ELISA y los anti-DNAn mediante FEIA + IFI. Para cada uno de los anticuerpos se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), positive likelihood ratio (LR+) o coeficiente de probabilidad positivo, negative likelihood ratio (LR-) o coeficiente de probabilidad negativo, y la precisión diagnóstica (accuracy) para el diagnóstico de LES. La precisión diagnóstica se calculó según la fórmula: (verdaderos positivos + verdaderos negativos) / (verdaderos positivos + verdaderos

ros negativos + falsos positivos + falsos negativos). Asimismo, se analizó la correlación del título de ANUC con diferentes marcadores de actividad del LES (SLEDAI 2K, título de Ac anti-DNAn, cifra de linfocitos, fracciones C3 y C4 del complemento, VSG y proteína C reactiva) mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson. **Resultados:** En los 122 pacientes con LES, los ANUC fueron positivos en 80 (66%) y los Ac anti DNAn en 83 (68%): 62 (51%) enfermos presentaron ANUC y anti-DNAn positivos, 18 (15%) ANUC positivos/anti-DNAn negativos, 21 (17%) ANUC negativos/anti-DNAn positivos, y 21 (17%) ANUC y anti-DNAn negativos. Los Ac anti-DNAn fueron positivos en 11 (8%) pacientes de la población control y los ANUC en 39 (29%). Los pacientes de la población control con ANUC positivos presentaban psoriasis (muchos de ellos tratados con terapia anti-TNF), infecciones (neumonía, infección por VHC o VIH) o algún trastorno de base autoinmune (pénfigo, enfermedad de Crohn, glomerulonefritis asociada a ANCA, síndrome antifosfolípido primario, artritis reumatoide, hepatitis autoinmune). En la tabla se expone el valor diagnóstico de ambos anticuerpos. El título de ANUC se correlacionó de forma estadísticamente significativa con la puntuación del SLEDAI-2K ($r = 0,425$; $p = 0,031$), el título de Ac anti-DNAn ($r = 0,603$; $p = 0,001$), la cifra de linfocitos ($r = -0,410$; $p = 0,038$), y la VSG ($r = 0,414$; $p = 0,036$). No se halló correlación estadísticamente significativa con los niveles de complemento ni con la PCR.

Tabla Póster 69

	ANUC	Anti-DNAn
Sensibilidad	66%	68%
Especificidad	71%	91%
VPP	67%	88%
VPN	70%	76%
LR+	2,30	8,4
LR-	0,47	0,34
Precisión diagnóstica	0,686	0,806

Conclusiones: Los ANUC presentan una sensibilidad similar a la de los Ac. anti-DNAn para el diagnóstico del LES pero una menor especificidad. No parecen constituir, pues, una alternativa con mejor precisión diagnóstica. La determinación simultánea de ANUC y DNAn aumenta la rentabilidad diagnóstica, en tanto que los ANUC son útiles en el diagnóstico de la enfermedad los pacientes con Ac. anti-DNAn negativos. El título de ANUC se correlaciona de forma positiva con la actividad de la enfermedad por lo que pueden considerarse un marcador complementario en el seguimiento de estos pacientes.

70. EFECTOS BENEFICIOSOS DEL TRATAMIENTO CON UBIQUINOL EN LA PREVENCIÓN DE LA ATROFOTROMBOSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CLÍNICO

C. Pérez-Sánchez¹, M.A. Aguirre¹, P. Ruiz-Limón¹, N. Barbarroja¹, Y. Jiménez-Gómez¹, P. Seguí¹, E. Collantes-Estévez¹, L. Fernández del Río², J.M. Villalba², J.A. González-Reyes², M.J. Cuadrado³ y C. López-Pedraza¹

¹IMIBIC-Hospital Reina Sofía. Córdoba. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Campus Agroalimentario de Excelencia (ciA3). Universidad de Córdoba. ³Lupus Research Unit and Thomas Hospital. Londres. Reino Unido.

Introducción: Estudios previos han demostrado los efectos terapéuticos de la suplementación con coenzima Q10 (CoQ10) en pacientes con patología cardiovascular. Sin embargo, los posibles efectos beneficiosos del CoQ10 en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF), con alto riesgo de aterotrombosis, aún no han sido evaluados. **Objetivos:** Investigar los efectos beneficiosos de la suplementación con ubiquinol (CoQ10 reducido) en la prevención de la aterotrombosis en pacientes con SAF.

Métodos: El estudio se realizó en 20 pacientes con SAF asignados al azar a recibir ubiquinol (200 mg/día) o placebo durante un mes. Se obtuvieron muestras sanguíneas de forma previa y al final del tratamiento y se analizó en ambos momentos la actividad endotelial mediante la medición de la hiperemia post-isquemia por láser Doppler. Como marcador de aterosclerosis se analizó el engrosamiento de la íntima-media carotídea (IMC) mediante Ecodoppler. Como trazador de adherencia al estudio se evaluaron los niveles plasmáticos de CoQ10. Distintas subpoblaciones de monocitos (clásicos o MON1: CD14+/CD16-; intermedios o MON2: CD14+/CD16+; no clásicos o MON3: CD14dim/CD16+) se caracterizaron por citometría de flujo, incluyendo análisis de expresión de factor tisular (TF), moléculas intracelulares (IkB kinasa inducible -IKK- e IL-8) y marcadores de estrés oxidativo (peróxidos y daño mitocondrial).

Resultados: 17 de los 20 pacientes completaron el estudio, mostrando niveles plasmáticos elevados de CoQ10 tras el tratamiento. La disfunción endotelial presente en pacientes SAF (medida como mejora de la perfusión post-isquemia) mejoró sensiblemente. La suplementación con ubiquinol indujo una bajada en el porcentaje de monocitos no clásicos o proinflamatorios, junto a una reducción en la expresión de TF, y los niveles intracelulares de IKK e IL-8. Ubiquinol produjo también un descenso en los niveles de peróxidos y el porcentaje de monocitos con alteración del potencial de membrana mitocondrial. El aumento plasmático de CoQ10 correlacionó con la reducción en la expresión de TF y los niveles de peróxidos, así como con la mejora de la función endotelial. Dicha mejora se encontró relacionada asimismo con la reducción en los niveles de IL8. La bajada en el porcentaje de monocitos no clásicos correlacionó con la reducción en el porcentaje de células con alteración así como con la mejora de la función endotelial. Los efectos del ubiquinol fueron particularmente relevantes en pacientes SAF que mostraron engrosamiento patológico de la IMC o historia de trombosis arterial (TA), dado que en dichos pacientes la expresión de TF, IKK, y niveles de peróxidos (más elevados que en otros grupos de pacientes SAF), mostraron una reducción más significativa que en los pacientes con historia previa de trombosis venosa (TV) o complicaciones obstétricas (CO). Asimismo la función endotelial mostró una mejora más relevante. Por otra parte, la expresión de IL-8, más elevada basalmente en pacientes SAF con TV o CO, se redujo de modo muy significativo en este grupo de pacientes tras administración de ubiquinol. **Conclusiones:** La suplementación con ubiquinol en pacientes SAF mejora la función endotelial y reduce el daño mitocondrial, el estatus oxidativo y la expresión de proteínas protrombóticas y proinflamatorias. Por tanto, ubiquinol podría tener un efecto beneficioso en la prevención de la aterotrombosis en pacientes con SAF. Financiado por CTS-7940, P112/01511, KANEKA, SER.

71. EFICACIA DE BOSENTÁN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS ISQUÉMICAS DISTALES DE LA TROMBOANGITIS OBLITERANTE

H. Borrell¹, J. Narváez¹, A. Prior¹, J. Sanint², J.M. Nolla¹ y A. Olivé²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La tromboangitis obliterante (TAO) o enfermedad de Buerger es una vasculitis oclusiva que afecta a arterias de pequeño o mediano calibre de las zonas distales de las extremidades. Clínicamente se caracteriza por la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo, y la aparición de úlceras isquémicas distales en las manos y/o en los pies, que pueden evolucionar hasta la gangrena. El único tratamiento eficaz conocido es el abandono del hábito tabáquico. Las prostaglandinas intravenosas han demostrado ser eficaces en las lesiones isquémicas graves, aunque su efecto es transitorio y desaparece al finalizar el tratamiento. Recientemente se

Tabla Póster 71

Edad/Sexo	Presentación clínica	Tratamiento concomitante	Duración del tratamiento con bosentán (meses)	Seguimiento (meses) después de suspender el bosentán	Evolución
45/mujer	Úlceras isquémicas en varios dedos de las manos	Alprostadil iv (21 días) y AAS	10	14	Curación sin secuelas. No recaídas
39/mujer	Úlceras isquémicas en varios dedos de las manos	Alprostadil iv (21 días) y AAS	13	24	Curación sin secuelas. No recaídas
48/hombre	Fenómeno de Raynaud y úlceras isquémicas en varios dedos de las manos	Alprostadil iv (21 días) y AAS	11	22	Curación sin secuelas. No recaídas
47/hombre	Úlceras isquémicas en varios dedos de manos y pies	Alprostadil iv (21 días), AAS y pentoxifilina	14	23	Curación sin secuelas. No recaídas
55/hombre	Úlceras isquémicas en varios dedos de la mano con necrosis falange distal 2º dedo mano derecha	Alprostadil iv (21 días) × 2, AAS, heparina y simpatectomía axilar blateral	12	Continúa en tratamiento	Amputación 2º falange distal mano derecha por osteomielitis
66/hombre	Úlceras isquémicas de varios dedos de las manos	Alprostadil iv (21 días), AAS y heparina	16	10	Curación sin secuelas. No recaídas

ha sugerido un posible efecto beneficioso de los receptores de la endotelina-1 (bosentán) en casos graves y/o refractarios.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de bosentán en el tratamiento de una serie de casos con TAO y úlceras isquémicas graves o gangrena.

Métodos: Se incluyeron 6 pacientes diagnosticados según los criterios propuestos por De Olin et al (Curren Opin Reumatol 2006;18:18-24), que incluyen una arteriografía confirmatoria. Todos se trataron con Alprostadil® endovenoso (PGE-E1) durante un mínimo de 21 días, seguido de bosentán bajo uso compasivo (62,5 mg cada 12h durante el primer mes, subiéndose posteriormente la dosis a 125 mg cada 12h). Las variables de desenlace evaluadas fueron la mejoría del dolor y de las lesiones tróficas, así como la necesidad de amputación.

Resultados: Las principales características clínicas de los enfermos se muestran en la tabla. Todos los enfermos abandonaron el consumo de tabaco y recibieron tratamiento antiagregante (dos recibieron también anticoagulación). En cuatro de los seis pacientes, bosentán se inició de forma secuencial durante la última semana de tratamiento con Alprostadil®. En los otros dos, se inició por refractariedad a los tratamientos previos ensayados. En cinco de los seis casos (incluyendo uno de los refractarios) se consiguió la curación completa de los trastornos tróficos, con desaparición del dolor y cicatrización sin secuelas de las lesiones isquémicas. En estos enfermos, bosentán se pudo suspender después de una media de 12,6 meses (rango de 10-16 meses), sin presentar recaídas tras un período de seguimiento medio de 18,6 meses (rango 10-14). Sólo un paciente precisó amputación por osteomielitis secundaria. En todos los enfermos, bosentán fue bien tolerado y no se detectó ningún efecto adverso.

Conclusiones: Nuestra experiencia preliminar sugiere que bosentán puede ser un tratamiento eficaz en pacientes con TAO y úlceras isquémicas graves o gangrena, incluso en casos refractarios. Sería deseable –en un futuro– contar con ensayos clínicos controlados y aleatorizados de bosentán en el tratamiento de la TAO.

72. TOCILIZUMAB EN 22 PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. Loricera¹, R. Blanco¹, J.L. Hernández¹, S. Castañeda², A. Mera³, E. Pérez-Pampín³, E. Peiró¹, A. Humbría², J. Calvo-Alén⁴, E. Aurrecoechea⁴, J. Narváez⁵, A. Sánchez-Andrade⁶, P. Vela⁷, E. Díez⁸, C. Mata⁹, P. Lluch¹⁰, C. Moll¹⁰, I. Hernández¹¹, V. Calvo-Río¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, C. González-Vela¹, T. Pina¹, N. Palmou-Fontana¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-IP. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ⁴Servicio de Reumatología.

Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁷Servicio de Reumatología.

Hospital General Universitario de Alicante. ⁸Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁹Servicio de Reumatología.

Hospital de Laredo. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Mateu Orfila. Menorca. ¹¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: La arteritis de células gigantes (ACG) con frecuencia es refractaria al tratamiento esteroideo habitual. La eficacia de los inmunosupresores clásicos no está bien establecida. La terapia biológica con anti-TNFα (adalimumab e infliximab) en estudios aleatorizados amplios se ha mostrado ineficaz. Diversos casos clínicos y series pequeñas han demostrado la eficacia del tocilizumab (TCZ). Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia del TCZ en pacientes con ACG refractarias o con efectos secundarios al tratamiento esteroideo tradicional.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de 22 pacientes con ACG tratados con TCZ (8 mg/kg/4 semanas). Se evaluó la eficacia clínica, sobre los marcadores de laboratorio, y en la reducción de la dosis de corticoides, así como los efectos secundarios.

Resultados: La mejoría clínica parcial o total se observó en 20 (90,9%) pacientes. La dosis de corticoides se redujo en 18 (81,8%) pacientes. No se observaron efectos secundarios graves.

Tabla Póster 72

	Basal	Mes 1	Mes 3	Mes 6
Mejoría clínica parcial†, %		82 (11)	95 (21)	100 (13)
Parámetros analíticos, mediana [IQR]				
VSG	44 [20-81] (19)	7 [2-20] (6)*	4 [2-17] (14)*	4 [3-9] (10)*
PCR	1,9 [1,2-5,4] (22)	0,15 [0,1-0,2] (8)*	0,1 [0,1-0,3] (19)*	0,1 [0,1-0,2] (12)*
Dosis de corticoides, mediana [IQR]	18,75 [10-45] (22)	10 [7,5-25] (21)*	7,5 [5-10] (21)*	5 [5-7,5] (14)*

Entre paréntesis número de casos con el dato disponible en cada visita. †Mejoría en al menos uno de los motivos clínicos que motivó el tratamiento. *p < 0,05 (test de Wilcoxon).

Resultados: Los 22 pacientes (17 mujeres/5 varones) tenían una media de edad de 69 ± 8 años. Las manifestaciones clínicas al inicio del TCZ eran: polimialgia reumática ($n = 16$), astenia ($n = 7$), cefalea ($n = 5$), síndrome constitucional ($n = 4$), claudicación mandibular ($n = 2$) y pérdida de visión ($n = 2$). Además de los corticoides, 19 habían recibido también inmunosupresores tradicionales y/o terapia biológica. Tras el inicio del TCZ en 19 de los 22 pacientes se alcanzó una mejoría clínica rápida y mantenida (tabla). Además, tras una mediana de seguimiento de 9 [6-19] meses, la proteína C reactiva disminuyó desde 1,9 [1,2-5,4] hasta 0,2 [0,1-0,9] mg/dL ($p < 0,0001$) y la velocidad de sedimentación globular desde 44 [20-81] hasta 12 [2-20] mm/1ª hora ($p = 0,001$). La mediana de la dosis de prednisona también descendió desde 18,75 [10-45] hasta 5 [2,5-10] mg/día ($p < 0,0001$). Sin embargo, el TCZ hubo de ser suspendido en 3 pacientes debido a neutropenia grave; neumonía recurrente; e infección por citomegalovirus, respectivamente. Además, un paciente falleció tras la segunda infusión de TCZ a consecuencia de un ictus en el contexto de una endocarditis infecciosa.

Conclusiones: A la espera de los resultados de los estudios prospectivos y aleatorizados, en nuestra serie se observa una mejoría rápida y mantenida con TCZ en pacientes con ACG refractaria o con efectos secundarios al tratamiento esteroideo habitual.

73. TOCILIZUMAB EN ARTERITIS DE TAKAYASU REFRACTARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 8 PACIENTES

J. Loricera¹, R. Blanco¹, J.L. Hernández¹, S. Castañeda², A. Humbría², N. Ortego³, B. Bravo⁴, M. Freire⁵, S. Melchor⁶, M. Mínguez⁷, J. Salvatierra³, C. González-Vela¹, V. Calvo-Río¹, N. Palmou-Fontana¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ³Departamento de Enfermedades Autoinmunes. Hospital San Cecilio. Granada. ⁴Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ⁵Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario A Coruña. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Objetivos: La arteritis de Takayasu (AT) con frecuencia es refractaria al tratamiento esteroideo habitual y a los inmunosupresores tradicionales. La interleucina (IL)-6 está implicada en la patogenia de la AT. El Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de la IL-6. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia del TCZ en pacientes con AT refractarios al tratamiento tradicional.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de 8 pacientes tratados con TCZ con AT refractarias al tratamiento convencional. Se evaluó la eficacia clínica, analítica, y en la reducción de la dosis de corticoides así como los efectos secundarios. Comparamos los datos basales frente a los obtenidos al 1º, 3º, 6º y 12º mes, tras inicio del TCZ (test de Wilcoxon).

Resultados: Las 8 pacientes eran mujeres y tenían una media de edad de 34 ± 16 años. Las principales características clínicas al inicio del TCZ fueron: síntomas constitucionales ($n = 4$), fiebre ($n = 3$),

cefalea ($n = 2$), dolor torácico ($n = 1$), dolor abdominal ($n = 1$), ángor mesentérico ($n = 1$), mialgias intensas en EELI ($n = 1$), insuficiencia vascular cerebral ($n = 1$), claudicación de EESS ($n = 1$) y escleritis nodular ($n = 1$). Antes del TCZ, todas las pacientes habían recibido corticoides y 7 de ellas inmunosupresores tradicionales: MTX ($n = 5$), ciclofosfamida ($n = 2$), azatioprina ($n = 2$), micofenolato mofetilo ($n = 2$) y ciclosporina A ($n = 1$). Además, 5 de las 8 pacientes recibieron anti-TNF- α : infliximab ($n = 4$), adalimumab ($n = 2$) y etanercept ($n = 1$). Dos de estas 5 pacientes precisaron un doble "switching". El TCZ se pautó a dosis de 6-8 mg/kg/4 semanas, en monoterapia en 4 casos y combinado en otros 4. La mayoría de las pacientes experimentaron una mejoría rápida y mantenida (tabla). Tras una media de seguimiento de 16 ± 6 meses, la mediana [IQR] de PCR se redujo desde 3,09 [0,5-12] hasta 0,15 [0,1-0,5] mg/dL ($p = 0,018$), la VSG desde 40 [28-72] hasta 3 [2-5] mm/1ª h ($p = 0,012$) y la dosis de prednisona desde 42,5 [25-50] hasta 2,5 [0-7,5] mg/día ($p = 0,011$). El TCZ se suspendió en una paciente debido al desarrollo de un lupus eritematoso sistémico y por ineficacia en otra. Hubo que reducir la dosis debido a trombocitopenia en un caso adicional.

Conclusiones: En este estudio multicéntrico, el TCZ parece relativamente eficaz y seguro en pacientes con AT refractaria. No obstante, estos resultados preliminares precisan ser comprobados en estudios prospectivos aleatorizados.

74. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CAPILAROSCÓPICAS EN PACIENTES CON TROMBOANGÉITIS OBLITERANTE (TAO)

H. Borrell, M. Aparicio, S. Heredia, J. Narváez, J.M. Nolla y X. Juanola
Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y los resultados de la capilaroscopia de una cohorte de pacientes diagnosticados de tromboangéitis obliterante (enfermedad de Buerger) ingresados en el Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario.

Métodos: Se revisan de forma retrospectiva los pacientes ingresados en el Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario con el diagnóstico al alta de enfermedad de Buerger en el periodo comprendido entre enero de 2004 y diciembre de 2014. Se han recogido datos referentes a edad, sexo, mes del ingreso, hábito tabáquico expresado en paquetes-año, otros factores de riesgo cardiovascular (RCV), tiempo de evolución de los síntomas isquémicos al ingreso, presencia de fenómeno de Raynaud, dedos afectados por la isquemia y resultados de la capilaroscopia. Los informes de capilaroscopia están homogenizados e incluyen las siguientes variables: A) Organización: 0. Normal, 1. Alterada; B) Densidad capilar: 0. Normal, 1. Disminuida, 2. Muy disminuida; C) Tortuosidades: 0. No presencia, 1. Presencia aislada, 2. Presencia moderada, 3. Presencia extensa; D) Diámetro capilar: 0. Normal, 1. Presencia de dilatación, 2. Presencia de megacapilares; E) Angiogénesis: 0. No presencia, 1. Presencia aislada, 2. Presencia moderada, 3. Presencia extensa; F) Hemorragias: 0. No presencia, 1. Presencia; G) Trombosis: 0. No presencia, 1. Presencia.

Resultados: Se incluyen 7 pacientes (4 varones y 3 mujeres) entre 29 y 51 años con una con una media de edad de $40,6 \pm 8,4$ años.

Tabla Póster 73

	Basal	Mes 1	Mes 3	Mes 6	Mes 12
Mejoría clínica parcial†, %		5/6 (83%)*	7/8 (87%)*	7/8 (87%)*	7/7 (100%)*
Parámetros analíticos, mediana [IQR]					
VSG	40 [28-72] (8)	9 [7-9] (5)	7,5 [5-10] (8)*	5,5 [3-7] (6)*	6 [3-7] (5)*
PCR	3,09 [0,5-12] (8)	0,2 [0,1-0,2] (5)	0,25 [0,1-0,4] (8)*	0,2 [0,1-0,5] (8)*	0,1 [0,1-0,2] (6)*
Dosis de corticoides, mediana [IQR]	42,5 [25-50] (8)	45 [20-50] (5)	15 [10-30] (8)*	8,75 [2,5-15] (8)*	5 [0-7,5] (7)*
Mejoría observada por técnicas de imagen durante los primeros 6 meses, (%)	4/6 (67%)				

Entre paréntesis número de casos con el dato disponible en cada visita. †Mejoría en al menos uno de los motivos clínicos que motivó el tratamiento. * $p < 0,05$ (test de Wilcoxon).

Cinco de los casos se ingresaron entre los meses de noviembre y febrero y todos excepto uno mostraban signos isquémicos en más de un dedo. Todos los pacientes eran fumadores entre 5 y 60 paquetes-año y en dos de ellos se recogió además consumo habitual de cannabis. El ingreso se realizó entre los 7 y los 30 días desde el inicio de los síntomas. Cinco pacientes presentaron signos clínicos característicos de fenómeno de Raynaud previo o junto al desarrollo de los signos isquémicos. En 6 de los 7 pacientes el diagnóstico se confirmó mediante arteriografía. La capilaroscopia fue totalmente normal en 2 pacientes y en los otros 5 se observaron cambios poco específicos con presencia de tortuosidades (4 casos = 1; 1 caso = 3), aumento diámetro capilar (2 casos = 1; 1 caso = 2) y aumento aislado de la angiogénesis (3 casos = 1). No se observó ningún caso con hemorragias, trombosis o alteraciones del plexo venoso.

Conclusiones: En la enfermedad de Buerger de los pacientes ingresados en el servicio de Reumatología son constantes el hábito tabáquico, la ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular y el corto tiempo de evolución al ingreso y muy frecuente la presencia de fenómeno de Raynaud. La capilaroscopia puede mostrar pequeños cambios leves y poco específicos que permiten descartar otros procesos autoinmunes que suelen cursar con alteraciones capilares-cópicas muy específicas.

75. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TOCILIZUMAB COMPARADO CON FÁRMACOS ANTI-TNFα EN LA AORTITIS REFRACTARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 44 PACIENTES

J. Loricera¹, R. Blanco¹, J.L. Hernández¹, S. Castañeda², A. Humbría², N. Ortego³, E. Peiró¹, P. Collado⁴, S. Melchor⁵, A. Mera⁶, E. Pérez-Pampín⁶, E. Rubio⁷, J. Calvo-Alén⁸, E. Aurrecoechea⁸, I. Rúa-Figueroa⁹, M. Mínguez¹⁰, G. Herrero-Beaumont¹¹, B. Bravo¹², J. Rosas¹³, J. Narváez¹⁴, J. Calvo-Catalá¹⁵, R. Ariza¹⁶, M. Freire¹⁷, P. Lluch¹⁸, C. Moll¹⁸, C. Mata¹⁹, E. Galíndez-Agirregoikoa²⁰, J.M. Blanco-Madrigal²⁰, A. Sánchez-Andrade²¹, J. Salvatierra³, V. Calvo-Río¹, C. González-Vela¹, N. Palmou-Fontana¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ³Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital San Cecilio. Granada. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. ¹¹Laboratorio de Patología Osteoarticular. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹²Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁵Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹⁷Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario A Coruña. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Mateu Orfila. Menorca. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital de Laredo. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Vizcaya. ²¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucas Augusti. Lugo.

Objetivos: La aortitis inflamatoria frecuentemente es refractaria a los inmunosupresores tradicionales. En estos casos se ha utilizado la terapia biológica, especialmente frente a IL-6 y TNFα. Nuestro obje-

tivo fue comparar la eficacia y seguridad del TCZ con los fármacos anti-TNFα.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes con aortitis refractaria a inmunosupresores tradicionales que precisaron terapia biológica. El diagnóstico de aortitis se confirmó por técnicas de imagen [tomografía por emisión de positrones (PET), angio-tomografía axial computarizada (angio-TAC), angio-resonancia magnética (angio-RMN) o ultrasonografía].

Resultados: Estudiamos 44 pacientes (36 mujeres/8 varones, media de edad, 51 ± 19 años); 25 tratados con TCZ y 19 con anti-TNFα [infliximab (IFX) = 14, adalimumab (ADA) = 3 y etanercept (ETN) = 2]. La comparación de los caracteres basales del grupo con TCZ con el grupo anti-TNFα (siempre expresado en este orden) mostró a) media de edad, 58 ± 20 vs 42 ± 13 años (p = 0,003), b) sexo (84% mujeres vs 79%, p = 0,97). c) Patologías subyacentes, arteritis de Takayasu (AT) (8 vs 11, p = 0,08), arteritis de células gigantes (ACG) (15 vs 2, p = 0,0025), policondritis recurrente (PR) (1 vs 1, p = 0,59), colitis ulcerosa (CU) (0 vs 1, p = 0,88), Crohn (0 vs 1, p = 0,88), Behçet (0 vs 1, p = 0,88), sarcoidosis (0 vs 1, p = 0,88), artropatía psoriásica (0 vs 1, p = 0,88) e idiopática (1 vs 0, p = 0,88). d) Número medio de inmunosupresores tradicionales previos (1,1 vs 1,7, p = 0,069) y de biológicos previos (0,3 vs 0,1, p = 0,23). Como podemos apreciar en la tabla, en la mayoría de los pacientes de ambos grupos se consiguió una mejoría clínica, analítica y como ahorrador de esteroides ya a los 3 meses y posteriormente mantenida. No obstante, la mejoría observada por técnicas de imagen fue similar en ambos grupos. Tras una mediana de seguimiento de 12 [9-17] vs 16 [12-36] meses (p = 0,014), los efectos adversos graves con TCZ con retirada del mismo fueron neutropenia severa (n = 1); neumonía recurrente (n = 1); infección por citomegalovirus (n = 1) y lupus eritematoso sistémico (n = 1). Otros efectos fueron trombocitopenia (n = 1) e hipotensión infusional (n = 1) y un paciente falleció debido a un ictus en el seno de una endocarditis. Un paciente suspendió el tratamiento por ineficacia. En el grupo anti-TNFα, se suspendió en 3 pacientes con IFX por ineficacia (n = 1), neumonías recurrentes (n = 1) y reacción infusional grave (n = 1).

Tabla Póster 75

	TCZ (n = 25)	anti-TNFα (n = 19)	p
Mejoría clínica parcial, n; %*			
A los 3 meses	22; 88% (25)	10; 55% (18)	0,09
A los 6 meses	18; 90% (20)	11; 69% (16)	0,022
A los 12 meses	15; 100% (15)	15; (94%) (16)	0,97
PCR, mediana [IQR]			
Al inicio	2,8 [0,8-5,4] (24)	1,5 [0,1-2,6] (15)	-
A los 3 meses	0,1 [0,1-0,6] (23)	0,1 [0,1-0,5] (12)	0,65
A los 6 meses	0,1 [0,1-0,5] (19)	0,3 [0,1-0,9] (12)	0,52
A los 12 meses	0,1 [0,1-0,5] (15)	0,2 [0,1-0,6] (11)	0,87
VSG, mediana [IQR]			
Al inicio	43 [16-72] (23)	37,5 [30-56] (14)	-
A los 3 meses	7 [2-11] (21)	17,5 [9-25] (14)	0,22
A los 6 meses	4 [2-7] (15)	16 [9-20] (13)	0,020
A los 12 meses	6 [2-11] (11)	16 [11-18] (13)	0,027
Mejoría en prueba de imagen (entre 3-6 meses)	11; 73% (15)	10; 77% (13)	0,18
Dosis prednisona, mediana [IQR]			
Inicio	25 [10-50] (24)	20 [5-50] (17)	-
A los 3 meses	10 [7,5-20] (25)	12,5 [5-20] (15)	0,28
A los 6 meses	5 [2,5-10] (19)	10 [5-10] (16)	0,043
A los 12 meses	2,5 [0-5] (15)	7,5 [5-10] (16)	0,003

*Mejoría en al menos una de las manifestaciones clínicas que motivó el tratamiento. Entre paréntesis figuran el número de pacientes con el dato disponible. En el caso de los valores de PCR, VSG y requerimientos diarios de prednisona la "p" se refiere al porcentaje de mejoría a los 3, 6 y 12 meses respecto al valor basal (TCZ vs anti-TNFα).

Conclusiones: La terapia biológica tanto con TCZ como con anti-TNFα parece ser efectiva y relativamente segura en la aortitis refractaria a los inmunosupresores tradicionales. En esta

serie, se observa en diferentes variables una tendencia y en otros una superioridad estadísticamente significativa del TCZ sobre los anti-TNFa.

76. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS REUMATÓLOGOS JÓVENES EN ESPAÑA. UNA ENCUESTA DEL GRUPO JOVREUM

M. Andrés¹, Z. Rosales², E. Loza³ y F. Sivera⁴, en representación del grupo JOVREUM de la SER

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

³Instituto de Salud Musculoesquelética (InMusc). Madrid. ⁴Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda.

Introducción: Desde el grupo de Jóvenes Reumatólogos (JOVREUM) de la Sociedad Española de Reumatología (SER), consideramos esencial conocer la opinión de los residentes y reumatólogos jóvenes acerca de la oferta formativa de la SER para poder mejorarla o adaptarla a las necesidades reales.

Métodos: Se diseñó un cuestionario on-line que se distribuyó vía email a la lista de correo de los grupos JOVREUM y miembros españoles de EMEUNET (Emerging EULAR Network), así como a todos los reumatólogos menores de 40 años de cuyos contactos disponían los distintos miembros del grupo. El período de estudio fue del 17 julio al 3 de octubre de 2014. Se dividió la encuesta en 3 partes: 1) características principales de los encuestados (datos demográficos, situación formativa y profesional), 2) objetivos y necesidades de aprendizaje (formación clínica y habilidades clínicas, investigadoras y en ciencia básica), y 3) conocimiento y evaluación del programa formativo de la SER (nivel de conocimiento de los cursos y accesibilidad a los mismos, modalidades de aprendizaje preferidas y sugerencias). Se emplearon escalas semicuantitativas tipo Likert para recoger la opinión de los encuestados. Se presenta un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: 52 reumatólogos contestaron a la encuesta, el 66% fueron mujeres y el 63% tenían una edad comprendida entre los 31 y los 35 años. Más un 70% eran reumatólogos con el MIR finalizado que residen y ejercen en España. En cuanto a la formación clínica, los encuestados están muy interesados en recibir formación en enfermedades autoinmunes sistémicas, artritis reumatoide y espondiloartropatías, con un moderado interés en reumatología pediátrica, artritis por cristales y osteoporosis. Respecto a habilidades prácticas, se mostraron muy interesados en formarse en ecografía, radiología simple, capilaroscopia, artrocentesis infiltración y exploración física; para el resto de procedimientos y habilidades estuvieron moderadamente interesados. Los encuestados se mostraron poco interesados en recibir formación en habilidades transversales. En cuanto a las habilidades relacionadas con la formación, destaca un gran interés en redacción de artículos, proyectos y solicitudes de beca, lectura crítica, comunicación de resultados científicos, revisiones sistemáticas, estadística y metodología de la investigación. No se identificaron claras modalidades de aprendizaje preferidas por los encuestados. Respecto al programa formativo de la SER, los encuestados en general lo conocen y un 68% están parcialmente satisfechos con el mismo; se han identificado la falta de financiación y el rechazo de la solicitud como las barreras más relevantes para acceder a los cursos. Respecto al apoyo a la investigación, los encuestados se mostraron muy interesados en bolsas de viaje para asistencia a congresos internacionales, becas para estancias en centros nacionales e internacionales, y ayudas para la realización de tesis doctoral. Un 40% de los encuestados no conoce o no utiliza la biblioteca Jaime Rotés Querol. Las diferencias entre los reumatólogos residentes y los especialistas fueron mínimas y no significativas.

Conclusiones: Aunque el número de encuestados se podría considerar reducido, los resultados obtenidos muestran que el interés en recibir formación es elevado tanto en clínica como en investigación. Aunque se conoce el programa formativo ofertado por la SER, se identifican ciertas barreras para su utilización.

77. PROYECTO DE ELABORACIÓN DE MATERIALES DE SOPORTE A LA DOCENCIA Y FORMACIÓN EN REUMATOLOGÍA UTILIZANDO LAS TICs: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

F.J. de Toro Santos¹, J. Gromaz Martín¹, M.T. Silva Díaz¹, M. Acasuso Díaz², E. Alonso Morales¹, B. Aspe de la Iglesia¹, A. Atanes Sandoval¹, M.C. Bejerano Herrería¹, F. Blanco García¹, M. Freire González¹, J. Graña Gil¹, C. López Fernández¹, N. Oreiro Villar¹ y J.A. Pinto Tasende¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Atención Primaria San Xosé. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Universidade da Coruña (UDC). A Coruña.

Introducción: El desarrollo de internet y de las redes sociales en la vida cotidiana ha revolucionado los métodos de intercambio de datos y de búsqueda de información por parte de los estudiantes y profesionales sanitarios. Los educadores médicos no podemos ignorar este hecho.

Objetivos: Nos planteamos realizar un canal de docencia y formación de reumatología para médicos con los siguientes objetivos: 1. Avanzar y facilitar en el conocimiento de las enfermedades reumáticas. 2. Capacitar a los profesionales de ciencias de la salud en el aprendizaje de la exploración en reumatología y conocimientos básicos de las enfermedades musculoesqueléticas. 3. Desarrollar un canal de información fiable.

Métodos: Hemos creado un canal: "reumatología chuac" en la web youtube, para subir y alojar material pedagógico. Elaboramos vídeos demostrativos de corta duración mediante una tableta electrónica o con videocámara. Fueron editados con un sencillo programa. Creamos 2 listas de reproducción: la primera con una colección completa de vídeos de exploración y la segunda con lecciones básicas de reumatología que incluyen entre otras: bases anatómicas para el conocimiento de las enfermedades reumáticas, principios generales para el diagnóstico: anamnesis, laboratorio, radiología, manejo de la artrosis, lumbalgia, fractura vertebral osteoporótica y artrocentesis de rodilla.

Resultados: El canal fue creado el 14 de enero de 2013. Hay 37 vídeos alojados. Hemos tenido 71.993 visitas con un total de 3.578 horas de visualización y con una retención media de la audiencia de 3 minutos en cada visita. La fuente fundamental de búsqueda es la web youtube (91%). El material fue visto fundamentalmente desde España (40%) y México (20%). Tenemos 468 suscriptores y hemos recibido 303 mensajes de satisfacción ("me gusta"). Si analizamos la ubicación de los 5 principales lugares de visualización, vemos que un dato llamativo es que en Sudamérica el material es visto principalmente por estudiantes y profesionales sanitarios entre 18 y 34 años (entre 18 y 24 años (39 49%) y entre 25 a 34 años (30 42%)). En España, el material es visualizado de una forma bastante uniforme a partir de estudiantes de 18 hasta adultos de 64 años (15-16%), con un pico de mayor incidencia entre 25 y 34 años (27%) y 45-54 años (24%). Además, la opinión de los MIR y alumnos que rotan por nuestro servicio es muy positiva ya que disponen de material docente previo a la rotación en nuestro servicio.

Conclusiones: En nuestra opinión, esta experiencia es útil para facilitar el aprendizaje de los médicos y alumnos, y mejorar la visibilidad de nuestro hospital. Internet representa una ayuda importante

para apoyar las necesidades de docencia y formación, por lo que debemos utilizarlo. Es importante mejorar las competencias digitales para la docencia y formación.

78. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS. PRESENTACIÓN DE 7 CASOS

N. Errazquin Aguirre¹, C. Meneses Villalba¹, M. Uriarte Ecenarro¹, V. Aldasoro Cáceres², J. Cancio Fanlo¹, C.A. Egües Dubuc¹, I. Hernando Rubio¹, O. Maíz Alonso¹, E. Uriarte Isacelaya¹, M. Yagüe Asensio¹ y J. Belzunegui Otano¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ²Servicio de Reumatología. Hospital Alto Deba. Guipúzcoa.

Introducción: Antes del inicio del tratamiento con fármacos anti-TNF en pacientes con enfermedades desmielinizantes, debe considerarse cuidadosamente el riesgo-beneficio, según ficha técnica. Se han descrito en la literatura casos de complicaciones neurológicas en pacientes que recibían estos tratamientos biológicos. Según lo publicado por el registro nacional BIOBADASER en el 2011, la tasa anual era de 0,65/1.000 pacientes-año, IC95%: 0,36-1,1. Sin embargo, hasta la fecha no se ha demostrado una relación causa-efecto.

Objetivos: Describir las características demográficas, enfermedad de base y fármaco anti-TNF recibido en pacientes que desarrollaron complicaciones neurológicas bajo tratamiento biológico entre los años 2000 y 2014 en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Donostia.

Métodos: Se realizó una búsqueda retrospectiva de pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF que desarrollaron alguna complicación neurológica, para la cual se revisaron las historias clínicas informatizadas entre los años 2000 y 2014. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, enfermedad de base, fármaco anti-TNF, dosis acumulada, complicaciones, tratamiento y evolución clínica. Asimismo, se calculó la prevalencia de estas complicaciones.

Resultados: En el servicio se pautaron 388 infliximab (IFX), 351 adalimumab (ADA), 39 golimumab (GLM), 33 certolizumab (CZP) y 375 etanercept (ETN). Se encontraron un total de 7 casos (5 mujeres y 2 hombres) con una mediana de edad de 48 años (DE 16,43), de los cuales 4 estaban diagnosticados de artritis reumatoide (AR), 3 de espondiloartritis (EA) y 1 de uveítis de etiología no filiada. El biológico con el que más casos se dieron fue el infliximab (5 casos). Las complicaciones encontradas fueron: neuritis óptica posterior desmielinizante (NOPD), polineuropatía motora desmielinizante (PNMD) y síndrome del hombre rígido con anticuerpos antigangliósido positivos (SMS antiGAD). En la tabla se muestran las variables recogidas. La prevalencia fue de 0,6%.

Conclusiones: Todos los casos descritos han sido con anticuerpos, siendo el IFX el responsable del 71% de éstos. La dosis de fármaco acumulada fue muy variable entre los distintos pacientes que desarrollaron complicaciones neurológicas en tratamiento con IFX, por lo que no parece que haya una relación directa con la dosis.

79. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA TENDINITIS DE D'QUERVAIN

C. Guillén Astete y A. Boteanu

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La tendinitis de D'Quervain (TDQ) es un motivo de consulta repetida en urgencias pese a su correcto diagnóstico y a la aplicación de las guías de manejo. En nuestra experiencia, alrededor de un 16% de pacientes con TDQ vuelven a consultar por la misma razón antes de la primera semana de haber sido valorados por dicho diagnóstico. Aunque percibimos que el principal problema es una pobre adherencia terapéutica, no disponemos de estudios que lo demuestren. El objetivo de este trabajo es el determinar la prevalencia de mala adherencia a los tratamientos y sus causas, en pacientes diagnosticados de TDQ.

Métodos: Estudio prospectivo observacional basado en la práctica clínica habitual. Se siguieron a todos los pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de TDQ realizado en el servicio de urgencias de nuestro centro. Los pacientes fueron contactados 5-7 días después de su diagnóstico para determinar su adherencia al tratamiento. La adherencia se evaluó en términos porcentuales de cumplimiento de la posología en tiempo y dosis hasta el momento del contacto y se estratificó intervalos de 25%. Los tratamientos fueron evaluados por separado: Inmovilización con férula (IF), antiinflamatorios orales (AO) e antiinflamatorios percutáneos (AP). Las causas de falta de adherencia se analizaron por separado para cada tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes. Los tratamientos pautados fueron 65/69 IF, 39/69 AO y 29/69 AP. Se objetivó una adherencia superior al 75% en el 92.3% de las IF, 38.4% de los AO y 96.5% de los AP (p < 0,05 entre AO-IF y AO-AP). 18 pacientes con AO tuvieron una adherencia entre el 50 y 75%. De ellos 16 atribuyeron la adherencia a la falta de mejoría y 2 a eventos adversos (1 hipertensión arterial y 1 gastropatía por AINES). 6 pacientes en tratamiento con AO y 1 con AP tuvieron una adherencia inferior al 50%. Los 6 pacientes con AO atribuyeron su falta de adherencia a la falta de mejoría. El paciente con AP tuvo una reacción alérgica local.

Conclusiones: Nuestro estudio indica que el manejo sistémico de la TDQ tiene la mayor prevalencia de adherencia insuficiente debido a malos resultados terapéuticos a corto plazo. Aunque nuestro estudio no discrimina el tipo de AO utilizado, nuestros datos indican que existe mayor probabilidad de adherencia usando medicación percutánea. Si bien es cierto, la adherencia no es sinónimo de éxito terapéutico, este tipo de presentaciones garantizaría al menos un cumplimiento terapéutico suficiente, requisito indispensable para decidir si un tratamiento ha sido realmente exitoso o no.

80. DICLOFENACO PERCUTÁNEO EN EL MANEJO DE LA TENDINITIS DE D'QUERVAIN. ESTUDIO OBSERVACIONAL BASADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

C. Guillén Astete y L. Villalobos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Recientemente el uso de diclofenaco percutáneo en administración continua mediante parche se ha introducido

Tabla Póster 78

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Sexo	F	F	F	M	M	F	F
Edad (años)	42	78	34	58	48	30	57
Enfermedad de base	AR	AR	AR	EA	EA	Uveítis bilateral	AR
Anti-TNF	IFX	IFX	IFX	IFX	GLM	ADA	IFX
Dosis acumulada (mg)	4.200	3.360	630	8.420	50	6.040	17.810
Complicación neurológica	PNMD	NOPD izquierda	PNMD antiGAD	SMS antiGAD	NOPD bilateral	NOPD bilateral	NOPD derecha
Tratamiento	Inmunoglobulinas	Glucocorticoides	Glucocorticoides + inmunoglobulinas	Toxina botulínica	-	-	-
Evolución	Buena	Buena	Buena	Regular	En seguimiento	Buena	Buena

en la medicina del deporte. En nuestra experiencia, su uso en el manejo de procesos inflamatorios superficiales de origen mecánico tiene resultados semejantes al manejo antiinflamatorio sistémico o a las infiltraciones. El propósito del presente estudio es comparar el efecto terapéutico a corto plazo del uso de diclofenaco percutáneo en parche (DPCP) y las infiltraciones con triamcinolona (IT) en pacientes con diagnóstico de tendinitis de D'Quervein (TDQ) refractario a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) a dosis plenas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo basado en la práctica clínica habitual. Se incluyeron 49 pacientes con TDQ refractario a AINEs valorados en la Unidad de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) de nuestro centro a lo largo de 18 meses. Todos los pacientes habían sido valorados previamente y en quienes se había pautado AINEs a dosis plenas (naproxeno, ibuprofeno, dexketoprofeno) durante al menos 5 días y que habían consultado por persistencia de síntomas. Todos los pacientes tuvieron diagnóstico ecográfico de confirmación. Veinte pacientes fueron tratados con DPCP (140 mg/12 horas) y 29 pacientes fueron infiltrados con 40 mg de triamcinolona y 0,5 a 1 cc de mepivacaína 2%. A todos los pacientes se les indicó una férula de inmovilización en posición fisiológica. Los pacientes fueron revisados 7 días después para valorar la intensidad del dolor por medio de una escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 y ecografía musculoesquelética.

Resultados: La modificación porcentual de la media de EVA fue 63,7% y 65,2% en el grupo DPCP e IT respectivamente ($p > 0,05$). En los pacientes con sinovitis demostrada por ecografía (11/20 del grupo DPCP y 16/29 del grupo IT) la modificación porcentual de EVA fue 78,7% y 59,4% en el grupo DPCP e IT respectivamente ($p < 0,05$).

Conclusiones: El tratamiento de la TDQ refractaria a AINEs con DPCP parece ser tan efectivo como las IT. La presencia de derrame sinovial parece condicionar una respuesta terapéutica mayor al uso de DPCP. La consideración del uso de DPCP, teniendo en cuenta estos resultados, tendría cabida en el manejo de pacientes con TDQ en quienes la infiltración podría estar contraindicada.

81. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO ATENDIDOS EN LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA ESPAÑOLAS

M. Fernández Castro¹, J.L. Andreu², V. Martínez Taboada³, A. Olivé⁴, J. Rosas⁵, C. Sánchez-Piedra⁶, R. Menor⁷, B. Rodríguez⁸, A. García Aparicio⁹, F.J. López Longo¹⁰, S. Manrique-Arija¹¹, J.A. García Vadillo¹², S. Gil Barato¹³, R. López-González¹⁴, F.J. Narváez¹⁵, J. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, A. Naranjo¹⁹, O. Illera¹, L. Romani²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, M. Rodríguez López²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera³, J. Belzunegui³⁴ y Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER

¹Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

³Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Hospital Marina Baixa. Alicante. ⁶Unidad de Investigación de la SER. ⁷Hospital General Jerez de la Frontera.

⁸Hospital Universitario de Canarias. ⁹Hospital Virgen de la Salud.

Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya.

Málaga. ¹²Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de

Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de

Bellvitge. Barcelona. ¹⁶Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid

Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁹Hospital

Doctor Negrín. Las Palmas. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

²¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²²Hospital de Sierrallana. Santander.

²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de Meixoeiro. Vigo.

²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete. ²⁷Hospital de León.

²⁸Hospital de L'Hospitalet. Barcelona. ²⁹Hospital Moisès Broggi.

Barcelona. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital Ramón y

Cajal. Madrid. ³²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³³Hospital

Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta preferentemente a las glándulas exocrinas y que requiere un abordaje multidisciplinario. El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de una cohorte de pacientes con SSp seguidos en las unidades de reumatología españolas.

Métodos: Estudio transversal descriptivo multicéntrico de una cohorte de pacientes con SSp que cumplen criterios de clasificación europeo-americanos. Se trata de un registro de pacientes incluidos al azar que son atendidos en consultas de reumatología españolas. Han participado en la recogida de datos 33 unidades de reumatología de España, utilizando tanto la historia clínica como la entrevista médica para la obtención de las variables estudiadas. Se han recogido características epidemiológicas, clínicas, serológicas y complicaciones. El estudio obtuvo la aprobación de los CEIC locales. Tras la información adecuada, los pacientes firmaron el consentimiento informado correspondiente. Las variables se han analizado con estadística descriptiva mediante el cálculo de medias, medianas y frecuencias, con sus respectivas desviaciones y rangos intercuartílicos (p25-p75).

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% fueron mujeres, con una mediana de edad de 58 años. El 18% refirió antecedentes familiares de enfermedad autoinmune, la más prevalente, la artritis reumatoide (33 pacientes). La mediana de edad de aparición de los primeros síntomas fue de 46 años y la mediana de edad al diagnóstico de SSp fue de 50 años. Las molestias en los ojos fue la manifestación más frecuente (94%), seguida de sensación de boca seca (94%) y sensación de arenilla en los ojos (92%). El test de Schirmer se realizó en 402 pacientes, siendo patológico en el 85% de los casos (371/402). El flujo salival no estimulado se realizó en 133 pacientes; de estos, el 89% fueron patológicos. La tinción con Rosa de Bengala se realizó en 144 pacientes; de estas, el 81% fueron patológicas. La gammagrafía de glándula salival se realizó en más de la mitad de los individuos (253/437), siendo patológica en el 87% de las ocasiones. La biopsia de glándula salival menor se realizó en 193 pacientes, cumpliéndose el criterio histológico en el 69% de los casos en los que se practicó. El 93% de los enfermos presentaban anti-Ro y el 67% anti-La en algún momento de la evolución. Sólo 119 pacientes (27%) cumplían los nuevos criterios de clasificación SICCA-ACR de 2012.

Conclusiones: El perfil demográfico y clínico de los pacientes con SSp atendidos en las consultas de reumatología españolas es similar al descrito en otras series de pacientes. El retraso en el diagnóstico desde la aparición de los primeros síntomas es sustancial. La gran mayoría de los pacientes presentaron síndrome seco oral y ocular. El test de Schirmer fue la técnica de elección en la evaluación de la sequedad ocular en la mayoría de los enfermos. Sólo una minoría de pacientes cumplía los nuevos criterios de clasificación ACR 2012.

82. ESTUDIO DE COHORTES OBSERVACIONAL PROSPECTIVO PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE TAPENTADOL EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN RESPIRATORIA (TAHOGAS)

R. Veiga Cabello¹, M. Cantalejo Moreira¹, M.A. Racionero Casero², V. Pérez Aranda³, M.A. Miguel Abanto³, A. Rabanal Basalo³, M. López Hermoso³, C. Sobrado Cermeño³, B. Fandiño García³ y C. Ramírez Menéndez³

¹Reumatología; ²Neumología. Hospital de Fuenlabrada. ³CS Cuzco. Fuenlabrada.

Objetivos: Seguridad de tapentadol de liberación prolongada (TLP) 50 mg/12hh en pacientes con dolor crónico intenso (EVA > 4) diagnosticados de EPOC leve o moderado (espirometría tras broncodi-

latador con FEV1/FVC < 70% y FEV1 = 50%), y/u obesidad, y/o asma controlado y/u otras situaciones que supongan temor por parte de los investigadores de originar depresión respiratoria con opiáceos (grupo patológico).

Métodos: Estudio observacional no postautorización, unicéntrico. El criterio principal es la seguridad, medida por tolerancia (buena, mala o regular) y por el análisis comparativo de gradientes entre grupos (control y patológico), de la saturación de oxígeno basal y tras dosis de TLP (pulsioximetría basal menos la media de saturación de los 30 días que dura el estudio). El criterio de exclusión respiratorio es la saturación de oxígeno basal medida por pulsioxímetro menor de 92%. Se realizó un análisis descriptivo de variables y una comparativa de medias.

Resultados: 29 pacientes; 12 controles y 17 patológicos (obesidad: 9; asma controlado: 3; EPOC leve-moderado: 7; otras patologías: 7). En global, el tipo de dolor es nociceptivo 59%, neuropático 21%, y mixto 20%; de predominio mujeres (67%), raza caucásica (92%), edad media 60 años, y con un 93% buena tolerancia y 97% buena adherencia. Por grupos, en Control, medias de la EVA, presión arterial (PA), saturación de oxígeno (SPO2) y frecuencia cardíaca (FC) antes y después del tratamiento: 8,3 vs 5,8; 127/74 vs 124/73 (mmHg) 95,6 vs 95,7 (%); 76 vs 73 (lpm). En Patológico: 7,5 vs 5,6; 131/82 vs 127/78 (mmHg); 96 vs 95,5 (%); 75 vs 76 lpm. Y por gradientes entre grupos, no hay diferencias estadísticamente significativas excepto EVA ($p = 0,00008$). Ningún caso tuvo una caída de la saturación de oxígeno < 92% a lo largo del estudio.

Conclusiones: La analgesia del dolor crónico, es una preocupación en la práctica clínica diaria de los pacientes reumáticos, más cuando es de intensidad grave. Aquí están indicados los opiáceos, que tienen como contraindicación en su manejo la depresión respiratoria importante y se deben administrar con precaución a los pacientes con patología respiratoria. Muchos de nuestros pacientes no están en esta vaga situación de depresión respiratoria importante, pero son pluripatológicos y asocian condiciones como EPOC leve-moderado (FEV1 = 50%), obesidad, asma controlado, u otras que supongan temor por parte de los investigadores de originar depresión respiratoria con opiáceos; la asociación de un opiáceo a determinadas dosis pudiera desencadenarla. Es por ello importante, la realización de un estudio que demuestre en la vida real que los opiáceos, a dosis de uso habitual en la práctica de la Reumatología, son seguros en pacientes pluripatológicos. Los resultados avalan la seguridad del tapentadol desde el punto de vista respiratorio, medida por saturación de oxígeno arterial, al no haber diferencias estadísticamente significativas entre grupos, y por la excelente tolerancia, sin aparecer datos clínicos sugerentes de hipercapnia. No hay diferencias estadísticamente significativas en la saturación de oxígeno entre grupos con la toma de TLP, con excelente tolerancia y adherencia al fármaco. Ningún caso tuvo una caída de la saturación de oxígeno < 92% a lo largo del estudio.

83. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA. ¿QUÉ PUEDE APORTAR EL REUMATÓLOGO?

C. Hidalgo Calleja¹, L. López Corral², C. Román Curto³, M.D. Sánchez González¹, C.A. Montilla Morales¹, O. Martínez González¹, T.E. Carranco Medina¹, I. Calero Paniagua¹, R. Usategui Martín¹, A. Quesada Moreno¹, L. Pérez Garrido¹ y J. del Pino Montes¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Hematología; ³Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped crónica (EICHc) es la complicación tardía más frecuente del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TAMO) con una incidencia entre 30-80%, suele comenzar después de los 100 primeros días post-infusión, momento en el que se produce la reconstrucción del sistema inmune del huésped. Los síntomas aparecen habitualmente en los primeros tres años postrasplante. Es una patología inmunológica multisistémica con grados variables de queratoconjuntivitis sicca, enfermedad hepática similar a la cirrosis biliar primaria, bronquiolitis obliterante, polimiositis y neuropatía periférica con importante repercusión tanto a nivel sistémico como cutáneo y musculoesquelético, debido a manifestaciones clínicas inflamatorias y/o fibrosantes de intensidad variable. A pesar del tratamiento con corticoides e inhibidores de la calcineurina los pacientes considerados de "alto riesgo" tienen baja supervivencia (48%) y una elevada tasa de mortalidad (35%).

Objetivos: Describir las diferentes características clínicas de los pacientes atendidos en una consulta multidisciplinar (hemato/derma/reumatología) mensual de EICHc con el objetivo de mejorar la atención médica de este grupo de pacientes.

Métodos: Durante los primeros seis meses (marzo-diciembre de 2014) de implantación, se han realizado 61 consultas: 30 son primeras consultas y el resto son sucesivas. Se describen los datos demográficos, la enfermedad motivo de trasplante y se detalla de forma precisa las manifestaciones de los 24 pacientes en los que se documentó algún tipo de clínica activa de EICHc en la visita inicial, mediante el cuestionario de evaluación recomendado por el grupo de Seattle y se realiza el análisis estadístico descriptivo y de frecuencias mediante el programa SPSS v.20.

Resultados: Trece pacientes (43,7%) son mujeres y 17 (56,3%) varones, con edad media de 48 años (rango de 13 a 68), la leucemia mieloide aguda fue en más del 50% de los casos la enfermedad motivo del TAMO, el tiempo medio desde el trasplante fue de 45 meses (con un rango de 5 a 111), en 5/24 en los que se detectó EICHc activo éste comenzó tras retirar la inmunosupresión, 6/24 recibían tratamiento corticoideo oral en el momento de la visita, 14 (58%) fueron diagnosticados por biopsia cutánea. Dieciséis (66,6%) tenían EICHc extenso y 9 (37,5%) grave. En dos pacientes se detectó recaída. La afectación más frecuente fue la piel seguida de la musculoesquelética objeti-

Tabla Póster 83

	Ausente/normal	Leve	Moderado	Grave	Total pacientes afectados
ECOG	8	12	3	1	16
Piel	7	9	3 (19-50% SC)	6 (> 50% SC)	18 12 esclerodermiforme 6 liquenoide 1 mixto
Boca	16	6	2	0	8
Ojos	14	6	3	1	10
Tracto gastrointestinal	24	0	0	0	0
Hígado	17	5	2	0	7
Pulmón	23	1	0	0	1
Musculoesquelético	13	5	5	1	11
Genital	17	4	2	1	7

vada por una disminución del rango de movilidad articular (ROM) debido a contracturas y fibrosis en 11 pacientes. El índice de ROD-NAN osciló de 1 a 27 (media 6,8) Un paciente presentó un cuadro polimiálgico de cintura escapular sine esclerodermia y también se objetivó una tendinitis aguda calcificante de los extensores del carpo en un paciente con cuadro cutáneo esclerodermiforme.

Conclusiones: La incorporación del reumatólogo en la atención médica de los pacientes con EICHc puede aportar su experiencia en la evaluación y el manejo de las enfermedades autoinmunes sistémicas principalmente de la esclerosis sistémica, síndrome de Sjögren, cirrosis biliar primaria, polimiositis y de los fármacos inmunosupresores así como un valor añadido en la prevención de los efectos nocivos, principalmente óseos, de las altas dosis de esteroides que constituye el tratamiento de primera línea de dicha enfermedad.

84. PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS PARA ACCEDER AL GRADO DE MENCIÓN O MENCIÓN ESPECIAL DE LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA MEDIANTE UNA ECOE: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS: 2010-2014

F.J. de Toro Santos, A. Naranjo, J.M. Nolla, V. Jovani Casado, J. Usón, C. Marras, F.F. Hernández, A.R. Cáliz, J.A. Jover, E. Trujillo y J.L. Andreu

Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Universidad de Barcelona. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. Hospital General Universitario de Alicante. Hospital Universitario de Móstoles. Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. UGC Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Introducción: La Sociedad Española de Reumatología (SER) en colaboración con la Comisión Nacional de la especialidad de reumatología (CNE), desarrollamos un modelo de evaluación final de los MIR con el objetivo de conocer el nivel de competencia de los profesionales en la fase final de su período de formación de la especialidad. Además, útil para acceder a la calificación de mención y mención especial de la especialidad por la necesidad de plantear una prueba objetiva para calificar a los MIR que finalizan su período formativo a partir del 2012 según recoge el artículo 26 del Real Decreto 183/2008, aunque en la actualidad está aplazado. La prueba elegida está centrada en la evaluación de Habilidades (tercer escalón de Miller) mediante metodología ECOE (evaluación de competencias objetiva y estructurada).

Métodos: Aprovechando la realización de nuestro congreso nacional, desde el año 2010 hasta la actualidad de forma continuada, hemos ofertado a los MIR que finalizan su período formativo la posibilidad de presentarse a una ECOE para valorar su competencia. Las ECOE propuestas son ruedas que han aumentado desde 5 a 12 estaciones. El participante realiza la prueba en un sistema rotatorio horario con una duración de 10 minutos por estación. Se hace un descanso de 2 minutos entre estación y nueva estación. Se han incluido el máximo número de áreas de conocimiento posibles, y evaluaron conocimientos, habilidades y actitudes. Se han utilizado pacientes estandarizados y actores adiestrados, pruebas tipo test, preguntas cortas, casos clínicos, imágenes radiológicas, de piel, de pruebas complementarias, modelos para simular infiltraciones, microscopios y ecógrafos. En un lugar discreto de cada estación hay un observador que evalúa las competencias señaladas por el comité que ha preparado la prueba.

Resultados: Se han presentado un total de 81 participantes a la evaluación a lo largo de estas 5 convocatorias, de los cuales el 66% de

los presentados son mujeres. Representa un promedio del 32% de residentes que finalizan la especialidad cada año. La ponderación media de las competencias evaluadas es la siguiente: 13,3% anamnesis, 9,17% exploración, 3% comunicación, 50% manejo diagnóstico y terapéutico y el 24,2% habilidades técnicas. La puntuación media alcanzada por los participantes en relación a la máxima posible (1.000 puntos), es de 605 ± 96 puntos, con una mediana de 604,5 y un máximo de 730 puntos. Con los resultados obtenidos se decidió otorgar a los participantes según la puntuación alcanzada los siguientes certificados: 2 menciones especiales, 29 menciones de aprovechamiento, 48 con certificados de suficiencia y 2 deficientes. En relación a la opinión de los participantes, sobre un total de 5 puntos han valorado con una media de 4,66 la importancia de evaluar sus competencias profesionales, y en relación a la prueba elegida con un 4.

Conclusiones: Con esta prueba promovida por la SER y la CNE, la reumatología es la primera especialidad médica que desarrolla una prueba evaluativa (ECOE) para certificar el grado de excelencia en la formación de MIR (mención y mención especial). Nos ha sorprendido gratamente el valor de esta prueba para reorientar la formación y discriminar a los diferentes participantes evaluados. Se han mejorado a lo largo de estas ediciones habilidades como son: las infiltraciones y el manejo del ecógrafo. Mayoritariamente los MIR han mostrado su suficiencia superando la prueba. Hemos detectado como necesidad formativa a mejorar la interpretación de imágenes radiológicas.

85. PREVALENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO ATENDIDOS EN LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA ESPAÑOLAS

M. Fernández Castro¹, J.L. Andreu², J. Rosas³, V. Martínez Taboada⁴, A. Olivé⁵, C. Sánchez-Piedra⁶, R. Menor⁷, B. Rodríguez⁸, A. García Aparicio⁹, F.J. López Longo¹⁰, S. Manrique-Arija¹¹, J.A. García Vellido¹², S. Gil Barato¹³, R. López-González¹⁴, F.J. Narváez¹⁵, C. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, I. Rúa-Figueroa¹⁹, O. Illera¹, L. Romani²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, J.M. Pego²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera⁴, J. Belzunegui³⁴ y Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER

¹Hospital Infanta Sofía. Madrid. ²Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

³Hospital Marina Baixa. Alicante. ⁴Hospital Marqués de Valdecilla.

Santander. ⁵Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Unidad de Investigación de la SER. ⁷Hospital General Jerez de la Frontera.

⁸Hospital Universitario de Canarias. ⁹Hospital Virgen de la Salud.

Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya.

Málaga. ¹²Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de

Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de

Bellvitge. Barcelona. ¹⁶Hospital Parc-Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid

Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁹Hospital

Doctor Negrín. Las Palmas. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

²¹Hospital Doce de Octubre. Madrid. ²²Hospital de Sierrallana.

Santander. ²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de

Meixoeiro. Vigo. ²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete.

²⁷Hospital de León. ²⁸Hospital de L'Hospitalet. Barcelona. ²⁹Hospital

Moisés Broggi. Barcelona. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital

Ramón y Cajal. Madrid. ³²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

³³Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia.

San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica con gran impacto en la calidad de vida del paciente. El objetivo del presente estudio es describir la comorbilidad en una cohorte de pacientes con SSp seguidos en las unidades de reumatología españolas.

Métodos: Estudio transversal descriptivo multicéntrico de pacientes con SSP. Cohorte elaborada a partir de la selección al azar de pacientes con SSP que cumplen criterios de clasificación consenso europeo-americano atendidos en 33 unidades de reumatología españolas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y por entrevista médica al paciente el día de la inclusión en el estudio. Previamente todos los enfermos firmaron el consentimiento informado. El estudio obtuvo la autorización correspondiente de los CEIC locales. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, se analizaron medias, medianas y frecuencias, con sus respectivas desviaciones y rangos intercuartílicos de las variables recogidas (p25-p75).

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 95% eran mujeres, con una mediana de edad de 58 años. La comorbilidad más frecuente fue la dislipemia (DL) (33%). Una cuarta parte de la cohorte presentó hipertensión arterial (HTA) (111 pacientes). La osteoporosis (OP) fue la tercera comorbilidad asociada más prevalente (18%). Habían presentado fractura osteoporótica 37 pacientes. El 74% de los pacientes nunca había fumado. El 6,41% eran diabéticos (DM). Menos del 7% de los pacientes había presentado un evento cardiovascular: 4 pacientes presentaron cardiopatía isquémica, 14 enfermedad arterial periférica y 15 accidente cerebrovascular. Sólo un paciente con arteriopatía periférica presentaba anticuerpos antifosfolípidos positivos. La insuficiencia cardíaca estaba presente en 13 pacientes (3%). Sesenta y cuatro pacientes (14%) presentaban fibromialgia. Cinco pacientes (1,14%) presentaron enfermedad celiaca y 2 pacientes (0,46%) esclerosis múltiple. Se han registrado 21 (4,15%) neoplasias, excluyendo displasia, linfoma, mieloma múltiple y macroglobulemia de Waldenstrom. Se han registrado 7 linfomas (1,6%), 4 tipo MALT y 2 linfoma Hodgkin; 3 pacientes desarrollaron mieloma múltiple y 2 macroglobulemia de Waldenstrom.

Conclusiones: Los pacientes con SSP frecuentemente presentan comorbilidades asociadas, siendo las más frecuentes la dislipemia, la hipertensión arterial y la osteoporosis. La prevalencia de linfoma en esta cohorte es de 1,6%.

86. NIVELES SÉRICOS DE 25-HIDROXIVITAMINA-D EN RELACIÓN CON LA PRESCRIPCIÓN DE SUPLEMENTOS DE VITAMINA D

I. Urionagüena, S.P. Chinchilla, J. Atxotegi y F. Pérez Ruiz

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación Biomédica Biocruces. Vizcaya.

Introducción: La suplementación de calcio y vitamina D (vitD) es una práctica clínica frecuente aunque la cumplimentación de su prescripción es muy baja y su eficiencia es variable.

Objetivos: Evaluar los niveles de 25-hidroxivitamina D [25(OH)vitD] séricos en una serie de pacientes y su relación con la prescripción de suplementos de vitamina D.

Métodos: Estudio transversal realizado sobre pacientes (casos y controles) reclutados en una cohorte para estudio de la enfermedad por depósito de pirofosfato. Se analiza la existencia de prescripción de suplementos de vitamina D y el principio activo prescrito así como su relación con niveles séricos de 25(OH)vitD3, calcio (Ca), fósforo (P) y hormona paratiroidea inmunoreactiva (PTHi).

Resultados: 577 pacientes (edad media 73 ± 10 años, 51,3% hombres), 78 de ellos en tratamiento con suplementos de vitD [22 con calcifediol (CFD), 56 con colecalciferol (CCF)]. La prescripción de CFD se asocia a diferencias estadísticamente significativas en los niveles séricos medios de 25(OH)vitD frente a la prescripción de CCF y frente a no prescribir suplementos de vitD ($36,9 \pm 12,2$, $20,6 \pm 12,7$ y $16,9 \pm 9,8$ ng/ml respectivamente; ambas comparaciones $p < 0,01$). Evaluamos la tasa de hipovitaminosis D en los 3 grupos y se obtuvieron resultados estadísticamente diferentes ($p < 0,01$) tomando como puntos de corte 20 ng/ml y siendo aún más evidentes las diferencias si el corte se realiza en 30 ng/ml (tabla). Asimismo se

apreciaron también diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Ca, siendo más elevados en pacientes a los que se les prescribió CFD frente a los otros dos grupos ($9,6 \pm 0,47$, $9,2 \pm 0,53$ y $9,3 \pm 0,56$ mg/dL, respectivamente, $p < 0,01$), así como en los niveles de PTHi, menores en caso de prescripción de CFD ($55 \pm 37,3$, $60,1 \pm 39,3$ y $62,7 \pm 37,2$ pg/mL respectivamente, $p < 0,01$).

Tabla Póster 86

	% de pacientes con > 20 ng/ml	% de pacientes con > 30 ng/ml
Calcifediol	90,9	63,6
Colecalciferol	46,4	16,1
Sin prescripción	30,7	9,4

Conclusiones: Los niveles séricos de 25(OH)vitD son claramente más elevados en pacientes con prescripción de calcifediol, con una tasa de niveles adecuados marcadamente superior que en pacientes con prescripción de colecalciferol. Aunque estadísticamente diferentes, los niveles de 25(OH)D y la tasa de niveles adecuados entre pacientes sin prescripción de suplementos y los pacientes con colecalcifediol pueden ser clínicamente no relevantes.

87. NEFROPATÍA IGA EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

S. Rodríguez-Muguruza, L. Mateo, J. Sanint, A. Prior, Y. García, A. Riveros-Frutos, M. Martínez-Morillo, S. Holgado, J. Cañellas, A. Olivé y X. Tena

Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La nefropatía IgA (IgAN) es una forma de enfermedad glomerular caracterizada por la presencia de depósitos mesangiales de IgA de forma aislada o predominante sobre otras inmunoglobulinas. El estudio anatomopatológico permite realizar el diagnóstico y evaluar actividad de la enfermedad. Se ha descrito previamente su asociación con enfermedades reumáticas; sin embargo su relación fisiopatológica aún no está esclarecida.

Objetivos: Describir la prevalencia, características clínicas, analíticas, tratamiento y evolución de la IgAN en una cohorte de pacientes con enfermedad reumática.

Métodos: Diseño retrospectivo (1984-2014) en un hospital universitario. Área de referencia: 850.000 habitantes. Se revisaron los diagnósticos anatomopatológicos de 27.215 pacientes atendidos por el Servicio de Reumatología y se seleccionaron aquellos con diagnóstico histológico de IgAN. Se excluyeron los pacientes con IgAN en los que el único diagnóstico reumatológico fuera de la gota u osteoporosis.

Resultados: Se identificaron 7 pacientes (0,025%) con IgAN, todos varones. De 110 pacientes con artritis reumatoide (AR), 2 (0,009%) fueron diagnosticados de IgAN; 2 (0,69%) de 287 pacientes con espondilitis anquilosante (EA); 1 (0,17%) de 558 pacientes con artritis psoriásica, 1 (0,7%) de 13 con colagenopatía indiferenciada y 1 (0,2%) de 450 con hiperostosis esquelética difusa idiopática (DISH). La media de edad al diagnóstico de IgAN y de enfermedad reumatológica fue de 46,7 y 37 años respectivamente (intervalo 34-54/18-67). La media de duración de la enfermedad reumática hasta el diagnóstico de IgAN fue de 15,4 años. Las causas que hicieron sospechar de la presencia de IgAN fueron: hematuria (100%), insuficiencia renal (100%) o síndrome nefrótico (8,6%). Seis pacientes (85,7%) presentaron hipertensión arterial. Los valores medios de creatinina sérica y proteinuria de 24 horas fueron de 1,85 mg/dL y 8,1g respectivamente. Con la evolución de la enfermedad 3 pacientes (42,85%) necesitaron de hemodiálisis tras una media de 5,6 años del diagnóstico (intervalo 2-11); todos ellos recibieron trasplante renal en un intervalo de tiempo desde el inicio de la hemodiálisis de 9 a 25 meses. Un paciente (14,2%) falleció a los 60 años de edad (7 años después del diagnóstico de IgAN) debido a sepsis de origen

Tabla Póster 87

Diagnóstico	Sexo	Edad diagnóstico Ig A	Edad diagnóstico enfermedad reumática	Creatinina (ml/dL)	Proteinuria (g/24h)	Hematuria	Tensión arterial	Exitus/motivo	Tratamiento enfermedad reumática	Tratamiento IgA	Diálisis
AR	M	53	49	1,9	0,8	Sí	150/95	Sí/sepsis	Corticoides, MTX	IECAS	No
AR	M	52	40	1,5	2	Sí	170/90	No	Infliximab/tocilizumab+dolquine	IECAS/ARAI	No
Conectivopatía indiferenciada	M	41	ND	1,8	1,7	Sí	180/80	ND	Corticoides	ND	No
EA	M	39	18	2,5	1,24	Sí	180/80	No	Ninguno	Trasplante renal	Peritoneal
EA	M	37	18	2,2	1,8	Sí	180/70	No	AINE	Trasplante renal	Peritoneal
Artritis psoriásica	M	51	30	1,68	41,2	Sí	125/80	No	Etanercept	Conservador	No
DISH	M	54	67	1,5	ND	Sí	170/80	No	AINE	Trasplante renal	Peritoneal

M: masculino. AR: artritis reumatoide. EA: espondilitis anquilosante. ND: no determinado. MTX: metotrexate. AINE: antiinflamatorio no esteroideo. IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. ARA II: Antagonista renina angiotensiva.

pulmonar. Las características clínicas y analíticas de los pacientes se resumen en la tabla.

Conclusiones: La prevalencia de IgAN en nuestros pacientes es de 0,025%. La presentación clínica más frecuente fue la hematuria y la insuficiencia renal. Hubo una clara predominancia en varones. De acuerdo a lo observado, en práctica clínica debería plantearse el diagnóstico de IgAN en los pacientes con alguna enfermedad reumatológica que desarrollen hematuria, insuficiencia renal e hipertensión arterial en el trascurso de su enfermedad.

88. RESULTADOS DE REUMEVAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. UN SISTEMA ONLINE PARA LA EVALUACIÓN DOCENTE DE LAS ROTACIONES MIR EN REUMATOLOGÍA

M.A. Belmonte Serrano, P. Tejón Menéndez, A. Lozano Sáez y J.J. Lerma Garrido

Servicio de Reumatología. Hospital General de Castellón.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos de todos los hospitales de la Comunidad Valenciana que han utilizado este sistema online para la evaluación de conocimientos adquiridos en las rotaciones de reumatología.

Métodos: El procedimiento de evaluación se realiza mediante la respuesta a dos cuestionarios tipo test que se realizan en una plataforma online al inicio y al final de la rotación. Cada evaluación consta de 30 preguntas con 4 opciones cada una. Las respuestas válidas suman un punto y las incorrectas restan 0.25 puntos. La selección de estas preguntas se realiza a partir de una aleatorización de un total de 300 preguntas que fueron elaboradas por reumatólogos, y que pasaron una ronda Delphi tras la cual se sustituyeron las preguntas más inadecuadas al nivel esperado de los MIR.

Resultados: Se exponen los resultados tras 22 meses. Participaron 14 hospitales de la Comunidad Valenciana. Este sistema de evaluación lo realizaron un total de 129 residentes con una edad media de 29 años, el 75,8% eran mujeres, de nacionalidad española el 69,5%, la mayor parte eran residentes de 2º año (58,7%), siendo la especialidad más frecuente la de Medicina Familiar y Comunitaria (74,2%). La media del primer test fue de 5,6 y la del segundo de 6,3 (rango de 0 a 10) con un incremento medio de 0,72 puntos. Los residentes de nacionalidad española obtenían una mayor puntuación inicial respecto a los extranjeros (5,76 vs 4,46, $p < 0,05$). Aquellos participantes que tenían un número de MIR más elevado acertaban un menor número de preguntas (con un coeficiente de correlación (r) de $-0,23$,

$p < 0,05$). No se observó correlación con la edad ($r = -0,40$, $p = 0,1$). Los residentes de Medicina de Familia tuvieron una puntuación media de 5,37, menor a la obtenida por el resto de especialidades que tenían una valoración inicial de 6,03 puntos ($p < 0,001$).

Conclusiones: Reumeval es un sistema online que permite una evaluación objetiva del incremento de conocimientos que alcanzan los MIR tras la rotación por la especialidad de Reumatología. Factores como el nº de MIR, el país de procedencia y la especialidad influyen en la puntuación inicial de los residentes.

Agradecimientos: Estudio realizado con el aval de la Sociedad Valenciana de Reumatología y patrocinio parcial de MSD.

89. UTILIDAD CLÍNICA DEL ANÁLISIS DEL GEN MEFV EN PACIENTES CON ARTRITIS INDIFERENCIADA

A. Cuervo, V. Rosario, J. Inciarte, J. Ramírez, J.I. Aróstegui, R. Sanmartí y J. Cañete

Unidad de Artritis. Servicios de Reumatología e Inmunología. Hospital Clínic-IDIBAPS. Barcelona.

Introducción: El gen MEFV codifica la proteína pirina, que regula la producción de IL-1b e IL-18, dos citocinas implicadas en la respuesta inflamatoria e inmune innata. Las mutaciones del gen MEFV se han asociado clásicamente a la fiebre mediterránea familiar, si bien nuestro grupo las ha identificado también en cuadros de artritis intermitente como la hidrartrosis intermitente (HI) y el reumatismo palindrómico (RP).

Objetivos: En base a los datos previos, nos proponemos analizar la utilidad clínica del análisis del gen MEFV en pacientes con artritis indiferenciadas (AI).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó pacientes con AI seguidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Clínic de Barcelona entre los años 2000-2014, a quienes se solicitó el análisis del gen MEFV de manera sistemática. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, edad al inicio de la enfermedad, duración de la enfermedad, características de los brotes articulares: frecuencia, duración, patrón articular (monoartritis, oligoartritis o poliartritis), curso migratorio o localizado, extremidades afectadas (inferiores/superiores), positividad de ACPA y/o FR, diagnóstico final y respuesta al tratamiento con colchicina.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes (68% mujeres), con edad media de $39,9 \pm 14,7$ años y un tiempo de seguimiento de $8,5 \pm 6$ años. El análisis del gen MEFV fue positivo en 21 pacientes (22%) y negativo en 74 (78%). En el grupo con mutaciones, la dura-

ción de la artritis fue inferior a 7 días en el 72% de los pacientes, tuvo un ritmo intermitente en el 86%, siendo el patrón fundamentalmente oligoartricular (53%) y afectando sólo miembros inferiores (48%). Los diagnósticos finales fueron: FMF (29%), HI (14%), AR (10%), RP (10%), APs (10%), Behçet (5%), artralgia autolimitada (10%) y oligoartritis indiferenciada (5%). Fueron ACPA positivo y/o FR positivo un 29%. El 71% de los pacientes de este grupo recibieron colchicina, presentando la mayoría (86%) una buena respuesta. En el grupo sin mutaciones la duración de la artritis fue inferior a 7 días en el 63% de los pacientes, con un curso intermitente en el 76%, presentando oligoartritis el 39% y con un 28% afectando sólo miembros inferiores. Los diagnósticos finales fueron: AR (22%), RP (22%), Behçet (7%), oligoartritis indiferenciada (7%) y FMF (3%). Fueron ACPA positivo y/o FR positivo un 31%. Los dos pacientes diagnosticados de FMF con análisis genético negativo presentaron una buena respuesta a colchicina.

Conclusiones: El análisis del gen MEFV puede ser útil para el diagnóstico diferencial de pacientes con artritis indiferenciada, especialmente en aquellos con crisis intermitentes, de corta duración y de predominio en extremidades inferiores. Sin embargo, dado el difícil acceso a este estudio genético y el relativo bajo rendimiento diagnóstico observado en nuestra serie, nuestra recomendación es la realización en primer lugar de una prueba terapéutica con colchicina, y limitar el análisis del gen MEFV a aquellos pacientes con una buena respuesta a dicho tratamiento.

90. ANÁLISIS DEL COSTE REAL DE LA TERAPIA BIOLÓGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL. ESTUDIO PILOTO

J.M. Pego Reigosa^{1,2}, M. Ucha Sanmartín², F. Maceiras Pan^{1,2}, R. Melero González^{1,2}, C. Mouriño Rodríguez^{1,2}, M. Rodríguez López^{1,2}, I. Hernández Rodríguez¹, C. Barbazán Álvarez¹, N. Martínez López de Castro^{2,3}, G. Piñeiro Corrales³, M. Álvarez Payero³, A. Martín Vila³, M. Rodríguez Rodríguez³, V. Balboa Barreiro⁴ y J. de Uña Álvarez⁴

¹Servicio de Reumatología. EOXI. Vigo. ²Grupo IRIDIS (Investigación en Reumatología y Enfermedades Inmuno-Mediadas). Instituto de Investigación Biomédica Vigo-Pontevedra-Ourense. ³Servicio de Farmacia. EOXI. Vigo. ⁴Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Vigo.

Introducción: La práctica clínica diaria no siempre se corresponde con los estándares de uso de terapias biológicas (TB) en pacientes reumatológicos.

Objetivos: Determinar el coste anual real (frente al teórico) por paciente de las TB usadas en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas en un Hospital Universitario de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se recoge información en un período de cinco años

(2009-2014). Criterios de inclusión: a) pacientes adultos con AR (criterios ACR), EA (criterios Nueva York modificados/ASAS) o APs (criterios CASPAR) en seguimiento por el S. de Reumatología del Hospital Universitario de Vigo y b) tratamiento > 6 meses con TB. Variables: a) demográficas, b) clínicas generales y específicas de enfermedad, c) relacionadas con la historia farmacoterapéutica general y de TB y d) de resultado para cada TB: número de dispensaciones, efectos secundarios, fracasos terapéuticos, suspensiones temporales o definitivas, supervivencia de cada línea de TB, coste real y teórico (PVL)/paciente de cada línea de TB. Las variables se describen para cada patología y cada TB.

Resultados: Se estudiaron 484 pacientes (total: 755 líneas de TB). Edad media: 53,8 ± 14,8; mujeres: 263 (54,3%). Las enfermedades tratadas fueron AR 226 (46,8%), EA 107 (22,2%), APs 117 (24,2%) y otras espondiloartropatías 33 (6,8%). Tiempo medio de evolución de la enfermedad (años): 13,1 ± 8,2. La duración media real (meses) global de la TB desde el inicio de la evaluación (1 enero 2009) fue: 40,9 ± 58,9. Las distintas líneas de TB usadas y su duración media real (meses) desde esa fecha se muestran en la tabla. Encontramos 359 (47,4%) suspensiones definitivas de TB, cuyos motivos más frecuentes fueron el fracaso secundario 156 (43,4%) y efectos adversos 82 (22,8%). Encontramos 94 (12,4%) suspensiones temporales de dosis de TB. Los motivos más frecuentes de suspensiones temporales fueron cirugía 13 (13,8%) y efectos secundarios no infecciosos 12 (12,8%). Encontramos modificación de dosis por optimización en 236 (31,2%) líneas de TB. El número (%) de pacientes optimizados por enfermedad fue: AR 77 (34,1%), EA 35 (32,7%) y APS 44 (37,6%). El tiempo medio (meses) de optimización fue: AR 42,0 ± 12,7; EA 22,9 ± 20,0 y APS 21,9 ± 18,2. Encontramos modificación de dosis por intensificación en 24 (3,2%) de las líneas de TB. El número (%) de optimizaciones e intensificaciones de cada TB y el tiempo medio de optimización de las 3 TB más usadas se muestran en la tabla. El coste teórico medio global (para todas las TB juntas) por año de tratamiento fue de 12.569,1€ ± 1.707,9. El coste real medio global anual fue 11.167,3€ ± 3.266,4. El coste anual medio real y teórico y su ratio, para las 3 TB más usadas se muestran en la tabla. El coste teórico medio anual para las 3 principales enfermedades fue: AR 12.538,2€ ± 1.509,6; EA 12.703,9€ ± 1.536,1 y APs 12.647,6€ ± 1.165,9. El coste real medio anual por enfermedad fue: AR 11.400,5€ ± 2.988,5; EA 10.993,7€ ± 3.024,6 y APs 10.870,5€ ± 2.797,9. La ratio coste anual real/teórico para estas enfermedades fue: 91,4, 87,68 y 86,5%, respectivamente.

Conclusiones: En la práctica diaria hay distintas razones que hacen que el uso de TB de aleje de las recomendaciones teóricas. Esto hace que el coste real sea menor que el teórico. El análisis detallado de nuestros datos nos dará información relevante sobre los factores que determinan estas variaciones y su implicación en el gasto farmacéutico.

Este trabajo ha sido financiado por una beca de Pfizer. El Dr. Pego tiene apoyo de BIOCAPS (beca 316265) del 7º Programa Marco de la UE (FP7/REGPOT-2012-2013.1).

Tabla Póster 90

	Adalimumab	Etanercept	Infliximab	Golimumab	Certolizumab	Abatacept	Tocilizumab	Rituximab
Líneas de tratamiento, n (%)	345 (45,7)	220 (29,1)	95 (12,6)	20 (2,6)	7 (0,9)	20 (2,6)	26 (3,4)	22 (2,9)
Duración en meses x ± DE	43,2 ± 22,6	38,6 ± 24,9	39,5 ± 25,2	15,4 ± 9,5	9,3 ± 6,5	19,6 ± 18,5	26,5 ± 19,1	35,4 ± 23,4
Optimizaciones, n (%)	142 (41,2)	70 (31,8)	17 (17,9)	2 (10)	0 (0)	2 (10)	1 (3,8)	2 (9,1)
Tiempo medio de optimización (meses)	16,6 ± 12,3	60,5 ± 21,1	22,1 ± 19,0					
Intensificaciones, n (%)	8 (2,3)	5 (2,3)	11 (11,6)					
Coste anual teórico medio	13.270,9€ ± 11,0	11.456,7€ ± 452,6	12.502,84€ ± 3.545,9					
Coste anual real medio	11.624,5€ ± 2.614,7	10.011,4€ ± 3.478,8	12.930,2€ ± 4.096,2					
Ratio coste real/teórico	87,5%	87,3%	103,4%					

91. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN MODELO MIXTO VIRTUAL-PRESENCIAL DE CONSULTA DE REUMATOLOGÍA: UNA PROPUESTA DE CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL

P. Vela¹, B. Zapata², F. Mateos³, V. Almela², M.A. Aracil², M. Arana², B. Calvo², M.E. Cambor², J.C. Deltell², M. Egea², M.J. Jordá², A.M. Lechuga², M.C. Marín², A.I. Martí², F. Martínez², L. Roig² y E. Santonja²

¹FED. Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ²CS Lo Morant. Departamento 19. Alicante. ³Abucassis. Departamento 19. Alicante.

Introducción: Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas son la primera causa de discapacidad física. El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2010-2013, las incluye entre las 25 áreas de priorización de objetivos. Por su alta prevalencia y heterogeneidad, la coordinación entre ámbitos asistenciales es esencial. Un modelo de consulta mixto virtual-presencial, colaborando el Centro de Salud (CS) Lo Morant y la Sección de Reumatología del HGU de Alicante busca soluciones.

Objetivos: Resolución rápida de problemas menores y detección precoz de graves/incapacitantes. Mejor interrelación entre profesionales y formación continuada. Mejor uso de recursos, evitando derivaciones y exploraciones complementarias innecesarias.

Métodos: El médico de atención primaria (MAP) realiza la consulta virtual (CV) al reumatólogo dentro del sistema de historia electrónica "Abucassis". Un día al mes éste y un MAP atienden una consulta presencial (CP) en el CS. Variables registradas: nº pacientes, nº CV y CP, pruebas complementarias, técnicas diagnóstico-terapéuticas, diagnósticos. Se valora la repercusión en especialidades frontera. Se realiza una encuesta de satisfacción entre los MAP. Análisis estadístico: descriptivo de las variables.

Resultados: Se ha analizado el periodo mayo-diciembre de 2014 (8 meses, 27 días de consulta virtual y 8 presencial). En un total de 216 consultas (171 virtuales, 45 presenciales), se ha atendido a 150 pacientes. En 107 casos (71,3%) no fue necesaria una consulta presencial, y en 96 (64%) se precisó una única consulta virtual. Las exploraciones solicitadas por indicación de la reumatóloga fueron: 4 RMN (1 hernia discal extruida, 1 fractura vertebral aguda, 1 sacroileítis, 1 espondilolisis con espondilolistesis grado 3); 2 TAC (1 fractura de pelvis, 1 espondilolisis con estenosis de canal), 1 gammagrafía (algodistrofia), 10 radiografías simples, 2 DEXA 18 analíticas. En las 45 consultas presenciales se atendió a 43 pacientes. Se realizaron 11 artrocentesis y estudio de líquido sinovial (8 derrames mecánicos sin cristales, 3 con presencia de cristales de UMS) y 17 infiltraciones locales. Los diagnósticos más frecuentes fueron: tendinitis/partes blandas (n 41, 27,3%), dolor articular mecánico/artrosis (n 39, 26%), osteoporosis (n 23, 15,3%), patología inflamatoria –no microcristales (n 14, 9,3%), dolor axial mecánico (n 10, 6,6%), enfermedad por microcristales (n 9, 6%). Se compara el número de derivaciones a Cirugía Ortopédica y Traumatología realizados desde el Centro de Salud Lo Morant en los cinco meses previos al funcionamiento del programa, con el periodo junio-octubre (pleno funcionamiento del programa):

576 derivaciones (115,2/mes) previo al programa, 366 (73/mes) tras aplicar el programa, lo que supone una reducción de un 36% en las derivaciones. Se solicita a los MAP implicados en el programa la cumplimentación anónima de una encuesta de satisfacción: responden 13 de los 16 médicos, el grado de satisfacción global es de 4,6/5.

Conclusiones: La consulta mixta virtual-presencial para atención a patología musculoesquelética y reumática resulta altamente eficaz, es valorada positivamente por los médicos de AP y podría constituir un nuevo modelo asistencial que optimice los recursos y mejore la interrelación primaria-especializada.

92. ANÁLISIS DEL IMPACTO ASISTENCIAL DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA REUMATOLÓGICA EN URGENCIAS: EL EFECTO LLAMADA

C. Guillén Astete, A. Boteanu y M.A. Blázquez Cañamero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: La consulta de Urgencias Reumatológicas y MusculoESqueléticas (URMES) se ocupa de la atención de la patología reumatológica que consulta por el servicio de urgencias. La URMES existe desde octubre de 2013. En estudios paralelos se ha demostrado el beneficio de la atención de estos pacientes por la URMES. Una legítima preocupación administrativa consiste en que la actividad especializada en urgencias podría producir un efecto incrementando la demanda asistencial para este tipo de motivo de consulta, también denominado "efecto llamada". El objetivo del presente estudio es determinar si la actividad URMES ha generado modificación del volumen de consultas o del perfil de pacientes atendidos por patología reumatológica en nuestro servicio.

Métodos: Se realizó una aleatorización sistemática de 60 días por año distribuidos equitativamente a lo largo de las cuatro estaciones de año, desde 2009 hasta 2014. Se revisaron los motivos de consulta y se analizó la afluencia de pacientes que consultaron por cualquier motivo de consulta relacionado con el aparato locomotor sin antecedente traumático en cada día aleatorizado. Las variables estudiadas fueron las características demográficas de los pacientes, su área de procedencia, su origen de derivación (espontánea o indicación desde atención primaria) y el volumen de consultas generadas por pacientes atendidos.

Resultados: En los 60 días aleatorizados en los 5 años analizados se atendieron 143.192 pacientes de los que 24.057 consultaron por patología musculoesquelética no relacionada con traumatismos (16,8%). La proporción de pacientes que consultaron por esta patología no se modificó significativamente entre 2009 y 2014. La tabla detalla los resultados.

Conclusiones: La actividad asistencial especializada en la consulta de Reumatología de urgencias no parece modificar la afluencia de pacientes de forma global sin embargo, se ha detectado un incremento llamativo de la afluencia de pacientes de otras áreas sanitarias y una mayor proporción de pacientes que consultan de forma espontánea respecto de las derivaciones que

Tabla Póster 92

Año de estudio (Año calendario)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Valor p
Pacientes atendidos por PME en 60 días	3.915	4.050	4.112	4.090	3.995	3.895	No aplicable
Pacientes totales 60 días	24.510	23.411	22.984	24.598	23.578	24.111	No aplicable
% mujeres	55,5	56,8	59,9	54,9	55	58,2	No significativo
Media de edad (años)	60 DE 8	63 DE 6	64 DE 8	62 DE 9	61 DE 8	64 DE 11	p
Procedencia ajena a nuestra área	3,2%	4,5%	4,4%	5,6%	11,3%	14,3%	p
Origen de derivación: espontánea	78,5%	85,5%	84,1%	80,1%	85,1%	84,1%	p
Volumen de consultas por patología reumatológica x 100 Pacientes totales	15,97	17,29	17,89	16,62	16,94	16,15	No significativo

DE = desviación estándar.

se hacen desde atención primaria. Si bien estos aspectos podrían tener un impacto a largo plazo en la asistencia deben realizarse estudios sobre el efecto de la atención especializada en urgencias sobre la derivación a consultas especializadas ambulatorias u hospitalarias.

93. SITUACIÓN DE LA VACUNACIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS E INICIO DE PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

A. Begazo Cruz¹ y P. Vela Casasempere^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ²Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Los fármacos biológicos son eficaces en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas. Pero estas terapias no están exentas de riesgos como las infecciones; algunas de las cuales son prevenibles con vacunas. En este sentido en 2010 la Liga Europea de Reumatología presentó unas recomendaciones para la inmunización de estos pacientes inmunosuprimidos (incluyendo vacunación para gripe, neumococo y hepatitis B, entre otras); las cuales también han sido reafirmadas por la Sociedad Española y Valenciana. Sin embargo los datos señalan que las tasas de vacunación son subóptimas.

Objetivos: Describir el estado de vacunación actual en los pacientes en tratamiento con biológicos subcutáneos e iniciar un proyecto para mejorar la proporción de pacientes vacunados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con enfermedades reumáticas atendidos en la Sección de Reumatología con prescripción activa de biológicos subcutáneos hasta el 31 de octubre de 2014. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro Hospital. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y registro vacunal de todos los pacientes. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, biológico subcutáneo prescrito, tiempo con este fármaco y vacunas recibidas.

Resultados: Se incluyeron 363 pacientes en tratamiento activo con fármacos biológicos (215 mujeres, 59,2%). Edad media: 53,3 años (± 17); con diagnósticos principales, artritis reumatoide: 44,9%, espondilitis anquilosante: 25,6% y artropatía psoriática 16,5%. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 10 años (± 9). Los fármacos prescritos con mayor frecuencia fueron etanercept 51,1%, adalimumab 24,6% y golimumab 15,2%, con un tiempo medio de duración del tratamiento de 40,8 meses ($\pm 35,4$). El porcentaje de pacientes con vacunación adecuada fue de 42,1%, siendo los no vacunados 17,9% y con vacunación incompleta 37,5%. La cobertura para gripe, neumococo y hepatitis B fue de 65,6, 34,4 y 31,7%, respectivamente. Todos los pacientes en edad pediátrica tenían las vacunas actualizadas. En vista del problema de cobertura vacunal insuficiente, hemos iniciado acciones para aumentar la vacunación en esta población vulnerable; en coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva, que incluyen una llamada telefónica (a los pacientes con vacunación incompleta o ausente) y una consulta presencial en donde se administran las vacunas correspondientes a cada uno de ellos. El impacto de estas medidas sobre la tasa de inmunización de nuestros pacientes será valorado en un posterior análisis.

Conclusiones: Las tasas de vacunación de nuestros pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias tratados con biológicos subcutáneos son insuficientes; por lo que hemos iniciado medidas de mejora para poder solventar estos problemas, asegurando una adecuada protección vacunal.

94. ANÁLISIS DE LA “CONSULTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO” EN EL DEPARTAMENTO DE LA MARINA BAIXA

J.M. Senabre Gallego¹, J. Rosas¹, E. Salas-Heredia¹, G. Santos-Soler¹, X. Barber², A. Pons³, C. Cano³, M. Lorente³ y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche.

³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Objetivos: Conocer las características demográficas y clínicas de los pacientes que han accedido al Programa IT-ME desde su inicio hasta diciembre de 2014, así como las actuaciones médicas realizadas y el uso de recursos sanitarios. Estimar la eficacia del programa en la duración de las bajas laborales.

Métodos: En noviembre del 2012 se puso en marcha la “Consulta de Intervención Temprana en los Procesos de Incapacidad Temporal de Origen Musculoesquelético” (IT-ME) en el departamento de la Marina Baixa. Desde su inicio hasta diciembre de 2014 se recogieron de forma prospectiva, en una base de datos interna, los pacientes en situación de baja laboral por causa reumatológica que fueron remitidos a esta consulta. Se incluyeron las siguientes variables: datos demográficos, diagnóstico de inicio de la baja del médico de atención primaria, diagnóstico del reumatólogo, fechas de inicio y alta de IT-ME, fechas de inicio y alta de reumatología, nº de visitas y uso de recursos (ecografía, infiltraciones, resonancia magnética, interconsultas). Los diagnósticos se clasificaron en 6 grupos: raquialgias/ciatalgia, tendinitis/partes blandas, artroalgias/artrosis, patología inflamatoria, patología traumática y otros. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Durante el periodo de estudio, un total de 335 pacientes fueron citados en la consulta IT-ME, 120 en 2013 y 193 en 2014. Otros 16 (4,5%) no se han contabilizado por no estar de baja laboral en el momento de la consulta. Un 51,3% eran mujeres, la edad media fue de 49 años (24-71). Respecto al diagnóstico final del reumatólogo, 120 fueron raquialgias/ciatalgias (35,19%), 95 tendinitis/partes blandas (27,86%), 73 artroalgias/artrosis (21,4%), 35 patología inflamatoria (10,26%) y 14 patología traumática (4,1%). Dentro de la patología inflamatoria se diagnosticaron por primera vez 2 artritis psoriásicas y 1 espondiloartritis. Se realizaron un total de 151 ecografías (44,28%), 43 resonancias magnéticas (RM) (12,6%) y 86 infiltraciones (25,22%). La mediana de la demora (tiempo desde que el paciente inicia la IT-ME hasta que es visitado en reumatología) fue de 20 días, pero 107 (34,18%) pacientes sufrieron una demora mayor a 30 días, debido a una remisión tardía por parte de atención primaria. El tiempo medio desde que el paciente inicia la IT-ME hasta que es dado de alta en reumatología fue de 30 días. Estos datos son similares a los reportados en series similares en la comunidad valenciana (Ortiz Sanjuán. Arthritis Rheumatol. 2014;66(11): S926).

Tabla Póster 94

Diagnóstico final del reumatólogo	
Raquialgia/ciatalgia	120 (35,19%)
Tendinitis/patología de partes blandas	95 (27,86%)
Artralgia/artrosis	73 (21,4%)
Patología inflamatoria	35 (10,26%)
Patología traumática	14 (4,1%)

Conclusiones: 1. Un número relevante de pacientes en situación de incapacidad laboral temporal se ha beneficiado de una consulta precoz con reumatología. 2. La patología del raquis fue la más prevalente seguida por la patología de partes blandas/tendinitis y la artroalgia/artrosis. 3. En muchos de los pacientes se realizaron ecografías. Probablemente por este motivo el número de RM solicitadas fue pequeño. 4. El tiempo medio desde que el paciente inicia la IT-ME hasta que es dado de alta en reumatología fue de 30 días. Agradecimientos: Este Programa se ha realizado con una beca del proyecto Fit For Work Europe, financiado por Abbvie.

95. EL APOYO PLANTAR DURANTE EL DESARROLLO INFANTIL ¿PROMUEVE ALTERACIONES ECOGRÁFICAS?

P. Collado¹, M.L. González², M. Alcalde¹ y M. Crespo¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²Clínica Universitaria de Podología. Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: A pesar de que la ecografía ha demostrado ser una herramienta útil para detección de sinovitis y tenosinovitis del pie en AIJ, las variaciones derivadas de la maduración progresiva del esqueleto infantil constituyen un reto en la interpretación de algunos hallazgos ecográficos. El objetivo del estudio fue describir la anatomía ecográfica del pie infantil en una cohorte de niños sanos según rango de edad y evaluar su asociación con el apoyo plantar.

Métodos: Se examinaron 55 niños (34 niños y 21 niñas; rango edad, 9 meses-15 años) por ecografía de alta frecuencia en modo B y power Doppler (PD) (110 pies, incluyendo 8 articulaciones del medio y retro-pié, los 8 tendones del tobillo y las inserciones del T. de Aquiles y fascia plantar). Se evaluó la presencia de hipertrofia sinovial, derrame, tenosinovitis, entesitis, y señal PD, utilizando un sistema de medida dicotómico (ausente o presente). Índice de Postura del Pie (IPP) fue utilizado como herramienta clínica diagnóstica para cuantificar el grado de posición neutra, pronada o supinada del pie, así como una exploración podológica completa. Se evaluó la concordancia intra-observador ecográfica por coeficiente de correlación interclase (ICC).

Resultados: Distensión del receso sinovial dorsal por líquido anecoico en la 1ª articulación MTF fue detectado en un 45% de los pies. La ecografía detectó señal PD dentro de la capsula articular tibioastragalina (21%), en el cartílago epifisario escafoideo –particularmente en niños de edad menores de 4 años (29%), así como en el área del tendón de Aquiles (27%). La posición neutra del pie fue la más frecuente (61%), seguida de la pronada (32%), no encontrándose ningún hallazgo ecográfico derivado de la posición podológica a excepción de la distensión de la 1ª MTF. Esta última se asoció estadísticamente a la presencia de un hallux hiper móvil (41,8%). La concordancia intraobservador fue alta, excepto para la articulación subastragalina con un ICC: 0,68.

Conclusiones: La distensión del receso sinovial dorsal en la 1ª articulación MTF constituye un hallazgo común detectado en el niño sano asociado a hallux hiper móvil en un apoyo plantar neutro. Su presencia en niños con AIJ debe ser valorada con cautela. A diferencia de los adultos, el apoyo plantar parece no condicionar anomalías relevantes en el pie infantil.

96. MANEJO DE LA TENDINITIS DEL SUPRAESPINOSO: COMPARACIÓN ENTRE LA TÉCNICA DE INFILTRACIÓN CONVENCIONAL DE HOMBRO Y LA ADMINISTRACIÓN SISTÉMICA INTRAMUSCULAR DE CORTICOIDES

C. Guillén Astete y A. Boteanu

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Metanálisis sobre el abordaje terapéutico del dolor de hombro sugieren que la infiltración de corticoides y su administración parenteral tienen resultados equivalentes. No obstante,

los estudios incluidos en dichos metanálisis no contemplan necesariamente la discriminación entre los tipos de tendinitis, el tendón afecto y si la infiltración fue o no realizada con asistencia ecográfica. El propósito del presente estudio es comparar el uso de corticoides (CE) administrados a través de infiltraciones convencionales (IC) o intramusculares (IM) en el manejo del síndrome subacromial por afectación del tendón supraespinoso.

Métodos: Estudio observacional basado en la práctica clínica habitual y protocolos de actuación de la consulta de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) de nuestro centro. Se incluyeron pacientes con diagnóstico ecográfico de tendinosis calcificante o no calcificante del supraespinoso sin evidencia de rotura de ningún tipo. Todos los pacientes completaron la cartilla de seguimiento del dolor (escala visual analógica [EVA] de 0 a 10) y acudieron tres semanas más tarde a valoración de una eventual segunda infiltración, fecha en la que se hizo la recogida de información. Se valoró la modificación en la EVA a los 7 y 21 días y se establecieron comparaciones por medio de la prueba de t Student y ANOVA. El corticoide utilizado fue triamcinolona (40 mg). Las infiltraciones en hombro se acompañaron de 2 ml de mepivacaína al 2%.

Resultados: 54 pacientes con tendinitis no calcificante y 35 con tendinitis calcificante fueron incluidos. En los pacientes con tendinitis no calcificante se realizó una IC por acceso posterior en 31/54 pacientes y una administración IM en 23/54 pacientes. En los pacientes con tendinitis calcificante se realizó una IC por acceso posterior en 15/35, acceso lateral ecoguiado en 11/35 y administración IM en 9/35. La variación de EVA en el grupo de tendinitis no calcificante no mostró diferencias estadísticas significativas. En el grupo de tendinitis calcificante la variación EVA de los pacientes tratados con infiltración ecoguiada fue significativamente mayor que el resto de técnicas ($p < 0,001$) a los 7 y 21 días.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman estudios previos que demuestran que la administración IM de CE es tan beneficiosa como la IC, sin embargo el beneficio de la administración ecoguiada parece justificar su uso en casos de tendinitis calcificante del tendón supraespinoso.

97. USO DE LA ECOGRAFÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA ENTRE JÓVENES REUMATÓLOGOS EN EUROPA

J.M. Senabre Gallego¹, J. Rosas¹, E. Salas-Heredia¹, G. Santos-Soler¹, X. Barber², A. Pons³, C. Cano³, M. Lorente³ y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche.

³Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Objetivos: Conocer el uso de la ecografía músculo-esquelética (EME) entre jóvenes reumatólogos europeos, la disponibilidad de equipamiento en el lugar de trabajo y sus aplicaciones en la práctica clínica diaria.

Métodos: Todos los reumatólogos miembros de EMEUNET (EMerging EULar NETwork), una red de jóvenes reumatólogos europeos, fueron invitados por correo electrónico a participar en esta encuesta de 23 preguntas acerca de datos demográficos, disponibilidad de

Tabla Póster 96

	EVA dolor basal	EVA al 7º día	EVA al 21º día	Significado estadístico
Tendinosis no calcificante del supraespinoso				No diferencias estadísticamente significativas
Infiltración por acceso posterior 40 mg triamcinolona + 2 ml de mepivacaína 2%	6,7 DE 2,1	2,2 DE 2,0	2,4 DE 1,8	p
Administración de 40 mg triamcinolona por vía IM	7,8 DE 2,2	2,3 DE 2,2	2,3 DE 1,7	
Tendinosis calcificante del supraespinoso				
Infiltración por acceso posterior 40mg Triamcinolona + 2 ml de mepivacaína 2%	8,1 DE 1,8	5,5 DE 1,9	4,9 DE 1,9	
Infiltración por acceso lateral de 40mg triamcinolona + 2 ml de mepivacaína 2% asistida por ecografía	8,3 DE 1,9	2,6 DE 0,8	2,2 DE 0,4	
Administración de 40 mg triamcinolona por vía IM	8,0 DE 2,0	5,2 DE 2,3	5,3 DE 1,6	

equipos en el lugar de trabajo, uso clínico y entrenamiento específico en EME. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los resultados y se calcularon las diferencias significativas utilizando la prueba de chi cuadrado.

Resultados: 223 reumatólogos de 48 países respondieron el cuestionario, 55% fueron mujeres y la edad media fue 33 años (25-50). 43% de ellos eran aún residentes y 73,5% trabajaban en un hospital con docencia, la mayoría en centros pertenecientes a los sistemas públicos de salud (65,5%). Durante la residencia un 77,6% tuvo acceso a la EME y un 82,5% disponía de EME en el puesto de trabajo actual. Sin embargo, entre los que terminaron la residencia antes del 2006 solo el 36% tuvo acceso a la EME. El 47% de los encuestados realizaban más de 5 ecografías por semana, mientras que el 30,5% realizaban menos de 5 y el 22,5% no solían realizar ninguna ecografía a la semana. Sólo el 37% de los encuestados tenía un tiempo específico planificado en la consulta para la realización de EME. Esta técnica era utilizada para el diagnóstico de la artritis reumatoide (AR) por el 81,6%, patología de partes blandas 67,6% y espondiloartritis (EsA) 52,9%, pero en pocas ocasiones para diagnosticar vasculitis como la arteritis de células gigantes (16,4%). En cuanto a la valoración de la actividad de la enfermedad, el 76,7% utilizaba con regularidad la EME para monitorizar la AR, pero sólo el 35% para la EsA. El 64,6% utilizaba la EME para realizar procedimientos intervencionistas, como infiltraciones guiadas. Las regiones anatómicas exploradas con más frecuencia se detallan en la tabla 1 y las regiones cuya exploración se percibe más complicada se detallan en la tabla 2. El 64,1% de los encuestados pensaba que su uso de la EME en la práctica clínica era menor del deseable, debido a falta de entrenamiento (51,4%) y de tiempo (26%). La gran mayoría de los encuestados había recibido algún tipo de entrenamiento (93,3%) pero el 67,1% pensaba que sus habilidades en EME no eran adecuadas a sus necesidades. Estos resultados pueden estar sesgados por la selección de una muestra de reumatólogos pertenecientes a una red "activa", interesados por la investigación y pudiera no corresponder con el conjunto general de especialistas.

Tabla 1 Póster 97

¿En qué región anatómica realiza ecografías con mayor frecuencia?

Muñecas/manos	131 (58,74%)
Hombros	39 (17,49%)
Rodillas	38 (17,04%)
Caderas	7 (3,14%)
Tobillos/pies	6 (2,69%)
Codos	2 (0,9%)

Tabla 2 Póster 97

¿En qué regiones anatómicas le parecen las ecografías más difíciles de realizar?

Hombros	78 (34,98%)
Tobillos/pies	66 (29,59%)
Caderas	48 (21,52%)
Muñecas/manos	19 (8,52%)
Codos	10 (4,48%)
Rodillas	2 (0,9%)

Conclusiones: La disponibilidad de ecografía músculo-esquelética (EME) en las clínicas de reumatología es alta (82,5%). Casi la mitad de los encuestados realizan más de 5 ecografías a la semana y un 37% tiene un tiempo específico planificado para realizarla. Utilizar la EME para confirmar el diagnóstico de la AR y para monitorizar su actividad es habitual para la mayoría de los encuestados.

Agradecimientos: Este estudio ha sido realizado con una beca de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB). Con el aval de EMEUNET (EMerging EULAR Network) y con la ayuda de los miembros de EMEUNET working group.

98. UNIDAD DE FRACTURAS MULTIDISCIPLINAR COORDINADA POR REUMATÓLOGO Y ENFERMERA. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

A. Naranjo¹, S. Ojeda Bruno¹, M. de la Torre García², S. Rodríguez Moreno³, V. Díaz González⁴, A. Bilbao Cantarero¹, J.C. Quevedo Abeledo¹ y C. Rodríguez-Lozano¹

¹Reumatología; ²Cirugía Ortopédica y Traumatología; ³Unidad de Valoración Geriátrica. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud de Gran Canaria.

Introducción: Los abandonos del tratamiento para la osteoporosis son frecuentes, habiéndose comunicado cifras superiores al 50% en el primer año.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento antirresortivo a largo plazo de pacientes atendidos en un programa de prevención secundaria de fracturas en el área Gran Canaria Norte.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes > 50 años con fractura por fragilidad. La unidad es gestionada por una enfermera y coordinada por dos reumatólogos con la colaboración de los médicos de atención primaria. El programa consta de: 1) formación de médicos de primaria; 2) reclutamiento a partir del registro de urgencias; 3) visita basal: cuestionario realizado por la enfermera incluyendo variables del FRAX y densitometría ósea así como educación del paciente sobre hábitos saludables, dieta y prevención de caídas; 4) remisión de resultados al médico de primaria, excepto pacientes con múltiples fracturas o que precisan terapia parenteral, que son citados en reumatología; y 5) seguimiento mediante encuesta telefónica para fortalecer adherencia y comprobación de prescripciones en los registros electrónicos. Se analiza la adherencia al tratamiento y los factores asociados a 3, 6, 12, 18 y 24 meses.

Resultados: Se han atendido 759 pacientes entre marzo/2012 y diciembre/2014. A los tres meses había iniciado tratamiento el 82% de los pacientes. Los factores asociados de manera significativa a no iniciar tratamiento fueron: el sexo masculino (71% vs mujeres 85%, $p = 0,01$) tratamiento "de novo" con antirresortivos (80% vs 91% tratamiento alguna vez; $p = 0,02$), fractura de antebrazo (75% vs cadera 89%; $p = 0,007$) e inicio de tratamiento por el médico de primaria (69% vs 89% reumatología; $p < 0,001$). Los tratamientos empleados fueron alendronato 49%, risedronato 27%, denosumab 17% y otros 6%. La adherencia a 6, 12, 18 y 24 meses se ha analizado en 319, 290, 91 y 50 pacientes, respectivamente. A los 6 meses continuaba en tratamiento el 73%, a los 12 meses el 71%, a los 18 meses el 73% y a los 24 meses el 72%. Los factores asociados de manera significativa a continuar el tratamiento a los 12 meses fueron el sexo femenino y el tratamiento previo con antirresortivos (tabla). Se analizaron las cau-

Tabla Póster 98

	Continúan en tratamiento	Suspenden o no inician tratamiento	P
Todos los pacientes	71,3%	28,7%	
Sexo			
Mujeres	76%	24%	< 0,001
Varones	45%	55%	
Edad			
= 65 a	66%	34%	0,35
> 65 a	72%	28%	
Localización fractura			
Fémur	69%	31%	0,91
Antebrazo	68%	32%	
Inicio de tratamiento			
Reumatólogo	74%	26%	0,32
Médico de Primaria	69%	31%	
Uso previo de bisfosfonatos			
Sí	86%	14%	0,002
No	68%	32%	
Tratamiento prescrito			
Bisfosfonatos orales	71%	29%	0,06
Denosumab	88%	12%	

sas de abandono del tratamiento en 83 pacientes: 25 no querían ser tratados, 24 no sabían explicar las razones, en 18 pacientes su médico de primaria no inició el tratamiento o lo suspendió sin causa aparente, en 8 pacientes debido a molestias digestivas, en 5 pacientes por tomar muchos fármacos y en 3 pacientes por padecer otras enfermedades.

Conclusiones: La adherencia a largo plazo del tratamiento anti fractura es de alrededor de un 70% por lo que consideramos que nuestro modelo de unidad de fractura es adecuado para el objetivo de prevenir nuevas fracturas.

Proyecto nacional del Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III: PI11/01429.

99. PREVALENCIA DE FRACTURAS ATÍPICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Uriarte¹, C.A. Egües¹, C.F. Meneses¹, N. Errazquin¹, I. Hernando¹, J. Cancio¹, O. Maiz¹, E. Uriarte¹, M. Yagüe¹, J. Belzunegui¹ y G. de la Herrán²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ²Servicio de Reumatología. Hospital Alto Deba. Mondragón. ³Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Los bifosfonatos son considerados actualmente el tratamiento de primera elección para la osteoporosis. Uno de los efectos adversos de la toma continuada de estos fármacos, es la aparición de fracturas atípicas. La mayoría de las veces subtrocantericas, aunque pueden aparecer en cualquier parte de la diáfisis femoral, con una prevalencia baja (1,1% de todas las fracturas de fémur). Su incidencia aumenta con el tiempo de exposición a los bifosfonatos, y éstas pueden ser uni o bilaterales, incompletas o completas. Radiológicamente presentan un trazo transversal o ligeramente oblicuo, no conminuto con formación de una espícula medial y en la mayoría de los casos puede apreciarse un engrosamiento cortical lateral. Se producen tras traumatismo mínimo, como puede ser caída desde su propia altura o de forma espontánea, y es frecuente la aparición previa de síntomas prodrómicos como el dolor en ingle/muslo y/o debilidad.

Objetivos: Determinar la prevalencia de fracturas atípicas según los criterios de la Sociedad Americana de Investigación Ósea y Mineral (ASMBR) entre 2011 y 2014 en el Hospital Universitario Donostia en Guipúzcoa, España y describir las características demográficas y sanitarias de dichos pacientes.

Métodos: Se revisaron de manera retrospectiva las historias clínicas de los pacientes intervenidos de fractura de cadera y/o fémur entre noviembre de 2011 y diciembre de 2014. Las variables recogidas fueron edad, sexo, raza, manifestaciones clínicas, tratamientos recibidos para la osteoporosis previos a la fractura, localización de la fractura y tratamiento recibido, y presencia o no de enfermedades y fármacos que intervienen en el remodelado óseo.

Resultados: Se estudiaron 921 pacientes que fueron intervenidos de fractura de cadera, y 76 pacientes intervenidos de fractura diafisaria. Del total de fracturas de cadera 31 (3%) pacientes presentaban una fractura subtrocanterica. Se encontraron 6 pacientes que cumplían los criterios clínicos y radiológicos de la ASMBR para fractura atípica, el 100% de esos pacientes habían recibido tratamiento prolongado con bifosfonatos y constituyen el 6,57% de las fracturas diafisarias, el 0,12% de las fracturas de cadera y el 0,6% del total de las fracturas estudiadas. Uno de los pacientes también recibió tratamiento con otros fármacos antirresortivos y osteoformadores. El 100% de los pacientes con fractura atípica eran mujeres. La mediana de edad fue 75,0 años RIQ (20). El bifosfonato más utilizado fue el Alendronato, siendo en el 66,6% de los pacientes el primer tratamiento instaurado para la osteoporosis. La mediana de tiempo de exposición a bifosfonatos fue 8,5 años RIQ (3). En el 83,3% de los pacientes la fractura se localizaba en el tercio medio de la diáfisis femoral.

Conclusiones: En nuestra serie de casos la prevalencia de fracturas atípicas por bifosfonatos fue baja, un 0,6% de todas las fracturas estudiadas. No se encontró ninguna causa alternativa, clínica ni farmacológica, a la toma de bifosfonatos que justificase el desarrollo de fracturas atípicas.

100. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN ANDALUCÍA EN EL PERÍODO 2000-2010. TENDENCIA EVOLUTIVA Y ESTACIONALIDAD

F.J. Aguilar del Rey y O. Pérez González

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Medicina y Salud (FIMABIS). Málaga.

Introducción: En el año 2000 se estimaron 9 millones de fracturas en todo el mundo de las cuales el 34,8% correspondían a Europa. No se conoce con exactitud las que se producen en España, según el estudio AFOE en 2003 se produjeron 63.500 fracturas de cadera, 53.700 de la extremidad distal del radio y 37.000 de la extremidad

Tabla Póster 99

Identificación	Demográficos		Tratamiento recibido para la osteoporosis		Fracturas			Comorbilidades	
	Sexo	Edad	Medicación	Duración	Localización	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento médico	Otras enfermedades	Otros fármacos*
1	Femenino	42	1. Alendronato 2. Teriparatida 3. Ibandronato 4. Denosumab + Ranelato de estroncio	1. 10 años 2. 2 años 3. 2 años 4. 1 año	Diafisaria de fémur (1/3 medio)	Osteosíntesis clavo IM	Ranelato de estroncio	No	No
2	Femenino	63	1. Alendronato	1. 10 años	Diafisaria de fémur (1/3 medio)	Osteosíntesis clavo IM	Teriparatida	Hipotiroidismo	No
3	Femenino	73	1. Alendronato 2. Denosumab	1. 6 años 2. 6 meses	Subtrocanterica	Osteosíntesis clavo gamma corto	Teriparatida	Diabetes mellitus	No
4	Femenino	77	1. Alendronato	1. 8 años	Diafisaria de fémur (1/3 medio)	Osteosíntesis clavo IM	No	Hipotiroidismo	No
5	Femenino	83	1. Risedronato	1. 6 años	Diafisaria de fémur (1/3 medio)	Osteosíntesis clavo IM	No	No	No
6	Femenino	88	2. Alendronato 1. Risedronato 2. Alendronato	2. 3 años 1. 5 años 2. 2 años	Diafisaria de fémur (1/3 medio)	Osteosíntesis clavo IM	No	Hipotiroidismo	No

*Otros fármacos: heparina, corticoides, anticonvulsivantes, otros.

proximal del húmero. Con respecto a las fracturas vertebrales los datos son más inexactos ya que 3/4 partes de ellas son asintomáticas. Se espera un aumento de las fracturas en los próximos años, especialmente de cadera, por el envejecimiento de la población. Según la Comisión Europea se estima que para el año 2050 haya un aumento del 135% de las fracturas de cadera en la Unión Europea.

Objetivos: Conocer el número y tasas de incidencia de las fracturas osteoporóticas en Andalucía en el período 2000-2010 así como su distribución por sexo y edad, localización, comorbilidad, estacionalidad, tendencia evolutiva, refracturas y mortalidad. Comprobar si existen diferencias con otros estudios epidemiológicos realizados en otros países y, especialmente, con los realizados en España.

Métodos: Estudio observacional y longitudinal retrospectivo analizando los datos suministrados por el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía durante el período 2000-2010. El estudio incluye a todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y algunos hospitales concertados que actúan como hospitales comarcales (con un total de 518 camas) y que se concentran en la provincia de Cádiz y que hasta ahora, nunca han sido contemplados en los estudios epidemiológicos que se han realizado en España. A diferencia de otros estudios que han utilizado el CMBD como base de datos, se han analizado todas las fracturas con códigos CIE-9 MC entre 800 a 829 y posteriormente se han excluido los accidentes y las fracturas patológicas que no son osteoporóticas. Los datos de población se han obtenido del censo del Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: Como se puede observar en la tabla 1 el mayor número de fracturas, tanto totales como de cadera, se produjeron en mujeres (78% y 76% respectivamente). En este período de 11 años ha habido un aumento de 1900 fracturas totales (26,49%; $p < 0,01$), 522 en hombres (27,5%; $p < 0,01$) y 1.377 en mujeres (72,5%; $p < 0,01$). En relación a las fracturas de cadera el aumento ha sido de 957 fracturas (16,4%; $p < 0,01$), 335 en hombres (24,6%; $p < 0,01$) y 622 en mujeres (75,4%; $p < 0,01$). También hubo un aumento de 205.498 individuos en la población > 65 años en nuestra comunidad (aumento del 20%; $p < 0,001$). Las fracturas osteoporóticas en su conjunto han sido más frecuentes en invierno (tabla 2) que en el resto de las estaciones, siendo significativa con respecto al otoño ($p < 0,001$, IC95% [0,012; 0,02]), primavera ($p < 0,001$, IC95% [0,023; 0,03]) y verano ($p < 0,001$, IC95% [0,015; 0,022]).

Tabla 1 Póster 100

Nº de fracturas y tasas de incidencia

Año		Tasa de incidencia			Bruta y ajustada por sexo (por 100.000 habitantes)		
		Global	Hombres	Mujeres	Bruta	Hombres	Mujeres
2000	FT	7.173	1.609	5.564	339,28	467,47	482,16
2000	FC	5.808	1.351	4.457	274,72	140,61	386,22
2010	FT	9.073	2.131	6.941	342,91	173,16	490,64
2010	FC	6.783	1.693	5.090	256,36	137,51	359,80

Nº de fracturas totales (FT). Nº de fracturas caderas (FC).

Tabla 2 Póster 100

Nº de fracturas en las distintas estaciones

Estación	Nº de fracturas	%
Invierno	25.600	26,5%
Otoño	24.078	24,9%
Primavera	23.031	23,9%
Verano	23.808	24,7%

Conclusiones: En estos 11 años ha habido un aumento en Andalucía del 26,49% en el total de fracturas osteoporóticas que han requerido ingreso hospitalario y un aumento de la población > 65 años del 20%. Por tanto, este aumento de fracturas puede justificarse por el envejecimiento de la población que nuestra comunidad ha presentado durante este período. Por otro lado, las fracturas por fragilidad tienen una influencia estacional siendo más frecuente en invierno como se ha confirmado en nuestro trabajo.

101. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES EN EL HOSPITAL VALL D'HEBRON

M. Corbeto, M. Barceló, J.J. de Agustín y S. Farietta

Unitat de Reumatologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La osteoporosis (OP) es una complicación conocida en el trasplante pulmonar que puede representar un empeoramiento de la calidad de vida, así como una reducción de la capacidad pulmonar secundariamente a una fractura.

Objetivos: Determinar la prevalencia de OP en un grupo de pacientes trasplantados pulmonares en nuestro centro, antes y después de la intervención y el grado de pérdida de masa ósea posterior al trasplante.

Métodos: Se incluyen 179 pacientes adultos, trasplantados pulmonares de 1997 a 2014, valorados en la consulta de Reumatología para estudio de osteoporosis y de los que se dispusiera de una densitometría (DMO) lumbar y femoral (LUNAR Prodigy Advance DXA System) previa y otra posterior al trasplante. Se recogieron datos demográficos y los factores de riesgo para osteoporosis. Los pacientes se dividieron en 4 grupos según la patología pulmonar. Éstos fueron: EPOC, enfermedades intersticiales difusas (EPID), fibrosis quística (FQ)/bronquiectasias (BE) y linfangioleiomiomatosis (LAM). Se estratificó la dosis de corticoides previa al trasplante en dosis acumulada alta (> 5 mg/d durante > 3 meses o > 3 tandas/año) o baja si no cumplía estas condiciones. Posteriormente al trasplante se calculó la dosis acumulada de corticoides desde éste hasta la fecha de la DMO y del resto de fármacos inmunosupresores. Se recogió la presencia de fracturas post-trasplante. Para la valoración del cambio de DMO en los grupos se realizó una comparación de medias pre y post-trasplante.

Resultados: Se incluyeron 179 pacientes, 109 hombres (edad $51,25 \pm 10,4$) y 70 mujeres (edad $50,6 \pm 11,2$), 65% posmenopáusicas. Un 57% eran fumadores con una media de $24,7 \pm 32,41$ paquetes/año, el 5% consumieron alcohol, un 28% presentaban una enfermedad osteopenizante; 22 (12,3%) pacientes tenían un bajo peso (IMC $< 19,99$); el 22,9% un bajo aporte de calcio (< 499) y 101 (56,4%) necesitaron altas dosis de corticoides previamente al trasplante. La prevalencia de osteoporosis antes del trasplante fue de 37,4%; de éstos, 41 pacientes (61,2%) recibían tratamiento para la osteoporosis. 17 pacientes presentaban alguna fractura previa, 14 vertebrales y 3 no vertebrales. La distribución de los pacientes según grupo de patología fue: EPOC 65 pacientes (36,3%), EPID 86 (48%), FQ/BE 19 pacientes (10,6%) y 9 con LAM. El tiempo medio en el que se realizó la segunda DMO posteriormente al trasplante fue de 12,43 meses (1-96). Los resultados de las DMO evolutivas, su porcentaje de cambio, la dosis acumulada de corticoides y las fracturas se muestran en la tabla.

Tabla Póster 101

	EPOC (n = 65)	EPID (n = 86)	FQ/BE (n = 19)	LAM (n = 9)
OP pre-TX	39 (60%)	19 (22,1%)	9 (47,4%)	1 (11,1%)
OP post-TX	31 (47,7%)	25 (29,1%)	10 (52,6%)	3 (33,3)
DMO post-TX (media)				
L2-L4	$0,984 \pm 0,149$	$1,071 \pm 0,179$	$0,931 \pm 0,156$	$1,021 \pm 0,127$
CF	$0,782 \pm 0,112$	$0,842 \pm 0,130$	$0,762 \pm 0,095$	$0,813 \pm 0,117$
FT	$0,812 \pm 0,153$	$0,884 \pm 0,149$	$0,782 \pm 0,104$	$0,847 \pm 0,122$
% cambio DMO				
L2-L4	+4,5*	-1,2	-3,2	-3,6
CF	0,9	-4,2*	-4,3*	-4,7*
FT	0,8	-4,7*	-3,1	-5,5*
Dosis acumulada GC post-TX (g)	$0,58 \pm 0,94$	$0,78 \pm 1,33$	$0,28 \pm 0,11$	$0,27 \pm 0,08$
Fracturas post-TX	8	9	3	0

* $p < 0,05$.

Conclusiones: La prevalencia de OP previamente al trasplante fue de 37,4% y posterior de 38,5%. Se evidenció mayor porcentaje global de pacientes con OP en el pre y post-trasplante en los grupos EPOC y FQ/BE, probablemente debido al uso de corticoides en EPOC y por la condición osteopenizante de la FQ. Se encontró una pérdida de DMO en todas las localizaciones y grupos, excepto para el grupo EPOC, algunas de ellas con significación estadística. La dosis acumulada de corticoides post-trasplante fue superior en el grupo EPID, seguido del grupo EPOC. Estas diferencias podrían explicarse por el mayor número de pacientes en dichos grupos y mayor proporción de pacientes con rechazo agudo, comportando un incremento de la dosis acumulada del fármaco. Los grupos en los que se produjeron mayor número de fracturas fueron aquellos que recibieron una mayor dosis acumulada de corticoides.

102. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

B. Magallares, A. Acosta, M. Barceló y A. Rodríguez de la Serna
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La falta de adherencia a la medicación es uno de los mayores problemas en la efectividad del tratamiento, especialmente en la osteoporosis (OP). Una población con especial riesgo de presentar este problema son los pacientes ancianos, que además comparten el riesgo aumentado de presentar fracturas por fragilidad.

Objetivos: Describir las características clínicas de nuestros pacientes con fractura de fémur por fragilidad y evaluar su adherencia al tratamiento para OP mediante la asistencia a las visitas programadas.

Métodos: Se recogieron los datos demográficos, historia de OP y de fracturas previas, así como el tratamiento tras evaluación, asistencia a las visitas programadas posteriores y presencia de déficit cognitivo y dependencia de terceras personas de los pacientes valorados en la Consulta de Prevención Secundaria en Pacientes con Fractura de Cadera de nuestro hospital que se visitaron por primera vez en 2011.

Resultados: Analizamos los datos de 96 pacientes con fractura de cadera, de los cuales el 77,1% eran mujeres. La edad media fue de 83 años (55 a 93). El 71% de los pacientes no presentaban diagnóstico previo de OP, pero hasta el 41% del total tenían historia previa de fracturas relacionadas con OP. El 27% habían llevado tratamiento para OP (en alguna ocasión) previo a la fractura de cadera. El 33,3% presentaban algún grado de déficit cognitivo y el 43,8% eran dependientes. El 84,4% de los pacientes asistieron a la segunda visita, el 54,2% a la visita de control al año de la primera y el 29,2% a los 2 años. De los 63 pacientes que tenemos datos, 6 presentaron fracturas durante el seguimiento: 2 de radio distal, 1 periprotésica, 1 costal, 1 de hombro y 1 de ramas pélvicas. Entre las posibles causas de fallo en el seguimiento se recogieron: fallecimiento en 9 casos (9,4%), diagnóstico de enfermedad grave intercurrente en 4 (4,2%), decisión familiar en 3 (3,1%) y pérdida total de seguimiento hospitalario y ambulatorio en 19 (19,8%). Los tratamientos prescritos (junto a calcio y vitamina D) tras la primera visita fueron: ácido zoledrónico en el 44,8% de los pacientes, bifosfonatos orales en el 25%, ranelato de estroncio en el 7,3%, denosumab en el 4,2%, teriparatida en el 2,1% y calcio y/o vitamina D en el 8,4%. El 34,2% de y el 18,2% de acudió a las visitas hasta el 2º año, sin encontrarse una relación estadísticamente significativa ($p = 0,217$, chi cuadrado). Por tratamiento prescrito, asistieron a todas las visitas el 40,5% de los pacientes con ácido zoledrónico, el 36,4% con bifosfonatos orales, el 25% con denosumab, el 16,7% con ranelato de estroncio. Los 2 pacientes con teriparatida también completaron los 2 años. El 34,4% de los pacientes sin déficit cognitivo asistieron a las visi-

tas hasta el 2º año frente al 18,8% de los que sí presentaban déficit cognitivo, resultando una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,032$). El 38,9% de los pacientes no dependientes cumplieron con todas las visitas, frente al 16,7% de los dependientes, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,005$). Realizando una aproximación multivariante (regresión de Cox) para la edad, el déficit cognitivo y la dependencia, se observa que el factor asociado más estrechamente con la asistencia es la dependencia, seguido del déficit cognitivo y de la edad en tercer lugar.

Conclusiones: Estos resultados indican que los pacientes dependientes, con déficit cognitivo y los de mayor edad presentan una menor asistencia a las visitas consecutivas, lo que se relaciona con una elevada falta de adherencia al tratamiento.

103. FRACTURAS DE CADERA OSTEOPORÓTICAS DURANTE EL AÑO 2014

M.R. Oliva Ruiz¹, E. Peñas Martínez², M.J. Moreno Martínez² y M.J. Díaz Navarro³

¹Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia. ²Hospital Rafael Méndez. Lorca. ³Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La osteoporosis (OP) y su complicación clínica, las fracturas (fx), despiertan desde hace unos años un gran interés por su alta morbimortalidad, por su relación con el envejecimiento poblacional y el impacto negativo sobre el sistema sanitario. La prevalencia de la OP en personas mayores de 65 años es del 25%, alcanzando el 40% en mayores de 80 años (6,7). De las fx asociadas a OP, la de cadera es la más grave, conllevando siempre asociado el ingreso hospitalario del paciente, lo que nos ha permitido obtener datos sobre la población en la que se produce en nuestra área de salud.

Objetivos: Determinar las características de la población con fx de cadera en el área IV de salud. –Conocer el tratamiento (tto) y seguimiento de estos pacientes.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo; se incluyen todos los pacientes con fx cadera de origen osteoporótico que ingresaron en el servicio de Traumatología (COT) en el H.C. Noroeste en el 2014. Se revisó informes de alta de COT, soporte informático de atención primaria e historias clínicas de los servicios que forman parte del seguimiento de estos pacientes.

Resultados: Obtuvimos un total de 93 fx cadera, de las cuales, 1 fue consecuencia de un accidente de tráfico en un varón de 32 años, por lo que se excluyó del estudio, siendo el resto de origen osteoporótico (92). La media de edad fue de 81 años; respecto al sexo el 67,3% eran mujeres (62) y el 32,7% (30) varones. 13 de los 92 pacientes llevaban tto para la OP, de los cuales 5 estaban con tto activo en el momento de la fx, el resto (8) inició tto después de ésta. De todos ellos, 12 tomaban además suplementos de calcio-vitamina D. El tto elegido fue: bifosfonatos orales para 5 pacientes, bifosfonato intravenoso para 1 y 7 con denosumab. De todas las fx desarrolladas, sólo una se consideró atípica por toma de bifosfonatos durante 14 meses. Respecto al seguimiento de los pacientes, 6 son seguidos por Reumatología, 5 por primaria, 1 por Rehabilitación y 1 por Endocrinología. 8 de los 13 en tto tienen DEXA central y tan sólo a 7 se le realizó estudios de laboratorio complementarios para metabolismo óseo. 9 pacientes de 92 revisados, fallecieron en los meses posteriores a la fx y dentro del periodo del año estudiado.

Conclusiones: Podemos determinar que, la mayoría de las fx de cadera se desarrollaron en pacientes de edad avanzada, englobados dentro del denominado grupo anciano frágil. Como era de esperar, el sexo predominante en la fx osteoporótica fue el femenino. A pesar del protocolo de tto y seguimiento de la OP, puesto en 2013, para la derivación de este tipo de pacientes a unidades especialistas en metabolismo óseo, la mayoría de los pacientes fracturados (85,9%) se encontraban sin tto ni medidas preventi-

vas para esta patología. Tras la fx, un bajo número de pacientes (14) fueron seguidos por especialistas, estando la mayor parte (78), sin supervisión alguna tras el alta hospitalaria. Como se pudo observar, no existe predominio hacia ninguna terapia, pues se utilizan de forma similar tanto bifosfonatos como el anticuerpo monoclonal, denosumab, probablemente por su adherencia al tto, tratándose de pacientes polimedicados, con escasa movilidad y en algunos casos con insuficiencia renal crónica. Aunque no formaba parte del estudio, a su finalización, se pudo objetivar el considerable impacto económico hospitalario por fx cadera osteoporótica en relación con el infradiagnóstico e infratratamiento de la OP en nuestra área de salud.

104. DÉFICIT DE VITAMINA D EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

S. Paredes¹, D. Taverner¹, C. Martínez², E. Roquer², M. Bonillo² y C. Llop³

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Geriátria. Hospital Universitario Sant Joan de Reus. ³Unitat de Farmàcia. Regió Sanitària Tarragona.

Introducción: El déficit de vitamina D es muy común en la población general y en pacientes con fractura de cadera. Este déficit se ha asociado a un aumento de riesgo de caídas y de fracturas por fragilidad ósea.

Objetivos: Determinar la prevalencia de déficit de vitamina D en pacientes ancianos con fractura de cadera ingresados en la unidad de ortogeriatría, así como conocer su estado de salud y fracturas previas al ingreso.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó a una cohorte de paciente ingresados por fractura por fragilidad de cadera en la unidad de ortogeriatría del Hospital de Sant Joan de Reus (Tarragona) durante un año (enero-diciembre de 2014). Se excluyeron pacientes de menos de 65 años y con fractura por alto impacto. Se recogieron datos sociodemográficos y de salud. Se determinaron niveles de 25 hidroxivitamina D siguiendo los parámetros habituales del laboratorio. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS v18.

Resultados: La población de estudio incluyó a 139 pacientes. La edad media fue 84,5 (DE 6,6; rango 66-101). El 22,3% eran hombres (31) y 77,7% mujeres (108). El índice de Charlson promedio fue de 5,3 (DE 1,15; rango 3-10). El 69,8% no habían presentado fracturas previas por fragilidad ósea (97) y un 30,2% ya tenía alguna fractura anteriormente (42). El 85% de los pacientes no llevaban tratamiento para osteoporosis. De los 42 pacientes con fractura previa, 2 eran vertebrales y 13 ya habían sufrido una fractura de cadera, 2 de éstos periprotésica. De éstos 42 pacientes con fractura previa solo el 20% estaba con tratamiento para osteoporosis (suplementos de vitamina D y calcio, bifosfonatos). Los niveles de 25 hidroxivitamina D promedio fueron de 8,7 ng/dl (DE 7,7; rango 3-41). El 30% tenían cifras inferiores a 3 ng/dl; el 55% mostraron niveles inferiores a 6 ng/dl y el 75% por debajo de 11 ng/dl. Únicamente 3 pacientes presentaron niveles normales de 25 hidroxivitamina D (30-81 ng/dl).

Conclusiones: Este estudio confirma que la hipovitaminosis D es común en los pacientes ancianos. El 75% de los pacientes tenían niveles de 25 hidroxivitamina D inferiores a 11 ng/dl y sólo 3 pacientes presentaron niveles normales. Además encontramos un 30% de pacientes con fractura previa y de éstos la mayoría (80%) no habían sido estudiados ni seguían ningún tratamiento para la osteoporosis. Estos resultados, junto con otros estudios recientes, apoyan llevar a cabo screenings para detectar déficits de vitamina D. En la mayoría de los casos será necesario indicar tratamiento con suplementos de vitamina D como estrategia para prevenir fractura de cadera en ancianos.

105. CARACTERÍSTICAS DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO ÓSEO EN LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

A. Monegal¹, R. Castellanos¹, H. Flórez¹, L. Gifré¹, A. Muxí², P. Peris¹ y N. Guañabens¹

¹Servicio de Reumatología. Unidad de Patología Metabólica Ósea;

²Servicio de Medicina Nuclear. IDIBAPS. Ciberhep. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Los pacientes candidatos a trasplante hepático (TH) presentan alteraciones del metabolismo óseo que pueden favorecer el desarrollo de fracturas esqueléticas después del TH.

Objetivos: Analizar las características de las alteraciones óseas en los pacientes incluidos en el programa de cribaje pretrasplante dirigido a prevenir la patología ósea después del TH.

Métodos: Se analizaron los datos clínicos y analíticos de los candidatos a TH incluidos en el programa de cribaje entre 2010 y 2014. Además, se evaluaron la DMO lumbar y de fémur proximal (DXA) y Rx de columna dorsal y lumbar.

Resultados: Se incluyeron 345 candidatos a TH (H/M: 253/92, edad: 55,4 ± 9,8 años). 11 pacientes tenían una hepatopatía colestásica, 87 tenían cirrosis alcohólica, 168 tenían una cirrosis vírica y los 79 restantes tenían otras enfermedades hepáticas. 142 pacientes tenían carcinoma hepatocelular (CHC). También se evaluaron 11 candidatos a TH VIH-positivos. El 29% de los pacientes tenían osteoporosis densitométrica y el 48% una osteopenia. La prevalencia de fracturas esqueléticas fue del 24%. Los niveles de 25-OHD fueron < 20 ng/ml en 83% de los pacientes. Cuando se analizaron en función del género, las mujeres presentaban una mayor prevalencia de fracturas esqueléticas ($p < 0,05$), menor DMO (g/cm^2) ($p < 0,05$) y valores superiores de 25-OHD ($p < 0,05$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre sexos en la prevalencia de osteoporosis u osteopenia. Los pacientes con CHC presentaban una enfermedad hepática menos grave ($p < 0,001$), menor prevalencia en fracturas óseas ($p < 0,05$), mayor DMO ($p < 0,05$) y niveles de 25-OHD ($p < 0,001$) superiores. Los pacientes VIH-positivos mostraron una mayor prevalencia de osteoporosis ($p < 0,001$) y menor DMO femoral ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los candidatos a trasplante hepático presentan una elevada prevalencia de fracturas, masa ósea baja y déficit de vitamina D. Los valores de masa ósea bajos y las fracturas son más frecuentes en las mujeres, si bien el déficit de vitamina D es más frecuente en los hombres. Las alteraciones del metabolismo óseo son menores en los pacientes candidatos al TH con carcinoma hepatocelular, mientras que los pacientes VIH-positivos tienen un elevado riesgo de osteoporosis.

106. ¿ES LA HIPOFOSFATASIA DEL ADULTO UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

L. Riancho-Zarrabeitia, M.T. García-Unzueta, A. Corrales, J. Gómez-Gerique y J.A. Riancho

Servicio de Reumatología; Servicio de Bioquímica Clínica; Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Las formas leves de hipofosfatasa en la edad adulta pueden cursar con manifestaciones sutiles y pasar desapercibidas. El objetivo del estudio fue profundizar en el conocimiento de su espectro clínico.

Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda informatizada de niveles bajos de fosfatasa alcalina total entre los resultados de laboratorio. El diagnóstico de hipofosfatasa se confirmó mediante la determinación de piridoxal fosfato sérico y de fosfatasa alcalina ósea. La ecografía carotídea se realizó, tanto en pacientes como en controles,

con un ecógrafo MyLab 70 (Esaote; Genoa, Italia), equipado con una sonda lineal de 7-12 MHz y con un software automatizado de radiofrecuencia—Quality Intima Media Thickness in real-time (QIMT, Esaote, Maastricht, Holanda).

Resultados: Durante un periodo de 31 meses, se identificaron 130 individuos con al menos una determinación de fosfatasa alcalina inferior a 26 u/l. Tras revisar la historia clínica, se encontraron niveles persistentemente bajos en 42 individuos que aceptaron participar en el estudio (10 hombres, 32 mujeres). El rango de edad era de 20-77 años (media 51). Los niveles de fosfatasa alcalina total se correlacionaban de forma directa con los de fosfatasa alcalina ósea ($r = 0,52$, $p < 0,001$). Los niveles séricos de piridoxal fosfato se correlacionaban de forma inversa con la fosfatasa alcalina ósea. Diez individuos (24%) tenían niveles de piridoxal fosfato por encima del rango de 175 nmol/l, siendo esto consistente con el diagnóstico de hipofosfatasa. En comparación con los que tenían niveles normales de piridoxal fosfato, estos individuos presentaban mayor frecuencia de hipertensión (50 vs 12%, $p = 0,02$). Asimismo, los individuos con hipofosfatasa mostraban una tendencia a presentar enfermedad aterosclerótica temprana. La ecografía carotídea mostró placas bilaterales en 4 de 9 pacientes (44%), y solo en el 26% de los controles ajustados por edad y sexo. El grosor íntima-media tendía a estar incrementado en estos pacientes (670 ± 70 vs 648 ± 110 micras; $p = 0,18$).

Conclusiones: Estos datos preliminares sugieren que los individuos con hipofosfatasa del adulto pueden presentar mayor riesgo cardiovascular. Se necesitan más estudios para confirmar estos resultados y dilucidar los mecanismos patogénicos implicados.

107. FACTORES RELACIONADOS CON LA MAGNITUD DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO OSTEOFORMADOR (TERIPARATIDA O PTH) EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS SEVERA

L. Gifré¹, A. Monegal^{1,2}, X. Filella³, A. Muxi⁴, N. Guañabens^{1,2} y P. Peris^{1,2}

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²CIBERehd. ³Servicio de Bioquímica y Genética Molecular; ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Algunos pacientes presentan una “respuesta insuficiente” (RI) al tratamiento osteoformador (teriparatida PTH); sin embargo, la incidencia de RI y los factores relacionados con este hallazgo no están aclarados.

Objetivos: Analizar la incidencia y factores relacionados con RI al tratamiento osteoformador en pacientes con osteoporosis grave.

Métodos: Se incluyeron 57 pacientes (52M 5H) con una edad media de $67,5 \pm 10,7$ años tratados con teriparatida ($n = 50$) o PTH 1-84 ($n = 7$) durante 18/24 (72% tenían fracturas vertebrales [mediana 4 fracturas/persona], 72% fracturas no-vertebrales, 97% habían recibido tratamiento previo con bisfosfonatos [duración media $6,2 \pm 4,9$ años] y 23% seguía tratamiento concomitante con glucocorticoides). Se determinaron: marcadores de recambio óseo (MRO) (formación: P1NP, FA ósea; resorción: sCTX, NTx) y valores de 25-OH-vitamina D (25OHD) al inicio y a los 3, 6, 12 y 18/24 meses del tratamiento. Se realizó DXA (columna y fémur proximal) y radiografías de columna dorso-lumbar al inicio y a los 12 y 18/24 meses. Además, se analizó: presencia de fracturas (previas e incidentes), tratamiento antiosteoporótico previo (tipo, duración y tiempo de discontinuación), factores de riesgo y causa de osteoporosis en todos los pacientes. Se definió RI por incremento de DMO lumbar $< 3\%$ tras 18/24 meses de tratamiento. Los valores de los MRO se normalizaron (en relación a los valores de referencia) y se realizó un índice de normalización (formación/resorción) para todas las determinaciones de los MRO.

Resultados: 32% de los pacientes presentaron una RI; estos pacientes tenían una DMO lumbar basal más alta ($0,824 \pm 0,156$ vs $0,733 \pm 0,140$ g/cm², $p = 0,04$) y mayor duración de tratamiento antiosteoporótico previo al tratamiento ($7,7 \pm 4,2$ vs $5,5 \pm 5,2$ años, $p = 0,043$). No se observaron diferencias en edad, concentraciones de 25OHD y/o de los valores y/o índices de MRO entre los pacientes con y sin RI. Los pacientes con RI presentaron menor incremento de la DMO lumbar y femoral a los 18/24 meses (lumbar $-2,8 \pm 4,2\%$ vs $11,5 \pm 8,1\%$, $p < 0,001$; fémur total $-0,6 \pm 2,2\%$ vs $3,9 \pm 7,9\%$, $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en los cambios de los MRO ni en sus valores normalizados a lo largo del estudio. Los valores de 25OHD fueron similares entre ambos grupos, así como la incidencia de fracturas.

Conclusiones: En pacientes con osteoporosis grave, la DMO lumbar basal y la duración previa del tratamiento antiosteoporótico parecen influir en la respuesta al tratamiento osteoformador.

108. COMPLICACIONES ESQUELÉTICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH) TRAS TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS (TAMO). CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA POR FRAGILIDAD CON LA HERRAMIENTA FRAX

C. Hidalgo Calleja¹, C. Román Curto², L. López Corral³, M.D. Sánchez González¹, C.A. Montilla Morales¹, O. Martínez González¹, T.E. Carranco Medina¹, I. Calero Paniagua¹, R. Usategui Martín¹, A. Quesada Moreno¹, L. Pérez Garrido¹ y J. del Pino Montes¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Servicio de Hematología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: La osteoporosis (OP) y la osteonecrosis (ON) avascular constituyen las principales complicaciones tardías de los supervivientes de TAMO, con una incidencia acumulada descrita de pérdida de densidad ósea entre 24-50% tras 2-12 años post TAMO y de ON avascular de 19% tras 3 años post trasplante. El tratamiento con esteroides, fundamentalmente las altas dosis y su duración son los factores de riesgo más importantes, implicados tanto en la disminución de la masa ósea y su consecuencia, las fracturas, como en la ON, principalmente de cadera.

Objetivos: Describir la magnitud de la pérdida ósea y la presencia de otras alteraciones esqueléticas en pacientes atendidos en una consulta multidisciplinar de EICH iniciada hace 6 meses detallar los factores de riesgo para OP y cuantificar el riesgo de fractura por fragilidad calculado mediante la herramienta FRAX.

Métodos: Estudio prospectivo de 19 pacientes nuevos atendidos en una consulta multidisciplinar de EICH crónico. Se describen datos generales: edad, sexo, tiempo desde el trasplante en meses y la presencia de factores de riesgo OP: índice de masa corporal (IMC), antecedente familiar y personal de fractura, tratamiento con corticoides actual, hábito tabáquico, niveles de vitamina D sérico, densidad ósea medida por DEXA central y la existencia de condiciones clínicas osteopenizantes: hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, diabetes /o problemas intestinales. Se calculó el riesgo de fractura mediante la herramienta FRAX para la población española, recomendada por el Grupo de Seattle en este tipo de pacientes. El análisis estadístico y de frecuencias se realiza mediante el programa SPSS v. 20 para Windows.

Resultados: Se analizan 10 (52,6%) varones y 9 (47,4%) mujeres, con edad media de 50,84 años (rango 19-69), tiempo medio desde el trasplante de 42,89 meses (rango 5 a 102), 6 (31,5%) recibe tratamiento esteroideo, ningún paciente es fumador ni existe ninguna otra situación clínica osteopenizante. Tres pacientes: 2 mujeres y 1 varón tienen antecedente de fractura por fragilidad y en un paciente con cuadro esclerodermiforme en corticoterapia se objetivó ON de cadera en la consulta inicial. Siete pacientes tienen nive-

les insuficientes de vitamina D y 3 déficit grave. De los 19 pacientes, 16 (84,2%) tiene baja masa ósea en alguna localización: 6 osteopenia y 10 (52,6%) OP. Dos pacientes con edad inferior a 40 años, se desestiman para calcular el riesgo de fractura por FRAX. Únicamente 4 pacientes presenta un riesgo absoluto para fractura de cadera superior a 3%, umbral terapéutico¹ recomendado, ninguno para fractura mayor. No hemos encontrado diferencias significativas entre los análisis realizados (probablemente por la n) pero el riesgo de fractura de cadera y mayor fue superior en las mujeres.

Tabla Póster 108

	Varón (N = 10)	Mujer (N = 9)	Significación
Edad	50,70 ± 16,2	51 ± 14,6	NS
IMC medio	22,2 ± 4,14	21,36 ± 3,48	NS
T-score fémur medio	-1,64 ± 0,96	-2,47 ± 0,86	NS
T-score cadera total medio	-1,76 ± 0,70	-2,26 ± 1,13	NS
T-score columna lumbar medio	-1,98 ± 1,25	-1,73 ± 1,05	NS
FRAX mayor medio	3,5% ± 2,5	8,46% ± 2,35	NS
FRAX cadera medio	1,27% ± 1,14	2,21% ± 1,62	NS

Conclusiones: Las complicaciones óseas, en especial OP, constituyen un problema creciente debido a la mayor supervivencia de los pacientes post TAMO. Este grupo de pacientes son de menor edad y con una fisiopatología diferente a la osteoporosis posmenopáusica en la que la mayoría de las fracturas aparecen por encima de los 70 años y aunque el tamaño de la muestra es pequeño, la herramienta FRAX debería validarse en los pacientes con EICH, ya que no resulta una medida útil para determinar el riesgo futuro de fracturas por fragilidad.

109. ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA POR FRACTURAS VERTEBRALES AGUDAS. IMPORTANCIA DE LA VERTEBROPLASTIA

M.J. Díaz Navarro¹, M.J. Moreno Ramos¹, M.J. Moreno Martínez², M. Castaño Sánchez¹, L.F. Linares Ferrando¹, C. Marras Fernández-Cid¹, F.A. Martínez Angosto¹, J.J. Martínez Ferrín¹ y A. Bermúdez Torrente¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

²Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: Las fracturas osteoporóticas más frecuentes son las de fémur proximal, columna vertebral y antebrazo distal. La existencia de una fractura osteoporótica previa es un importante factor de riesgo para otra posterior. El tramo vertebral que se afecta más frecuentemente es D4-L3, con máxima incidencia a nivel de D9 y D12-L1. Según la etiopatogenia, la osteoporosis (OP) puede ser primaria o secundaria, si existen factores de riesgo (fármacos osteopenizantes, enfermedades como artritis reumatoide, entre otros). Más de la mitad de las fracturas vertebrales osteoporóticas con asintomáticas. Ante la presencia de fracturas agudas sintomáticas, los objetivos serán el control del dolor y la recuperación funcional. Cuando el dolor no responde a tratamiento conservador, puede valorarse la indicación de vertebroplastia o cifoplastia de manera individualizada.

Objetivos: Determinar las diferentes causas de fracturas vertebrales que conllevan ingreso hospitalario, la existencia de OP, tratamiento previo y valorar la estancia media (EM) de dicha patología, con el consiguiente gasto socio-sanitario.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que habían ingresado en el servicio de Reumatología por fracturas vertebrales (por sintomatología o para intervencionismo) durante un año. Se recogieron datos demográficos, así como clínicos relacionados con las fracturas y la existencia o no de OP.

Resultados: Fueron 51 pacientes. De ellos 37 (72,5%) eran mujeres y 14 (27,5%) hombres con edad media de 75,04 años ($\pm 11,27$). La EM fue de 5,86 días ($\pm 5,45$). El nivel de fractura más frecuente fue el lumbar en 26 pacientes (51%), seguido del dorsal. El número medio de fracturas vertebrales fue 1,76 ($\pm 1,18$). OP conocida tenían 27 pacientes (59,2%). De éstos, 8 pacientes (29,6%) no llevaban tratamiento para la OP al ingreso (tabla). Los pacientes fueron diagnosticados de: OP posmenopáusica 51% (26). OP del varón 15,7% (8). OP corticoidea 9,8% (5). Causa tumoral 7,8% (4). Relacionada con enfermedad sistémica inflamatoria (artritis reumatoide, espondiloartropatías entre otras) 7,8% (4). Postraumáticas 3,9% (2). Fármacos osteopenizantes no corticoideos 3,9% (2). De los 51 pacientes, 29 fueron intervenidos, con una EM de 5,03 días ($\pm 5,03$). La EM de los pacientes que no se intervinieron fue 6,83 días ($\pm 5,83$). Encontramos diferencia significativa ($p = 0,0001$) en la EM de pacientes intervenidos frente los no intervenidos, así como relación entre el número de fracturas vertebrales y mayor EM ($p = 0,01$).

Tabla Póster 109

Tratamiento en pacientes con OP conocida
Fármaco
Sólo suplementos de calcio y vitamina D
Bifosfonatos
PTH
Denosumab
Ranelato de estroncio
Sin tratamiento

Conclusiones: En nuestro trabajo, las fracturas vertebrales fueron más prevalentes en pacientes con OP primaria, con mayor afectación de la columna lumbar. Casi 1/3 de los pacientes estaban diagnosticados de OP y no tomaban tratamiento para ello al ingreso, aunque no encontramos asociación estadística. Las fracturas vertebrales suponen un alto gasto sociosanitario debido, entre otros aspectos, al gasto farmacológico y a la estancia hospitalaria secundaria. Nuestros pacientes que precisaron intervencionismo tenían una menor estancia, ya que en la mayoría de los casos ingresaron de forma programada para ello. En los que no se realizó dicha técnica se intentó primero tratamiento analgésico conservador, aumentando así los días de ingreso.

110. LA INTERVENCIÓN PRECOZ EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA PERMITE REDUCIR LAS BAJAS LABORALES

P. Vela¹, L. Abásolo², C. Lajas², S. Gil¹, N. Cuenca³, J.M. Senabre⁴, A. López⁵, A. Barros⁶, C. Macía⁷, P. Tejón⁸, M. Aparicio⁹, J. Rosas⁴, T. Sandoval⁵, P. Valdazo⁶, J. Medina⁷, M.A. Belmonte⁸, J.M. Nolla⁹, J.A. Jover² e Inspección de Servicios Sanitarios del Sacyl

¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Inspección Médica de Alicante. ⁴Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁵Hospital CAULE. León. ⁶Hospital de Zamora. ⁷Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁸Hospital General de Castellón. ⁹Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ME) causan en España el 24% de incapacidades temporales (IT) y 50% de permanentes (IP). Un estudio con intervención precoz (valoración y tratamiento inmediato por reumatólogo), redujo los días IT (39%) y la evolución a IP (50%) (1). Mediante la coalición "Fit for Work" europea, impulsada por la Fundación ABBVIE, se implanta el programa a nivel nacional.

Objetivos: Describir y evaluar la eficacia del programa IT-ME (1) en diferentes áreas sanitarias públicas.

Métodos: Estudio de intervención no aleatorizado, pacientes que inician IT-ME. Grupo intervención (GI): programa IT-ME; Grupo control (GC): asistencia habitual (atención primaria). Variable principal:

duración media y mediana IT. Secundarias: duración programa, edad, sexo, diagnóstico, fecha primera visita con reumatólogo fecha propuesta alta del reumatólogo. Análisis estadístico: descriptivo. Eficacia relativa (ER) programa comparado con asistencia habitual = (duración media GC-duración media GI)/ duración media GC $\times$ 100.

Resultados: El programa se ha implementado en 7 CCAA. En 6 centros (924 pacientes) la duración mediana del programa fue 13 meses (8-23). Las causas de IT más frecuentes fueron tendinitis (23,5%), ciáticas (20,68%), dolor lumbar (20,27%), y dolor cervical (8%). La mediana de días IT desde que el paciente es visto por primera vez por el reumatólogo hasta que éste propone el alta es similar en todos los centros (19 días, 8-47). La demora desde el inicio de la IT a la primera visita con el reumatólogo varía de forma notable entre los diferentes centros, de 7 días (4-11) en el mejor de los casos, a 32 (18-50) en el peor, así como también hay diferencias en el tiempo desde que el reumatólogo indica el alta hasta que ésta se produce, siendo de 0 días en el centro en el que el propio reumatólogo propone y emite el alta, a 17 (4-80) en el peor de los casos. El HGU de Alicante es el único que dispone de datos de inspección de la población control. Se analizan 261 episodios. La duración media de IT fue de 46,8 días en el grupo de intervención (GI), siendo la del grupo control (GC) de 92 días, lo que supone una eficacia relativa (ER) del programa del 49%. La demora al reumatólogo fue de 7 días (4-11), y tiempo al alta de 0 días (el propio reumatólogo da el alta). En el análisis por diagnósticos se obtienen los siguientes tiempos de baja: dolor lumbar GI 30,68 días, GC 53 días, ER 42%; trastornos articulares GI 19,55 días, GC 75,4 días, ER 74%; dolor cervical GI 46,15 días, GC 62,2 días, ER 25,8%; tendinitis GI 51,2 días, GC 84,5 días, ER 39,4%; ciáticas GI 58,25 días, GC 136,59 días, ER 57,3%; artrosis GI 66,72 días, GC 141,6 días, ER 52,8%.

Conclusiones: La intervención precoz en patología musculoesquelética permite reducir el tiempo de baja de forma notable. Las patologías que más se beneficiaron del programa fueron los trastornos tendinosos y articulares, y las ciáticas. El éxito depende de la rápida derivación del paciente, centralizando responsabilidades médicas y administrativas en el reumatólogo.

111. EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA Y ESPECIALIZADA EN PACIENTES DE BAJA LABORAL POR PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA

P. Tejón Menéndez, J.J. Lerma Garrido, A. Lozano Sáez y M.A. Belmonte Serrano

Servicio de Reumatología. Hospital General de Castellón.

Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar la eficacia de una intervención temprana por un especialista en Reumatología en pacientes de baja laboral de reciente comienzo por problemas musculoesqueléticos.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron pacientes derivados por el médico de cabecera de 11 centros de salud de Castellón desde febrero hasta diciembre de 2014 (10 meses). Se realizó un seguimiento del paciente de forma continuada hasta el momento del alta médica. Se excluyeron aquellas incapacidades que eran de origen traumático o quirúrgico. Se recogieron los datos sociodemográficos y la duración de las incapacidades temporales (IT) y de sus recaídas. Las variables subjetivas se evaluaron mediante el cuestionario HAQ, el EuroQol y el SF-12.

Resultados: Se analizaron 64 pacientes con una edad media de 45 años. El 61% eran mujeres. La duración media de las bajas fue de 62 días. Antes de la primera visita el tiempo medio de la IT era de 42 días. Desde la primera valoración por el especialista hasta el alta médica el tiempo medio de baja se redujo hasta los 37 días. El 6% presentó alguna recaída, pero ninguno de ellos alcanzó el estatus

de incapacidad permanente (IP). Las causas de baja más frecuentes fueron dorsolumbalgias (37,5%) y tendinitis (14,1%). Al 14,1% se le realizó ecografía articular, y al 25% se le practicó alguna infiltración. Todos ellos recibieron tratamiento médico y si procedía se les enseñaban ejercicios de fisioterapia para realizar en su domicilio. La puntuación del HAQ mejoró desde 0,946 inicial hasta 0,424 en el momento del alta, el índice EuroQol de 0,4926 a 0,6743 y también el SF-12 (la media del físico y mental) desde 35,41 a 36,41 en el momento del alta.

Conclusiones: La intervención precoz en patología musculoesquelética realizada por un reumatólogo permite reducir el tiempo de baja laboral. El éxito del programa radica en la centralización de tareas administrativas, diagnósticas y terapéuticas en el reumatólogo.

Agradecimientos: Estudio realizado con los datos obtenidos de la consulta de reumatología que forma parte del Programa Salud y Trabajo que se enmarca dentro de la iniciativa Fit For Work de Abbvie.

112. ARTRITIS SÉPTICA. SERIE DE CASOS RETROSPECTIVA

M. Uriarte, C.A. Egües, C.F. Meneses, N. Errazquin, I. Hernando, J. Cancio, O. Maíz, E. Uriarte, M. Yagüe y J. Belzunegui

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Introducción: Las artritis infecciosas producidas por bacterias son las más prevalentes. Su incidencia parece estar en aumento, en los países desarrollados la incidencia anual es de 2-6 casos/100.000 habitantes. Es más prevalente en edades extremas, y en pacientes con comorbilidades (diabetes mellitus, consumo de drogas por vía parenteral, articulación protésica, infiltración articular previa con corticoides...). El 40% de los pacientes con artritis séptica tienen como predisponente una enfermedad articular previa. El microorganismo causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*, seguido por el grupo de los *Streptococcus*, de los cuales el *Streptococcus pyogenes* es el más implicado. En el 75% de los casos la infección se adquiere por vía hematógena y en el 80% de los casos la infección es monoarticular, la rodilla es la articulación más afectada. El diagnóstico se confirma con el aislamiento del microorganismo en líquido sinovial y debido a su elevada morbi-mortalidad el tratamiento debe realizarse con antibióticos por vía intravenosa.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y analíticas de pacientes con diagnóstico de artritis séptica, con microorganismo identificado en líquido sinovial y/o hemocultivos entre enero de 1985 y diciembre de 2014 en el Hospital Universitario Donostia en Guipúzcoa.

Métodos: Se revisaron de manera retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de artritis séptica entre enero de 1985 y diciembre de 2014. Se excluyeron los pacientes sin microorganismo identificado en líquido sinovial y/o hemocultivos. Las variables recogidas fueron edad, sexo, factores de riesgo, realización de artrocentesis previa, presencia de artropatía previa, manifestaciones clínicas, microorganismo causal, articulación afectada, datos analíticos, pruebas de imagen realizadas y presencia de osteomielitis.

Resultados: Se reclutaron un total de 259 pacientes con diagnóstico de artritis séptica y microorganismo identificado bien en líquido sinovial y/o hemocultivos. El 67,20% de los pacientes eran varones y la mediana de edad fue de 61 RIQ (31). La frecuencia de factores de riesgo fue del 72,76%, (6,5% ADVP, 5,26% VIH, 7,29% tratamiento con corticoides, 10,93% presencia de neoplasia, 6,48% insuficiencia renal, 20,65% diabetes, 4,05% alcoholismo, 8,94% hepatopatía). El 39,92% de los pacientes tenían artropatía previa y el 12,86% historia de artrocentesis previa. El agente causal más frecuente fue el *Staphylococcus aureus* en el 62,89% de los casos, seguido en frecuencia

por el grupo de los *Streptococcus* (21,88%) y *Escherichia coli* (5,47%). En el 76,11% de los casos el diagnóstico se realizó mediante el aislamiento del germen el líquido sinovial y en el 19,03% de los casos con el aislamiento en líquido sinovial y en hemocultivos. La articulación más afectada fue la rodilla (51,02%). El dolor y la tumefacción estuvieron presentes en la mayoría de los pacientes, 98,78% y 91,46% respectivamente. El 64,61% presentaron fiebre. La osteomielitis estuvo presente en el 9,96% de los pacientes. El tratamiento conservador fue el más empleado (76,86%), y el 23,14% requirieron intervención quirúrgica en algún momento.

Conclusiones: Coincidiendo con la literatura el microorganismo causal más frecuente fue el *Staphylococcus aureus* (62,89%). El 39,92% de los pacientes tenía artropatía previa. El 9,96% de los pacientes tenían osteomielitis.

113. PIOMIOSITIS: PRESENTACIÓN DE 41 CASOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL ESPAÑOL DE TERCER NIVEL

V. García Coca¹, C.V. Medina Quiñones¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, M.J. García Villanueva¹, J.L. Morell Hita¹, A. González García² y F. Dronda Núñez³

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La piomiositis (PM) es la infección del músculo estriado por gérmenes piógenos, que pueden alcanzar esta localización por vía hematógena (PM primaria) o por contigüidad (PM secundaria). Aunque es más común en países tropicales, su incidencia está aumentando en otras zonas debido al número cada vez mayor de pacientes inmunodeprimidos, en los cuales se asocia con mal pronóstico y alta mortalidad.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y microbiológicas, así como la terapéutica y evolución, de los pacientes con PM atendidos en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los casos de PM ingresados en nuestro centro entre enero 1991 y octubre 2014. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se identificaron un total de 41 casos, la mayoría de ellos varones (73,1%), con una mediana de edad de 46 años (rango: 1-84). La media de tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue 2,3 semanas. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron dolor (92,5%), fiebre (72,5%) y tumefacción (67,5%). Con mayor frecuencia se afectaron grupos musculares grandes, especialmente extremidades inferiores (70,7%), con compromiso multifocal en 15 pacientes (36,6%). Se encontró leucocitosis en el 64,8% y neutrofilia en el 72,9%. La media de VSG fue 91,5 mm y de PCR 158,3 mg/dL. Se encontró aumento de CPK en 5/18 casos. En 40 pacientes se realizaron pruebas de imagen (ecografía 26, tomografía computarizada 29, resonancia magnética 8), que demostraron la presencia de abscesos musculares en 73,2%. Nueve casos (22%) correspondieron a PM secundarias, siendo las infecciones asociadas más frecuentes celulitis, artritis y osteomielitis. La enfermedad de base más común fue la infección por VIH-1 en 12 casos, seguida por la hepatopatía crónica por VHC en 10 (coinfección por VIH-1 en 7) y diabetes mellitus (DM) tipo 2 en 5 (12,2%). Existía diagnóstico previo de enfermedad autoinmune (EA) previa en 6 casos (2 artritis reumatoide, 1 overlap lupus sistémico/Sjögren, 1 vasculitis p-ANCA, 1 enfermedad de Addison y 1 DM tipo 1). El 24,4% eran usuarios de drogas por vía parenteral. Se realizó aspirado de los abscesos 37 casos, aislándose *Staphylococcus aureus* en 67,5%, *Streptococcus* sp. en 10,8% e infección polimicrobiana en 16,2%. Los hemocultivos fueron positivos en 17/35 pacientes y el patógeno más frecuentemente aislado S.

aureus. Se disponía de información respecto a la antibioticoterapia en 38 casos, recibiendo 19 de ellos combinaciones de fármacos por vía intravenosa, siendo la más frecuente cloxacilina + gentamicina, con una mediana de duración del tratamiento de 4 semanas (rango: 1-19). Se realizó drenaje en el 32/41 (7 percutáneo, 25 quirúrgico). La mortalidad asociada fue del 19,5%, debida principalmente a shock séptico. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonías (12,2%), endocarditis (4,9%), tromboflebitis séptica (4,9%) y mionecrosis (4,9%).

Conclusiones: La PM es una infección grave, potencialmente fatal, que afecta a principalmente grandes grupos musculares. La mayoría de pacientes presenta algún factor predisponente, siendo los más frecuentes en nuestra serie las infecciones por VIH/VHC, DM tipo 2 y EA. La mortalidad asociada fue superior a la descrita en estudios previos (0,5-10%). Se requiere un mejor conocimiento de esta entidad para un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

114. ETIOPATOGENIA DE LA ARTRITIS INFECCIOSA Y PERFIL DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE UNA SERIE DE 162 CASOS OCURRIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME-SEVILLA ENTRE 2009 Y 2015

J.A. Paz Solarte, L.M. Jiménez Liñán, S.A. Rodríguez, J.L. Marengo de la Fuente y J.L. García López

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las artritis infecciosas tienen un impacto en la morbi-mortalidad y generan un gasto sanitario elevado. El "Gold standard" para el diagnóstico es a identificación del microorganismo causal, para ello la artrocentesis urgente es fundamental.

Objetivos: Presentar la experiencia de nuestro hospital, en el diagnóstico microbiológico y en la determinación del perfil de sensibilidad antibiótica, de 162 muestras de líquido articular/sinovial obtenidas mediante artrocentesis, con cultivo positivo para infección bacteriana.

Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo. Se utilizaron como fuente de información el sistema de estadísticas de aislamientos de la UGC. de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del H. Universitario Virgen de Valme, Sevilla. Se incluyeron solo los resultados de cultivos positivos plenamente identificados en nuestro hospital y se excluyeron aquellas que se enviaron a un hospital diferente.

Resultados: La tasa de artritis infecciosa fue de 4.629 pacientes por cada 10.000 personas. El microorganismo más frecuente fue *Staphylococcus aureus* con 119 casos (73,4%), solo dos de ellos por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR), seguido por *Streptococcus agalactiae* con 18 casos (11,2%) y *Staphylococcus epidermidis* con 12 casos (7,4%). Las bacterias Gram negativas afectaron a 5 casos (3%). El caso 163, no se ha podido identificar pero corresponde a un bacilo Gram positivo, por ello no se incluyó en el estudio. La frecuencia de *Staphylococcus aureus*, resultó ser un poco menor a las series mundiales, donde alcanza hasta el 90% de los casos. Con respecto a la artrocentesis, el servicio de Reumatología realizó 104 que corresponden al 64% de los casos, 30 fueron realizadas por Cirugía Ortopédica y los 28 restantes mayoritariamente por el servicio de Urgencias, de las cuales, más del 90% se realizaron por Reumatología. El 98% de los cultivos positivos para *Staphylococcus aureus*, resultaron sensibles a cloxacilina/oxacilina. *Streptococcus agalactiae* resultó multisensible. La articulación que se afectó con mayor frecuencia fue la Rodilla. Aunque reportamos un caso de artritis infecciosa del manubrio esternal por *Streptococcus pyogenes* sensible a penicilina, en una mujer con artritis reumatoide. No hemos tenido ningún caso de artritis infecciosa tras infiltración articular por adjuntos o residentes de nuestra unidad.

Tabla Póster 114

Microorganismo	Frecuencia
<i>Staphylococcus aureus</i>	117
<i>Staphylococcus aureus</i> metilicín resistente (SAMR)	2
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12
<i>Streptococcus agalactiae</i>	18
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2
Otros <i>Staphylococcus</i>	5
Bacterias Gram negativas	5
<i>Candida</i> spp	1

Conclusiones: La artritis infecciosa es una urgencia y su diagnóstico y tratamiento debe ser inmediato. El “Gold standard” para el diagnóstico es la identificación microbiológica del germen en el líquido articular. La artrocentesis hace parte de la piedra angular en el diagnóstico. La tinción de Gram proporciona una información útil e inmediata pero con una sensibilidad y especificidad desconocida. Conocer el germen y su perfil de sensibilidad, permite al clínico dirigir la terapia y ajustar el tratamiento empírico, disminuyendo la tasa de resistencia. Este estudio descriptivo sirve de base para futuros trabajos que busquen determinar la fuerza de asociación entre las distintas variables que favorezcan la aparición de la artritis infecciosa.

115. SÍNDROME ANTI-SINTETASA: CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN

C. Costa, M. Santiago, M. Rodrigues, P. Carvalho, S. Serra y A. Malcata

Servicio de Reumatología. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Portugal.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas parecen tener diferentes expresiones clínicas dependiendo de las características serológicas. El síndrome anti-sintetasa se caracteriza por una serie de manifestaciones típicas: miositis, poliartritis, enfermedad pulmonar intersticial, manos de mecánico, fenómeno de Raynaud y muchas veces síntomas constitucionales. Está asociada a anticuerpos frente a aminoacilil-transfer RNA sintetasa (anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12, anti-EJ, anti-OJ y anti-KS). El diagnóstico se basa en la presencia de anticuerpos anti-sintetasa y dos de las siguientes tres manifestaciones: miopatía inflamatoria, poliartritis o enfermedad pulmonar intersticial. El objetivo de este trabajo retrospectivo es la revisión de las características demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas en una cohorte de pacientes con síndrome anti-sintetasa ingresados en el Servicio de Reumatología del Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Métodos: Se analizó de forma retrospectiva la presencia del síndrome anti-sintetasa en un grupo de pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas seguidos en nuestro centro en un período de 21 años.

Resultados: En este período se identificaron 37 pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas. Se identificaron 10 pacientes con el síndrome anti-sintetasa (27%). De estos, 9 eran mujeres. La edad media al diagnóstico de estos pacientes con síndrome anti-sintetasa era de 52.60 ± 3.760 años. No se encontraron alteraciones con significado estadístico entre el tiempo de retraso diagnóstico entre los individuos con síndrome anti-sintetasa y los sin síndrome anti-sintetasa. Todos compartían una miopatía inflamatoria: 9 con polimiositis y 1 con dermatomiositis. Estaban presentes 11 anticuerpos anti-sintetasa: 7 anticuerpos anti-Jo1 (64%), 2 anticuerpos anti-PL12 (18%) e 2 anticuerpos anti-PL7 (18%). Un enfermo tenía anticuerpo anti-Jo1 y anticuerpo anti-PL7. La enfermedad pulmonar intersticial estaba presente en 80% de los pacientes (áreas en vidrio deslustrado y fibrosis pulmonar). La poliartritis no erosiva estaba presente en 6 pacientes (4 con anticuerpo anti-Jo1, 2 con anticuerpo anti-PL12). El fenómeno de Raynaud estaba presente en 4 de los pacientes, mientras 5 tenían manos de mecánico. No existen diferencias en

los valores de creatinoquinasa y aldolasa, a la fecha del diagnóstico, entre el grupo anti-sintetasa y no anti-sintetasa. De estos 10 pacientes, 6 tuvieron una respuesta favorable a la terapéutica inicial. En 5 se utilizó corticoide 1 mg/kg/día; 2 de ellos sin respuesta, necesitando tratamiento posterior con ciclofosfamida. En 3 se utilizó la asociación corticoide más azatioprina con respuesta favorable en todos. En los otros dos casos: uno se asoció corticoide e inmunoglobulina humana sin éxito; y en otro, corticoide y metotrexato, sin respuesta, y con necesidad de introducir la azatioprina para el control de la actividad de la enfermedad. Los 4 casos en que no hubo una respuesta a la terapéutica inicial, la asociación o cambio de inmunosupresión permitió controlar la actividad de la enfermedad (muscular, articular y pulmonar) a largo plazo.

Conclusiones: Este trabajo representa la experiencia de nuestro servicio con el síndrome anti-sintetasa. Aunque el síndrome anti-sintetasa es un subgrupo de las miopatías inflamatorias idiopáticas, los pacientes tienen características clínicas y analíticas propias, siendo el involucramiento pulmonar muy frecuente.

116. CONSULTA MONOGRÁFICA DE MIOPATÍAS EN REUMATOLOGÍA: 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

E. Salas-Heredia¹, M.V. Almenar², R. Clarí², J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, A. Pons¹, X. Barber³, C. Cano¹, M. Lorente¹, J. Molina², J. Rosas¹ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO-UMH. Elche.

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades musculares forma parte de las tareas asistenciales del reumatólogo que, hasta ahora, se ha centrado más en las de carácter inflamatorio, a pesar de mayor prevalencia de las miopatías no inflamatorias.

Objetivos: Describir la experiencia asistencial durante 3 años, de la consulta monográfica de miopatías de la Sección de Reumatología del Hospital de Marina Baixa.

Métodos: Estudio descriptivo-transversal, de los pacientes remitidos a la consulta monográfica de miopatía de Reumatología los años 2012-2014. Los datos clínicos obtenidos proceden de la historia clínica informatizada (Abucasis), los registros informáticos del Laboratorio General y de Radiología. Se recogieron características epidemiológicas de los pacientes (edad, sexo), servicio remitente, fecha de la primera consulta, motivo principal de la consulta, síntomas relevantes, análisis (VSG, CK, ANA, anticuerpos anti-miositis), estudios complementarios realizados (EMG, RMN, biopsia muscular), pruebas funcionales (curva de lactato/amonio, y Ciclo-Test) y diagnóstico provisional y final.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se atendieron 104 pacientes, 54 (52%) hombres y 50 (48%) mujeres, de 9 a 86 años de edad (mediana: 54 años) El motivo principal de consulta fue la elevación persistente de CK (62%). El síntoma más prevalente fue la fatigabilidad y/o intolerancia al ejercicio (52%). La VSG fue normal en el 86% de los casos. La CK se encontró elevada en 75 pacientes (72%) con un rango entre 258 U/L a 138.000 U/L (mediana 723 U/L). En 1 caso se detectó una macro CK tipo 1. Los ANA fueron positivos en 15 de los 91 pacientes en que se solicitaron (16%). En 9 de 56 casos (16%) se detectaron anticuerpos anti-miositis: Ku: (2, Jo: 1, Mi 2B, PM 75, PM 100, PL: 7 y PL: 12. El Test de la Gota Seca, para determinar la actividad de la glucosidasa ácida, fue normal en los 35 pacientes en que se realizó. Se detectó elevado el lactato venoso basal en 2 de 18 casos. A 37 pacientes se les determinó la curva del lactato/amonio tras el ejercicio de del antebrazo, con isquemia. En 2 de ellos, diagnosticados de Mc Ardle, la curva del lactato fue completamente “plana”, con amonio normal. En 6 casos, se obtuvo un escaso aumento del Lactato y del amonio, atribuibles a una mala ejecución de la prueba y/o senectud. Una paciente mostró una curva “plana” de amonio, con la de lactato normal, sugestivos de un posi-

ble déficit de MADA (mioadenilato deaminasa). A 29 pacientes se les solicitó una RMN muscular (14 de ellas de cuerpo entero): en 18 se obtuvieron imágenes diagnósticas de daño muscular. Se realizó EMG a 67 pacientes con resultado de afectación miopática en 40 (60%), neurógena en 6 (9%) y mixta en 1 (1-5%) caso. En 20 (30%) casos fue normal. La biopsia muscular (Unidad Neuromuscular del Hospital La Fe), en 17 casos mostró los siguientes diagnósticos: dermatomiositis: 1, polimiositis: 4, miopatía mitocondrial: 4 y normal: 4. Se practicó prueba de ejercicio en bicicleta a 18 pacientes, detectando en los 2 pacientes con enfermedad de Mc Ardle curva de frecuencia cardíaca sugestiva de fenómeno de “segundo aliento”.

Conclusiones: El estudio de la patología muscular requiere del uso combinado de numerosas pruebas diagnósticas. Ante el aumento de consultas a reumatología por aumento de la CK, y la frecuencia de la intolerancia al ejercicio, se deben utilizar algoritmos diagnósticos apropiados a estas situaciones clínicas.

117. SÍNDROME POR ANTICUERPOS ANTISINTETASA: SERIE DE 10 PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Cabezas Rodríguez¹, B. Acasuso Pardo de Vera¹, I. Morante Bolado¹, M. Iglesias Escudero², J.L. Riestra Noriega¹, R. Queiro Silva¹, M. Alperi López¹, L. Arboleya Rodríguez¹ y F.J. Ballina García¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: El síndrome por anticuerpos antisintetasa (SAA) es un subtipo de miopatía inflamatoria idiopática que asocia frecuentemente otras manifestaciones clínicas como artritis, enfermedad pulmonar intersticial, fiebre, fenómeno de Raynaud o manifestaciones cutáneas como las “manos de mecánico”. En los pacientes con este síndrome se han identificado autoanticuerpos dirigidos contra enzimas citoplasmáticas que participan en la síntesis proteica y que reconocen la sintetasa que cataliza la unión de cada aminoácido con su correspondiente ARN de transferencia. El objetivo de este estudio fue describir las principales características de los pacientes con SAA en seguimiento en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes con un resultado positivo para anticuerpos antisintetasa y se recogieron las principales características clínicas y de laboratorio y los tratamientos recibidos. Se evaluaron también las diferencias entre pacientes con anticuerpos anti-Jo-1 positivos y aquellos con otros anticuerpos antisintetasa (grupos Jo-1 positivo y Jo-1 negativo, respectivamente). Las variables cualitativas se muestran como porcentajes y las variables cuantitativas como media y desviación estándar o como mediana y rango intercuartílico (percentiles 25 y 75), en función de su distribución normal o no, respectivamente. En el análisis de las diferencias entre los dos grupos de anticuerpos antisintetasa, se utilizó la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas y la prueba de la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se recogieron 10 pacientes con un resultado positivo para anticuerpos antisintetasa (70% mujeres, 30% hombres) con una edad media al diagnóstico de 57 ± 9 años y una mediana de tiempo de evolución de la enfermedad de 3,9 (1,9-11,5) años. Dos pacientes habían fallecido, uno por una causa desconocida y otro por una isquemia arterial irreversible de miembros inferiores. Seis pacientes tenían anticuerpos anti-Jo1, 2 pacientes anti-PL7, 1 paciente anti-PL12 y 1 paciente anti-EJ. La tabla muestra las principales características de la serie. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo Jo-1 positivo y el grupo Jo-1 negativo, salvo en el caso de los niveles de fibrinógeno (467 mg/dL frente a 610 mg/dL; $p = 0,048$). Se observó una tendencia de mayor frecuencia de artritis en el grupo Jo-1 positivo (83% frente a 25%; $p = 0,19$) y menor de afectación esofágica (25% frente a 83%; $p = 0,19$) cuando se comparó con el grupo Jo-1 negativo.

Tabla Póster 117

Característica	Resultado
Tabaquismo (%)	
Activo o exfumador	50
No fumador	50
Fiebre (%)	40
Artritis (%)	60
Fenómeno de Raynaud (%)	40
Miositis (%)	90
Manifestaciones cutáneas (%)	
Manos de mecánico	40
Fotosensibilidad	20
Prurito cutáneo	20
Lupus cutáneo subagudo	10
Enfermedad pulmonar intersticial (%)	40
Serositis (%)	
Pleuritis	20
Pericarditis	20
Síndrome seco (%)	20
Enfermedad tromboembólica venosa (%)	20
Afectación esofágica (%)	40
Neoplasia maligna (%)	10
Inmunología (%)	
Anticuerpos antinucleares	60
Factor reumatoide	60
Anticuerpos anti-SSA (52)	70
Anticuerpos anti-SSA (60)	20
Anticuerpos anti-SSB	10
Anticuerpos antifosfolípidicos	30
Enzimas musculares (valores pico) (U/L)	
CK	2.391 (737-9.382)
LDH	559 (450-705)
GOT	99 (54-242)
GPT	69 (49-229)
Aldolasa	19 (9-63)
Reactantes de fase aguda	
VSG (mm)	27 (9-61)
PCR (mg/dL)	1,64 (0,86-2,86)
Fibrinógeno (mg/dL)	496 $\pm$ 108
Hemoglobina (g/dL)	12,7 $\pm$ 1,9
Leucocitos (células/mcL)	10.430 $\pm$ 4.440
Plaquetas (células/mcL)	282.000 $\pm$ 88.000
Urea (mg/dL)	40 (30-45)
Creatinina (mg/dL)	0,79 $\pm$ 0,23
Proteínas totales (g/L)	67,7 $\pm$ 5,9
Albumina (g/L)	39,2 $\pm$ 2,3
Tratamientos (%)	
Corticoides sistémicos	90
Inmunosupresores	60
Antipalúdicos	30
Bisfosfonatos	70

Conclusiones: Los pacientes con síndrome por anticuerpos antisintetasa de esta serie presentan una importante heterogeneidad clínica. Los pacientes con anticuerpos anti-Jo1 tienen una mayor frecuencia de artritis y menor de afectación esofágica comparados con los pacientes con otros anticuerpos antisintetasa.

118. EVOLUCIÓN DEL DOLOR, FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTROSIS EN TRATAMIENTO CON OXICODONA/NALOXONA (OXN) EN SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA

V. Vila Fayos, M. Granados Ruiz, A. Moreno Arana, V. Coret Cagigal, M.R. Oliva Ruiz, E. Judez Navarro, M.A. Belmonte López, J.V. Tovar Beltrán, A. Montero Matamala, J.F. Mulero Cervantes y C. Tornero Tornero, en nombre de los Investigadores del Estudio STAR

Servicio de Reumatología. Vinarós. Servicio de Reumatología. Úbeda. Servicio de Reumatología. Jerez de la Frontera. Servicio de Reumatología. Málaga. Servicio de Reumatología. Caravaca de la Cruz. Servicio de Reumatología. Albacete. Servicio de Reumatología. Málaga. Servicio de Reumatología. Elche. Unidad de Dolor. Lleida. Unidad de Dolor. Cartagena. Unidad de Dolor. Valencia.

Objetivos: Determinar la evolución del dolor, discapacidad y calidad de vida (CdV) tras 3 meses en tratamiento con OXN en pacientes con artrosis dolorosa moderada-intensa atendidos por primera vez en servicios de reumatología.

Métodos: Subanálisis del estudio STAR, observacional, multicéntrico de 6.000 pacientes con dolor artrósico (≥ 3 meses de duración y EVA₁₋₁₀ ≥ 4). Se estudiaron 228 pacientes en primera consulta en servicios de reumatología, con artrosis dolorosa moderada-intensa, tratados con OXN, permitiendo además otros tratamientos no farmacológicos complementarios. Fueron evaluados mediante cuestionarios validados en dolor (BPI), funcionalidad (Oswestry, Lequesne y Quick-DASH) y calidad de vida (EuroQoL-5D).

Resultados: Mujeres 76%, edad media 66 ± 10 años. Artrosis primarias en el 91,7%. La mayor prevalencia de artrosis dolorosa se encontró en columna (39,0%) con "intensa" DFMB (discapacidad funcional media basal) ($50,1 \pm 13,9$), seguida de rodilla (34,2%) con "muy grave" DFMB ($13,9 \pm 3,3$), de hombro (7,5%), de mano (7,0%), con importante DFMB de miembro superior ($60,8$ puntos $\pm 15,7$) y de cadera (6,6%) con "extremadamente grave". DFMB $14,7 \pm 3,3$. Reducción sustancial (55,4%) del dolor medio (EVA₁₋₁₀) a los tres meses del estudio, de $6,5$ a $2,9$ ($p < 0,001$). El grado de discapacidad lumbar (Oswestry) mejoró el 27,6%. La limitación de cadera (Lenesque): descendió un 6% (de $14,7$ a $8,6$) $p < 0,005$, y en rodilla un 4,8% ($13,9$ a 9). La limitación funcional de MMSS (Quick Dash) mejoró en 26,1 puntos, siendo variaciones con trascendencia clínicas las superiores a 10 puntos. Mejora en calidad de vida, con un incremento del 27,7% (Termómetro EuroQoL-5D).

Conclusiones: El tratamiento con OXN mejoró de forma substancial el dolor, con mejoras significativas en la funcionalidad a nivel de columna lumbar y en calidad de vida. Estos pacientes fueron tratados concomitantemente con otras terapias no farmacológicas (educación sanitaria/rehabilitación) cuya contribución a la mejoría del paciente no podemos cuantificar en este estudio.

119. COMBINACIÓN DE CONDROTITÍN SULFATO E HIDROCLORURO DE GLUCOSAMINA VERSUS CELECOXIB PARA LA ARTROSIS DE RODILLA DOLOROSA: ANÁLISIS POST-HOC SEGÚN GRADO KELLGREN Y LAWRENCE Y NIVEL DE PROTEÍNA C REACTIVA DE UN ENSAYO CLÍNICO, MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO

F.J. Blanco¹, M.C. Hochberg², J. Martel-Pelletier³, J. Monfort⁴, I. Möller⁵, J.R. Castillo⁶, N. Arden⁷, F. Berenbaum⁸, P.G. Conaghan⁹, Y. Henrotin¹⁰, T. Pap¹¹, P. Richette¹², A. Sawitzke¹³, P. du Souich¹⁴ y J.P. Pelletier³, en representación del MOVES Investigation Group

¹INIBIC-Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ²University of Maryland School of Medicine. Baltimore. MD. EEUU. ³Osteoarthritis Research Unit. University of Montreal Hospital Research Centre (CRCHUM). Montreal. Quebec. Canadá. ⁴Servei de Reumatologia. Hospital del Mar. IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute).

Barcelona. ⁵Instituto Poal de Reumatología. Barcelona. ⁶Clinical Pharmacology Unit. Virgen del Rocío University Hospital. Sevilla. ⁷Oxford NIHR Musculoskeletal Biomedical Research Unit. University of Oxford. MRC Lifecourse Epidemiology Unit. University of Southampton. Southampton. Arthritis Research UK. Centre for Sports. Exercise and Osteoarthritis. University of Oxford. Nuffield Orthopaedic Centre. Oxford. Reino Unido. ⁸Sorbonne University. INSERM UMR S938. UPMC. University of Paris 06. DHU i2B. Department of Rheumatology. Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Saint-Antoine Hospital. Paris. Francia. ⁹Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds & National Institute for Health Research Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Reino Unido. ¹⁰Bone and Cartilage Research Unit. Arthropôle Liège. University of Liège. Institute of Pathology. CHU Sart-Tilman. Liège. Physical Therapy and Rehabilitation Department. Princess Paola Hospital. Marche-en-Famenne. Bélgica. ¹¹Institute of Experimental Musculoskeletal Medicine. University Hospital Münster. Münster. Alemania. ¹²Université Paris Diderot. UFR Médicale. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Hôpital Lariboisière. Fédération de Rhumatologie. Paris. INSERM 1132. Université Paris-Diderot. Hôpital Lariboisière. Paris. Francia. ¹³University of Utah School of Medicine. Salt Lake City. UT. EEUU. ¹⁴Department of Pharmacology. Faculty of Medicine. University of Montreal. Quebec. Canadá.

Introducción: MOVES fue un ensayo clínico multicéntrico, internacional, fase IV, doble ciego, de no inferioridad para comparar la eficacia y la seguridad de la combinación de condroitín sulfato (CS) + hidrocortururo de glucosamina (HG) (Droglican®, Bioibérica S.A., Barcelona) y celecoxib (CE) en 606 pacientes afectados de artrosis (A) de rodilla con dolor severo. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir 400 mg de CS más 500 mg de HG tid o 200 mg de CE qd. Ambos tratamientos presentaron una reducción del 50% en la subescala WOMAC de dolor (variable principal) a los 6 meses, sin diferencias entre ellos.

Métodos: El presente análisis post-hoc se ha realizado con el objetivo de analizar los resultados de eficacia de CS+GH y CE obtenidos en la población del estudio MOVES, para determinar si se presentan diferentes respuestas a los tratamientos en diferentes subgrupos de pacientes: pacientes con una reducción de dolor grave (WOMAC dolor > 300), según el grado Kellgren-Lawrence (KL) (2 o 3) y según niveles de proteína C-reactiva (PCR) ($= 3$ vs > 3 mg/L).

Resultados: En los pacientes con KL grado 3, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre CS+GH ($n = 99$) y CE ($n = 96$) en la reducción de la subescala de WOMAC dolor en ninguna visita de seguimiento (1, 2, 4 y 6 meses) (tabla 1 en pág. siguiente). De la misma manera, tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre CS+GH ($n = 85$) y CE ($n = 81$) en pacientes con

Tabla 1 Póster 119

Cambios en la subescala WOMAC dolor según grado KL

	CS+GH	CE	Valor P	Diferencia tratamientos. Media ajustada.	95% intervalo de confianza
KL grado 2	N = 165	N = 162			
Basal	369,62 (41,3)	370,02 (41,6)	–	–	–
30 días	267,02 (8,16)	231,41 (8,23)	0,002	–35,61 (11,59)	–58,41; –12,81
60 días	225,26 (8,47)***	202,04 (8,57)***	0,06	–23,21 (12,05)	–46,92; –0,49
120 días	203,62 (8,65)***	176,29 (8,81)***	0,028	–27,33 (12,35)	–51,62; –3,04
180 días	180,93 (9,46)***	174,69 (9,64)	0,64	–6,24 (13,51)	–32,81; 20,34
KL grado 3	N = 99	N = 96			
Basal	375,89 (42,4)	371,58 (41,4)	–	–	–
30 días	268,89 (9,38)	244,81 (9,53)	0,07	–24,09 (13,38)	–50,48; 2,31
60 días	240,27 (10,31)***	212,86 (10,53)***	0,07	–27,41 (14,75)	–56,50; 1,68
120 días	220,31 (11,32)**	195,65 (11,58)*	0,13	–24,66 (16,20)	–56,61; 7,29
180 días	194,02 (12,01)***	201,56 (12,32)	0,66	7,55 (17,21)	–26,40; 41,49

Valores dados como media $\pm$ DE. Los valores a los 30, 60, 120 y 180 días de visita expresan como media LS (SEM). Las diferencias significativas en cada tratamiento vs visita anterior; * $p = 0,05$; ** $p = 0,01$; *** $p = 0,001$. Los datos de este ensayo clínico, doble ciego, aleatorizado, demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre un SYSADOA y COX-2i en pacientes con un grado 3 de Kellgren-Lawrence artrosis de rodilla y los pacientes con PCR > 3 mg/L, desde el primer mes y a lo largo de todo el período de estudio en la medida de la subescala de dolor WOMAC.

Tabla 2 Póster 119

Cambios en la subescala WOMAC dolor según PCR

	CS+GH	CE	Valor P	Diferencia tratamientos. Media ajustada.	95% intervalo de confianza
PCR = 3 mg/L	N = 178	N = 174			
Basal	374,84 (40,76)	370,20 (40,48)	–	–	–
30 días	271,34 (7,43)	222,58 (7,51)	< 0,001	–48,76 (10,58)	–69,57; –27,95
60 días	232,53 (7,90)***	195,25 (8,00)***	0,001	–37,27 (11,25)	–59,40; –15,15
120 días	203,88 (8,41)***	173,54 (8,84)***	0,012	–30,33 (11,99)	–53,91; –6,76
180 días	183,34 (9,02)**	176,36 (9,18)	0,59	–6,99 (12,88)	–32,31; 18,34
PCR > 3 mg/L	N = 85	N = 81			
Basal	366,15 (43,63)	373,09 (43,46)	–	–	–
30 días	262,49 (10,91)	262,61 (11,18)	0,99	0,11 (15,64)	–30,78; 31,00
60 días	229,73 (11,73)***	222,86 (12,14)	0,69	–6,87 (16,90)	–40,25; 26,50
120 días	223,14 (11,53)	203,21 (12,01)***	0,23	–19,94 (16,67)	–52,85; 12,98
180 días	190,94 (13,10)***	200,03 (13,63)*	0,63	9,10 (18,92)	–28,26; 46,45

Valores dados como media $\pm$ DE. Los valores a los 30, 60, 120 y 180 días de visita expresan como media LS (SEM). Las diferencias significativas en cada tratamiento vs visita anterior; *p = 0,05; **p = 0,01; ***p = 0,001. Los datos de este ensayo clínico, doble ciego, aleatorizado, demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre un SYSADOA y COX-2i en pacientes con un grado 3 de Kellgren-Lawrence artrosis de rodilla y los pacientes con PCR > 3 mg/L, desde el primer mes y a lo largo de todo el período de estudio en la medida de la subescala de dolor WOMAC.

PCR > 3 mg/L en ninguna visita de seguimiento (tabla 2). El consumo de medicación de rescate fue el mismo desde el inicio en ambos grupos de tratamiento para KL grado 3 y PCR > 3 mg/L tanto en el grupo de CS+GH como en el de CE.

Conclusiones: Este análisis post-hoc indica que CS+GH tiene una eficacia equivalente a CE en la reducción del dolor después de 1 mes en pacientes con artrosis de rodilla dolorosa y KL grado 3 o con PCR > 3 mg/L.

120. CONSULTA MONOGRÁFICA DE PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA Y DERRAME ARTICULAR: MODELO DE ATENCIÓN ESPECÍFICO. EXPERIENCIA TRAS UN AÑO

J. Calvet, C. Orellana, N. Navarro, M. García-Manrique, J. Gratacós y M. Larrosa

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La artrosis en rodilla es la más prevalente y una de las mayores causas de discapacidad. Su manejo es muy heterogéneo. Se ha diseñado una consulta monográfica para visita rápida de este tipo de pacientes.

Objetivos: Establecer una consulta rápida de atención para los pacientes afectados de artrosis de rodilla con sospecha de derrame articular. Valoración de la inflamación sinovial mediante ecografía. Ofrecer una atención rápida para futuras descompensaciones. Redirigir a la consulta apropiada cuando se establece un diagnóstico distinto.

Métodos: Circuito de derivación a la consulta monográfica, denominada OAREU. Se envían pacientes desde el propio servicio, consultorías mensuales con atención primaria, revisión de volantes de derivación y de las interconsultas de Urgencias. Durante las visitas se recogen datos de forma sistematizada: 1. Variables antropométricas, sociodemográficas. 2. Exploración física y de aparato locomotor. 3. Severidad funcional y clínica mediante cuestionarios específicos. 4. Examen ecográfico valorando presencia y cuantificación de derrame e inflamación articular. 5. Artrocentesis en caso de derrame. Si EVA dolor superior a 4, infiltración intraarticular de glucocorticoides. 6. Grado de artrosis radiológica (Kellgren-Lawrence). 7. Análítica básica de sangre y líquido articular. 8. Recomendación higiénico-dietética. 9. Visitas mensuales hasta la estabilización del brote, y anual posterior. 10. Valorar rebrotes mediante consulta telefónica en caso de reaparición de dolor y/o inflamación, con programación de cita preferente. Consideramos la infiltración eficaz si su duración es superior a 6 meses, eficacia parcial 3-6 meses e ineficaz menos de 3 meses. 11. Encuesta de satisfacción mediante escala Likert.

Resultados: Desde octubre 2013 hasta diciembre de 2014 han sido visitados 183 pacientes, media de 13 primeras visitas/mes. 137/183 fueron correctamente derivados con radiología compatible con artrosis y signos ecográficos de derrame y/o hipertrofia sinovial. En 99 se obtuvo líquido articular. 39 pacientes no cumplían criterios de derivación (3 por líquido inflamatorio, 36 por radiología compatible con artrosis de rodilla pero EVA dolor inferior a 3 y/o sin derrame). 14 presentaron derrame articular mecánico pero radiología normal (9 no presentan en el seguimiento otra causa que explique el derrame articular mecánico). 23/137 consultaron en una segunda ocasión por reaparición de derrame (23,3%). 19 de ellos antes de los 3 meses, 3 entre los 3 y 6 meses y 1 más allá de los 6 meses. 6 han precisado de una tercera infiltración y 4 de más de 3 artrocentesis. 126/137 (91,9%) han presentado una buena evolución (EVA dolor menor a 4). El grado de satisfacción de la consulta monográfica es elevado, entre alto y muy alto en el 96% de los pacientes; y recomendarían de forma mayoritaria (87%) la infiltración como técnica analgésica, independientemente del resultado obtenido en ellos.

Conclusiones: Los brotes de inflamación artrósicos son frecuentes y justifican la creación de una consulta con un sistema rápido de derivación para su atención y seguimiento. Los pacientes con artrosis en brote de inflamación se benefician de un sistema de visita preferente en caso de descompensación más que de una visita estándar. En virtud de los resultados de mejoría clínica y grado de satisfacción, este modelo parece eficaz, mejora la atención y permite recoger datos de forma sistematizada.

121. EVOLUCIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICOS EN UNA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA A 2 AÑOS

B. Magallares López, A. Acosta Pereira y A. Rodríguez de la Serna

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Existen pocos datos en la literatura acerca de las características de las derivaciones a la consulta de Reumatología Pediátrica. La información de que disponemos, sostiene que un alejamiento entre el reumatólogo pediatra y el resto de especialidades pediátricas puede suponer un retraso y disminución de la calidad de las mismas.

Objetivos: Valorar la evolución de los motivos de consulta, su procedencia y los diagnósticos finales, en la población pediátrica derivada a Consulta Externa de Reumatología de reciente implantación y tras intervención formativa.

Métodos: Se han recogido los datos demográficos, diagnósticos, motivos de derivación y su procedencia, de los niños visitados en la Consulta Externa de Reumatología Pediátrica de nuestro hospital, desde diciembre de 2013 hasta diciembre de 2015. Habiéndose realizado una intervención formativa de una hora de duración, en diciembre de 2013 a nivel hospitalario y ambulatorio.

Resultados: En total se han valorado 81 niños, con una media de edad de 11 años (rango entre 2 a 18) y sin predominancia de género (49,4% frente a 50,6%). De ellos 44 fueron derivados por primera vez a valoración, 20 en el primer año y 24 en el segundo. Durante el primer año 6 pacientes (30% de todas las primeras visitas) se remitieron por sospecha de artritis, constituyendo el motivo de derivación más frecuente, mientras que durante el segundo año fueron 4 (16,7%). El segundo motivo de consulta más frecuente durante el primer año fue la valoración de dolor musculoesquelético (DME) en 4 pacientes, correspondiendo a un 20% de las derivaciones, y que pasa a ser el primer motivo en frecuencia durante el segundo año: 12 pacientes (50%). El tercer motivo de consulta durante el primer año fue la valoración de salud ósea (15%), mientras que durante el segundo año pasó a ser sospecha de vasculitis (12,5%). En cuanto a la procedencia, tanto durante el primer año como durante el segundo, el origen más frecuente de primeras consultas fue la Pediatría ambulatoria, con derivación de 6 y 8 pacientes respectivamente (16,2% y 21,6% respectivamente). El segundo servicio en frecuencia de derivación fueron las Urgencias Hospitalarias (25%) durante el primer año y Pediatría Hospitalaria durante el segundo (20,8%). Los diagnósticos finales más frecuentes en el primer año fueron artritis reactivas (4 casos, 20% del total de las primeras visitas), seguidas de baja masa ósea para la edad, vasculitis y DME, todas ellas con un 15% del total. Durante el segundo año, la causa más frecuente pasa a ser DME con 8 casos (33% del total), seguido de artritis idiopática juvenil (AIJ) (16,7%) y en tercer lugar las vasculitis (12,5%).

Conclusiones: En nuestra experiencia se aprecia un ligero aumento del número de derivaciones tras la intervención formativa, que no se relaciona con un incremento del número de sospecha de artritis en las derivaciones, pero sí en el diagnóstico final. Destaca notablemente el incremento de consultas y diagnósticos de DME en el segundo año. Una aproximación de reumatólogo pediatra a otras especialidades pediátricas puede derivar en una mejora en los motivos de consulta y por tanto en el diagnóstico final. Asumimos que puede ser necesario un mayor número de intervenciones.

122. UVEÍTIS ASOCIADA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. ANÁLISIS DE 11 PACIENTES

P. Mesa del Castillo, I. Yago Ugarte, P. Alcañiz Rodríguez, M. Castellón Pérez, J.M. Martos Tello, M. Herraiz Martínez, J.M. Bolarín Guillén y N. Lozano Rivas

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La uveítis es una complicación extraarticular que afecta aproximadamente al 10% de los pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ), con predilección por niñas de corta edad, con anticuerpos antinucleares (ANA) positivos y en formas oligoarticulares. Clínicamente suele ser anterior, bilateral, crónica recurrente y asintomática. Tiene alta morbilidad y es una de las causas principales de ceguera en la edad pediátrica.

Métodos: Se presentan los datos demográficos, clínicos, de tratamiento y desenlace ocular de pacientes atendidos durante los años 2013 y 2014 en los servicios pediátricos de Reumatología y Oftalmología de nuestro centro, con diagnóstico de uveítis y AIJ. Se realizó una recogida sistemática y retrospectiva de datos.

Resultados: De 97 pacientes registrados con diagnóstico de AIJ, 11 presentaron uveítis (11,3%). Todas fueron niñas con edades comprendidas entre 4 y 32 años (media 11,9, mediana 10 años). La uveítis apareció en 10 de ellas después de la artritis (media de 32 meses, mediana de 28 meses) y en 3 casos se presentó después de 5 años de evolución de la AIJ. La edad media de debut de la uveítis fue de 5,5 años y de 2,8 años para la AIJ. El 64% son oligoarticular persistente, el 18% psoriásica y el 18% restante poliarticular FR negativo. Todas son ANA positivo. El 91% de las uveítis fueron formas de localización anterior y curso crónico bilateral; hubo un caso de panuveítis bilateral (9%). Todas las pacientes llevaban tratamiento biológico y/o inmunosupresor en el momento del estudio. Siete recibían terapia combinada con inmunosupresor y biológico y las cuatro restantes estaban en monoterapia, dos con inmunosupresor y las otras 2 con fármaco biológico. Seis de las once pacientes precisaron corticoides sistémicos para el control de la actividad inflamatoria ocular en algún momento de la evolución. Se registraron complicaciones oculares en 6 de los 22 ojos afectados (27%) en 4 de las pacientes del estudio. Todos presentaban afectación de la agudeza visual corregida (AVC), que fue severa (= 0,1) en 3 ojos (13%), moderada (0,2-0,5) en 1 ojo (4,5%) y leve (= 0,6) en 2 ojos (9%). Dos de los tres ojos que presentaron una severa afectación de la AVC, correspondientes

Tabla Póster 122

Nº paciente	Edad	Edad debut AIJ	Edad debut uveítis	Tipo AIJ	Tipo uveítis	Corticoide sistémico	Tto inmunosupresor	Tto biológico	Complicaciones oculares	AVC (OD/OI)
1	13	4	4	Psoriásica	Anterior crónica recurrente bilateral	No	Metotrexato	Adalimumab	No	1/1
2	10	1	4	Poliarticular FR negativo	Anterior crónica recurrente bilateral	Sí	Metotrexato	Adalimumab	No	1/1
3	8	1	6	Oligoarticular	Anterior crónica recurrente bilateral	Sí	Metotrexato	No	No	1/1
4	9	1	6	Psoriásica	Anterior crónica recurrente bilateral	Sí	Leflunomida	Infliximab	No	1/1
5	32	4	13	Oligoarticular	Panuveítis bilateral	Sí	No	Adalimumab	Cataratas, hipotonía, vitrectomía	0,1/0,1
6	9	2	3	Oligoarticular	Anterior crónica recurrente bilateral	Sí	Metotrexato	No	No	1/1
7	13	6	8	Oligoarticular	Anterior crónica recurrente bilateral	Sí	Metotrexato	Adalimumab	Cataratas, sinequias, queratopatía en banda	0,5/0,6
8	13	5	5	Oligoarticular	Anterior crónica recurrente bilateral	No	Metotrexato	Adalimumab	Catarata, afaquia, ambliopía	1/0,1
9	4	4	1	Oligoarticular	Anterior crónica recurrente bilateral	No	Metotrexato	Adalimumab	Edema macular	1/0,8
10	8	4	5	Poliarticular FR negativo	Anterior crónica recurrente bilateral	No	No	Adalimumab	No	1/1
11	6	3	2	Oligoarticular	Anterior crónica recurrente bilateral	Sí	Metotrexato	Adalimumab	No	1/1

a la misma paciente (32 años), presentaron una hipotonía severa bilateral secundaria a uveítis de larga evolución. El segundo caso corresponde a una paciente de 13 años con ambliopía profunda unilateral secundaria a una afaquia quirúrgica intervenida por uveítis refractaria. Otras causas de pérdida de AVC leve o moderada fueron edema macular quístico, catarata y/o queratopatía en banda.

Conclusiones: Presentamos una cohorte de 11 pacientes con uveítis asociada a AIJ. Todas son de sexo femenino con AIJ de debut temprano, de predominio oligoarticular y ANA positivos. En la mayoría la enfermedad articular precede a la aparición de uveítis, pero el tiempo de latencia entre ambas parece superior al de otras series. Destaca la elevada frecuencia de tratamiento biológico (82%) e inmunosupresor (82%), y el uso de corticoides sistémicos (55%). Las complicaciones oculares secundarias aparecieron en el 27% de los ojos reclutados. La principal causa de pérdida de AVC fue la catarata. Los factores de riesgo que predicen un peor pronóstico visual en nuestra serie fueron las complicaciones oculares, el debut ocular previo a la aparición de la artritis y el antecedente quirúrgico.

123. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. USO DE LA RMN DE BAJO CAMPO EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

C. Vargas Lebrón, M.D. Ruiz Montesino, V. Moreira Navarrete y F. Navarro Sarabia

Unidad de Investigación. Imagen RMN. UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) se basa en hallazgos clínicos y de laboratorio. La radiología convencional se recomienda en el momento del diagnóstico para excluir otras causas y detectar alteraciones de crecimiento locales. Sin embargo, otras técnicas de imagen pueden desempeñar un papel importante en la evaluación de estos pacientes. La RM se ha utilizado como medida de resultado en los ensayos clínicos de AR en adultos y en práctica clínica. A pesar de la evidencia del valor de esta técnica en el seguimiento de la respuesta terapéutica y detección de sinovitis subclínica en AR, ésta no ha sido plenamente evaluado en AIJ. Están disponibles las puntuaciones de RM validadas para evaluar el daño estructural y actividad de la enfermedad en niños con AIJ.

Objetivos: Describir el uso que se ha hecho de la RM en práctica clínica habitual para establecer el apoyo y las ventajas de esta técnica al diagnóstico y seguimiento de pacientes tratados en una consulta de Reumatología Pediátrica.

Métodos: Estudio retrospectivo de las RM que se realizaron a pacientes de la consulta de reumatología infantil, a criterio del reumatólogo. Para disminuir los eventos adversos, hacerla más rápida y práctica, no se utilizó contraste. No se establecieron pautas para solicitar RM, fueron solicitadas a criterio del médico y para las necesidades según práctica clínica. Adquisición de imágenes: se utilizó un aparato de RM de bajo campo (0,2T). Se realizaron secuencias GRAD ECO 3D-coronal, STIR-coronal, SPIN ECOT1-axial sin gadolinio y STIR-axial. Las imágenes fueron realizadas e informadas por un reumatólogo con experiencia en adquisición y lectura. Asimismo se realizó una doble lectura de las imágenes. Para la lectura se utilizó el RAMRIS modificado publicado por Clara Malattia et al. Para la valoración de la actividad, se comparó SET1 axial con STIR axial, el engrosamiento sinovial o de la vaina tendinosa junto con el aumento de señal STIR a dicho nivel se interpretó como actividad.

Resultados: Se incluyeron un total de 17 pacientes, a los que se realizó un total de 43 RM: 26 manos, 5 pies, 4 rodillas y 8 tobillos. Entre los pacientes incluidos, 7 presentaban diagnóstico de AIJ oligoarticular, 3 psoriásica, 2 sistémica, 1 indiferenciada, 1 poliarticular, 2 espondilitis anquilosante y 1 lipoma arborecens. En 2 pacientes la RM no fue de utilidad ya que no permanecían inmóviles y la imagen fue de mala calidad. Entre los motivos de solicitud, encontramos

1 paciente ya diagnosticado y en tratamiento, en el que se solicitó la RM para valorar de un traumatismo; 4 pacientes como apoyo al diagnóstico, visualizándose actividad inflamatoria como: entesitis, dactilitis, edema óseo y tenosinovitis; 1 paciente con monoartritis en el que la RM aportó el diagnóstico: lipoma arborecens, que fue corroborado por RMN de alto campo; en 6 pacientes, incluyendo los 4 a los que ayudó el diagnóstico, se utilizó la RM para seguimiento de la actividad de la enfermedad y ajuste del tratamiento, realizándose RM seriadas; por último, en 6 pacientes se solicitó para apoyar la remisión clínica de la enfermedad y así se corroboró.

Conclusiones: En este estudio, la RM de bajo campo ha demostrado utilidad en una consulta de Reumatología Pediátrica ayudando al diagnóstico, apoyando la exploración del clínico, en el seguimiento de los pacientes y apoyando la remisión clínica. Además, es una técnica inocua y cómoda para los niños.

124. EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS Y AUTONOMÍA DE DECISIÓN PARA AFRONTAR LA EDAD ADULTA DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN LA CONSULTA DE TRANSICIÓN DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

V. Torrente-Segarra^{1,2,3}, E. Torrente-Segarra⁴, E. Iglesias¹, J. Sánchez¹, C. Giménez¹, S. Borlán¹, J. Calzada¹, S. Hernández¹, R. Bou¹, S. Ricart¹, J.M. Nolla³ y J. Antón¹

¹Unitat de Reumatologia Pediàtrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ²Servei de Reumatologia. Hospital General Hospitalet-Moisès Broggi. Barcelona. ³Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet Llobregat. ⁴Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Barcelona.

Objetivos: La adecuada transferencia de pacientes que sufren enfermedades reumatológicas en la infancia desde un centro pediátrico a uno de adultos es crucial para optimizar el pronóstico a largo plazo. Al periodo de adaptación de la fase 'pediátrica' a la adulta se le conoce como transición. Hay escasas publicaciones acerca de cómo debe afrontarse la transición por parte del estamento sanitario, el paciente y los padres. Hemos desarrollado un cuestionario para evaluar la capacidad de autonomía comunicativa y de toma de decisiones de los niños que acuden a nuestra Unidad de Transición.

Métodos: En nuestra Unidad de Transición, de formato ambulatorio, acceden y se atienden pacientes con enfermedades reumatológicas de debut en la infancia (de los 16-18 años en HSJD y de los 18-20 años en HUB-centro adultos) que precisan continuar seguimiento especializado y siendo atendidos siempre por el mismo profesional con formación en Reumatología y Reumatología pediátrica. Hemos adaptado un cuestionario del Sick Kids Hospital, Toronto, que evalúa la actual capacidad de los niños/as de comunicarse de forma autónoma con el personal sanitario con la idea de evaluar su autonomía en el entorno adulto y así obtener mayor información de las carencias y necesidades de esta población de pacientes. Este cuestionario consta de 26 preguntas agrupadas en 6 dominios relacionados con la medicación, organización, salud, sexualidad y tóxicos, socialización y evolución. Las valoraciones se miden con una escala de Likert de 3 o 6 opciones ('nunca', 'raramente', 'a veces', 'a menudo', 'siempre', 'no aplica'). El cuestionario es auto-administrable, y se distribuyó durante los meses enero a diciembre de 2014. Se eliminaron las preguntas con mayor dispersión de cara al análisis de las conclusiones.

Resultados: 22 pacientes participaron en la realización del cuestionario de manera consecutiva según llegada a la consulta. En cuanto al diagnóstico, los pacientes presentaban: 17 artritis idiopática juvenil (10 oligo, 4 ERA, 2 psoriásica, 1 poli), 2 Lupus eritematoso sistémico, 1 sd Sjögren, 1 sd fatiga crónica y 1 sd autoinflamatorio. Todos tenían 16 años de edad. Los resultados de las respuestas más relevantes se muestran en la tabla.

Tabla Póster 124

Dominio	% respuestas más relevantes
Medicación	45,5% 'siempre' se ocupa de prepararla y tomarla (p.2) 59,1% 'a menudo' conoce el nombre de los tratamientos que recibe (p.14) 59,1% 'a menudo' conoce para qué son los tratamientos que recibe (p.15); 50% 'a menudo' conoce cómo se pagan los tratamientos que recibe (p.16)
Organización	45,5% 'nunca' puede desplazarse por sí mismo/a al hospital (p.7) 50% 'a menudo' sabe cómo solicitar atención médica cuando se encuentra mal (p.21) 50% 'siempre' sabe cómo solicitar una visita (p.22)
Salud	45,4% 'siempre' manifiesta síntomas (p.1) 54,5% 'raramente' toma parte de las conversaciones con el médico (p.3) 45,5% planifica cómo cuidar su salud (p.4) 63,7% 'siempre' o 'a menudo' está pendiente de las conversaciones sobre su salud (p.5) 64% 'nunca o raramente' solicita ayuda para el control de la enfermedad a amigos y personas no familiares (p.6) 81,8% 'nunca' pasa un rato a solas con su médico/a durante la visita (p.8) 62,8% 'nunca' pregunta al médico cómo puede controlar su estrés psicológico (p.12) 81,8% 'A veces' saben que tiene derecho a recibir información sobre su salud (p.18)
Sexualidad y tóxicos	86% 'nunca' habla de sexualidad con su médico/a (p.9) 59,1% 'nunca' habla de drogas y tóxicos con su médico/a (p.10)
Socialización	59,1% 'nunca' habla de cómo la enfermedad puede afectar a su vida (p.13) 77,3% 'a veces' tiene soporte disponible de sus familiares, amigos, voluntariado en el manejo de su enfermedad (p.23)
Evolución	54,5% 'siempre' sabe qué puede deparar su enfermedad en el futuro (p.17) 45,5% 'siempre' entiende cómo puede afectar su enfermedad al desarrollo de la pubertad (p.20)

Conclusiones: Tras este análisis preliminar hemos detectado algunos puntos de interés y áreas de mejora para el futuro: sólo la mitad de los pacientes manifiesta conocer sus tratamientos y consecuencias; la mitad de los pacientes tiene dificultad para el desplazamiento o desconoce cómo solicitar una nueva visita; destaca la escasa frecuencia de conversaciones a solas con el médico; una amplia mayoría de los pacientes no suele discutir temas acerca de sexualidad y, en menor grado, de drogas de abuso; y sus implicaciones con la enfermedad; la mayoría de ellos no dialogan sobre cómo su enfermedad afecta a su vida; y más de la mitad de ellos conoce el pronóstico de su enfermedad. Actualmente se están desarrollando protocolos para abordar mejor los puntos deficitarios.

125. TASA DE INCIDENCIA DE UVEÍTIS OBSERVADA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL TRAS 96 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, J.T. Rosenbaum^{2,3}, M. Rudwaleit⁴, R.B.M. Landewé⁵, H. Marzo-Ortega^{6,7}, J. Sieper⁸, D.M. van der Heijde⁹, O. Davies¹⁰, C. Stach¹¹, T. Nurminen¹¹ y A.A. Deodhar¹²

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²OHSU. Portland. OR. EEUU. ³Arthritis and Rheumatic diseases. Oregon Health and Science University. Portland. OR. EEUU. ⁴Endokrinologikum. Berlin. Alemania. ⁵Department of Rheumatology. Amsterdam Rheumatology Center. Amsterdam. Holanda. ⁶Leeds Teaching Hospitals NHS Trust and NIHR Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Leeds. Reino Unido. ⁷University of Leeds and NIHR Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Leeds. Reino Unido. ⁸Rheumatology Department. University Hospital Charité. Berlin. Alemania. ⁹Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda. ¹⁰UCB Pharma. Slough. Reino Unido. ¹¹UCB Pharma. Monheim. Alemania. ¹²Oregon Health and Sciences University. Portland. OR. EEUU.

Objetivos: La espondiloartritis axial (SpAax) se caracteriza por la inflamación tanto de la columna como de las articulaciones sacroilíacas, pudiendo presentar también procesos inflamatorios en localizaciones extra espinales, principalmente, inflamación de la úvea (uveítis). En este estudio se analiza la incidencia de recurrencias de uveítis en pacientes con axSpA en tratamiento con certolizumab pegol (CZP) incluidos en el estudio RAPID-SpAax.

Métodos: El RAPID-SpAax (NCT01087762) es un estudio doble ciego y controlado con placebo hasta semana 24, dosis ciega hasta semana 48 y fase de extensión abierta hasta semana 204. Los

pacientes incluidos cumplían criterios ASAS y presentaban SpAax activa, incluyendo espondilitis anquilosante (EA) y espondiloartritis axial no radiográfica (SpAax-nr). Los pacientes fueron aleatorizados 1:1:1 a recibir CZP 200 mg cada 2 semanas, 400 mg cada 4 semanas (ambas dosificaciones tras la dosis de inducción de 400 mg semanas 0, 2, 4) o placebo (PBO). Los pacientes del grupo placebo que entraron en la fase dosis ciega, fueron re-aleatorizados a recibir CZP, dosis de inducción seguida de 200 mg cada 2 semanas o 400 mg cada 4 semanas hasta la semana 24, o hasta la semana 16 en el caso de no respondedores. La uveítis fue recogida como un tipo de manifestación extraarticular de la enfermedad o bien como acontecimiento adverso (denominado "uveítis"). La uveítis fue analizada en pacientes con y sin historia previa de uveítis (y fue definida según la historia clínica de cada paciente, la valoración según criterios de clasificación y screening de ASAS, y la valoración extra-articular basal). En la semana 24 se compararon los resultados de eficacia obtenidos con las dos dosificaciones combinadas de CZP frente a PBO; para el análisis de resultados a 96 semanas, se incluyeron todos los pacientes que habían estado expuestos a tratamiento con CZP. La tasa de incidencia (TI) de acontecimientos adversos se reportó por 100 pacientes-año (PA). No se ha evaluado en este análisis la significación estadística de los datos reportados.

Resultados: Al inicio del estudio, 38/218 (17,4%) de los pacientes aleatorizados a tratamiento con CZP presentaban historia de uveítis, así como 31/107 (29,0%) de los pacientes del grupo PBO. El porcentaje de pacientes con historia de uveítis fue similar en las subpoblaciones de EA (20,8%) y de SpAax-nr (21,1%). Durante las 24 semanas de la fase doble ciego, la tasa global de incidencia de recurrencias de uveítis (independientemente de si existía o no historia previa de uveítis) fue menor en el grupo de pacientes tratados con CZP (TI = 2,0/100 PA) que en el grupo PBO (TI = 10,6/100 PA). No se produjeron casos de novo de recurrencias de uveítis hasta la semana 24, y todos los casos de uveítis fueron observados en pacientes con historia previa de uveítis; en estos pacientes la TI fue de 11,9/100 PA para CZP y 42,1/100 PA para el grupo PBO (tabla). Hasta la semana 96 se reportaron 22 recurrencias de uveítis en 19 pacientes, 11 en pacientes con EA y otros 11 en pacientes con SpAax-nr. La TI de recurrencia de uveítis (independientemente de si había o no historia previa de uveítis) permaneció baja hasta la semana 96 en el grupo de pacientes tratados con CZP (TI = 4,0/100 PA). La incidencia de recurrencias de uveítis en los pacientes del grupo de tratamiento con CZP (TI = 4,0/100 PA) fue comparable a las tasas de incidencia observadas con otros anti-TNFa en pacientes con EA, incluyendo adalimumab (TI = 6,9/100 PA) y etanercept (TI = 6,7/100 PA).

Tabla Póster 125

Incidencia de episodios de uveítis en pacientes con espondiloartritis axial tratados con certolizumab o placebo durante 24 semanas

	Certolizumab			Placebo		
	Todos los pacientes (n = 218)	Historia de uveítis (n = 38)	No historia de uveítis (n = 180)	Todos los pacientes (n = 107)	Historia de uveítis (n = 31)	No historia de uveítis (n = 76)
Incidencia de recurrencia por 100 pacientes/año	2	11,9	0	10,6	42,1	0
Pacientes (exposición, pacientes-años)	2 (97,6)	2 (16,8)	0 (80,7)	4 (37,7)	4 (9,5)	0 (28,2)

Conclusiones: La TI de recurrencia de uveítis fue inferior en los pacientes con SpAax tratados con CZP que en los pacientes del grupo PBO durante la fase de aleatorización controlada, y fue comparable con la tasa de recurrencia reportada para pacientes con EA y en tratamiento con anti-TNFa.

126. GOLIMUMAB EN LA UVEÍTIS ASOCIADA A LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 6 PACIENTES

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, I. Torre³, E. Rubio-Romero⁴, A. Gallego⁵, J. Cañal², J. Ventosa-Ayarza², J. Loricera García¹ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología; ²Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. ⁴Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁵Reumatología. Hospital de Mérida.

Objetivos: La uveítis de la psoriasis y/o artropatía psoriásica (APs) comparada con la de otras espondiloartropatías es menos frecuente pero potencialmente más grave y en ocasiones requiere mayor inmunosupresión (Durrani et al. Am J Ophthalmol 2005;139:106-11). Los escasos estudios publicados con anti-TNFa son habitualmente con infliximab y adalimumab, pero en ocasiones éstos son ineficaces o tienen efectos adversos. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del golimumab (GLM) en las uveítis asociadas a APs. **Métodos:** Estudio multicéntrico de 6 pacientes con uveítis relacionada con APs que habían recibido previamente al menos un inmunosupresor convencional. Los principales parámetros que se midieron fueron la agudeza visual y el grado de inflamación de la cámara anterior y posterior.

Resultados: Se estudiaron 6 pacientes (4 hombres/2 mujeres); edad media 35 ± 3,2 años (rango 31-40). La uveítis fue bilateral (n = 1) y unilateral (n = 5) (tabla). El patrón de afectación ocular fue uveítis anterior (n = 5) y anterior y posterior (n = 1) y el curso crónico (n = 2) o recurrente (n = 4). Además de los esteroides orales y antes del GLM habían recibido: corticosteroides intraoculares (n = 2), bolos de metilprednisolona ev (n = 3), MTX (n = 5), CsA (n = 1), SZP (n = 1) y LFN (n = 1), ADA (n = 5), ETN (n = 4), IFX (n = 3) y CZP (n = 1). GLM se pautó a la dosis estándar (50 mg/sc/mes) en todos los pacientes excepto en uno en el que se dieron dosis de 100 mg/sc/mes. Además en un paciente que estaba recibiendo 50 mg/sc/mes se aumentó la dosis a 100 mg/sc/mes por nuevo brote de uveítis tras 4 meses de tratamiento. El tratamiento se administró en monoterapia en 2 casos

y combinado con inmunosupresores convencionales en 4 casos (3 MTX y 1 LFN). Tras un seguimiento medio de 15,8 ± 12,6 meses se observó una mejoría desde la visita de inicio del GLM hasta la última visita en: a) media de la AV, (de 0,5 ± 0,3, hasta 0,51 ± 0,36; p = 0,13); b) Mediana de células en cámara anterior [0 [0-3] hasta 0 [0-0]; p = 0,07); c) Vasculitis retiniana (n = 1) que desapareció, d) todos los pacientes alcanzaron la remisión y e) reducción en la mediana de dosis de prednisona (de 60 [45-101] hasta 15 [0-101] mg/día; p = 0,11). El GLM se suspendió en 2 casos, en uno por reactivación articular y en otro por prurito. No se observaron otros efectos secundarios.

Conclusiones: En esta serie de pacientes, el tratamiento con GLM parece ser eficaz y seguro en los pacientes con uveítis relacionadas con la APs, algunas refractarias incluso a otros anti TNFa.

127. TOCILIZUMAB EN UVEÍTIS REFRACTARIA ASOCIADA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 13 CASOS

M. Santos-Gómez¹, V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, I. Calvo², O. Maíz³, A. Atanes⁴, B. Bravo⁵, C. Modesto⁶, G. Díaz-Soriano⁷, L. Riancho-Zarrabeitia¹, N. Palmou-Fontana¹ y M.A. González-Gay¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Hospital La Fe. Valencia. ³Hospital Donosti. San Sebastián. ⁴HUCA A Coruña. ⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁶Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁷Hospital Regional Universitario. Málaga.

Objetivos: Evaluar la eficacia de tocilizumab (TCZ) en la uveítis refractaria asociada a la artritis idiopática juvenil (AIJ).

Métodos: Estudio multicéntrico de uveitis asociada a AIJ, refractaria a, al menos, a) un inmunosupresor sintético convencional, y b) un fármaco biológico anti-TNFa.

Resultados: Estudiamos a 13 pacientes (24 ojos) (11 mujeres /2 varones) con una media de edad de 20,38 ± 9 años (rango 8-38) al inicio del TCZ. El patrón ocular más frecuente fue uveítis anterior (n = 11), bilateral (n = 11), y crónica (n = 13). Además de corticoides y antes del inicio de TCZ, los pacientes habían recibido como tratamiento inmunosupresor sintético: metotrexato (n = 11), ciclosporina A (n = 5), micofenolato (n = 1) y leflunomida (n = 1), y como primer tratamiento biológico: adalimumab (ADA) (n = 6) (40 mg/sc/2 sem), infliximab (IFX) (n = 3) (5 mg/kg/i.v./ 6-8 sem) y etanercept (ETN) (n = 4). Previo al TCZ, habían recibido otra 2ª terapia biológica (n = 11) (la mayoría

Tabla Póster 126

Casos	Sexo/edad	Inmunosupresor antes de GLM	Biológicos antes de GLM	Indicación principal del GLM	Inmunosupresor asociado al GLM	Seguimiento con GLM (meses)	Cél cámara anterior (inicio/ última visita)	Afectación posterior (inicio/ última visita)	AV (inicio/ última visita)
1.	36/varón	MTX, SLZ	ADA	Uveítis refractaria	-	14	0/0	-	0,05/0,05
2.	31/mujer	MTX	ADA, ETN, CPZ, ETN	Artritis	MTX	6	0/0	-	ND
3.	36/varón	MTX	IFX, ADA, ETN	Uveítis refractaria	MTX	36	3/0	-	0,5/0,6
4.	32/varón	MTX, LFN	ETN, IFX, ADA	Psoriasis y uveítis refractaria	LFN	4	3/0	-	0,7/0,9
5.	35/mujer	-	-	Artritis	-	9	0/0	-	0,7/1
6.	40/varón	MTX, CsA	ETN, ADA, IFX	Uveítis refractaria	MTX	26	3/1	Vasculitis retiniana OD/normal	0,6/0,9

debido a ineficacia), una 3ª (n = 5), 4ª (n = 3) e incluso un 5º biológico (n = 1). La mediana de duración de la uveítis antes del inicio de TCZ fue de 122 meses [IQR 42-178]. El TCZ se inició a una dosis estándar de 8 mg/kg/4 sem en la mayoría de los casos, y combinado en todos los casos (MTX = 7, LFN = 4, CsA = 1, MMF = 1). Se observó una mejoría desde el inicio del TCZ hasta 1 año en: a) Agudeza visual: de $0,46 \pm 0,35$ a $0,52 \pm 0,37$ (p = 0,007); b) Células en cámara Anterior desde una mediana [IQR] de 1 [0,5-2] a 0 [0-0] (p = 0,001); c) vitritis de 0 [0-1] to 0 [0-0] (p = 0,06), d) Engrosamiento Macular de una media de 277 ± 127 a 234 ± 32 micrones (p = 0,04) y se obtuvo un ahorro medio de prednisona de 15 ± 14 mg/día a 6 ± 5 mg/día. Tras una media de seguimiento de $15,2 \pm 8,3$ meses, se consiguió la remisión ocular en 9 de 13 pacientes y se observaron como eventos adversos relevantes: trombocitopenia severa (n = 1), neumonía (1), conjuntivitis vírica e impétigo bulloso (1).

Conclusiones: El TCZ parece ser una terapia eficaz y relativamente segura en esta serie de pacientes con uveítis muy refractarias asociadas a AIJ.

384. IDENTIFICACIÓN DE NUEVOS FACTORES DE RIESGO PARA LA INCIDENCIA DE FRACTURA VERTEBRAL EN UNA COHORTE POBLACIONAL

E. Kanterewicz Binstock, J. Rodríguez, E. Puigoriol y M. Casellas

Consorti Hospitalari de Vic.

Introducción: Para los reumatólogos las fracturas vertebrales (FV) son las que requieren la mayor atención dentro del campo de la osteoporosis. Se conocen los factores de riesgo clínico (FRC) asociados a la prevalencia de FV (edad, fracturas previas vertebrales y no vertebrales, osteoporosis densitométrica y uso de corticoides). Sin embargo, existen pocos estudios españoles que analicen los FRC asociados a la incidencia de FV.

Objetivos: Describir la incidencia de FV y los FRC asociados en el seguimiento de la cohorte FRODOS que incluye participantes tratadas y no tratadas con fármacos antiosteoporóticos.

Métodos: Estudio prospectivo poblacional de 2510 mujeres posmenopáusicas ($65,3 \pm 3,5$ años). Los FRC se registraron mediante una encuesta basal y a los 4,21 años de seguimiento. En ambas fases se realizó también una densitometría con morfometría vertebral DXA. Las FV y las deformidades vertebrales leves se definieron según los criterios de Mc Closkey (alturas vertebrales < -3DE) y Nevitt (entre < 2 y < 3DE) respectivamente. Para determinar los FRC asociados a la incidencia de FV se realizó una regresión logística multivariante.

Resultados: La incidencia acumulada de FV fue del 6,6% (n = 164). En las mujeres con FV prevalente fue del 15,2% mientras que en aquellas sin FV prevalente fue del 5,8% (p < 0,001). La tabla muestra los FRC asociados a la incidencia de FV.

Tabla Póster 384

Factores de riesgo	OR (IC95%) univariante	OR (IC95%) multivariante
Edad	1,10 (1,05-1,15)	1,05 (1,01-1,10)
Altura	0,96 (0,93-0,99)	
Fracturas previas	1,69 (1,18-2,42)	
Tratamiento con bisfosfonatos	1,82 (1,26-2,62)	
Tratamiento con glucocorticoides	1,97 (1,14-3,41)	
Artritis Reumatoide	4,32 (1,18-15,86)	5,39 (1,40-20,79)
Caída en el último año	2,12 (1,53-2,94)	2,04 (1,45-2,88)
DMO		
Normal	1	1
Osteopenia	1,28 (0,79-2,10)	1,10 (0,66-1,82)
Osteoporosis	2,58 (1,58-4,21)	2,02 (1,21-3,37)
Deformidad vertebral leve	5,22 (3,77-7,23)	4,11 (2,89-5,85)
Riesgo FRAX (fractura osteoporótica principal)	1,07 (1,04-1,11)	
Prevalencia de FV	5,26 (3,25-8,52)	2,28 (1,32-3,92)

Conclusiones: El seguimiento de la cohorte FRODOS identifica las deformidades vertebrales leves como un nuevo e importante FRC asociado a la incidencia de FV. Asimismo confirma la importancia de otros FRC asociados a la incidencia de FV. La información que aporta el riesgo FRAX es relevante de forma aislada pero pierde significación al combinar diferentes FRC en la regresión logística multivariante.

2.ª Sesión

Jueves, 21 de mayo de 2015

128. FACTORES ASOCIADOS CON LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN PRÁCTICA CLÍNICA

A. Naranjo¹, L. Cáceres¹, J.A. Hernández-Beriaín¹, F. Francisco², S. Ojeda¹, S. Talaverano³, J. Nóvoa-Medina², J.A. Martín³, E. Delgado⁴, E. Trujillo⁴, F. Álvarez⁵, L. Magdalena⁵, B. Rodríguez-Lozano⁴, J.C. Quevedo¹, S. Machín², C. Rodríguez-Lozano¹ y Grupo ToARCan

¹Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas. ²Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ³Hospital Molina Orosa. Arrecife. ⁴Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ⁵Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar los hábitos de intensificación del tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en pacientes con enfermedad activa en práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio transversal llevado a cabo en cinco hospitales en pacientes consecutivos con AR. Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años seguidos por reumatología con un diagnóstico de AR (criterios 1997 y/o 2010). En la única visita del estudio se recogieron los siguientes datos: parámetros para calcular el DAS28-VSG, tratamientos activos (incluyendo glucocorticoides, FAME y biológicos), realización de ecografía, decisión terapéutica y tiempo en meses hasta la siguiente visita. Las opciones de decisión terapéutica fueron: 1) mantenimiento de tratamiento; 2) reducción de tratamiento; y 3) aumento de tratamiento. Cualquier cambio de FAME o biológico fue considerado un aumento de tratamiento. Las diferencias entre grupos cuando la variable era continua se evaluaron con análisis de la varianza y para variables categóricas con chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 343 pacientes con promedio de edad 57 años y promedio de evolución de la AR de 10 años, el 77% mujeres. El 44% de pacientes estaba en remisión por DAS28. Después de la visita se mantuvo el mismo tratamiento en el 60% de pacientes, se redujo en el 16%, y se intensificó en el 24%. De los 117 pacientes con AR activa (DAS28 > 3,2) se intensificó el tratamiento en el 52%; el 61% si excluimos AR activas en terapia biológica sin diferencias entre hospitales. En pacientes con AR activa y biológico, el tratamiento fue intensificado en 16 de 44 casos (36%). Los factores asociados con la intensificación de tratamiento fueron la EVA de paciente y médico, el DAS28 y la realización de ecografía. La siguiente visita fue programada en un promedio de 4,3 meses. En el 64% de los pacientes con AR activa la siguiente visita estaba prevista entre 1 y 3 meses. Los factores que se asociaron con la programación de la siguiente visita fueron la EVA de paciente y médico y el DAS28 por este orden.

Tabla Póster 128

Factor	Decisión de tratamiento			P
	Aumento (n = 83)	Igual (n = 203)	Reducción (n = 57)	
Edad, media (DE)	57 (13)	56 (13)	57 (11)	0,981
Mujeres, n (%)	69 (26)	149 (56)	47 (17)	0,140
Duración de la enfermedad, media (DE)	10,7 (8)	11,3 (8)	8,5 (6)	0,088
Factor reumatoide, n (%)	72 (26)	161 (58)	47 (17)	0,412
Artritis erosiva, n (%)	38 (23)	102 (61)	26 (16)	0,718
Tratamiento con fármacos modificadores de enfermedad, media (DE)	2,3 (1)	2,2 (1)	2,0 (1)	0,327
EVA de actividad del médico, media (DE)	41,9 (19)	19,2 (13)	13,5 (9)	< 0,001
EVA de actividad del paciente, media (DE)	57,3 (25)	34,8 (26)	30,7 (26)	< 0,001
DAS28-VSG, media (DE)	4,11 (1)	2,64 (1)	2,08 (1)	< 0,001
Realización de ecografía, n (%)	26 (32)	27 (14)	13 (23)	0,002

Conclusiones: En práctica clínica en la mitad de los pacientes con AR activa el tratamiento se mantiene igual o se reduce. Los factores asociados a la intensificación del tratamiento fueron la actividad de la enfermedad y la realización de ecografía. La decisión de intensificar el tratamiento tal y como recomienda el T2T es complejo en la práctica.

Este estudio cuenta con una beca de AbbVie (ACA-SPAI-12-17). AbbVie no ha participado en la redacción del resumen o de la decisión de enviarlo.

129. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) EN UNA UNIDAD ESPECÍFICA DE TERAPIA BIOLÓGICA. ESTUDIO PILOTO

N. Mena Vázquez, S. Manrique Arija, L. Yunquera Romero, L. Cano García, M.C. Ordóñez Cañizares, C.M. Romero Barco, C. Domic Bueno, M. Rojas Giménez, C. Fuego Valera, F.G. Jiménez Núñez, I. Ureña Garnica, M.V. Irigoyen, V. Coret, M. Rodríguez, A. Belmonte y A. Fernández Nebro

Hospital Regional de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar la adherencia al tratamiento de pacientes (pts) con AR en terapia biológica (TB).

Métodos: Diseño: estudio observacional transversal. Pacientes: se reclutaron consecutivamente 40 pts tratados con TB con o sin FAME sintético de una unidad de AR, la mitad con subcutáneos (sc) y la otra mitad con intravenosos (iv). Protocolo: los pacientes con TB sc son revisados cada 3 meses en consulta general y específica (de biológicos sc) de forma alterna. Los pacientes con TB iv son revisados cada vez que se administra el fármaco. Ambos grupos de pts son atendidos según un protocolo preestablecido con recogida sistemática de datos. Al inicio de la TB todos los sujetos son entrevistados por una enfermera que explica el modo de aplicación de los fármacos y proporciona consejos para su autocuidado haciendo hincapié en la importancia de la adherencia para su efectividad y seguridad. A los 5 días de la 1ª infusión de TB iv o el día que toca la 2ª dosis de la TB sc reciben una llamada de la enfermera para confirmar que todo ha ido bien. Los pacientes con TB sc llevan un diario de las autoinyecciones y todos tienen acceso telefónico libre a la enfermera. Variables: demográficas, clínico-analíticas, terapéuticas, cuestionario de adherencia de Morisky-Green (MG), control del número de dosis retiradas de TB sc (consulta externa de farmacia hospitalaria), la asistencia a las infusiones en el caso de los iv, y la retirada de FAME sintéticos en la farmacia de la calle mediante receta electrónica XXI en los últimos 6 meses. Variables de desenlace: (1) Grado de adherencia y (2) grado de cumplimiento mediante MG. El cuestionario MG considera adherente al paciente con 3 o más respuestas indica-

tivas de adherencia. Una adecuada retirada del fármaco se definió como retirada de > 80% de las dosis prescritas. Se midió la adherencia para TB y FAME sintéticos de manera independiente. El grado de adherencia se clasificó como bueno (3 o 4 respuestas adecuadas en M-G y retirada adecuada del fármaco), medio (3 o 4 respuesta adecuadas en M-G y retirada no adecuada del fármaco o viceversa) y malo (< 3 respuestas adecuadas en M-G y retirada no adecuada del fármaco). Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables. Se comparó mediante t-Student la adherencia entre TB sc y iv.

Resultados: Las principales características de los pacientes incluidos (n = 40) se muestran en la tabla. 10/40 estaban en monoterapia. Presentaron buena adherencia a la TB 37/40 (92,5%), moderada 3/40 (7,5%) y mala ninguno. No hubo diferencias en el grado de adherencia a la TB entre TB sc y iv (90% buena adherencia vs 95%; p = 0,50), ni entre TB en monoterapia o combinada con FAME (70% buena adherencia vs 100%; p = 0,12). El grado de adherencia fue buena con la TB en el 100% y del 70% con los FAME sintéticos.

Tabla Póster 129

Variables	Pacientes
Edad (años), media (DE)	57,1 (9,3)
Sexo (mujer), n (%)	32 (80)
Raza caucásica, n (%)	38 (95)
Nivel socioeconómico	29 (72,5)
Nivel cultural (sin estudios), n (%)	3 (7,5)
Nivel cultural (básico y bachiller o FP), n (%)	27 (68)
Nivel cultural universitario, n (%)	5 (12,5)
Fumador, n (%)	12 (30)
Factor Reumatoide positivo, n (%)	35 (87,5)
Anticuerpo citrico citrulinado positivo, n (%)	33 (82,5)
Presencia de erosiones, n (%)	32 (80)
DAS28 fecha de corte, media (DE)	2,9 (0,9)
HAQ fecha de corte, media (DE)	1,1 (0,6)
Retraso hasta el diagnóstico (meses), media (DE)	21,9 (2,34)
Tiempo de evolución de la enfermedad (meses), media (DE)	138,8 (6,4)

Conclusiones: La adherencia a la TB de los pts con AR en una unidad específica es buena en general, aunque fue mejor con la TB que con los FAME sintéticos. Los pacientes con TB sc y aquellos con monoterapia de TB son igual de adherentes que el resto. Los datos aquí expuestos son solo preliminares y para confirmarlos tenemos previsto reclutar hasta 200 pacientes.

130. EL EJERCICIO FÍSICO NO INFLUYE SOBRE LOS MARCADORES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Robustillo Villarino¹, F. Gil Latorre¹, E. Rodilla Sala², A. Martínez Ferrer¹, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, G. Albert Espí¹, E. Vicens Bernabeu¹, C. Vergara Dangond¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Sagunto.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) está asociada a un incremento de morbilidad y mortalidad de etiología cardiovascular (CV). Al ejercicio físico (EF) se le atribuyen importantes efectos beneficiosos sobre el sistema CV en sanos. Sin embargo, en pacientes con AR hay escasos estudios que demuestren que el EF sea beneficioso para el pronóstico funcional y/o sobre marcadores de enfermedad CV.

Objetivos: Determinar el efecto del EF sobre marcadores de enfermedad CV subclínica en pacientes con AR.

Métodos: Evaluamos un total de 237 pacientes con AR en un periodo de dos años. En todos ellos, se determinó por entrevista clínica la práctica regular de EF (mínimo de tres veces a la semana, un mínimo de 30') y el tiempo que pasaban caminando diariamente en sus

tareas habituales. Se recogieron, además, variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de RCV clásicos, eventos CV, duración de la AR), y analíticas (índice aterogénico [IA]). A continuación, se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLabXV70 con sonda lineal (7-12 mHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIMc) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de ateroma según consenso de Mannheim. Utilizamos el dispositivo validado Mobil O Graph® para medir la velocidad de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular. 90 de estos pacientes fueron reevaluados un año después, clínicamente y con una nueva determinación de la VOP. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Tras excluir los pacientes de elevado riesgo CV (evento CV previo, filtrado glomerular < 60, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana), se valoraron un total de 181 pacientes inicialmente y 65 al año. Características basales: 77,9% mujeres, edad media: $58,77 \pm 13,06$ años, IMC medio $27,13 \pm 4,73$, 18,4% obesos (IMC = 30), 29,8% fumadores, 30,9% HTA, 42,5% DL, IA $3,84 \pm 1,01$, duración media de la AR: $13,62 \pm 10,51$ años. El GIMc medio fue de $722 \pm 149,29$ mm, siendo patológico ($> 0,9$ mm) en un 12,7%; un 42% tenían placas de ateroma; la VOP media fue de $8,53 \pm 2,14$ m/s, siendo patológica (VOP ≥ 10 m/s) en un 26,1%. Se observaron diferencias en distintos marcadores de daño vascular (VOP, QIMT, TAS central y periférica), y en variables clínicas (IMC, IA) en relación con la práctica de EF, aunque éstas no fueron estadísticamente significativas. En los pacientes que fueron reevaluados un año después, los cambios detectados en la VOP no mostraron ninguna asociación ni con la práctica de EF ni con el tiempo de ejercicio diario.

Conclusiones: El EF no ha demostrado ninguna repercusión sobre distintos marcadores surrogados de riesgo CV en nuestra población de pacientes con AR.

131. FACTORES ASOCIADOS AL MANTENIMIENTO DE DOSIS REDUCIDA DE FÁRMACO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIAS CRÓNICAS. ESTUDIO PROSPECTIVO A DOS AÑOS

M.V. Hernández¹, J.E. Inciarte¹, J.D. Cañete¹, A. Cuervo¹, V. Ruiz¹, J. Ramírez¹, R. Morla^{1,2}, C. Saura¹, F. Martín¹, O. Camacho¹ y R. Sanmartí¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Introducción y objetivos: La reducción de dosis de terapia biológica en pacientes con artritis crónica (AC) que han alcanzado una buena respuesta clínica es una pauta frecuente en la práctica clínica. Sin embargo, la mayoría de estudios se basan en datos transversales y hay muy pocos datos de su evolución a medio/largo plazo. Nuestro objetivo fue evaluar la evolución de estos pacientes en el tiempo y analizar los factores asociados a un mantenimiento del tratamiento con dosis reducida (DR).

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, en el que se analizó la evolución a 2 años de una población de 153 pacientes con AC tratados, según juicio clínico, con DR o estándar (DE) de fármacos biológicos, en condiciones de práctica clínica. Variables analizadas: edad, género, diagnóstico y duración de la enfermedad, tratamiento previo (FAME, biológico), biológico actual y dosis, fecha de inicio de terapia biológica, y de reducción de dosis en pacientes con DR, tratamiento concomitante (FAME, glucocorticoides), VSG, PCR. En pacientes con artritis reumatoide (AR) se analizaron también positividad para FR/ anti-CCP, presencia de erosiones, e índice DAS-28. Se estimó un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados a mantener la DR en el tiempo. El intervalo de confianza del área bajo la curva ROC fue estimado mediante técnica bootstrap como validación interna de la capacidad predictiva del modelo.

Resultados: Inicialmente, entre junio y noviembre de 2011 se incluyeron 153 pacientes: 82 AR; 29 espondilitis anquilosante (EA); 20 artritis psoriásica (APs) y 22 otros diagnósticos, recibiendo 70 de ellos (45,7%) DR de fármaco biológico. Se siguió prospectivamente esta cohorte durante 2 años. De los 153 pacientes iniciales, 142 mantenían la terapia biológica a los 2 años mientras que 11 discontinuaron, 6 en el grupo de DR y 5 en el de DE (3 por efectos adversos (neoplasia), 2 por embarazo, 2 por remisión prolongada, 1 exitus, y 3 pérdidas de seguimiento). A los 2 años, 56 pacientes de los que continuaban biológico mantenían DR (39,4%) y sólo 8 requirieron aumento a DE (5,6%). Por el contrario, 19 pacientes con DE en 2011 recibían DR a los 2 años. El total de pacientes con DR al final de los dos años de seguimiento eran 75 (52,8%). En los pacientes (37 AR, 13 APs) que se analizó el índice DAS-28 (media $\pm$ DE), el 17,9% (8 AR, 2 APs) tenían baja actividad ($2,8 \pm 0,2$) y el 71,4% (29 AR, 11 APs) estaba en remisión ($1,9 \pm 0,5$). En el análisis univariado los pacientes que mantuvieron DR a los 2 años presentaron un uso menor de GC concomitante en 2011 [9% vs 45% ($p < 0,0001$)] y valores menores de VSG [8 ± 6 vs $2,9 \pm 1,5$ ($p < 0,0001$)], PCR [$0,1 \pm 0,2$ mg/dl vs $0,3 \pm 1,1$ ($p < 0,0001$)], y DAS-28 [$2,3 \pm 0,3$ vs $2,9 \pm 1,5$ ($p < 0,0001$)] en 2011. En el análisis multivariado el factor asociado de forma independiente a mantener la reducción en el tiempo fue una menor utilización de GC concomitantes en 2011 [odds ratio ajustado ORa = 0,15, IC95% (0,05-0,52), $p = 0,0026$]; y en los pacientes con AR además un menor índice DAS-28 en 2011 [ORa = 0,24, IC95% (0,10-0,59), $p = 0,0018$]. El área bajo la curva ROC fue 85,5% [IC95% (74,2-91,5)].

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, el 87,5% de los pacientes que recibían DR en 2011, mantenían la DR después de dos años de seguimiento. Los factores que se asociaron a un mantenimiento de la respuesta clínica con DR de biológico en el modelo multivariado fueron una menor utilización de glucocorticoides y un menor índice DAS-28.

132. PRESIÓN PULMONAR Y FUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN EN TERAPIA BIOLÓGICA

N. Lozano Rivas, F.J. Pastor-Pérez, P. Mesa del Castillo, M.J. Díaz Navarro, B. Cascales Sánchez, G. de la Morena Valenzuela, A. Bermúdez Torrente y C. Marras Fernández-Cid

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan una elevada prevalencia de disfunción diastólica que puede ser responsable en parte del mayor riesgo observado de desarrollar insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar. Este hecho podría ser más relevante en pacientes con mayor evolución de la enfermedad y desconocemos además su interacción con la terapia biológica.

Objetivos: Conocer la prevalencia y grado de alteración de parámetros doppler ecocardiográficos de función diastólica (FD) y estimación de presión sistólica arteria pulmonar (PSAP) en pacientes con AR de larga evolución con terapia biológica.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AR de larga evolución sin cardiopatía conocida, en tratamiento con terapia biológica (16% abatacept, 16% adalimumab, 18% etanercept, 2% golimumab, 8% infliximab, 20% rituximab y 20% tocilizumab) y con disponibilidad de un estudio ecocardiográfico completo. Se analizaron variables clínicas y ecocardiográficas de medida de FD con doppler pulsado estudiando las relaciones E/A de llenado mitral clasificándose en normales, alteración de la relajación, pseudonormal y restrictivo en orden creciente de disfunción diastólica. La ausencia de disfunción diastólica correspondió tanto a la presencia de un patrón normal como a la presencia de patrón de alteración de la relajación por encima de los 50 años. También se estudió la FD con doppler tisular (estudiando la relación E/e' a nivel anillo septal como estimación de las presiones de llenado ventriculares izquierdas siendo > 15 consi-

derado anormal). Se graduó la severidad de la PSAP a través de la señal de insuficiencia tricúspide en leve (30-39 mmHg), moderada (40-49 mmHg) y grave (≥ 50 mmHg).

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, con edad 59 ± 13 años siendo un 78% mujeres. El 72% eran hipertensos y 16% diabéticos. La mediana de evolución de la enfermedad fue de 12 [6-18] años. En cuanto a la relación E/A, el 74% de los pacientes presentaban un patrón diastólico compatible con la normalidad. En 7 pacientes (14%) existió patrón compatible con patrón pseudonormal (habiendo causa justificable en todos ellos: fibrilación auricular, cardiopatía isquémica y edad > 75 años). En cuanto a la relación E/e', su valor medio fue de $10,2 \pm 4,6$ y un 20% tuvieron una relación E/e' > 15 . Estos pacientes eran significativamente más añosos ($67,5 \pm 8,1$ vs $57,6 \pm 13,9$ años, $p = 0,036$) y presentaban mayores niveles de antiCCP (mediana 340 vs 31,5, $p = 0,016$) sin diferencias en el tiempo de evolución de la enfermedad (mediana 14,0 vs 11,0 años, $p = 0,73$) ni en otras características clínicas. Encontramos hipertensión pulmonar en el 42% de los pacientes, 86% de ellas de grado leve y sólo un 14% moderadas (3 pacientes, con cardiopatía isquémica asociada y/o edad > 70 años) con una presión máxima de 48 mmHg, no encontrando PSAP severa. La presencia de hipertensión pulmonar se asoció únicamente a la edad de los pacientes ($65,5 \pm 8,9$ vs $57,2 \pm 14,4$ años, $p = 0,05$) y a los valores de E/e' ($12,9$ vs $9,2$, $p = 0,011$).

Conclusiones: En nuestra población la disfunción diastólica avanzada es poco frecuente y se asocia a la edad, comorbilidad y niveles más elevados de antiCCP mientras que la hipertensión pulmonar es frecuente, habitualmente ligera y reflejo de la edad y la disfunción diastólica inherente a la misma.

133. ¿ES EFICIENTE LA ESTRATEGIA DE TRATAR POR EL OBJETIVO DE REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA?

M. Cárdenas¹, S. de la Fuente², P. Font-Ugalde³, M. Romero-Gómez³, M.C. Castro-Villegas³, D. Ruiz-Vílchez³, R. Ortega-Castro³, J. Calvo-Gutiérrez³, A. Escudero-Contreras³, M.A. Casado⁴ y E. Collantes³

¹Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba/
Universidad de Córdoba. ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba/IMIBIC/Universidad de Córdoba.

⁴Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberica.

Introducción: La estrategia de tratar por el objetivo (T2T) de remisión es la más eficaz para reducir la actividad de la enfermedad y alcanzar remisión clínica en pacientes con artritis reumatoide de inicio (ARI). Supone monitorizar la actividad de la enfermedad, ajustar el tratamiento según protocolos y fijar objetivos. Su implantación conlleva una inversión de recursos que puede ser coste-efectiva en ARI. En artritis reumatoide establecida y persistente (ARE) no hay suficiente evidencia clínica y no se ha establecido cuál debe ser el objetivo de la estrategia de tratamiento con biológicos (TB). Este trabajo compara el coste-efectividad en la práctica clínica real de la estrategia T2T de remisión, frente a la estrategia de alcanzar baja actividad de la enfermedad o el control satisfactorio de la enfermedad tras dos años de tratamiento y desde la perspectiva del sistema sanitario.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de ARE de acuerdo con los criterios del American College of Rheumatology, y que iniciaron TB entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2012. Para la toma de decisiones sobre el tratamiento se contó con un equipo multidisciplinar formado por reumatólogos, farmacéuticos, una enfermera y un experto en estadística de un hospital de tercer nivel. Se aplicó a todos los pacientes la estrategia de T2T de remisión (DAS28 $< 2,6$). Esto suponía la aplicación de protocolos y revisión y seguimiento de los pacientes al menos cada dos meses. Efectividad: se evaluó a través del DAS28. Se compararon

tres posibles resultados: Estrategia 1 (E1): Remisión (RC). Pacientes que alcanzaban un valor DAS28 $< 2,6$ a los dos años. Estrategia 2 (E2): Pacientes que alcanzaban RC o al menos un DAS28 $< 3,2$ (LDA). Estrategia 3 (E3): Los pacientes anteriores más aquellos que pese a tener un DAS28 $> 3,2$ se consideró que lograban un control satisfactorio de la enfermedad (CSE) a juicio del investigador. Recursos y coste: se consideraron los recursos sanitarios directos siguientes: coste de adquisición de fármacos (PVL), asistencia a consultas de especialista en Reumatología, asistencia a Urgencias, pruebas complementarias realizadas, necesidad de hospitalización y utilización de hospital de día para la administración de fármacos intravenosos. El horizonte temporal para cada paciente fue de dos años. El análisis coste-efectividad se calculó dividiendo el coste directo sanitario medio total por el porcentaje de pacientes que alcanzaron los objetivos de cada estrategia.

Resultados: Se incluyeron 144 pacientes y tras completar dos años de tratamiento, la estrategia 1 se alcanzó en un 32,6% de los pacientes. Un 57,6% de los pacientes alcanzaron al menos un valor de DAS28 $< 3,2$ (E2). Finalmente un 90,9% de los pacientes consiguió como mínimo un control satisfactorio de la enfermedad (E3). El coste medio de recursos sanitarios directos a los dos años fue de 25.976,05 € (IC95%: 23.888,16-28.063,93). La estrategia de tratar por el objetivo de remisión fue la menos coste-efectiva (79.681,14 $\pm$ 38.880,43 €/remisión), frente a E2 (45.097 $\pm$ 22.005,24 €/LDA) y E3 (28.545,11 $\pm$ 13.958,59 €/al menos CSE), ($p < 0,001$ en ambos casos). A su vez, la estrategia 2 es menos coste-efectiva que la estrategia 3 ($p < 0,001$).

Conclusiones: La estrategia de tratar por el objetivo de remisión en ARE, en la práctica real con terapia biológica es menos coste-efectiva que tratar para alcanzar baja actividad de la enfermedad o suficiente control de la enfermedad.

134. EFECTIVIDAD DE TOCILIZUMAB EN MONOTERAPIA A 2 AÑOS EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

B. Magallares¹, E. Quesada-Masachs², M.V. Hernández³, M.P. Lisbona⁴, P. Moya¹, M. Moreno⁵, V. Torrente-Segarra⁶, D. Reina⁷, J. Narváez⁸, S. Marsal², R. Sanmartí³, J. Calvet⁵, J. Maymó⁴, C. Díaz-Torné¹, A. Gómez⁵, H. Corominas⁷, J.M. Nolla⁸ y A. Rodríguez de la Serna¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona.

⁵Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Taulí. Barcelona.

⁶Servicio de Reumatología. Hospital General de l'Hospitalet. Hospitalet de Llobregat. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona.

⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Recientemente, se ha demostrado la eficacia tocilizumab (TCZ) en monoterapia en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, existen pocos datos de su eficacia en monoterapia en condiciones de práctica clínica.

Objetivos: Evaluar las características clínicas de pacientes con AR en tratamiento con TCZ en monoterapia y analizar la efectividad del tratamiento a medio/largo plazo en condiciones de práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, a dos años. Se incluyeron los pacientes con AR en tratamiento con TCZ en monoterapia. Se analizaron las siguientes variables: de forma basal: datos demográficos (edad, género); datos clínicos (duración de la enfermedad, positividad para FR y anti-CCP, tratamientos previos al inicio de la monoterapia y motivo de su discontinuación); de forma basal y a los 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses: actividad de la AR (índice

Tabla Póster 134

Variable	Basal	3m	6m	9m	12m	18m	24m
NAD	9,3 ± 7,5	3,9* ± 4,8	3,2* ± 5,9	3,1* ± 4,6	2,9* ± 4,3	2,4* ± 4,1	1,8* ± 2,5
NAI	6,2 ± 5,6	2,4* ± 3	2,1* ± 4,3	1,9* ± 2,7	1,7* ± 2,4	1,9* ± 3,3	1,2* ± 2,3
VSG	36 ± 29,6	11,9* ± 15,1	10,2* ± 12,5	11,2* ± 12	10,4* ± 13,1	11,7* ± 12,8	12,4* ± 12
PCR (mg/l)	7,1 ± 14,3	0,7* ± 1,6	1,3* ± 4,2	2,1* ± 10,5	1,4* ± 4,2	0,8* ± 1,8	1,6* ± 4
DAS-28	5,1 ± 1,6	3,2** ± 1,3	2,8** ± 1,3	2,8** ± 1,3	2,7** ± 1,4	2,5** ± 1,2	2,5** ± 1,1
% pacientes DAS-28 < 3.2	14,03	53,9	62,1	64,1	68,4	66,7	74,4
% pacientes DAS-28 < 2.6	7,89	30,4	43,7	46,9	52,6	54,9	48,7
Nº de pacientes	123	114	100	78	73	56	42

*p < 0,001; **p < 0,0001 respecto a valor basal. Valores expresados en media ± DE.

DAS-28 VSG, nº articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), VSG, PCR (mg/L)); porcentaje de pacientes en remisión y baja actividad. Se recogieron también los efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes de 8 hospitales de Cataluña; edad media fue 57,7 ± 12,5 años; 85,4% mujeres; duración de enfermedad 14,4 ± 12,0 años; 67,5% positivos para factor reumatoide y 59,3% para anti-CCP. El 98,4% habían recibido FAME convencional previo (2 FAMES: 30,9% y 3 FAMES: 38,2%), habiéndose discontinuado por ineficacia (26%), efecto adverso (58,5), decisión del paciente (8,9%) u otros motivos (4,1%). El 13% no habían recibido biológico previo; 34,1% habían recibido 1; 20,3% 2; 16,3% 3; 8,9% 4 y 6,5% 5. En la tabla se muestran los valores de la actividad de la enfermedad a lo largo del tiempo (2 años). A los 3 m se observó una mejoría significativa en todos los parámetros de actividad analizados que se mantuvo a lo largo del tiempo hasta los 2 años (p < 0,001). Los porcentajes de remisión y de baja actividad observados no se relacionaron con los años de evolución de la enfermedad ni con el motivo de discontinuación de FAME convencional previo. Sí se observó una asociación entre el nº de tratamientos biológicos previos y la baja actividad de la enfermedad a los 6 m (p < 0,017), 9 m (p < 0,025) y 12 m (p < 0,028). Cuarenta y un pacientes discontinuaron el tratamiento (33,3%): 17 por ineficacia, 13 por efectos adversos, 4 por decisión del paciente y 7 por otros motivos. No se halló asociación entre la discontinuación de TCZ y la duración de la enfermedad o el nº de biológicos previos.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes el tratamiento con TCZ en monoterapia es efectivo en pacientes con AR activa a medio/largo plazo (2 años) independientemente de la duración de la enfermedad y de los tratamientos previos recibidos, manteniendo una tasa alta de retención del fármaco (66,6% a los 2 años).

135. INFLUENCIA DEL TABAQUISMO EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO

L. Nuño¹, K. Franco¹, D. Peiteado¹, A. Villalba¹, D. Pascual-Salcedo², E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Analizar el impacto del tabaquismo en las características clínicas y en la actividad de la enfermedad a lo largo del tiempo en una cohorte de pacientes de una Unidad de Artritis de reciente inicio.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de pacientes en seguimiento en consulta de Unidad de Artritis de Reciente Inicio del Hospital Universitario La Paz, entre enero de 1993 y diciembre de 2014. Se incluyó a pacientes con inicio de la artritis de menos de 1 año de evolución no tratados previamente, excluyéndose las artritis microcristalinas, infecciosas, y los brotes inflamatorios de artrosis. Para este estudio se seleccionaron sólo los pacientes que en algún momento cumplieren los criterios del ACR de 1987 de AR, y fueron seguidos hasta completar los dos años de seguimiento, realizando recogida de datos clínicos y analíticos

mediante protocolos estandarizados en las visitas basal y semestral hasta los dos años de seguimiento. Se estudiaron la forma de presentación y actividad de la artritis en 3 periodos de tiempo (1º de 01/01/1993 a 31/12/2000, 2º de 01/01/2001 a 31/12/2007, 3º de 01/01/2008 a 31/12/2014), así como la influencia del tabaquismo a lo largo del tiempo. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados: De un total de 1.144 pacientes incluidos en la cohorte, 480 pacientes cumplían criterios de AR y se incluyeron en el estudio. La edad media al inicio de los síntomas era similar entre los 3 periodos (52,5 ± 16,3 años en primer periodo vs 53,2 ± 17,1 años en segundo periodo vs 51,8 ± 16,4 años en tercer periodo; p = NS), con un mayor tiempo de evolución en el último periodo (15,4 ± 8,3 vs 16,2 ± 11,5 vs 25,5 ± 20,5 semanas respectivamente; p < 0,001). Se observó que, a pesar de que la AR es una enfermedad de mujeres, la frecuencia del sexo femenino aumentó significativamente en los últimos periodos (66,7% vs 81,1% vs 81,4% respectivamente; p = 0,007), debido al aumento de mujeres fumadoras o exfumadoras con el tiempo (proporción de mujeres fumadoras o exfumadoras por periodos: 40% vs 67,4% vs 68,1% respectivamente; p = 0,003). En el primer y tercer periodo encontramos un aumento en la proporción de pacientes FR (+) (78,4% vs 64,7% vs 72,9% respectivamente; p = 0,036), así como de ACPA (+) (67,6% vs 59,5% vs 80,9% respectivamente; p < 0,001), desapareciendo dichas diferencias en pacientes fumadores o exfumadores (positividad de FR: 88,9% vs 74,4% vs 75,5% respectivamente; p = NS) (positividad de ACPA: 82,2% vs 74,4% vs 80,9% respectivamente; p = NS), persistiendo diferencias en no fumadores únicamente en la proporción de ACPA (+) (56,1% vs 46,5% vs 80,2% respectivamente; p < 0,001). Entre los pacientes seropositivos encontramos un menor título de FR en el primer periodo en relación a los 2 últimos (198,4 ± 187,1 UI/mL vs 344,5 ± 584,7 UI/mL respectivamente; p = 0,03), aunque no encontramos diferencias entre periodos en el título de ACPA. Los pacientes son derivados en el último periodo con una menor actividad de la artritis por DAS28 (5,8 ± 1,3 vs 5,5 ± 1,3 vs 4,7 ± 1,4 respectivamente; p < 0,001).

Conclusiones: En nuestra cohorte de 480 AR diagnosticados en la consulta de artritis de reciente inicio, se ha observado un aumento en la proporción de mujeres, en relación con aumento de la frecuencia de tabaquismo entre las mujeres.

136. CAMBIOS EN EL PERFIL LIPÍDICO Y EN LOS ÍNDICES ATEROGÉNICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

J.L. Hernández², M. Santos-Gómez¹, L. Riancho-Zarrabeitia¹, A. Corrales¹, R. Blanco¹, T. Pina¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) puede inducir cambios en el perfil lipídico. El objetivo de este estudio ha sido comparar las alteraciones de los parámetros lipídicos conven-

cionales y de los índices aterogénicos, en pacientes con AR tratados con metotrexate (MTX) y/o con diferentes agentes biológicos (BIOL).

Métodos: Se analizaron los pacientes con AR sin eventos cardiovascular previos, estudiados en el Servicio de Reumatología de un Hospital Universitario de tercer nivel durante los años 2012-2014 y que estaban en tratamiento con MTX, anti-TNFs, tocilizumab (TCZ) u otro tratamiento biológico (BIOL) o la combinación de alguno de estos grupos terapéuticos. Se excluyeron aquellos que recibían fármacos hipolipemiantes o hidroxicloroquina. Como índices aterogénicos se estudiaron el índice de Castelli, la relación LDL/HDL, el cociente colesterol no HDL/HDL, y el índice aterogénico del plasma (IAP). Las diferencias entre los parámetros lipídicos se analizaron mediante un modelo lineal general ajustado por la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC), la presencia de diabetes y el uso concomitante de esteroides orales.

Resultados: Se estudiaron 276 pacientes (214 mujeres y 62 varones). La media de la edad fue de 57 ± 14 años y el IMC medio de $27,5 \pm 5,5$ Kg/m². Un 6,5% de los pacientes eran diabéticos y el 82,6% del total tomaban esteroides orales. Recibían MTX 150 pacientes (54,3%), MTX + anti-TNFs, 40 (14,5%), antiTNFs, 20 (7,2%), TCZ en monoterapia o asociado a MTX, 7 (2,5%) y 26 (9,4%) respectivamente, y otro BIOL solo o asociado a MTX, 6 (2,2%) y 27 (9,8%) pacientes. Los valores de los parámetros lipídicos fueron similares entre los diferentes grupos analizados, excepto en el caso de los pacientes que recibían MTX y TCZ, que presentaron niveles de colesterol total, LDL y colesterol no-HDL significativamente mayores que los tratados solo con MTX ($p = 0,009$; $p = 0,001$ y $p = 0,004$ respectivamente). En el modelo lineal general ajustado por las covariables mencionadas, estas diferencias se mantuvieron, y en el caso del ÍAP se apreció una tendencia hacia la significación estadística (tabla).

Tabla Póster 136

Comparación de los parámetros lipídicos y de los índices aterogénicos en los pacientes tratados con MTX vs MTX+TCZ. Análisis multivariante*

	Fármaco	Media (ET)	p
Colesterol	MTX	204,4 (3,1)	0,001
	MTX+TCZ	231,8 (7,5)	
LDL	MTX	123,1 (2,5)	0,002
	MTX+TCZ	144,2 (6,1)	
HDL	MTX	60,4 (1,5)	0,11
	MTX+TCZ	66,5 (3,6)	
TG	MTX	108,4 (4,7)	0,6
	MTX+TCZ	101,9 (11,5)	
	MTX	143,9 (2,9)	
Col. noHDL	MTX+TCZ	165,3 (7,0)	0,67
Col. total/HDL	MTX	3,6 (0,1)	
	MTX+TCZ	3,7 (0,2)	
LDL/HDL	MTX	2,2 (0,1)	0,47
	MTX+TCZ	2,3 (0,2)	
Col. noHDL/HDL	MTX	2,6 (0,1)	0,67
	MTX+TCZ	2,7 (0,2)	
Log (TG/HDL)	MTX	0,5 (0,1)	0,09
	MTX+TCZ	0,3 (0,2)	

*Ajustado por edad, sexo, IMC, diabetes mellitus y uso de corticoides.

Conclusiones: En pacientes con AR sin eventos cardiovasculares previos y tratados con MTX, la adición de TCZ induce un aumento del colesterol total y de las fracciones LDL y colesterol no HDL. Sin embargo, no hemos hallado diferencias significativas respecto al resto de parámetros lipídicos ni a los índices aterogénicos estudiados. La influencia de los fármacos antiTNFs sobre el perfil lipídico parece de poca relevancia.

137. CORRELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS DE TOCILIZUMAB Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DURANTE UN AÑO DE SEGUIMIENTO

C. Tornero¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², G. Bonilla¹, E. Moral¹, I. Monjo¹, M. Paredes¹, A. Pieren¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, A. Martínez², F. Arribas², J. Díez³, E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología; ³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: El tocilizumab (TCZ) es un fármaco anti-IL6 que ha demostrado, ampliamente, su eficacia para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) moderada-grave. Actualmente, existen publicaciones que demuestran la asociación entre niveles séricos elevados de fármacos anti-TNF y la respuesta clínica en pacientes con enfermedades reumatológicas. Escasa evidencia existe sobre esta correlación con otros biológicos diferentes a los anti-TNF.

Objetivos: Evaluar la correlación entre los niveles séricos de tocilizumab y la actividad inflamatoria a los 6 meses y un año después del inicio de tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se analizaron los niveles de TCZ así como la actividad y mejoría clínicas mediante el DAS28, Delta-DAS28, número de articulaciones tumefactas, proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG), determinados en el momento basal, a los 6 meses y tras un año de tratamiento con TCZ. El estudio estadístico anual se realizó según la metodología de la última observación realizada (LOCF), de modo que se incluyó a los pacientes que habían abandonado antes de finalizar el primer año de tratamiento. Las muestras séricas se obtuvieron en el momento previo a cada infusión y los niveles de fármaco se determinaron mediante ELISA. Se estratificaron los pacientes acorde a los niveles séricos de fármaco: niveles bajos (NB < 1.000 ng/ml) y niveles altos (NA ≥ 1.000 ng/ml). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 20.0.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con AR activa en tratamiento con TCZ, cuyas características demográficas se incluyen en la tabla adjunta. A los 6 meses de tratamiento, se observó que los pacientes con NA de TCZ presentaron una disminución significativa del DAS28 ($3,6 \pm 1,2$ en NA vs $5,6 \pm 1,6$ en NB; $p = 0,020$), del número de articulaciones tumefactas ($2,8 \pm 1,9$ en NA vs $9,8 \pm 5,8$ en NB; $p = 0,043$) y en los valores de la PCR ($1,3 \pm 1,8$ en NA vs $16,4 \pm 19,1$ en NB; $p = 0,007$), en comparación con los pacientes con NB de TCZ. Al año de tratamiento, se objetivó en los pacientes con NA de TCZ un descenso significativo en la VSG ($5,9 \pm 2,3$ en NA vs $23 \pm 15,2$ en NB; $p = 0,001$), un aumento significativo del delta-DAS28 ($2,7 \pm 1,24$ en NA vs $0,6 \pm 1,1$ en NB; $p = 0,004$) y una tendencia a una menor actividad clínica medida por DAS28 ($3,11 \pm 0,9$ en NA vs $4,6 \pm 1,8$ en NB; $p = 0,075$) en comparación con el grupo con NB. La tasa de abandono al final del estudio fue mayor en el grupo con NB de TCZ, aunque sin alcanzar significación estadística (71,4% en NB vs 38,5% en NA, $p = 0,16$).

Tabla Póster 137

Características demográficas	N = 29 pacientes
Edad	$59 \pm 14,4$
Sexo	3 varones (10,3%) 26 mujeres (89,7%)
Índice de masa corporal	$26,2 \pm 5,7$
PCR basal	$15,31 \pm 9,1$
VSG basal	$27,9 \pm 17,9$ $2,48 \pm 1,1$
Nº FAMEs previos a TCZ	$2,48 \pm 1,1$
Nº biológicos previos a TCZ	$1,5 \pm 1,5$
Tratamientos concomitantes	Nº pacientes (N = 29) y porcentaje
Monoterapia TCZ	2 (6,9%)
MTX	10 (34,5%)
FAMEs	8 (27,6%)
MTX + FAMEs	9 (31%)

Conclusiones: Los pacientes con niveles terapéuticos bajos de TCZ tienen peor control de la actividad clínica durante el tratamiento. Por tanto, estos datos sugieren que la monitorización de los niveles séricos de fármaco puede ser de gran utilidad en el manejo clínico de los pacientes con AR.

138. EFICACIA DEL RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE

J. Narváez¹, M. Ricse¹, J.J. Alegre², G. Albert², C. Gómez Vaquero¹, A. Zacarías¹, S. Herrera³, M. Molina⁴ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ²Servicio de Reumatología; ³Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁴Servicio de Neumología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es la manifestación pulmonar más frecuente en la artritis reumatoide (AR) y la segunda causa de muerte en esta enfermedad, por detrás de los eventos cardiovasculares. A pesar de su importancia, el tratamiento de esta complicación no está bien establecido fundamentalmente por la falta de ensayos clínicos en este subgrupo de pacientes. **Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab (RTX) en el tratamiento de la EPID asociada a la AR.

Métodos: Estudio observacional abierto en pacientes con EPID sintomática activa (evidencia de deterioro clínico y funcional) y control insuficiente de la clínica articular (DAS28 > 3,2) a pesar del tratamiento con glucocorticoides y FAME sintéticos. Las principales variables de eficacia evaluadas al final del período de seguimiento fueron: 1) la mejoría de la clínica articular medida mediante DAS28-VSG, y 2) la evolución de las pruebas funcionales respiratorias (PFR) de acuerdo con las definiciones de la American Thoracic Society: a) mejoría: si se observa un aumento de la CVF $\geq 10\%$ o en la DLCO $\geq 15\%$; b) estabilización: si los cambios en la CVF son inferiores al 10% o al 15% en la DLCO, y c) empeoramiento: si la CVF disminuye $\geq 10\%$ o la DLCO $\geq 15\%$.

Resultados: Hasta el momento se han incluido 13 pacientes (7 mujeres) con una edad media ($\pm$ DE) de 53 ± 13 años (rango, 35-74). Todos ellos presentaban positividad de los ACPA. El tiempo de evolución (mediana) de la AR fue de 24 meses (rango 8-168) y el de la EPID de 7 meses (rango 1-16). Desde el punto de vista histoespecífico, 10 (77%) casos correspondían a NINE y 3 a NIU. Una vez diagnosticada la EPID, los pacientes con NINE recibieron tratamiento con prednisona a dosis 0,75-1 mg/kg, mientras que los pacientes con NIU se trataron con prednisona a dosis de 10-15 mg/día y N-acetilcisteína a dosis de 1.800 mg/día. Además, se sustituyó el metotrexato por leflunomida en 8 pacientes, azatioprina en 3 y salazopirina en 2. En el momento de iniciar el tratamiento con RTX (dosis: 1 gramo días 1 y 15, repitiendo el ciclo a partir de los 6 meses en función de la respuesta), el valor medio del DAS28 era de $5,5 \pm 1,1$, la CVF (%) basal de 75 ± 15 , y la DLCO (%) basal de $55,5 \pm 21$. Al final de un período de seguimiento (mediana) de 11 meses (rango, 6-111), la puntuación media del DAS28-VSG descendió a $3 \pm 1,3$ (porcentaje de mejoría: -45,45%; rango -62%, -24%). En 7 pacientes (54%) se alcanzó la remisión de la enfermedad articular (DAS28 < 2,6) y en 6 (46%) una actividad baja (DAS28 = 3,2). La evolución de los valores de la PFR se muestra en la tabla. Considerando el total de la muestra, se consiguió una mejoría de la CVF (CVF postratamiento: 87 ± 18 ; porcentaje de mejoría 16%) y una estabilización de la DLCO (DLCO postratamiento: $59,3 \pm 22$; porcentaje de mejoría 6,8%). El número de ciclos de RTX administrados (media $\pm$ DE) fue de $3,25 \pm 1,5$ (rango 1-6). La frecuencia de efectos adversos fue baja, presentándose sólo en 1 paciente (8%) que desarrolló una aspergilosis pulmonar a los 5 meses del primer ciclo, lo que obligó a suspender temporalmente el tratamiento.

Tabla Póster 138

	CVF	DLCO	TC torácica de alta resolución postratamiento (N = 8)
Mejoría	5	1	1
Estabilización	8	11	7
Empeoramiento	0	1	0

Conclusiones: En nuestra experiencia, RTX es un fármaco eficaz y relativamente seguro para el tratamiento de los pacientes con EPID sintomática activa y control insuficiente de la clínica articular a pesar del tratamiento con glucocorticoides y FAME sintéticos. En este subgrupo de pacientes, con su administración se consigue la remisión/baja actividad de la clínica articular y, como mínimo, la estabilización de las PFR.

139. FARMACOGENÉTICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: PAPEL DE LOS GENES FPGS Y ABCB1 EN PACIENTE TRATADOS CON METOTREXATO EN MONOTERAPIA

P. Moya¹, J. Salazar², H. Corominas³, M.J. Arranz⁴, C. Díaz-Torné¹, C. Geli¹, J.M. de Llobet¹, E. del Río² y M. Baiget²

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Genética. CIBERER-U705. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ⁴Fundación de Docencia e Investigación. Mutua de Terrassa.

Objetivos: El metotrexato (MTX) es el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) más utilizado en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), ya que mejora el pronóstico a largo plazo y la morbilidad de la enfermedad. No obstante, la respuesta al tratamiento difiere entre pacientes y éste se asocia a efectos adversos en un tercio de los mismos. El objetivo del estudio ha sido evaluar si determinadas variaciones en genes implicados en la farmacocinética del MTX están asociadas con la eficacia y/o toxicidad en pacientes con AR tratados con MTX en monoterapia.

Métodos: Analizamos 34 polimorfismos en genes implicados en el transporte y la poliglutamilación del MTX (SLC19A1/RFC1, ABCB1, FPGS y GGH). Los polimorfismos se seleccionaron: i) a partir de la bibliografía y ii) mediante el HapMap Genome Browser realiser y el programa Haploview. El genotipado se realizó mediante PCR a tiempo real con sondas TaqMan (Life Technologies) en el equipo Biomark (Fluidigm).

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide y tratados con MTX en monoterapia. Los análisis mostraron una asociación significativa entre la respuesta y dos SNPs en el gen FPGS, rs10987742 y rs10106, ($p = 0,033$ y $p = 0,041$, respectivamente). El tiempo desde el inicio del tratamiento con MTX hasta su retirada o la adición de otro fármaco se asoció con dos variantes del mismo gen FPGS, rs10106 y rs10760502 ($p = 0,002$ y $p = 0,02$, respectivamente). Por otra parte, los SNPs rs868755 y rs10280623 del gen ABCB1 mostraron una asociación significativa con la toxicidad ($p = 0,025$).

Conclusiones: Determinadas variantes genéticas en los genes FPGS y ABCB1 influyen de manera independiente en la respuesta y la toxicidad en pacientes con artritis reumatoide tratados con metotrexato en monoterapia.

140. ESTUDIO FARMACOGENÓMICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

X. Milara¹, J. Sanfeliu¹, J. Calvo Catalá², M.I. González-Cruz², C. Campos², A. Rueda², M.D. Pastor² y E. Beltrán²

¹Servicio de Farmacia; ²Fundación Investigación. Hospital General Universitario. Valencia.

Objetivos: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, de influencia poligénica que causa una gran morbilidad entre los afectados llegando a producir lesiones irreversibles. El objetivo

del estudio es encontrar marcadores genéticos que permitan realzar el diagnóstico temprano y predecir la respuesta toxicidad al tratamiento con metotrexato (MTX) y con fármacos anti-TNF.

Métodos: Se realizaron 2 subestudios: 1) Estudio casos-control comparando la distribución de polimorfismos de un único nucleótido (SNPs) de los genes MTHFR, SLC01B1, TNF- α , TNFRSF1 β , IL-10, IL-4, FCGR3A, FCGR2A, STAT4, PTPN22, IL-6 y su receptor soluble (IL-6 Rsol), PDZD2 y EYA4, entre sujetos sanos y pacientes diagnosticados de AR. 2) Estudio de genotipado y su asociación con variables clínicas, así como con la respuesta toxicidad a los tratamientos con metotrexato y anti-TNF α . Se reclutaron 98 pacientes con AR y 84 sujetos sanos. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico sobre población con AR en tratamiento en la unidad de reumatología del Hospital General Universitario de Valencia. Se recogieron datos clínicos y variables clínicas de actividad de la enfermedad (DAS-28), tratamiento actual y respuesta toxicidad histórica a los diferentes tratamientos. Se realizó el genotipado mediante el método de discriminación alélica. El estudio caso-control se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS 20®, mediante un estudio de contingencia de χ^2 (intervalo de confianza 95%) mientras que la relación entre el genotipo y la respuesta toxicidad a los tratamientos, se estudió utilizando pruebas de χ^2 y OR (odds ratio), así como correlaciones no paramétricas de Spearman.

Resultados: De los 18 SNPs estudiados relacionados con el proceso patológico, la variante alélica A de FCGR3A(C/A) rs396991, la variante alélica G de FCGR2A (A/G) rs1801274 y la variante T de PTPN22 rs2476601 C1858T, se encontraron más representados en pacientes con AR (χ^2 6,09; p = 0,018), (χ^2 5,67; p = 0,048) y (χ^2 3,89; p = 0,047). En cuanto a las manifestaciones extra-articulares el alelo C de SLC01B rs11045879_C/T se asoció a una mayor incidencia y el alelo C del Rsol IL-6 rs8192284_A358C se relacionó con un mayor número de pinzamientos articulares. No se encontró una relación directa con el DAS28. El análisis farmacogenético mostró que el alelo C del MTHFR rs1801131 se asocia con menor toxicidad por MTX (χ^2 6,22; p = 0,044), por lo que podría ser un factor de confianza para tratar a estos pacientes con MTX a dosis altas. El alelo T del PTPN2 rs24766012 se asoció a una mejor respuesta a MTX, (χ^2 6,12; p = 0,013). Y en cuanto a respuesta a anti-TNF- α , se confirma que el alelo G de PDZD2 rs1532269 (G/C) se encontró asociado a una menor respuesta (χ^2 5,81; p = 0,045), por lo que individuos homocigotos GG podrían ser susceptibles de mala respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Estos resultados indican una susceptibilidad genética para desarrollar la enfermedad así como a la respuesta/toxicidad al tratamiento. Sin embargo, estos resultados deben ser replicados en otras cohortes de pacientes para ser concluyentes.

141. VASCULITIS REUMATOIDE

A. Riveros Frutos, M. Martínez-Morillo, S. Rodríguez Muguruza, J. Sanint, A. Prior, L. Mateo Soria, S. Holgado Pérez, J. Cañellas, X. Tena Marsà y A. Olivé

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La vasculitis reumatoide es una manifestación extra articular grave que acontece en el curso de la artritis reumatoide seropositiva erosiva y nodular. Afecta principalmente a vasos de pequeño y mediano calibre.

Objetivos: Describir las características clínicas, incidencia, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de vasculitis reumatoide (VR) en el servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel en los últimos 30 años.

Métodos: Estudio retrospectivo (1984-2014). Centro: hospital universitario con un área de referencia de 850.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de 688 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) procedente de la base de datos del Servicio

de Reumatología. Se incluyeron pacientes que durante la evolución de su artritis presentaron vasculitis reumatoide con confirmación histopatológica y/o con una fuerte sospecha clínica o por arteriografía de vasculitis atribuible a AR, según los criterios de Scott y Bacon.

Resultados: Se recogieron 18 pacientes: 6 (33,3%) mujeres y 12 (66,7%) varones, con una media de edad de $66,5 \pm 10,13$ (rango 49-83 años). Las características clínicas de los pacientes se resumen en la tabla. Las presentaciones clínicas más frecuente fueron: la afectación cutánea en forma de púrpura palpable o úlceras digitales, la multineuritis, y por último la afectación sistémica. No se registró ninguna afectación cardíaca, oftálmica, ni pulmonar secundaria a VR. En las pruebas de laboratorio al diagnóstico destacaban: anemia, reactantes de fase aguda elevados, factor reumatoide positivo anticuerpos antipéptido citrulinados se determinaron en 5 (27,8%) casos, siendo positivos en todos ellos. La confirmación histológica fue posible en 8 (44,4%) casos, en los otros 10 (55,6%) casos el diagnóstico fue por sospecha clínica o radiológica. La mayoría de los pacientes fueron tratados con bolus de glucocorticoides asociados a otros fármacos inmunosupresores. Durante la evolución se registraron 7 (38,9%) fallecimientos de los cuales: 3 (16,7%) fueron secundarios a la vasculitis y 4 (22,2%) fueron secundarios a otras causas. La incidencia de vasculitis reumatoide ha disminuido considerablemente en la última década registrándose únicamente 4 casos en los últimos 10 años.

Tabla Póster 141

Características clínicas	N (%) o media (intervalo)
Comorbilidades	
HTA	9 (50%)
Diabetes mellitus	2 (11,1%)
Tabaquismo	9 (50%)
Vasculopatía periférica	3 (16,7%)
Características de la AR	
Duración de la enfermedad(años)	$5,8 \pm 5,6$ (1-17)
Nódulos reumatoides	8 (44,4%)
Erosiones radiográficas	11 (61,1%)
Afectación pulmonar	3 (16,7%)
Afectación renal	1 (5,6%)
Forma de presentación clínica	
Vasculitis cutánea	12 (66,7%)
Multineuritis	12 (66,7%)
Vasculitis mesentérica	2 (11,1%)
Afectación sistémica	8 (44,4%)
Afectación renal	1 (5,6%)
Laboratorio	
Leucocitosis ($> 10 \times 10^9$)	9 (50%)
Anemia (Hb)	9 (50%)
Trombocitosis	2 (11,1%)
VSG	$70,76 \pm 28,46$ mm ³
PCR	$50,27 \pm 56,77$ mg/dl
FR positivo	18 (100%)
ACPA positivo	5 (27,8%)
ANA positivo	4 (22,2%)
ANCA positivo	4 (22,2%)
Crioglobulinas positivas	2 (11,1%)
Hipocomplementemia	4 (22,2%)
Tratamiento de la AR previo a la VR	
AINES	17 (94,4%)
Glucocorticoides	16 (88,9%)
Metotrexate	12 (66,7%)
Antipalúdicos	9 (50%)
D-penicilamina	4 (22,2%)
Leflunomida	5 (27,8%)
Sales de oro	3 (16,7%)
Tratamiento de la VR	
Glucocorticoides	16 (88,9%)
Ciclofosfamida	10 (55,6%)
Gammaglobulina	1 (5,6%)
Azatioprina	1 (5,6%)
Rituximab	1 (5,6%)
Evolución	
Buena	10 (55,6%)
Mala	3 (16,7%)
Tórpida	3 (16,7%)
Desconocida	1 (5,6%)
Recurrencia	5 (27,8%)
Exitus	3 (16,7%)

Conclusiones: La vasculitis reumatoide es una complicación rara de la artritis reumatoide más frecuente en varones fumadores con AR seropositiva y nodular. La afectación es predominantemente cutánea y neurológica, y la mortalidad es elevada. El diagnóstico histológico es difícil. Actualmente la incidencia esta en descenso probablemente en relación al mejor control de la AR por la disponibilidad de fármacos biológicos.

142. PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON CERTOLIZUMAB: CAUSAS DE RETIRADA DEL TRATAMIENTO Y APROXIMACIÓN A LOS FACTORES INVOLUCRADOS

P. León Rubio, B. Hernández Cruz, M.J. Valenzuela Porcel, A. Ruiz Román, E. Rubio y J. Povedano Gómez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Métodos: Se analizaron 57 pacientes con artritis reumatoide que habían recibido tratamiento con certolizumab. Se seleccionaron los pacientes que no habían recibido tratamiento biológico previo. Se exploraron las causas de retirada del tratamiento y si los pacientes a los que se les había retirado el tratamiento, reunían características diferenciales respecto a los que no se les había retirado, en función del sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, duración del tratamiento y del tratamiento en monoterapia o combinado con FAMES. En un análisis descriptivo inicial, se evaluó el sex-ratio y la normalidad de las variables continuas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis de similitudes (ANOSIM), a fin de evaluar mediante estadística multivariante la existencia de diferencias significativas entre los dos grupos preestablecidos. En este análisis se evaluaron tanto el nivel de significación estadística p como el estadístico R . Además se aplicó un análisis SIMPER para identificar las variables que más contribuyen a las diferencias encontradas entre los grupos, calculando los estadísticos descriptivos de las mismas (media, DE o mediana y rango intercuartílico RQ, según los datos se ajustaran a una distribución normal o no).

Resultados: La muestra de pacientes analizados es relativamente equitativa en cuanto al sexo (M/H = 37/20) se refiere. La edad (media $\pm$ DE = 56 ± 12 años) y la duración del tratamiento (media $\pm$ DE = $1,5 \pm 0,9$ años) se ajustaron a una distribución normal ($p = 0,856$ y $0,624$, respectivamente), pero no así el tiempo de evolución de la enfermedad que varió entre 1,4-35 años. Al 53% (30/57) de los pacientes tratados con certolizumab se les retiró el tratamiento. Estos casos estaban equitativamente distribuidos en función del sexo (M/H = 16/14). Entre las causas de retirada, la ineficacia del fármaco representó casi la mitad (43%) de los casos, tras 0,25-3 años de tratamiento (media $\pm$ DE = $0,98 \pm 0,71$ años). Las manifestaciones cutáneas y el malestar inespecífico fueron las siguientes causas más prevalentes, representando un 20% y un 10% de las causas de retirada, respectivamente. Respecto a los posibles factores involucrados en la retirada del fármaco, el análisis ANOSIM reveló diferencias significativas ($p = 0,0002$) entre los grupos predeterminados. Sin embargo, el valor de $R = 0,19$ fue relativamente bajo, lo que indica que las variables no tienen realmente excesiva fuerza en determinar la retirada o no del certolizumab. El análisis SIMPER permitió obtener que de todas las variables analizadas, la edad (77,1%) y el tiempo de evolución de la enfermedad (22,2%) fueron los factores que más pesaron a la hora de explicar las diferencias encontradas, sumando entre los dos el 99,3% de la varianza. Así, los pacientes a los que se les retiró el certolizumab fueron de mayor edad (media $\pm$ DE = 60 ± 8 años) y con un menor tiempo de evolución de la enfermedad (mediana = 6; RQ = 7) que el resto (edad = 51 ± 14 años; tiempo evolución: mediana = 10; RQ = 13).

Conclusiones: Este estudio revela una elevada proporción de pacientes tratados con certolizumab a los que se les retiró la medi-

cación (53%) en la muestra analizada. Tres causas (ineficacia, manifestaciones cutáneas y malestar inespecífico) representaron casi el 75% del total. No se aprecia una relación entre el uso de esta terapia en combinación con FAMES o monoterapia. La edad del paciente y el tiempo de evolución de la enfermedad tuvieron un peso importante para explicar las diferencias existentes entre los dos grupos de pacientes predeterminados, de manera que el tratamiento se retiró a pacientes con un inicio más tardío de la enfermedad. Sin embargo, el bajo valor de R obtenido sugiere que deben existir otras causas que motiven con más fuerza la retirada del tratamiento.

143. INFLUENCIA DE LA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA INMUNOGENICIDAD EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE EN BAJA ACTIVIDAD

M.B. Paredes Romero¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², I. Monjo¹, A. Pieren¹, E. Moral¹, C. Tornero¹, G. Bonilla¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, S. Ramiro², T. Jurado², J. Díez³, E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología; ³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: Los agentes biológicos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral (anti TNF) han revolucionado el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Recientemente se ha evaluado la posibilidad de reducir la dosis o discontinuar el tratamiento en pacientes que han alcanzado baja actividad o remisión clínica sin perder el control de la enfermedad. Una de las dudas que se plantea en la literatura es el uso de la estrategia de optimización podría favorecer un aumento de la incidencia de detección de anticuerpos anti-fármaco (ADA) con la consecuente pérdida de eficacia.

Objetivos: Evaluar la influencia de estrategia de optimización de fármaco anti-TNF en una cohorte de pacientes con AR en baja actividad o remisión en la actividad clínica, aparición de ADA, niveles de fármaco libre y desarrollo de brotes.

Métodos: Es un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con AR en baja actividad o remisión (medida por DAS 28 < 3,2 o < 2,6 respectivamente) al menos durante 6 meses. De los 283 pacientes con AR en la Unidad de biológicos en tratamiento con infliximab (Ifx), adalimumab (Ada) y etanercept (Etn), se incluyeron 54 pacientes en tratamiento con primer anti-TNF que habían sido optimizados y cumplían criterios de inclusión previos. La actividad clínica (DAS28), los niveles de fármaco y de ADA se evaluaron en el momento basal, previo a la optimización (visita-pre) y la última visita disponible en los primeros 2 años de seguimiento (visita-pos).

Resultados: De los 54 pacientes el 77,8% eran mujeres. La edad media fue $60,2 \pm 12$ años. El 79,6% (43) tenían FR y antiCCP positivos, respectivamente. Con respecto al tratamiento concomitante, 35 pacientes (64,8%) recibieron metotrexate al inicio del biológico, 25 pacientes (46,3%) otros FAMES y el 23 pacientes (42,6%) prednisona. Veintiseiete (50%) pacientes fueron tratados con Ada, 16 (29,6%) con Etn y 11 (20,4%) con Ifx. No se observó diferencias significativas en el control de la actividad clínica (DAS28) entre la visita-pre y visita-pos con ningún anti-TNF ($p = 0,64$ Ada, $p = 0,79$ Ifx, $p = 0,56$ Etn). No hubo incremento estadísticamente significativo en los valores de PCR entre la visita pre y pos en ninguno de los 3 anti-TNF. Diecinueve pacientes (35,2%) tuvieron brotes durante el seguimiento (14 pacientes presentaron un brote y 5 presentaron 2 brotes). Todos los pacientes eran ADA negativos en la visita-pre, 5 (9,25%) fueron positivos en la visita-pos asociados a un brote de enfermedad y continuaron con ADA al finalizar el seguimiento. En 16 (29,6%) pacientes de los 19 que tuvieron brote, fue necesario acortar el intervalo o aumentar la dosis para controlar la actividad clínica. Se observó un descenso significativo en los niveles de fármaco entre la visita-pre y visita-pos en los pacientes en tratamiento

con Ada y Etn (Ada: media $5.127,88 \pm 1.542,65$ DE en visita-pre vs media $1.200,29 \pm 276,52$ DE en visita-pos, $p = 0,003$; Etn: media $2.794,46 \pm 367,07$ DE en visita-pre vs media $1.359,38 \pm 375,121$ DE en visita-pos, $p = 0,023$).

Conclusiones: La estrategia de optimización parece factible en pacientes con artritis reumatoide en baja actividad en tratamiento anti-TNF, reduciendo la cantidad de fármaco administrado, con baja incidencia de ADA y sin repercusión en marcadores serológicos como la PCR. La aparición de brotes en estos pacientes parece controlarse con modificaciones en su pauta de administración sin necesidad de cambiar o abandonar el tratamiento en la mayoría de los pacientes.

144. SINOVITIS ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y REDUCCIÓN DE DOSIS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

A. Begazo Cruz¹, M. Andrés Collado¹ y P. Vela Casasempere^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por inflamación y destrucción articular que afectan la calidad de vida. Los agentes biológicos han permitido alcanzar la remisión clínica y detener el daño estructural. Actualmente se tiende a reducir la dosis de estos fármacos en pacientes con control sostenido de su artritis, para lograr el mejor balance riesgo/beneficio a menor coste. La repercusión de esta práctica a medio-largo plazo resulta incierta. La ecografía musculoesquelética en modo B y Power Doppler (PD) es más sensible que la evaluación clínica para detectar inflamación articular en AR, y se ha reconocido su utilidad para monitorizar la respuesta terapéutica. Pero, son escasos los datos ecográficos en pacientes con tratamiento biológico optimizado.

Objetivos: Analizar las características clínicas y ecográficas de pacientes con AR tratados con dosis optimizadas de biológicos subcutáneos.

Métodos: Estudio observacional transversal en enfermos con AR y dosis optimizada de biológicos s.c de la Sección de Reumatología hasta octubre de 2014. Se revisaron historias clínicas físicas, electrónicas y base de prescripción farmacológica, recogiendo datos demográficos, clínicos (duración de la AR, seropositividad) y terapéuticos (biológico actual, dosis, duración, tiempo en dosis reducida y motivo, FAME asociado). Se realizó una ecografía articular por un reumatólogo entrenado, ciego al tratamiento que recibían. Para asegurar enmascaramiento se citaron pacientes con AR no optimizados. El examen incluyó evaluación sistemática en modo B y PD de: carpos (receso dorsal de radiocarpiana e intercarpiana), 1º a 5º MCF bilaterales y tendones extensores del carpo. La sinovitis por escala de grises se puntuó con la escala semicuantitativa de 0-3; al igual que la señal PD.

Resultados: De un total de 163 pacientes con AR y tratamiento biológico s.c. el 20,8% estaba optimizado. 71,4% eran mujeres, con edad media de 61 años ($\pm 12,9$) y tiempo de evolución de 14 años ($\pm 10,6$). El 55,9% eran seropositivos para FR y/o APCC. Los fármacos optimizados fueron: etanercept (70,6%), adalimumab (23,5%) y certolizumab (5,9%), en forma de monoterapia en 33,3% de ellos. La duración del tratamiento era de 51 meses y la dosis reducida se mantenía por 20,8 meses como media. El motivo del desescalado había sido la remisión en el 81,6% (ésta se definió según el criterio de su reumatólogo). Las pautas de optimización más frecuentes fueron: para ETN cada 10 días (45,8%) y para ADA cada 21 (62,5%). En los 29 pacientes a los que se les realizó la ecografía se encontró: 24,2% con sinovitis ecográfica grado 1 o 2 en alguna de las articulaciones exploradas, mientras que el 6,9% mostraba sinovitis grado 3. La señal PD estaba presente en grado 1 (6,9%), grado 2 (10,3%) y en ningún caso con señal grado 3. De los 14 sitios explorados en cada paciente (tabla), se encontró sinovitis leve en el 20,5% de ellos, y moderada en el 6,9%; siendo su hallazgo más frecuente en carpos, 2º y 3º MCF derechas. El 19% de articulaciones tenían señal PD grado 1 o 2. Un 13,8% presentaba tenosinovitis extensora, con PD grado 1 en todos ellos.

Conclusiones: Un porcentaje considerable de pacientes con AR y dosis optimizada de biológico s.c. mostraba sinovitis ecográfica leve-moderada, a pesar de haber sido considerados en remisión clínica. La incorporación de la ecografía musculoesquelética podría ser útil para valorar la pertinencia de optimizar de dosis en estos enfermos.

145. NIVELES SÉRICOS DE ANTAGONISTAS DEL TNF EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ¿PODEMOS ESTABLECER UN PUNTO DE CORTE PARA DEFINIR UNA BUENA RESPUESTA CLÍNICA?

R. Sanmartí, J. Inciarte-Mundo¹, P. Estrada Alarcón², M. García Manrique³, J. Narváez², J. Rodríguez-Moreno², A. Gómez-Centeno³, M. Pascal⁴ y J. Yagüe⁴

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

³Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Analizar los niveles séricos de los antagonistas del TNF, adalimumab (ADA) y etanercept (ETN) en una cohorte de pacientes con AR con diferentes grados de actividad, y establecer unos puntos de corte con alta capacidad discriminativa para los estados de remisión o baja actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio transversal en pacientes con AR que están recibiendo tratamiento con ADA y ETN. Se incluyen 91 pacientes pertenecientes a la cohorte multicéntrica y prospectiva INMUNOREMAR (todos con DAS28 $\leq 3,2$ en la visita basal) y 36 pacientes en los que se estudió la inmunogenicidad por presentar una enfermedad activa

Tabla Póster 144

	Sinovitis Grado 1 (%)	Sinovitis Grado 2 (%)	Sinovitis Grado 3 (%)	Sinovitis Total (%)	Power Doppler Grado 1 (%)	Power Doppler Grado 2 (%)	Power Doppler Grado 3 (%)	Power Doppler Total (%)
Radiocarpiana derecha	48,3	20,7	0	69	37,9	3,4	0	41,3
Radiocarpiana izquierda	44,8	17,2	6,9	68,9	41,4	10,3	0	51,7
Intercarpiana derecha	20,7	6,9	0	27,6	13,8	20,7	0	34,5
Intercarpiana izquierda	27,6	13,8	0	41,4	37,9	17,2	0	55,1
1º metacarpofalángica derecha	20,7	3,4	0	24,1	0	6,9	0	6,9
1º metacarpofalángica izquierda	6,9	3,4	0	10,3	3,4	0	0	3,4
2º metacarpofalángica derecha	37,9	10,3	0	48,2	3,4	3,4	0	6,8
2º metacarpofalángica izquierda	14,3	7,1	7,1	28,5	3,6	10,7	0	14,3
3º metacarpofalángica derecha	13,8	6,9	0	20,7	6,9	6,9	0	13,8
3º metacarpofalángica izquierda	6,9	3,4	0	10,3	3,4	3,4	0	3,4
4º metacarpofalángica derecha	3,4	6,9	0	10,3	3,4	0	0	3,4
4º metacarpofalángica izquierda	10,3	0	0	10,3	3,4	0	0	3,4
5º metacarpofalángica derecha	6,9	3,4	3,4	13,7	3,4	3,4	0	6,8
5º metacarpofalángica izquierda	6,9	0	3,4	10,3	3,4	0	0	3,4

(todos DAS 28 > 3,2). Se determinaron los valores séricos valle de ADA y ETN y la presencia de anticuerpos anti-fármaco (Promonitor, Progenika Biopharma, España). Se compararon los niveles de fármaco según actividad de la enfermedad (prueba U de Mann Whitney) y se analizó la correlación entre niveles de fármaco y DAS28 (prueba de Spearman). La capacidad discriminativa de los valores valle de ETN y ADA, maximizando la sensibilidad (s) y especificidad (e), fue valorada a través de curvas ROC (AUC) para los estados de remisión (DAS28 ≤ 2,6) o baja actividad de la enfermedad (DAS28 ≤ 3,2).

Resultados: Se incluyeron un total de 127 pacientes (81,9% mujeres) con una edad mediana de 61 años y una mediana de duración de la enfermedad y del tratamiento biológico de 13 años y 60 meses respectivamente. 57 pacientes recibían ADA y 73 ETN. Un 29,9% de pacientes estaban en monoterapia y un 27,6% en reducción de dosis. Un 55,9% de pacientes estaba en remisión y un 71,7% en remisión/baja actividad (DAS28 ≤ 3,2). En cuatro pacientes se detectaron anticuerpos anti-fármaco, todos ellos tratados con ADA. Los niveles valle de ADA y ETN fueron significativamente más altos en los pacientes en remisión vs no remisión (mediana (P25-P75) ADA: 6,9 (2,7-12) vs 0,5 (0,1-1) $p < 0,001$. ETN 2,3 (1,5-3,1) vs 0,8 (0,4-1,8) $p < 0,001$). Resultados similares se obtuvieron al comparar remisión/baja actividad frente a pacientes con DAS28 > 3,2. Los niveles de ambos fármacos se correlacionaron significativamente de manera negativa con el DAS28 (ADA: $\rho = 0,5$ $p < 0,0001$. ETN $\rho = 0,37$ $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en función de si los pacientes estaban con dosis reducidas o en monoterapia. Los valores valle de ADA que mostraron mayor capacidad discriminativa para remisión fueron de 1,336 $\mu\text{g/mL}$. AUC 0,81 (IC95% 0,68-0,94), (s): 81,9%, (e) 81% y de ETN de 1,56 $\mu\text{g/mL}$. AUC 0,747 (IC95% 0,68-0,85) (s): 71,1% (e) 71,4%. Los puntos de corte para remisión/baja actividad (DAS28 ≤ 3,2) fueron: ADA de 1,336 $\mu\text{g/mL}$. AUC 0,863 (IC95% 0,73-0,99) (s): 78,9% (e): 93,8% ETN: 1,073 $\mu\text{g/mL}$. AUC 0,876 (0,80-0,95) (s): 81,1% (e): 80%. Los puntos de corte de nuestro estudio, fueron muy similares a los descritos por Chan et al (ADA: 1,274 $\mu\text{g/mL}$, ETN 1,242 $\mu\text{g/mL}$) utilizando el mismo kit comercial en una cohorte asiática analizando la buena respuesta EULAR.

Conclusiones: Los pacientes con AR en remisión o baja actividad tienen niveles séricos más elevados de ADA y ETN que los pacientes con enfermedad activa. Se establecen unos puntos de corte para ambos fármacos con alta capacidad discriminativa del estado de remisión o baja actividad que pueden ser útiles en la práctica clínica.

146. EVOLUCIÓN A DOCE MESES DE LOS PACIENTES OPTIMIZADOS EN LA CONSULTA DE TERAPIAS BIOLÓGICAS DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

J.M. Blanco-Madrigal, M.L. García Vivar, C. Gómez Arango, E. Ruiz Lucea, E. Galíndez-Agirregoikoa, I. Gorostiza, I. Torre Salaberri, O. Fernández Berrizbeitia, J.F. García Llorente, J.M. Gorordo Olaizola y E. Úcar Angulo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: En octubre de 2011 se diseñó un protocolo de reducción de dosis de tratamientos biológicos en nuestro hospital que se aplica a pacientes que lleven al menos un año con criterios de remisión clínica y no presenten datos de actividad por imagen (ecografía, RMN, progresión radiológica clara). Con ello se ha conseguido optimizar al 20% de nuestros pacientes a finales de 2012, y por encima del 30% a finales de 2013. Queremos valorar si hay diferencias clínicas entre los datos basales (en el momento de la optimización) y la visita realizada en el mes 6, y si en esta visita se pueden diferenciar los pacientes que hacen rebrote hasta la tercera visita (anual).

Métodos: analizamos las historias clínicas de los pacientes seguidos en nuestra unidad de terapias biológicas y que fueron optimizados

hasta junio del 2013, y que se mantienen en remisión a los 6 meses según el criterio del reumatólogo. Se recogen datos clínicos y de laboratorio en las visitas basales (al inicio de la optimización), en la visita 1 (a los 6 meses de la basal) y en la 2 (a los 12 meses). Analizamos los datos recogidos con un paquete estadístico SPSS.

Resultados: Revisamos las historias de 104 pacientes (53 varones y 51 mujeres), con media de edad en el momento de la optimización de 52,90 años (17-82), y un tiempo de evolución de 149,5 meses (18-638). Los diagnósticos correspondían a a. reumatoide en 33 pacientes, espondiloartritis en 29, A psoriásica en 38 y AIJ en 4 pacientes. 49 pacientes recibían adalimumab, 51 etanercept y 4 tocilizumab. Se comparan VSG, PCR, NAD, NAT, HAQ, BASFI, BASDAI, MASES y VGE sin encontrar diferencias significativas entre la visita basal y a los 6 meses. En la visita 3 (12 meses), el reumatólogo había considerado que habían presentado rebrote articular 32 pacientes (32% de los optimizados), 12 del grupo tratado con adalimumab (24,5%) y 20 del grupo tratado con etanercept. (39,2%). Rebrotaron el 50% de las A. Reumatoides optimizadas, el 27,6% de las espondilitis y el 21,6 de las apsoriasicas. Se hace un modelo de asociación de cada variable en la visita 2 con la posibilidad de rebrote mediante logística univariante y vemos que sólo en el caso de los pacientes optimizados con AR se observa asociación con el NAD, NAT, DAS 28 y VSG.

147. RELACIÓN ENTRE LA REMISIÓN CLÍNICA Y LOS NIVELES SÉRICOS DE TOCILIZUMAB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

V. Ruiz-Esquide¹, J. Yagüe², J. Inciarte-Mundo¹, A. González-Navarro², P. Zufferey³, J. Amaya-Amaya⁴, M.V. Hernández¹, J. Ramírez¹, A. Cuervo¹, M. Pascal², J. Cañete¹ y R. Sanmartí¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínic de Barcelona. ³Departamento de Reumatología. Lausanne University Hospital. Lausanne. Suiza. ⁴Centro de Estudios de Enfermedades Autoinmunes. Universidad del Rosario. Bogotá. Colombia.

Introducción: El tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo humanizado anti-IL-6R indicado en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) activa. La respuesta al mismo estaría determinada por la dosis e intervalo administrados así como también por los niveles séricos alcanzados.

Objetivos: Analizar los niveles séricos de tocilizumab (TCZ) en dos cohortes de pacientes en tratamiento prolongado con TCZ IV y su relación con la actividad de la enfermedad y la presencia de remisión clínica. Establecer un punto de corte con alta capacidad discriminativa para el estado de remisión de la enfermedad.

Métodos: Estudio transversal de dos cohortes (Barcelona y Lausanne, Suiza) que incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes con AR que recibían tratamiento crónico con TCZ (IV). Se recogieron datos epidemiológicos, variables de actividad de la enfermedad y niveles séricos valle de TCZ considerándose detectables a niveles iguales o superiores a 1 $\mu\text{g/mL}$ (LISA TRACKER Tocilizumab Theradiaag, Francia), y de niveles séricos de IL6 (ELISA). Las muestras se extrajeron justo antes de la administración intravenosa del fármaco. Se correlacionaron los niveles de TCZ con diferentes parámetros clínicos y analíticos. Se realizó un análisis multivariante (regresión logística) con el objetivo de determinar las variables asociadas a la presencia de remisión (DAS28 ≤ 2,6) La capacidad discriminativa de los valores valle de TCZ, maximizando la sensibilidad (s) y especificidad (e), fue valorada a través de curvas ROC (AUC) para el estado de remisión.

Resultados: Se incluyeron un total de 82 pacientes (40 cohorte de Barcelona y 42 de la cohorte de Lausanne). El 90% fueron mujeres, con una edad media de 55,52 ± 13 y 13,7 ± 8 años de evolución, 60,3% anti-CCP positivos. El 57,7% de los pacientes estaban en monoterapia, 26,8% recibían dosis reducidas y 37,2% recibían glucocorticoides. La media de DAS28 fue de 2,5 ± 1,1 y 44 pacientes (54,3%) estaban en remisión. Los pacientes de la cohorte suiza,

Tabla Póster 147Comparación variables de actividad de la enfermedad según niveles de tocilizumab $\geq 0 < a 1 \mu\text{g/ml}$

	Cohorte Barcelona		p	Cohorte Lausanne		p
	Niveles valle indetectables (n = 16)	Niveles valle detectables $\geq 1 \mu\text{g/ml}$ (n = 24)		Niveles valle indetectables (n = 9)	Niveles valle detectables $\geq 1 \mu\text{g/ml}$ (n = 32)	
IL-6, media $\pm$ DE (pg/ml)	2,8 $\pm$ 2,4	7,35 $\pm$ 0,9	0,000	6,2 $\pm$ 5,7	39,46 $\pm$ 21,9	< 0,001
PCR, media $\pm$ DE (mg/dl)	1,21 $\pm$ 1,4	0,11 $\pm$ 0,3	0,008	0,36 $\pm$ 0,3	0,11 $\pm$ 0,3	0,041
VSG, media $\pm$ DE (mm/h)	19,69 $\pm$ 29,4	9,54 $\pm$ 6,5	0,192	13,9 $\pm$ 11,6	5,03 $\pm$ 5,2	0,002
Dosis reducida, n (%)	9 (56,25)	6 (25)	0,094	5 (55)	2 (6,1)	0,003
DAS28, media $\pm$ DE	3,25 $\pm$ 1,2	2,82 $\pm$ 0,9	0,210	2,79 $\pm$ 1,02	1,75 $\pm$ 0,9	0,017
DAS28 $\leq$ 2,6, n (%)	4 (25)	9 (37,5)	0,503	3 (33,3)	28 (87,5)	0,003
DAS28 $\leq$ 3,2	6 (37,5)	10 (41,7)	1,000	7 (77,8)	31 (96,8)	0,116
Glucocorticoides, n (%)	8 (50)	15 (62,5)	0,522	7 (87,5)	25 (83,3)	1,000
Monoterapia, n (%)	5 (31,2)	5 (20,8)	0,482	6 (75)	17 (56,6)	0,440

tenían menos actividad de la enfermedad, menor uso de glucocorticoides y menor porcentaje de pacientes en remisión y en monoterapia. El 30,5% (25 pacientes) mostraron niveles indetectables de fármaco, situación que en ambas cohortes se asoció significativamente a una PCR más elevada y niveles más bajos de IL-6. El DAS28 fue superior en el grupo de pacientes con niveles de TCZ indetectables, siendo la diferencia estadísticamente significativa únicamente en la cohorte suiza (tabla). En el análisis multivariante la presencia de niveles detectables de TCZ y el realizar tratamiento con glucocorticoides se asociaron de forma independiente con la remisión de la enfermedad. Los valores valle de TCZ que mostraron mayor capacidad discriminativa para remisión fueron de 3,48 $\mu\text{g/ml}$ (AUC 0,724, IC95%: 0,607-0,840, $p = 0,001$) con una (s) del 79,5% y una (e) del 67%.

Conclusiones: En los pacientes con AR en tratamiento crónico con TCZ, la presencia de niveles séricos valle detectables ($> 1 \mu\text{g/ml}$) de TCZ se asoció con una menor actividad de la enfermedad y especialmente a niveles de PCR más bajos y en el análisis multivariante mostraron su asociación al estado de remisión. El punto de corte con mayor capacidad discriminativa para el estado de remisión fue de 3,48 $\mu\text{g/ml}$.

148. EFECTO DE LOS ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO SOBRE LA MASA ÓSEA SISTÉMICA Y PERIARTICULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO

I. Llorente, L. Merino, A.M. Ortiz, E. Escolano, E. García, J.A. García-Vadillo, T. Velasco, R. García de Vicuña, I. González-Álvarez y S. Castañeda

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-IP. Madrid.

Objetivos: Estudiar la relación entre la presencia de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (ACPA) y la densidad mineral ósea (DMO) sistémica y periarticular en una cohorte de pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Métodos: Estudio prospectivo que incluye pacientes con ARC pertenecientes a la cohorte PEARL (Princesa Early Arthritis Longitudinal). Se recogieron, de forma protocolizada, datos demográficos, clínicos, de laboratorio y de tratamiento, así como los valores de la DMO basal evaluada mediante DXA (Hologic® QDR-4500) a nivel de columna lumbar (CL), cadera, antebrazo y mano. Se realizó el análisis estadístico ajustando por variables directamente relacionadas con la DMO, como sexo, edad e IMC, mediante modelos lineales generalizados (Stata 12).

Resultados: Se estudiaron 474 pacientes (80% mujeres; 39,6% ACPA positivos). El 56,1% de los pacientes cumplían criterios de artritis reumatoide (AR) de 2010 en la visita basal. El resto de la cohorte incluía artritis indiferenciadas, espondiloartritis, conectivopatías y otros diagnósticos. La edad de inicio de la enfermedad fue de 54 años [rango intercuartílico (RIQ): 43-66]. La mediana de evolución de la enfermedad en la visita basal fue 5 meses [RIQ: 2-8].

La mediana de DAS28 fue de 4,98 [RIQ: 4-6] en los pacientes que cumplían criterios de AR y de 3,6 [RIQ: 3-4] en los que no los cumplían. Así mismo, los datos de HAQ presentaban valores más elevados en pacientes con AR (mediana de 1,125 vs 0,750 en el grupo no AR). Sin embargo, ninguna de estas dos variables se asoció de forma significativa con la masa ósea basal. Observamos que los pacientes ACPA positivos presentaban menor DMO tanto en CL (coeficiente beta: -0,025; $p = 0,051$) como en cuello femoral (coef. beta: -0,02; $p = 0,053$) y cadera total (coef. beta: -0,017; $p = 0,1$). Esta asociación no se observó en la mano ni en el antebrazo no dominante.

Conclusiones: Los datos de nuestra cohorte están en línea con los descritos por otros autores, según los cuales los ACPA podrían explicar, al menos en parte, la aparición de osteoporosis sistémica en un estadio inicial de la enfermedad. Posteriormente, la pérdida ósea se extendería a zonas más localizadas en relación con la persistencia de la actividad inflamatoria.

Financiación: Red de Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER, RD12/0009/0017), ISCIII (FIS PI12/01578) y Pfizer, España.

S. Castañeda e I. González-Álvarez comparten igualmente la dirección de este trabajo.

149. OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS E IMPACTO EN LA ACTIVIDAD LABORAL

M.J. Rodríguez Valls¹, P. Gómez Germá², I.C. Aranda-Valera¹, M.M. Ruiz Tudela¹ y J.J. Pérez Venegas¹

¹UGC de Reumatología; ²UGC de Farmacia. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción: El empleo de terapias biológicas (TB) en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha permitido un mejor control de la enfermedad; no obstante es evidente la necesidad de su uso racional debido a su elevado coste. El uso de estrategias de optimización es cada vez más frecuente en la práctica clínica habitual y podría tener impacto en la actividad clínica, calidad de vida y situación laboral de los pacientes. Analizamos los resultados en optimización en nuestro centro, así como el impacto laboral que supone la reducción de dosis.

Objetivos: 1. Analizar la evolución clínica evaluada mediante DAS28 en pacientes con AR en TB seguidos en la UGC de Reumatología de un hospital universitario del norte de la provincia de Cádiz a los que se les realiza optimización de la TB. 2. Analizar la influencia del cambio de dosis en la actividad laboral de los pacientes incluidos en el estudio.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, longitudinal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, entre enero 2013 y enero 2015, de pacientes con AR a los que se les ha realizado optimización de la dosis de TB por llevar al menos 6 meses en remisión (DAS28 $< 2,6$) o con mínima actividad clínica (DAS28 2,6-3,2). Se analizan datos demográficos, tiempo de evolución de la AR previo al uso de TB, tiempo de TB hasta la optimización, evaluación clínica mediante DAS28 pre y postoptimización (trimestralmente

durante 18 meses) y estrategia terapéutica seguida. Valoración de la productividad laboral y del deterioro de la actividad mediante el cuestionario WPAI en la última visita y días de baja laboral atribuibles a la actividad de la enfermedad. Se realizó el análisis estadístico con el programa IBM SPSS Statistics versión 20.0.

Resultados: De un total de 174 pacientes con AR en TB, 47 (27%) han sido sometidos a optimización del tratamiento. De estos, 35 son mujeres y 12 hombres, con una edad media de 58 ± 11 años. La duración media de la enfermedad previa al inicio de la TB fue de $8,1 \pm 6,3$ años. El tiempo medio de tratamiento a dosis optimizadas fue $19,8 \pm 10,9$ meses. En el momento de la optimización, 34 (72,3%) de los pacientes presentan DAS28 en remisión y 8 (17%) baja actividad; en el momento del corte del estudio (18 meses tras optimización), 34 (72,3%) de ellos continúan estando en remisión clínica, 5 (10,6%) baja actividad, 5 (10,6%) moderada y 3 (6,4%) alta actividad según DAS28. Esto ha motivado que 9 (19,1%) de los pacientes (3 en tratamiento con adalimumab 40 mg/21 días, 5 con etanercept 25 mg/7 días o 50 mg/10 días y 1 en tratamiento con certolizumab pegol) vuelvan a necesitar la dosis estándar del fármaco para el control de la enfermedad, manteniéndose con dosis optimizadas 38 (80,9%) de los pacientes que forman parte del estudio. De 40 participantes a los que se les aplicó el cuestionario WPAI, 11 se encuentran activos laboralmente, 1 en incapacidad laboral permanente y 14 jubilados. Ninguno los 11 pacientes en activo perdió horas de trabajo por causa atribuible a su enfermedad (39 ± 20 horas de media de trabajo semanales), así como tampoco precisó cursar baja laboral por actividad clínica de la enfermedad.

Conclusiones: En nuestra experiencia, un elevado porcentaje (80%) de pacientes con AR en remisión/baja actividad de la enfermedad alcanzada tras TB permanecen en remisión o con baja actividad clínica tras optimizar la TB, sin que suponga además un deterioro en la productividad de las actividades laborales habituales.

150. NIVELES SÉRICOS DE CALPROTECTINA COMO MARCADOR DE ACTIVIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE: ¿CLASIFICAN MEJOR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD QUE LOS REACTANTES DE FASE AGUDA CONVENCIONALES?

J. Inciarte-Mundo¹, M.V. Hernández¹, V. Ruiz-Esqueda¹, J. Ramírez¹, A. Cuervo¹, C. Saura¹, M. Pascal², J. Yagüe², J.D. Cañete¹ y R. Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los niveles séricos de calprotectina y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con antagonistas del TNF, en comparación a los reactantes de fase aguda convencionales (PCR y VSG).

Métodos: Estudio transversal, en el que se incluyeron consecutivamente todos los pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 1987) en tratamiento con etanercept, adalimumab o infliximab, visitados durante un periodo de 3 meses (julio 2014-octubre 2014) en nuestra unidad de artritis. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas), de la enfermedad (tiempo de evolución, duración de tratamiento biológico, FR, anti-CCP) y radiológicas (presencia de erosiones). Se valoró la actividad de la enfermedad a través de diferentes índices compuestos (DAS28, SDAI y CDAI). Se determinaron

VSG (método de Westergren), PCR por nefelometría (límite inferior de detección 0,01 mg/dl), y los niveles séricos de calprotectina mediante ELISA (Calpro AS, Norway). La comparación entre grupos fue analizada con la prueba de t-Student y las correlaciones con la prueba de Pearson. La asociación entre calprotectina y DAS28 fue evaluada a través de análisis multivariante ajustado por covariables.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes (83% mujeres); la duración media del tratamiento biológico fue de 82 ± 46 meses. 47 pacientes se encontraban en remisión/baja actividad ($\text{DAS28} \leq 3,2$), y 40 en actividad moderada/alta ($\text{DAS28} > 3,2$). Los niveles séricos de calprotectina fueron más altos en los pacientes activos que los que se encontraban en remisión/baja actividad ($4,28 \pm 2 \mu\text{g/ml}$ vs $2,21 \pm 1 \mu\text{g/ml}$, $p = 0,000$). Tanto calprotectina, como PCR y VSG fueron capaces de discriminar entre los pacientes en remisión/baja actividad de los que presentaban una enfermedad activa, de acuerdo a todos los índices valorados. Los pacientes en remisión presentaron niveles séricos de calprotectina significativamente inferiores a que aquellos que se encontraban en baja actividad, de acuerdo con todos los índices articulares analizados. VSG sólo puede discriminar entre remisión y baja actividad cuando se usa DAS28-VSG, mientras que PCR sólo lo hace cuando se usa SDAI. Se observó una fuerte correlación entre los niveles séricos de calprotectina con todos los índices compuestos y el recuento articular (todos los coeficientes mayores de 0,50). Cuando se analizó el grupo de pacientes en remisión/baja actividad, sólo los niveles séricos de calprotectina fueron capaces de distinguir entre los pacientes sin articulaciones tumefactas de aquellos con al menos 1 articulación tumefacta ($1,95 \pm 1 \mu\text{g/ml}$ vs $3,07 \pm 1 \mu\text{g/ml}$, $p = 0,010$). El análisis multivariante mostró una asociación significativa entre los niveles séricos de calprotectina y DAS28 según diferentes covariables (terapia combinada, reducción de la dosis, uso de los glucocorticoides, duración de la enfermedad, presencia de autoanticuerpos o enfermedad erosiva).

Conclusiones: La calprotectina sérica es un buen biomarcador de actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con antagonistas del TNF, con mejor capacidad discriminativa de los diferentes estados de actividad de la enfermedad, incluida la remisión, que los reactantes de fase aguda convencionales (PCR y VSG).

151. TOCILIZUMAB: EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

I. Chalmeta Verdejo, L. González Puig, E. Labrador Sánchez, C. Feced Olmos, E. Grau García, J. Ivorra Cortés, I. Martínez Cordellat, R. Neguerolles Albuixech, C. Núñez Cornejo Piquer, F.M. Ortiz Sanjuán, J.L. Valero Sanz, C. Alcañiz Escandell y J.A. Román Ivorra

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal que actúa bloqueando los receptores de la interleucina 6 y que ha demostrado su eficacia en artritis reumatoide (AR) en diferentes perfiles de pacientes (fracaso a FAME, monoterapia y fracaso a anti TNF, entre otros). Los ensayos clínicos muestran una respuesta mantenida en el tiempo, con pocos efectos secundarios.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con TCZ durante un periodo de 4 años, en diferentes perfiles de pacientes con AR (monoterapia, fracaso a FAME o anti TNF).

Tabla Póster 150

	Remisión (DAS28-VSG $\leq 2,6$) (n = 30)	Baja actividad (DAS28-VSG $> 2,6-3,2$) (n = 17)	Remisión (CDAI $\leq 2,8$) (n = 11)	Baja actividad (CDAI $> 2,8-10$) (n = 35)	Remisión (SDAI $\leq 3,3$) (n = 13)	Baja actividad (SDAI $> 3,3-11$) (n = 34)
Calprotectina ($\mu\text{g/ml}$)	$1,56 \pm 1$	$3,36 \pm 1^*$	$1,51 \pm 1$	$2,43 \pm 1^\dagger$	$1,84 \pm 1$	$2,36 \pm 1^\dagger$
PCR (mg/dL)	$0,25 \pm 0,3$	$0,34 \pm 0,4$	$0,10 \pm 0,1$	$0,34 \pm 0,3$	$0,12 \pm 0,1$	$0,34 \pm 0,3^\dagger$
VSG (mm/h)	$11,80 \pm 6$	$21,24 \pm 10^*$	$14,18 \pm 1$	$15,51 \pm 10$	$16,92 \pm 9$	$14,56 \pm 9$

* $p < 0,001$. $^\dagger p < 0,05$.

Métodos: Se ha efectuado un estudio retrospectivo, mediante revisión de la historia clínica, de pacientes diagnosticados de AR y que han recibido tratamiento con TCZ, por respuesta insatisfactoria a FAME sintético o biológico, durante los últimos 4 años. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28 (al inicio, 6 meses y posteriormente de forma anual) y se han recogido las incidencias surgidas durante el tratamiento. Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado un modelo de regresión lineal mixta para valorar si existe influencia en la respuesta y supervivencia al TCZ dependiendo del FAME sintético asociado, de la presencia de terapia biológica previa, de la dosis del fármaco o del DAS al inicio.

Resultados: Se han incluido 58 pacientes con AR que ha recibido tratamiento con TCZ en los últimos cuatro años; 51 mujeres y 7 varones, con una edad media de 55 años (21-87). El promedio de DAS28 en los diferentes intervalos se muestra en la tabla. En 28 pacientes, el TCZ se ha indicado por fracaso a otro FAME biológico (17 pac (1 anti TNF), 7 pac (2 anti TNF), 3 pac (3 anti TNF), 3 pac (1 anti TNF + abatacept) y 2 pac (2 anti TNF + abatacept). La dosis de TCZ más frecuentemente utilizada ha sido 8 mg/kg (78% pac), 6 mg/kg (12% pac) y 4 mg/kg (10% pac), siendo las causas más frecuentes de reducción de dosis la baja actividad de la enfermedad y las citopenias. El 90% de los pacientes llevan asociado un FAME sintético, fundamentalmente metotrexato. Se han observado un total de 53 acontecimientos adversos (AA), en 50 pac (27 infecciones, 14 citopenia y 2 neoplasias) aunque sólo en 22 pac ha sido motivo para retrasar la administración de TCZ. La infección más frecuente ha sido la de vías respiratorias, seguida de la urinaria. La hipercolesterolemia, AA característico de TCZ, se ha detectado en 46 pac, pero sólo en 11 de ellos ha aparecido después del tto con TCZ. La discontinuación del TCZ ha sido necesaria en 14 pacientes, siendo la causa más frecuente la pérdida de eficacia (4 pacientes). El análisis estadístico muestra que al inicio del tratamiento hay una respuesta clínica (según DAS28) muy rápida (remisión clínica dentro de los 6 primeros meses) y que se mantiene con el tiempo ($p = 0,0012$). No se observa influencia del FAME sintético asociado, del número o tipo de biológico utilizado previamente o del valor de DAS28 al inicio sobre la respuesta y supervivencia al tratamiento.

Tabla Póster 151

	Mes DAS28 promedio
Basal	5,15 (n = 58)
6	2,74 (n = 55)
12	2,48 (n = 53)
24	2,25 (n = 43)
36	2,20 (n = 24)
48	2,39 (n = 11)

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes, el tratamiento con TCZ se acompaña de una rápida respuesta clínica medida por DAS28, que aparece dentro de los 6 primeros meses. Esta respuesta clínica se mantiene en el tiempo, según nuestro análisis a 4 años. Así mismo, el perfil de seguridad es bueno, con pocos efectos adversos relevantes que necesiten la discontinuación de TCZ, tal y como aportan los datos de estudios publicados previamente.

152. UTILIDAD DEL RAPID3 EN LA CONSULTA DE ARTRITIS REUMATOIDE

A.D. Gómez Centeno¹, M. García Manrique de Lara¹, E. Graell Martín¹, M. Arévalo Salaet¹, H. Costa Ventura², M.L. Lluís Bordoll², C. Aymerich Mañas² y M. Larrosa Padró¹

¹Servei de Reumatologia; ²Servicio de Enfermería. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3) es un índice de evaluación de la actividad de la artritis reumatoide sin recuento formal de articulaciones ni parámetros analí-

cos desarrollado por T. Pincus y que en su versión en inglés incluida en el MDHAQ ha demostrado una buena correlación con los índices DAS-28 y CDAI. Existe una versión del MDHAQ en español "global" cuya utilidad se ha comprobado en Argentina.

Objetivos: Evaluar si la versión española del RAPID3 incluida en la traducción del MDHAQ es útil en el control de los pacientes afectos de artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se construyó un cuestionario utilizando únicamente los apartados de la versión española del MDHAQ incluidos en el cálculo del RAPID3. Se administró dicho cuestionario de manera sistemática a todos los pacientes que acudieron a la consulta monográfica de AR en el Hospital de Sabadell antes de entrar en la consulta. Una vez en la consulta se realizó el recuento articular, la evaluación de parámetros de fase aguda, la valoración subjetiva del médico y se calculaban los índices DAS28-VSG, DAS28-PCR, SDAI y CDAI. Se tabularon y analizaron los resultados de RAPID3, DAS28-VSG, DAS28-PCR, SDAI y CDAI utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 154 pacientes (78,8% mujeres) con una edad media (DE) de 59 (14) y un tiempo de evolución de 11 (10) años. El 100% de los pacientes estaban tratados con FAME, el 70% recibían corticoides a dosis bajas y el 51% de los pacientes estaban tratados con fármacos biológicos. Se realizaron 312 determinaciones en 312 visitas (2,02 determinaciones por paciente) en un periodo de 6 meses. El coeficiente de correlación Spearman entre RAPID3 y los distintos índices calculados se muestran en la tabla. La correlación entre RAPID3 y los distintos índices articulares no se vio influido por el sexo, el tratamiento, la edad del paciente ni el tiempo de evolución.

Tabla Póster 152

Variable R3	Variable	ρ Spearman	p
RAPID3	DAS28-VSG	0,6127	< 0,0001
RAPID3	DAS28-PCR	0,718	< 0,0001
RAPID3	SDAI	0,8368	< 0,0001
RAPID3	CDAI	0,8556	< 0,0001

Conclusiones: El cuestionario RAPID3 puede ser útil en el seguimiento de los pacientes con AR dada su excelente correlación con los índices articulares que utilizan recuento formal de articulaciones y reactantes de fase aguda.

153. GOLIMUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA REAL A 36 MESES

J.C. Nieto-González, C.M. González-Fernández, E. Naredo, I. Monteagudo, F.J. López-Longo, L. Valor, T. del Río, J.G. Ovalles-Bonilla, J. Martínez-Barrio y L. Carreño

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Golimumab es un anticuerpos monoclonal humano frente al factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) con indicación en reumatología para artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (Aps) y espondilitis anquilosante (EA). La seguridad de golimumab en éstas enfermedades es similar a otros fármacos anti-TNF en ensayos clínicos. Golimumab fue aprobado cuando ya existían 3 anti-TNF aprobados, algunos de ellos también subcutáneos y con amplia experiencia en práctica clínica. Nuestro objetivo es describir la eficacia, seguridad y supervivencia de golimumab en la práctica clínica real.

Métodos: Se incluyeron en el análisis todos aquellos pacientes con AR, Aps y EA tratados con al menos una dosis de golimumab en nuestro centro. Se analizaron las curvas de supervivencia del fármaco y los efectos adversos e infecciones. Se han calculado las curvas de supervivencia en AR y espondiloartritis (EAs) a los 24 y

Tabla Póster 153

	Todos (n: 84)	Artritis reumatoide (n: 27)	Espondiloartritis (n: 57)
Mujer (n, %)	57 (67,9%)	23 (85,2%)	34 (59,6%)
Edad de inicio de la enfermedad (mediana, rango)	36,6 (14,8-67,9)	42,5 (18,2-67,9)	34,5 (14,8-53,3)
Edad al inicio de golimumab (años)	48,7 (26,2-73,9)	53,3 (30,9-69,8)	45,9 (26,2-73,9)
Tiempo hasta golimumab (años)	10,2 (0,3-53,8)	11,7 (1,0-25,8)	7,4 (0,3-53,8)
FAMEs concomitante, N (%)	40 (47,6%)	25 (92,6%)	15 (26,3%)
FAME previo, (media, rango)	1,37 (0-5)	2,2 (1-5)	1,0 (0-3)
Biológicos previos, (media, rango)	1,27 (0-5)	1,48 (0-5)	1,18 (0-3)
Tiempo de seguimiento en meses, (media, rango)	18,5 (1,9-53,6)	23,1 (2,5-53,6)	16,7 (1,9-44,5)

36 meses de tratamiento si era posible. El grupo de EAs en el análisis de supervivencia incluyó pacientes con EA, Aps y EAs periféricas.

Resultados: Se han tratado un total de 84 pacientes con golimumab en nuestro centro, 27 (32,1%) con AR, 45 (53,6%) con EAs (EA y EAs periféricas) y 12 (14,3%) con Aps. De los pacientes con EAs, 22 (48,9%) tenían EA, 18 (40%) tenían una EAs axial no radiológica y 5 (11,1%) una EAs periférica. Los datos de seguridad fueron similares en porcentajes a los comunicados en ensayos clínicos, con una media de 18,7 meses de seguimiento. Hubo 12 (14,2%) efectos adversos graves, 7 de las cuales (8,3%) obligaron a suspender golimumab). Hubo un total de 6 infecciones graves (tasa de 4,62 pacientes/año). Estas infecciones fueron 2 infecciones del tracto respiratorio, 2 herpes zoster cutáneos, 1 pielonefritis y una infección urogenital fúngica (cándida albicans). La tabla muestra el descriptivo de los datos demográficos y las tablas 2 a 4 muestran las diferentes curvas de supervivencia dependiendo de la enfermedad de los fármacos biológicos previos. La supervivencia a 3 años ronda el 65% tanto en pacientes con AR como con EAs, mayor en pacientes que utilizaron golimumab como primer o segundo biológico.

Conclusiones: En nuestra muestra, compuesta por pacientes con AR, EA y Aps en la práctica clínica real, la seguridad de golimumab fue comparable a la informada previamente en los ensayos clínicos. La mejor supervivencia de golimumab en pacientes con golimumab como primer o segundo fármaco biológico sugiere que es recomendable el uso de golimumab de forma temprana en pacientes que requieran terapia anti-TNF.

154. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS DEL ALARGAMIENTO DEL PERIODO DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIÁSICA PERIFÉRICA EN REMISIÓN/BAJA ACTIVIDAD

C. Núñez Cornejo Piquer¹, E. García de la Puente Murillo², E. Grau García¹, D. Hervás Marín³, C. Feced Olmos¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, I. Martínez Cordellat¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, R. Neguerolos Albuixech¹, J.L. Valero Sanz¹, C. Alcañiz Escandell¹ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La terapia con agentes anti-TNF ha supuesto un importante avance en el tratamiento de enfermedades reumáticas. Sin embargo, se trata de fármacos con un coste elevado y con efectos adversos potencialmente serios, por lo que sería de utilidad analizar su utilización en dosis inferiores a las habituales mediante el alargamiento del intervalo de administración.

Objetivos: Analizar si el alargamiento del intervalo de administración recomendado en terapias anti-TNF en artritis reumatoide y psoriásica periférica que se encuentran en remisión/baja actividad, permite el buen control de la enfermedad.

Métodos: Se han recogido los datos clínicos de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica periférica

(ApsP), en tratamiento con anti TNF subcutáneo (adalimumab, etanercept y golimumab), que en 2 consultas sucesivas se encontraban en remisión/baja actividad y a los que se les ha alargado el intervalo de administración de la dosis de anti TNF según la siguiente pauta: etanercept 50 mg/15 días, etanercept 50 mg/10 días adalimumab 40 mg/21 días y golimumab 50 mg/5 semanas. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el DAS28, el valor sérico de la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) antes de la modificación de la dosis, y hasta 36 meses tras el alargamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante modelos de regresión lineal mixto tomando al individuo como coeficiente independiente.

Resultados: Se han incluido un total de 75 pacientes desde febrero de 2011 (44 AR, 28 ApsP y 3 AIJ) que se encontraban en tratamiento con anti-TNF (41 con adalimumab, 29 etanercept y 5 golimumab). Durante el seguimiento se registran 19 suspensiones del alargamiento (10 por brote de la enfermedad y 9 por otras causas no relacionadas con la enfermedad autoinmune). El das28 medio en los 75 pacientes en el inicio del alargamiento era de 1,98, con una PCR media de 3,32 mg/L y VSG de 12,27 mm/h. En 20 de los 75 pacientes se disponen datos de 3 años de seguimiento. El análisis estadístico indica que no existen modificaciones estadísticamente significativas en los valores de das28, PCR y VSG a lo largo del seguimiento de los pacientes (tabla). Tampoco se observan modificaciones de estos valores en base al diagnóstico de los pacientes, al tratamiento biológico previo, tratamiento biológico empleado, o la administración en monoterapia del mismo.

Tabla Póster 154

	Das28	PCR (mg/L)	VSG (mm/h)
Mes 0	1,96	3,32	12,27
Mes 36	2,39	2,68	12,85

Conclusiones: En el total de los casos donde se ha mantenido el alargamiento del intervalo de administración de dosis, se ha conseguido un buen control de la enfermedad.

155. ¿HASTA QUÉ PUNTO EL DOLOR EN PIES Y TOBILLOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ES ATRIBUIBLE A LA ACTIVIDAD CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD?

D. Hernández-Flórez¹, M.L. González-Fernández², L. Valor¹, R. Morales-Lozano², J. Martínez¹, T. del Río¹, J.C. Nieto¹, F.J. López-Longo¹, C.M. González¹, I. Monteagudo¹, L. Martínez-Estupiñán¹, I. Janta¹, D. Martínez-Hernández³, J. Garrido⁴, E. Naredo¹ y L. Carreño¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Clínica Universitaria de Podología; ³Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Complutense de Madrid. ⁴Departamento de Psicología Social y Metodología. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: Existe una alta prevalencia de dolor en pie y/o tobillo en pacientes con artritis reumatoide (AR). La inflamación de los pies a menudo se extiende a otras articulaciones y favorece la aparición

de erosiones, daño del cartílago articular, y deformidades con el subsecuente deterioro funcional y disminución de la calidad de vida.

Objetivos: El objetivo de este estudio prospectivo transversal fue establecer en qué medida el dolor de pie y/o tobillo en pacientes con AR en remisión o baja actividad de la enfermedad según el Disease Activity Score 28 joints (DAS28), puede tener su origen en la actividad inflamatoria subclínica en contraposición a posibles anomalías biomecánicas preexistentes.

Métodos: Se realizó: A. Evaluación biomecánica podiátrica integral incluyendo: 1) movilidad del tobillo, articulación subastragalina y primera MTF, 2) prueba del calcáneo en posición relajada, 3) prueba de elevación de talón, 4) prueba de Jack o maniobra de Hubscher, 5) índice postural del pie y 6) evaluación de huella en podoscopio. B. Evaluación clínica y ecografía en modo-B y modo-Doppler en 136 sujetos con dolor en pies y/o tobillo. De los cuales 72 tenían diagnóstico de AR en tratamiento con terapia biológica y 74 fueron controles pareados sin enfermedad reumática o musculoesquelética conocida, cirugías previas o malformaciones congénitas en pies.

Resultados: La mayoría del grupo AR y grupo control eran mujeres (77,4% y 83,8%, respectivamente). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la proporción de sujetos obesos en ambos grupos ($p = 0,792$). El uso de calzado inapropiado se encontró en 50% del grupo AR y en 33,8% del grupo control ($p = 0,080$). La talalgia fue más frecuente en el grupo control mientras que la talalgia asociada a metatarsalgia fue más prevalente en el AR ($p < 0,05$). El grupo con AR fue a su vez más propenso a presentar patología del pie y/o tobillo incluyendo deformidad y movimiento articular limitado en comparación con el grupo control. Así mismo, los cambios inflamatorios y estructurales evaluados por ecografía fueron significativamente más frecuentes en el grupo AR que en el grupo control ($p < 0,05$). Las modificaciones estructurales del pie determinadas por ecografía se asociaron significativamente con movilidad articular limitada y pruebas biomecánicas patológicas sólo en el grupo con AR ($p < 0,05$).

Conclusiones: La patología de pie y/o tobillo en pacientes con AR puede pasar desapercibida en la exploración clínica y tanto la ecografía como la evaluación podológica integral podrían ser útiles para diferenciar el dolor relacionado con la actividad inflamatoria de la enfermedad de posibles causas biomecánicas.

156. HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES HIPERURICÉMICOS CON DEPÓSITO SILENTE DE CRISTALES DE URATO

M. Andrés^{1,2}, M.A. Quintanilla³, F. Sivera², P. Vela^{1,4} y J.M. Ruiz-Nodar⁵

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Sección de Reumatología; ³Sección de Cardiología. Hospital General Universitario de Elda. ⁴Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁵Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Tanto la hiperuricemia asintomática (HUA) como la gota se han asociado a alteraciones ecocardiográficas como la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) o la disfunción diastólica (DD). Hasta la fecha, ningún estudio ha evaluado desde el punto de vista

ecocardiográfico a pacientes con HUA y depósito silente de cristales de urato monosódico (UMS).

Objetivos: Describir los hallazgos ecocardiográficos del subgrupo de pacientes con HUA y depósito demostrados de cristales de UMS, y compararlo con pacientes con HUA sin cristales y con pacientes con normouricemia (NU).

Métodos: Estudio transversal. Reclutamiento consecutivo de pacientes ingresados por un evento coronario. Los pacientes se clasificaron según nivel de ácido úrico sérico (AUS) al ingreso en HUA (AUS = 7,0 mg/dL sin historia de gota) o NU (AUS < 7,0 mg/dL de forma sostenida). Se excluyó a aquellos en tratamiento hipouricemiente. Se realizó ecografía de rodillas y ambas 1ª MTFs en todos los pacientes con HUA para detectar signos sugerentes de depósito de cristales; tras su detección, se confirmaron los cristales mediante artrocentesis y microscopía de luz polarizada. Los hallazgos ecocardiográficos y microscópicos fueron confirmados por un observador independiente. Se realizó ecocardiografía transtorácica en todos los pacientes durante su ingreso. Se recogió la presencia de las siguientes variables: a) HVI moderada-severa; b) fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) moderada-severamente deprimida; c) DD grado II-III; d) estenosis aórtica (EAo) moderada-severa; y e) insuficiencia mitral (IM) moderada-severa. Se realizó una comparación entre subgrupos, y un estudio de asociación entre la presencia de cristales de UMS y las variables ecocardiográficas mediante regresión logística, ajustando por factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Se han incluido 140 pacientes, mediana de edad de 71,5 años (p25-75 61,0-79,8), siendo un 76,4% hombres. Sesenta y seis fueron NU y 79 HUA; de estos, 13 (16,5%) se reclasificaron a HUA con cristales tras la ecografía y artrocentesis. No hubo diferencias significativas en las características basales de los pacientes, excepto mayor porcentaje de hipertensión y mayores cifras de IMC en ambos grupos de HUA (sin haber diferencias entre ellos). La tabla recoge los hallazgos ecocardiográficos. Ambos subgrupos de HUA mostraron una mayor prevalencia de HVI y EAo moderada-severa, pero sin diferir por la presencia de cristales. No hubo diferencias en el resto de variables. No se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre la presencia de cristales de UMS y las variables ecocardiográficas estudiadas.

Conclusiones: Este es el primer estudio hasta la fecha que ha evaluado las características ecocardiográficas de pacientes con HUA y depósito silente de cristales. Los resultados no sugieren un impacto relevante de los cristales a nivel ecocardiográfico en estos pacientes.

157. EL ÁCIDO ÚRICO MODULA LA RESPUESTA PROINFLAMATORIA INDUCIDA POR CRISTALES DE URATO MONOSÓDICO

M. Andrés¹, R. Francés² y E. Pascual^{1,3}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²CIBERehd. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: La respuesta a la administración de lipopolisacárido (LPS), una señal de alarma potente para la activación de la vía del inflammasoma NLRP3-interleuquina (IL)-1b, parece variar según

Tabla Póster 156

Variables ecocardiográficas	NU (n = 66)	HUA sin cristales (n = 61)	HUA con cristales (n = 13)	
HVI moderada-severa	14 (21,2%)	21 (34,4%)	6 (46,2%)	p = 0,03 (tendencia lineal) p = 0,53 (entre grupos HUA)
FEVI moderada-severamente deprimida	6 (9,1%)	14 (23,0%)	1 (7,7%)	p = 0,28
DD grado II-III	3 (4,5%)	8 (13,1%)	2 (15,4%)	p = 0,08
EAo moderada-severa	2 (3,0%)	8 (13,1%)	3 (23,1%)	p = 0,01 (tendencia lineal) p = 0,40 (entre grupos HUA)
IM moderada-severa	7 (10,6%)	8 (13,1%)	1 (7,7%)	p = 0,98

Tabla Póster 157

	Durante tratamiento	Tras retirada o reducción de dosis	Cambio	p
AU (mg/dL), mediana (p25-75)	3,5 (2,4-5,6)	7,5 (6,3-8,7)	2,4 (1,2-5,1)	0,001
TNFa (pg/ μ L), mediana (p25-75)	11,5 (8,9-14,4)	19,7 (14,6-26,2)	7,1 (2,1-14,9)	0,004
IL6 (pg/ μ L), mediana (p25-75)	19,8 (15,0-22,2)	29,3 (20,3-34,5)	10,55 (1,93-19,3)	0,028
IL1b (pg/ μ L), mediana (p25-75)	6,8 (4,8-17,6)	20,6 (8,8-27,4)	16,3 (7,1-21,0)	0,055

la concentración de ácido úrico (AU) existente. Los cristales de urato monosódico (UMS) también son reconocidos como señales de alarma por el sistema inmune innato, pero si los niveles de AU modulan también su respuesta inflamatoria no ha sido evaluada hasta la fecha.

Objetivos: Evaluar si la respuesta de citoquinas por la exposición a cristales de UMS se modifica según el nivel de exposición de AU en un modelo in vitro, y replicar este fenómeno en pacientes con gota.

Métodos: A) in vitro: Neutrófilos humanos fueron incubados con concentraciones crecientes de AU (1, 2, 4, 6, 7 y 8 mg/dL), siendo estimulados con una dosis constante de cristales de UMS (0,4 μ g/mL). Se midió por duplicado la producción de IL2, IL4, IL6, IL10, IL17, factor de necrosis tumoral-alfa (TNFa) e interferón-gamma (IFNg) por ELISA. B) Para el estudio in vivo, se evaluaron pacientes con gota vistos en consultas y bajo tratamiento hipouricemiante. Se seleccionó a aquellos cuyo médico planteó ajuste de dosis tras tratamiento hipouricemiante de largo tiempo, sin modificación de la profilaxis de ataques si la llevaba. Se midieron los niveles de AU, IL1b, IL6 y TNFa en dos momentos: 1) durante el tratamiento, y 2) tras ajuste de dosis (reducción o retirada del tratamiento). Se ha evaluado la variación en los niveles mediante el test de Wilcoxon para muestras apareadas, y la correlación entre los niveles de AU y las distintas citoquinas mediante la rho de Spearman.

Resultados: A) In vitro: A concentraciones crecientes de AU, los niveles de TNFa, IL2, IL6 e IFNg crecieron de forma paralela tras la administración de los cristales de UMS, mientras que los de IL4, IL10 e IL17 apenas se modifican. Encontramos un pico de citoquinas con AU de 6 mg/dL, de forma que a mayores concentraciones de AU no aumentó la producción de citoquinas. B) Para el estudio in vivo, se reclutaron 14 pacientes con gota, con una mediana de edad de 64,5 años (p27-75: 60,0-70,3), 92,9% hombres. La duración media de la gota era de 10 años (5,8-17,8), siendo tofácea en el 21,4%. La tabla recoge los niveles de AU y citoquinas en ambas determinaciones, apreciándose un incremento estadísticamente significativo en AU, TNFa e IL6 tras ajuste de tratamiento hipouricemiante, y una tendencia similar pero no significativa para IL1b. Se encontró una correlación directa significativa entre los niveles de AU y TNFa ($r = 0,77$, $p = 0,001$), siendo moderada y no significativa con IL6 ($r = 0,45$, $p = 0,13$) e IL1b ($r = 0,3$, $p = 0,30$).

Conclusiones: Ambos estudios confirman que las concentraciones de AU son capaces de modular la respuesta proinflamatoria inducida por los cristales de UMS.

Agradecimientos. Este estudio ha recibido financiación de laboratorios Menarini.

158. OPTIMIZACIÓN DE DOSIS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS EN PACIENTES CON ENFERMEADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

A. Begazo Cruz¹ y P. Vela Casasempere^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: Los fármacos biológicos son eficaces en el manejo de las artropatías inflamatorias crónicas, permitiendo la remisión, retrasando la progresión del daño articular y mejorando su calidad de vida. Datos de estudios observacionales muestran que en pacien-

tes con remisión sostenida es posible reducir la dosis de biológicos hasta la mínima eficaz; lo cual venimos realizando en la práctica clínica desde hace años; aunque de forma empírica, con el fin de disminuir los riesgos del sobretratamiento así como reducir los costes. En este sentido se ha publicado un documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y de Farmacia Hospitalaria planteando recomendaciones a la hora de optimizar la dosis de estas terapias.

Objetivos: Describir la frecuencia y las características de los pacientes con artropatías inflamatorias y optimización de dosis de fármacos biológicos subcutáneos.

Métodos: Estudio observacional transversal, retrospectivo incluyendo pacientes con prescripción activa de fármacos biológicos s.c. hasta el 31 de octubre de 2014 en la Sección de Reumatología. Se revisó la base de datos de prescripción farmacológica, historias clínicas electrónicas y en papel. Se consideró como "tratamiento en dosis reducida" a aquel con pauta inferior a la indicada en ficha técnica (menor dosis o mayor intervalo entre dosis). Se utilizó el criterio clínico de cada reumatólogo en la valoración de la actividad de la enfermedad en el momento de la optimización. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución, fármaco biológico y tratamiento concomitante actual (FAME sintético y glucocorticoides), dosis y duración, tiempo en dosis reducida y el motivo.

Resultados: Un total de 361 pacientes tenían prescripción activa de biológicos s.c. El 24,9% (90) llevaba dosis optimizada, siendo varones el 52,2% con edad media de 51 años, con diagnósticos de AR (35,6%), EA (27,8%), APso (22,2%) y misceláneos (11%) y tiempo medio de evolución de 12 años. Los fármacos optimizados fueron: etanercept (68,9%) y adalimumab (25,6%). En promedio, la dosis optimizada se mantenía durante 23,5 meses. El motivo de la optimización fue la remisión o baja actividad en el 90,3%, y eventos adversos/ mala tolerancia en el 6,7%. El tiempo en remisión antes de la reducción fue de 18,8 meses. No se observó una pauta homogénea de optimización. En el 77,7% se realizó espaciamiento del intervalo de administración; siendo las más frecuentes: ETN cada 10 días (45%) y para ADA: cada 21 días (43,4%). El 54,9% tenían el biológico en monoterapia y ningún paciente usaba glucocorticoides concomitantes. El 8,9% (8) presentó una recaída de la enfermedad durante la optimización; con un tiempo medio hasta la recaída de 6 semanas. Un tercio de ellos volvieron a dosis de ficha técnica y los restantes retomaron la pauta previa (dosis optimizada anterior), recuperando la remisión. Las recomendaciones de la SER/SFH para la optimización de dosis en relación al tiempo de remisión previo y la pauta se siguieron en el 87,8%. El intervalo entre consultas posteriores a la optimización también estuvo adecuado a las recomendaciones con un intervalo medio de 2,3 meses.

Tabla Póster 158

	Dosis estándar, N (%)	Dosis reducida, N (%)	Dosis escalada, N (%)	Total, N (%)
Etanercept	120 (64,9)	62 (33,5)	3 (1,6)	185 (100)
Adalimumab	66 (74,2)	23 (25,8)	0	89 (100)
Golimumab	52 (94,5)	3 (5,5)	0	55 (100)
Certolizumab	20 (91)	2 (9)	0	22 (100)
Abatacept	8 (100)	0	0	8 (100)
Anakinra	2 (100)	0	0	2 (100)
Total	268 (74,3)	90 (24,9)	3 (0,8)	361 (100)

Conclusiones: El 24,9% de los pacientes con artritis crónicas tratan los fármacos biológicos subcutáneos en nuestra Sección mantiene una dosis optimizada, con un largo tiempo de remisión previo, bajo porcentaje de recaídas, y con gran adecuación a las recomendaciones de la SER/SFH.

159. EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO “FIBROMYALGIA RAPID SCREENING TOOL (FIRST)” EN ESPONDILOARTRITIS

N. Bello^{1,2}, C. Béal², A. Etcheto³, M. Dougados² y A. Molto²

¹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Departamento de Reumatología. Hospital Cochin. AP-HP. INSERM (U1153): Epidemiología Clínica y Bioestadística. PRES Sorbonne Paris-Cité. Universidad Paris Descartes. París. Francia. ³INSERM (U1153): Epidemiología Clínica y Bioestadística. PRES Sorbonne Paris-Cité. París. Francia.

Introducción: El cuestionario FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) ha sido propuesto como una herramienta de auto evaluación para la detección de fibromialgia (FM) a través de 6 preguntas. Se considera positivo para el diagnóstico de FM si un paciente responde afirmativamente al menos 5/6 respuestas. Este cuestionario es independiente de los puntos dolorosos a la exploración física y, por lo tanto, de particular interés en pacientes con espondiloartritis (EA). **Objetivos:** Evaluar la validez y fiabilidad del cuestionario FiRST en una población con EA.

Métodos: Población: pacientes con EA (de acuerdo con el reumatólogo) que consultaron de forma consecutiva al departamento de reumatología de un hospital universitario terciario. Datos: además del cuestionario FiRST, otras variables fueron recogidas: a) Demografía: edad, género. b) Características de la EA: clínicas, imagen y tratamiento. c) Otros datos: historia de depresión y consumo (actual/pasado) de fármacos psicotrópicos (e.g. antidepresivos o miorelajantes o ansiolíticos u opioides). Análisis estadístico: se evaluó a) porcentaje de pacientes respondiendo afirmativamente a $\geq 5/6$ preguntas (a partir de ahora FM+); b) la capacidad clasificatoria de cada pregunta del FiRST evaluando la razón de probabilidad positiva (LR+); c) el porcentaje de pacientes con antecedentes o consumo actual de fármacos psicotrópicos e historia de depresión en los grupos FM+ y FM- (χ^2); d) la fiabilidad del cuestionario evaluada a través del kappa ajustado al sesgo y a la prevalencia (PABAK) en 22 pacientes durante dos visitas consecutivas, con actividad de la enfermedad estable y sin cambios en el tratamiento.

Resultados: De 222 pacientes que completaron el cuestionario 195 fueron conservados para el análisis dentro de los cuales 42 pacientes (21,5%) fueron clasificados como FM+. La LR+ fue 4,3 [IC95% 2,85; 6,43] para la pregunta 1; 1,8 [IC95% 1,52; 2,07] para la pregunta 2; 2,7 [IC95% 2,17; 3,42] para la pregunta 3; 3,4 [IC95% 2,44; 4,59] para la pregunta 4; 2,6 [IC95% 1,99; 3,40] para la pregunta 5 y 2,1 [IC95% 1,80; 2,51] para la pregunta 6, sugiriendo que la pregunta nº 1 tiene el mejor rendimiento. El porcentaje de pacientes con historia de depresión o consumo de fármacos psicotrópicos fue significativamente mayor en el grupo FM+ (67% vs 36%, $p \leq 0,01$). En cuanto a la fiabilidad, el nivel de concordancia fue bueno con un PABAK = 0,64 (IC95% 0,314; 0,958).

Conclusiones: Este estudio sugiere: 1) la adecuada simplicidad, viabilidad y fiabilidad del cuestionario FiRST en la práctica clínica; 2) potencialmente la primera pregunta del cuestionario, que hace referencia al dolor generalizado, sea la más relevante. 3) el alto porcentaje de pacientes con historia de depresión o el consumo de fármacos psicotrópicos dentro del grupo FM+ sugiere una adecuada validez interna. Esta herramienta facilitaría el manejo de la EA en la práctica diaria.

N.B quiere agradecer a la Fundación Española de Reumatología (FER) por la ayuda concedida para la realización de una estancia en el extranjero.

160. ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL: AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE PLACAS CAROTÍDEAS

J. Rueda-Gotor¹, A. Corrales¹, R. Blanco¹, P. Fuentevilla¹, V. Portilla¹, R. Expósito², C. Mata², T. Pina¹, C. González-Juanatey³, J. Llorca⁴ y M.A. González-Gay^{1,5}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Sección de Reumatología. Hospital Comarcal de Laredo. ³Servicio de Cardiología. Hospital Lucas Augusti. Lugo. ⁴División de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). ⁵Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Faculty of Health Sciences. University of the Witwatersrand. Johannesburg. Sudáfrica.

Objetivos: Establecer si la aterosclerosis subclínica esta aumentada en los pacientes con espondiloartritis axial (EsPax).

Métodos: Una serie de 149 pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular que cumplieran los criterios de clasificación Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) para EsPax fueron estudiados mediante ecografía carotídea. El espesor íntima media carotídeo (cIMT) y la presencia de placas fueron evaluados. Además fueron estudiados 181 controles sanos sin historia previa de enfermedad cardiovascular. Para determinar si la EsPax puede tener un efecto directo en el riesgo de desarrollar placas carotídeas o un efecto indirecto a través de su influencia en la hipertensión, dislipemia u obesidad, obtuvimos odds ratios (OR) ajustadas para cada factor clínico mediante el desarrollo de modelos ajustados.

Resultados: El cIMT se encontró aumentado en los pacientes ($0,621 \pm 0,123$ mm) en comparación con los controles ($0,607 \pm 0,117$ mm), aunque la diferencia no fue significativa ($p = 0,30$). Las placas carotídeas fueron observadas más frecuentemente en pacientes con EsPax que en los controles (41,6% vs 26,4%; $p = 0,003$). Los pacientes con placas tenían una mayor duración de la enfermedad que aquellos sin placas ($20,5 \pm 11,2$ años vs $12,0 \pm 8,6$ años; $p < 0,001$). Las placas fueron más prevalentes en pacientes con afectación de cadera (OR 3,15, 95% intervalo confianza [IC] 1,02-9,75; $p = 0,05$) y sindesmofitos (OR 4,94, IC95% 2,14-11,4; $p < 0,001$), y en pacientes con mayor limitación funcional y de la movilidad medidos por BASFI (OR 1,16, IC95% 1,02-1,33; $p = 0,03$) y BASMI (OR 1,45, IC95% 1,19-1,77; $p < 0,001$), y en aquellos con psoriasis (OR 3,94, IC95% 1,31-11,84; $p = 0,02$). Sin embargo, excepto para la psoriasis que continuó constituyendo un factor de riesgo para la presencia de placas, la relación entre otras características clínicas de EsPax y la existencia de placas desapareció en los modelos ajustados.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman la presencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con EsPax.

161. ELEVACIÓN DE CALPROTECTINA FECAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

M.J. Moreno Martínez¹, M.J. Moreno Ramos² y L. Linares Ferrando²

¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene una gran relación con las espondiloartritis (Spa) y la espondilitis anquilosante (EA). Se han estudiado distintos marcadores de EII en pacientes con dichas patologías, donde se observa una correlación con otros marcadores de actividad y una cierta tendencia a aumentar en los tomadores de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

Objetivos: Determinar si existe relación entre los niveles de calprotectina fecal y anticuerpos antisacromicos (ASCAs), y otros marcadores de actividad establecidos, como PCR, VSG, BASDAI, BASFI así como con la toma de AINEs, en pacientes con espondiloartritis.

Métodos: Se trata de un estudio observacional transversal, donde los pacientes son revisados de forma secuencial en la consulta de Espondiloartritis del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, diagnosticados de espondilitis anquilosante (según criterios NY modificados), espondiloartritis periférica y axial (según criterios ASAS), Artropatía psoriásica (según criterios CASPAR), todos estos sin síntomas digestivos, y pacientes diagnosticados de Espondiloartritis asociada a EII. A estos pacientes se les extrae una analítica completa con reactantes de fase aguda, calprotectina fecal y ASCAs. Se les pasa el cuestionario BASDAI y BASFI.

Resultados: Se incluyen 45 pacientes con distintos diagnósticos (36% EA, 38% Spa axial, 7% Spa periférica, 7% artropatía psoriásica, 10% Spa axial + EII, 2% Spa periférica + EII) obteniendo un valor medio de calprotectina fecal de 70 µg/g. En cuanto a los ASCAs, todos los pacientes excepto uno tuvieron valores normales. En el análisis de correlación se obtuvo una correlación positiva entre los valores de calprotectina y PCR de forma significativa ($r^s = 0,491$, $p = 0,001$) (tabla), así como una relación significativa (chi cuadrado $p = 0,02$) con la toma de AINEs. No se encontró relación con otros parámetros como VSG, BASDAI, BASFI, Edad, positividad al HLA B27, el diagnóstico ni la toma de otros tratamientos.

Tabla Póster 161

Correlación entre distintos parámetros

Correlación	r^s (significación)*
Calprotectina/VSG	0,24 (p 0,12)
Calprotectina/BASDAI	0,37 (p 0,06)
Calprotectina/BASFI	0,22 (p 0,26)
Calprotectina/EDAD	0,07 (p 0,63)
Calprotectina/PCR	0,49 (p 0,001)

*Coeficiente de correlación de Spearman.

Conclusiones: La calprotectina fecal se correlaciona positivamente ($p < 0,05$) con la PCR en esta población así como con la toma de AINEs ($p < 0,05$), sin objetivar relación con otros parámetros como BASDAI, VSG, BASFI, tratamientos, HLA B27 ni distintos diagnósticos. Se trata de una muestra pequeña, lo que podría ser la causa de la no relación con otros parámetros como el BASDAI, así como el bajo índice de correlación con la PCR. A nuestros pacientes no se les hizo estudio con colonoscopia por lo que no sabemos si podrían tener EII microscópica o enteropatía por AINEs.

162. REGISPONSERBIO: DIFERENCIAS ENTRE CASOS PREVALENTES E INCIDENTES EN LOS DATOS DE LA VISITA BASAL

M. Moreno¹, J. Gratacós¹, E. de Miguel², V. Navarro², M. Aparicio³, P. Zarco⁴, R. Almodóvar⁴, A. Sellas⁵, P. Lisboa⁶, D. Ruiz⁷, J. Sanz⁸, B. Yoldi⁹, C. Campos¹⁰, E. Batlle¹¹ y X. Juanola³

¹Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁴Hospital Fundación de Alcorcón. Madrid. ⁵Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. ⁷Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁸Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. ⁹Hospital Universitari Quirón-Dexeus. Barcelona. ¹⁰Hospital General de Valencia. ¹¹Hospital Sant Joan d'Alacant. Alicante.

Introducción: Los registros de enfermedades son un instrumento de gran utilidad para esclarecer y analizar diferencias en aspectos epidemiológicos, pronósticos, de eficacia terapéutica, calidad de vida y socioeconómicos, en los pacientes incluidos en un medio de práctica clínica habitual.

Objetivos: Estudiar las principales diferencias basales al inicio de la terapia biológica actual entre el grupo de pacientes en tratamiento biológico habitual (casos prevalentes) y los pacientes con nueva indicación de terapia biológica (casos incidentes).

Métodos: REGISPONSERBIO es un registro observacional, prospectivo (duración 3 años con controles cada 6 meses), multicéntrico (17 centros), de pacientes con EspA axial (criterios ASAS) en tratamiento biológico en España. Todos los pacientes incluidos debían estar en tratamiento biológico y disponer de los datos mínimos necesarios, que permitan evaluar los objetivos propuestos. El período de inclusión de pacientes ha sido entre septiembre de 2013 y diciembre de 2014. El registro ha incluido dos grupos de pacientes: a) casos prevalentes (pacientes en tratamiento biológico habitual previo a la visita basal) b) casos incidentes (pacientes que han iniciado el biológico coincidiendo con la visita basal). En todos los pacientes incluidos se ha determinado en la visita basal los siguientes datos: edad al inicio del tratamiento y de la enfermedad, tiempo de evolución de la enfermedad, sexo, HLA B27, índice de masa corporal (IMC), BASDAI, BASFI, PCR, VSG, datos metrológicos, ASQoL, WAPAI, manifestaciones extraarticulares, comorbilidades, estudio radiológico, tratamiento biológico en el momento de la inclusión en el registro y tratamientos concomitantes.

Resultados: Se han incluido 258 pacientes de los cuales 174 (67%) fueron casos prevalentes. Los pacientes prevalentes mostraron respecto a los incidentes un mayor tiempo de evolución de la enfermedad 15 + 11 vs 8 + 11 años ($p < 0,001$), una mayor proporción de varones 144 (83%) vs 57 (69%) ($p = 0,01$), una menor proporción de espondilartritis axial no radiográfica 6 (3%) vs 12 (14%) ($p = 0,001$) y una mayor proporción de positividad del HLAB27 145 (84%) vs 57 (69%) aunque esta última sin alcanzar significación estadística ($p = 0,06$).

Conclusiones: Los datos sugieren que el perfil de pacientes a los que se indica terapia biológica está cambiando últimamente.

163. LOS NIVELES SÉRICOS DE LA GLUCOPROTEÍNA 39 DEL CARTÍLAGO (YKL-40) SE CORRELACIONAN CON LIMITACIÓN FUNCIONAL Y DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.A. Pinto, E. Alonso, C. Bejerano, S. Pértiga, C. Fernández, N. Oreiro, J. Gromaz, M.T. Silva, M. Freire, F.J. de Toro, M. Acasuso y F.J. Blanco

Universidade da Coruña. INIBIC. CS San José. Unidad de Epidemiología y Estadística y Servicio de Reumatología. SERGAS-EOXXI. A Coruña.

Introducción: Las enfermedades con inflamación y daño articular conducen a la degradación del tejido afectado liberando productos como YKL-40. La espondilitis anquilosante (EA) muestra niveles séricos más altos de YKL-40 comparado con sujetos sanos. La columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas son la principal diana de la inflamación en la EA y su daño limita la movilidad y provoca discapacidad en los pacientes.

Objetivos: Evaluar la relación entre niveles séricos de YKL-40, daño radiológico y limitación funcional en una cohorte longitudinal observacional de pacientes con EA no tratados con terapia biológica. **Métodos:** Los datos de los pacientes con diagnóstico de EA (criterios modificados de Nueva York) incluían las características demográficas (edad, sexo, duración de la enfermedad, el índice de masa corporal) y metrología (rotación cervical, distancia occipucio-pared, expansión torácica, flexión lateral lumbar, test Schober modificado, distancia dedo-suelo y distancia intermaleolar), las puntuaciones BASDAI y BASFI, velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). Las radiografías de estos pacientes (sacroilíacas, lateral de columna cervical y AP y lateral lumbar) fueron puntuadas de acuerdo al Bath AS Radiology Index-spine (BASRI-s) y los niveles séricos de YKL-40 se determinaron por ELISA (ng ml) en

muestras de sangre periférica, a su entrada en la cohorte. Los datos se presentan como media (desviación típica). Las correlaciones se evaluaron utilizando el coeficiente de correlación de Spearman y análisis de regresión. Valores de $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados: Los datos se obtuvieron de 100 pacientes, 82 varones, con una media de edad de 48,7 años (12,9), duración de la enfermedad de 12,5 (8,9) años y puntuación del BASRI-s 7,4 (3,5). Los niveles séricos de YKL-40 obtenidos de 86 pacientes eran de 125,9 (89,9) y tenía correlación con la edad (r 0,54; $p < 0,0001$), duración de la enfermedad (r 0,27; p 0,011), el IMC (r 0,26; p 0,017), BASFI (r 0,41; $p < 0,0001$), rotación cervical (p 0,002), distancia occipucio-pared (r 0,28; p 0,007), la expansión torácica (r -0,33; p 0,005), test de Schober modificado (r 0,30; p 0,017), distancia dedo-suelo (r 0,28; p 0,008), distancia intermaleolar (r -0,40; $p < 0,0001$) y BASRI-s (r 0,38; $p < 0,0001$). Las diferencias no tuvieron significación estadística con respecto a la flexión lateral lumbar (r -0,24; p 0,059) y no se observó correlación con el género (p 0,387), ESR (r 0,13; p 0,223), PCR (r -0,13; p 0,235) ni BASDAI (r 0,08; p 0,425). Por otra parte, BASRI-s correlacionó con la duración de la enfermedad (r 0,51; $p < 0,0001$) y con la edad (r 0,52; $p < 0,0001$).

Conclusiones: En nuestro estudio los niveles séricos de YKL-40 se correlacionaron con el empeoramiento de la capacidad funcional (metrología y BASFI) y el daño estructural axial (BASRI-columna) que representan progresión de la enfermedad en la espondilitis anquilosante.

164. INFLUENCIA DE LA INMUNOGENICIDAD CON FAMES CLÁSICOS EN LA EFICACIA DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS A LARGO PLAZO CON INFlixIMAB, ADALIMUBAB, ETANERCEPT Y GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

E. Moral¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², G. Bonilla¹, C. Tornero¹, I. Monjo¹, A. Pieren¹, M. Paredes¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, J. Díez³, A. Martínez², R. del Moral², E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología; ³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: La terapia anti-TNF ha demostrado ser eficaz en pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis y artritis psoriásica (APs) refractarios a FAMES clásicos. Sin embargo, su eficacia puede verse afectada por el desarrollo de anticuerpos anti-fármaco (ADA).

Objetivos: Evaluar la relación de la inmunogenicidad y el tratamiento concomitante con FAMES clásicos en la eficacia de las terapias biológicas con infliximab (Ifx), adalimumab (Ada), etanercept (Etn) o golimumab (Goli) en pacientes con APs.

Métodos: Se estudiaron 70 pacientes con APs en tratamiento durante un máximo de 3 años con Ifx, Ada, Etn o Goli como primer anti-TNF. Se evaluó la actividad clínica mediante el DAS28 y ASDAS en el momento basal y cada 6 meses. Los niveles séricos de fármaco y ADA se midieron en el momento previo a cada administración mediante ELISA. El análisis estadístico se realizó mediante el SPSS 20.0.

Resultados: De los 70 pacientes con APs, 36 (51,4%) fueron mujeres y 34 (48,6) hombres, de los cuales 25 (35,7%) fueron tratados con Ifx, 15 (21,4%) con Ada, 24 (34,2%) con Etn y 6 (8,5%) con Goli. La duración media del tratamiento fue de $6,5 \pm 4,3$ años para el Ifx, $3,5 \pm 2,4$ para el Ada, $6,2 \pm 2,8$ para el Etn y 2 ± 1 para el Goli ($p < 0,01$), de modo que el tiempo medio global en tratamiento biológico fue de $5,5 \pm 3,6$ años. Del total de pacientes, 10 (14,3%) estuvieron en monoterapia con anti-TNF y 45 (64,3%) asociados a FAMES clásicos, 29 (41,4%) de los cuales recibieron únicamente metotrexato (Mtx). Se detectó ADA en 6 (8,5%) pacientes (4 con Ifx y 2 con Ada) y las determinaciones de ADA fueron negativas en

pacientes tratados con Etn o Goli. En el caso de Ifx, 3 (75%) pacientes desarrollaron ADA en los primeros 6 meses y 1 (25%) paciente a los 2 años. Para el tratamiento con Ada, 1 (50%) paciente desarrolló ADA al año y 1 (50%) paciente a los 3 años. El desarrollo de ADA fue más frecuente en los pacientes que no asociaron Mtx (16,6%) en comparación con los que recibieron tratamiento concomitante con dicho FAME (4,4%). Entre los que desarrollaron ADA, se encontró una correlación significativa con niveles bajos de fármaco y las cifras de DAS28/ASDAS alcanzaron valores más elevados en todos los momentos estudiados en dicho grupo ($p < 0,05$). Los pacientes ADA negativos alcanzaron remisión o baja actividad con mayor frecuencia que los ADA positivos y la tasa de abandono también fue menor para este primer grupo: de los que desarrollaron ADA, 4 (66,6%) suspendieron el tratamiento frente a 12 (23%) de los ADA negativos ($p = 0,046$).

Conclusiones: La presencia de ADA se asocia con peor control de la actividad de la enfermedad. En nuestra cohorte de pacientes con APs tratada con anti-TNF, la incidencia de ADA fue poco frecuente y se observó, únicamente, en los pacientes tratados con Ifx o Ada. La terapia concomitante con Mtx parece disminuir el desarrollo de inmunogenicidad en estos pacientes.

165. ESPONDILOARTRITIS AXIAL TRATADA CON CERTOLIZUMAB PEGOL A LARGO PLAZO. RESULTADOS A LAS 96 SEMANAS DEL ESTUDIO RAPID-AXSPA

J.C. Nieto¹, J. Sieper², M. Rudwaleit³, D. van der Heijde⁴, W.P. Maksymowych⁵, M. Dougados⁶, P.J. Mease⁷, J. Braun⁸, A. Deodhar⁹, O. Davies¹⁰, C. Stach¹¹, B. Hoepken¹¹, T. Nurminen¹¹ y R. Landewé¹²

¹Rheumatology Department. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Rheumatology Department. University Hospital Charité. Berlin. Alemania. ³Endokrinologikum. Berlin. Alemania. ⁴Department of Rheumatology. Leiden University Medical Centre. Leiden. Holanda. ⁵University of Alberta. Edmonton. AB. EEUU. ⁶Department of Rheumatology. Cochin Hospital. Paris. Francia. ⁷Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. EEUU. ⁸Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. ⁹Oregon Health & Science University. Portland. EEUU. ¹⁰UCB Pharma. Slough. Reino Unido. ¹¹UCB Pharma. Monheim. Alemania. ¹²Academic Medical Center. Amsterdam and Atrium Medical Center. Heerlen. Holanda.

Introducción: RAPID-AxSpa, primer ensayo clínico fase III que incluye pacientes (pcs) con espondiloartritis axial (EspAx) compuesta por espondilitis anquilosante (EA) y espondiloartritis axial no-radiográfica (nr-EspAx) según los criterios ASAS. Certolizumab pegol (CZP) subcutáneo, a dosis de 200 mg quincenales o 400 mg mensuales, demostró ser eficaz y seguro en pacientes con EspAx. En un sub-estudio de imagen se demostró que las lesiones inflamatorias, tanto en columna como en SI, mejoraba a las 12 semanas (sem) de iniciar tratamiento con CZP. Aquí presentamos eficacia, seguridad y resultados de RM a las 96 sem de tratamiento con CZP en pacientes con EspAx.

Métodos: El estudio RAPID-AxSpa (NCT01087762) es un estudio doble ciego, controlado con placebo (PBO) hasta sem24, doble ciego hasta sem 48 y abierto (OL) hasta sem 204. Los pcs, que debían tener AxSpa activa y cumplir criterios ASAS, eran inicialmente aleatorizados a CZP (200 mg Q2W o 400 mg Q4W, seguido de dosis de inducción (DI) de 400 mg a las sem 0,2,4) y continuaban en su dosis asignada en la fase abierta (OL); los pacs PBO que entraban en fase doble ciega eran re-aleatorizados a CZP DI seguido de CZP 200 mg Q2W o CZP 400 mg Q4W después de 24 sem o, para los no respondedores, después de la sem 16. Aquí presentamos los datos compilados del estudio incluyendo eficacia, seguridad e imagen por RM a largo plazo (96 sem).

Resultados: Eficacia y seguridad: tabla. Características demográficas de los pcs tratados desde el inicio con CZP en el estudio. La eficacia de CZP en ambos regímenes de administración se mantuvo estable a largo plazo, con un 60% pcs con respuesta ASAS20 a las 96 sem de seguimiento. La seguridad a las 96 sem estaba en línea con los datos del estudio previamente reportados, y no aparecieron nuevas señales de seguridad a largo plazo. Mejoría de inflamación medida por RM. De los 163 pcs que se incluyeron en el sub-estudio de RM, se presentaron los resultados de los 109 pcs con CZP desde el inicio del estudio. La mejoría de la inflamación en articulaciones SI (SPARCC) y en columna (modificación de Berlín de ASpiMRI-a) obtenida a las 12 sem de iniciar CZP, se mantuvo a las 96 sem.

Tabla Póster 165

Características demográficas

	Todos los pacientes EspAx (n = 218)	EA (n = 121)	nr-EspAx (n = 97)
Edad en años, media (DE)	39,5 (11,6)	41,4 (11,1)	37,1 (11,8)
Género (masculino)	135 (61,9)	88 (72,7)	47 (48,5)
Duración de los síntomas en años (mín; máx)	7,8 (0,3; 44,8)	8,8 (0,3; 44,8)	5,9 (0,3; 34,2)
Duración de los síntomas menor a 5 años	84 (38,5)	41 (33,9)	43 (44,3)
PCR mg/L, mediana	12,5	14	11
> ULN (7,9 mg/L)	146 (67)	85 (70,2)	61 (62,9)
BASDAI, media (DE)	6,4 (1,5)	6,4 (1,5)	6,6 (1,5)
BASFI, media (DE)	5,3 (2,3)	5,6 (2,3)	5(2,3)
ASDAS, media (DE)	3,8 (0,9)	3,9 (0,9)	3,8 (0,8)
Artritis periférica	76 (34,9)	42 (34,7)	34 (35,1)
Entesitis	148 (67,9)	78 (64,5)	70 (72,2)
Uveítis	38 (17,4)	20 (16,5)	18 (18,6)

Valores en % salvo que se indique de otra manera

Conclusiones: CZP en ambos regímenes de administración es eficaz y seguro a largo plazo en el tratamiento de pacientes con EspAx. Esta mejoría mantenida se observó en las dos subpoblaciones del estudio, la de EA y la de EspAx-nr. Además, la mejoría de la inflamación medida por RM de SI y columna demostrada a las 12 sem, se mantiene a largo plazo en ambas dosis. Los pacientes con enfermedad inactiva a las 12 sem de tratamiento tienen altas probabilidades de mantener la eficacia a las 48 sem. El perfil de seguridad a largo plazo se mantuvo en línea con los datos previamente reportados del estudio RAPID AxSpa, sin aparecer nuevas alertas debidas a la exposición a largo plazo.

166. DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE ENDOGLINA EN EL LÍQUIDO SINOVIAL DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

I. Fuentes¹, R. Usategui-Martín², C. Martínez-Salgado¹, M.D. Sánchez-González³, I. Calero-Paniagua³, A. Quesada-Moreno³, T.E. Carranco-Medina³, C. Hidalgo-Calleja³, L. Pérez-Garrido³, O. Martínez-González³, J. del Pino-Montes³, R. González-Sarmiento² y C. Montilla³

¹IBSAL-Departamento de Fisiología y Farmacología; ²Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. ³IBSAL-Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: En la sinovial de las enfermedades articulares inflamatorias hay una llamativa proliferación vascular cuyas características difieren según el proceso. Así, en la artritis psoriásica (Aps) se ha demostrado que la morfología de los vasos en la sinovial es diferente a la encontrada en la artritis reumatoide (AR). La mayoría de los pacientes con Aps tiene un patrón vascular con vasos densos y morfología tortuosa, mientras que los pacientes con AR tienen vellosidades con vasos rectos y ramificados. La endoglina es una glicoproteína de membrana localizada en la superficie celular que forma parte del complejo receptor del TGF-beta. Es un mediador endotelial que ha

demostrado un papel importante como modulador de la angiogénesis. Planteamos el estudio con el objetivo de valorar la influencia de los niveles de endoglina en la angiogénesis de la sinovial de estos pacientes. Hasta el momento no se había realizado un estudio que comparase los niveles de endoglina en líquido sinovial (LS) en estas poblaciones.

Objetivos: Comparar las concentraciones de endoglina en el LS de un grupo de pacientes con AR, Aps y Artrosis. Relacionar las concentraciones de endoglina con la actividad de la enfermedad en pacientes con Aps y AR.

Métodos: Se midieron los niveles de endoglina en el LS de 15 pacientes con AR, catorce con Aps y 22 con artrosis. Debido a que los pacientes podían presentar artrosis añadida a la enfermedad inflamatoria se excluyeron los LS con recuentos inferiores a 2.000 leucocitos/campo. También se descartaron los LS con microcristales. La actividad de la enfermedad se obtuvo por la VSG, PCR, el número de articulaciones dolorosas y tumefactas y el índice compuesto DAS 28. La determinación de los niveles de endoglina en LS se realizó mediante la técnica de ELISA, con kits comerciales y siguiendo las instrucciones del fabricante.

Resultados: La edad media de los pacientes con artrosis fue de 62,93 años, de 44,75 en los pacientes con AR y de 42, 33 en los pacientes con Aps. Se obtuvo una mayor concentración de endoglina en los pacientes con AR 12,14 (DE: 6,48), respecto a la hallada en pacientes con Aps 4,61 (DE: 1,82) (p: 0,001), y la obtenida en pacientes con artrosis 4,29 (DE: 2,04) (p: 0,001). No se encontró diferencias entre los pacientes con Aps y artrosis (p = 0,68). La distribución de dislipemia, hipertensión arterial y diabetes fue similar en todos los grupos. Tampoco hubo diferencias en el tratamiento de los pacientes con AR y Aps. No se encontró relación en pacientes con AR entre las concentraciones de endoglina y la PCR (p = 0,58), la VSG (p = 0,63), el NAT (p = 0,23), el NAD (p = 0,83), la EVA (p = 0,91) y el DAS28 (p = 0,43). Tampoco se encontró relación en pacientes con Aps entre las concentraciones de endoglina y la PCR (p = 0,58), la VSG (p = 0,12), el NAT (p = 0,70), el NAD (p = 0,06), la EVA (p = 0,59) y el DAS28 (p = 0,12).

Conclusiones: Los niveles de endoglina en el LS no parece que tengan relevancia en la angiogénesis de la sinovial en pacientes con Aps. Asimismo, estos niveles tampoco se correlacionaron con la actividad de la enfermedad en pacientes con Aps y/o AR. El análisis de la endoglina en LS puede ser útil como análisis para diferenciar ambas enfermedades o como factor diagnóstico en las artritis indiferenciadas.

167. AFECTACIÓN AXIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA SEGÚN CRITERIOS ASAS. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 167 PACIENTES

A. Zacarías, S. Heredia, M. Pascual, M. López de Recalde, X. Juanola y J. Rodríguez Moreno

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una patología inflamatoria crónica que puede estar definida como afectación periférica, afectación axial o la combinación de ambas afectaciones. La definición de la afectación axial está en discusión. En tanto no se consensuen nuevos criterios, los criterios del grupo ASAS ("The Assessment of Spondyloarthritis International Society") pueden ser los más adecuados.

Objetivos: Describir la espondiloartropatía axial en una cohorte observacional de APs en base a los criterios ASAS y analizar la asociación con diferentes variables de la APs.

Métodos: Estudio trasversal de una serie de 167 pacientes consecutivos de la cohorte observacional de APs de un Hospital universitario. Todos cumplían criterios CASPAR. Se interrogó por la presencia de clínica axial y las características de las mismas sobre el antecedente de "dolor lumbar > 3 meses antes de los 45 años" así como también se interrogó sobre los demás parámetros diagnósticos de los criterios ASAS para espondiloartritis (Spa) axial: dolor lumbar

inflamatorio, artritis, historia familiar de Spa, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, dactilitis, entesitis, uveítis, buena respuesta a antiinflamatorios y proteína C reactiva elevada. Se solicitó radiografía de sacroilíacas y columna lumbar. Se realizó el estudio comparativo entre el grupo que cumplía criterios ASAS y el resto. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-Windows 20. **Resultados:** De los 167 pacientes, 66 (39,5%) referían dolor lumbar > 3 m antes de los 45 años, pero sólo 35 (20,9%) cumplieron criterios ASAS para Spa axial (19,2% por la rama de imagen y 10% por la rama del HLA B 27 positivo). Un porcentaje mayor (29,9%) presentaban signos radiográficos de sacroileítis. Un 17,8% de la serie global era HLA B27 + y en los pacientes ASAS+ el porcentaje se elevaba al 51,5%. En la tabla se muestran las variables que se asociaron de forma significativa a los pacientes con afección axial. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a dactilitis, patrón de artritis periférica (oligo/poliarticular), entesitis, afectación de interfalángicas distales o formas mutilantes.

Tabla Póster 167

	Serie global (n 167)	Criterios ASAS positivos (n 35)	Criterios ASAS negativos (n 132)	P
Edad (n = 167)	56,6 ± 12,7	52,6 ± 11,6	57,6 ± 13	0,040
Edad de inicio de la psoriasis (n = 149)	32,6 ± 15,6	26,9 ± 11,1	33,7 ± 16,2	0,055
Edad de Inicio de la Aps (n = 167)	39,7 ± 13	32 ± 10,6	41,7 ± 13	0,000
Duración de la Aps (n = 167)	16,9 ± 11,7	20,6 ± 13,5	15,9 ± 11	0,034
Psoriasis moderada/severa (n = 153)	48/153 (34,6%)	12 (50%)	36 (28%)	0,032
Familiar de 1 ^{er} grado con Aps (N = 151)		7 (29%)	8 (6%)	0,001
Uveítis (n = 167)		4 (11%)	2 (1,5%)	0,018

Conclusiones: Los criterios ASAS son de utilidad en el diagnóstico de la afección axial de la artritis psoriásica. Esta se presenta con más frecuencia en hombres en los que la afección cutánea y osteoarticular debuta a edades más tempranas. Tienen más familiares afectados de artritis psoriásica. Presentan más uveítis y la afectación cutánea es más severa.

168. POLIMORFISMO PRO12ALA DEL GEN PPARG, DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

C. Montilla¹, N. Cubino², C. Cieza-Borrell³, R. Usategui-Martín³, M.D. Sánchez-González¹, I. Calero-Paniagua¹, A. Quesada-Moreno¹, T.E. Carranco-Medina¹, C. Hidalgo-Calleja¹, L. Pérez-Garrido¹, O. Martínez-González¹, J. del Pino-Montes¹ y R. González-Sarmiento³

¹IBSAL-Servicio de Reumatología; ²IBSAL-Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ³IBSAL-Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

Introducción: PPARG es un receptor nuclear implicado en procesos inflamatorios y metabólicos. Se ha demostrado que la activación de PPARG produce un descenso de IL-1 β , IL-6 y TNF α . Por otro lado, la estimulación con un agonista de PPARG provoca la diferenciación de las células mesenquimales hacia adipocitos en lugar de hacia osteoblastos produciendo una disminución de la Densidad mineral ósea (DMO). Sin embargo, otros estudios han descrito que PPARG promueve la actividad osteobástica posiblemente en relación a la inhibición de TNF α . En nuestro estudio planteamos medir la influencia del polimorfismo Pro12Ala del gen PPARG en la actividad inflamatoria y en el metabolismo mineral óseo de un grupo de pacientes con Artritis psoriásica (Aps). Hasta el momento no se había realizado un estudio de estas características.

Objetivos: Relacionar el polimorfismo de PPARG (rs1801282) con la DMO y la actividad inflamatoria en un grupo de pacientes con Aps. **Métodos:** Se incluyeron cincuenta y un pacientes con Aps según los criterios CASPAR a los que se les había analizado el polimorfismo Pro12Ala del gen PPARG. A todos los pacientes se les realizó una densitometría. Se excluyeron todos los pacientes que tenían alguna enfermedad que pudiera alterar el metabolismo fosfo-cálcico o que tuvieran sindesmoftos que artefactaran la medida de la DMO en columna lumbar en la densitometría. Se recogieron variables que influían en el metabolismo mineral óseo y los marcadores de formación y resorción ósea (PNP1 y β -CrossLabs). Para los parámetros inflamatorios se utilizaron el promedio de la VSG, la PCR, el número de articulaciones tumefactas y el DAS28.

Resultados: El 90,2% de los pacientes presentan un genotipo homocigoto C/C (Pro/Pro) el resto un genotipo heterocigoto C/G (Pro/Ala). La distribución de los variables clínicas que influyen en el riesgo de fractura y la inflamación así como los valores de 25OHD, PNP1 y β -CrossLabs en relación al genotipo del polimorfismo se exponen en la tabla. Respecto al tratamiento el 40% de los pacientes con genotipo homocigoto C/G (Pro/Ala) estaba con un fármaco biológico en comparación con el 26,08% de los pacientes con el genotipo heterocigoto C/G (Pro/Ala) (p = 0,60). Por último, la DMO de columna no se correlacionó con la VSG (p = 0,81), con la PCR (p = 0,14), con el NAT (p = 0,65) ni con el DAS28 (p = 0,20). Tampoco hubo asociación entre la DMO de cadera y la VSG (p = 0,58), la PCR (p = 0,58), el NAT (p = 0,93) o el DAS28 (p = 0,30).

Tabla Póster 168

	C/C (Pro/Pro)	C/G (Pro/Ala)	P
Edad	44,06 (6,62)	45,00 (12,38)	0,39
Sexo (H/M)	32/14	3/2	0,66
Tabaco (N/E/> 20/< 20)	34/4/2/6	2/1/0/2	0,34
Corticoides (gramos)	1,56 (2,12)	1,89 (2,34)	0,46
Medidas lácteas	2,48 (1,16)	4,50 (4,94)	0,66
IMC	27,78 (3,77)	28,13 (4,11)	0,84
DMO columna	1,03 (0,16)	0,980 (0,13)	0,49
DMO cadera	0,92 (0,11)	0,81 (0,12)	0,05
25OHD	25,51 (11,89)	16,94 (8,03)	0,11
PNP1	41,96 (20,72)	54,50 (17,68)	0,25
β -CrossLabs	0,34 (0,17)	0,50 (0,20)	0,09
NAT	2,49 (0,89)	3,98 (0,77)	0,67
VSG	21,73 (15,65)	36,60 (32,50)	0,36
PCR	0,65 (0,99)	1,24 (1,73)	0,24
DAS28	2,62 (1,06)	3,06 (0,92)	0,44

Conclusiones: El alelo alanina del polimorfismo Pro12Ala del gen PPARG puede representar un marcador genético que se relacione con las formas más inflamatorias y con menos DMO en pacientes con Aps. Estudios con más pacientes puede corroborar esta afirmación.

169. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

M.J. Moreno Martínez¹, M.J. Moreno Ramos², F.J. Rodríguez Martínez³, D. Palma Sánchez¹, M.R. Oliva Ruiz⁴, E. Peñas Martínez¹, R. González Molina⁵, A. Uceda Galiano⁷, N. Lozano Rivas², E. Soriano Navarro³, J. Moreno Morales³, M.F. Pina Pérez⁶, A.C. Haro Martínez¹, E. Pagán García⁷ y L.F. Linares Ferrando²

¹Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Complejo Hospitalario de Cartagena. ⁴Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. ⁵Hospital Reina Sofía. Murcia. ⁶Hospital Morales Meseguer. Murcia. ⁷Hospital Los Arcos del Mar Menor. San Javier.

Introducción y objetivos: La artritis psoriásica es una enfermedad compleja de etiología desconocida en la que participan tanto factores ambientales como genéticos y tiene una presentación pleiotrópica.

Es una patología prevalente que afecta predominantemente a personas laboralmente activas. El pronóstico funcional ha mejorado en los últimos años con la introducción de las terapias biológicas, aunque, a pesar de esto, sigue siendo una enfermedad crónica, potencialmente grave y que puede ocasionar una discapacidad funcional importante asociada a elevado impacto sociosanitario. Nuestro objetivo es analizar las principales características epidemiológicas en pacientes con artritis psoriásica en la población de la Región de Murcia.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico de una cohorte de pacientes con artritis psoriásica controlados en los distintos Servicios de Reumatología de Hospitales pertenecientes al Servicio Murciano de Salud de la Comunidad autónoma de Murcia. Para la obtención de los datos, se usó un Registro Regional de pacientes con artritis psoriásica creado a tal efecto. En el mismo se incluyeron diversas variables sociodemográficas tales como edad y sexo de los pacientes, tiempo de evolución de la enfermedad, entre otras, y otras variables relacionadas con la enfermedad, tales como criterios diagnósticos que cumplen los pacientes (CASPAR, criterios ASAS, tanto axial como periférico), presencia de HLAB27 y tratamientos usados, con especial hincapié en fármacos biológicos.

Resultados: Se trata de una cohorte de 153 pacientes (60% hombres y 40% mujeres), con una edad media de 53 años (desviación típica de 12) y una media de evolución de la enfermedad de 7,5 años (desviación típica 7,3). El 100% cumplía los criterios CASPAR para artritis psoriásica, el 21% cumplía los criterios ASAS para espondiloartritis axial y el 68% los criterios ASAS para espondiloartritis periférica. El antígeno HLA B27 se determinó en el 50% de nuestros pacientes (de ellos, el 10% lo tenía positivo). En cuanto al tratamiento, el 60% se encontraban con terapia no biológica y el 40% con terapia biológica de la siguiente forma: 15% etanercept. 14% adalimumab. 4% golimumab. 3% ustekinumab. 2% infliximab. 1% abatacept. 1% certolizumab. Observamos asociación (chi-cuadrado, $p = 0,02$) entre edad del paciente y la terapia biológica, con tendencia a centrarse dichos tratamientos en la franja de edad 35-55 años. También se observó relación ($p = 0,0001$) entre el sexo y el cumplimiento de criterios ASAS axial (no así con los criterios ASAS periféricos), ya que el 78% eran varones; así como entre la positividad del antígeno HLA-27 y la afectación axial (el 75% de los que cumplían criterios ASAS axial eran HLA B27 positivo) ($p = 0,0001$), no así con el resto de criterios. No encontramos diferencias en el uso de los diferentes biológicos en los distintas Áreas Sanitarias de la Comunidad de Murcia.

Conclusiones: En la región de Murcia, el 60% de los pacientes con artritis psoriásica son hombres. Los criterios CASPAR son más sensibles en nuestra cohorte. En nuestra cohorte de pacientes, la determinación del HLA B27 no es práctica clínica habitual para el diagnóstico de artritis psoriásica periférica, no así con aquellos pacientes con afectación axial. No existen diferencias significativas entre hospitales de nuestra comunidad autónoma en el uso de biológicos en pacientes con artritis psoriásica, centrándose las edades de los enfermos a los que se les prescriben entre 35 y 55 años.

170. PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO EN SUERO: UN POTENCIAL MARCADOR DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD EN ESPONDILARTRITIS AXIAL DE INICIO

E. Tomero¹, I.V. Seoane², C. Martínez³, Y. Juarranz², A.M. Ortiz¹, T. García-Vicuña¹, R.P. Gomariz² e I. González-Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid. ²Departamento de Biología Celular. Facultad de Biología. Madrid. ³Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción: El término espondiloartritis (EspA) incluye un grupo de enfermedades que son fenotípicamente diferentes pero que comparten características comunes clínicas, bioquímicas y radio-

lógicas. Los biomarcadores biológicos de gravedad de esta patología que hayan sido validados son escasos y cruciales para establecer una terapia individualizada. En estudios previos se ha descrito que la determinación de niveles de péptido intestinal vasoactivo (VIP) en suero podría ser utilizado como biomarcador pronóstico en artritis reumatoide de inicio.

Objetivos: Investigar la correlación entre marcadores de severidad y niveles de VIP en suero en pacientes con EspA axial de inicio.

Métodos: En este estudio longitudinal se incluyeron todos los pacientes menores de 45 años con síntomas de menos de dos años de dolor lumbar inflamatorio que se remitieron a nuestra consulta de EspA de inicio. Se consideró para el análisis como diagnóstico final la opinión del reumatólogo. Se recogieron en tres visitas sucesivas (basal, 1 año y dos años) variables demográficas, características clínicas, metrología específica de EspA (BASDAI, BASFI), parámetros analíticos (HLA-B27, PCR, VSG, FAL y hemoglobina) y de imagen (RX y/o RM de sacroilíacas). Los niveles de VIP se determinaron por inmunoanálisis enzimático competitivo (EIA) en suero de 162 visitas. Para evaluar la asociación de variables independientes con niveles séricos VIP se realizó un análisis multivariante longitudinal jerarquizado por paciente y visita, con el xtee comando de Stata 12 para Windows (StataCorp LP College Station, TX EEUU).

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes de los cuales 37 se diagnosticaron de EspA. La media de edad fue $37,5 \pm 10,6$ años y el 61% fueron mujeres. La principal diferencia entre los dos grupos fue que los pacientes diagnosticados de EspA tenían con mayor frecuencia historia familiar de EspA (37,8%), mayor prevalencia de HLA-B27+ (56,7%), mayor porcentaje de inflamación o daño estructural en las pruebas de imagen de sacroilíacas (59,5% y 33,3%) y menores niveles de hemoglobina. Sin embargo no había diferencias significativas en otras variables. El análisis multivariante mostró que aquellos pacientes con niveles más bajos de VIP tenían valores más elevados de BASFI ($p = 0,017$), edema óseo en la RM ($p = 0,003$) y menores niveles de hemoglobina ($p = 0,013$). Además, la coexistencia de psoriasis se asoció de manera independiente con menores niveles de VIP ($p = 0,0032$) así como tener entesitis en la exploración ($p = 0,002$). Por último, se observó que en los pacientes tratados con anti-TNFa aumentaban los niveles de VIP aunque este efecto no llegó a ser estadísticamente significativo ($p > 0,1$) probablemente por el pequeño número de pacientes en que se había prescrito este tratamiento.

Conclusiones: Los pacientes con EspA de inicio y niveles bajos de VIP tienen peor capacidad funcional, mayor frecuencia de edema óseo en RM y más síntomas asociados a la enfermedad durante nuestro seguimiento. Es necesario confirmar estos datos en otras poblaciones de EspA de inicio.

Este trabajo ha sido financiado por el programa RETICS RD 12/0009 (RIER) PI12 758, PI11 195, PI11 505 del Instituto de Salud Carlos III S2010 BMD-2350 de la Comunidad de Madrid.

171. ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES CON ESPONDILARTRITIS (CRITERIOS ESSG): PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE VERSUS PACIENTES SIN SACROILEÍTIS RADIOGRÁFICA. ANÁLISIS DEL REGISPOSER

A. Juan¹, E. de Miguel², V. Navarro-Compán³, G. Frontera⁴ y X. Juanola⁵

¹Sección de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²Servicio de Reumatología; ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Unitat d'Investigació. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: El concepto de espondiloartritis axial no radiológica se ha descrito recientemente, especialmente a partir del desarro-

Tabla Póster 171

Variables clínicas	Total (n: 1.670)	EA (n: 1.482)	ESP RX normal (n: 188)	Valor de p
Edad de inicio, mediana (P25-P75)	24 (20-30)	24 (20-30)	25 (20-31)	0,048
Años de evolución, mediana (P25-P75)	19 (10-29)	20 (11-30)	14 (6-24)	0,000
Artritis periférica, % (IC95%)	34,9 (32,6-37,2)	33,9 (31,4-36,3)	43,5 (36,4-50,7)	0,011
Metrología, % (IC95%)				
Expansión torácica	4 (3,9-4,1)	3,9 (3,8-4,1)	4,4 (4,1-4,7)	0,005
Distancia dedo-suelo	17,8 (17,1-18,5)	18 (17,2-18,8)	14,2 (12-16,3)	0,000
Occipucio-pared	3,9 (3,6-4-1)	4,1 (3,8-4,4)	1,9 (1,3-2,5)	0,000
Flexión lumbar lateral	21,9 (21-22,9)	22 (21-23)	19,8 (17,3-22,2)	0,000
Laboratorio				
HLA B27, % (IC95%)	80,5 (78,5-82,5)	81,9 (79,8-84)	68,9 (61,8-76)	0,000

llo de los criterios ASAS. Los criterios empleados previamente tales como los ESSG no incluían este concepto de manera específica pero probablemente incluyen el mismo grupo de pacientes. Agrupa pacientes afectados de espondiloartritis (ESP) con afectación axial y que no cumplen los criterios de espondilitis anquilosante mNYC. El objetivo del presente trabajo es buscar diferencias entre los pacientes clasificados como espondilitis anquilosante (EA) según los mNYC y los que no cumplen estos criterios. REGISPONSER es una base de datos española que incluye pacientes afectados de ESP en diferentes momentos de su evolución.

Métodos: El presente estudio incluyó 1670 pacientes que cumplían criterios ESSG de ESP. Se realizó un análisis descriptivo de los datos de estos pacientes comparando 2 grupos: uno de pacientes afectados de espondilitis anquilosante (EA) según los criterios mNYC (n = 1.482) y otro incluyendo el resto de pacientes que cumplía criterios del grupo europeo de estudio de espondiloartritis (ESSG) con dolor lumbar y radiografía de sacroilíacas normales (n = 188). Las variables analizadas comprenden datos demográficos, clínicos, analíticos y metrológicos. Se empleó el test de chi cuadrado o test exacto de Fisher para variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para variables cuantitativas.

Resultados: Los resultados se presentan en la tabla. Destacan diferencias entre los grupos atendiendo al tiempo de evolución, presencia de B27, que es mayor en la EA, y la metrología de movilidad que es menor en EA. Mientras que los pacientes que cumplen criterios ESSG sin afectación radiológica presentan una prevalencia más elevada de dactilitis y artritis periférica.

Conclusiones: Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de EA y los pacientes clasificados por criterios ESSG con RX normal. Al ser un criterio de inclusión, el dolor lumbar, se evita el sesgo de las formas puramente periféricas. El tiempo de evolución es una variable que puede estar muy relacionada con las diferencias entre los grupos.

172. MANEJO MULTIDISCIPLINAR DERMATOLOGÍA-REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS MODERADA-GRAVE: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

T. Cobo-Ibáñez¹, D. Seoane-Mato², S. García-Rodríguez², M. Guerra², S. Pérez-Barrio³ y J.D. Cañete⁴

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología (SER).

³Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona e IDIBAPS. Barcelona.

Introducción: Se ha sugerido previamente que el manejo clínico de la psoriasis y artritis psoriásica debería ser coordinado teniendo en cuenta el tipo y gravedad tanto de la afectación cutánea como ar-

ticular. La forma habitual de valoración clínica es en consultas de Reumatología y/o Dermatología.

Objetivos: Analizar la eficacia y satisfacción obtenidas tras el tratamiento en consulta multidisciplinar Dermatología-Reumatología de los pacientes con artritis psoriásica y psoriasis moderada-grave.

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials desde su inicio hasta noviembre de 2014. Los criterios de selección de los estudios fueron: 1) pacientes adultos con artritis psoriásica y psoriasis moderada-grave, 2) valoración en consulta multidisciplinar Dermatología-Reumatología, 3) comparación con la valoración en consultas habituales de Reumatología y Dermatología, 4) medidas de desenlace para evaluar eficacia y/o satisfacción. Se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohortes y series de casos. La selección y revisión de los artículos fue realizada por un revisor. Se efectuó además una búsqueda manual revisando congresos internacionales (EULAR y ACR) y las referencias de los estudios incluidos. Se utilizó la escala de Oxford para determinar la calidad de los estudios.

Resultados: Se recuperaron 187 artículos, excluyendo 182 tras eliminar duplicados y la lectura por título y resumen. Finalmente 5 se revisaron en detalle y 3 cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios seleccionados eran 3 series de casos, 2 de diseño retrospectivo, en los que se evaluó eficacia o satisfacción en un total de 506 pacientes con artritis psoriásica y psoriasis moderada-grave. La derivación a la consulta multidisciplinar se realizaba desde consultas habituales de Dermatología y Reumatología en todos los estudios excepto en uno, en el que también participaba Atención Primaria. El motivo de derivación fue confirmación diagnóstica y/o tratamiento en pacientes con afectación moderada-grave. La frecuencia con la que se valoraba a los pacientes en consulta multidisciplinar fue detallada sólo en 2 estudios, siendo semanal en 1 estudio y mensual en otro. La evidencia obtenida es débil y sugiere eficacia de la consulta multidisciplinar en términos de mejoría clínica tras cambios terapéuticos conjuntos (82-56% de mejoría según el estudio), mejor calificación de este tipo de consultas respecto a las habituales [4,91 vs 2,85 (0-5)] y alto grado de satisfacción global por parte de los pacientes (94% "muy satisfecho") pero con un tiempo de espera elevado (el 61% esperaron 15-90 minutos).

Conclusiones: La valoración en consulta multidisciplinar Dermatología-Reumatología podría ser más eficaz respecto a las consultas habituales y con mayor grado de satisfacción por parte de los pacientes con artritis psoriásica y psoriasis moderada-grave. No obstante, la evidencia disponible es insuficiente y limita la fuerza de la recomendación (NE 4, GR C). Sin embargo, estos resultados, que parecen aplicables a la práctica clínica, apoyarían la realización de nuevos estudios de alta calidad que pudieran demostrar la conveniencia de implantar este tipo de consultas.

Esta revisión sistemática forma parte de las revisiones para la Guía de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica de la Sociedad Española de Reumatología.

173. APLICACIÓN DE CRITERIOS CASPAR Y ASAS PARA AFECTACIÓN PERIFÉRICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

F.J. Rodríguez Martínez¹, M.J. Moreno Martínez³, M.J. Moreno Ramos², D. Palma Sánchez³, M.R. Oliva Ruiz⁴, E. Peñas Martínez³, R. González Molina⁵, A. Uceda Galiano⁷, N. Lozano Rivas², E. Soriano Navarro¹, J. Moreno Morales¹, M.F. Pina Pérez⁶, A.C. Haro Martínez³, E. Pagán García⁷ y L.F. Linares Ferrando²

¹Complejo Hospitalario de Cartagena. ²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Hospital Rafael Méndez. Lorca. ⁴Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. ⁵Hospital Reina Sofía. Murcia. ⁶Hospital Morales Meseguer. Murcia. ⁷Hospital Los Arcos del Mar Menor. San Javier.

Introducción: La artropatía psoriásica (APs) es una enfermedad articular inflamatoria que presenta una prevalencia del 0,5% en la población general y del 6-40% en pacientes con psoriasis. Desde su descripción como enfermedad se han empleado multitud de criterios para su clasificación y diagnóstico, siendo los últimos en incorporarse los criterios CASPAR. Más recientemente, y en relación con la clasificación de las espondiloartritis, se han publicado los criterios del grupo ASAS para afectación periférica (ASASp) los cuales presentan menor sensibilidad y especificidad y cuya utilidad clínica está más cuestionada. La introducción de los criterios CASPAR y ASASp se está realizando de forma progresiva en la práctica clínica habitual con cierta controversia, sobre todo en el caso de los criterios ASASp. Estos últimos no fueron diseñados para su uso exclusivo en pacientes con APs y no hay muchos trabajos que estudien su aplicación en esta patología y tampoco su posible relación con los criterios CASPAR.

Objetivos: Principal: determinar si existe relación entre la presencia de criterios de clasificación CASPAR y ASASp. Secundarios: (a) Cuantificar el porcentaje de pacientes diagnosticados de APs que cumplen criterios CASPAR y ASASp. (b) Determinar el porcentaje de pacientes que cumpliendo los criterios de clasificación CASPAR pueden ser clasificados según ASASp.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo para determinar si existe asociación entre la presencia de criterios CASPAR y la presencia de criterios ASASp en pacientes diagnosticados de APs. Para ello se incluyeron 155 pacientes mayores de 18 años diagnosticados de APs según el criterio de un reumatólogo experto y recogidos de forma retrospectiva en varios hospitales de la Región de Murcia (ver características de la población recogidas en la tabla). El estudio de relación entre ambas variables (criterios CASPAR y ASASp) se realizó mediante la determinación de chi-cuadrado.

Tabla Póster 173

Pacientes (N) = 155	
Sexo	
Mujeres	45,2%
Hombres	54,8%
Edad (media en años)	53,2
HLA B27 (%)	
Positivo	7,7%
Negativo	28,4%
No registrado	63,9%

Resultados: Una vez analizados los 155 pacientes incluidos, 139 (89,6%) cumplían criterios CASPAR y 117 (75,5%) cumplían criterios

ASASp. Del total de pacientes que cumplieron criterios CASPAR, EL 79,8% también cumplían criterios ASASp, mientras que de los 16 que no reunieron criterios CASPAR, 10 tampoco cumplieron criterios ASASp. Tras realizar el análisis de chi cuadrado (CASPAR ASASp), obtuvimos un valor de 13,9 con un valor de $p < 0,0001$.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos podemos concluir que dentro de la población estudiada, existe una asociación entre la presencia de criterios CASPAR y ASASp. Por otro lado, un elevado porcentaje de nuestros pacientes diagnosticados de APs (89,6%) cumplen criterios CASPAR mientras que los criterios ASASp están presentes en un porcentaje algo menor (75,5%), aumentando hasta el 79,8% dentro de los pacientes con criterios CASPAR.

174. PRESENCIA DE HLAB27 EN ARTRITIS PSORIÁSICA E INFLUENCIA EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA MISMA

A.C. Haro Martínez¹, D. Palma Sánchez¹, S. Soro Marín², E. Peñas Martínez¹, M.J. Moreno Martínez¹ y M. Mayor González¹

¹Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

²Unidad de Reumatología. Hospital General de Villarrobledo.

Introducción: La asociación entre HLAB27 y las espondiloartropatías es bien conocida. La frecuencia de HLAB27 positivo en la artritis psoriásica varía en los diferentes estudios realizados hasta la fecha (4-36,4%). En pacientes con artritis psoriásica, la presencia de HLAB27 se ha relacionado más frecuentemente con el sexo masculino y la afectación axial de la enfermedad, mientras que existen discrepancias en los diferentes estudios realizados hasta la fecha en cuanto a su relación con la edad al diagnóstico de la artritis psoriásica.

Objetivos: Describir la frecuencia de HLAB27 en pacientes con artritis psoriásica y correlacionar su presencia con las diferentes manifestaciones clínicas de la misma.

Métodos: Se revisaron las historias de pacientes mayores de 18 años que cumplían criterios CASPAR para artritis psoriásica. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, edad de inicio de la psoriasis, edad de inicio de la artritis psoriásica, afectación axial, periférica o mixta de la artritis psoriásica, presencia de erosiones y HLAB27 positivo o negativo. Se solicitó HLAB27 a los pacientes a los que no se le había realizado previamente.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, de los cuales 7 (8,5%) presentaban HLAB27 positivo y 75 (91,5%) negativo. De los pacientes con HLAB27 positivo, 4 fueron varones y 3 mujeres. La frecuencia de pacientes con afectación periférica, axial y mixta se expone en la tabla. No se encontró asociación entre HLAB27 positivo y el sexo, la presencia de erosiones ni el tipo de afectación de la artritis psoriásica. La edad media de inicio de la artritis psoriásica en los pacientes con HLAB27 positivo fue $41,42 \pm 8,82$ y en pacientes con HLAB27 negativo $45,36 \pm 12,42$. No se encontró asociación entre la edad al diagnóstico de la artritis psoriásica y la positividad del HLAB27.

Tabla Póster 174

HLAB27	Positivo	Negativo
Periférica	5	61
Axial	1	2
Mixta	1	12

Conclusiones: La frecuencia de HLAB27 positivo en los pacientes con artritis psoriásica valorados en nuestra consulta es del 8,5%. A diferencia de lo que concluyen otros estudios, no encontramos relación entre HLAB27 positivo y el sexo masculino, la afectación axial ni la edad de inicio de la artritis psoriásica, lo que puede deberse al escaso número de pacientes con HLA B27 positivo encontrados en nuestra muestra.

175. SECUKINUMAB, UN ANTICUERPO MONOCLONAL CONTRA INTERLEUCINA-17A, MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE FASE 3 DE 52 SEMANAS, ALEATORIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO, CON DOSIS DE CARGA INTRAVENOSA Y DE MANTENIMIENTO SUBCUTÁNEA

A. Balsa¹, D. Baeten², J. Braun³, X. Baraliakos³, J. Sieper⁴, M. Dougados⁵, P. Emery⁶, A. Deodhar⁷, B. Porter⁸, R. Martin⁸, S. Mpofo⁹ y H. Richards⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Academic Medical Center/University of Amsterdam. Amsterdam.

³Holanda. ⁴Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. ⁵Charité

University Medicine Berlin. Berlin. Alemania. ⁶Université Paris René

Descartes and Hôpital Cochin. Paris. Francia. ⁷University of Leeds.

Leeds. Reino Unido. ⁸Oregon Health & Science University. Portland.

Oregon. EEUU. ⁹Novartis Pharmaceuticals Corporation. NJ. EEUU.

⁹Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Introducción: Un estudio “prueba de concepto” de fase 2 demostró que secukinumab consigue suprimir los signos y los síntomas de la espondilitis anquilosante (EA) activa a la semana 6.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de secukinumab frente a placebo (PBO) en pacientes con EA a la semana 16 y 52 del estudio de fase 3 MEASURE 1 (NCT01358175).

Métodos: Los pacientes con EA activa que cumplían los criterios de Nueva York modificados y BASDAI ≥ 4 , independientemente del tratamiento actual o previo con AINE, FAME y/o agentes anti-TNF, fueron aleatorizados a: secukinumab 10 mg/kg iv (semana 0, 2, 4) y posteriormente 75 mg sc (10 iv ≥ 75 sc) o 150 mg sc (iv 10 ≥ 150 sc) cada 4 semanas, o PBO siguiendo las mismas pautas. Las variables evaluadas incluyeron ASAS20 a la semana 16, ASAS40, hsCRP, ASAS 5/6, BASDAI, componente físico (PCS) de SF-36, ASQoL y remisión parcial ASAS. Los análisis estadísticos siguieron una estrategia de evaluación de hipótesis jerárquica predefinida para ajustar por multiplicidad. Los pacientes PBO fueron re-aleatorizados a 75 o 150 mg de secukinumab sc según la respuesta ASAS20 a la semana 16, con los no-respondedores cambiados en la semana 16 y los respondedores en la 24.

Resultados: Las características basales de los 371 pacientes aleatorizados fueron similares en ambos grupos: edad media 40,1-43,1 años, duración media de enfermedad 6,5-8,3 años, BASDAI media 6,05-6,51, 27% de respuesta inadecuada a agentes anti-TNF. El estudio alcanzó su objetivo primario de eficacia con una respuesta ASAS20 significativamente superior a partir de la semana 16 en el grupo 10 iv ≥ 75 sc (59,7%) y 10 iv ≥ 150 sc (60,8%) frente a PBO (28,7%; $p < 0,01$ para ambas dosis). Las tasas de respuesta ASAS20 fueron 60,0%, 66,3% y 32,6% respectivamente en pacientes sin tratamiento previo anti-TNF; y 58,8%, 45,5% y 18,2% respectivamente en los que habían recibido anti-TNF ($p < 0,01$ vs PBO para

todas las comparaciones). Se observaron mejoras significativas con ambas dosis frente PBO para todas las variables secundarias a la semana 16 y con respuestas sostenidas hasta la 52 (tabla). El inicio de la acción de secukinumab fue rápido, con mejoras significativas en ASAS20, ASAS40, hsCRP, ASAS5/6 y BASDAI a la semana 1. Hasta la semana 16, los niveles de exposición al fármaco fueron similares para ambas dosis de secukinumab debido a la carga iv. Secukinumab fue generalmente bien tolerado. A la semana 16, el 66,9% de pacientes del grupo 10 iv ≥ 75 sc y el 69,6% del grupo 10 iv ≥ 150 sc experimentaron un AA, frente a un 55,7% en PBO. Las tasas de AAG fueron 1,6%, 2,4% y 4,1%, respectivamente. Hasta la visita del último paciente en la semana 52 (exposición media [rango]: 451,7 [8-757] días), las tasas de AA/AAG, en cualquier momento del estudio, fueron 76,5%/10,1% y 85,1%/9,4% para secukinumab 75 y 150 mg sc, respectivamente.

Conclusiones: Secukinumab, el inhibidor selectivo de IL-17A, mejora de forma rápida y significativa los signos y síntomas en pacientes con EA activa, independientemente de la exposición previa a anti-TNF. Las mejoras se observan desde la semana 1 y se mantienen hasta las 52 semanas. Secukinumab fue bien tolerado sin hallazgos inesperados de seguridad durante las 52 semanas del estudio.

176. ¿SOLICITAMOS LOS REUMATÓLOGOS HLAB27 EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA?

A.C. Haro Martínez y D. Palma Sánchez

Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La asociación entre HLAB27 y espondiloartritis ha sido bien documentada. En el caso de la artritis psoriásica, se ha estudiado su frecuencia, siendo ésta variable en los distintos estudios realizados. El HLAB27 es uno de los marcadores genéticos que identifican pacientes con psoriasis que tienen riesgo de desarrollar artritis. En pacientes con sospecha de artritis psoriásica es de utilidad la identificación de HLAB27 en el diagnóstico diferencial y en la evaluación de posible afectación axial de la enfermedad. En el año 2009 se publicaron los criterios del grupo ASAS para afectación axial y periférica en espondiloartritis, incluyendo entre los criterios diagnósticos la positividad de HLAB27. Aunque estos criterios no fueron diseñados para la clasificación de pacientes con artritis psoriásica, es habitual que se usen en la práctica clínica. Por este motivo, es posible que los reumatólogos solicitemos más frecuentemente HLAB27 en estos pacientes en los últimos años.

Objetivos: Evaluar si los reumatólogos solicitamos HLAB27 en pacientes con artritis psoriásica y si ha variado nuestra actitud a lo largo del tiempo.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisan las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis

Tabla Póster 175

Resumen de los resultados de eficacia a la semana 16

Resultados a la semana 16	Secukinumab 10 mg/kg iv ≥ 75 mg sc (N = 124)	Secukinumab 10 mg/kg iv ≥ 150 mg sc (N = 125)	Placebo (N = 122)
Respuesta a ASAS20	59,7%	60,8%	28,7%
Respuesta a ASAS40	33,1%*	41,6%*	13,1%
hsCRP, ratio post-basal vs basal (LSM $\pm$ EE)	0,45 $\pm$ 1,092	0,40 $\pm$ 1,090	0,97 $\pm$ 1,095
ASAS5/6	45,2%	48,8%	13,1%
BASDAI, cambio medio desde puntuación basal (LSM $\pm$ EE)	-2,34 $\pm$ 0,175*	-2,32 $\pm$ 0,172*	-0,59 $\pm$ 0,180
SF-36 PCS, cambio medio desde puntuación basal (LSM $\pm$ EE)	5,64 $\pm$ 0,595	5,57 $\pm$ 0,586	0,96 $\pm$ 0,612
ASQoL, cambio medio desde puntuación basal (LSM $\pm$ EE)	-3,61 $\pm$ 0,424*	-3,58 $\pm$ 0,420*	-1,04 $\pm$ 0,437
Remisión parcial ASAS	16,1%*	15,2%*	3,3%

Estrategia de evaluación de hipótesis jerárquica predefinida para ajustar por multiplicidad. Los datos faltantes para las variables categóricas se imputaron como no respuesta. ASAS, evaluación de los criterios de la Sociedad Internacional de Espondiloartritis; ASQoL, cuestionario de la Calidad de Vida de la EA; BASDAI, Índice de actividad de la enfermedad EA de Bath; hsCRP, Proteína C-reactiva de alta sensibilidad; LSM, media de mínimos cuadrados; EE, error estándar; NS, no significativo; SF-36 PCS, componente físico del SF-36.

psoriásica según criterios CASPAR valorados en la consulta de reumatología. Se determinó: edad, sexo, duración de la artritis psoriásica y realización o no del HLAB27.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes, de los cuales 62 fueron varones y 48 mujeres. La edad media de los pacientes fue $51,52 \pm 11,29$ años. Se realizó el HLAB27 en 58 pacientes (52,7%). El tiempo medio en años desde el diagnóstico de la artritis psoriásica en pacientes a los que se le realizó HLAB27 fue de $4,16 \pm 3,93$ años, mientras que en los pacientes a los que no se le realizó, fue de $10,41 \pm 6,12$. Dado que la muestra no cumplía criterios de normalidad se realizó el test no paramétrico U-Mann Whitney, obteniéndose que la media de duración de la artritis psoriásica es más elevada en el grupo donde no se realizó el HLAB27 con una $p < 0,005$.

Conclusiones: Existe un aumento en la frecuencia de uso de HLAB27 en los últimos años en pacientes con artritis psoriásica, lo que puede deberse a la reciente aparición de los criterios ASAS y a la mayor accesibilidad para solicitarlo.

177. PAPEL DE LOS SUBTIPOS DE LEUCOCITOS EN LA INFLAMACIÓN, EL ESTRÉS OXIDATIVO Y LA REMODELACIÓN ÓSEA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Y. Jiménez-Gómez, P. Font, C. López-Pedrerá, P. Ruiz-Limón, C. Pérez-Sánchez, N. Barbarroja, M.C. Castro-Villegas, J. Calvo, M.C. Ábalos-Aguilera, E. Collantes-Estévez y A. Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología y Unidad de Investigación. IMIBIC-Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica, de causa desconocida, caracterizada por formación ósea patológica. Aún se desconoce la relevancia de las células del sistema inmune en la activación de las vías inflamatoria y osteoproliferativa.

Objetivos: 1) Analizar el perfil de inflamación, estatus oxidativo y remodelado óseo en plasma y subtipos de leucocitos, así como la función endotelial en pacientes EA. 2) Evaluar la relación entre estos biomarcadores y su asociación con la actividad de la enfermedad.

Métodos: El estudio se realizó en 30 pacientes EA y 30 donantes sanos. La función y actividad de la enfermedad se determinaron mediante los índices BASFI y el BASDAI. La función endotelial se evaluó mediante medida de la hiperemia post-oclusión utilizando láser-Doppler. Marcadores de estrés oxidativo, inflamación, trombosis y recambio óseo se analizaron por RT-PCR y citometría de flujo en diversos tipos de leucocitos (linfocitos, neutrófilos y subtipos de monocitos: clásicos o MON1: CD14+/CD16-; intermedios o MON2: CD14+/CD16+; no clásicos o MON3: CD14dim/CD16+). Las actividades enzimáticas antioxidantes, el óxido nítrico (ON) y la capacidad antioxidante total (TAC) se midieron por kits específicos.

Resultados: Junto a la actividad de la enfermedad (BASDAI y BASFI), se identificó una alteración significativa de la actividad endotelial en los pacientes EA. Varios marcadores inflamatorios y osteogénicos se modificaron diferencialmente en distintos tipos celulares inmunes. Así en neutrófilos se observó un aumento de marcadores inflamatorios tales como TNF α , IL6, ERAP1, e IL10 mientras en linfocitos se incrementaron TNF α , IL-2 e IKK. El análisis de monocitos indicó en primer lugar un descenso en el% de MON1, junto a un aumento en la proporción de MON2 y MON3. Los monocitos MON1 mostraron un aumento de IL1 β e IL6, mientras que MON2+MON3 mostraron aumento específico de IL10, IL23, MCP1, MIP1 α , ERAP1, TF e IKK. Los marcadores osteogénicos más significativamente alterados en neutrófilos fueron TGF β , ALP, DKK1 y Runx2. No se hallaron cambios significativos en linfocitos, mientras que en monocitos MON1 se observó aumento de proteínas BMP2 y OPG. El análisis de estrés

oxidativo mostró un incremento de actividad catalasa, peróxidos y % de células con mitocondria despolarizada en todos los subtipos leucocitarios, junto a un descenso del ON y la TAC en plasma. Los estudios de correlación y asociación mostraron que la disfunción endotelial y el daño oxidativo se asociaban de forma directa con el tiempo de evolución y el BASFI. La disfunción mitocondrial se asoció a un aumento de marcadores osteogénicos. El aumento de marcadores inflamatorios se asoció a la disfunción endotelial, el estatus oxidativo y el BASDAI.

Conclusiones: 1) Los pacientes EA muestran una disfunción endotelial directamente asociada al perfil inflamatorio y la progresión de la enfermedad. 2) Los leucocitos de los pacientes EA parecen jugar un papel diferencial en el proceso de inflamación y de remodelación ósea, de modo que los neutrófilos y los monocitos clásicos parecen mediar ambos procesos, mientras que los linfocitos y monocitos no clásicos parecen estar más directamente asociados con el proceso inflamatorio. 3) El estrés oxidativo y en particular la disfunción mitocondrial, podría actuar como un efector clave en los procesos de inflamación y osteogénesis presentes en los pacientes EA. Subvencionado por: JA PI-0314-2012, SER.

178. SECUKINUMAB, ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI-IL-17 HUMANIZADO, MEJORA LA ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA E INHIBE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA. DATOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN ESTUDIO FASE 3, ALEATORIZADO, MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO

R. Blanco¹, P. Mease², I.B. McInnes³, B. Kirkham⁴, A. Kavanaugh⁵, P. Rahman⁶, D. van der Heijde⁷, R. Landewé⁸, P. Nash⁹, L. Pricop¹⁰, J. Yuan¹⁰, H. Richards¹¹ y S. Mpopofu¹¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Swedish Medical Center and University of Washington. EEUU. ³University of Glasgow. Reino Unido. ⁴Guy's and St Thomas'. Reino Unido. ⁵UC San Diego School of Medicine. CA. EEUU. ⁶Memorial University. Canadá. ⁷Leiden University Medical Center. Holanda. ⁸University of Amsterdam and Atrium Medical Center. Holanda. ⁹University of Queensland. Australia. ¹⁰Novartis Pharmaceuticals Corporation. NJ. EEUU. ¹¹Novartis Pharma AG. Suiza.

Introducción: Secukinumab ha demostrado eficacia rápida y significativa en el tratamiento de la psoriasis en dos estudios fase 3.

Objetivos: Se presenta el primer estudio aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo (PBO) de fase 3 para evaluar la eficacia y seguridad de secukinumab en pacientes con artritis psoriásica (FUTURE 1; NCT01392326).

Métodos: Participaron 606 adultos con artritis psoriásica activa (moderada a severa) que fueron aleatorizados para recibir secukinumab o PBO. Los pacientes con secukinumab recibieron dosis de carga de 10 mg/kg i.v. al inicio del estudio, semana 2 y 4, y posteriormente 75 mg sc (10 mg/kg iv $\geq$ 75 mg sc) o 150 mg sc (10 mg/kg iv $\geq$ 150 mg sc) cada 4 semanas desde la semana 8. En el grupo PBO se les realizaron las mismas pautas. Los pacientes naïve a anti-TNF α (~70%) y los que presentaban intolerancia o respuesta inadecuada a anti-TNF α (anti-TNF α -IR; ~30%), se estratificaron entre los grupos. Los análisis estadísticos de las variables principales y secundarias utilizaron imputación de los no respondedores (variables binarias), modelo de medidas repetidas de efectos mixtos (variables continuas), y extrapolación lineal (datos radiográficos), siguiendo una estrategia predefinida de contraste de hipótesis ajustada por multiplicidad. El objetivo principal fue el ACR20 en la semana 24.

Resultados: Los dos grupos de estudio presentaron características basales y demográficas balanceadas. Tanto 10 mg/kg iv $\geq$ 75 mg sc como 10 mg/kg iv $\geq$ 150 mg sc mostraron respuestas ACR20 significativamente mayores vs PBO en la semana 24 (50,5% y 50,0% vs 17,3%, respectivamente; $p < 0,0001$). Todos los objetivos secunda-

rios, incluyendo dactilitis, entesitis, SF36-PCS, HAQ-DI, DAS28-PCR, ACR50, PASI 75, PASI 90 y mTSS se alcanzaron (estadísticamente significativos) en la semana 24. ACR20, DAS28-PCR y HAQ-DI (dosis activa vs PBO) se alcanzó ya en la semana 1. Los niveles de exposición fueron similares en los grupos de secukinumab hasta el momento de evaluación de la variable principal debido a la carga iv. La mejoría en todas las variables primarias y secundarias se mantenían en la semana 52. A la semana 52, las respuestas ACR 20/50/70 fueron 66,9%, 38,4% y 25,6% para 10 mg/kg iv $\geq$ 75 mg sc y el 69,5%, 50,0% y el 28,2% para 10 mg/kg iv $\geq$ 150 mg sc. Secukinumab mostró superioridad en ACR20/50/70, PASI75/90, HAQ-DI, SF36-PCS, dactilitis y entesitis en ambas dosis y en ambos grupos (antiTNF α -naïve y antiTNF α -IR) en la semana 24 y el efecto se mantenía en la semana 52. Secukinumab inhibió significativamente el daño articular estructural radiográfico en la semana 24 vs PBO (medido según índice total modificado de Sharp (mTSS), índice de erosión y índice de estrechamiento del espacio articular (JSN); $p < 0,05$). Los acontecimientos adversos (AAs) en la semana 16 fueron: 60,4% (10 mg/kg iv $\geq$ 75 mg sc), 64,9% (10 mg/kg iv $\geq$ 150 mg sc) y 58,4% (PBO); AAs graves: 2,5%, 4,5% y 5,0%, respectivamente. La media, mediana y rango máximo de exposición fueron: 438,5, 456,0 y 721 días; AA/AAG: 78,1%/8,6% y 82,4%/12,9% en pacientes con secukinumab 75 o 150 mg sc, respectivamente, en cualquier momento del estudio.

Conclusiones: En este primer ensayo de fase 3 para evaluar la inhibición altamente selectiva de la IL-17A en artritis psoriásica, secukinumab proporcionó una mejoría rápida, clínicamente significativa y sostenida en los signos y síntomas y en la inhibición del daño estructural articular. Secukinumab fue bien tolerado durante las 52 semanas.

179. SECUKINUMAB, ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI-INTERLEUCINA-17A, MEJORA LA FUNCIÓN FÍSICA, CALIDAD DE VIDA Y PRODUCTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA: RESULTADOS DE UN ENSAYO DE FASE 3, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO

J. Cañete¹, V. Strand², P. Mease³, I.B. McInnes⁴, B. Kirkham⁵, A. Kavanaugh⁶, P. Rahman⁷, P. Nash⁸, L. Pricop⁹, J. Yuan⁹, H. Richards¹⁰ y S. Mpofu¹⁰

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Stanford University. CA. EEUU. ³Swedish Medical Center and University of Washington. WA. EEUU. ⁴University of Glasgow. Reino Unido. ⁵Guy's and St Thomas'. Reino Unido. ⁶UC San Diego School of Medicine. CA. EEUU. ⁷Memorial University. Canadá. ⁸University of Queensland. Australia. ⁹Novartis Pharmaceuticals Corporation. NJ. EEUU. ¹⁰Novartis Pharma AG. Suiza.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) afecta de forma significativa la calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes, afectando su funcionamiento físico y emocional, así como la salud psicológica.

Objetivos: Evaluar el efecto del tratamiento con secukinumab en los desenlaces informados por el paciente (DIP) en los pacientes reclutados en el estudio FUTURE 1 (NCT01392326). Se presenta el primer ensayo de fase 3 para evaluar la inhibición de la interleucina (IL)-17A en pacientes con AP.

Métodos: Participaron adultos con AP activa, moderada a grave que fueron aleatorizados para recibir secukinumab 10 mg/kg i.v en visita de inicio, semana 2 y 4, seguido de 75 mg sc (10 iv $\geq$ 75 sc, n = 202) o 150 mg sc (10 iv $\geq$ 150 sc; n = 202) en la

Tabla Póster 179

Puntuaciones medias basales y cambio medio desde valores basales (VB) en los desenlaces informados por el paciente (DIPs) en la semana 24, según grupo de tratamiento

RIPs		Secukinumab 10 mg/kg iv. $\geq$ 75 mg sc (n = 202)	Secukinumab 10 mg/kg iv. $\geq$ 150 mg sc (n = 202)	Placebo (n = 202)
HAQ-DI ^a (MCID = 0,35)	VB	1,25	1,23	1,19
	Cambio desde VB en la semana 24	-0,41*	-0,40*	-0,17
EQ-5D (EVA) ^b	VB	52,8	52,6	52,6
	Cambio desde VB en la semana 24	11,91**	13,36*	2,45
PsAQoL ^a	VB	10,65	10,27	10,65
	Cambio desde VB en la semana 24	-3,19*	-3,49*	-0,36
FACIT-Fatiga ^b (MCID = 4)	VB	27,59	28,9	27,82
	Cambio desde VB en la semana 24	6,03	6,74†	4
SF-36 PCS ^b (MCID = 2,5)	VB	36,9	36,16	36,63
	Cambio desde VB en la semana 24	5,41*	5,91*	1,82
SF-36 MCS ^b (MCID = 2,5)	VB	42,04	42,82	43,49
	Cambio desde VB en la semana 24	3,67	5,66§	2,39
Dominios SF-36 ^c (MCID = 5)				
FF	VB	45,66	42,62	46,94
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	14,23	15,73	7,08
RF	VB	47,32	45,99	47,01
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	13,68	18,52	9,27
DC	VB	36,47	36,01	36,84
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	18,68	19,78	12,92
SG	VB	40,91	42,42	41,72
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	8,81	12,03	6,33
VT	VB	39,31	41,31	41,94
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	12,32	13,86	9,62
FS	VB	56,71	56,15	57,81
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	13,8	17,41	10,53
RE	VB	58,29	56,93	58,24
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	9,73	14,3	5,68
SM	VB	56,28	58,97	61,09
	Cambio desde VB en la semana 24 ^c	8,25	10,35	5,6

*Disminución en la puntuación representa una mejoría; †Incremento en la puntuación representa una mejoría; ‡Datos observados sin análisis estadísticos realizados (n = 192, 191 y 184 para secukinumab 10 mg/kg iv 75 mg sc, secukinumab 10 mg/kg iv 150 mg sc y PBO, respectivamente, para las evaluaciones DC, SG, SM, FF, FS y VT; n = 191, 190 y 182, respectivamente, para otros dominios de SF-36 [RE y RF]).

Los P-valores corresponden a análisis de medidas repetidas (modelo mixto). DC, dolor corporal; EQ-5D (EVA), Cuestionario de salud EuroQoL (escala visual analógica); FACIT-Fatiga, Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga; FF, funcionamiento físico; FS, funcionamiento social; HAQ-DI, Cuestionario de Evaluación de la Salud - índice de discapacidad; i.v., intravenosa; MCID, diferencia mínima clínicamente importante; PsAQoL, cuestionario de calidad vida de la artritis psoriásica; RE, rol emocional; RF, rol físico; s.c., subcutáneo; SF-36 MCS, componente mental del cuestionario de salud SF-36; SF-36 PCS, componente físico del cuestionario de salud SF-36; SG, salud general; SM, salud mental; VT, vitalidad.

semana 8 y cada 4 semanas hasta el final del estudio, o placebo (PBO; n = 202) siguiendo las mismas pautas iv y sc. Se midieron los DIPs usando: Cuestionario de evaluación de la salud-índice de discapacidad (HAQ-DI); Cuestionario de salud SF-36; EuroQoL (EQ-5D); PsAQoL; Cuestionario de Fatiga (FACIT-F); y Cuestionario de Alteración de la Actividad Laboral (WPAI). Los DIPs fueron evaluados mediante un análisis de medidas repetidas (modelo de efecto mixto), excepto para WPAI y SF-36, en los que se realizó un análisis observacional.

Resultados: Al inicio del estudio, los grupos de dosis fueron comparables con respecto a los datos demográficos y de actividad de la enfermedad; los sujetos tenían discapacidad física moderada a grave, niveles de fatiga y deterioro de la CVRS. El tratamiento con secukinumab 10 iv $\geq$ 75 sc y 10 iv $\geq$ 150 sc mejoró significativamente HAQ-DI ($p < 0,0001$), componente físico del SF-36 [PCS] ($p < 0,0001$), EQ-5D ($p < 0,001$ y $p < 0,0001$) y PsAQoL ($p < 0,0001$) vs PBO en la semana 24; FACIT-F mejoró de forma significativa sólo en 10 iv $\geq$ 150 sc ($p < 0,05$). Los cambios medios desde inicio del estudio en HAQ-DI, PCS, componente mental del SF-36 (MCS), todos los dominios del SF-36 y FACIT-F fueron superiores a la diferencia mínima clínicamente importante (MCID, Tabla, en negrita): funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), funcionamiento social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Varios aspectos de la productividad del trabajo, según la evaluación de WPAI, también mejoraron con secukinumab vs PBO. Las mejorías en todas los DIPs se mantuvieron o aumentaron a las 52 semanas.

Conclusiones: La inhibición selectiva de IL-17A con secukinumab en pacientes con AP activa mejora la función física (HAQ-DI), fatiga (FACIT) y la CVRS de las medidas de salud genéricas (SF-36, EQ-5D) y específicas de la enfermedad (PsAQoL), así como reduce el efecto de la enfermedad sobre la productividad laboral (WPAI).

180. OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA CON AFECTACIÓN POLIARTICULAR: ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS E IMPACTO EN LA ACTIVIDAD LABORAL

M.J. Rodríguez Valls¹, P. Gómez Germá², I.C. Aranda-Valera¹, Y. Cabello Fernández¹, M.D. Toledo Coello¹ y J.J. Pérez Venegas¹

¹UGC de Reumatología; ²UGC de Farmacia. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción: El tratamiento con fármacos biológicos ha permitido un control más estrecho de las enfermedades articulares inflamatorias incluida la artropatía psoriásica (APs). Una vez conseguida la remisión clínica estable, la estrategia de optimización permitiría un uso más eficiente de estos fármacos, favoreciendo que nuevos pacientes tengan mayor acceso a los mismos. Dada su importancia creciente, presentamos la experiencia en optimización en nuestro centro, así como el posible impacto en la actividad laboral que presentan los pacientes en optimización terapéutica.

Objetivos: 1. Analizar la evolución clínica evaluada mediante DAS28 en pacientes con APs con afectación exclusivamente poliarticular en tratamiento biológico seguidos en la UGC de Reumatología de un hospital universitario del norte de la provincia de Cádiz, a los que se les realiza optimización terapéutica. 2 Analizar la influencia del cambio de dosis en la actividad laboral de los pacientes incluidos en el estudio.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, longitudinal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas, entre enero 2013 y enero 2015, de pacientes con APs que llevaban al menos 6 meses en remisión (DAS 28 $< 2,6$) o con mínima actividad clínica (DAS 28 2,6-3,2), y a los que se les realizó optimización del tratamiento biológico. Se analizan datos demográficos, tiempo de

evolución de la APs previo al uso de biológico, tiempo de biológico hasta la optimización, evaluación clínica mediante DAS28 pre y postoptimización (trimestralmente durante 18 meses) y estrategia terapéutica seguida. Valoración de la productividad laboral y del deterioro de la actividad mediante el cuestionario WPAI y días de baja laboral atribuibles a la actividad de la enfermedad. Se realizó el análisis estadístico con el programa IBM SPSS Statistics versión 20.0.

Resultados: De un total de 120 pacientes con APs en tratamiento biológico, a 25 de ellos con afectación poliarticular (20,83%) se le realiza optimización del mismo. De estos, 15 son hombres y 10 mujeres, con una edad media de 49 ± 13 años. La duración media de la artritis previa al inicio del tratamiento biológico fue de $6,03 \pm 5,3$ años. El tiempo medio de tratamiento a dosis optimizadas fue de $22,44 \pm 12,38$ meses. En el momento de la optimización, 24 (96%) de los pacientes presentan DAS28 en remisión y 1 (4%) baja actividad; en el momento del corte del estudio (18 meses tras optimización), 19 (76%) continúan estando en remisión clínica, 4 (16%) baja actividad y 2(8%) con moderada actividad, precisando estos dos últimos pacientes, a los que se les había optimizado a etanercept 25 mg/7 días y 50 mg/ 10 días respectivamente, volver a la dosis estándar del fármaco. De los 20 participantes en el estudio (5 no participaron en la encuesta), 8 se encuentran trabajando de forma activa, 3 en incapacidad laboral permanente y 4 jubilados. De los 8 pacientes en activo, con una media de $43,5 \pm 17,6$ horas de trabajo semanales, sólo uno de ellos perdió horas de trabajo debido a su enfermedad (2h). Ningún paciente en el programa de optimización precisó baja laboral por actividad clínica.

Conclusiones: El 92% de los pacientes con APs poliarticular en remisión o en baja actividad de la enfermedad sometidos a optimización terapéutica permanecen estables y sin deterioro en sus actividades laborales habituales tras una media de 22 meses de optimización, por lo que esta estrategia parece ser eficaz.

181. SECUKINUMAB, UN ANTICUERPO MONOCLONAL CONTRA INTERLEUCINA-17A, MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA. RESULTADOS DE UN ENSAYO DE FASE 3, ALEATORIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO, CON DOSIS DE CARGA Y DE MANTENIMIENTO SUBCUTÁNEAS

R. Blanco¹, J. Sieper², J. Braun³, X. Baraliakos³, D. Baeten⁴, M. Dougados⁵, P. Emery⁶, A. Deodhar⁷, B. Porter⁸, M. Andersson⁹, S. Mpfu⁹ y H. Richards⁹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Charité University Medicine Berlin. Berlin. Alemania. ³Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania. ⁴Academic Medical Center/University of Amsterdam. Amsterdam. Holanda. ⁵Université Paris René Descartes and Hôpital Cochin. Paris. Francia. ⁶University of Leeds. Leeds. Reino Unido. ⁷Oregon Health & Science University. Portland. Oregon. EEUU. ⁸Novartis Pharmaceuticals Corporation. NJ. EEUU. ⁹Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Introducción: Los datos previos indican que la interleucina (IL)-17 podría desempeñar un papel en la patogénesis de la espondilitis anquilosante (EA).

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de dos dosis diferentes de secukinumab en un estudio de fase 3 aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo (PBO), en pacientes con EA (MEASURE 2; NCT01649375).

Métodos: Adultos con EA activa que cumplían los criterios modificados de Nueva York y BASDAI ≥ 4 , independientemente de la terapia con AINEs, fueron aleatorizados a recibir secukinumab 75 mg, 150 mg o PBO subcutáneo (sc) semanal durante 4 sema-

nas, seguido de una dosis cada 4 semanas. Se incluyeron sujetos naïve a anti-TNF α (61,6%) y aquellos con intolerancia o respuesta inadecuada previa a los mismos (anti-TNF α -IR, 38,4%). La variable principal fue la proporción de sujetos que alcanzaron respuesta ASAS20 a la semana 16. Las variables secundarias incluyeron ASAS40, hsCRP, BASDAI, ASAS 5/6, SF-36, ASQoL y remisión parcial ASAS. Los análisis estadísticos tuvieron en cuenta la imputación de no respondedores y siguieron una estrategia de evaluación de hipótesis jerárquica predefinida para ajustar por multiplicidad.

Resultados: Se aleatorizaron 219 sujetos. Las características demográficas y clínicas basales fueron comparables entre los grupos: edad media 43,3 años, tiempo medio desde el diagnóstico 6,2 años y BASDAI medio 6,65. La variable principal se alcanzó con secukinumab 150 mg a la semana 16, siendo la tasa de respuesta ASAS20 del 61,1% vs 27,0% con PBO ($p < 0,001$) y con mejorías significativas observables desde la semana 1. Secukinumab 150 mg también mejoró significativamente hsCRP, ASAS40, ASAS 5/6, BASDAI, SF-36 PCS y ASQoL en comparación con PBO. Se alcanzó eficacia con secukinumab 150 mg frente a PBO en pacientes naïve a anti-TNF α y pacientes TNF α -IR para ASAS20 (68,9% vs 31,1% y 48,1% vs 20,7%, respectivamente; ambos $p < 0,05$) y para ASAS40 (44,4% vs 17,8% y 22,2% vs 0%, respectivamente, ambos $p < 0,05$). Secukinumab 75 mg alcanzó respuestas numéricamente superiores a PBO en la semana 16, pero no estadísticamente significativas, para todas las variables primarias y secundarias predefinidas. Secukinumab 150 mg mostró un porcentaje mayor de respondedores de forma significativa versus placebo en ASAS20 y ASAS40 en la semana 16. Se notificaron tasas similares de efectos adversos (EAs) hasta la semana 16 para secukinumab 75 mg (57,5%), 150 mg (62,5%) y PBO (63,5%). Se registraron EAs graves en el 5,5% de los sujetos (secukinumab 75 mg), 5,6% (secukinumab 150 mg) y 4,1% (PBO).

Conclusiones: Secukinumab 150 mg sc fue eficaz en la reducción rápida de los signos y síntomas de la EA y en la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud en sujetos con EA activa, independientemente de la exposición previa a anti-TNF α . Secukinumab fue bien tolerado, sin apreciarse hallazgos inesperados en la seguridad.

182. SECUKINUMAB, ANTICUERPO MONOCLONAL ANTI-IL-17A, PROPORCIONA UNA INHIBICIÓN SIGNIFICATIVA Y PERSISTENTE DEL DAÑO ESTRUCTURAL ARTICULAR EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA INDEPENDIENTEMENTE A TRATAMIENTOS PREVIOS CON INHIBIDORES DEL TNF O TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON METOTREXATO: ESTUDIO FASE 3, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO

J. Cañete¹, D. van der Heijde², R. Landewé³, P. Mease⁴, I.B. McInnes⁵, P.G. Conaghan⁶, L. Pricop⁷, G. Ligozio⁷, H. Richards⁸ y S. Mpofu⁸

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Leiden University Medical Center. Holanda. ³University of Amsterdam and Atrium Medical Center. Holanda. ⁴Swedish Medical Center and University of Washington. WA. EEUU. ⁵University of Glasgow. Reino Unido. ⁶University of Leeds. Leeds. Reino Unido. ⁷Novartis Pharmaceuticals Corporation. NJ. EEUU. ⁸Novartis Pharma AG. Suiza.

Introducción: Aproximadamente dos tercios de los pacientes con artritis psoriásica (AP) presentan daño articular progresivo asociado a diferentes grados de discapacidad.

Objetivos: Evaluar el efecto a 1 año de la inhibición de IL-17A con secukinumab en la progresión radiográfica en pacientes con AP activa reclutados durante 2 años. Ensayo clínico de fase 3, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo (PBO) [FUTURE 1; NCT01392326].

Métodos: Participaron 606 adultos con AP activa (moderada a severa) que fueron aleatorizados para recibir PBO o uno de las dos dosis de tratamiento con secukinumab [10 mg/kg iv seguido por 75 mg sc (10 iv $\geq$ 75 sc) o 150 mg sc (10 iv $\geq$ 150 sc)]. Se evaluó la respuesta articular en todos los pacientes en la semana 16 (basada en una mejoría = 20% en las articulaciones dolorosas y tumefactas). Los pacientes tratados con PBO fueron re-aleatorizados a secukinumab 75 o 150 mg sc. en la semana 16 (no-respondedores) o en la semana 24 (respondedores). La puntuación mTSS, erosión y estrechamiento del espacio articular (JSN) se determinaron al inicio del estudio, en las semanas 16/24 (dependiendo de la respuesta) y semana 52. El efecto de secukinumab en la progresión radiográfica desde el inicio del estudio a la semana 24 se evaluó mediante el modelo ANCOVA no paramétrico, con extrapolación lineal para los pacientes que tenían evaluaciones de rayos X en la semana 16. Se realizaron análisis exploratorios que evaluaron la proporción de pacientes sin progresión estructural (definido como el cambio en el mTSS desde el valor basal = 0,5) y el mantenimiento de este efecto en el tiempo.

Resultados: Los cambios en las puntuaciones en el mTSS, erosión y JSN desde inicio del estudio a la semana 24 muestran que los pacientes tratados con secukinumab presentan una progresión significativamente menor en comparación con los pacientes con PBO, independientemente de si habían recibido tratamiento previo con inhibidores del TNF, estaban en monoterapia secukinumab o estaban recibiendo tratamiento concomitante con metotrexato (MTX; tabla). La inhibición del daño estructural articular fue persistente con secukinumab durante la semana 52. El análisis de los pacientes con PBO que cambiaron a secukinumab mostró un cambio medio mayor en el mTSS desde los valores basales en el grupo PBO (valores basales versus valores semana 24) (incremento medio de 0,48) comparado con los pacientes que habían cambiado a secukinumab durante las semanas 24 a 52 (disminución media de -0,03), lo que proporciona un apoyo adicional para la eficacia. El análisis de los pacientes que tenían resultados de rayos X en la semana 16/24 y semana 52 mostró que la proporción de pacientes que no experimentó progresión desde la aleatorización hasta la semana 24 comparado con el periodo entre la semana 24 y 52 fue consistentemente alto en los grupos de secukinumab: 92,3% vs 85,8% para el grupo 10 iv $\geq$ 75 sc y 82,3% vs 85,7% para el grupo 10 iv $\geq$ 150 sc. En los pacientes que fueron inicialmente aleatorizados a PBO, el 75,7% no mostró progresión desde la aleatorización hasta la semana 24 y aumentó a 86,8% entre la semana 24 y 52 después del tratamiento activo con secukinumab ($p < 0,05$).

Tabla Póster 182

Progresión radiográfica a la semana 24 por grupo de tratamiento

Semana 24 (cambio medio vs basal)	Secukinumab 10 mg/Kg iv a 75 mg sc (n = 202)	Secukinumab 10 mg/Kg iv a 150 mg sc (n = 202)	PBO (n = 202)
mTSS	0,02	0,13	0,57
Puntuación erosión	0,08	0,04	0,35
Puntuación JSN	-0,06	0,10	0,23
TNF-naïve/IR	n = 142/n = 60	n = 143/n = 59	n = 143/n = 59
mTSS	-0,06/0,21	0,15/0,10	0,57/0,58
Puntuación erosión	0/0,25	0,02/0,08	0,29/0,50
Puntuación JSN	-0,06/-0,05	0,13/0,02	0,28/0,09
MTX concomitante, sí/no	n = 122/n = 80	n = 121/n = 81	n = 125/n = 77
mTSS	-0,07/0,14	0,14/0,12	0,57/0,58
Puntuación erosión	0,01/0,17	0,04/0,02	0,34/0,37
Puntuación erosión	0,01/0,17	0,04/0,02	0,34/0,37

JSN, estrechamiento del espacio articular; mTSS, modified total Sharp score; MTX, metotrexato; TNF-naïve/IR, pacientes naïve para el tratamiento con inhibidor del factor de necrosis tumoral/respondedor inadecuado. Valores P basados en el modelo ANCOVA no paramétrico.

Conclusiones: Secukinumab inhibió significativamente la progresión radiográfica a las 24 semanas y ésta se mantuvo durante la semana 52 en pacientes con AP activa, independientemente del tratamiento previo con inhibidores TNF o de la administración concomitante de MTX.

183. PAPEL DE LOS MACRÓFAGOS EN LA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE: EFECTO DE LOS ANTI-CCPs EN LA POLARIZACIÓN Y LA RESPUESTA A LA INSULINA

P. Ruiz Limón, Y. Jiménez-Gómez, C. Pérez-Sánchez, M.C. Ábalos, M.A. Aguirre, J. Calvo, R. Ortega, E. Collantes-Estévez, A. Escudero, C. López-Pedrería y N. Barbarroja

Instituto Maimonides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMBIC). Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Los macrófagos juegan un papel esencial en la patogénesis de la artritis reumatoide (AR). Bajo estímulos específicos se polarizan a determinados fenotipos denominados M1 y M2 que difieren en sus propiedades inflamatorias y reparadoras del tejido. Los macrófagos M1 predominan en estados inflamatorios y están asociados al daño tisular. Se ha observado que en el sinovio de pacientes AR existe un desequilibrio entre la proporción de estos macrófagos M1/M2. Los mecanismos que regulan este desequilibrio son complejos y se desconoce su relación con la patogenia de la AR. Asimismo, no se ha estudiado el papel de los anti-CCPs en la modulación de la polarización de los macrófagos.

Objetivos: Analizar el papel de los anti-CCPs en el estado de polarización de los macrófagos, el proceso inflamatorio y la señal de la insulina de los mismos.

Métodos: Se obtuvieron macrófagos en estadio M0 diferenciados a partir de la línea celular monocítica THP-1 y de monocitos de donantes sanos. Estos macrófagos se trataron con distintas concentraciones de IgG aislada de donantes sanos y de pacientes AR con altos niveles de anti-CCPs y sin factor reumatoide durante 96 horas. Las células se recogieron cada 24 horas de tratamiento. Para el estudio de la respuesta a la insulina, antes de recoger las células se trataron con insulina (100 nM) con el fin de analizar la fosforilación de AKT (molécula clave en la señal de la insulina). La caracterización de los estadios de polarización M1/M2 se realizó mediante citometría de flujo y expresión de ARNm de marcadores M1 (HLA-DR, iNOS, IL1, TNF α e IL-23) y M2 (CD206, Arg e IL-10). Asimismo, se evaluó la expresión y fosforilación de JNK. Finalmente, se analizó la respuesta a la insulina mediante la expresión de ARNm de AKT e IRS1 y expresión proteica y fosforilación de AKT.

Resultados: Los estudios de citometría demostraron que los macrófagos tratados con IgGs anti-CCPs presentaron mayor expresión proteica de marcadores de M1 como HLA-DR e iNOS, y una disminución en el marcador CD206 (M2) en relación a los tratados con IgGs aisladas de donantes sanos. Asimismo, se incrementó la expresión de ARNm de TNF α , IL1b e IL-23, asociadas a un estadio M1, y se redujo la expresión de IL-10, molécula expresada principalmente por los M2. Por otro lado los macrófagos tratados con IgGs anti-CCPs presentaron una menor fosforilación de AKT inducida por insulina comparada con los macrófagos tratados con IgGs de donantes sanos. Asimismo los anti-CCPs disminuyeron la expresión proteica de AKT y del receptor de insulina IRS1. Esta disminución fue acompañada por un incremento en la fosforilación de JNK, principal molécula mediadora de la inflamación. Los efectos de los anti-CCPs fueron significativos a partir de 24 horas y dosis de 100 μ g/ml.

Conclusiones: 1) Los anticuerpos anti-CCPs actúan como inductores de la polarización de los macrófagos a un estadio M1, promoviendo un desequilibrio en la proporción M1/M2, asociado al

perfil inflamatorio crónico y al daño articular de la enfermedad. 2) Dichos autoanticuerpos producen también un defecto en la señal de la insulina en los macrófagos, provocando una menor respuesta a la misma, lo que sugiere su probable implicación en la resistencia a la insulina y el desarrollo del síndrome metabólico asociado a la AR.

Subvencionado por: CTS7940, PI12/01511, PI2013-0191, SER.

184. ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DEL LOCUS IL2RA CON EL DAÑO ESTRUCTURAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

M. López Lasanta¹, I. González-Álvarez², J. Maymó³, B. Fernández-Gutiérrez⁴, I. Ureña-Garnica⁵, F.J. Blanco⁶, J.D. Cañete⁷, M. Alperi-López⁸, A. Olivé⁹, H. Corominas¹⁰, J. Tornero¹¹, A. Erra¹², M. Almirall³, N. Palau¹, A.M. Ortiz², G. Ávila¹, L. Rodríguez-Rodríguez⁴, A. Alonso¹, R. Tortosa¹, A. Julià¹ y S. Marsal¹

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron.

Barcelona. ²Hospital Universitario La Princesa. IIS Princesa. Madrid.

³Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

⁵Hospital Carlos Haya. Málaga. ⁶INIBIC-Hospital Universitario

A Coruña. ⁷Hospital Clínic. Barcelona. ⁸Hospital Central de Asturias.

Oviedo. ⁹Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁰Hospital Moisés

Broggi. Barcelona. ¹¹Hospital de Guadalajara. ¹²Hospital Sant Rafael.

Barcelona.

Introducción: El grado de destrucción articular en la Artritis Reumatoide (AR) varía significativamente entre pacientes. Determinados marcadores inflamatorios y autoanticuerpos pueden explicar solo un 30% de estas diferencias. Se estima que el componente genético podría explicar entre un 45-58% del daño articular. La mayoría de los estudios que hasta la fecha han revisado la relación entre los factores genéticos y el daño estructural en la AR son de limitado poder estadístico y en la mayoría de los casos sin resultados validados en cohortes independientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido validar la asociación de los loci IL2RA y C5orf3 con daño estructural en la AR en una cohorte independiente de pacientes así como analizar su relación con los principales fenotipos de la enfermedad.

Métodos: En una cohorte de n = 857 pacientes con AR se genotiparon los polimorfismos IL2RA (rs2104286) y C5orf30 (rs26232) mediante Taqman Real Time-PCR. De cada uno de los pacientes seleccionados se registraron variables clínicas y biológicas básicas de la enfermedad así como variables epidemiológicas. Las variables clínicamente relevantes fueron analizadas de forma independiente con el grado de destrucción articular y en relación con los polimorfismos genéticos utilizando análisis de regresión lineal. A todos los pacientes se les realizó una radiografía de manos y pies en el momento de la inclusión en el estudio. Todas las radiografías fueron evaluadas de forma independiente por cada uno de los investigadores responsables de las lecturas. Para analizar las imágenes se utilizó el SCORE simplificado para la AR (S-SCORE) desarrollado específicamente para este proyecto y que permite una lectura rápida y global del daño estructural. Todos los pacientes fueron reclutados a través del Consorcio de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas (IMIDC, Immune-mediated inflammatory Diseases).

Resultados: En este estudio se ha identificado una asociación significativa entre el locus IL2RA (rs2104286) y el grado de destrucción articular en los pacientes con AR (p = 0,0017). En nuestra cohorte no se ha podido observar una asociación con el locus C5orf30. La duración de la enfermedad (p = 2,6⁻⁵⁴), el número de terapias biológicas previas (p = 4,3⁻⁹), el índice de masa corporal (p = 6,9⁻⁵), los anticuerpos anti péptido cítrico citrulinado (ACPA, p = 0,0001) y el factor reumatoide (FR, p = 0,009) también se aso-

ciaron significativamente con el daño estructural en la AR (tabla). Se observó que la asociación genética entre IL2RA y las erosiones estaba limitada a los pacientes ACPA y FR positivo (74% ACPA positivo $p = 0,001$ 74% FR positivo, $p = 0,004$) y de sexo femenino (77%, $p = 0,01$).

Tabla Póster 184

Modelo multivariante de daño articular en la AR

Variable	Coefficiente (β)	Error estándar	P-valor
Duración enfermedad (años)	5,28	1,91	2,59e-41
ACPA	1,64	0,56	0,0033
IMC	-0,21	0,051	5,45e-5
Terapias biológicas previas	1,19	0,24	1,24e-6
rs2104286	-1,12	0,42	0,0076
Edad	0,04	2,43	0,016

El modelo multivariante integra todas las variables que están asociadas de forma independiente con el daño articular ($p < 0,1$). Coeficiente (β): estimación del coeficiente de regresión. Error estándar: error estándar de la estimación del coeficiente de regresión. IMC: índice de masa corporal.

Conclusiones: Los resultados de este estudio confirman la asociación del locus IL2RA con la destrucción articular en la AR y sugieren que esta variación genética es relevante para un fenotipo específico de paciente.

185. EFECTO DE LA DEPLECIÓN DE CÉLULAS B EN SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA POR RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. López-López, L. Merino Meléndez, I. Llorente Cubas, S. Castañeda Sanz, F.S.J. Herrera, T. Velasco, J.M. Álvaro-Gracia, L. Vega, F. Rodríguez, R. García-Vicuña, I. González-Álvarez y C. Muñoz-Calleja

Servicios de Inmunología y Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad crónica inflamatoria multisistémica. Rituximab es un anticuerpo monoclonal antiCD20 que induce depleción de células B y ha sido usado con éxito en la Artritis Reumatoide. A pesar de esto, no se sabe aún cómo modifica las subpoblaciones linfocitarias.

Objetivos: Identificar cómo rituximab modifica las subpoblaciones linfocitarias en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Se estudiaron 62 pacientes con artritis reumatoide activa en tratamiento con rituximab y con fallo previo a otros FAMES. Los pacientes se dividieron entre los que eran naïve para el tratamiento con rituximab (RTXN $n = 21$) y los que ya habían recibido como mínimo un ciclo anterior con rituximab (RTXS $n = 41$). Se analizaron las subpoblaciones linfocitarias en muestras de sangre periférica de pacientes RTXN y RTXS en diferentes momentos: antes de la primera infusión de rituximab (basal) y a los 3, 6 y 8 meses de ella (T3, T6 y T8). Se estudiaron diferentes combinaciones de moléculas y calculamos el porcentaje de las subpoblaciones de células T y B en cada visita. ANOVA fue el test usado para estudiar las diferencias entre los grupos.

Resultados: Hubo diferencias basales en los porcentajes de un número considerable de subconjuntos de células B, con un descenso de las de memoria y un aumento de las foliculares. También se detectó un aumento de CD38+, CD24+ y CD10+B en los RTXS. Respecto a las células T, sólo se observó un descenso significativo de las células Th17 y de las foliculares T helper en los RTXS. Durante el seguimiento, las diferencias en células T apreciadas al inicio disminuyeron, presumiblemente por los efectos del Rituximab. A nivel de T3, sólo las células T CD4+ y la células T de memoria definidas por la ausencia de CD62L, eran significativamente más bajas en los RTXS. A los 6 meses de haber iniciado el tratamiento, se observó un

aumento de las subpoblaciones CD8+CCR6- CXCR6- en los RTXS. A nivel de T8, como algunos pacientes habían repoblado subconjuntos de células B, apreciamos diferencias en ellas y detectamos un descenso de la población CD38-B. También se objetivó un descenso de las células T de memoria efectoras y un aumento del número total de células T en los RTXS.

Conclusiones: La depleción de células B por rituximab conduce a un cambio en las subpoblaciones de células B (repoblación) y T periféricas, sugiriendo que las células B maduras modulan la homeostasis de las T.

186. CORRELACIÓN DE REACTANTES DE FASE Y NIVELES SÉRICOS DE CITOQUINAS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

A. Turrión^{1,2}, R. Martín-Holguera², J. Montserrat³, A.I. Sánchez-Atrio¹, C. Torrijos³, A. Gómez-Lahoz³, H. Moruno¹, A. Movasat¹, C. Bohórquez¹, A. Pérez¹, F. Albarrán¹, D. Díaz³, L. Ruiz¹, E. Cuende¹, R. Rodríguez-Torres², C. Alonso-Rodríguez⁴, M.J. León¹, M.L. Romero¹ y M. Álvarez de Mon^{1,3}

¹Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ²Departamento de Cirugía y Ciencias Médico-Sociales. Universidad de Alcalá de Henares. ³Laboratorio de Inmunología. CNB-CSICRe D Unidad Asociada IMMPA. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

⁴Departamento de Física y Matemáticas. Universidad de Alcalá de Henares.

Introducción: El análisis de las implicaciones patogénicas del compartimiento de los linfocitos T en enfermedades reumatológicas, como la es la artropatía psoriásica (Aps), ocupa un papel relevante para su comprensión. Estas moléculas, tienden a asociarse con diferentes patrones de producción por lo que conllevan diferentes comportamientos de la respuesta inmune inflamatoria. Elkayan et al en 2000 correlacionó IL-10, IL-6, IL-1ra y sIL-2R con datos inflamatorios en 34 pacientes con Aps. En los últimos años ha surgido el eje Th17/23 como implicado con la afectación psoriásica, por ello consideramos de gran interés conocer la posible correlación con la actividad inflamatoria en nuestros pacientes.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar los niveles de IL-1 β IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-9, IL-10, IL-12p70, IL-13, IL-17A, IL-22, INF- γ y TNF- α en el suero de pacientes con Aps y la correlación entre estos niveles y parámetros de actividad clínica.

Métodos: Se determinaron en suero los niveles de las interleuquinas en 63 pacientes que padecían Aps en seguimiento en nuestro servicio. Se compararon con un grupo de 20 sujetos sanos. Se realizó el estudio estadístico mediante la t de Student cuando se cumplían condiciones de normalidad o la U de Mann Whitney en caso contrario. Así mismo se determinó el análisis de las asociaciones existentes entre los niveles de citoquinas y RFA, mediante el cálculo de coeficientes de correlación lineal, utilizando en todo ello paquete estadístico spss-15 para Windows.

Resultados: De los pacientes estudiados fueron catalogados como activos/inactivos 25 (39,7%)/inactivos 38 (60,3%). Se observaron diferencias significativas en los niveles de IL-17A comparados con los niveles en sujetos sanos, $p = 0,023$, no se hallaron diferencias en el resto de citoquinas del conjunto de pacientes con respecto a los controles. Al compararse los niveles de estas citoquinas entre pacientes activos y no activos se obtuvieron diferencias significativas en los niveles de IL-2 ($p = 0,034$) y de IL-6 ($p = 0,052$). Con respecto a los reactantes de fase se observa niveles significativamente más elevados de VSG en activos frente a los no activos $p = 0,001$. También en los niveles de orosomucoide $p = 0,02$; haptoglobina $p = 0,011$ y de ceruloplasmina $p = 0,012$. Mientras que los niveles de PCR no sirvieron para diferenciar entre los pacientes con Aps activa vs inactiva

$p = 0,093$ (u de Mann Whitney). La correlación entre las citoquinas y reactantes de fase era positiva entre los niveles de IL-2 y PCR $r = 0,266$, $p < 0,05$; entre los niveles de PCR e IL-10 $r = 0,251$, $p < 0,05$; y entre los niveles de IL-6 y ceruloplasmina. Se observó correlación negativa de la IL-9 con la VSG $r = -0,354$ $p < 0,01$ y de la IL-9 con la proteína transportadora de retinol (reactante de fase catalogado como negativo) $r = 0,404$ $p < 0,05$, siendo la IL-22 su correlación negativa con esta misma proteína transportadora de retinol $r = -0,348$, $p < 0,05$. También observamos correlación negativa entre IL12p70 y ceruloplasmina $r = -0,401$ $p < 0,05$.

Conclusiones: Los niveles séricos de IL-17A se encuentran elevados en los pacientes con Aps comparado frente a los controles sanos. Dicha citoquina se ha implicado en la osteoclastogénesis y resorción-daño óseo. El eje Th17 se ha descrito en la afectación psoriásica pudiendo servir esta citoquina para la diferenciación con los sujetos sanos. Las citoquinas que describen actividad inflamatoria entre los pacientes con Aps son la IL-2 y la IL-6, correlacionándose la primera con la PCR, mientras que la IL6 lo hizo con los niveles de ceruloplasmina. La IL-2 está considerada como la principal citoquina implicada en la proliferación de linfocitos T, nos sugiere un papel importante de estas células en la enfermedad. Así mismo la PCR se correlacionó con los niveles de IL-10 interviniendo el equilibrio Th2.

187. COMPARACIÓN DE NIVELES DE INTERLEUQUINAS SÉRICAS CON PARÁMETROS DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

A. Turrión^{1,2}, J. Montserrat³, R. Martín-Holguera², A.I. Sánchez-Atrio¹, C. Torrijos³, A. Gómez-Lahoz³, A. Pérez¹, F. Albarrán¹, D. Díaz³, R. Rodríguez-Torres², E. Cuende¹, C. Alonso-Rodríguez⁴, M.J. León¹, M.L. Romero¹, H. Moruno¹, A. Movasat¹, C. Bohórquez¹ y M. Álvarez de Mon^{1,3}

¹Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

²Departamento Cirugía y Ciencias Médico-Sociales. Universidad de Alcalá de Henares. ³Laboratorio de Inmunología.CNB-CSICRe D Unidad Asociada IMMPA. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ⁴Departamento de Física y Matemáticas. Universidad de Alcalá de Henares.

Introducción: El papel de las distintas interleuquinas en las espondiloartritis está pendiente de ser comprendido. Las citoquinas son proteínas solubles que tienen funciones específicas en la respuesta inflamatoria, la organización de la interacción entre las células del sistema inmune, tanto en las reacciones inmunológicas innata y adaptativa. Este estudio fue planteado con la intención de evaluar la relación entre el nivel de citoquinas, hallazgos clínicos y de laboratorio de pacientes con espondilitis anquilosante en comparación con sujetos sanos.

Objetivos: Evaluar los niveles de IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-9, IL-10, IL-12p70, IL-13, IL-17A, IL-22, INF- γ y TNF- α en el suero de pacientes con EAnq, y su posible correlación con parámetros de actividad clínica y analíticos.

Métodos: Se determinaron en suero los niveles de las interleuquinas en 36 pacientes que padecían EAnq en seguimiento en nuestro servicio. Se compararon con un grupo de 20 sujetos controles. Se realizó el estudio estadístico mediante la t de Student cuando se cumplían condiciones de normalidad o la U de Mann Whitney en caso contrario. Así mismo se determinó el análisis de las asociaciones existentes entre los niveles de citoquinas, RFA e índices de actividad, mediante el cálculo de coeficientes de correlación lineal, utilizando paquete estadístico spss-15 para Windows.

Resultados: Se observaron diferencias significativas en los niveles de IL-9 comparados con los niveles en sujetos sanos, encontrándose

esta citoquina más elevada en los pacientes con EAnq (u de Mann Whitney $p = 0,023$), no se encontraron diferencias en el resto de citoquinas del conjunto de pacientes con respecto a los controles. De los 36 pacientes estudiados fueron catalogados como activos 18 (50%). Al compararse los niveles de estas citoquinas entre pacientes activos y no activos no se encontraron diferencias en los niveles de ninguna de las citoquinas estudiadas. Con respecto a los reactantes de fase observamos niveles significativamente más elevados de VSG en pacientes activos frente a los no activos $p = 0,001$. La PCR $p = 0,00$; también en los niveles de orosomucoide $p = 0,02$, haptoglobina $p = 0,011$ y de ceruloplasmina $p = 0,012$. Al analizar la posible correlación existente entre las citoquinas y reactantes de fase encontramos que existía correlación entre los niveles de citoquinas entre sí y reactantes de fase entre sí. Se correlacionaban los niveles de IgA con la IL-9 $r = 0,387$ $p < 0,05$; la ceruloplasmina con la IL-6 $r = 0,661$ $p < 0,01$ y la IL-17A con la haptoglobina $r = 0,4214$ $p < 0,05$. Se observó correlación negativa de la IL-1 β y del TNF- α con el BASFI $r = -0,369$ $r = -0,363$ respectivamente $p < 0,05$.

Conclusiones: De los reactantes de fase aguda, la PCR la VSG, la a1 glicoproteína ácida y en menor medida la ceruloplasmina son útiles como marcadores de actividad inflamatoria en la espondilitis anquilosante. Los niveles de IL-9 se encuentran elevados en los pacientes con EAnq, pudiendo servir esta citoquina para la diferenciación con los sujetos sanos. Esta citoquina a su vez se correlaciona con los niveles de séricos de IgA, sin variar en formas activas y no activas de la enfermedad, pudiéndose implicar especificidad. No sirvió ninguna de las citoquinas estudiadas como marcador de actividad inflamatoria en la EAnq. Llama la atención la presencia de correlación negativa entre citoquinas que se relacionan con actividad inflamatoria y los valores del BASFI índice funcional de los pacientes con EAnq.

188. EL TRATAMIENTO IN VITRO CON ANTICUERPOS ANTI-CARDIOLIPINA Y ANTI-DSDNA MODIFICA LA EXPRESIÓN DE MICRORNAS REGULADORES DE PROTEÍNAS ASOCIADAS A LA PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

C. Pérez-Sánchez¹, M.A. Aguirre¹, P. Ruiz-Limón¹, N. Barbarroja¹, Y. Jiménez-Gómez¹, E. Collantes-Estévez¹, M.J. Cuadrado², R. González-Conejero³, C. Martínez³ y C. López-Pedraza¹

¹IMIBIC-Hospital Reina Sofía. Córdoba. ²Lupus Research Unit and Thomas Hospital. Londres. Reino Unido. ³Centro Regional de Hemodonación. Universidad de Murcia.

Introducción: La autoinmunidad humoral juega un papel clave en el desarrollo de la patología cardiovascular. Numerosos estudios han mostrado que determinados autoanticuerpos presentes en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y lupus eritematoso sistémico (LES) podrían actuar como factores de riesgo CV. Los miRNAs, reguladores de numerosos procesos fisiopatológicos y moleculares, actúan como moderadores del sistema inmune. Sin embargo ningún trabajo ha analizado la implicación de los miRNAs en la patología aterotrombótica inducida por autoanticuerpos de pacientes SAF y LES.

Objetivos: Evaluar el efecto in vitro de autoanticuerpos específicos de SAF (anticuerpos anti-fosfolípido, aPLs) y LES (anti-ds-DNA) en la regulación de miRNAs asociados a la expresión de proteínas pro-aterotrombóticas en ambas patologías autoinmunes.

Métodos: Monocitos y neutrófilos aislados de donantes sanos se trataron in vitro con anticuerpos anticardiolipina de isotipo IgG (ACA-IgG) y anticuerpos anti-dsDNA purificados a partir de suero de pacientes SAF y LES respectivamente, o con IgG procedente de suero de donantes sanos (IgG-NHS). Mediante RT-PCR se determinaron los niveles de diversos microRNAs asociados a inflamación, estrés oxidativo y aterotrombosis (miR-124a, -125a, -125b, -146a, -155 y -222),

así como de sus moléculas diana. Se analizó a nivel génico y proteico la expresión de proteínas clave en procesos de biogénesis de miRNAs (Drosha, DICER, Argonauta 1 y 2, y Exportina-5). Se realizaron asimismo transfecciones con precursores de miRNAs alterados por el tratamiento con dichos autoanticuerpos con el fin de identificar proteínas diana claves en ambas patologías.

Resultados: Los niveles de expresión de todos los miRNAs analizados se redujeron significativamente en neutrófilos tratados con ACA-IgG y anti-dsDNA en relación a los tratados con IgG-NHS. Ambos autoanticuerpos provocaron asimismo un descenso significativo en la expresión de DICER y Exportina-5 en este tipo celular. Por otra parte, el tratamiento con ACA-IgG y anti-dsDNA en monocitos, promovió una reducción significativa en los niveles de miR-124a y miR-125a, así como un incremento en la expresión de miR-146a y miR-155. La transfección en monocitos de pre-miR-124a y miR-125a, de modo separado o conjunto, causó una reducción en la expresión de moléculas diana relacionadas con el proceso aterotrombótico en SAF y LES (i.e. MCP-1, IL-6, IL6R, IL-8, ERK, STAT-3, p38 MAPK y peróxidos).

Conclusiones: 1) Los anticuerpos anti-cardiolipina y anti-dsDNA modifican la expresión de microRNAs reguladores de la expresión de moléculas proinflamatorias y protrombóticas en neutrófilos y monocitos, así como de los genes involucrados en la biogénesis de los mismos. 2) La transfección con pre-miRNAs 124a y -125a promueve una reducción en la expresión de moléculas asociadas al proceso aterotrombótico en SAF y LES. En suma, los resultados obtenidos indican que determinados autoanticuerpos podrían actuar como reguladores directos del proceso aterotrombótico en SAF y LES, a través de mecanismos epigenéticos tales como la modulación de microRNAs.

Financiado por CTS-7940, PI12/01511, SER.

189. LA INHIBICIÓN DEL JAK POR TOFACITINIB MEJORA LA CAQUEXIA REUMATOIDE EN UN MODELO EXPERIMENTAL EN CONEJO QUE REPRODUCE LA PARADOJA LIPÍDICA EN HUMANOS

S. Pérez-Baos, J.I. Barrasa, P. Gratal, A. Larrañaga-Vera, G. Herrero-Beaumont y R. Largo

Laboratorio de Patología Osteoarticular. IIS-Fundación Jiménez Díaz-UAM. Madrid.

La caquexia reumatoide (CR) es una complicación de la artritis reumatoide (AR) que afecta alrededor del 30% de los pacientes, sobre todo aquellos con inflamación sistémica intensa. Se caracteriza por la pérdida de masa celular corporal, junto a una ganancia de masa grasa y un incremento en la mortalidad cardiovascular (CV). Los niveles de colesterol están bajos, así como el ratio colesterol total/HDL colesterol, lo que se ha denominado "paradoja lipídica". Así, la mejora de la inflamación sistémica por diversos tratamientos induce un incremento en el nivel de lípidos circulantes, que no se acompaña de un incremento del riesgo CV. Tofacitinib (TOFA) es un inhibidor de las janus kinasas (Jak) que mejora sustancialmente la AR, si bien se desconoce su efecto sobre la CR. Nuestro objetivo fue estudiar el efecto del TOFA sobre la CR y la paradoja lipídica observada en esta complicación. Para ello, provocamos una situación clínica similar a la CR humana en un modelo experimental en conejos (1). 20 conejos fueron alimentados con dieta rica en grasa

(4% colesterol + 2% aceite cacahuete). Fueron inmunizados frente a ovalbúmina (OVA). Tras quince días, recibieron inyecciones intraarticulares de OVA en ambas rodillas, que se repitieron semanalmente durante 4 semanas (grupo CR). 10 de estos animales comenzaron a recibir TOFA (10 mg/kg/día) dos semanas después de la primera inyección intraarticular, y hasta el final del estudio (CR + TOFA). Además, 10 conejos sanos fueron utilizados como control. Los animales se sacrificaron a las seis semanas del inicio del estudio. Los animales del grupo CR ganaron significativamente menos peso que los animales CONTROL, lo que fue parcialmente revertido por la administración de TOFA (tabla). Los animales del grupo CR mostraron un incremento de la concentración de lípidos en suero respecto al grupo CONTROL. La administración de TOFA incrementó aún más la concentración sérica de colesterol total, y el ratio colesterol total/HDL colesterol, con respecto al grupo CR. La proteína C-reactiva aumentó notablemente en los animales CR con respecto al grupo Control, mientras que mostró una intensa reducción en el grupo CR + TOFA con respecto al grupo CR ($p = 0,006$). La histopatología sinovial, medida mediante la escala de Krenn, mostró que el grupo CR + TOFA tuvo una menor inflamación sinovial que el grupo CR. La densidad mineral ósea (DMO) subcondral fue menor en el grupo CR que en el Control ($p < 0,05$). TOFA también evitó parcialmente la pérdida ósea subcondral en los animales con CR (DMO subcondral (g/cm^2): CR: $0,48 \pm 0,02$; CR + TOFA: $0,55 \pm 0,01$; $p = 0,004$). Por tanto, en este estudio confirmamos que nuestro modelo experimental de CR refleja fielmente la CR humana, por lo que puede utilizarse para su estudio mecanístico y terapéutico. En este sentido, TOFA mejoró la inflamación sistémica, articular y las manifestaciones asociadas a la CR; incrementando simultáneamente la concentración de colesterol y el ratio colesterol total/HDL colesterol. En conjunto, el modelo tratado con TOFA reproduce la "paradoja lipídica", mostrando que su eficaz acción antiinflamatoria y sobre la CR, se asocia a un incremento del colesterol, que, como ya hemos demostrado, no se acompaña de un empeoramiento de la aterosclerosis cardiovascular (tabla).

190. LA AUSENCIA DE LA PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE RETINOIDES CRABP2 SENSIBILIZA A LOS SINOVIOCIOS REUMATOIDES A LA APOPTOSIS INDUCIDA POR FAS-FASL

N. Mosquera^{1,2}, J.J. Gómez-Reino^{1,3} y C. Conde¹

¹Laboratorio de Reumatología Experimental y Servicio de Reumatología. IDIS. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Programa Doctorado Medicina Molecular;

³Departamento de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción: En la artritis reumatoide la hiperplasia sinovial que se desencadena en parte por la alteración del balance apoptosis/proliferación de los sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS), contribuye a la cronicidad de la inflamación y a la destrucción articular. Los tratamientos actuales están dirigidos contra mediadores inflamatorios y aunque han mejorado mucho el pronóstico de la enfermedad, un porcentaje significativo de pacientes no responde o lo hace parcialmente. Por ello todavía es necesario el desarrollo de nuevos tratamientos. La vitamina A y sus metabolitos conocidos como retinoides tienen una potente actividad pro-apoptótica y anti-proliferativa en algunos tipos de cáncer. Los retinoides actúan

Tabla Póster 189

	Ganancia peso (Kg)	Colesterol total (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)	Colesterol HDL (mg/dl)	Ratio colesterol total/ colesterol HDL	Prot- C reactiva ($\mu\text{g}/\text{ml}$)
Control	$0,8 \pm 0,05$	32 ± 4	41 ± 5	24 ± 4	$1,6 \pm 0,1$	30 ± 13
CR	$0,1 \pm 0,05^*$	$1.344 \pm 98^*$	$291 \pm 57^*$	$9 \pm 1^*$	$150 \pm 15^*$	$173 \pm 18^*$
CR + TOFA	$0,4 \pm 0,06^{\#}$	$1.595 \pm 122^*$	$196 \pm 60^*$	$7,1 \pm 0,6^*$	$230 \pm 17^{\#}$	$94 \pm 17^{\#}$

* $p < 0,05$ vs. CONTROL; $\#p < 0,05$ vs. CR.

a través de su unión a receptores nucleares hacia los cuales son transportados por proteínas intracelulares como CRABP2 y FABP5. Se ha descrito que los retinoides pueden actuar como agentes pro-apoptóticos o inductores de proliferación dependiendo de la expresión de las proteínas CRABP2 y FABP5. Así, en células con mayor ratio CRABP2/FABP5, la señalización a través de los receptores RAR promueve la apoptosis. Sin embargo, en células con predominio de FABP5, la señalización a través de PPAR beta/delta aumenta la supervivencia y proliferación.

Objetivos: Analizar el papel de los retinoides y de las proteínas CRABP2 y FABP5 en la proliferación inducida por TNF y en la apoptosis inducida por Fas-FasL en sinoviocitos reumatoides.

Métodos: Se obtuvieron FLS de 7 pacientes con AR. La expresión de CRABP2 y FABP5 se analizó mediante real-time PCR y western blot. La proliferación celular se determinó con el kit CellTiter-Glo de Promega. La apoptosis se determinó con el Cell Death kit de Roche. Se suprimió la expresión de CRABP2 y FABP5 en los FLS mediante transfección de RNAs de interferencia.

Resultados: Se analizó la expresión de CRABP2 y FABP5 en FLS. La estimulación con TNF incrementó la expresión de FABP5 respecto a la situación basal ($p = 0,031$), aunque CRABP2 no se modificó. El tratamiento con el retinoide indujo la expresión de ambas proteínas ($p = 0,031$), con mayor incremento para CRABP2. Se analizó el efecto del tratamiento con all-trans retinol (ATRA) en la proliferación espontánea e inducida por TNF en RA FLS. Como se esperaba, el tratamiento con TNF incrementó la proliferación cuando se comparó con la situación basal ($p = 0,031$). Además, el tratamiento con ATRA tuvo un efecto sinérgico sobre la proliferación inducida por TNF y ésta se incrementó un 40% a las 96h ($p = 0,001$). Por el contrario, el tratamiento solo con ATRA redujo significativamente la proliferación basal ($p = 0,031$). Se analizó también el efecto del ATRA sobre la apoptosis espontánea y la inducida por anti-Fas y Fas ligando. El retinoide no redujo la supervivencia en los sinoviocitos reumatoides e incluso incrementó la resistencia de los mismos a la apoptosis inducida por anti-Fas ($p = 0,031$, para anti-Fas vs anti-Fas+ATRA) o Fas ligando ($p = 0,039$, para FasL vs FasL + ATRA). La ausencia de CRABP2 mediante silenciamiento sensibilizó a los sinoviocitos reumatoides a la apoptosis inducida por anti-Fas ($p = 0,031$, para anti-Fas sicontrol vs anti-Fas siCRABP2) y por FasL ($p = 0,031$, para FasL sicontrol vs FasL siCRABP2). Por el contrario, el silenciamiento de FABP5 no modificó la respuesta de los sinoviocitos a la apoptosis frente a anti-Fas o FasL.

Conclusiones: El conjunto de estos resultados preliminares muestran que la modulación de CRABP2 podría reducir la hiperplasia sinovial.

191. ESCLERODERMIA LOCALIZADA: MANIFESTACIONES EXTRACUTÁNEAS Y ASOCIACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE 78 CASOS

W.A. Sifuentes Giraldo¹, C. Sobrino Grande¹, L. Villalobos Sánchez¹, A. Alia Jiménez¹, E. de las Heras Alonso², M.L. Gámir Gámir¹ y C. de La Puente Bujidos¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La escleroderma localizada (EL), también conocida como morfea, comprende un grupo de trastornos fibrosantes que afectan a la piel y al tejido subcutáneo. Sin embargo, muchos de los pacientes afectados presentan manifestaciones extra-cutáneas y enfermedades autoinmunes (EA) asociadas, a pesar de lo cual son escasos los estudios sobre su prevalencia en la EL.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de las manifestaciones extra-cutáneas y EA en pacientes adultos y pediátricos con EL en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los casos con diagnóstico de EL (confirmada por biopsia), atendidos en nuestro hospital entre enero 1988 y diciembre 2014. Se excluyeron los casos de fascitis eosinofílica (FE) y liquen escleroso y atrófico (LEA) aislados. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron un total de 78 casos, con una mediana de edad al diagnóstico de 48 años (rango: 2-81) y una relación mujer:hombre de 3,2:1. Todos eran caucásicos, con inicio en la edad adulta en 61 casos (78,2%) y 17 en la edad pediátrica (21,8%). El promedio de edad de aparición de la EL en niños fue de 10,5 años, mientras que en adultos fue de 51,8 años. La distribución de tipos de EL fue diferente entre estos grupos. En adultos los más frecuentes fueron la morfea en placas (47,5%), morfea profunda (16,3%), morfea generalizada (8,2%) y el overlap LEA/morfea (8,2%), mientras que en niños fueron la morfea lineal (35,3%), morfea en placas (35,3%), y morfea profunda (11,8%). En 3 adultos las lesiones de morfea ocurrieron concomitantemente con FE (2 morfea profunda y 1 en placas), y había antecedente de neoplasias en 7 casos, síndrome tóxico por aceite de colza en 2 casos e infección por *Borrelia* en 1 caso. Un paciente pediátrico tenía antecedente de púrpura de Schönlein-Henoch. Del total de pacientes, 41 de ellos (52,6%) tenían una o más manifestaciones extra-cutáneas, siendo las más frecuentes las gastrointestinales (39%), oculares (31%), osteoarticulares (22%), sistema nervioso central (22%), sistema nervioso periférico (20%), síntomas constitucionales (17%), orales (17%) y respiratorios (7%). Estas manifestaciones fueron más frecuentes en adultos (59%) que en niños (29,4%). Se analizaron los ANA en 24 casos siendo positivos en 17 de ellos (70,1%), 5 pacientes presentaban además positividad para factor reumatoide, 6 anti-TPO, 1 anti-centrómero, 1 anti-DNA y 1 anti-DNA/anti-Ro/anti-Sm/anti- β 2 glicoproteína I. Se diagnosticó una o más EA asociadas en 17 casos (21,8%, 16 adultos y 1 niño), correspondiendo a enfermedad autoinmune tiroidea 8, alopecia areata 3, psoriasis 3, vitíligo 2, trombocitopenia autoinmune 1, artritis reumatoide 1 y lupus eritematoso sistémico 1 (este último caso desarrolló posteriormente un síndrome de activación macrofágica).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes de nuestra serie presentaron manifestaciones extra-cutáneas, y un porcentaje importante de ellos presentaron autoanticuerpos y EA asociadas, tanto órgano-específicas como sistémicas, de forma similar a lo descrito en otras series, por lo que no debería considerarse a la EL como una enfermedad necesariamente limitada a la piel sino como una entidad que potencialmente puede asociarse a afectación sistémica. Estos pacientes deberían ser estudiados más exhaustivamente y seguidos con estrecha colaboración entre el dermatólogo y el reumatólogo.

192. EFICACIA DEL MICOFENOLATO COMO TERAPIA DE MANTENIMIENTO TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE CICLOFOSFAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

J. Narváez¹, H. Borrell¹, I. Castellví², J.J. Alegre³, S. Heredia¹, M. Millán², S. Herrera⁴, M. Molina⁵, J.M. Llobet² y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ²Unidad de Reumatología. Hospital Sant Pau. Barcelona.

³Servicio de Reumatología; ⁴Servicio de Neumología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁵Servicio de Neumología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El tratamiento con ciclofosfamida (CFM) durante 12 meses estabiliza los parámetros de función pulmonar y mejora los síntomas respiratorios de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Una vez suspendido el tratamiento, este efecto beneficioso en la función pulmo-

nar desaparece a los 24 meses, de ahí la necesidad de instaurar una terapia de mantenimiento después de la CFM.

Objetivos: Evaluar la eficacia del micofenolato (MMF) como terapia de mantenimiento tras la administración de CFM en el manejo la EPID secundaria a la ES.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo de 14 pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) y EPID secundaria confirmada mediante TC torácica de alta resolución (TCAR), que fueron tratados con CFM por presentar criterios de gravedad. La variable principal de eficacia fue la evolución de las pruebas funcionales respiratorias (PFR) al final del período de seguimiento de acuerdo con las definiciones de la American Thoracic Society: a) mejoría: si se observa un aumento de la CVF $\geq 10\%$ o en la DLCO $\geq 15\%$; b) estabilización: si los cambios en la CVF son menores al 10% o al 15% en la DLCO, y c) empeoramiento: si la CVF disminuye $\geq 10\%$ o la DLCO $\geq 15\%$.

Resultados: De los 14 pacientes incluidos (12 mujeres, edad media 58 ± 10 años), 11 tenían una ES difusa, 1 una ES limitada y 2 esclerodermia sin esclerodermia. Desde el punto de vista histoespecífico 13 casos correspondían a NINE (2 de ellas fibrosante) y 1 a NIU. Todos ellos habían recibido tratamiento con CFM por vía intravenosa, habiéndose conseguido, cuanto menos, la estabilización de los parámetros de función pulmonar: a 10 pacientes la CFM se les había administrado durante un mínimo de 12 meses (6 bolus mensuales, seguidos de 2 a 4 bolus trimestrales) y a 4 durante 6 meses (6 bolus mensuales). La dosis administrada en los bolus fue 750 mg/m² o 500 mg/m² de superficie corporal según tolerancia. Las dosis de MMF oscilaron entre 1.5 y 2 gramos al día. Durante el seguimiento, 9 (64%) pacientes presentaron progresión de la EPID con empeoramiento clínico y funcional, necesitando finalmente tratamiento de rescate con rituximab (RTX). El tiempo transcurrido desde el inicio del MMF hasta el tratamiento con RTX (media $\pm$ DE) fue de 21 ± 8 meses (rango, 8-28). La evolución de los valores de las PFR en este subgrupo de enfermos se expone en la tabla. En los 4 (36%) pacientes restantes, MMF consiguió una estabilización de las PFR. El tiempo medio de seguimiento en este subgrupo fue de 18 ± 8 meses (rango, 8-28).

Tabla Póster 192

	Inicio MMF	Final MMF/Inicio RTX	% Cambio
CVF%	65,7 $\pm$ 20,5	51,2 $\pm$ 18,4	-22,07%
TLC%	69,2 $\pm$ 10,9	61,6 $\pm$ 9,2	-10,98%
DLCO%	51,8 $\pm$ 15,5	40,2 $\pm$ 13,6	-22,39%

Conclusiones: La terapia de mantenimiento con MMF, sólo consigue preservar el efecto beneficioso conseguido con la CFM en aproximadamente un tercio de los casos. A pesar de los avances en el

diagnóstico precoz de la EPID asociada a ES, los resultados que se obtienen con los tratamientos disponibles continúan siendo desalentadores.

193. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO SOBRE LA REPERCUSIÓN DE LAS ÚLCERAS DIGITALES EN LA LIMITACIÓN FUNCIONAL Y DE ACTIVIDADES LABORALES Y COTIDIANAS EN PACIENTES AFECTOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA: ESTUDIO LAUDES

I. Castellví¹, S. Eguiluz², V. Fonollosa³, J.A. Román⁴ y M. Alirangues⁵, en representación del Grupo de Investigadores del Estudio LAUDES

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces.

Barakaldo. ³Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Valencia. ⁵Departamento Científico. Actelion Pharmaceuticals España. Barcelona.

Introducción: Las úlceras digitales (UD) son una complicación frecuente y recurrente de la esclerosis sistémica (ES), siendo causa de dolor e impotencia funcional. Los pacientes con ES y UD activas parecen presentar mayor discapacidad y limitación de las actividades laborales y de la vida diaria que los que no padecen UD. Sin embargo, se desconoce el grado de limitación atribuible a las UD en pacientes con ES de la población española.

Objetivos: 1. Describir la limitación funcional y de las actividades laborales y de la vida diaria de pacientes españoles con ES y UD activas, en comparación a la de aquellos que nunca han padecido UD. 2. Comparar la percepción del paciente sobre el grado de limitación de las actividades laborales y de la vida diaria que le causan las UD con la percepción del médico evaluador.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico de ámbito nacional. Participaron 74 investigadores y cada uno incluyó 3 pacientes adultos consecutivos con ES según clasificación de Le Roy: 2 que no hubieran sufrido nunca UD y 1 con = 1 UD activa de = 7 días de evolución. Se determinó la limitación funcional manual con la escala de Cochin (CHFS) y la discapacidad física global mediante el cuestionario de evaluación de la salud para ES (SHAQ). Pacientes e investigadores cumplimentaron las 2 EVA del cuestionario de limitación de la productividad laboral y de actividades diarias por problema específico de salud (WPAI: SHP) para: a) comparar el grado de ambas limitaciones en pacientes con y sin UD y b) comparar la percepción del paciente con UD y la del médico.

Tabla Póster 193

	Con UD (media $\pm$ DE)	Sin UD (media $\pm$ DE)	P-valor
CHFS (rango 0-90)	32,34 $\pm$ 22,10	20,41 $\pm$ 24,84	0,001
SHAQ			
Discapacidad global (rango 0-3)	0,87 $\pm$ 0,69	0,75 $\pm$ 0,75	ns
Vestirse y arreglarse (rango 0-3)	0,97 $\pm$ 0,87	0,70 $\pm$ 0,94	0,012
Levantarse (rango 0-3)	0,43 $\pm$ 0,81	0,60 $\pm$ 0,85	ns
Comer (rango 0-3)	1,39 $\pm$ 1,01	1,03 $\pm$ 1,06	0,012
Andar (rango 0-3)	0,56 $\pm$ 0,83	0,68 $\pm$ 0,83	ns
Higiene (rango 0-3)	0,56 $\pm$ 0,69	0,50 $\pm$ 0,78	ns
Alcanzar cosas (rango 0-3)	1,04 $\pm$ 0,95	1,04 $\pm$ 1,00	ns
Agarrar (rango 0-3)	1,04 $\pm$ 0,79	0,71 $\pm$ 0,85	0,002
Actividades (rango 0-3)	1,06 $\pm$ 0,99	0,85 $\pm$ 0,99	ns
Dolor (EVA, rango 0-100)	43,62 $\pm$ 25,38	33,48 $\pm$ 27,18	0,012
Síntomas intestinales (EVA, rango 0-100)	21,19 $\pm$ 26,86	17,02 $\pm$ 24,89	ns
Síntomas respiratorios (EVA, rango 0-100)	23,50 $\pm$ 26,93	24,66 $\pm$ 29,94	ns
Síntomas UD (EVA, rango 0-100)	51,93 $\pm$ 32,09	-	-
Raynaud (EVA, 0-100)	53,81 $\pm$ 30,16	36,52 $\pm$ 33,49	< 0,001
Gravedad (EVA, 0-100)	50,93 $\pm$ 28,23	37,72 $\pm$ 30,57	0,003
Limitación actividades diarias (EVA, 0-10)	5,26 $\pm$ 2,75	3,84 $\pm$ 3,18	0,002
Limitación productividad laboral (EVA, 0-10)	4,72 $\pm$ 3,58	3,20 $\pm$ 3,45	0,069

Para la comparación entre variables cualitativas se utilizó el test de Fisher, mientras que para la comparación de variables cuantitativas y entre grupos se utilizó la prueba de t o la U de Mann-Whitney cuando fue necesario. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa para valores de $p = 0,05$.

Resultados: Se analizaron 199 pacientes (84% mujeres) con ES de $8,49 \pm 7,64$ años de evolución (64% limitadas). El 35% ($n = 70$) padecían UD activas y el resto nunca las había padecido. Los pacientes con UD eran más jóvenes ($48,41 \pm 13,19$ vs $57,83 \pm 14,42$ años; $p < 0,001$) y tenían mayor prevalencia de ES difusa (45,6% vs 23,6%; $p = 0,004$); el 51% tenían afectación de ambas manos, el 89% historia previa de UD y el 35% secuelas (amputación, pérdida tisular). Nº UD/paciente: $2,7 \pm 1,9$. Los principales resultados comparativos se resumen en la tabla. Los pacientes con UD mostraron mayor puntuación en la CHFS, tanto global como por dimensiones. También obtuvieron mayor puntuación en las dimensiones del SHAQ que afectan más a la función de la mano (vestirse y arreglarse, comer y agarrar) y en sus EVA de dolor, interferencia por Raynaud y percepción de gravedad de su enfermedad. La afectación de las actividades diarias fue más elevada en pacientes con UD, observándose tendencia a mayor afectación de la productividad laboral. Por último, se obtuvo una alta correlación entre la opinión del investigador y del paciente con UD sobre el grado de afectación de la productividad laboral ($r = 0,87$) y actividades diarias ($r = 0,86$) que le causan las UD.

Conclusiones: Los pacientes con UD activas presentaron más afectación de la función de la mano, dolor e interferencia por Raynaud y sentían que su enfermedad era más grave. También presentaron mayor limitación de actividades diarias y de productividad laboral. Los médicos que tratan a pacientes con UD valoraron de manera similar al paciente el grado de limitación que les causaban las UD.

194. INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA E INMUNOLÓGICA EN LOS EMBARAZOS DE MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. Úcar, N. Rivera, G. Oraa y A. Bilbao

Hospital Universitario de Basurto.

Objetivos: En la serie de embarazos de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), en nuestro centro, se observó en estudios preliminares, que las portadoras de Ac anti Ro, tienen menos abortos, que las no portadoras. Se trata de comprobar si este resultado es estadísticamente significativo y si hay asociación con otras variables tales como aborto previo y actividad de la enfermedad, previamente descritas en la literatura.

Métodos: Población de 105 embarazos de madres con LES, que han sido atendidas en la Unidad de Lupus y embarazo de nuestro Hospital. Análisis de la presencia de Ac anti Ro/La y antifosfolípidos en estos 105 embarazos y de la actividad del LES mediante las herramientas LAIP y SLPDAI, que se aplicó en 88 embarazos, de forma prospectiva y de la influencia de abortos previos.

Resultados: La presencia de abortos previos en 32 embarazos tuvo como consecuencia 78,13% de abortos y 2,24% de partos. Y la ausencia de abortos previos en 56 embarazos, resultó en 5,35% abortos y 94,64% partos ($p < 0,0001$). 44 embarazos de portadoras de Ac anti Ro, tuvieron 22,72% abortos y 77,27% partos; y 61 de no portadoras tuvieron 42,62% abortos y 53,38% partos; OR: 0,396, IC: 0,166–0,944; $p: 0,0341$. La presencia de los otros Ac valorados, no ha resultado significativo, ni la actividad de la enfermedad.

Conclusiones: La presencia de abortos previos ha resultado ser la variable que más influye, de forma negativa en el resultado del embarazo. La presencia de Ac anti Ro es un factor protector

del embarazo. La actividad relacionada con la enfermedad no ha resultado significativa, aunque se observa la tendencia a incrementarse el riesgo de aborto, al aumentar el valor de SLPDAI; creemos que este último resultado está condicionado por la selección del momento del embarazo en cuanto a la actividad de la enfermedad.

195. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES EN HIJOS DE MADRES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN SUS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

A. Pluma Sanjurjo, J.J. Elorz Lambarri y E. Úcar Angulo

Hospital Universitari Vall Hebron. Barcelona. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes afectan a pacientes jóvenes, laboralmente activos y en edad reproductiva. Muchas de éstas enfermedades presentan una base fisiopatológica en la que se hallan involucrados autoanticuerpos tipo IgG. Dichas inmunoglobulinas presentan la capacidad de atravesar la placenta, generando así un daño en el feto durante la gestación y los primeros meses de vida. Un ejemplo conocido y estudiado sería el lupus neonatal (LNN). En la literatura se describe que durante la infancia y la adolescencia los hijos de madres con lupus eritematoso sistémico (LES) pueden presentar una mayor incidencia alergia, alteraciones cutáneas, enfermedad intestinal, enfermedades tiroideas y alteraciones en el desarrollo psicomotor.

Objetivos: El objetivo del estudio es conocer si los hijos de madres con enfermedades reumatológicas presentan una mayor predisposición a presentar enfermedades durante la infancia en relación a la población general y, si es así, estudiar si presentan una base fisiopatológica en la que esté implicada la disregulación del sistema inmune. Asimismo estudiar si estos niños presentan alteración en el desarrollo psicomotor.

Métodos: Se recogen los datos de forma retrospectiva mediante encuesta telefónica realizada a las madres seguidas en la consulta monográfica de Lupus y Embarazo en un Hospital del Norte de España.

Resultados: Se recogen datos de 84 madres de las cuales el 73,8% presentaban LES (tabla 1). La media de hijos por madre es de 1,5. Se registran un total de 123 hijos nacidos (53,7% hombres y 46,3% mujeres). La edad media de los niños es de 8 años (rango entre 5 meses y 29 años de edad). En nuestra serie el 4,87% de los niños presentó una enfermedad relacionada con el paso de inmunoglobulinas de la madre al feto; 5 niños LNN (hijos de madres diagnosticadas de LES) y 1 trombopenia transitoria (hijo de madre con púrpura trombocitopénica idiopática). Las patologías generales de los niños se recogen en la tabla 2 donde destaca la prevalencia de asma, piel atópica y alergia. Asimismo el 6,5% de los niños presentaron una patología infecciosa moderada o recurrente recogido en la tabla 3. De todos los hijos estudiados 4 repitieron un curso escolar y uno actualmente requiere de apoyo escolar.

Tabla 1 Póster 195
Diagnósticos de las madres

Diagnóstico	%
LES	73,8
Sd. antifosfolípido	9,5
Sd. Sjögren	2,4
Lupus discoide	1,2
Artritis reumatoide	3,6
Vasculitis	1,2
Púrpura trombocitopénica idiopática	1,2
Anemia hemolítica	1,2
Conectivopatía indiferenciada	2,4
Raynaud	2,4

Tabla 2 Póster 195
Patologías de los niños

Patología de los niños	Número de niños
Piel atópica	16
Asma	20
Alergia	17
Alergia a fármacos	1
Trastorno por déficit de atención hiperactividad	2
Soplo cardíaco benigno	2
Hiperlaxitud	1
Colon irritable	1
Elevación de transaminasas transitoria	2
Linfangioma	1
Asimetría facial del llanto	1
Asimetría facial del llanto	1
Reflujo gastroesofágico	1
Quiste esplénico	1
Mal desarrollo del sistema auditivo	2
Hernia umbilical	1
Quiste sebáceo	1

Tabla 3 Póster 195
Patología infecciosa

Patología infecciosa	Número de niños
Herpes oftálmico	1
Infecciones respiratorias de repetición	2
Bronquiolitis	2
Neumonía	1
Otitis de repetición	1
Mononucleosis infecciosa	1

Conclusiones: En nuestra serie destaca una incidencia del 16,3% de asma. Esta tasa es discretamente superior a la descrita en la población pediátrica general en España que es del 7,1-15,3% pero menor a la descrita en la población pediátrica de la zona atlántica del país que es del 19,3-22,2%. La incidencia de piel atópica es de 13%, rango superior al descrito en la literatura (4,1-7,6%) y de alergia, caracterizada por rinoconjuntivitis del 13,8% inferior al recogido en la población pediátrica estatal (22,6-35,8%). La media de pacientes que presenta retraso escolar es de 4,1%, muy inferior a la registrada por la UE para España que es entre el 18-38%. No se han registrado casos de enfermedad tiroidea, diabetes, celiaquía o enfermedad inflamatoria intestinal. Resumiendo, en nuestra serie, los pacientes han presentado un porcentaje de patologías similares a la población pediátrica general exceptuando un discreto aumento de la incidencia de piel atópica. La base fisiopatológica de ésta enfermedad es compleja, si bien existe un desbalance entre los linfocitos Th1-Th2, la inmunoglobulina principalmente implicada sería la IgE. Dado que se trata de un estudio retrospectivo, no hay una recogida sistematizada de los datos lo que puede generar sesgos y limitaciones.

196. ¿EN QUÉ PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SIN SÍNTOMAS CARDIOLÓGICOS ENCONTRAMOS HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN EL ECOCARDIOGRAMA?

N. Lozano Rivas, F.J. Pastor-Pérez, P. Mesa del Castillo, M.J. Díaz Navarro, G. de la Morena Valenzuela, F.A. Martínez Angosto, J.J. Martínez Ferrín, A. Bermúdez Torrente y C. Marras Fernández-Cid
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La afectación cardíaca es frecuente y una causa importante de morbilidad en el lupus eritematoso sistémico (LES) aunque su prevalencia depende de la técnica de imagen empleada y el perfil clínico del paciente.

Objetivos: Evaluar la utilidad del estudio ecocardiográfico en cuanto a la detección de alteraciones morfológicas y funcionales en los pacientes con LES sin síntomas cardiológicos y su relación con la presencia de anticuerpos.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de LES, sin síntomas cardiológicos a los cuales se le realizó un estudio ecocardiográfico transtorácico. Se recogió la presencia de factores de riesgo cardiovascular, tiempo de evolución de la enfermedad y perfil de anticuerpos. El análisis ecocardiográfico incluyó el cálculo de la fracción de eyección, la descripción de la morfología, flujos valvulares y la caracterización del pericardio.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes con LES, sin síntomas cardiológicos, siendo el 95% mujeres. La edad fue de $47,6 \pm 14,0$ años y el tiempo de evolución fue de $15,5 \pm 8$ años. El 98% eran ANA positivos, 93% anti-DNA positivos, 20% anti-Sm positivos y un 37% tenían anticuerpos antifosfolípidos (AAF). En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular hubo un 27% de hipertensión, 20% de dislipemia y un 4% de diabetes. La fracción de eyección estaba conservada en todos los pacientes ($61,1 \pm 4,4\%$). A nivel de la válvula mitral encontramos engrosamiento valvular o hallazgos compatibles con endocarditis de Libman-Sacks en 6 pacientes (13,7%) y de forma global hubo un 18,2% de insuficiencia mitral siendo la mayoría de grado ligero (75%) y el resto moderada. En cuanto a la válvula aórtica observamos en 3 pacientes (6,8%) datos de endocarditis de Libman-Sacks con presencia de insuficiencia aórtica ligera en todos ellos excepto en un paciente en la que la afectación era moderada. Respecto al pericardio encontramos derrame de grado ligero en 1 paciente y engrosamiento localizado a nivel posterior en 2. La presencia de engrosamiento o nodulaciones Libman-Sacks se asoció a una mayor prevalencia de AAF (75,0% vs 28,6%, $p < 0,05$) y un mayor porcentaje de infartos cerebrales (62,5% vs 8,3%, $p < 0,05$) no habiendo diferencias respecto al tiempo de evolución de la enfermedad ($15,9 \pm 9,4$ vs $13,7 \pm 8,4$ años, $p = 0,50$) ni tampoco con el resto de anticuerpos.

Conclusiones: En pacientes asintomáticos con LES, el hallazgo patológico más frecuente es el de engrosamiento valvular mitral con presencia de insuficiencia mitral en su mayoría de grado ligero. La afectación valvular se relacionó con una mayor prevalencia de AAF y desarrollo de infartos cerebrales.

197. ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Riancho-Zarrabeitia, A. Corrales, N. Vegas-Revenga, L. Domínguez-Casas, J. Rueda-Gotor, M. Santos-Gómez, R. Blanco y M.A. González-Gay

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan un aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular (CV), en relación con una aterogénesis acelerada. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia de enfermedad CV subclínica en esta enfermedad y compararla con una población control, utilizando como método diagnóstico la ecografía carotídea.

Métodos: Se evaluaron 36 pacientes con LES y 127 controles de edad y distribución de sexos similares. La ecografía carotídea se realizó, tanto en pacientes como en controles, con un ecógrafo MyLab 70 (Esaote; Genoa, Italia), equipado con una sonda lineal de 7-12 MHz y con un software automatizado de radiofrecuencia-Quality Intima Media Thickness in real-time (QIMT, Esaote, Maastricht, Holanda). Se analizó la frecuencia de factores clásicos de riesgo CV tanto en pacientes como en controles y su posible relación con la presencia de placa carotídea, definida de acuerdo con el consenso de Mannheim.

Resultados: En la tabla se incluyen los principales datos del estudio comparativo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de factores de riesgo CV clásicos, como tabaco, hipertensión arterial, diabetes mellitus o antecedentes personales o familiares de enfermedad CV prematura. Sin

Tabla Póster 197

Variable	LES (n = 36)	Controles (n = 127)	p
Hombres/mujeres, n	3/33	13/114	1
Edad (años), media $\pm$ DE	49,0 $\pm$ 16,1	45,1 $\pm$ 12,7	0,132
No fumadores	21 (58)	75 (59)	–
Fumadores	7 (19)	26 (21)	0,971
Exfumadores	8 (22)	26 (21)	–
Obesidad	9 (27)	19 (15)	0,122
Dislipemia	11 (31)	20 (16)	0,056
Hipertensión arterial	9 (25)	15 (13)	0,111
Diabetes mellitus	0 (0)	3 (2,5%)	1
Eventos cardiovasculares previos, n (%)	2 (6)	2 (2)	0,212
Historia familiar de enfermedad cardiovascular precoz, n (%)	9 (25)	18 (15)	0,208
Tensión arterial media, media $\pm$ DE (mm Hg)	92,3 $\pm$ 10,2	91,6 $\pm$ 11,1	0,728
Tensión arterial sistólica, media $\pm$ DE (mm Hg)	121,8 $\pm$ 15,6	121,4 $\pm$ 17,0	0,914
Tensión arterial diastólica, media $\pm$ DE (mm Hg)	77,6 $\pm$ 8,4	76,6 $\pm$ 9,3	0,599
Índice masa corporal, media $\pm$ DE (kg/m ²)	27,09 $\pm$ 5,36	25,19 $\pm$ 4,82	0,051
Perímetro abdominal (cm), media $\pm$ DE	91,5 $\pm$ 13,7	86,1 $\pm$ 16,6	0,096
Espesor íntima-media carotídea (μ), media $\pm$ DE	644 $\pm$ 122	573 $\pm$ 113	0,001
Placas carotídeas, n (%)	15 (42)	28 (23)	0,033

embargo, los pacientes con LES presentaban mayor frecuencia de dislipemia (31% vs 16%; $p = 0,056$) y un mayor índice de masa corporal ($27,1 \pm 5,4$ vs $25,2 \pm 4,8$ $p = 0,051$). El espesor íntima-media era significativamente superior en los pacientes con LES (644 ± 122 vs 573 ± 113 ; $p = 0,001$). Esa diferencia persistía incluso después de ajustar por el IMC y la dislipemia ($p = 0,009$). Asimismo, en los pacientes con LES se encontró mayor frecuencia de placa carotídea (42% vs 23%; $p = 0,033$).

Conclusiones: El espesor íntima media y la frecuencia de placas carotídeas están aumentados en los pacientes con LES. La detección de placas carotídeas implica un muy alto riesgo cardiovascular y por tanto la necesidad de tratar la dislipemia y otros factores aterogénicos en estos pacientes.

198. MEDICIÓN DE MICROARQUITECTURA ÓSEA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO PILOTO

M. Rojas Giménez, N. Mena Vázquez, C.M. Romero Barco, M.C. Ordóñez Cañizares, S. Manrique Arija, C. Domic Bueno, C. Fuego Valera, V. Rodríguez García, F.G. Jiménez Núñez, I. Ureña Garnica, L. Cano García, M.V. Irigoyen, M. Rodríguez Pérez y A. Fernández Nebro

UGC Reumatología. IBIMA. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Evaluar la microarquitectura trabecular ósea (TBS) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Diseño: estudio de corte transversal. Pacientes: se reclutaron 37 pacientes con LES que tenían al menos una DEXA y un análisis de la microarquitectura trabecular durante su seguimiento. Protocolo: se analizaron la DEXA y la TBS más recientes y se recogieron los datos clínicos coincidentes con esa fecha de corte de las historias, usando un cuestionario prediseñado. Variables: demográficas, terapéuticas (incluyendo la toma de corticoides y anti-resortivos), características clínico-analíticas del LES incluyendo nº de criterios ACR acumulados de LES, daño SLICC y media de SELENA-SLEDAI en los 2 años previos a la fecha de corte. Así mismo se recogieron: Antecedentes personales y familiares de fractura, diagnóstico densitométrico (OMS) e índice FRAX. Variables de desenlace: (1) Medición de microarquitectura usando un software "Trabecular bone score –MediMaps®" (TBS) y (2) Medición de DMO (g/cm²) por DXA (GE Lunar Prodigy Advance) en raquis lumbar (L1-L4), fémur proximal y cadera total. Definiciones operativas: Los puntos de corte usados para TBS fueron los propuestos por el International working group of TBS users: (1) microarquitectura normal, valor = 1,350; (2) microarquitectura parcialmente degradada, valor

entre 1,350 y 1,200; y (3) microarquitectura degradada = 1,200. Los valores de densitometría ósea se clasificaron según criterios OMS como masa ósea normal, osteopenia y osteoporosis en columna lumbar (CL), cuello femoral (CF) y cadera total (CT). Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las principales variables, t-Student para la comparación de variables cuantitativas por grupo, test exacto de Fisher para comparar las cualitativas y correlación de Pearson/Rho-Spearman para las cuantitativas.

Resultados: Las principales características de los pacientes ($n = 37$) se muestran en la tabla. Casi todos habían recibido hidroxiclоро-

Tabla Póster 198

Variables	Pacientes
Demográficas	
Edad, media (DE)	45,1 (12,3)
Sexo (mujer), n (%)	36 (97,3)
Raza (caucásica), n (%)	36 (97,3)
Comorbilidades	
Tabaco	11 (29,7)
Alcohol	1 (2,7)
Hipertensión arterial, n (%)	16 (46,2)
Hipertiroidismo, n (%)	1 (2,7)
Hepatopatía crónica, n (%)	4 (10,8)
Menopausia, n (%)	16 (43,6)
Antecedentes personales de fractura, n (%)	4 (10,8)
Antecedentes familiares de fractura, n (%)	1 (2,7%)
FRAX (*), media (DE)	4,4 (2,9)
Características de LES	
SELENA-SLEDAI medio (**), mediana (RIC)	2,82 (2,00-4,85)
SLICC, mediana (RIC)	0,0 (0,0-2,0)
Tratamientos acumulados	
Anticonceptivos, n (%)	2 (5,4)
Metotrexato, n (%)	23 (62,2)
Leflunomida, n (%)	4 (10,8)
Hidroxiclороquina, n (%)	35 (94,6)
Ciclofosfamida, n (%)	8 (21,6)
Azatioprina, n (%)	10 (27)
Micofenolato, n (%)	11 (29,7)
Ca + vitamina D, n (%)	34 (91,9)
Bifosfonatos, n (%)	14 (37,8)
Teriparatida, n (%)	2 (5,4)
Calcitonina, n (%)	1 (2,7)
Anticoagulantes orales, n (%)	8 (21,6)
Anticoagulantes, n (%)	12 (32,4)
Glucocorticoides, n (%)	32 (86,5)
Variables densitométricas	
T-score columna, media (DE)	-0,98 (1,33)
T-score cuello femoral media (DE)	-0,94 (1,37)
T-score cadera total, media (DE)	-0,90 (1,22)
TBS lumbar, media (DE)	1,34 (0,89)
OP lumbar, n (%)	2 (5,4)
OP cadera, n (%)	2 (5,4)
TBS parcialmente degradada, n (%)	19 (46,3)
TBS degradada, n (%)	2 (4,9)

quina y suplementos calcio-vitamina D. La mayoría tenía osteopenia lumbar (43,9%) y microarquitectura ósea trabecular parcialmente degradada (46,3%). Se observó una tendencia a la asociación entre diagnóstico densitométrico (OMS) en CL y el de TBS ($p = 0,096$) pero no lo hubo en CF ($p = 0,335$) ni CT ($p = 0,447$). Se observó una correlación negativa del valor FRAX con T-score en CL ($r = -0,5$; $p = 0,005$) y CF ($r = -0,7$; $p < 0,001$) pero no con TBS ($Rho = -0,3$; $p = 0,1$). No se observó ninguna correlación entre FRAX, TBS, SLEDAI medio y SLICC. Tampoco se observó asociación de la toma de hidroxicroquina, corticoides, ni de bolos de corticoides con los valores de T-score ni de TBS.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con LES estudiados en este pequeño estudio piloto tienen alguna alteración ósea moderada que afecta tanto a la cantidad de masa ósea como a la calidad de su microarquitectura trabecular lumbar.

Agradecimientos: SEIOMM.

199. UTILIDAD DE LA REBIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

M. Ricse¹, J. Narváez¹, M. Gomà², X. Fulladosa³, F. Mitjavila⁴, O. Capdevila⁴, J. Torras³, X. Juanola¹ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Nefrología; ⁴Servicio de Medicina Interna. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La utilidad de una rebiopsia renal en el seguimiento de los enfermos con nefritis lúpica (NL) es un tema controvertido, por dos motivos: las posibles complicaciones y las dudas acerca de su influencia para el manejo de los pacientes.

Objetivos: Revisar en los enfermos con NL ya conocida que han requerido una segunda biopsia renal (BR) si los hallazgos obtenidos determinaron un cambio en el tratamiento o en el pronóstico.

Métodos: Fueron objeto de estudio 190 pacientes diagnosticados de NL mediante BR entre 1988 y 2014, en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica. Se seleccionaron para su análisis a los pacientes rebiopsiados, en los que fue posible comparar la BR inicial con la segunda. Las indicaciones para repetir la biopsia fueron: 1) aumento o reaparición de la proteinuria, síndrome nefrótico o sedimento activo; 2) aumento de creatinina sérica o evolución inexplicada hacia la insuficiencia renal; 3) refractariedad a la terapia estándar, o 4) incertidumbre respecto al grado de actividad/cronicidad de las lesiones renales, para decidir el tratamiento. El diagnóstico de NL se estableció en base a la clasificación de la OMS (1982; modificada en 1985 y en vigencia hasta el 2004) y, a partir del 2004, en base a la clasificación ISN/RPS.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes (52 mujeres) con una edad media ($\pm$ DE) de 44 ± 20 años. Los diagnósticos histológicos en la primera BR fueron: a) NL proliferativa mesangial clase II, 9 casos (17%); b) NL proliferativa focal clase III, 12 (22%); c) NL proliferativa difusa clase IV, 27 (50%), y d) NL membranosa clase V, 6 (11%). Los resultados de las rebiopsias se muestran en la tabla. En el subgrupo de pacientes con NL mesangial clase II, la rebiopsia mostró cambios en el patrón histológico con progresión a clases IV o V en el 67% de los casos. Idéntica situación se observó al analizar al subgrupo de pacientes con NL proliferativa focal clase III, evidenciándose transformación histológica a clases IV o V en el 83% de los pacientes. Por el contrario, la gran mayoría de los casos con NL proliferativa difusa clase IV (78%) persistían con dicho patrón en la segunda biopsia y, en caso de transformación histológica, raras veces progresaron a clase V (7%). Tampoco se observó cambios en el patrón histológico en la mayoría los pacientes con NL membranosa clase V (67%). Considerándose en su conjunto las formas no proliferativas (clases II + V) se objetivó transformación de clase en el 60% de los casos, mientras que en las formas proliferativas (clases III+IV) se produjo

en un 41% ($p = 0,238$). La media del índice de actividad en la primera BR fue de 9,38 (DE: 4,43) y en la rebiopsia de 7,58 (3,84) ($p = 0,247$). La media del índice de cronicidad en la BR inicial fue 1,65 (2,3) y en la rebiopsia de 2,58 (2,39) ($p < 0,001$). En total, en 22 enfermos (41%) el resultado de la rebiopsia determinó un cambio en el tratamiento.

Tabla Póster 199

BR Inicial	Segunda BR
NL mesangial clase II (N = 9)	2 no cambiaron de clase histológica 7 transformación histológica a: Clase I: 1 caso Clase IV: 3 casos Clase V: 3 casos
NL proliferativa focal clase III (N = 12)	2 no cambiaron de clase histológica. 10 transformación histológica a: Clase IV: 5 casos Clase V: 5 casos
NL proliferativa difusa clase IV (N = 27)	21 no cambiaron de clase histológica 6 transformación histológica a: Clase II: 1 caso Clase III: 3 casos Clase V: 2 casos
NL membranosa clase V (N = 6)	4 no cambiaron de clase histológica 2 transformación histológica a clase IV

Conclusiones: De acuerdo con nuestros resultados, la rebiopsia renal pone de manifiesto cambios en el patrón histológico en el 46% de los casos, determinando un cambio en el tratamiento en el 41% de los enfermos. En los pacientes con NL clases II y III es especialmente frecuente la progresión de clase histológica; es en estos subgrupos cuando la rebiopsia influye más en la toma de decisiones. En cambio, la mayoría de los enfermos con NL clases IV y V persisten con dicho patrón en una segunda biopsia. Puesto que el índice de actividad tiende a disminuir, mientras empeora el índice de cronicidad, es probable que los cambios en los niveles de proteinuria o de la función renal en este subgrupo de pacientes sean atribuibles a lesiones esclerosantes y fibróticas.

200. RECURRENCIAS Y FACTORES PREDICTIVOS EN LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH. ESTUDIO DE 417 PACIENTES

V. Calvo-Río¹, J. Loricera¹, J.L. Hernández¹, C. Mata¹, L. Martín², F. Ortiz-Sanjuán¹, L. Álvarez³, M.C. González-Vela⁴, D. González-Lamuño³, H. Fernández-Llaca⁵, M.A. González-López⁵, S. Armesto⁵, M. Arias², N. Palmou-Fontana¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Departamento de Reumatología; ²Departamento de Nefrología;

³Departamento de Pediatría; ⁴Departamento de Anatomía Patológica;

⁵Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Aunque el pronóstico de la púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es generalmente favorable puede tener recurrencias. Nuestro objetivo fue estudiar su frecuencia, tipo y factores de riesgo en una serie amplia y no seleccionada de pacientes con PSH.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 417 pacientes provenientes de un único hospital con diagnóstico de PSH, según los criterios propuestos por Michel y cols. La recurrencia se definió como un nuevo brote en un paciente diagnosticado previamente de PSH y asintomático durante al menos un mes. Las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ DE o como mediana (rango intercuartílico), según su distribución y se compararon con la prueba t de Student o la U de Mann-Whitney. Las variables dicotómicas se expresaron como porcentajes y se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado. Las variables asociadas con la recurrencia de la PSH en el análisis univariante se analizaron mediante regresión logística multivariante. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 417 pacientes (240 hombres/177 mujeres); mediana de edad de 7,5 años (IQR [5,3-20,1]); 315 (75,5%) eran niños o jóvenes (= 20 años) y 102 (24,5%) adultos. Las manifestaciones clínicas (inicio/PSH establecida) fueron: lesiones cutáneas (55,9%/100%), nefropatía (24/41,2%), afectación gastrointestinal (13,7/64,5%), síntomas articulares (9,1/63,1%) y fiebre (6,2/20,4%). Los tratamientos más frecuentemente utilizados fueron los corticoides (35%), AINEs (14%) y citotóxicos (5%). Tras una mediana de seguimiento de 12 (IQR [2-38]) meses se observó una recuperación completa en la mayoría de los casos (n = 346; 83,2%) y nefropatía persistente, generalmente leve, en 32 (7,7%). Se observaron recurrencias en casi un tercio de los pacientes (n = 133; 31,9%). Las manifestaciones clínicas durante las recurrencias fueron cutáneas (89,6%) abdominales (27,1%), renales (25,9%) y articulares (16,8%). La mediana del número de recurrencias fue 2,4 (IQR [1-3]). Los principales factores de riesgo para el desarrollo de recurrencias en el análisis univariable y multivariable se expresan en la tabla.

Tabla Póster 200

Análisis univariable y multivariable del riesgo de recurrencias en pacientes con púrpura de Schönlein-Henoch

Variable	OR (IC95%)	p
Análisis univariable		
Varón	1,51 (0,98-2,32)	0,058
Manifestaciones articulares al inicio	2,60 (1,31-5,15)	0,006
Duración púrpura > 7 días	1,89 (1,04-3,42)	0,037
Dolor abdominal al inicio	1,66 (1,05-2,60)	0,029
Síntomas gastrointestinales	1,60 (1,02-2,50)	0,042
Nefropatía en el curso de la PSH	1,61 (0,94-2,76)	0,085
Tratamiento farmacológico	1,61 (1,06-2,45)	0,026
Corticoides	1,71 (1,12-2,64)	0,014
Dosis prednisona > 30 mg/día	2,61 (1,06-6,41)	0,036
Duración corticoides (por mes)	1,08 (0,99-1,16)	0,058
Análisis multivariable		
Manifestaciones articulares al inicio	2,63 (1,31-5,30)	0,007
Síntomas gastrointestinales en el curso	1,66 (1,05-2,62)	0,031
Tratamiento con corticoides previos	1,65 (1,06-2,55)	0,026

Conclusiones: La PSH es una entidad en general benigna, sin embargo en casi un tercio de los casos se observan recurrencias. Sus factores predictivos fueron las manifestaciones articulares al inicio, gastrointestinales en el curso o que hayan precisado corticoides.

201. QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: PRESENTACIÓN EN LA ERA BIOLÓGICA

M. García-Arias¹, G. Garrido², A. Ortiz¹, I. Llorente¹, J.M. Álvaro-Gracia¹ y R. García-Vicuña¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-P). Madrid.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes se asocian a manifestaciones oculares como la epiescleritis, escleritis y queratitis

ulcerativa periférica (QUP). La enfermedad más frecuentemente asociada con escleritis necrotizante y QUP es la artritis reumatoide (AR), seguida por el síndrome de Sjögren (SS). Ambas manifestaciones oculares pueden conducir a ceguera irreversible y aumento de la mortalidad, ya que tradicionalmente, se han descrito asociadas a enfermedades muy evolucionadas y mal controladas, especialmente en AR.

Objetivos: Analizar las características clínicas de pacientes con enfermedades autoinmunes que desarrollan QUP, describir la evolución ocular y los tratamientos administrados.

Métodos: Serie de casos retrospectiva no comparativa de 8 pacientes (10 ojos) con enfermedades autoinmunes sistémicas que desarrollan QUP. Se analizaron las características de los pacientes y la actividad de la enfermedad en el momento de presentación de la QUP, así como el tratamiento administrado, la respuesta, las recidivas y las complicaciones oculares.

Resultados: Desde septiembre de 2009 hasta septiembre de 2014, se han incluido 5 pacientes con AR, 1 paciente con artritis indiferenciada (AI) factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado (ACPA) positivo, y 2 pacientes con SS que desarrollaron QUP. Las características de los pacientes se describen en la tabla. La edad media en el momento de presentación de la QUP fue de 69,37 ± 5,15 años. El 75% eran mujeres. Dos pacientes con AR presentaron afectación bilateral desde el momento de presentación. El tiempo medio de evolución de la enfermedad de base fue 16 ± 7,96 años y la mediana del DAS28 fue 3,2 [1,5-4,5]. Todos los pacientes eran FR positivo y el 75% (el 100% de las AR) eran ACPA positivo. En el momento de presentación de la QUP, el 75% de los pacientes estaban recibiendo diferentes fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES) biológicos y no biológicos (tabla). No había datos clínicos de otra manifestación sistémica y la infección fue excluida en todos los casos. El tratamiento inicial de todos los pacientes fue corticoides orales (1 mg/kg/día) en combinación con ciclofosfamida intravenosa (CYC iv) en 5 pacientes. Azatioprina (AZA), ciclosporina A (CyA) y rituximab (RTX) fueron administrados en otros 3 pacientes, una AR y 2 SS respectivamente. Cuatro ojos (4 pacientes) desarrollaron perforación corneal previa al inicio del tratamiento inmunosupresor y 1 ojo (1 paciente) durante el tratamiento con CYC iv en combinación con RTX. Dos pacientes requirieron trasplante corneal. El tiempo medio de respuesta al tratamiento inmunosupresor fue 8,06 ± 5,63 semanas. Dos pacientes con AR tratados con CYC iv sufrieron una recidiva que se trató con RTX asociado con CYC iv. Hasta el momento, uno de esos pacientes se mantiene en remisión, mientras que el otro paciente ha experimentado una nueva recidiva.

Conclusiones: En nuestra pequeña serie, la mayoría de casos de QUP aparece cuando la AR o SS presentaban remisión, baja o moderada actividad. Estos hallazgos contrastan con lo descrito históricamente en la literatura. RTX controló la recidiva ocular en un paciente, pero no previno su aparición o la recurrencia en otros. Son necesarios estudios con un mayor número de pacientes para poder establecer conclusiones definitivas.

Tabla Póster 201

	Género	Edad	Enfermedad de base	Tiempo de evolución (años)	FR/ACPA	Proteína C reactiva (mg/dL)	DAS28	Tratamiento de la enfermedad de base en el momento de presentación de la QUP
1	M	64	AR	10	+/+	0,2	3,1	Leflunomida
2	F	69	AR	16	+/+	0,9	3,2	Leflunomida + metotrexate + deflazacort 6
3	F	69	AR	15	+/+	0	3,3	Metotrexate + rituximab
4	F	70	AR	24	+/+	0,2	4,2	Prednisona 5
5	F	65	AR	23	+/+	0,1	2,9	Tocilizumab
6	M	69	AI	3	+/+	0,3	1,2	-
7	F	81	SS	11	+/-	0,4	-	Hidroxicloroquina + metotrexate
8	F	68	SS	26	+/-	0,1	-	Hidroxicloroquina

202. VASCULITIS CUTÁNEA SECUNDARIA A UNA INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE COMPARADA CON OTRAS VASCULITIS CUTÁNEAS NO INFECCIOSAS: ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE 52 PACIENTES

J. Loricera¹, C. González-Vela², R. Blanco¹, J.L. Hernández³, M.A. González-López⁴, S. Armesto⁴, W. Salcedo², M. Marcellán⁴, M. López-Escobar⁴, M. Lacalle-Calderón⁴, V. Calvo-Río¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, S. Hermana-Ramírez², T. Pina¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Bajo la denominación “vasculitis cutánea” (VC), se incluyen síndromes muy diferentes, caracterizados por la inflamación de los vasos de la piel. En ocasiones se presenta en el contexto de una infección grave y el cuadro clínico puede ser indistinguible de una VC de causa no infecciosa. Sin embargo, el tratamiento es muy diferente: antibioterapia en un caso e inmunosupresión en el otro. Nuestros objetivos fueron analizar los datos clínicos y los parámetros de laboratorio de estos pacientes y comparar los hallazgos histopatológicos de las biopsias cutáneas de los casos de VC secundaria a una infección bacteriana severa y de aquellos con otras VC no infecciosas con mayor o menor afectación sistémica.

Métodos: De una serie de pacientes con VC se seleccionaron 3 grupos: grupo a) VC secundaria a una infección bacteriana grave; grupo b) VC sin infección grave con afectación sistémica; grupo c) sin afectación sistémica. Se incluyeron solo aquellos casos con biopsias cutáneas disponibles y en condiciones óptimas. Las revisamos al microscopio óptico utilizando tinciones de hematoxilina-eosina y PAS. Se realizó un estudio comparativo entre el grupo a) con los otros dos grupos (b y c). Se definió la infección bacteriana severa como aquella que requirió ingreso hospitalario. Las variables categóricas se compararon con el test exacto de Fisher y las variables cuantitativas se expresaron como mediana [IQR] y se analizaron con la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se estudiaron en el grupo a) 12 pacientes (2 mujeres/10 varones; media de edad; 56 ± 15 años). Las infecciones bacterianas graves subyacentes fueron: neumonía (n = 5), meningitis (n = 3), infección del tracto urinario (n = 1), artritis séptica de rodilla (n = 1), sepsis abdominal (n = 1) y mediastinitis (n = 1). En el grupo b) se incluyeron 21 pacientes (10 mujeres/11 varones; media de edad, 52 ± 18 años). Las enfermedades subyacentes en este grupo fueron: púrpura de Schoenlein-Henoch (n = 9), panarteritis nodosa (n = 4), poliangeítis microscópica (n = 2), crioglobulinemia (n = 2), neoplasia (n = 2), lupus eritematoso sistémico (n = 1) y síndrome de Sjögren (n = 1). Finalmente, en el grupo c) se analizaron 19 pacientes (12 mujeres/7 varones; media de edad: 59 ± 24 años). El resultado de las comparaciones histopatológicas del grupo a) con los grupos b) y c) se reflejan en la tabla.

Conclusiones: En esta serie hemos observado que los pacientes con VC secundaria a una infección bacteriana grave presentan una mayor neutrofilia tisular y tienden a desarrollar más dermatosis

pustular. Por el contrario no se observó linfocitosis ni eosinofilia tisular. No obstante, estos resultados precisan ser comprobados en estudios prospectivos con un mayor número de pacientes.

203. NEURO-BEHÇET PSEUDOTUMORAL: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 30 AÑOS

A. Riveros Frutos¹, L. Martínez-Estupiña², S. Alonso³, M. Martínez-Morillo¹, A. Olivé¹, F.J. López-Longo², I. Monteagudo² y L. Carreño Pérez²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Sección de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica, que puede presentar manifestaciones neurológicas: neuro-Behçet (NB). La frecuencia estimada es del 1-59%. Es más frecuente en varones. La afectación neurológica central en forma de masas pseudotumorales es muy rara.

Objetivos: Describir las características clínicas, incidencia, tratamiento, y la evolución de los pacientes diagnosticados de neuro-Behçet pseudotumoral en dos servicios de Reumatología de hospitales de tercer nivel en los últimos 30 años, así como realizar una revisión sistemática de casos publicados en la literatura médica.

Métodos: Estudio retrospectivo (1984-2014). Centro: dos hospitales universitarios de tercer nivel. Se revisaron 155 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedad de Behçet procedente de la base de datos del servicio de reumatología. Se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de neuro-Behçet pseudotumoral y se excluyeron el resto. Se realizó asimismo una búsqueda sistemática de todos los casos publicados con este diagnóstico a través de PubMed. (1987-2014, palabras claves: neuro-Behçet, pseudotumoral).

Resultados: Se identificaron 3 nuevos casos con neuro-Behçet pseudotumoral. Tras una revisión sistemática se encontraron otros 27 casos con dicho diagnóstico. En la serie total de 30 pacientes, se observa un predominio del género masculino (73,3%), con una media de edad de 39,2 ± 12,1 (23-63 años). El tiempo medio de evolución de la enfermedad de Behçet, previo al diagnóstico de NB, fue de 9,3 ± 7,8 años en el 50% de los pacientes. El diagnóstico se realizó de forma simultánea o posterior en el resto de los pacientes. La localización de la lesión, fue: región tálamo capsular 15 (50%), pedúnculo y cerebelo 4 (13,3%), región fronto parietal 2 (6,7%), fronto temporal, y temporo occipital 1 (3,3%). En 4 (13,3%) se presentó más de una lesión. En 14 (46,7%) pacientes se realizó biopsia de la lesión, que descartó malignidad. Todos los pacientes descritos fueron inicialmente tratados con glucocorticoides a dosis altas, vía oral o endovenosa, asociándose posteriormente a otros inmunodepresores tales como azatioprina, ciclofosfamida, metotrexate y clorambucilo. En 3 (10%) pacientes (2 nuestros y 1 de la literatura) se utilizó tratamiento biológico con anti TNF alfa, tocilizumab y rituximab, para control de la enfermedad. En un solo caso ante la resistencia de la

Tabla Póster 202

	VC asociada a infección bacteriana grave Grupo a) (n = 12)	VC con afectación sistémica Grupo b) (n = 21)	VC sin afectación sistémica Grupo c) (n = 19)
Índice de Hodge, mediana [IQR]	6 [5-8,5]	6,5 [5-9,5]	6 [5-8]
Eosinofilia tisular	0 (0%)	3 (14,3%)	5 (26,3%)
Neutrofilia tisular	12 (100%)	14 (66,7%)*	10 (52,6%)*
Linfocitosis tisular	0 (0%)	2 (9,5%)	4 (21,1%)
Intensidad del infiltrado inflamatorio, mediana [IQR]	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-1]
Dermatosis pustular	5 (41,7%)	4 (19,1%)	3 (15,8%)
Afectación de arteriolas profundas	2 (16,7%)	2 (9,5%)	1 (5,3%)

*p < 0,05 vs grupo de VC asociada a infección bacteriana grave (a).

enfermedad se realizó plasmaféresis. En cuanto a la evolución, la mayoría de los pacientes presentaron mejoría progresiva, 3 (10%) pacientes fueron éxitos.

Conclusiones: La presencia de lesiones pseudotumorales es una forma de presentación muy poco frecuente de neuro-Behçet. Es más frecuente en varones y se presenta años después del diagnóstico, no obstante también puede hacerlo de forma simultánea. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras enfermedades de SNC, y descartar malignidad. Presenta buena respuesta al tratamiento con glucocorticoides e inmunodepresores clásicos, en casos resistentes se puede utilizar fármacos biológicos.

204. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 58 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE BEHÇET EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

J. Calvo Catalá, M.D. Pastor Cubillo, A. Rueda Cid, C. Campos Fernández, E. Beltrán Catalán y M.I. González-Cruz Cervellera

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: La enfermedad de Behçet se caracteriza clásicamente por su afectación mucocutánea con aftas bipolares, aunque es una vasculitis con afectación multiorgánica: articular, oftalmológica, neurológica, etc., evolucionando por brotes. En España, su prevalencia es de 5-10 casos por 100.000 habitantes, aunque en cada centro es difícil evaluar la frecuencia debido a que no todos los casos son tratados en los Servicios de Reumatología. Desde que se establecieron los "criterios diagnósticos", son múltiples las publicaciones que evalúan las manifestaciones clínicas. Exponemos los datos obtenidos en nuestra serie de 58 pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet en el Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Valencia. El diagnóstico se realizó según los criterios de Grupo Internacional para el estudio de la enfermedad de Behçet (2006), revisando las historias clínicas para obtener los datos de cada paciente.

Resultados: Se constatan 58 pacientes diagnosticados de Behçet, de los cuales, 25 fueron varones (43,1%) y 33, mujeres (56,9%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 37,7 años (19-65). Todos sufrían úlceras orales recidivantes. Las lesiones genitales aparecieron en 46 casos (79,3%). Cuarenta y dos pacientes, presentaron clínica articular (72,4%), siendo artritis no erosivas y asimétricas. Veintitrés casos (39,6%), presentaron clínica ocular. Se detectaron lesiones cutáneas (eritema nodoso, y forúnculos, en 19 casos (17,2%). Manifestaciones menos frecuentes fueron las digestivas en 14 casos (24,1%), con clínica semejante a la enfermedad de Crohn la clínica neurológica en 7 casos (12%) y la afectación vascular en 3 casos (5,1%). En ningún paciente se detectó el fenómeno de patergia. Respecto al tratamiento, la totalidad de pacientes se han tratado con corticoides y colchicina, asociadas a azatioprina o metotrexato en un 60% de casos. En un mínimo número de casos, se utilizó la ciclosporina y siempre con manifestaciones oculares. Ocho pacientes (13,8%) se han tratado con anti-TNF y un paciente con tocilizumab.

Conclusiones: La enfermedad de Behçet es una enfermedad multisistémica crónica, cuyas manifestaciones no siempre se asocian a vasculitis. Nuestros resultados son similares a los observados en otras series del área Mediterránea, destacando la ausencia del fenómeno de patergia, aunque en nuestra área no es muy frecuente. Como en tantas patologías reumatológicas, es fundamental la coordinación con asistencia primaria para remitir pacientes con sospecha diagnóstica, lo que nos permitirá un diagnóstico más precoz.

205. TASAS DE EMBARAZO DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA INFLAMATORIA: ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILIOARTRITIS

E. Trujillo Martín, E. Padrón, L. Expósito, M. García, H. Sánchez y M.M. Trujillo

Servicio de Reumatología y Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de Planificación y Evaluación de Tecnología Sanitaria. Tenerife.

Introducción: Aunque "a priori" su fertilidad no está alterada, algunos estudios han mostrado que las mujeres con enfermedades reumáticas inflamatorias tienen menos hijos que las mujeres sanas, probablemente debido a múltiples factores relacionados con la enfermedad y su tratamiento. En caso de infertilidad las mujeres con enfermedades inflamatorias crónicas se plantean cada vez más, como el resto de mujeres sanas, las técnicas de reproducción asistida. Sin embargo existe poca información sobre las tasas de éxito de estas técnicas en este tipo de pacientes.

Objetivos: Analizar las tasas de embarazo de la inseminación artificial (IA) y de la fecundación in vitro-microinyección espermática (FIV-ICSI) en pacientes afectas de enfermedad reumática inflamatoria; artritis reumatoide y espondiloartritis. Pacientes: 23 pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática inflamatoria: 16 artritis reumatoides y 7 espondiloartritis (3 espondilitis anquilosante, 3 artritis psoriásica y una espondiloartritis indiferenciada) en seguimiento por nuestro servicio. Edad media de 34 años (rango 25-40) y 6 ± 2 años desde el diagnóstico de su enfermedad, en situación de inactividad o baja actividad clínica. Por problemas de esterilidad se someten a técnicas de reproducción asistida: A 7 pacientes se les realiza IA y a 16 pacientes FIV-ICSI.

Métodos: Se analizan las tasas de éxito de ambas técnicas en función de la edad de la paciente, ya que es uno de los factores que más influye en el resultado.

Resultados: La tasa de embarazo por ciclo de Inseminación artificial (IA) fue del 11% con una tasa acumulada del 31% al cabo de cuatro ciclos. En las pacientes mayores de 35 años la tasa de embarazo por ciclo se redujo al 5%. La tasa de embarazo de la fecundación In Vitro por intento fue de 20% con una tasa acumulada después de tres intentos de 31%. En las mujeres de más de 35 años la tasa de éxito fue del 17%.

Conclusiones: Las tasas de gestación de las técnicas de reproducción asistida, tanto IA como FIV-ICSI, fueron inferiores en las pacientes de nuestra serie que las publicadas para la población general. Este resultado es un motivo importante para tener en cuenta los deseos de gestación de cada paciente desde el comienzo de la enfermedad y planificar los embarazos sin retrasarlos innecesariamente, siempre que sea posible.

206. ASPIRACIÓN O FRAGMENTACIÓN PERCUTÁNEA GUIADA POR ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON TENDINOPATÍA CALCIFICANTE DE HOMBRO: RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

E. Casado, M. Arévalo, L. Lluís, C. Orellana, C. Galisteo, J. Gratacós y M. Larrosa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell.

Introducción: La tendinopatía calcificante de hombro (TCH), es una patología frecuente que puede ser muy invalidante. Algunos pacientes no responden al tratamiento conservador con AINE e infiltraciones y pueden requerir cirugía.

Objetivos: Valorar la eficacia a corto y largo plazo del tratamiento con aspiración o fragmentación percutánea de la calcificación guiada por ecografía en pacientes con TCH refractaria a AINE e infiltración de corticoides.

Métodos: Desde octubre 2009 a octubre 2014, 58 pacientes (39 mujeres y 19 hombres) han sido sometidos a la técnica de aspiración o fragmentación percutánea de la calcificación. Edad media de $49,2 \pm 8,7$ años (rango 29-66). Tiempo de evolución clínica $50,9 \pm 43,1$ meses. Todos los pacientes presentaban dolor crónico de hombro con EVA = 5 y habían fracasado previamente a AINE y al menos a una infiltración de corticoides. Se incluyeron aquellos pacientes que presentaban una calcificación subacromial de tamaño = 1 cm por radiografía simple, y que aceptaron mediante consentimiento informado la realización de esta técnica. Con la ayuda de un ecógrafo Siemens Acuson Antares con sonda 5-13 Mhz, y con el paciente en decúbito supino y el hombro en posición neutra o en ligera rotación interna se localizaba la calcificación y se procedía a la inyección guiada de anestesia local mediante aguja USU 21G 40 mm $\times$ 0,8 mm. Posteriormente los pacientes de forma aleatorizada eran sometidos a fragmentación de la calcificación (con la misma aguja de la anestesia) o aspiración (se puncionaba la calcificación inyectando anestésico y suero fisiológico, consiguiendo en la mayoría de estos pacientes la salida de material cálcico por la misma aguja). En todos los pacientes se realizó posteriormente una infiltración intrabursal con corticoides. Se analizó la respuesta clínica de estas técnicas mediante EVA de dolor basal, y en los meses 1, 3, 6, 12 y 24. A todos los pacientes se les realizó una radiografía A-P de hombro previa y a los 2-3 meses después del procedimiento.

Resultados: Se muestran los resultados de las dos técnicas en conjunto. La EVA media de dolor de los pacientes antes del procedimiento era $8,0 \pm 1,2$. Un mes después de la intervención un 88% (51/58) de los pacientes había mejorado clínicamente, con un EVA medio de dolor $2,0 \pm 2,3$ (19 pacientes mostraron un EVA 0). Cuatro pacientes refirieron estar igual, y 3 habían empeorado. En un 53% de los casos se observó una desaparición completa de la calcificación y en un 38% una reducción significativa del tamaño. Únicamente en un 9% de los casos la radiología no mostró cambios en el tamaño de la calcificación. A los 3, 6, 12 y 24 meses un 52% (31/58), 37,5% (21/56), 30% (17/56) y un 25% (14/55) de los pacientes se mantuvieron asintomáticos o mínimamente sintomáticos, sin precisar nuevos tratamientos. No se observó ningún caso de rotura tendinosa ni otras complicaciones, salvo dolor local autolimitado en las 48-72 horas posteriores a la técnica.

Conclusiones: La técnica de fragmentación o aspiración de la calcificación guiada por ecografía en pacientes con TCH refractaria a AINE e infiltraciones puede ser una buena alternativa terapéutica, consiguiendo la desaparición completa de la calcificación en más de la mitad de los pacientes. Aunque casi todos los pacientes experimentan una gran mejoría clínica inicial, la mitad de los pacientes recidivan precozmente. Sin embargo una buena respuesta clínica a los 6 meses suele mantenerse a largo plazo.

207. LA FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA EN CONDICIONES DE USO HABITUAL DIFIERE DE LA DESCRITA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS Y DEBE CONSIDERARSE EN LOS AJUSTES DE INTERVALOS ENTRE DOSIS

P. Zapater¹, F. Llinares-Tello², J. Rosas³, J.F. Horga¹, J.M. Senabre-Gallego³, E. Salas³, G. Santos-Soler³, X. Barber⁴, J. Molina² y Grupo AIRE-MB

¹Departamento de Farmacología, Pediatría y Química Orgánica. Universidad Miguel Hernández. Elche. ²Servicio de Laboratorio; ³Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁴CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: La farmacocinética (PK) de adalimumab (ADA) se ha establecido a partir de ensayos clínicos (EC) mediante análisis de cinética poblacional y se aplican de modo general a todos los pacientes con patología reumática tratados con ADA.

Objetivos: Describir la PK de ADA en pacientes con patología reumática (artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APS) y espondilitis anquilosante (EA)) en condiciones de uso habitual y sus diferencias con la descrita en ensayos clínicos.

Métodos: Se determinaron los niveles séricos de ADA y de anticuerpos anti-ADA, mediante técnica ELISA (Promonitor®-ADA, Progenika Biopharma, S.A., Grifols SA), en una muestra de sangre obtenida el día 14, previa a la siguiente dosis del fármaco, a pacientes con patología reumática tratados con 40 mg subcutáneos de ADA cada 14 días durante = 3 meses. El límite de detección para ADA fue 0.024 mg/L y para Ac anti-ADA 3.5 UA/mL. Mediante una simulación de Montecarlo se generaron las concentraciones séricas esperables en 1.000 pacientes con AR tratados con ADA. La modelización asumió un modelo monocompartimental, extravascular, de dosis única con cinéticas de absorción y eliminación de primer orden ($V_d = 5,35$ L; $K_{el} = 0,0495$ días⁻¹; $K_a = 0,28$ días⁻¹; factor de error 15%; datos de Ficha Técnica ADA). La población generada se categorizó en 6 grupos en función de las concentraciones de ADA el día 14 (< 1,45; 1,46-2,30; 2,31-3,15; 3,16-4,00; 4,01-4,86; 4,87-5,71) y se calculó los parámetros farmacocinéticos de cada grupo mediante un algoritmo de Nelder-Mead. Posteriormente se simuló las concentraciones que se obtendrían en cada grupo con dosis múltiples cada 14 días. Cada paciente se clasificó en uno de los 6 grupos según el mejor ajuste de las concentraciones medidas el día 14.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes: 4/AR, 2/APS, y 6/EA. El 58% eran mujeres, edad media: $50,6 \pm 14,4$ años. El tiempo medio de tratamiento con ADA fue: $1,8 \pm 1,6$ años. En 9 de los 12 pacientes asociaban un FAME. ADA era primer fármaco biológico en el 60% de los pacientes. No se detectaron anticuerpos anti-ADA. Las concentraciones medias de ADA el día 14 variaban, en pacientes AR: 1,8-13,6 mg/L, en APS: 3,1-7,3 y en EA: 0,6-16,8. De acuerdo a la PK del ADA en EC en AR, el 86% de los pacientes deberían presentar concentraciones el día 14 entre 1,45-4,00 mg/L tras primera dosis y entre 3-9 mg/L tras dosis múltiples (vidas medias de eliminación entre 9-19 días). Apenas un 9% tendrían concentraciones < 3 y un 5% superiores a 9 mg/L. Sin embargo, entre los pacientes analizados el 33% presentaban concentraciones < 3 mg/L (1 caso de AR y 3 de EA) y un 17% superiores a 9 mg/L (1 AR y 1 EA). Según la PK de los EC, sólo un 22% de los pacientes alcanzaría concentraciones mayores a 5,5 mg/L mientras que entre los pacientes estudiados el 50% mostraron niveles el día 14 superiores a 5,5 mg/L con vidas medias del fármaco entre 19 y 52 horas.

Conclusiones: 1. La PK de ADA en patología reumática en práctica clínica difiere de la descrita en los ensayos clínicos. 2. En la práctica clínica habitual, un 50% de los pacientes podrían presentar una vida media de eliminación más elevada que la indicada en la Ficha Técnica, lo que teóricamente permitiría prolongar el intervalo entre dosis de ADA. 3. En un 33% de los pacientes la vida media estaría acortada y en ellos la prolongación del intervalo entre dosis de ADA podría implicar un riesgo.

Este estudio ha recibido una beca de la FER.

208. TOCILIZUMAB COMPARADO CON ANAKINRA EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 75 PACIENTES

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, J.L. Hernández¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, A. Olivé², A. Riveros², S. Castañeda³, F.J. Narváez⁴, M.L. Velloso-Feijoo⁵, M.V. Hernández⁶, W.A. Sifuentes Giraldo⁷, O. Maíz Alonso⁸, E. Rubio Romero⁹, C. Mata¹, A. Gallego Flores¹⁰, J. del Blanco-Barnusell¹¹, C. Gómez-Arango¹², S. Manrique Arijia¹³, M.C. Ordóñez¹³, I. Ros Vilamajo¹⁴, M.A. Caracuel¹⁵, M. Freire¹⁶, J. Llobet¹⁷, C. Marras¹⁸, C. Moll Tuduri¹⁹, C. Plasencia Rodríguez²⁰, R. Roselló²¹, A. Urruticoechea²², M.L. Velloso Feijoo²³, I. Jiménez-Moleón²⁴, J.A. Bernal²⁵, V. Ortiz-Santamaría²⁶, J.R. de Dios²⁷, M. Moreno²⁸, J. Fiter²⁹, M. de los Riscos³⁰, P. Carreira³⁰, M.J. Rodríguez-Valls³¹, M.C. González-Vela¹, T. Pina¹, J. Loricera¹ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁴Hospital Universitario Bellvitge. Hospitalet. ⁵Hospital Valme. Sevilla. ⁶Hospital Clínic. Barcelona. ⁷Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁸Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ⁹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁰Hospital de Mérida. ¹¹Hospital Sant Jaume. Calella. ¹²Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ¹³Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ¹⁴Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹⁵Hospital de Córdoba. ¹⁶Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ¹⁷Hospital de Sant Pau. Barcelona. ¹⁸Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁹Hospital Mateu Orfila. Mahón. ²⁰Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²¹Hospital San Jorge. Huesca. ²²Hospital Can Misses. Ibiza. ²³Hospital Valme. Sevilla. ²⁴Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ²⁵Hospital General Universitario de Alicante. ²⁶Hospital General de Granollers. ²⁷Hospital Universitario de Álava. ²⁸Hospital Parc Taulí. Sabadell. ²⁹Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ³⁰Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³¹Hospital de Jerez.

Objetivos: La interleucina IL-1 y la IL-6 son citocinas esenciales en la patogenia de la enfermedad de Still del adulto (ESA). Nuestro objetivo fue comparar la eficacia y seguridad del tocilizumab (TCZ) frente a anakinra (ANK) administrados durante 1 año, en la ESA refractaria al tratamiento convencional.

Métodos: Estudio multicéntrico (31 hospitales) de 75 pacientes (TCZ; n = 34 y ANK; n = 41) con ESA refractaria a inmunosupresores convencionales y en muchos casos también a otro agente biológico. Las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ DE o como mediana [rango intercuartílico], según su distribución y (en el caso de la PCR, VSG y dosis de prednisona) su porcentaje de cambio en los distintos periodos analizados se comparó con la prueba t de Student o la U de Mann-Whitney. Las variables dicotómicas se expresaron como porcentajes y se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 15.0.

Resultados: Las comparaciones del grupo de pacientes con TCZ y el de ANK fueron las siguientes: a) Media de la edad: 39 ± 16 vs 34 ± 14 , ($p = 0,22$) b) Porcentaje de mujeres: 76,5% vs 63,4% ($p = 0,22$) c) Mediana de la duración de la ESA previa: 4,2 [1-9] vs 2,2 [0,3-4,9] años ($p = 0,14$) d) Dosis media de prednisona: $15,7 \pm 9,9$ mg/dl vs $28,35 \pm 22,04$ mg/dl ($p = 0,013$) e) Mediana de los inmunosupresores convencionales (2 [1-3] vs 1 [1-2]) ($p = 0,047$) f) Mediana de otras terapias biológicas: 1 [0-2] vs 0 [0-1] ($p = 0,04$). La dosis iniciales de TCZ i.v. fueron: 8 mg/kg/4 semanas (n = 22), 8 mg/kg/2 semanas (n = 10) y 4 mg/kg/4 semanas (n = 2). La dosis de ANK fue de 100 mg/día s.c. En la mayoría de los casos, ambos tratamientos se combinaron con algún inmunosupresor convencional (55,9% vs 70,7%;

$p = 0,18$). Tanto con TCZ como con ANK se consiguió una mejoría rápida y mantenida de todas las manifestaciones clínicas y de los parámetros de laboratorio (tabla). La mejoría en los parámetros clínicos fue similar en ambos grupos, sin embargo la PCR y la VSG experimentaron una mejoría significativamente más precoz con el TCZ. Después de una mediana de seguimiento de 19 meses [12-31] con TCZ y 15,5 meses [4,5-50] con ANK ($p = 0,1$), los principales efectos adversos en el grupo de TCZ fueron: elevación de las enzimas hepáticas (n = 4), leucopenia leve-moderada (4), infección de vías respiratorias altas (3), neumonía (1), pielonefritis y enterocolitis grave (1) y espondilodiscitis (1). En el grupo de ANK: lesiones cutáneas (n = 8), leucopenia leve (3), miopatía (1), infección respiratoria por P. aeruginosa y absceso glúteo (1), herpes zoster (1), osteomielitis (1) e infección del tracto urinario (2). El tratamiento se retiró por ineficacia en ningún paciente con TCZ y en 11 pacientes con ANK ($p = 0,001$) y por efectos adversos en 2 pacientes con TCZ y en 4 con ANK ($p = 0,54$).

Conclusiones: Tanto el tratamiento con TCZ como con ANK se asociaron a una mejoría clínica rápida y mantenida en nuestra serie de ESA refractaria. Sin embargo, el TCZ indujo una mejoría más precoz de los reactantes de fase aguda y no hubo ningún caso de retirada del fármaco por ineficacia.

209. ASOCIACIÓN DE COLITIS MICROSCÓPICA CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE 97 CASOS

W.A. Sifuentes Giraldo¹, M. Llop Vilaltella¹, C.P. Bouruncle Alaluna¹, C. González García², E. Loza Santamaría³, J.L. Morell Hita¹ y A. López San Román⁴

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Instituto de Salud Musculoesquelética (InMusc). Madrid. ⁴Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La colitis microscópica (CM) es un trastorno inflamatorio del colon caracterizado por diarrea crónica o intermitente con una apariencia endoscópica normal de la mucosa colónica. Su prevalencia se estima en 4 a 13% del total de pacientes con diarrea crónica y afecta generalmente a adultos, con una media de edad al diagnóstico de 60,7 años. Tradicionalmente se divide en 2 subtipos histopatológicos, la colitis linfocítica [CL] (> 15-20 linfocitos intraepiteliales por 100 enterocitos, con infiltrado inflamatorio mixto en la lámina propia y arquitectura normal de las criptas) y la colitis colágena [CC] (presencia de una banda colágena engrosada a nivel subepitelial y cambios inflamatorios similares a los de la CL), aunque existe superposición entre ambas hasta en un 26%. Su etiolo-

Tabla Póster 208

Manifestaciones clínicas y parámetros de laboratorio (pacientes con TCZ vs ANK)

	Basal TCZ (34)/ANK (41)	Mes 1 TCZ (34)/ANK (41)	Mes 3 TCZ (34)/ANK (37)	Mes 6 TCZ (34)/ANK (32)	Mes 12 TCZ (32)/ANK (27)
Fiebre, %	58,8/78**	5,9/17,1	5,9/10,8	5,9/0	5,9/7,4
Articular, %	97,1/87,8	67,6/48,7	44,1/34,1	26,5/28,1	32,4/29,6
Exantema, %	58,8/58,5	5,9/9,8	5,9/10,8	5,9/0	5,9/3,7
Linfadenopatía y/o visceromegalias, %	25/39	19/23	0/14	0/6	0/4
PCR (mg/dl) mediana [IQR]	8,9 [3,9-23,2]/8,9 [4,4-14,9]	0,2 [0,1-1,6]/1,1 [0,13-3,8]*	0,1 [0,01-0,7]/0,62 [0,1-1,5]*	0,2 [0,01-0,9]/0,5 [0,2-1,3]*	0,2 [0,03-1,1]/0,3 [0,06-1,3]*
VSG 1ª h, mediana [IQR]	52 [45-69]/60,5 [39-87]	4 [2-12]/16,5 [10-37]*	4 [2-9]/16 [6-30]*	4 [2-8]/8 [4-20]*	2 [2-12]/6 [2-18]
Leucocitos/mm ³ , media $\pm$ DE	13.534 $\pm$ 6.023/15.121 $\pm$ 7.752	8.983 $\pm$ 4.550/8.101 $\pm$ 3.655	8.044 $\pm$ 4.360/7.808 $\pm$ 3.002	7.579 $\pm$ 3.588/7.844 $\pm$ 2.297	8.683 $\pm$ 3.658/7.843 $\pm$ 2.703
Anemia, Hb (g/dl), media $\pm$ DE	11,9 $\pm$ 1,36/10,9 $\pm$ 2,07	12,9 $\pm$ 1,2/12,2 $\pm$ 2,03	13,3 $\pm$ 1,1/12,86 $\pm$ 2,13	13,3 $\pm$ 1,3/13,37 $\pm$ 1,6	14 $\pm$ 1,3/13,7 $\pm$ 1,5
Ferritina (ng/ml), mediana [IQR]	480 [200-808]/998 [196-4.212]	239 [39-358]/456 [55-1.182]	100 [73-132]/121 [24-353]	107 [53-187]/179 [52-339]	90 [63-115]/125 [58-253]

Entre paréntesis figura el número de pacientes con el dato disponible. * $p < 0,05$ en el porcentaje de descenso de la PCR y la VSG con TCZ vs ANK en los distintos periodos del estudio, respecto al valor basal. ** $p < 0,05$ de TCZ vs ANK en la visita basal.

gía es desconocida, pero se asocia frecuentemente a enfermedades autoinmunes sistémicas y órgano-específicas, así como a la ingesta de fármacos (AINEs, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antiepilépticos).

Objetivos: Analizar las características clínicas y la asociación con enfermedades autoinmunes en pacientes con CM en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los casos de CM con diagnóstico confirmado por biopsia, atendidos en nuestro hospital entre enero 1999 y diciembre 2014. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se identificaron un total de 97 casos, con una mediana de edad al diagnóstico de 66 años (rango: 15-88) y una relación mujer:hombre de 2,1:1. Dentro de los tipos de CM 63% correspondieron a CL, 30% a CC y 7% a superposición de ambas. Había antecedente de tabaquismo en 23,7%, ingesta de fármacos implicados en 58,8% e infección intestinal previa en 3%. Los síntomas más frecuentes fueron la diarrea (94,8%), deposiciones nocturnas (13,4%), urgencia defecatoria (7,2%), dolor abdominal (44,3%), pérdida de peso (51,5%), náuseas (17,5%), vómitos (12,4%) y astenia (16,5%). Las alteraciones analíticas más comunes fueron la anemia (9,2%) y aumento de VSG y/o PCR (29,1%). Hubo enfermedad autoinmune asociada en 28,9% de los casos (sistémicas 8, órgano-específicas 20). Los diagnósticos encontrados dentro de las enfermedades autoinmunes sistémicas fueron: polimialgia reumática (3), arteritis de células gigantes (1), artritis reumatoide (2), espondilitis anquilosante (1) y espondiloartritis indiferenciada (1), y entre las órgano-específicas: enfermedad autoinmune tiroidea (12), síndrome poliglandular autoinmune tipo III (1), enfermedad celiaca (2), esclerosis múltiple (2), colangitis autoinmune (1), y uveítis (1). La frecuencia de enfermedades autoinmunes fue mayor en la CC (41,3%) respecto a la CL (24,5%), pero sin diferencia estadística significativa entre ambas. Las EA precedieron al diagnóstico de CM en 19 casos, coincidieron en 2 y se desarrollaron posteriormente en 7.

Conclusiones: En nuestra serie la más de la cuarta parte de los casos de CM presentaron enfermedades autoinmunes asociadas, siendo más frecuentes las endocrinopatías, pero también las enfermedades reumatológicas inflamatorias, por lo que es importante el conocimiento de esta entidad por parte de los reumatólogos y establecer comunicación con los gastroenterólogos para remitir tempranamente a los pacientes con CM y sospecha de dichas enfermedades.

210. EXPERIENCIA EN LA EVALUACIÓN DE INDICACIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA POR UN COMITÉ DE BIOLÓGICOS INTEGRADO POR REUMATÓLOGOS

P. del Río-Martínez, M.S. Moreno-García, R. Calvo-Galindo, M. Casorrán-Berges, E. Valero-Tena y C. Delgado-Beltrán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: Para establecer adecuadamente las indicaciones de las terapias biológicas, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha elaborado consensos para el uso de biológicos en la artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APso). Teniendo en cuenta estas recomendaciones y el coste de los tratamientos, en las distintas comunidades se han realizado protocolos para su indicación. En el caso de nuestra comunidad, el Grupo de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas de la Comunidad Autónoma de Aragón, elaboró la "Guía Clínica de uso en Aragón de las Terapias Biológicas en la Artritis Reumatoide y las Espondiloartropatías (incluyendo EA y APso)", que establece los distintos itinerarios de tratamiento para cada patología. Para valorar más adecuadamente los casos de pacientes can-

didatos a terapia biológica (TB), se ha establecido, desde enero de 2014, un Comité de Biológicos semanal (CB), con asistencia de todos los miembros del Servicio de Reumatología. En esta reunión se considera cada caso de pacientes candidatos a iniciar TB por primera vez o a cambio de TB previa (switch).

Métodos: Estudio descriptivo que recoge la actividad del CB de enero a diciembre de 2014. Las variables recogidas son: número total de pacientes presentados, distribución por sexos, tipo de patología, pacientes evaluados para inicio de TB y pacientes para switch. En ambos grupos (inicio/switch), se recogen los pacientes en los que se acordó iniciar/cambiar el tratamiento y en los que se desestimó, y en este caso, las causas.

Resultados: Se comentaron 153 pacientes, 67,3% mujeres y 32,5% varones. Por patologías, 46,4% de los casos fueron EspA, 35,2% AR y 16,3% APso y 1,96% otros diagnósticos. La distribución se detalla en la tabla. De los 79 pacientes presentados para inicio de TB, el 79,7% de los casos fueron aceptados, indicándose tratamiento subcutáneo (s.c) en el 85% de ellos. Un 20,3% de los casos se desestimaron por: 63%: reajustar FAMES antes de TB. 31%: considerar más estudios complementarios. 6%: rechazo del paciente a comenzar TB. De los 74 pacientes evaluados para cambio, el 64,8% habían llevado sólo un biológico previamente, y el 35,2% dos o más. El 79,7% de los casos fueron aceptados, optando por la vía s.c en el 79,6% de ellos. Un 20,3% de los casos se descartó por: 67%: reajustar FAMES antes de switch. 26%: Valorar otras causas de dolor no inflamatorias. 7%: Desestimado por Servicio de Farmacia.

Tabla Póster 210

	Total pacientes	Aceptados	Desestimados
Inicio de TB	79 (51,6%)	63 (79,7%)	16 (20,3%)
Switch	74 (48,4%)	59 (79,7%)	15 (20,3%)
Total	153	122 (79,7%)	31 (20,3%)

Conclusiones: La valoración conjunta de pacientes candidatos a TB puede ser interesante para una evaluación más amplia y una mejor implementación de los consensos y protocolos vigentes. Los porcentajes observados de pacientes admitidos para inicio o cambio de TB son iguales, siendo el reajuste de tratamiento con FAMES antes de plantear otros cambios terapéuticos, el motivo principal de desestimar TB. La vía s.c. fue la indicada con mucha mayor frecuencia por la ventaja que supone para el paciente, sobre todo en el caso de nuestra comunidad, con una importante dispersión geográfica.

211. SEGURIDAD CON RITUXIMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M.J. Moreno Martínez¹, M.R. Oliva Ruiz², M. Moreno Ramos³, M.J. Díaz Navarro³, E. Peñas Martínez¹, A. Haro Martínez¹, M. Mayor González¹, D. Palma Sánchez¹, M. Castaño Sánchez³, L.F. Linares Ferrando³, C. Marras Fernández-Cid³, F.A. Martínez Angosto³, J. Martínez Ferrín³ y A. Bermúdez Torrente³

¹Reumatología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca.

²Reumatología. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz.

³Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Rituximab está aprobado como tratamiento para la artritis reumatoide (AR) activa, en combinación con metotrexate. Para reducir la frecuencia y severidad de reacciones infusionales se usa premedicación. Los eventos adversos son, sobre todo, reacciones infusionales en la primera dosis, de grado leve-moderado. Las reacciones severas son poco frecuentes. En cuanto al riesgo de infecciones, no está claro que las aumente de forma significativa, aunque parece que a mayor comorbilidad el riesgo para el paciente es mayor. Mostramos la experiencia en cuanto a seguridad con rituximab en AR en tres hospitales de la Región de Murcia.

Métodos: Los pacientes se obtienen del registro de pacientes de biológicos del servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca, Hospital Rafael Méndez y Hospital comarcal de Noroeste. Se trata de un estudio observacional retrospectivo de nuestros datos. La dosis utilizada de rituximab es de 1.000 mg el día 1 y el día 15, cada 6 meses.

Resultados: En total partimos de una muestra de 61 pacientes con las características que se muestran en la tabla. En cuanto a las reacciones adversas, entendidas como reacciones infusionales que supusieran la suspensión del fármaco, la existencia de infecciones de repetición y la elevación de transaminasas (en los pacientes con alteraciones en transaminasas se observó elevación de GGT). Reacciones infusionales: Sí 1,8%, No 98,2%. Infecciones de repetición: respiratorias 15,8%; fúngicas 1,8%; herpes 1,8%; urinarias 3,5%; celulitis 1,8%. Elevación de transaminasas: no 91%; < 50 U/L 2%; > 50 U/L 7%. En el caso de las reacciones infusionales, solo una paciente las tuvo y se trató de un LUPUS que sufrió un síndrome de liberación de citocinas. No encontramos relación entre la existencia de infecciones con los distintos diagnósticos, el tiempo de tratamiento ni con el tratamiento anterior con anti-TNF alfa. A 33 pacientes se les determinó los niveles de Igs durante el tratamiento. 24 de ellos las tenían bajas, de los cuales 11 sufrían infecciones de repetición, y 9 no experimentaron descenso de las Igs ni infecciones.

Tabla Póster 211

	N (%)	Media (desviación típica)
Sexo	47 mujeres (77%) 14 hombres (23%)	
Edad		52, 70 (14,24)
Diagnósticos	48 AR (80%) 5 LES (8,3%) 2 Sjögren (3,3%) 1 sarcoidosis (1,7%) 1 Wegener (1,7%) 1 antisintetasa (1,7%) 1 EMTC (1,7%) 1 pénfigo vulgar (1,7%)	
Tratamiento con anti-TNF alfa previo	Sí 79% No 21%	
Años de tratamiento con rituximab		2, 79 (1,84)

Conclusiones: En nuestra experiencia clínica, observamos que un porcentaje de pacientes no despreciable (24,6%) tiene un aumento de infecciones, si bien es cierto que no suponen el ingreso del paciente o la suspensión del tratamiento. Aproximadamente el 50% de los pacientes con inmunoglobulinas bajas sufrían infecciones de repetición. No encontramos relación entre la existencia de infección y los distintos diagnósticos, el tiempo de tratamiento con rituximab ni el tratamiento anterior con anti-TNF alfa. Nuestros pacientes no sufrieron reacciones infusionales graves que supusieran la suspensión del tratamiento. Consideramos que rituximab, al igual que en los ensayos clínicos es un fármaco seguro en la práctica clínica.

212. ANGIOGÉNESIS EN LA PSORIASIS MODERA O GRAVE: ESTUDIO PROSPECTIVO DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB DURANTE UN PERIODO DE 6 MESES

R. Blanco¹, M.C. González Vela², J.L. Hernández³, S. Armesto⁴, M.A. González-López⁴, J. Loricera¹, V. Calvo-Río¹, M. Marcellán⁴, M. Drake⁴, C. Ortega², S. Hermana-Ramírez², A. Corrales¹, T. Pina¹ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: La angiogénesis desempeña una importante función en la patogenia de la psoriasis. El TNF α es un mediador esencial, al

inducir la expresión del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), que activa a las células endoteliales, promoviendo la angiogénesis. El objetivo de nuestro estudio ha sido: a) cuantificar la angiogénesis y la expresión de VEGF en la piel sana y en la placa de psoriasis, antes y a los 6 meses del inicio del tratamiento con adalimumab, y b) correlacionar dichos parámetros con las escalas de valoración clínica (PASI, BSA, NAPSÍ, PGA, PASE, DLQI, BASDAI, BASFI y con la presencia de artritis).

Métodos: Estudio prospectivo preliminar de una serie consecutiva de pacientes con psoriasis moderada-grave atendidos en el servicio de Dermatología y/o Reumatología y que completaron 6 meses de tratamiento con adalimumab s.c. (80 mg la semana 0 seguido por 40 mg cada 2 semanas, empezando una semana después de la dosis inicial). Se excluyeron los pacientes con enfermedad renal, hipertensión arterial o índice de masa corporal = 35 Kg/m². Se realizaron 2 biopsias-punch de piel sana y de placa de psoriasis, una antes de iniciar adalimumab y la otra a los 6 meses. En cada biopsia se realizó un estudio inmunohistoquímico para VEGF, TNF α y CD31. La cuantificación de la angiogénesis (CD31) se analizó con un Automated Cellular Imaging System (DAKO). Se estudió en todos los casos la misma área de la dermis papilar y se anotaron las zonas teñida para CD31 en cada caso. La correlación entre parámetros clínicos e histológicos se llevó a cabo mediante el coeficiente de Pearson o la Rho de Spearman. La comparación de los parámetros clínicos e histológicos en ambos períodos de estudio se realizó con la prueba de la suma de rangos de Wilcoxon.

Resultados: Se estudiaron 23 pacientes (13 mujeres y 10 varones), con una media de edad de 37 $\pm$ 12 años y una evolución media de la psoriasis de 19,9 $\pm$ 13,1 años. Seis pacientes (26%) tenían además artritis. La comparación de los parámetros clínicos e histológicos basales y a los 6 meses del tratamiento con adalimumab se muestra en la tabla. En la visita basal los siguientes valores fueron significativamente más altos en la biopsia de piel con psoriasis que en la piel sana: a) niveles de angiogénesis (área endotelial-CD31 positiva): 2.274,2 $\pm$ 833,1 vs 810,61 $\pm$ 425,2 (p < 0,001); b) positividad en la expresión de VEGF: 87% vs 8,7% (p < 0,001) y c) positividad en la expresión de TNF α : 82,6 vs 4,3% (p < 0,001). Se observó una mejoría clínica e histológica significativa en la expresión de TNF α , VEGF y de la angiogénesis tras el tratamiento con adalimumab (tabla). Los parámetros clínicos de psoriasis y los de angiogénesis (VEGF, TNF α y CD31) mostraron únicamente una correlación significativa entre la mejoría en el CD31 y el PASI basal. Así, los pacientes con un menor PASI basal tenían una mayor respuesta al tratamiento (r = 0,590; p < 0,003).

Tabla Póster 212

Variable	Basal	mes 6	p
Mejoría clínica			
BSA (%)	37,9 $\pm$ 16,3	3,1 $\pm$ 5,5	< 0,001
PASI (0-72)	18,9 $\pm$ 7,8	1,3 $\pm$ 2,1	< 0,001
NAPSÍ manos (0-80)	5,4 $\pm$ 10,5	1,5 $\pm$ 3,9	0,26
PGA psoriasis (0-6)	3,9 $\pm$ 0,6	0,7 $\pm$ 0,6	< 0,001
PASE total score (15-75)	32,5 $\pm$ 15,9	25,2 $\pm$ 13,0	0,007
PASE funcional (8-40)	15,9 $\pm$ 8,7	12,1 $\pm$ 6,2	0,013
PASE síntomas (7-35)	16,6 $\pm$ 7,7	13,1 $\pm$ 7,3	0,014
BASDAI	2,61 $\pm$ 2,77	1,26 $\pm$ 1,31	0,11
BASFI	1,31 $\pm$ 1,97	0,82 $\pm$ 1,62	0,29
Pacientes con artritis	26,1%	15,0%	0,004
Mejoría histológica			
en biopsia con psoriasis			
VEGF (% positivo)	86,9%	17,4%	< 0,001
VEGF (% negativo)	13,1%	82,6%	< 0,001
TNF α (% positivos)	82,6%	8,6%	< 0,001
TNF α (% negativos)	17,4%	8,6%	< 0,001
CD31 (mediana [IQR])	2-117 [843-1-590]	987 [684-1-590]	< 0,001

BSA: Body surface area affected. PASI Psoriasis Area and Severity Index. PASE: Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation questionnaire. NAPSÍ: Nail Psoriasis Severity Index. PGA: physician's global assessment of disease severity.

Conclusiones: En este estudio prospectivo preliminar, el adalimumab disminuye los niveles de VEGF y la angiogénesis en la placa de psoriasis. Este hecho parece sugerir que una parte de su efecto se debe a la inhibición de la angiogénesis.

213. EL BENEFICIO DE LOS CORTICOIDES DURANTE EL EMBARAZO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS ¿ES REAL?

C. Peña, F. Rey, E. Álvarez, A. Rubio, M. Crespo y P. Collado

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Introducción: La relación entre enfermedad reumatológica y embarazo es frecuente. Esto se debe a la mayor prevalencia de estas enfermedades en la población femenina y a que muchas de estas entidades afectan a mujeres en edad reproductiva. En las pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias la necesidad de evitar el embarazo debido a la indicación de fármacos potencialmente teratogénos o que pueden perjudicar su curso y el hecho de poder establecer el mejor momento de la gestación en función de la actividad de la enfermedad constituyen razones añadidas a las de la población general. El tratamiento con corticosteroides (CS) durante el embarazo está indicado para controlar la actividad de la enfermedad, principalmente en el LES. Sin embargo, un estudio reciente encontró que los CS en AR se relaciona significativamente con un alto porcentaje de resultados adversos. Objetivo del estudio: Describir la evolución del embarazo y resultado fetal en una cohorte de mujeres con enfermedades reumáticas bajo terapia CS.

Métodos: Estudio retrospectivo en mujeres con enfermedades reumatológicas diagnosticadas en la consulta externa de reumatología del HUSO, en edad fértil que han tenido gestación en los últimos 5 años, independiente de la actividad de la enfermedad. Las variables demográficas, clínicas, laboratorio y tratamiento fueron revisadas. Su evolución clínica fue analizada con un paquete estadístico SPSS V.22.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, el 41,2% correspondían a LES, 23,5% a AR, 17,6% a EA y el 17,6% a otras enfermedades inflamatorias. La edad media de las mujeres al momento del embarazo fue de 33,2 años. El 45,5% de las embarazadas no recibieron CS durante el embarazo, de éstas el 85% no presentaron ninguna complicación en el curso del embarazo y tuvieron niños sanos. El 54,5% recibió CS durante embarazo; el 50% de éstas, tuvieron niños sanos, mientras que el resto presentó alguna incidencia: prematuros (42%), preeclampsia (28%), feto muerto (14%), 28% retraso en crecimiento fetal.

Conclusiones: El uso beneficioso de los corticosteroides durante el embarazo para el control de la actividad en mujeres con enfermedades reumáticas podría llegar a ser discutible. Estudios prospectivos y controlados serán necesarios para confirmarlo.

214. INMUNIZACIÓN SUBLINGUAL: UNA NUEVA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RECURRENTES EN PACIENTES CON TERAPIA BIOLÓGICA ACTIVA

J. Ochoa-Grullón¹, S. Sánchez-Ramón¹, P. Macarrón², C. Morado², M. Núñez Beltrán¹, J.A. Jover² y G. Candelas²

¹Servicio de Inmunología; ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El uso de terapias biológicas como tratamiento de enfermedades autoinmunes, cáncer y otras patologías han proporcionado en los últimos años avances médicos en cada una de estas áreas. A medida que los agentes biológicos están más al alcance del paciente algunos fármacos han conllevado a un aumento de infec-

ciones en aquellas personas con dichas terapias. Por otro lado, la resistencia a los antibióticos es un problema de salud importante por lo que nuevas estrategias han sido desarrolladas para la prevención de infecciones.

Objetivos: Evaluar el beneficio clínico del uso de una nueva vacuna sublingual personalizada en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas y tratamiento activo con FAMES y/o terapias biológicas.

Métodos: Estudio observacional en una cohorte de 11 pacientes, en edades comprendidas entre los 30-80 años, ocho mujeres y tres hombres con infecciones respiratorias (IRR) y urinarias recurrentes (RUTI) tras tratamiento con FAMES y/o terapias biológicas. Cada uno fue inmunizado con la vacuna sublingual bacteriana polivalente fórmula personalizada (Bactek®), que ha demostrado una disminución en el número, duración y severidad de las infecciones, la cual fue administrada a todos los pacientes en un período de 3 meses. Se realizó una evaluación inmunológica previa y posterior al inicio de dicha terapia para la determinación de los siguientes parámetros: inmunoglobulinas (IgG, IgA e IgM), subclases de IgG (IgG1-IgG2), subpoblaciones linfocitarias CD3+CD4+, CD3+CD8+, células Natural Killers, anticuerpos frente a polisacárido neumocócico y toxoide tetánico.

Resultados: Se estudiaron 11 pacientes (edad media de $61,9 \pm 17,8$, 8 mujeres y 3 hombres) con la siguiente distribución de patología: 63,3% (n = 7) con artritis reumatoide, 9,09% (n = 1) espondilitis anquilosante, 9,09% (n = 1) LES-like-Raynaud, 9,09% (n = 1) LED-Sjögren y 9,09% (n = 1) con LES. Todos los pacientes tenían terapia inmunosupresora y en 6 de ellos se asoció FAMES con fármacos biológicos (3 antiTNF, 2 rituximab y 1 abatacept). El 45,4% de los pacientes presentaban IRR, 45,4% presentaban RITU y 9,09% ambas. En el estudio inmunológico basal presentó citopenia CD4+ en 9,09% (n = 1) de los pacientes, 9,09% (n = 1) citopenia B y T, 9,09% (n = 1) hipogammaglobulinemia a expensas de IgG 9,09% (n = 1) a expensas de IgM y en el resto de los pacientes no se objetivaron alteraciones analíticas. Se les pautó Bactek durante un periodo de 3 meses. Los resultados muestran una disminución de infecciones en cinco pacientes observados a 6 meses.

Conclusiones: Este es el primer estudio realizado del uso de vacuna sublingual como profilaxis frente a infecciones recurrentes en pacientes con terapia biológica activa. Existe una necesidad de desarrollar nuevas terapias para evitar el uso excesivo de antibióticos en estos pacientes, siendo la inmunización sublingual una nueva alternativa frente a dicho problema.

215. OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA. VALORACIÓN CLÍNICA

C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, E. Beltrán Catalán, M.I. González-Cruz Cervellera y J. Calvo Catalá

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: La introducción de la terapia biológica ha significado un gran avance para los pacientes con patología inflamatoria reumatológica, siendo la remisión o la baja actividad de estas enfermedades el objetivo del tratamiento en la consulta de reumatología. El uso de los tratamientos biológicos, necesarios para nuestros pacientes, supone un importante incremento de los costes asociados a estas enfermedades. Por lo tanto, es indispensable realizar un uso racional de los mismos. Publicaciones recientes demuestran que la optimización de dosis es posible en pacientes con baja actividad o en remisión.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la optimización de dosis de la terapia biológica en pacientes con AR, SpA y APs en remisión.

Métodos: Incluimos 81 pacientes (31 con AR, 29 con SpA, 18 con APs y 3 con otras patologías) de un total de 197 pacientes en tratamiento biológico en la actualidad, en seguimiento en la consulta durante el periodo de Diciembre de 2010 hasta Diciembre de 2014. En la consulta se realizaba: exploración física, valoración clínica, índices de actividad de la enfermedad, cuestionarios de calidad de vida y ecografía en los casos de AR y APs con afectación periférica. La optimización se realizó en el caso de los fármacos subcutáneos, espaciando el tiempo de administración, y en el caso de los fármacos intravenosos disminuyendo la dosis ajustada por peso.

Resultados: Se incluyen 81 pacientes (34 mujeres y 47 hombres) con edad media de 52,79. El tiempo medio de evolución de enfermedad de 13,09 años (mínimo 2,1-máximo 28,6). 31 pacientes con AR (38,27%) con una edad media de 58,84 años (mínimo 31-máximo 79), duración media de la enfermedad de 13,2 años, días de reducción de tratamiento biológico de 20540 (681,6 meses) con un promedio de reducción de 662,58 días. 29 pacientes con SpA (35,80%) con una edad media de 46,31 años (mínimo 27-máximo 74), duración media de la enfermedad de 13,55 años, días de reducción de tratamiento biológico de 18811 (627,03 meses) con un promedio de reducción de 627,03 días. 18 pacientes con APs (22,22%) con una edad media de 52,95 años (mínimo 33-máximo 74), duración media de la enfermedad de 12,12 años, días de reducción de tratamiento biológico de 11342 (378,06 meses) con un promedio de reducción de 627,03 días. 3 pacientes (3,70%) con otros diagnósticos con una edad media de 52 años (mínimo 25-máximo 70), días de reducción de tratamiento biológico de 1564 (52,1 meses) con un promedio de reducción de 521,33 días. Durante el seguimiento 12 pacientes (14,81%) volvieron a la pauta habitual por empeoramiento clínico: 5 pacientes con AR, 3 pacientes con APs y 4 con EA (uno de ellos por brote de uveítis y en otro caso se cambio de tratamiento). 4 (4,93%) pacientes suspendieron el tratamiento por decisión propia. En 2 pacientes se suspendió el tratamiento por diversos problemas: diagnóstico de glioblastoma y aparición de un absceso tras intervención quirúrgica. En otros 2 pacientes se cambio el tratamiento: en uno por diagnóstico de EII y en otro por aparición de uveítis. En total 20 pacientes no continuaron en el programa de optimización de dosis.

Conclusiones: En un porcentaje importante de pacientes, convenientemente seleccionados, es posible el mantenimiento de una baja actividad de la enfermedad o de la remisión con la optimización de dosis de la terapia biológica. Solo un pequeño número de pacientes recidivaron y necesitaron volver a la pauta anterior de tratamiento.

216. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y RADIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO Y AFECTACIÓN PULMONAR

C. Aguilera Cros, M. León Luque, M. Lisbona Muñoz, P. León Rubio, M.J. Valenzuela Porcel, J.A. Rodríguez Portal y J. Povedano Gómez

Servicio de Reumatología; Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades del tejido conectivo (ETC) se asocian con frecuencia a manifestaciones pulmonares, que afectan: parénquima pulmonar, pleura, vasos sanguíneos, musculoesquelético y vía aérea.

Objetivos: Describir las características clínicas, manifestaciones extra-articulares, patrones radiológico e histológico, en una cohorte reumatológica con compromiso pulmonar. Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo, incluyendo 39 pacientes, atendidos en una Consulta Especializada de Neumopatías Intersticiales, durante el primer semestre de 2014.

Resultados: Las características basales: 30 mujeres (76%) y 9 hombres (23%), con una edad media de 66 ± 8 años (media $\pm$ DE). Tiempo medio desde el inicio de la enfermedad reumática hasta el diagnóstico de enfermedad pulmonar de 67 ± 70 meses (media $\pm$ DE). Hemos encontrado 23 artritis reumatoides (AR) (58%), 7 AR con síndrome de Sjögren secundario (SS) (17%), 4 SS primario (10%), 3 enfermedades mixtas del tejido conectivo (EMTC) (7%), 1 esclerodermia (2%) y 1 poliangeítis microscópica (2%). La mayoría habían realizado tratamiento previo con metotrexate (71%) y un 20% con algún fármaco antiTNF. Las manifestaciones extraarticulares: queratoconjuntivitis seca (46%), nódulos reumatoides (20%) y derrame pericárdico (2%). Un 28% no asociaba ninguna. De las 30 AR, 100% factor reumatoide positivo; anticuerpos anticitrulina (38% positivos, 48% negativos y 12% no realizado). 71% erosivas y 28% no erosivas. La radiografía simple de tórax: 92% patológicas y 7% normales. La DLCO: 58% disminuida, 25% normal y 7% no realizada. En el TACAR (100% alterados), nos hemos encontrado con 4 patrones radiológicos diferentes. 1. Panal de abejas. Ocho pacientes con AR con patrón radiológico NIU (neumonía intersticial usual). Cuatro pacientes con AR y Sjögren secundario. 2. Vidrio deslustrado. Cinco pacientes con SS primario (2 patrón histológico neumopatía intersticial linfocítica NIL, 1 patrón radiológico NINE), 1 esclerodermia, 1 poliangeítis microscópica, 3 EMTC (1 patrón radiológico neumopatía intersticial no específica NINE), 11 AR (1 patrón radiológico NIU, 3 patrones radiológicos NINE, 1 patrón radiológico neumonía organizada criptogenética NOC, 1 patrón histológico neumopatía intersticial descamativa NID). 3. Nódulos pulmonares asociados a derrame pleural en 2 pacientes con AR. 4. Cuatro pacientes con AR con patrón radiológico en mosaico. Se realizó biopsia pulmonar en 7 pacientes (17%). 2 AR seropositivas erosivas (TACAR: vidrio deslustrado con patrón histológico NID; y TACAR: panal de abejas con patrón histológico NINE), 1 AR seronegativa erosiva (TACAR: vidrio deslustrado con patrón histológico NIU), 1 EMTC (TACAR: vidrio deslustrado con biopsia pulmonar normal), 1 AR seronegativa asociada a SS (TACAR: panal de abejas con patrón histológico NID), 2 SS primarios (TACAR: nódulos y quistes pulmonares bilaterales con patrón histológico de NIL). De todos los pacientes, solamente 1 (SS primario) ha sido diagnosticado de neumonitis linfocitaria por metotrexate, en base a biopsia transbronquial con infiltrado inflamatorio linfocitario y a la resolución total del cuadro tras la retirada del fármaco.

Conclusiones: La experiencia inicial en una consulta monográfica de Neumología, con la participación de distintas especialidades "Lung Team", beneficia el abordaje multidisciplinar de nuestros pacientes, siendo los resultados obtenidos en nuestra serie concordantes con lo descrito en la literatura.

217. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD SINTÉTICOS Y PROPUESTAS DE MEJORA. PROYECTO OBSERVAR

S. Castañeda Sanz¹, J.I. Cantero Santamaría², F.J. de Toro Santos³, C. Alegre de Miguel⁴, E. Chamizo Carmona⁵, A. García Aparicio⁶, M.E. García Fernández⁷, E. Garmendia Sánchez⁸, M.V. Hernández Miguel⁹, C. Hidalgo Calleja¹⁰, A. Juan Mas¹¹, J.A. Martínez López¹², V. Martínez Taboada¹³, I. Monteagudo Sáez¹⁴, A. Naranjo Hernández¹⁵, J. Orte Martínez¹⁶, M.J. Pérez Galán¹⁷, C. Rodríguez Escalera¹⁸, J.C. Rosas Gómez de Salazar¹⁹ y Grupo de Trabajo OBSERVAR*

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²Centro de Salud Sardinero. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. ³Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade

da Coruña (UDC). A Coruña. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida. ⁶Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Toledo. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Cruces. Bilbao. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁷Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal de Melilla. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Marina Baixa. Alicante.

Introducción: Aunque el cumplimiento terapéutico es un aspecto fundamental en el control de la artritis reumatoide (AR), cada vez existe más evidencia de que frecuentemente se suspende o se altera el uso de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos prescritos.

Objetivos: El proyecto OBSERVAR tiene como objetivo valorar los motivos de la falta de adherencia a los FAME sintéticos en los pacientes con AR.

Métodos: Realizamos una búsqueda sistemática a través de PubMed y Google Scholar en base a publicaciones científicas, catalogando su nivel de evidencia (todas ellas III y IV según el criterio del NH&MRC, y seleccionamos un total de 66 causas de incumplimiento terapéutico que fueron divididas en 3 bloques temáticos: 24 razones estaban relacionadas con el paciente, 23 con los profesionales sanitarios y 19 inherentes al propio tratamiento. Se consultó a un grupo de 18 reumatólogos españoles con experiencia en el tratamiento de pacientes con AR entre julio y agosto de 2014 siguiendo un proceso Delphi con 2 circulaciones. Clasificamos el grado de acuerdo con cada una de ellas sobre una escala tipo Likert entre 1 (mínima aceptación) y 9 (máxima). Determinamos en base a dos criterios la consistencia de dicho acuerdo, el primero fue la mediana grupal y el segundo en base al cumplimiento simultáneo de media y mediana = 7, desviación estándar y rango intercuartílico = 1,00 y coeficiente de variación = 0,25.

Resultados: Hubo acuerdo con la mayoría de las afirmaciones seleccionadas (75,7%) y solo un desacuerdo. En cuanto a las causas referidas a los pacientes destacaba el insuficiente grado de conocimiento de la enfermedad, del tratamiento que recibían, y de las repercusiones de la enfermedad y del incumplimiento terapéutico; así como creer que al mejorar con el FAME biológico se hace innecesario el FAME sintético. Otros motivos de carácter intrínseco eran: sobreestimar su perfil de adherencia, no entender y no preguntar ni compartir los mismos objetivos del médico. En cuanto a las razones relacionadas con los profesionales sanitarios destacaban el insuficiente seguimiento de la adherencia terapéutica, no llevar a cabo métodos de detección del perfil de incumplidores ni intervenciones encaminadas a mejorar dicha adherencia. Con respecto al tratamiento como origen del incumplimiento terapéutico, se aceptaron aspectos generales como el elevado número de pastillas, y la falta de instrumentos de recuerdo para mejorar la adherencia. Es importante señalar que el médico considera la aparición de acontecimientos adversos una causa menor en la falta de adherencia al tratamiento de FAME sintéticos, si bien el paciente puede darles mayor importancia o no declararlos todos. Aplicando el segundo criterio más exigente, destacaron las siguientes 3 razones como principales causas de incumplimiento terapéutico (4,5%): desconocer qué hacer cuando se sufre acontecimientos adversos con el FAME, no llevar a cabo métodos de cribado de adherencia para detectar pacientes

incumplidores y no aplicar intervenciones que mejoren la adherencia terapéutica.

Conclusiones: Es importante establecerse objetivos terapéuticos consensuados con los pacientes e instruirlos adecuadamente sobre la enfermedad, tratamiento, aparición de efectos adversos, la importancia de la adherencia terapéutica y sus consecuencias. Asimismo, es prioritario identificar a los pacientes potencialmente incumplidores y hacer un seguimiento de la adherencia de forma continuada. Financiación: Roche Farma.

218. REDUCCIÓN DE DOSIS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN BAJA ACTIVIDAD INFLAMATORIA. UNA PRÁCTICA EXTENDIDA FUERA DE FICHA TÉCNICA

D. Cerdà, S. García-Díaz, D. Reina, D. Roig-Vilaseca, P. Estrada, V. Torrente, V. Navarro y H. Corominas

Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi-Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral (CSI). Barcelona.

Introducción: La reducción de dosis de la terapia biológica indicada en las enfermedades inflamatorias crónicas, es una práctica habitual en pacientes en baja actividad o remisión, a pesar de que no existe recomendación, ni consenso sobre cómo se debe realizar. Esta variación en la reducción de la dosis consiste tanto en disminuir la dosis como aumentar el intervalo el fármaco indicado.

Objetivos: Analizar las características clínicas de aquellos pacientes que han disminuido la dosis de un fármaco biológico de un hospital que atiende una población de 426.000 personas.

Métodos: Estudio de cohortes transversal en el que se incluyeron pacientes con artritis inflamatoria crónica en remisión (DAS28 < 2,6) a los que se les redujo la dosis de tratamiento biológico. Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico, fármaco, duración del tratamiento biológico, dosis utilizadas y reducción del coste en números absolutos sobre el esperado en un año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (52% hombres) con una edad media de 56,93 ± 13,47 años. Los diagnósticos fueron: artritis reumatoide (52%), artritis psoriásica (21%) y espondilitis anquilosante (27%). Los fármacos biológicos pautados fueron adalimumab (30%), etanercept (31%), infliximab (13%), abatacept (8%), certolizumab (8%), golimumab (6%) y tocilizumab (4%). La duración media de la terapia biológica fue de 6 ± 2,58 años. El 22% de pacientes en tratamiento biológico de nuestra cohorte recibía una dosis reducida. El diagnóstico más frecuente de los pacientes con dosis reducida de tratamiento biológico fue la artritis reumatoide. La dosis reducida más utilizada fue 40 mg/21 días para adalimumab, 50 mg/10 días para etanercept, 3 mg/kg/10 semanas para infliximab, 750 mg cada 5 semanas para abatacept, 200 mg/21 días para certolizumab, 50 mg/5 semanas para golimumab y tocilizumab a 4-6 mg/Kg al mes. La reducción en el coste global (porcentaje) por cada paciente que ha realizado un ajuste de dosificación al año fue: adalimumab 29%, etanercept 25%, infliximab 20%, abatacept 23%, certolizumab 29%, golimumab 23%, tocilizumab 25%. Sólo 4 pacientes tuvieron que volver a las dosis convencionales.

Conclusiones: En nuestra área, una cuarta parte de los pacientes con artritis inflamatoria crónica que reciben tratamiento biológico han podido reducir la dosis según criterios clínicos. La reducción de dosis de la terapia biológica en pacientes en remisión o baja actividad permite reducir los costes por paciente/año en costes directos. No se ha producido un incremento de visitas por reagudización. No existen diferencias específicas entre los diferentes fármacos para la reducción de dosis. Consideramos que a pesar de estar fuera de ficha técnica, la reducción de dosis es una práctica muy extendida, y sería recomendable protocolizar y analizar los resultados para evaluar el ahorro/coste directo en salud.

219. IMPACTO DE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA AXIAL AGUDA NO TRAUMATOLÓGICA EN URGENCIAS CON ÉNFASIS EN LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS Y DESTINOS DE DERIVACIÓN ENTRE MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

C. Guillén Astete y M. Zevallos Rommel

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Estudios previos en nuestro medio han demostrado que la patología axial produce el mayor número de consultas por dolor musculoesquelético en urgencias y que el gremio de médicos internos residentes (MIRes) generan, a partir de estas consultas, la mayor proporción de solicitudes de pruebas radiológicas. Una encuesta previa demostró además que la prueba radiológica no modifica significativamente la actitud clínica. El objetivo del presente estudio es determinar el impacto de un programa de formación específica en el área de la patología axial aguda atraumática sobre MIRes con énfasis en la solicitud y utilidad clínica de pruebas radiológicas.

Métodos: 36 MIRes de especialidades médicas que realizan jornadas de atención continuadas en el servicio de urgencias participaron en un programa formativo de 18 horas de duración sobre el manejo de la patología axial atraumática aguda. El sistema de enseñanza elegido fue el aprendizaje cooperativo y el aprendizaje basado en problemas. Un año más tarde los MIRes consintieron que se analizaran sus solicitudes radiológicas 6 meses antes y después de culminado el programa. El análisis incluyó el perfil epidemiológico, motivos de consulta y solicitud de pruebas radiológicas.

Resultados: Se analizaron 309 historias clínicas antes y 287 después del programa correspondientes a motivos de consulta atendidos por los mismos residentes. La edad media, proporción de sexos y de motivos de consulta estratificados según la clasificación CED-DxS no mostraron diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos. En el grupo “antes” se solicitaron 278 placas radiográficas mientras que en el grupo “después” se solicitaron 177. Fueron informadas como normales 199 en el grupo “antes” (71,6%) y 74 (41,8%) en el grupo “después” (Fisher 2-t, $p < 0,0001$; OR 3,506 [IC95% 2,358 a 5,212]). La cantidad de pacientes derivados a la consulta especializada, a atención primaria o sin derivación (alta resolución) en el grupo “antes” fue 115 (37,2%), 80 (25,8%), y 114 (36,8%), respectivamente, mientras que en el grupo “después” fue 67 (23,3%), 60 (20,9%) y 160 (55,7%) (χ^2 , $p < 0,0001$).

Conclusiones: La implementación de un programa formativo específico repercute positivamente en dos variables de gran relevancia administrativa en el manejo del dolor axial agudo. Si bien la mera mejoría en la interpretación radiológica puede modificar la proporción de pruebas radiológicas se puede inferir que la mejor adecuación a los protocolos de manejo repercute en una reducción de las solicitudes de estas pruebas. Asimismo, si bien la mejoría en la capacidad de identificar patologías específicas repercute en la disminución de la derivación especializada, el incremento de la alta resolución puede interpretarse como una mayor capacidad del MIR de resolver situaciones urgentes de forma eficiente en este grupo de patologías.

220. EXPERIENCIA DE LA CONSULTA DE TELEMEDICINA EN REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

C. Carrasco Cubero¹, J.L. Álvarez Vega¹, J.M. Salazar Vallinas¹ y J. Carrasco Núñez²

¹Sección de Reumatología; ²Consulta de Telemedicina. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción: Las enfermedades reumáticas son muy prevalentes en España, suponen una causa común de consulta, tanto en Atención Primaria como especializada y un consumo elevado de

recursos sanitarios y sociales. La Telemedicina se define como la prestación de servicios sanitarios a distancia, por medio del empleo de tecnologías de la información y la comunicación. En Reumatología, las consultas de Telemedicina (CT) pueden suponer un modelo asistencial complementario a la actividad clínica, que permita disminuir el volumen de consultas presenciales y desplazamientos de los pacientes. La Intranet del Servicio Extremeño de Salud permite desde el año 2003, la comunicación en tiempo real entre los Hospitales y los Centros de Salud. Este sistema facilita la prestación de CT que puede beneficiar a todos los usuarios del sistema sanitario, pero especialmente a los más mayores, los que viven en áreas más alejadas y los que padecen enfermedades crónicas.

Objetivos: Describir la experiencia de la CT en Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina de Badajoz.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, para evaluar las CT en Reumatología realizadas desde 21 de febrero hasta 20 de diciembre del 2014, solicitadas por Atención Primaria, correspondientes a 6 Centros de Salud, pertenecientes al Área Sanitaria de Badajoz, que se encuentran entre 30 y 75 Km de distancia a su Hospital de referencia (Montijo, Alburquerque, Olivenza, San Vicente de Alcántara, Jerez de los Caballeros y Villanueva del Fresno), con una población de 75.000 habitantes. Las consultas son llevadas a cabo por un reumatólogo durante 3 horas semanales, con el paciente “al otro lado de la pantalla”.

Resultados: Se realizaron un total de 297 CT, en el período comprendido desde el 21 de febrero hasta el 20 de diciembre del año 2014. Todos los pacientes fueron nuevos para el consultor, pero 160 (53,87%) eran pacientes crónicos, principalmente con patología del metabolismo óseo, que ya habían sido valorados en nuestro servicio. De los 137 pacientes nuevos (46,13%), 73 fueron Alta Resolución y 64 precisaron ser citados en consulta presencial para completar estudio, que suponen respectivamente 25% y 21,4% del total de pacientes. En los 10 meses, se ha evitado el desplazamiento y la consulta física del 78,46% de los pacientes valorados en CT (233).

Conclusiones: La CT presenta ventajas y limitaciones. Las ventajas fundamentales son acercar la medicina a los usuarios, mejorando su accesibilidad y evitando desplazamientos innecesarios, así como disminuir las listas de espera. Además, facilita la formación continuada y la integración en grupos de trabajo e investigación de los Médicos de Atención Primaria (MAP). La principal limitación de la CT es la imposibilidad de explorar al paciente y realizar técnicas. Nuestra experiencia es positiva, ya que nos ha permitido la detección precoz de patología inflamatoria, la resolución de dudas de los MAP y la realización de consultas de Alta Resolución.

221. REPERCUSIÓN ECONÓMICA DE LA DISMINUCIÓN DE DOSIS EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

A. Rueda Cid, C. Campos Fernández, J. Calvo Catalá, M.D. Pastor Cubillo, E. Beltrán Catalán y M.I. González-Cruz Cervellera

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: Las terapias biológicas constituyen uno de los tratamientos fundamentales para los pacientes con patología inflamatoria reumatológica y han supuesto un gran avance tanto en la mejoría de la sintomatología como en la de calidad de vida. Su uso supone un incremento de los costes sanitarios que en nuestra Comunidad se aproximada a un 10% del gasto farmacéutico hospitalario. En los últimos años hemos realizado un plan de optimización de estos tratamientos utilizando dosis o pautas diferentes a las recomendadas en la ficha técnica. Recientemente las Sociedades de Reumatología (SER) y de Farmacia Hospitalaria, han realizado un consenso sobre recomendaciones para la optimización de terapias

biológicos en pacientes con artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (SpA) y artritis psoriásica (APs), para mejorar la relación riesgo-beneficio y la eficacia, además de intentar reducir la variabilidad en la práctica clínica.

Objetivos: Pretendemos recoger el ahorro y por tanto el impacto económico conseguido en los últimos 4 años (desde diciembre de 2010 hasta diciembre de 2014) en nuestro Servicio, al llevar a cabo un programa de optimización de dosis de TB en pacientes en remisión. Se han seguido las recomendaciones del Programa de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico (PAISE) de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, así como los consensos de la SER y SVR.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes con AR, SpA y APs en tratamiento con TB que se encuentran en remisión. Antes de iniciar el ajuste de dosis se consensua con el paciente y en sesión de TB que se realiza conjuntamente con el Servicio de Farmacia. Posteriormente los pacientes son reevaluados cada 3 meses. Hasta la actualidad las recomendaciones de optimización de dosis se han basado en la experiencia clínica, espaciándose el tiempo de administración en los fármacos subcutáneos y disminuyéndose la dosis en los intravenosos. Se recoge el nº de meses que cada paciente ha estado con dosis ajustadas de TB y con los datos económicos de la Conselleria de Sanitat de ahorro por año en cada fármaco, se calcula la disminución del gasto que se ha llevado a cabo en este periodo de tiempo.

Resultados: De 197 pacientes en TB, 81 (41,11%) están o han estado en tratamiento de optimización. De los 81 (47 hombres, 34 mujeres), 31 con AR, 29 con SpA, 18 con APs y 3 con otros diagnósticos. Con una edad media de 52,79 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad de 13,09 (2,1-28,6) y con un tiempo medio de tratamiento con TB de 6,1 años. De estos, 37 (45,67%) están o han estado con ADL, 35 (43,20%) con ETN, 6 (7,40%) con GLM y 3 (3,70%) con TCZ. El tiempo medio que estos pacientes han permanecido con una dosis optimizada de TB ha sido de 2,3 años (28,6 meses). Según los datos proporcionados por la Conselleria, en nuestro servicio se han dejado de gastar un total de 437.198 € en los últimos 4 años. De los 81 pacientes revisados, 61 (75,30%) permanecen con dosis ajustada de tratamiento al final de periodo evaluado, 12 (14,8%) habían vuelto a dosis habitual por recaída y 8 (9,8%) pacientes no estaban con terapia biológica por diferentes motivos.

Conclusiones: En algunos pacientes convenientemente seleccionados la optimización de la dosis del tratamiento biológico puede llevar consigo un importante ahorro económico que nos puede permitir tratar a otros pacientes sin aumentar el gasto farmacéutico.

222. DIFERENCIAS ECOGRÁFICAS ENTRE LA ONICOPATÍA PSORIÁTICA Y LA ONICOMICOSIS

M.P. Lisbona¹, M. Moreno², F. Gallardo³, M. Ferran³, J. Luelmo⁴, C. Pontes⁵, R. Vives⁵, J. Gratacós² y J. Maymó¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. PSMAR Universidad Autónoma de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ³Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. PSMAR. UAB. Barcelona. ⁴Servicio de Dermatología; ⁵Unidad de Farmacología Clínica. Hospital Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: Determinar si existen diferencias ecográficas (cuantitativas o cualitativas) entre la onicopatía psoriática y la onicomiosis.

Métodos: Estudio transversal con inclusión consecutiva durante un período 2 años de pacientes con onicopatía en mancha de aceite (con o sin onicosis) remitidos al dispensario de Ecografías del Hospital del Mar (PSMAR) y del Hospital Parc Taulí (Sabadell). Se estudiaron 3 grupos: 1. Pacientes con onicomiosis confirmada por cultivo ungüal; 2. Pacientes con onicopatía psoriática (con o sin artritis) y negatividad del cultivo fúngico ungüal y 3. Controles sanos. Se

recogieron variables demográficas (edad, sexo), NAPSÍ de la uña más afectada en los grupos 1 y 2, parámetros ecográficos cuantitativos y cualitativos en escala de grises y señal power-doppler (PD) del lecho ungüal (gradación en una escala de 0-3) y de la entesis del tendón extensor digital (gradación 1: presente y 2: ausente). Tras la exploración ecográfica se recogió muestra de la uña para cultivo en medio de Sabouraud Agar. Se utilizó un equipo Doppler-color (ESAOTE Mylab 60) con sonda linear de 7-13 Mhz. Para el estudio de fiabilidad se calcularon los coeficientes de correlación intraclass (CCI) intra e interobservador de los 16 primeros pacientes incluidos entre 2 ecografistas (MPL y MMM) ciegos del diagnóstico.

Resultados: 110 pacientes fueron incluidos. La presencia de lesión ungüal en mancha de aceite con o sin onicosis fue confirmada en todos los casos por un dermatólogo experimentado. Un total de 32 pacientes se excluyeron del estudio: 6 por la presencia de otras lesiones ungüales asociadas (5 pitting, 1 onicodistrofia), 4 pacientes por imposibilidad de obtener muestra ungüal para el cultivo y 22 por el resultado del cultivo ungüal (2 pacientes con sospecha de onicomiosis y 2 cultivos fúngicos negativos y 20 pacientes con onicopatía psoriática y cultivo fúngico positivo). Finalmente 78 pacientes fueron analizados (47 mujeres, edad media 50,4 ± 10,8 años): 25 con onicomiosis, 35 con onicopatía psoriática (24 artritis psoriática y 11 psoriasis sin artritis) y 18 controles sanos. Los parámetros ecográficos cuantitativos y cualitativos de los 3 grupos se presentan en la tabla. Los resultados de fiabilidad intraobservador e interobservador (2 ecografistas) fue aceptable (CCI intraobservador de 0,52 a 0,90 e interobservador de 0,60 a 0,96). Los pacientes con onicopatía psoriática presentaron respecto al grupo con onicomiosis un menor grosor de la lámina ungüal y del lecho ungüal así como una mayor frecuencia de señal PD = 2 del lecho ungüal (60% vs 16%, p = 0,006). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto al grosor del tendón extensor del dedo afecto de onicopatía, prevalencia de señal PD intratendinosa, ni en los tipos de afectación de la lámina ungüal (según clasificación de Wortsman et al), aunque el tipo II fue más frecuente en la onicopatía psoriática (28,6%) y el tipo IV en la onicomiosis (32%). La presencia

Tabla Póster 222

Ecografía ungüal	Onicopatía psoriática (n = 35)	Onicomiosis (n = 25)	p
Área (manos:pies)	20:15 57,1% manos	3:22 12% manos	< 0,001
NAPSÍ			0,109
1-2 (nº, %)	22 (62,9%)	10 (41,7%)	
NAPSÍ = 3 (nº, %)	13 (37,1%)	14 (58,3%)	
Lámina ungüal (nº, %)			0,778
Conservada	6 (23,2%)	5 (20%)	
Alterada	29 (82,8%)	20 (80%)	
Clasificación de Wortsman X (nº, %)			0,684
Normal	6 (17,1%)	5 (20%)	
I	8 (22,9%)	4 (16%)	
II	10 (28,6%)	6 (24%)	
III	5 (14,3%)	2 (8%)	
IV	6 (17,1%)	8 (32%)	
IFD	8 (22,9%)	5 (20%)	0,791
Sinovitis nº (%)	7	4	
HS sin PD	1	1	
HS con PD	22 (62,8%)	2 (8%)	< 0,001
Lesión estructural nº (%)	1	0	
Erosiones Irregularidades	10	0	
Proliferación ósea	11	2	
Lámina ungüal (cm)			
Longitudinal	0,087 ± 0,024	0,103 ± 0,023	0,013
Transversal	0,081 ± 0,024	0,098 ± 0,022	0,008
Lecho ungüal (cm)			
Longitudinal	0,262 ± 0,088	0,331 ± 0,078	0,003
Transversal	0,258 ± 0,079	0,319 ± 0,085	0,007
Raíz ungüal (cm)	0,169 ± 0,051	0,191 ± 0,053	0,117
Tendón extensor (cm)			
Señal PD positiva (nº pacientes (%))	0,097 ± 0,020 2 (5,7%)	0,102 ± 0,020 1 (4%)	0,385 1

de sinovitis ecográfica de la articulación IFD correspondiente a la uña en estudio fue poco frecuente y sin diferencias significativas entre la onicopatía psoriática y la onicomiosis, sin embargo en la onicopatía psoriática se observó una mayor prevalencia de lesiones estructurales en la articulación IFD del dedo afecto al compararlo con la onicomiosis (22 vs 2 pacientes, $p < 0,001$). Finalmente, la prevalencia y severidad según NAPSÍ de la onicomiosis en las manos fue estadísticamente inferior al compararlo con la onicopatía psoriática.

Conclusiones: Estos resultados sugieren un potencial uso de la ecografía ungueal en el diagnóstico diferencial entre la onicopatía psoriática y la onicomiosis, sin embargo, son necesarios estudios más extensos y con equipos de US de mayor resolución para poder confirmar estos hallazgos.

223. ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE CLÍNICO DAS28 Y EL EQUIVALENTE ECOGRÁFICO (ECODAS)

R. Juverdeanu, J.J. de Agustín, M. Barceló, B. Rodríguez, S. Farietta, A. Sellas y C. Alegre

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Existe una creciente necesidad de corroborar los resultados de la evaluación clínica con una prueba más objetiva

como la ecografía. No existe un índice ecográfico validado para el seguimiento de los pacientes con AR. El índice DAS28 en muchas ocasiones no refleja el estado real del paciente por la influencia excesiva de algunas de las variables, como el número de articulaciones dolorosas o la valoración global del paciente.

Objetivos: El objetivo del estudio es demostrar la correlación entre el índice DAS28 y el ecográfico ECODAS. Como objetivo secundario estudiar la concordancia entre la exploración física y la ecográfica.

Métodos: Estudio transversal abierto en pacientes con AR. Se incluyeron pacientes de forma consecutiva afectados de AR visitados en la Unidad de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron. Se recogieron los datos de sexo, edad, tiempo de evolución, tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (DMARD) y/o terapia biológica (TB). Se realizó una evaluación clínica (NAD, NAT, VGP, VGM) y ecográfica (E). El recuento articular clínico y ecográfico se realizó en las mismas articulaciones. Para la exploración ecográfica se usó un ecógrafo General Electric Logiq 9 con sonda lineal multifrecuencia de 8-13 MHz. El ecografista fue ciego a la exploración clínica. En la E se evaluó la presencia o ausencia de sinovitis en escala de grises y presencia o ausencia de señal Doppler en cada una de las articulaciones. Para el índice ECODAS se realizó un recuento de articulaciones con sinovitis (NAEG) y recuento de articulaciones con señal Doppler (NAPD). El NAEG se utilizó como equivalente del NAD y el NAPD como equivalente de NAT en el cálculo del índice.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes (69,56% mujeres y 30,43% hombres) con una edad media de 61,26 años, que cumplían criterios de AR ACR/EULAR 2010. Los valores medios de las siguientes variables fueron: edad 61,26 años, el tiempo de evolución 10,26 años, VSG 30 mm/h, PCR 0,9 mg/dL. 42 pacientes estaban en tratamiento con DMARD y 15 con TB. EL DAS28 medio fue de 4,82 y el ECODAS 4,62.

Tabla 1 Póster 223

Correlación DAS28 y ECODAS

Paciente	NAD	NAT	NAEG	NAPD	DAS28	ECODAS
1.	6	0	1	0	5,08	4,25
2.	21	4	11	9	6,51	6,58
3.	10	0	1	0	4,55	3,25
4.	12	0	1	0	5,37	3,99
5.	1	0	4	3	3,3	5,17
6.	5	0	5	2	3,1	3,42
7.	7	1	3	1	5,19	4,9
8.	1	0	2	0	2,56	3,4
9.	7	8	7	5	4,67	4,8
10.	12	7	3	0	5,56	4,05
11.	10	1	0	0	4,42	3,74
12.	26	3	2	0	7,27	4,72
13.	12	10	10	5	5,32	4,86
14.	1	2	0	0	4	3,3
15.	10	2	6	5	5,8	5,63
16.	0	2	5	2	2,91	4,16
17.	6	0	7	2	4,39	4,88
18.	10	2	2	2	6,14	5,1
19.	28	2	2	1	6,27	3,99
20.	10	2	8	3	4,93	5,05
21.	3	0	3	2	3,8	4,2
22.	1	2	3	0	4,07	4,09
23.	17	6	8	4	5,94	5,06
24.	2	1	3	1	3,8	3,97
25.	3	2	2	0	3,85	3,17
26.	11	6	13	10	5,63	6,71
27.	15	1	8	3	3,48	3,79
28.	6	4	14	10	3,77	4,75
29.	5	5	7	4	5,19	5,17
30.	0	7	20	13	3,97	6,73
31.	10	5	1	1	6,23	4,73
32.	6	0	6	0	3,63	3,63
33.	2	1	3	2	5,26	5,56
34.	1	5	7	6	3,44	4,42
35.	0	0	6	2	3,51	5,26
36.	5	2	5	2	6,18	6,18
37.	10	2	2	1	3,56	2,37
38.	3	3	2	2	4,97	4,67
39.	12	10	12	12	6,6	6,68
40.	12	1	15	6	5,42	5,99
41.	1	1	0	0	4,55	3,71
42.	26	3	7	2	5,98	4,51
43.	12	1	3	0	4,78	3,52
44.	5	1	8	4	5,18	5,79
45.	23	2	10	7	5,86	5,29
46.	13	2	1	0	5,7	3,84

Tabla 2 Póster 223

Concordancia NAD/NAEG y NAT/NAPD por paciente

Paciente	NAD/NAEG	NAT/NAPD
1.	82,14%	89,28%
2.	71,14%	92,85%
3.	85,71%	82,98%
4.	82,14%	82,14%
5.	96,42%	89,28%
6.	82,14%	92,85%
7.	60,71%	92,85%
8.	67,85%	92,85%
9.	7,14%	96,42%
10.	64,28%	82,14%
11.	92,85%	92,85%
12.	92,85%	92,85%
13.	64,28%	78,57%
14.	89,28%	100%
15.	82,14%	92,85%
16.	71,14%	82,14%
17.	57,14%	85,71%
18.	60,71%	82,14%
19.	71,14%	82,14%
20.	28,57%	78,57%
21.	67,85%	85,71%
22.	71,14%	100%
23.	96,42%	96,42%
24.	78,57%	96,42%
25.	78,57%	92,85%
26.	78,57%	96,42%
27.	64,28%	92,85%
28.	89,28%	96,42%
29.	71,14%	100%
30.	57,14%	82,14%
31.	96,42%	96,42%
32.	21,42%	89,28%
33.	60,71%	96,42%
34.	67,85%	89,28%
35.	53,57%	75%
36.	53,57%	92,85%

Se obtuvo un coeficiente de correlación (r de Pearson) de 0,49 con p de 0,00045. En los pacientes con un NAD más alto se obtuvo un DAS28 elevado > 6 . En estos el ECODAS fue sensiblemente menor en la mayoría de ellos (tabla 1). De los 46 pacientes, en 36 se realizó un análisis de la concordancia entre la exploración física y la ecográfica. La concordancia fue menor entre el número de articulaciones dolorosas y las que presentaban sinovitis en escala de grises (69%) que entre el número de articulaciones tumefactas y articulaciones con señal Doppler (90%) ($p < 0,05$) (tabla 2).

Conclusiones: El índice ECODAS ha mostrado buena correlación con el DAS28 y creemos que es una buena herramienta para el control de los pacientes con AR. Los resultados sugieren que el dolor articular referido por el paciente no es un buen reflejo de la inflamación. Es necesaria la utilización de herramientas como la ecografía para evaluar correctamente a los pacientes con AR.

224. EVALUACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE DOSIS TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, E. Beltrán Catalán, M.I. González-Cruz Cervellera y J. Calvo Catalá

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: La ecografía es una valiosa herramienta diagnóstica en la práctica clínica. Proporciona una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular y una valoración más real de la remisión de la artritis reumatoide (AR) que la clínica, lo que puede contribuir a tomar decisiones terapéuticas óptimas.

Objetivos: Evaluar la presencia de actividad inflamatoria mediante ecografía en escala de grises y con Power Doppler (PD) en pacientes con AR en los que se planteo una optimización de dosis de la terapia biológica por encontrarse en remisión clínica.

Métodos: Se incluyeron 34 pacientes con AR (3 en tratamiento con tocilizumab, 13 en tratamiento con adalimumab, 17 en tratamiento con etanercept y 1 en tratamiento con golimumab). Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el DAS 28 antes de decidir la reducción de dosis y a los 6 meses. Se realizó una exploración ecográfica de 12 articulaciones (codos, carpos, 2ª y 3ª metacarpofalángicas, rodillas y tobillos) con un ecógrafo Esaote MyLab 70, buscando presencia de derrame articular y/o hipertrofia sinovial en escala de grises y señal PD antes de realizar la reducción del tratamiento y a los 6 meses, mediante escala semicuantitativa de 0 a 3 puntos.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes con AR (22 mujeres y 12 hombres) con una edad media de 58,84 (mínima 31-máxima 79) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 13,2. En el 76,4% de los pacientes el factor reumatoide era positivo y los anticuerpos anticitrulinados en el 52,9%. En el momento de iniciar la optimización de dosis el índice de actividad clínica definido por DAS 28 era de una media de 2,10. A los 6 meses 30 pacientes mantenían remisión clínica. En la ecografía un porcentaje de estos pacientes (52,94%) presentaban cierto grado de derrame/sinovitis en escala de grises pero sin señal PD. 4 pacientes (11,7%) presentaban empeoramiento clínico con aumento del índice DAS 28, coincidiendo también con empeoramiento en la exploración ecográfica, con derrame/sinovitis y presencia de señal PD. Estos pacientes volvieron a la pauta habitual de tratamiento con mejoría clínica.

Conclusiones: En un porcentaje importante de pacientes, convenientemente seleccionados, es posible el mantenimiento de una baja actividad de la enfermedad o de la remisión con la optimización de

dosis de la terapia biológica. Solo un pequeño número de pacientes recidivaron y necesitaron volver a la pauta anterior de tratamiento. La ecografía permite una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular y valorar la respuesta al tratamiento.

225. ANÁLISIS DE LOS POLIMORFISMOS DE VEGFA Y VEGFAR EN LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET

I. Calero Paniagua^{1,2}, R. Usategui Martín^{1,3}, T. Carranco Medina^{1,2}, M.D. Sánchez González^{1,2}, A. Quesada Moreno^{1,2}, L. Pérez Garrido^{1,2}, C. Montilla Morales^{1,2}, C. Hidalgo Calleja^{1,2}, O. Martínez González^{1,2}, S. Gómez Castro^{1,2}, R. González Sarmiento^{1,3} y J. del Pino Montes^{1,2}

¹Instituto de Bioinvestigación de Salamanca (IBSAL). Salamanca.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

³Departamento de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

Introducción: La enfermedad ósea de Paget (EOP) es un trastorno focal del hueso que afecta de forma segmentaria al esqueleto. La alteración principal reside en el osteoclasto que aumenta en número, tamaño y actividad. Existe un cambio del remodelado óseo consistente en un incremento de la resorción seguido de una formación excesiva. Como resultado se produce un hueso de estructura abigarrada y anárquica, con propiedades mecánicas alteradas y con una exagerada vascularización. En su etiología intervienen factores ambientales y genéticos.

Objetivos: Dado que el proceso de angiogénesis es vital para el “acoplamiento” entre resorción y formación en la EOP, y que el principal regulador de ésta es el VEGFA, nuestro objetivo fue el de determinar si puede existir una asociación entre los distintos polimorfismos de VEGFA y su receptor (VEGFAR) y la EOP frente a la población sana.

Métodos: Se estudiaron 270 pacientes, todos ellos con diagnóstico probado de enfermedad ósea de Paget y atendidos entre enero de 1990 y febrero de 2014 en las consultas de Reumatología del Hospital Universitario de Salamanca. Como controles para el estudio de polimorfismos del DNA se seleccionaron 125 personas, sin diagnóstico de enfermedad ósea metabólica. Las muestras fueron obtenidas previo consentimiento, siguiendo las regulaciones legales para Estudios Clínicos en España y las del Comité de Ética del Hospital Universitario de Salamanca. El análisis de la discriminación alélica se llevó a cabo mediante PCR a tiempo real empleando sondas TaqMan. Realizamos el test de Hardy Weinberg. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v18.0.

Resultados: Con respecto a los polimorfismos de VEGFA (RS833061 y RS699947), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con EOP y los controles. Con respecto a VEGFAR2 (RS 2071559), las frecuencias genotípicas se muestran en la tabla.

Tabla Póster 225

SNP	Genotipo	EOP	Control	OR (IC95%)	p
VEGFR2 (RS2071559)	TT	53 (19,6%)	38 (25,3%)	1,00	–
VEGFR2 (RS2071559)	TC	128 (47,4%)	82 (54,7%)	1,12 (0,68-1,85)	0,659
VEGFR2 (RS2071559)	CC	89 (33,0%)	30 (20,0%)	2,13 (1,18-3,83)	0,012

Conclusiones: El genotipo homocigoto CC del VEGFAR2 confiere 2,17 veces más susceptibilidad de padecer EOP, respaldando la teoría genética de esta enfermedad y la importancia del proceso de angiogénesis en su desarrollo.

226. DENSITOMETRÍA Y USO DE TBS EN PACIENTES CON POLIOMIELITIS

D. Grados¹, S. di Gregorio^{2,3}, A. Passarin⁴, J. Allue⁴, L. del Río^{2,3}, E. Bonel², M. García², R. Winzenrieth⁵ y A. Erra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Sant Rafael. Barcelona. ²Grup Mèdic Cetir. Barcelona. ³Red Temática de Investigación Cooperativa en Envejecimiento y Fragilidad (RETICEF). Instituto Carlos III. Barcelona.

⁴Servicio de Rehabilitación. Hospital Sant Rafael. Barcelona.

⁵Med-imaps -R + D Departamento. Merignac. Francia.

Introducción: La parálisis y consiguiente atrofia muscular del síndrome post-polio condicionan alteración del eje de carga de columna (con o sin escoliosis) y cambios degenerativos. La menor tensión muscular en la extremidad afectada conduce a densidad mineral ósea (DMO) disminuida y la columna influida por los cambios degenerativos impide valorar adecuadamente a estos pacientes. La aplicación Trabecular Bone Score (TBS) de la densitometría DXA permite evaluar el estado de la microarquitectura del hueso trabecular independientemente de la DMO y de las alteraciones degenerativas crónicas.

Objetivos: Valorar la eficacia del parámetro TBS frente a la medición de DMO para categorizar el estado de la columna en sujetos adultos con diagnóstico de Síndrome funcional post polio.

Métodos: Se ha realizado una exploración de cuerpo entero, columna lumbar (L1-L4) y ambas caderas (área total de fémur y cuello femoral) a 58 pacientes con antecedentes de infección por poliomyelitis y parálisis de extremidades inferiores (hombres: 14-57,5 años; mujeres: 48-57 ± 8,5 años). Se utilizó un densitómetro DXA modelo GE-iDXA, valorando la diferencia en las mediciones de DMO y TBS entre la extremidad afecta y la opuesta. La evaluación de la microarquitectura trabecular mediante software TBS (Medimaps TBS® Insight). Los resultados de la DMO, expresados en forma de T-score, fueron clasificados según criterios diagnósticos de la OMS en: normal, densidad mineral ósea baja u osteoporosis. Los resultados de TBS se clasificaron como normales (TBS_N) = 1.350; parcialmente deteriorado (TBS_PD) entre: 1.250-1.349, y deterioro significativo (TBS_D): < 1.250.

Resultados: Encontramos diferencias entre la categorización de las mediciones de columna según se utilice DMO o TBS en los sujetos clasificados como normales donde el 43,1% de los pacientes fueron valorados como normales de acuerdo a la DMO, en cambio con el TBS sólo clasifico a 27,6% como normales y en pacientes con osteoporosis donde la prevalencia según DMO fue de 6,9% mientras que con el TBS fue de 22,4%.

Conclusiones: El TBS permite identificar alteraciones óseas de manera más eficiente que la DMO en pacientes con síndrome post-polio ya que las alteraciones funcionales y degenerativas inherentes a las secuelas de la enfermedad, no afectan al patrón trabecular y si, en cambio, a la densidad mineral ósea.

227. DENOSUMAB: INCIDENCIA DE FRACTURAS Y EFECTO SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA TRAS DOS AÑOS DE TRATAMIENTO DE MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS

M. Bernad Pineda¹, M.V. Garcés Puentes² y E. Martín Mola¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Servicios Integrales de Gestión Médica (SIGEMED). Madrid.

Introducción: Denosumab está indicado en el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fracturas por osteoporosis y también en pacientes en las que otras terapias hayan mostrado falta

de eficacia o intolerancia. Denosumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une con gran afinidad y especificidad al RANKL en la superficie de los osteoclastos, impidiendo la interacción RANKL/RANK lo que inhibe la formación, actividad y supervivencia de los osteoclastos, disminuyendo la resorción ósea.

Objetivos: Evaluar la acción de denosumab sobre la incidencia de nuevas fracturas vertebrales en mujeres con osteoporosis severa e historia clínica de alta frecuencia de fracturas, describir la variabilidad de la densidad mineral ósea (DMO) cuantificando el T-score (T-s) y determinar el cumplimiento y la tolerabilidad del tratamiento.

Métodos: En una consulta de reumatología se reclutaron 208 mujeres con edad entre 60 y 89 años con osteoporosis en columna lumbar (CL) y cuello de fémur (CF), con T-s menor de -2,5 pero no inferior a -4,0 y alto riesgo de fractura, que cumplieran los criterios de inclusión y dieron su consentimiento para iniciar tratamiento con 60 mg de denosumab por vía subcutánea, cada 6 meses más calcio y vitamina D según los niveles basales. A la fecha, 92 mujeres han cumplido dos años de tratamiento. Se evaluó la DMO (DXA) de CL y CF, Rx de columna dorsolumbar para detectar fracturas y se determinaron calcidiol, PTH y DPD urinaria.

Resultados: La media de la edad fue de 71,7 ± 7,9 años [IC95%, 70,5 a 72,8]. Todas las mujeres cumplieron el tratamiento, el 60,8% tenía historia de fracturas por fragilidad, de estas el 42,3% eran fracturas vertebrales. El 26,5% y el 12,7% había tenido dos o tres fracturas vertebrales, respectivamente, antes de iniciar el estudio. Todas las fracturas vertebrales fueron evaluadas por radiología. Denosumab redujo el riesgo de fractura vertebral, y la incidencia fue de 5,3% a los 12 meses y de 1,1% a los 24 meses de tratamiento, aunque el 9,8% de las mujeres sufrieron alguna caída. No ocurrieron fracturas no vertebrales durante el estudio. Después de 24 meses de tratamiento con denosumab los valores promedio de T-s de CL: -2,09 ± 0,99 y de CF: -2,27 ± 0,85; p < 0,001 vs basal, ubica a las pacientes en el nivel de osteopenia en ambas localizaciones. Los valores de calcidiol y PTH aumentaron (p = 0,03 y p = 0,16) y los de DPD disminuyeron (p = 0,01) a los 12 meses. A los 24 meses no se observaron diferencias respecto al valor basal. Las pacientes no declararon efectos adversos ni se produjo la interrupción del tratamiento.

Conclusiones: El seguimiento durante dos años de las pacientes que reciben denosumab cada seis meses indica que el fármaco ofrece una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica y se asocia a una mejoría significativa de la densidad mineral ósea al producirse un incremento del T-score, y a una muy baja incidencia de fracturas sin efectos secundarios adversos.

228. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURAS POR FRAGILIDAD VERTEBRAL Y DE PELVIS

D. Cerdà, D. Roig-Vilaseca, V. Navarro, S. García-Díaz, D. Reina, P. Estrada, V. Torrente y H. Corominas

Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi-Hospital General de L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral (CSI). Barcelona.

Introducción: El dolor tras una caída casual es un motivo de consulta habitual en Urgencias. El diagnóstico de fractura vertebral y de ramas pélvicas es frecuentemente su causa subyacente. La mayoría de estas fracturas no requieren tratamiento quirúrgico, pero requieren hospitalización para control del dolor y estudio de la densidad mineral ósea.

Tabla Póster 226

Normal		TBSN	Osteopenia		TBSPD	Osteoporosis		TBSD
Fémur	LS		Fémur	LS		Fémur	LS	
7 (12,1%)	25 (43,1%)	16 (27,6)	28 (48,3%)	29 (50%)	29 (50%)	23 (39,7%)	4 (6,9%)	13 (22,4%)

Objetivos: Analizar las características clínicas de pacientes ingresados por fracturas vertebrales y fractura de ramas pélvicas producidas por caída casual.

Métodos: Estudio prospectivo transversal realizado en nuestro centro en el que se analizan los pacientes ingresados durante el periodo de un año y medio (2012-2013) por fracturas vertebrales y fracturas de ramas pélvicas. A todos los pacientes se les realizó una anamnesis completa con especial referencia a factores de riesgo de osteoporosis, una analítica completa que incluía hemograma, perfil renal, perfil hepático, Ca, P, fosfatasa alcalina, proteinograma, TSH, PTH y 25-OH vitamina D, densitometría ósea de columna lumbar y fémur (DXA) y Rx de columna en los pacientes con fractura vertebral. Se evaluó la estancia media y el destino al alta.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes con una edad media de $79 \pm 9,26$ años. 78% eran mujeres y 22% varones. El IMC medio de $27 \pm 4,83$ kg/m². 41% tenían antecedentes de fractura por fragilidad; 32% vertebrales; 12% de fémur. 10% tomaban tratamiento previo para la osteoporosis. El 82% tenían un déficit de vitamina D (< 20 ng/ml). 50% presentaban una osteoporosis (escala T lumbar y/o fémur proximal $< -2,5$ DE). La fractura vertebral más frecuente fue L1. Se diagnosticaron enfermedades subyacentes en 2% de pacientes siendo el diagnóstico más frecuente el mieloma múltiple. La estancia media fue de $7,6 \pm 4,19$ días. Al alta, un 37% fueron derivados a un Centro Sociosanitario para su recuperación funcional.

Conclusiones: A pesar de que aproximadamente la mitad de los pacientes presentaban antecedentes de fracturas por fragilidad previas y otros factores de riesgo de fractura, solamente un 10% tomaban tratamiento para la osteoporosis. El déficit de vitamina D es muy frecuente y no es excepcional el hallazgo de otras patologías asociadas a la osteoporosis que requieren un tratamiento específico. Es imprescindible el estudio completo de la densidad mineral ósea y la prescripción del tratamiento al alta en estos pacientes.

229. EVALUACIÓN DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE REMITIDOS A DENSITOMETRÍA ÓSEA: MENOS OSTEOPOROSIS ESPERADA Y MAYOR RIESGO DE FRACTURA

J. Rosas¹, E. Salas¹, J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, C. Cano², M. Lorente², A. Pons², X. Barber³, M. Sanchís³ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: Evaluar la presencia de osteoporosis (OP) y sus características, en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR), remitidos a densitometría ósea de Reumatología.

Métodos: Estudio transversal, de pacientes diagnosticados de AR, en seguimiento en consulta de reumatología, remitidos para evaluación de densitometría ósea (DMO) de columna lumbar (CL) y cadera (densitómetro Lunar; General Electric), a la Unidad de DMO de Reumatología, durante los años 2010 a 2014. Los resultados se compararon con los pacientes remitidos durante ese periodo sin AR. Se recogieron, datos generales de la AR (tiempo de evolución, factor reumatoide, anti-péptidos citrulinados, fármacos específicos), y por parte de enfermería de reumatología, que realiza la DMO: datos epidemiológicos y clínicos (peso, talla e IMC; edad de menopausia; factores de riesgo de osteoporosis; fracturas previas; tratamientos recibidos; enfermedades y fármacos de posible acción osteopenizante). Posteriormente un reumatólogo encargado, con acceso a la historia electrónica del paciente, realiza el índice de riesgo de fractura FRAX.

Resultados: De los 5.128 pacientes a los que se realizó DMO de CL y cadera, durante el periodo de estudio, 160 (3%), estaban diagnosticados de AR. En el grupo de pacientes con AR, el 89% eran mujeres, 97,5% de ellas postmenopáusicas, con edad media de 62 ± 26 años.

En 99 (61%) pacientes el factor reumatoide era positivo y en 95 (59%) se detectaron anti-péptidos citrulinados. El tiempo medio de evolución de la AR era de $9,7 \pm 7,7$ años. El 91% de los pacientes recibía algún FAME y el 34% seguía tratamiento con terapia biológica. Respecto a los factores de riesgo de OP: el IMC medio era de 27,5; El 19% fumaban en la actualidad y otro 11% lo habían dejado; El 51% recibían corticoides; Habían sufrido fracturas 51 (32%) pacientes, siendo osteoporóticas en 36 pacientes (Colles: 25%; vertebral: 29%; cadera: 10%; número: 6%). En un paciente se detectó fractura de cadera materna y otro paciente había padecido hipertiroidismo. El 56% recibían algún tratamiento específico para la OP (83% bisfosfonatos). El índice T de DMO a nivel de CL y cuello femoral, era respectivamente: $-1,04 \pm 1,5$ y $-1,58 \pm 1$; el resultado fue normal en el 27% de los pacientes en CL y 46% en cadera; de OP en el 14% en CL y 8% en cadera; y osteopenia en el 59% en CL y 46% de los pacientes en cadera. El índice FRAX para fractura mayor y de cadera, teniendo en cuenta el resultado de DMO fue respectivamente de $9,6 \pm 5,5$ y $3,8 \pm 3,4$; y de $10,9 \pm 6$ y $5,5 \pm 3,7$ sin DMO. Al comparar los resultados del grupo de pacientes AR y el resto de la muestra, más pacientes con AR corticoides y tratamiento para la OP, tenían menor índice T en columna lumbar y mayor en cuello femoral, el índice FRAX era mayor tanto para fractura mayor como para cadera incluyendo el resultado o no de la DMO de cuello femoral (tabla).

Tabla Póster 229

	Pacientes AR	Muestra general	p
Recibe tratamiento específico OP (%)	56	41	$< 0,05$
Tratamiento con corticoides (%)	51	9	$< 0,001$
DMO C. lumbar: índice T medio (DE)	$-1,04 (1,5)$	$-1,42 (1,3)$	$= 0,002$
Osteoporosis columna lumbar (%)	12	24	0,2
DMO cuello femoral: índice T medio (DE)	$-1,58 (1,0)$	$-1,24 (1,0)$	$< 0,0001$
Osteoporosis cuello femoral (%)	14	11	0,6
FRAX con DMO: fractura mayor: media (DE)	$9,6 (5,5)$	$5,9 (5,5)$	$< 0,0001$
FRAX con DMO: fractura cadera: media (DE)	$3,8 (3,4)$	$2,0 (3,4)$	$< 0,0001$
FRAX sin DMO: fractura mayor: media (DE)	$10,9 (6,0)$	$6,0 (6,0)$	$< 0,0001$
FRAX sin DMO: fractura cadera: media (DE)	$5,5 (3,7)$	$2,3 (3,7)$	$< 0,0001$

Conclusiones: 1. El porcentaje obtenido de osteoporosis por DMO es menor a lo esperado, semejante a la muestra general de pacientes estudiados e inferior a otras series de pacientes AR publicadas. 2. Sin embargo, el riesgo de fractura FRAX, es superior a la muestra general, probablemente en relación al peso en el índice FRAX de la propia AR y el porcentaje de pacientes en tratamiento corticoideo.

230. TRABECULAR BONE SCORE (TBS) EN PACIENTES VARONES CON EPOC

C. Gómez Vaquero, C. Xammar, M. Robustillo, L. Iglesias, F. Llopis, J. Jacob, C. Ferrer, A. Salazar, X. Corbella y A. Juan

Servicios de Reumatología y Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet.

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se asocia a osteoporosis (OP) y aumento de la prevalencia de fracturas vertebrales (FV). Actualmente, disponemos de una nueva técnica, el Trabecular Bone Score (TBS), que proporciona un valor relacionado con la calidad ósea a partir de la imagen de la columna vertebral adquirida por el densitómetro óseo.

Objetivos: En pacientes varones afectos de EPOC, cuantificar los valores de TBS y sus determinantes. Analizar la relación del TBS con la prevalencia y la presentación de fracturas vertebrales (FV).

Métodos: Estudio prospectivo transversal que incluyó durante un año a los pacientes varones que ingresaron en una unidad de corta estancia de urgencias por exacerbación de EPOC. Los pacientes se clasificaron en EPOC leve (VEF1%: 60-80%), moderada (VEF1%: 40-59%), grave (VEF1%: 20-39%) o muy grave (VEF1% $< 20\%$) y se

calculó el impacto de la EPOC sobre el estado de salud y bienestar percibido por el paciente (Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ): 50 ítems con 3 escalas: síntomas, actividad e impacto; intervalo: 0-100. Se realizó una densitometría ósea (DXA Hologic QDR 4500) y una radiografía lateral de columna dorsal y lumbar. Con MorphoXpress®, se determinó el número de FV entre D5 y L4 y el índice de deformidad espinal (IDE). Los pacientes con OP se trataron con risedronato, calcio y vitamina D. Cada año, se repitió la densitometría ósea y la radiografía lateral de columna. En relación a los objetivos de este estudio, se incluyeron únicamente los pacientes en que pudo recuperarse la imagen densitométrica y calcularse el TBS.

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes con una edad media de 72 ± 9 años y un índice de masa corporal (IMC) de $27,0 \pm 4,1$ kg/m². El porcentaje de pacientes con EPOC grave fue del 48% y de EPOC muy grave, del 6%. El SGRQ total medio fue de 64 ± 17 . La DMO media en columna lumbar fue de $0,932 \pm 0,170$ g/cm²; en cuello femoral, $0,744 \pm 0,125$ g/cm²; en fémur total, $0,856 \pm 0,134$ g/cm². La prevalencia de osteopenia fue del 53% y osteoporosis, del 26%. El TBS medio fue de $1,216 \pm 0,132$. El 33% tenía una microarquitectura ósea parcialmente degradada y el 42%, claramente degradada. El TBS se correlacionó de forma estadísticamente significativa con el IMC ($r: -0,39$), el VEF1% ($r: 0,24$), el SGRQ ($r: -0,26$) y la DMO en columna lumbar ($r: 0,45$). El IMC, el SGRQ y la DMO en columna lumbar determinaron el 45% de la variabilidad del TBS. El porcentaje de pacientes con FV morfológicas fue del 18% (IDE: $0,3 \pm 0,8$). La alteración de la microestructura ósea por TBS no se correlacionó con la presencia de FV ni con el IDE. De los 22 pacientes que recibieron tratamiento, disponemos de TBS en 20 y seguimiento al año y dos años en 12 y 8 pacientes, respectivamente. El tratamiento no determinó un cambio significativo en los valores de TBS. Cinco de estos pacientes presentaron una nueva FV, todos durante el primer año. La ocurrencia del evento fractuario no se relacionó con el grado de deterioro de la microarquitectura ósea al inicio del tratamiento.

Conclusiones: Tres cuartas partes de los pacientes varones con EPOC presentan deterioro de la microarquitectura ósea, determinado por el IMC, la DMO y los parámetros de gravedad de la EPOC. En estos pacientes, el TBS no se correlaciona con la presencia de FV, no parece útil para predecir la presentación de nuevas FV y no se modifica tras tratamiento con risedronato y suplementos de calcio y vitamina D.

231. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DENOSUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

L.M. Rojas Vargas¹, J.A. Carrasco-Fernández¹, S.A. Sánchez-Fernández¹ y L. del Olmo Pérez²

¹Servicio de Reumatología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ²Servicio de Reumatología. Hospital General de Tomelloso.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad de denosumab (DMAb) en pacientes con osteoporosis (OP) posmenopáusica que son tratadas en nuestra consulta externa de Reumatología.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo donde se recogen inicialmente los datos basales de edad, índice de masa corporal (IMC), edad de menopausia, tratamiento previo para OP, densidad mineral ósea (DMO) lumbar y femoral y antecedente de fractura (Fx) por OP de las pacientes con OP posmenopáusica que inician tratamiento con DMAb 60 mg subcutáneo semestralmente. Se realiza suplementación del tratamiento con calcio y vitamina D diarios. Posteriormente se realizan controles semestrales en consulta externa para valorar la posible aparición de efectos adversos al tratamiento, la aparición de nuevas Fx y determinar finalmente mediante nueva DXA los valores de DMO lumbar y femoral en las pacientes que completan 18 meses de tratamiento. Se consideró como eficacia al

tratamiento el aumento de la DMO lumbar y/o femoral medida por DXA. Los datos se presentan como media $\pm$ desviación típica.

Resultados: Se incluyen a 40 mujeres que reciben al menos 18 meses de tratamiento con DMAb. La edad media de las pacientes fue de $73,15 \pm 8,29$ años, con un IMC medio de $28,24 \pm 5,09$. La edad media de menopausia fue de $49,03 \pm 4,32$ años. Recibieron a lo largo del seguimiento una dosis media diaria de $1.020,00 \pm 352,42$ mg de suplementos de calcio y de $877,50 \pm 278,64$ UI de vitamina D. El 87,5% de las pacientes habían recibido tratamiento para su OP con al menos un fármaco previamente a DMAb (67,5% bifosfonatos, 50% ralenato de estroncio, 15% teriparatida y 10% SERM). El porcentaje de pacientes que había sufrido alguna Fx por OP anteriormente fue de 75% (57,5% vertebral, 7,5% femoral, 17,5% de antebrazo y 17% en otras localizaciones). Antes del inicio de DMAb, los valores medios de DMO fueron de $-3,03 \pm 1,52$ DE a nivel lumbar y de $-2,27 \pm 0,90$ DE a nivel femoral. A los 18 meses de tratamiento, la DMO media a nivel lumbar fue de $-2,66 \pm 1,56$ DE y a nivel femoral de $-2,04 \pm 0,83$ DE. En el 89,5% de las pacientes se produjo un aumento de la DMO lumbar y/o femoral, con un incremento medio de DMO lumbar de $0,36 \pm 0,46$ DE ($0,13 \pm 0,17\%$) y de DMO femoral de $0,22 \pm 0,75$ DE ($0,03 \pm 0,45\%$). No se objetivaron nuevas Fx por OP durante el seguimiento ni aparecieron efectos adversos atribuibles a DMAb en ningún caso.

Conclusiones: En nuestra práctica clínica habitual, donde un porcentaje elevado de pacientes presentan Fx osteoporóticas y han recibido anteriormente tratamiento para la OP, denosumab demuestra ser seguro sin aparición de efectos adversos y eficaz en cuanto al incremento de DMO y en la prevención de la aparición de nuevas Fx.

232. MODIFICACIÓN DE LOS PARÁMETROS BIOQUÍMICOS CON DENOSUMAB COMO TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS Y SU RELACIÓN CON LA MEJORÍA DENSITOMÉTRICA

J.A. Carrasco-Fernández¹, L.M. Rojas-Vargas¹, L. del Olmo Pérez² y S.A. Sánchez-Fernández¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ²Servicio de Reumatología. Hospital General de Tomelloso.

Objetivos: Valorar en la práctica clínica los cambios que se producen el tratamiento para la osteoporosis (OP) con denosumab (DMAb) en los parámetros bioquímicos relacionados con el metabolismo óseo y su posible relación con la mejoría de la densidad mineral ósea (DMO).

Métodos: Estudio prospectivo donde se recoge inicialmente al tratamiento con DMAb 60 mg subcutáneo semestral los valores bioquímicos de diversos parámetros del metabolismo óseo (osteocalcina (OC), B CrossLaps (b-CTX), fosfatasa alcalina (FA), calcemia, parathormona (PTH) y 25hidroxivitamina D) y posteriormente cada 6 meses hasta completar como mínimo 18 meses de tratamiento. Se realiza suplementación del tratamiento con calcio y vitamina D a dosis variables según paciente y resultados analíticos durante el seguimiento. Finalmente se evalúa la posible relación de la modificación de cada uno de estos parámetros bioquímicos con la mejoría en la DMO producida con DMAb y determinada por DXA. Los datos descriptivos se presentan como media $\pm$ desviación típica. El análisis estadístico se realiza para comparar los resultados mediante t-Student o ANOVA.

Resultados: El estudio incluye a 40 mujeres que reciben tratamiento con DMAb durante al menos 18 meses. La edad media fue de $73,15 \pm 8,29$ años. Un 32,5% de las pacientes presentaba al inicio del tratamiento valores elevados de PTH y un 75% valores disminuidos de 25hidroxivitamina D. Todas las pacientes recibieron a lo largo del seguimiento suplementos de calcio con dosis media diaria de $1.020 \pm 352,42$ mg y de vitamina D de $837,50 \pm 274,64$ UI. Un 89,5% de las mujeres mejoró sus valores de DXA lumbar y/o femoral a los

Tabla Póster 232

	Valores al inicio del tratamiento	Valores a los 6 meses de tratamiento	Significación estadística	Valores a los 18 meses del tratamiento	Significación estadística
Osteocalcina (ng/mL)	22,57 ± 29,33	21,79 ± 35,39	p = 0,42	9,08 ± 2,58	p < 0,00
B crosslaps (ng/mL)	0,35 ± 0,27	0,16 ± 0,19	p = 0,26	0,09 ± 0,06	p < 0,00
Fosfatasa alcalina (UI/L)	80,33 ± 28,20	66,79 ± 28,73	p < 0,00	60,17 ± 17,58	p < 0,00
Calcemia (mg/dL)	9,4 ± 0,53	9,4 ± 0,53	p = 1	9,39 ± 0,44	p = 0,79
Paratohormona (pg/mL)	59,52 ± 31,68	70,16 ± 38,31	p = 0,01	64,67 ± 25,78	p = 0,13
25hidroxivitamina D (ng/mL)	32,81 ± 18,71	31,92 ± 14,49	p = 0,99	35,41 ± 10,08	p = 0,72

18 meses. Los valores analíticos de OC, b-CTX, FA, calcemia, PTH y 25hidroxivitamina D al inicio de DMAB, a los 6 y a los 18 meses se expresan en la tabla. No se objetivaron diferencias significativas de ninguno de estos parámetros a los 6 meses de tratamiento salvo para FA y PTH. A los 18 meses de la administración de DMAB si se observaron diferencias significativas en los valores de OC, b-CTX y FA, pero esta modificación no se asoció en ningún caso a una mejor respuesta densitométrica.

Conclusiones: En el tratamiento para la OP posmenopáusica, denosumab produce una reducción de los marcadores de remodelado óseo (OC, b-CTX y FA) sin modificar otros valores relacionados con este metabolismo (calcemia, PTH y 25-hidroxivitamina D) a los 18 meses. En nuestro estudio esta disminución no se asoció con la mejoría de la DMO.

233. OSTEONECROSIS MAXILAR: REVISIÓN DE 14 CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA. EL CORRECTO DIAGNÓSTICO ES LA MEJOR PREVENCIÓN

M.D. Pastor Cubillo, M.I. González-Cruz Cervellera, A. Rueda Cid, E. Beltrán Catalán, C. Campos Fernández y J. Calvo Catalá

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: La osteoporosis (OP) es la enfermedad metabólica ósea más frecuente. En la actualidad disponemos de tratamientos con eficacia antifractura demostrada que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes e incluso a disminuir la mortalidad asociada a las fracturas, sobre todo de cadera. Los bifosfonatos (Bf) son los fármacos más utilizados, generalmente por vía oral, aunque disponemos de tratamientos intravenosos con unas indicaciones precisas. Los Bf se utilizan también en procesos malignos, siempre por vía intravenosa y con dosis muy superiores a las que se requieren en la osteoporosis. En la OP, los Bf administrados correctamente producen pocos efectos adversos. Este grupo de fármacos ha mostrado un buen perfil de seguridad, si bien en los últimos años se han descrito efectos adversos y complicaciones asociadas a su uso. La incidencia real de osteonecrosis maxilar (ONM) difiere según el tipo de tratamiento siendo entre 0,8-12% en tratamientos oncológicos intravenosos, mientras que con tratamientos orales para la osteoporosis es de 0,01-0,04%.

Objetivos: Valorar si el diagnóstico de osteoporosis y su indicación terapéutica, ha sido correcta en un grupo de 14 pacientes diagnosticados de ONM en nuestro Hospital y tratados con Bf orales.

Métodos: Realizamos una revisión de 14 pacientes diagnosticados en el Servicio de Estomatología y que controlamos conjuntamente. Resaltamos que el Servicio de Estomatología es referencia en esta patología, lo que incrementa el número de pacientes. Revisamos los criterios que justificaron el diagnóstico de osteoporosis y aplicamos el índice FRAX (IF), sin incluir Densitometría ósea (DMO) (ya que no tenemos datos iniciales en cinco casos y en seis no se habían realizado DMO central). Consideramos la indicación correcta de tratamiento cuando IF es de 15% en fracturas mayores y de 3% de riesgo en cadera. Todos ellos habían recibido tratamiento con Bf orales.

Resultados: Se valoraron 13 mujeres y 1 hombre con edad media de 74,6 años (51-90). Once pacientes fueron tratados con Bf durante más de 3 años y otros 3 pacientes durante 2 años. Dos pacientes estaban diagnosticados de artritis reumatoide y los dos habían sido tratados con corticoides. Un paciente presentaba espondilitis anquilosante y recibió tratamiento biológico durante ocho años. En ocho de los pacientes (57,1%) el diagnóstico de OP se basa exclusivamente en resultados de densitometría ósea periférica. Aplicando el Índice FRAX, solo 6 de los pacientes tenían una correcta indicación de tratamiento con Bf.

Conclusiones: La ONM es poco frecuente cuando valoramos pacientes con OP tratados con Bf por vía oral, pero su frecuencia ha aumentado en los últimos años. Además, la severidad con que se presenta, nos obliga a ser cautos ante esta posible complicación. Es recomendable que antes de iniciar el tratamiento, el paciente se revise por estomatólogo y si se ha de realizar alguna terapéutica, la realice antes de tratarse. Posteriormente se recomiendan las habituales revisiones bucodentales. El punto fundamental en la prevención es el diagnóstico y tratamiento correctos de OP, lo que disminuiría la incidencia de la ONM. En la serie que presentamos, con un diagnóstico correcto y una buena indicación terapéutica, se habrían evitado ocho de los catorce casos de ONM, es decir, un 57,1%.

234. PROGRESIÓN RADIOLÓGICA A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON CLÍNICA DE FRACTURA VERTEBRAL AGUDA OSTEOPORÓTICA

E. Casado, M. Arévalo, L. Lluís, M. García-Manrique, J. Calvet, J. Gratacós y M. Larrosa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell.

Introducción: La fractura vertebral clínica puede ser una complicación grave e invalidante en los pacientes con osteoporosis (OP). Aunque una radiografía de columna al inicio de los síntomas puede confirmar el diagnóstico, conocer la evolución radiológica de dicha fractura en las siguientes semanas puede ser importante para establecer un correcto abordaje terapéutico.

Objetivos: Comprobar la evolución radiológica de los pacientes con fractura vertebral aguda sintomática de naturaleza osteoporótica en las primeras 8 semanas de clínica. Analizar las variables clínicas que se asocian a dicha progresión, tanto en número de fracturas como en grado de severidad.

Métodos: Se incluyeron de forma sistemática todos los pacientes con fractura vertebral aguda de naturaleza osteoporótica atendidos en una consulta de atención rápida especializada en OP desde enero 2013 hasta octubre 2014. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico previo de OP o fractura vertebral así como aquellos que habían sido sometidos a vertebroplastia o bloqueo vertebral, o que hubieran recibido tratamiento para la OP (incluyendo calcio y vitamina D). Todos los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio. En la visita basal a todos los pacientes se les realizó una evaluación clínica del dolor mediante escala EVA, una radiografía de columna dorso-lumbar de perfil (para establecer el número y grado de severidad según la escala semi-cuantitativa de Genant), una DXA (DMO de columna lumbar, cuello

femoral y cadera total), y una analítica básica con determinación de los parámetros de metabolismo fosfo-cálcico. A los 2 meses se realizó una nueva valoración clínica del dolor y un control radiológico vertebral.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes (24 mujeres y 7 hombres). Edad 74 ± 9 años. Dieciséis pacientes presentaban una osteoporosis posmenopáusica y 15 una osteoporosis secundaria (6 menopausia precoz, 5 corticoides, 4 otras causas). Todos los pacientes fueron valorados de forma precoz (menos de 1 mes) tras el inicio de la clínica de dolor vertebral agudo o agudización de dolor vertebral crónico. En la visita basal el EVA dolor fue de $8,8 \pm 1,3$. La radiografía de columna dorsolumbar basal mostró un total de 53 fracturas vertebrales en 31 pacientes ($1,7 \pm 0,9$ fracturas por paciente): 17 presentaban una única fractura vertebral, 7 presentaban 2 fracturas y otros 7 pacientes presentaban 3 o más fracturas. Cinco pacientes presentaban además el antecedente de fractura no vertebral. El grado medio de severidad fue de $1,6 \pm 0,6$ (13 pacientes grado de 0-1, 18 pacientes grado > 1). La T-score en columna lumbar fue $-3,0 \pm 1,3$ y en cuello de fémur $-2,4 \pm 0,6$. Los pacientes presentaban un valor medio de 25(OH)D $22,9 \pm 12,9$ ng/ml, PTH $66,6 \pm 31,6$ pg/ml. A los 2 meses, a pesar de observarse un claro control clínico del dolor de los pacientes (EVA dolor $4,6 \pm 2,7$; $p < 0,00001$), se observó una progresión radiológica en 15/31 pacientes (48%). Se observaron 10 nuevas fracturas vertebrales (media de $2,1 \pm 1,3$ fracturas; $p = 0,07$), y un aumento del grado medio de severidad ($2,0 \pm 0,6$; $p = 0,0014$). No se encontraron diferencias en la edad, FRAX, DMO, 25(OH)D ni PTH entre los pacientes que progresaron radiológicamente y los que no lo hicieron. Los pacientes que progresaron tenían menos fracturas vertebrales ($1,4 \pm 0,8$ vs $2 \pm 1,0$), menor grado de severidad ($1,3 \pm 0,6$ vs $2,4 \pm 2,8$) y peor control del dolor mediante EVA a los 2m ($5,5 \pm 2,8$ vs $4,1 \pm 2,5$), aunque las diferencias no fueron significativas.

Conclusiones: La mitad de los pacientes con fractura vertebral aguda presentan una progresión radiológica en las primeras semanas de clínica, en forma de incremento del número de fracturas vertebrales y/o del grado de severidad de la fractura. La fractura vertebral única, de grado leve-moderado y de difícil control sintomático parece ser un marcador de progresión radiológica.

235. ANÁLISIS DEL METABOLISMO ÓSEO Y RIESGO DE FRACTURA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

J. Ivorra Cortés^{1,3}, C. Vera Donoso², M. Rubert Torró³, D. Hervás Marín⁴, L. González Puig¹, I. Chalmeta Verdejo¹, I. Martínez Cordellat¹, C. Núñez Cornejo Piquer¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.L. Valero Sanz¹, E. Grau García¹, C. Feced Olmos¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, C. Alcañiz Escandell¹ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Urología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. ⁴Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: El cáncer de próstata es el cáncer más común en el hombre. Al ser un cáncer andrógeno dependiente, la inhibición androgénica mediante agonistas LHRH y/o bloqueantes de los receptores de la testosterona constituye un pilar básico en su tratamiento. La pérdida de masa ósea y el aumento del riesgo de las fracturas óseas son un efecto secundario de la terapia hormonal antiandrogénica. Por otra parte la incidencia del cáncer de próstata aumenta con la edad, por lo que afecta a una población con un riesgo, de por sí, aumentado de fracturas.

Objetivos: Estudiar el metabolismo óseo, la prevalencia de osteoporosis y el riesgo de fractura en pacientes con cáncer de próstata con y sin tratamiento inhibidor de andrógenos.

Métodos: Se han seleccionado 45 pacientes con cáncer de próstata del H.U.P. La Fe que acudieron consecutivamente a consultas de reumatología para valoración de enfermedad ósea vinculada. En todos los pacientes se han recogido datos demográficos y antropométricos. Los datos analíticos recogidos fueron: calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, 25 OH vitamina D, PTH, P1NP, β CTX. Se realizó densitometría de columna lumbar y cadera. El cálculo de riesgo de fractura se efectuó mediante el cálculo del índice FRAX. Se utilizó un modelo de regresión lineal mixto y de regresiones segmentadas para el análisis bioestadístico de los datos. Se aplicó el test de Wilcoxon para comparar medias.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 74 años (48-89). En el estudio densitométrico la prevalencia de osteoporosis fue del 18% y de osteopenia del 40%. El riesgo de fractura de cadera, calculado mediante el índice FRAX, fue superior al 3% en 10 pacientes (22%), 3 con valores densitométricos de osteoporosis (7%) y 7 con osteopenia (15%). En ningún caso el riesgo para cualquier fractura osteoporótica fue superior al 10%. Del total de pacientes, el 78% llevaban tratamiento con agonistas LHRH y 51% con bicatulamida (antagonista del receptor de la testosterona). El tiempo de tratamiento con agonistas LHRH fue de 3 meses de mediana. Se observaron niveles de vitamina D inferiores 30 ng/mL en el 73% de los pacientes, y valores inferiores a 15 ng/mL en el 24%. Se detectó una relación inversa entre niveles de Vitamina D y niveles de P1NP ($p = 0,0101$). También detectamos una relación inversa entre niveles de P1NP y BCTX con t-score de cadera ($p = 0,007$ cuello fémur y $p = 0,023$ cadera, y $p = 0,003$ cuello fémur y $p = 0,008$ cadera respectivamente). Los pacientes tratados con agonistas de LHRH mostraban valores más elevados de P1NP (40,4 ng/mL vs 29,4 ng/mL y $p = 0,046$) y sobre todo de bCTX (0,7 ng/mL vs 0,3 ng/mL y $p = 0,0006$).

Conclusiones: En nuestros pacientes destaca la elevada prevalencia de hipovitaminosis D (73%). El tratamiento con agonistas de LHRH aumenta los niveles de los marcadores de recambio óseo. La elevación de estos marcadores se relaciona con una disminución de masa ósea a nivel de cadera. El índice FRAX contribuye a detectar pacientes con alto riesgo de fractura a nivel de cadera con osteopenia en la densitometría.

236. ANÁLISIS DEL REMODELADO ÓSEO E INCIDENCIA DE FRACTURAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN TRATAMIENTO CON ZOLEDRONATO INTRAVENOSO

P.V. Castillo Dayer¹, J.L. Valero Sanz², E. Grau García², D. Hervás Marín³, R. Negueroles Albuixech², L. González Puig², I. Martínez Cordellat², C. Núñez Cornejo Piquer², C. Feced Olmos², F.M. Ortiz Sanjuán², E. Labrador Sánchez², K. Arévalo Ruales², I. Chalmeta Verdejo², J. Ivorra Cortés^{1,2}, C. Alcañiz Escandell² y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La osteoporosis (OP) es una enfermedad sistémica crónica caracterizada por densidad mineral ósea baja y deterioro de la microarquitectura ósea, con incremento de fragilidad ósea y riesgo de fractura ante mínimos traumatismos. Dentro del arsenal terapéutico para la misma se incluyen los bisfosfonatos, siendo el zoledronato uno de uso intravenoso. Es característica su potencia de acción, y está actualmente indicado en OP posmenopáusica además de en OP secundaria al uso de corticoides.

Objetivos: Análisis de los marcadores de remodelado óseo así como la incidencia de fracturas en pacientes con OP postmenopáusica y secundaria tratados con zoledronato intravenoso.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de OP y tratados con zoledronato intravenoso, incluidos en un protocolo de seguimiento de nuevas fracturas clínicas y marcadores de remodelado óseo del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. Desde 2011 a 2014 se ha recogido datos clínicos, analíticos (calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, vitamina D, P1NP, bCTX), fracturas y datos de terapias concomitantes de acción sobre el metabolismo óseo y posibles efectos adversos a las mismas. El análisis estadístico se realizó mediante test chi-cuadrado y análisis de supervivencia Logrank.

Resultados: Se han seleccionado 178 pacientes con OP, 103 con OP post-menopáusica y 75 con OP secundaria (18 con trasplante hepático, 12 con artritis reumatoide y 18 con otros diagnósticos). El 51% tenía una osteoporosis establecida. A todos los pacientes se les administró suplementación vitamina D y solo 136 de ellos se suplementaron con calcio por intolerancia documentada. En 53 casos llevaron bifosfonatos previos, 19 teriparatida, 14 ranelato de estroncio, 2 denosumab y 2 terapia hormonal sustitutiva. En ellos se indicó el tratamiento con zoledronato por presencia de fracturas de fragilidad y/o intolerancias. 53 pacientes suspendieron el tratamiento con zoledronato, 8 de ellos por fracturas. Tanto en P1NP (de 84 ng/mL a 23 ng/mL) como en bCTX (de 0,4 ng/mL a 0,15 ng/mL) se observa un descenso acusado de los valores desde el inicio del tratamiento (72,6% en P1NP y 62,5% en bCTX). En 18 pacientes se objetivaron fracturas (7 con OP posmenopáusicas y 11 con OP secundarias), con una media de 24 meses de tratamiento con zoledronato y cuya localización más frecuente es el fémur (5) y el radio (4). El análisis estadístico indica que la probabilidad de fracturas es mayor en las OP secundarias ($p = 0,005$).

Conclusiones: El tratamiento con zoledronato mejora los valores de los marcadores de metabolismo óseo, tanto en pacientes con osteoporosis post-menopáusica como secundaria. Durante el tratamiento se han identificado fracturas en el 10% de los pacientes, existiendo mayor probabilidad de las mismas en las osteoporosis secundarias.

237. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ZOLEDRONATO INTRAVENOSO EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA EN EL HUP LA FE DE VALENCIA

P.V. Castillo Dayer¹, I. Chalmeta Verdejo², J. Ivorra Cortés^{1,2}, D. Hervás Marín³, E. Grau García², J.L. Valero Sanz², I. Martínez Cordellat², C. Núñez Cornejo Piquer², C. Feced Olmos², F.M. Ortiz Sanjuán², E. Labrador Sánchez², K. Arévalo Ruales², L. González Puig², R. Negueroles Albuixech², C. Alcañiz Escandell² y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad genética rara que afecta a la síntesis del colágeno tipo I y da lugar a múltiples fracturas con escaso o ningún traumatismo. Se han utilizado bifosfonatos para detener la resorción ósea y reducir estas fracturas. El alendronato y pamidronato han sido los bifosfonatos

de elección para la terapia de esta patología en adultos, pero no se dispone de tanta información en el caso de terapia con zoledronato.

Objetivos: Estudiar la evolución del metabolismo óseo en pacientes con osteogénesis imperfecta a los que se les ha administrado tratamiento intravenoso con ácido zoledrónico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 8 pacientes diagnosticados de OI y tratados con zoledronato por vía intravenosa en el Servicio de Reumatología del HUP La Fe. Desde 2011 a 2014 se ha recogido para cada paciente datos de analíticas de calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, vitamina D, P1NP, bCTX, así como datos densitométricos, terapias antiosteoporóticas previas y posibles efectos adversos relacionados.

Resultados: El grupo de estudio consta de 4 hombres y 4 mujeres, con una edad media de 47 años (21-64 años). En estos pacientes se indica el tratamiento con zoledronato intravenoso principalmente por múltiples fracturas atraumáticas, e inician el tratamiento entre el 2008 y el 2014. Todos continúan en tratamiento con zoledronato a excepción de un paciente que a los 4 años de tratamiento tuvo una fractura de fémur, y que desde 2013 está en tratamiento con denosumab. Se dispone de densitometría al inicio del tratamiento con un valor de t-score igual o inferior a -2,5. En los parámetros analíticos desde el inicio del tratamiento observamos un ligero descenso en los valores de fosfatasa alcalina (de 89 U/L a 72,3 U/L). P1NP presenta una disminución en sus valores del 50,6% (de 22,5 ng/mL a 11,1 ng/mL) y bCTX del 81% (de 0,21 ng/mL a 0,04 ng/mL).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes diagnosticados de OI tratados con zoledronato, tan solo en un paciente se ha documentado una fractura y se ha suspendido la terapia. En el resto de casos el tratamiento con zoledronato disminuye los valores de los marcadores de metabolismo óseo.

238. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA FIBROMIALGIA

L. Rosselló Aubach, O. Gelonch, J. Pifarré y M. Garolera

Hospital de Santa Maria. Universitat de Lleida.

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la presencia de dolor músculo-esquelético generalizado asociado a fatiga, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, cefaleas, rigidez articular y problemas cognitivos. Es una enfermedad que ocasiona un importante impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ya que merma la capacidad física y funcional de la persona, su actividad intelectual, su rendimiento laboral, su vida social y la salud mental. Resulta de gran relevancia conocer cuáles son los factores asociados a la CVRS en las personas con FM para poder realizar una detección precoz de estos problemas y orientar hacia la formulación e implementación de medidas de salud encaminadas a mejorar la CVRS.

Objetivos: Identificar qué variables socio-demográficas y clínicas son las que mejor predicen el nivel de CVRS que presentaran las pacientes con FM.

Métodos: Estudio observacional que incluyó 90 pacientes, todas mujeres, diagnosticadas de fibromialgia utilizando criterios ACR

Tabla Póster 237

Pacientes	Año de inicio zoledronato	Tto anterior	Reacciones adversas	Especificación reacciones adversas	Suspensión tto
1	2010	Pamidronato	No		No
2	2013	Pamidronato	No		No
3	2010	No	Sí	Malestar general	No
4	2012	Alendronato	Sí	Dolor	No
5	2011	No	No		No
6	2008	Teriparatida	Sí	Fractura fémur izquierdo sept 2012	Sí (dic 2012)
7	2010	No	No		No
8	2014	Alendronato	No		No

1990, de quienes se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Para valorar la CVRS se utilizó la escala FIQ, escala diseñada para la evaluación de toda la gama de síntomas que experimentan los pacientes con FM. Como variables socio-demográficas se incluyeron la edad y los años de escolaridad; como variables clínicas, los años de evolución desde el diagnóstico, grado de dolor (escala visual analógica de dolor), depresión (escala BDI-II), ansiedad (STAI-R, STAI-E), trastornos del sueño (PSQUI) y quejas cognitivas (MFE30). Se realizó un análisis de correlaciones y posteriormente un análisis de regresión lineal multivariante utilizando el método stepwise, para determinar qué variable o conjunto de variables tenían un efecto significativo sobre la variable FIQ, introduciendo en el modelo de regresión las variables socio-demográficas y clínicas como variables predictoras.

Resultados: La media de edad de las pacientes fue de 45 años (DE 5,56), con 10 años de media de escolarización (DE 2,74), y 5 años de media de evolución de la enfermedad (DE 4,63). Globalmente, las pacientes presentaron una merma importante en su CVRS, con una puntuación en la escala FIQ = 68 (DE = 14,97), sintomatología depresiva en grado moderado, con media en BDI-II = 26 (DE = 12,50), importante alteración en la calidad del sueño, con media en PSQUI = X (DE = 3,32), sintomatología ansiosa en grado moderado, con media en STAIR = 36 (DE = 11,16) y STAI-E = 36 (DE = 10,96), grado de dolor de 6/10 (DE = 2,03), y quejas de fallos cognitivos en grado de intensidad moderada, con media en MFE30 = 56 (DE = 22,83). Las variables socio-demográficas no presentaron asociaciones significativas con FIQ, en cambio todas las variables clínicas estudiadas mostraron asociaciones fuertes con FIQ ($p < 0,01$). El análisis de regresión lineal mostró que las variables predictivas para FIQ fueron BDI-II, STAI-R, EVA dolor y años de evolución, obteniendo una $R^2 = 0,54$ ($p \leq 0,001$).

Conclusiones: En la FM, la CVRS se encuentra significativamente mermada, siendo los trastornos emocionales (depresión y ansiedad), el grado de dolor y los años de evolución, los factores que contribuyen a explicar el nivel de CVRS en cada paciente, por lo que los programas de intervención deberían dirigirse principalmente a estos factores con el objetivo de mejorar la CVRS en este colectivo.

239. ¿LAS QUEJAS COGNITIVAS SUBJETIVAS PUEDEN SER UN INDICADOR DE DISFUNCIÓN COGNITIVA EN LAS PACIENTES CON FIBROMIALGIA?

L. Rosselló Aubach, O. Gelonch, J. Pifarré y M. Garolera

Hospital Santa Maria. Universitat de Lleida.

Introducción: Las quejas cognitivas subjetivas (QCS) son muy frecuentes en las personas diagnosticadas de fibromialgia, pero se desconoce si constituyen un indicador real de disfunción cognitiva. Estudios realizados con diferentes colectivos han encontrado relación entre las QCS y la depresión. Respecto a la relación de las QCS con el rendimiento en tests cognitivos, no se ha encontrado relación con la memoria a largo plazo, aunque algunos estudios sí han identificado asociaciones significativas con la memoria de trabajo. Teniendo en cuenta que diversos estudios concluyen que la memoria de trabajo se encuentra alterada en la fibromialgia, resulta pertinente analizar las asociaciones existentes entre las QCS y la memoria de trabajo en este colectivo.

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de QCS en una muestra de pacientes con fibromialgia. 2. Comprobar si las QCS se relacionan con la intensidad de sintomatología depresiva. 3. Analizar si existe relación entre las QCS y el rendimiento objetivo en la memoria de trabajo, controlando la influencia de la sintomatología depresiva.

Métodos: Se incluyeron 90 pacientes, mujeres, diagnosticadas de fibromialgia (criterios ACR, 1990), con una media de edad de 45 años, 5 años de media de evolución de la enfermedad desde el

diagnóstico, y 10 años de media de escolarización. Las QCS se valoraron mediante el Cuestionario MFE-30, la intensidad de la sintomatología depresiva se evaluó con la escala BDI-II y la memoria de trabajo con la tarea 3-back. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las pacientes. La relación entre las variables se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se dividió a las pacientes en 2 grupos, QCS versus No-QCS, y se realizó comparación de medias con la tarea 3-back, ajustando por la variable BDI-II mediante Análisis de la covarianza. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 16 para Windows, estableciéndose un nivel de significación de 0,05.

Resultados: Un 80% de las pacientes referían QCS (19% leves, 37% moderadas y 24% severas). Se encontraron asociaciones significativas entre MFE30 y BDI-II ($r = 0,433$, $p \leq 0,001$), entre MFE30 y 3-back ($r = -0,367$, $p \leq 0,001$) y entre BDI-II y 3-back ($r = 0,264$, $p = 0,01$). También asociaciones significativas entre MFE30 y 3-back, ajustando por BDI-II ($r = -0,296$, $p \leq 0,01$). Los resultados del análisis multivariante informan que existen diferencias significativas en el rendimiento en 3-back en función de la existencia de QCS o no, y que estas diferencias no se explican por la intensidad de la depresión ($F = 6,854$, $p = 0,010$).

Conclusiones: 1. La prevalencia de QCS en las pacientes con fibromialgia es muy elevada, con un 80% de las pacientes refiriendo quejas a nivel cognitivo. 2. Existe una fuerte asociación entre la presencia de quejas cognitivas y la intensidad de la sintomatología depresiva (a mayor intensidad de la depresión, más intensidad de las quejas cognitivas). 3. Pero también existe una fuerte asociación entre la presencia de quejas cognitivas y el rendimiento en la memoria de trabajo, independientemente de la intensidad de la depresión (más quejas cognitivas, peor rendimiento en la memoria de trabajo). 4. Las quejas cognitivas de las pacientes con fibromialgia constituyen un posible indicador de disfunción cognitiva en este colectivo. 5. Intervenciones dirigidas a mejorar la memoria de trabajo pueden resultar útiles para reducir la frecuencia de las QCS y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

240. COMPARACIÓN ENTRE EL USO DE TAPENTADOL Y TERAPIA CONVENCIONAL CON TRAMADOL Y/O AINES EN EL MANEJO DE LA LUMBALGIA MECÁNICA CON COMPONENTE NEUROPÁTICO

C. Guillén Astete, M. Luque Alarcón, A. Boteanu, F. Roldán Moll y C. Carballo Cardona

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Hospital del Tajo. Madrid.

Introducción: La lumbalgia mecánica es el motivo más frecuente de consulta por dolor musculoesquelético en urgencias y el de mayor tasa de reconsulta al mes. Tapentadol es un opiáceo indicado para el control del dolor crónico de reciente introducción.

Objetivos: Determinar la utilidad de su uso frente al manejo convencional con tramadol y/o AINEs en términos de control del dolor y en reducción de las visitas hospitalarias.

Métodos: Estudio observacional prospectivo basado en la práctica clínica habitual de 18 meses de duración en pacientes con lumbalgia mecánica con componente neuropático. Cada paciente fue controlado por intención del protocolo a los 7 días de la primera valoración. Variables: características demográficas, valoración del dolor por medio de una escala visual analógica (EVA), cuestionario de calidad de vida (SF36) y el momento en el que el paciente requirió una nueva valoración dentro de los primeros 30 días.

Resultados: Se recogieron datos de 591 pacientes. 35 de ellos recibieron tapentadol en dosis de entre 25 mg a 100 mg diarios. El resto de los pacientes, 556 fueron considerados grupo control. De ellos, 329 recibieron tramadol: Hasta 37,5 mg/día, 41; entre 37,5 y menos de 100 mg/día, 111; Entre 100 y menos de 200 mg/día, 135; y 200 mg o más, 42 pacientes. 394 pacientes (entre aquellos que recibieron

tramadol y tapentadol) recibieron también un antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Las proporciones de sexo y raza según los grupos que recibieron tapentadol y el grupo control no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Ninguna comorbilidad fue más prevalente en los grupos de estudio con excepción del aplastamiento vertebral que se presentó en el 17,1% del grupo con tapentadol frente al 3,2% del grupo control ($p = 0,002$). La proporción de pacientes con lumbartrosis axial grado III (Kellgren-Lawrence) fue de 82,9% en el grupo con tapentadol y 22,5% en el grupo control ($p = 0,038$). La variación del EVA a los 7 días fue significativa en ambos grupos ($p < 0,0001$), si bien en el grupo control 68 pacientes incrementan el EVA, 112 no lo modifican y 285 disminuyen el EVA. En el grupo con tapentadol todos presentan una disminución del EVA salvo un paciente que no lo modifica. El incremento del SF-36 se produce en todos los pacientes con tapentadol con significancia bilateral ($p < 0,0001$) mientras que en el grupo control se producen 36 incrementos y 26 disminuciones, ($p = 0,324$). En cuanto a la necesidad de reconsultas, en los primeros 7 días habían consultado 1 paciente del grupo con tapentadol y 52 del grupo control ($p = 0,353$); entre los 8 y 14 días 102 del grupo control y 1 con tapentadol ($p = 0,019$); y entre los 15 a 30 días, 158 del grupo control y 3 del grupo con tapentadol ($p = 0,010$). En los primeros 30 días, 47,8% pacientes del grupo control habían solicitado ser revaluados medicamente (233 por dolor y 33 por efectos adversos) mientras que en el grupo con tapentadol 14,3% (3 por dolor y 2 por efectos adversos) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Ningún efecto adverso registrado requirió ingreso hospitalario.

Conclusiones: El uso de tapentadol en pacientes con lumbalgia mecánica y componente neuropático supone un beneficio en el control del dolor a corto y medio plazo reduciendo la necesidad de reevaluaciones por urgencias por mal control analgésico sin suponer un incremento de la necesidad de atención por eventos adversos al compararlo con el manejo con tramadol, AINEs o la combinación de estos.

241. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DE LA FIBROMIALGIA EN FUNCIÓN DE LA ESTACIÓN DEL AÑO?

M.J. Poveda¹, A. Castel², S. Castro¹, A. Pamies¹, R. Qanneta³, S. Boada⁴ y R. Fontova¹

¹Sección de Reumatología; ²Psicología Clínica. Unidad de Dolor;

³Unidad de Fibromialgia y Fatiga Crónica; ⁴Anestesiología. Unidad de Dolor. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción: Una mayoría de pacientes con fibromialgia afirman que sus síntomas se modifican en relación con las condiciones climáticas, hasta el punto de que esta característica constituyó, inicialmente, un criterio diagnóstico menor de fibromialgia (Yunus et al, 1981). Actualmente existe controversia sobre la relación entre distintos aspectos del clima y la sintomatología de las pacientes con fibromialgia (Smeldslund et al, 2013).

Objetivos: Determinar si existen diferencias entre pacientes evaluados en primavera, otoño o invierno, en relación a la intensidad de aspectos claves de la fibromialgia: intensidad del dolor, funcionalidad, fatiga, rigidez, ansiedad, depresión, problemas de sueño y calidad de vida.

Métodos: 174 mujeres con diagnóstico de fibromialgia (criterios ACR) y con menos de ocho años de escolaridad, fueron evaluadas previamente al inicio de un programa de tratamiento multidisciplinar. Las pacientes se distribuyeron en tres grupos en función de la época del año en que se valoraron (primavera, otoño, invierno). Media de edad de 48,8 años (rango 26-60; DE 7,1). Media de duración del dolor de 11,3 años (rango 0,5-49; DE 8,7). Medidas: intensidad del dolor (escala numérica 0-10), funcionalidad, fatiga y rigidez (Cuestionario FIQ), ansiedad y depresión (Escala HADS), problemas de sueño (Medical Outcome Study: MOS) y calidad de vida (cuestionario COOP-WONCA).

Resultados: Los tres grupos fueron homogéneos en edad, tiempo de evolución de la enfermedad y nivel educativo. El análisis de varianza (ANOVA) no mostró diferencias significativas en ninguna de las variables clínicas analizadas (tabla).

Tabla Póster 241

Variables	Primavera (N = 61)	Otoño (N = 50)	Invierno (N = 63)
Intensidad dolor	6,9 ± 1,6	7,0 ± 1,3	6,7 ± 1,6
Total FIQ	66,6 ± 16,1	66,8 ± 14,5	64,4 ± 19,1
Fatiga	8,2 ± 2,0	8,7 ± 1,4	8,1 ± 2,2
Rigidez	7,6 ± 2,2	7,2 ± 2,6	7,2 ± 2,3
Ansiedad	13,5 ± 3,4	13,4 ± 4,6	12,6 ± 4,7
Depresión	9,6 ± 4,5	10,0 ± 5,0	9,2 ± 4,4
Problemas de sueño	26,8 ± 8,1	28,7 ± 8,8	29,3 ± 8,2
Calidad de vida	20,1 ± 3,6	20,3 ± 3,6	20,0 ± 4,3

Conclusiones: Estos resultados indican la inexistencia de diferencias en la gravedad de los síntomas expresados por las pacientes estudiadas en nuestro medio, en función de la época del año en que fueron valoradas.

Proyecto de investigación financiado por Fundació Marató TV-3/070910.

242. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNOGENICA A LAS VACUNAS EN PACIENTES CON DISTINTAS TERAPIAS BIOLÓGICAS. DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO RIER

P. Alcocer Amores¹, T. Navío Marco², L. Martín⁵, L. González³, M. Salido⁴, J. Yuste⁶, S. Muñoz Fernández¹ y Grupo de Trabajo RIER

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Tajo. Madrid.

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid.

⁵Laboratorio BR Salud. Madrid. ⁶Servicio de Bacteriología.

Centro Nacional de Microbiología. Instituto Carlos III. Madrid.

Introducción: Los pacientes con patologías reumáticas, más si están con tratamiento biológico, presentan mayor susceptibilidad a sufrir infecciones, por ello hay unas recomendaciones vacunales establecidas. Sin embargo, la eficacia de las vacunas en estos pacientes es incierta y parece estar afectada por los distintos tratamientos empleados.

Objetivos: Evaluar la respuesta a las distintas vacunas frente al virus de la influenza (Influ) A y B, y virus hepatitis B (VHB) en pacientes en tratamiento con distintos biológicos.

Métodos: Estudio multicéntrico en el que se incluyeron pacientes con los siguientes criterios: adultos con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (SpA), artritis psoriásica (A.PSO), psoriasis (PSO), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o conectivopatías procedentes de los distintos centros hospitalarios a los que da servicio el Laboratorio BRsalud, en tratamiento biológico con infliximab (IFX), adalimumab (ADA), etanercept (ETA), certolizumab (CERTO), golimumab (GOLI), tocilizumab (TOCI), abatacept (ABATA), rituximab (RTX), ustekinumab u otros biológicos, o bien que inicien tratamiento con los mismos. La respuesta a las vacunas de la gripe se midió mediante la detección de anticuerpos (Ac) IgG frente a Influa e Influb mediante ELISA en el momento basal y a las 6 semanas tras la vacunación, del mismo modo que se determinó la presencia de AchBS en el momento basal y tras finalizar la vacunación. El estudio estadístico se realizó mediante el sistema estadístico SPSS.

Resultados: Se presentan los datos de 96 pacientes de los que 63/96 (65,6%) fueron mujeres con una edad media de 48,4 ± 12,8 años y la duración de la enfermedad 10,4 ± 19 años. De ellos 34/96 (35,4%) fueron AR, 35/96 (36,5%) SpA, 14/96 (14,6%) A.PSO, 3/96 (3,1%) PSO, 2/96 (2,1%) EII, 8/96 (8,3%) otras patologías. La duración del tratamiento biológico en el momento de la inclusión era de 22,3 ± 21 meses. Cuarenta y cinco (46,8%) y diecisiete (17,7%)

tenían tratamiento concomitante con FAME y corticoides, respectivamente. De los 82 pacientes tratados con FAME el 75,5% tenían metotrexato. Los tratamientos biológicos recibidos fueron: 9,4% IFX; 31,3% ADA; 25% ETA; 2,1% CERTO; 11,5% GOL; 12,5% RTX; 7,3% TOCI, 1,04% ABATA 1,04% Otros. EL 52,1% de los pacientes habían sido vacunados frente a la gripe el año anterior; y 54,1% habían sido vacunados previamente frente a VHB, de estos 16/47 (34%) presentaba AcHBS > 10 en el momento basal. El 71,8% y 44,8% tenían títulos de Ac positivos en el momento basal para Influa e Influb respectivamente. Tras la vacunación tuvieron seroconversión 6/96 (6,2%) para Influa y 4/96 (4,2%) para Influb. No se pudieron analizar diferencias en la respuesta a gripe ni a VHB entre los distintos tratamientos debido al pequeño número de respondedores. Se objetivaron 7,3% de efectos adversos relacionados con la administración de las vacunas y una tasa de infecciones de 2,1% desde octubre a diciembre de 2014.

Conclusiones: El número de pacientes que completan la vacunación según las recomendaciones habituales es menor del esperado. La respuesta frente a la vacunación del VHB en estos pacientes es baja y en gripe muy inferior a la esperada. Se necesitarían vacunas más inmunogénicas frente a la gripe al ser una población de riesgo con baja respuesta, y determinar de forma reglada el título de AcHBS tras completar la vacunación debiendo recibir un recuerdo o incluso un segundo ciclo de vacunación los no respondedores. Este trabajo ha recibido financiación de Pfizer y Beca SORCOM-MSD.

243. ESTUDIO DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO CON PLACEBO DE TRATAMIENTO CON CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES EN PACIENTES CON ROTURA COMPLETA DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES

P. Tornero-Esteban¹, C. García-Fernández², J.R. Lamas¹, L. Rodríguez-Rodríguez¹, F. Marco Martínez² y B. Fernández-Gutiérrez¹

¹UGC de Reumatología; ²UGC de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). Madrid.

Introducción: Las lesiones del manguito rotador (MR) son una causa común de dolor y discapacidad del hombro. La reparación quirúrgica de este tendón, aunque relativamente segura, adolece de una elevada tasa de re-roturas que hace necesaria la búsqueda de alternativas terapéuticas más eficaces, entre otras mediante el uso de implantes o mediante técnicas de ingeniería tisular utilizando células madre mesenquimales (MSCs). En el presente estudio se pretendía comparar los resultados clínicos de la reparación de la rotura completa del manguito rotador utilizando implantes de colágeno tipo I (OrthADAPT™) en combinación o no con MSCs autólogas.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico, doble ciego, con rotura total del manguito de los rotadores. El estudio se registró conforme a la

EMA (Eudra-CT: 2007-007630-19) y estaba de acuerdo con las normas éticas de la investigación en seres humanos. El tratamiento del grupo control incluía la reparación quirúrgica y el implante de una membrana comercial de colágeno tipo I OrthADAPT™ (OrthADAPT™ bioimplante Penta Biomedical® Srl Verona Italia). El grupo de tratamiento se trató con el mismo implante, previamente combinado con una suspensión de 20.106 células madre mesenquimales autólogas extraídas de la médula ósea (BM-MSCs). Los pacientes incluidos, de entre 48 y 66 años de edad, presentaban dolor unilateral de hombro, un fracaso al tratamiento médico convencional y/o rehabilitación durante al menos 3 meses y diagnóstico de rotura completa del manguito determinado por resonancia magnética (RMN). Se excluyeron del estudio pacientes con enfermedad reumática, artrosis glenohumeral, fracturas, diabetes mellitus, infecciones o tumores. El nivel de funcionalidad se evaluó mediante el test de Constant. La evaluación morfológica se efectuó midiendo el grado de retracción (clasificación de Patte) y el grado de atrofia (clasificación de Thomazeau) del tendón. Estas medidas se realizaron basalmente y al año. El objetivo primario era la mejoría clínica funcional, entendiendo como tal un incremento de al menos 20 puntos en el test de Constant entre la medida inicial y final. La comparación entre los grupos experimentales se realizó utilizando el test U de Mann-Whitney. La significación estadística se estableció con un valor $p = 0,05$.

Resultados: La comparación de las distintas variables: test de Constant, grado de retracción, atrofia y escala de dolor entre el grupo control y el de tratamiento en el momento basal y un año después de la intervención se presenta en la tabla. El estudio se terminó prematuramente debido a complicaciones post-operatorias en 4 pacientes que incluyeron: en el grupo control un paciente con tumoración subacromial y en el grupo de tratamiento tres pacientes, de los cuales uno presentó un quiste supraclavicular, y otros dos tejido inflamatorio subacromial. Los resultados de la evaluación radiológica mostraron una tasa de re-rotura y consolidación de la sutura similar para ambos grupos. En el caso del grupo control se observaron 3 casos con re-rotura (60%) y 2 con consolidación de la sutura (40%) y en el grupo de tratamiento fueron 5 (62,50%) y 3 (37,50%) respectivamente.

Conclusiones: El presente estudio constituye el primero en utilizar BM-MSCs autólogas en implantes de colágeno tipo I (OrthADAPT™) para la reparación del manguito rotador. La mejoría clínica funcional y una evolución estadísticamente significativa del test de Constant sólo se logró en el grupo de tratamiento. La evaluación morfológica y la evolución positiva de la escala de dolor fue también mejor en el grupo de tratamiento si bien no lograron significación estadística. Si bien, a posteriori, los efectos secundarios detectados no parecen relacionarse con el tipo de tratamiento, se decidió parar el estudio para evaluar más claramente dichos efectos en el contexto del grupo de tratamiento asignado.

Tabla Póster 243

	Grupo control		P (un año vs basal)	Grupo de tratamiento		P (un año vs basal)
	Basal	Un año tras intervención		Basal	Un año tras intervención	
Test de Constant, mediana [percentil 25-percentil 75]						
Hombro contralateral	81,00 [77,50-94,50]	84,00 [75,00-91,50]		89,00 [79,00-91,00]	91,00 [87,00-96,00]	
Hombro lesionado	55,00 [42,50-58,00]	71,00 [49,75-78,50]		45,50 [35,25-51,75]	76,50 [62,25-85,00]	0,0073
Score Patte, n (%)						
Estado 1	4 (80,0)	3 (60,0)		4 (50)	2 (25,0)	
Estado 2	1 (20,0)	2 (40,0)		3 (37,5)	3 (37,5)	
Estado 3	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (12,5)	3 (37,5)	
Score Thomazeau, n (%)						
Estado 1	4 (80,0)	3 (60,0)		5 (62,5)	2 (25,0)	
Estado 2	1 (20,0)	2 (40,0)		2 (25)	3 (37,5)	
Estado 3	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (12,5)	3 (37,5)	
Escala analógica de dolor, mediana [percentil 25-percentil 75]	8,00 [8,00-8,50]	2,0 [1,50-3,00]	0,0088	8,00 [8,00-8,70]	1,5 [1,00-5,20]	0,0023

244. SÍNDROME DE MUCKLE WELLS Y NEUROPATÍA ÓPTICA

M. Álvarez de Buergo y F. Antón Pages

Hospital Río Carrión. Palencia.

Introducción: El síndrome de Muckle-Wells (SMW) es una criopirinaopatía, un síndrome autoinflamatorio monogénico de herencia autosómica dominante, producido por una mutación del gen NLRP3 que condiciona una activación persistente del inflammasoma y un aumento de producción de IL-1. Se caracteriza por episodios autolimitados de síntomas musculoesqueléticos (artralgias, artritis, mialgias), cutáneos (urticaria) y oculares (conjuntivitis). 50-70% desarrollan sordera neurosensorial a partir de la 2ª década y 25% amiloidosis AA.

Objetivos: Describir los casos de SMW de nuestro hospital.

Métodos: Se revisaron los casos de SMW de la unidad de Reumatología del Hospital Río Carrión. El diagnóstico se realizó por secuenciación del gen NLRP3.

Resultados: Se incluye una familia con 3 miembros afectados. El primer paciente, un varón 52 años, presentaba desde la juventud episodios de 3-7 días de monoartritis urticaria tras exposición a frío, conjuntivitis y astenia, hipoacusia neurosensorial de 13 años de evolución atribuida a su trabajo, PCR persistentemente elevada (43-89 mg/dl) anemia y leucocitosis leve e intermitentes. Un año antes del diagnóstico presentó una neuropatía óptica del ojo izdo. La RMN mostró adelgazamiento de ambos nervios ópticos y una dudosa alteración de la señal en el izdo. Los datos complementarios sólo mostraron PCR 50 mg/dl y ac antibeta 2 glicoproteínas IgM 1-1,8 mpl y proteína amiloide SAA elevada 6,3 mg/l. En el TAC torácico se encontraron adenopatías supraclaviculares y axilares; la biopsia de una de ellas mostró hiperplasia linfocitaria folicular mixta. La secuenciación del gen NLRP3 detectó la mutación p.Arg260Trp (R260W). De los 13 hermanos del paciente sólo uno presentaba sintomatología (hipoacusia) y declinó realizarse la determinación. Los dos hijos del paciente de 23 y 25 años, presentaban también lesiones urticariales no pruriginosas, artralgias, conjuntivitis e hipoacusia leve de 5-7 años de evolución, así como PCR y proteína SAA elevadas. Se inició tratamiento con anakinra 100 u/día con desaparición de la sintomatología excepto de la hipoacusia y la pérdida de visión que permanecieron estables, y normalización de la analítica.

Conclusiones: El SMW es una enfermedad rara, que pertenece al grupo de las criopirinaopatías (junto con FCAS y NOMID/CINCA) con las que comparte síntomas, formando un "continuum" en la expresión clínica. La neuritis óptica es una manifestación más frecuente en el NOMID/CINCA, que raramente ha sido descrita en el SMW. Dada la inespecificidad del cuadro clínico, su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha. El tratamiento con anti-IL-1 (anakinra, canakinumab) es eficaz.

245. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA DE PATOLOGÍAS MUSCULOESQUELÉTICAS QUE OCASIONAN BAJA LABORAL EN PACIENTES DERIVADOS POR ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE REFERENCIA

J.C. Ordóñez Ignacios¹, S. Gil¹, M. Andrés¹ y P. Vela^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: Las patologías musculoesqueléticas son un grupo heterogéneo de trastornos funcionales u orgánicos, que pueden diferir en grado de gravedad desde síntomas periódicos leves hasta condiciones invalidantes que incrementan el ausentismo laboral. Según el Eurobarómetro de 2007, el 22% de la población europea sufre o ha sufrido alguna enfermedad crónica musculoesquelética, suponiendo pues que estas patologías son unas de las principales

causas de consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad laboral. Por tanto, su correcta identificación y derivación desde atención primaria resulta esencial.

Objetivos: El objetivo del siguiente trabajo es describir y conocer la concordancia entre el diagnóstico musculoesquelético establecido en una Unidad de Atención Primaria (UAP) y en la consulta de Reumatología.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas informatizadas de pacientes atendidos en una consulta de Reumatología especializada en atención temprana de incapacidades temporales de origen musculoesquelético. Se realizó una comparación entre el diagnóstico de derivación desde la UAP y el diagnóstico final registrado por el reumatólogo, empleando la escala "ausencia de concordancia, concordancia parcial y concordancia completa". Posteriormente se analizó la concordancia por los 3 problemas musculoesqueléticos más frecuentemente atendidos.

Resultados: Se han revisado las historias de 346 pacientes cuya edad promedio fue de 46 años (DE $\pm$ 10,8), de los cuales 179 (52%) eran varones. Los problemas musculoesqueléticos más frecuentemente registrados fueron la lumbociatalgia (119 pacientes, 34% del total), el hombro doloroso (26 pacientes, 8%) y la cervicgia (24 pacientes, 7%). Tras comparación entre diagnósticos, se ha determinado una concordancia completa en 153 pacientes (44% del total), concordancia parcial en 187 pacientes (54%) y ausencia de concordancia en 6 pacientes (2%). Por los diagnósticos más frecuentes encontramos en la cervicgia un 91% de concordancia completa, un 4% parcial y un 4% sin concordancia; con respecto a la lumbociatalgia, se ha encontrado un 85% de concordancia completa, un 15% parcial y un 1% sin concordancia; mientras que para el hombro doloroso vimos un 44% de concordancia completa, un 56% como parcial, mientras que en ningún caso hubo ausencia de concordancia.

Conclusiones: La concordancia diagnóstica dentro de las enfermedades musculoesqueléticas que ocasionan baja laboral entre la UAP y reumatología se puede considerar buena o muy buena en la mayoría de casos, y sobre todo en los diagnósticos más frecuentes (cervicgia y lumbociatalgia).

246. COMBINED CHONDROITIN SULFATE AND GLUCOSAMINE IS MORE EFFICIENT THAN CELEBREX IN REDUCING SERUM LEVELS OF COL2-1, A CARTILAGE DEGRADATION BIOMARKER IN PATIENTS WITH SEVERE OA: RESULTS FROM A RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, MULTICENTRIC CLINICAL TRIAL

Y. Henrotin¹, N. Arden², F. Berenbaum³, F.J. Blanco⁴, J.R. Castillo⁵, P.G. Conaghan⁶, A.C. Hick⁷, M.C. Hochberg⁸, J. Martel-Pelletier⁹, J. Monfort¹⁰, I. Möller¹¹, T. Pap¹², J.P. Pelletier⁹, P. Richette¹³, A.D. Sawitzke¹⁴ and P. du Souich¹⁵, for the MOVES Investigation Group

¹Bone and Cartilage Research Unit. Arthropôle Liège. University of Liège. Institute of Pathology. CHU Sart-Tilman. Liège. Belgium & Physical Therapy and Rehabilitation Department. Princess Paola Hospital. Marche-en-Famenne. Bélgica. ²Oxford NIHR Musculoskeletal Biomedical Research Unit. University of Oxford. Oxford. UK & MRC Lifecourse Epidemiology Unit. University of Southampton. Southampton. UK & Arthritis Research UK (ARUK). Center for Sports, Exercise and Osteoarthritis. University of Oxford. Nuffield Orthopaedic Centre. Oxford. Reino Unido. ³Sorbonne University. INSERM UMR S938. UPMC. University of Paris 06. DHU i2B & Department of Rheumatology. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Saint-Antoine Hospital. Paris. Francia. ⁴INIBIC-Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ⁵Clinical Pharmacology Unit. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁶Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds & NIHR Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Reino Unido. ⁷Artialis S.A. Giga Tower. Level 3. Liège. Bélgica. ⁸University of Maryland School of Medicine. Baltimore. MD. EEUU. ⁹Osteoarthritis Research Unit.

University of Montreal. Hospital Research Centre (CRCHUM). Montreal. Quebec. Canadá. ¹⁰Servei de Reumatologia. Hospital del Mar. IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). Barcelona.

¹¹Instituto Poal de Reumatología. Barcelona. ¹²Institute of Experimental Musculoskeletal Medicine. University Hospital Münster. Münster. Alemania. ¹³Université Paris Diderot. UFR médicale. Paris. France & Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Fédération de Rhumatologie. Paris. France & INSERM 1132. Université Paris-Diderot. Hôpital Lariboisière. Paris. Francia. ¹⁴University of Utah School of Medicine. Salt Lake City. UT. EEUU. ¹⁵Department of Pharmacology. Faculty of Medicine. University of Montreal. Montreal. Quebec. Canadá.

Introduction: To investigate soluble osteoarthritis (OA) biomarkers (Coll2-1, Coll2-1NO2 and Fib3-2) in the per-protocol (PP) population of the double-blind Multicentre Osteoarthritis interVENTion trial with Sysadua (MOVES) comparing the symptomatic efficacy and safety of Chondroitin Sulfate (CS) plus Glucosamine Hydrochloride (GH) versus Celecoxib (CE) in patients with knee OA. Coll2-1 is a peptide located in the triple helical part of type II collagen and Coll2-1NO2 is the nitrated form of Coll2-1. Fib3-2 is a fragment of fibulin-3, an extracellular glycoprotein highly expressed in OA cartilage. The levels of these biomarkers have been found to be elevated in serum of OA patients and to vary with severity.

Methods: Coll2-1, Coll2-1NO2 and Fib3-2 were directly measured by immunoassays (ARTIALIS SA, Liège, Belgium) in the serum of the PP population of the MOVES trial, which included 606 patients with knee OA receiving 400 mg of CS plus 500 mg of GH three times daily or 200 mg of CE once daily for 6 months. This PP population included 418 subjects (215 receiving CS+GH and 203 receiving CE) with at least one biomarker value at three time points (D0, D120 and D180).

Results: Serum biomarkers values at baseline or at follow-up D120 and D180 were not associated with age, sex, race, weight, height of BMI. In overall PP population, there were no statistically significant differences between CE and CS + GH groups for any of the three biomarkers at baseline, D120 and D180. However, there was a trend in favor of CS+GH in reducing Coll2-1 at D180 ($p = 0.069$) and a trend in favor of CE to reduce Fib3-2 ($p = 0.055$). When population was stratified according the radiological OA severity, the occurrence of a swelling or effusion event, the WOMAC score or the symptomatic response to treatment some significant differences in biomarkers serum levels were observed between treatment groups. At D 180, CS +GH induced a significantly greater decrease of Coll2-1 in the subgroups of patients with the more severe radiographic disease (K&L III), with synovitis (at least one joint swelling or effusion event, in OMERACT-OARSI responders or in patients with WOMAC pain at baseline = 369 compared to CE ($p < 0.05$). For Coll2-1NO2, there was a trend in favor of CS + GH in the sub-population having at least one joint swelling event during the study period ($p = 0.077$) at D180. In addition, CE was more effective than CS + GH in reducing Fib3-2 at D180 in patients with WOMAC pain at baseline > 369 ($p = 0.042$).

Conclusions: CS + GH was more efficient than CE in reducing serum Coll2-1, a marker of type II collagen degradation. This data indicates that CS + GH may down-regulate cartilage catabolism, particularly in a subgroup of patients with severe OA. These results are in accordance with the symptomatic benefits observed in the clinical trials with these therapies.

247. CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTROSIS EROSIVA DE MANOS

N. Cid Boza, J.L. Marengo de la Fuente y E. Rejón

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La artrosis de manos es una de las enfermedades musculoesqueléticas más frecuentes con prevalencia en aumento de forma paralela a la esperanza de vida. La forma de artrosis erosiva,

a medio camino entre proceso degenerativo e inflamatorio, destaca por afectar a pacientes jóvenes, siendo una forma más agresiva con un componente inflamatorio e incapacidad funcional equiparable, en algunas ocasiones, a las artropatías inflamatorias primarias como la artritis reumatoide o artropatía psoriásica.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas, clínicas, comorbilidad, presencia de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), influencia de factores mecánicos y tratamiento farmacológico de los pacientes con AEM.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo con desarrollo de un registro de pacientes con artrosis erosiva de manos diagnosticados en la Unidad de Reumatología del H.U de Valme. Se recogen datos demográficos, profesión, antecedentes de HTA, DM, dislipemia, reactantes de fase aguda, FR, ACPA, colesterol, triglicéridos, NAT, NAD, forma de presentación clínica y tratamiento basal.

Resultados: Se incluyen un total de 79 pacientes diagnosticados de artrosis erosiva de manos, 92,7% de mujeres y 7,7% varones, con una edad media de $57,8 \pm 7,5$ años. Encontramos un 33,7% con forma clínica limitada a manos, un 25,97% con artrosis de manos y pies y un 40,26% con poliartrosis. El 31,43% de los pacientes había desarrollado una actividad profesional específica manual. La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares fue la siguiente: 33,78% de HTA, 9,33% de DM y 18,92% de hiperlipemia referida como antecedente que ascendió hasta un 72,88% en base a la analítica basal. El factor reumatoide resultó negativo en un 95,3% de los casos mientras que el ACPA Respecto a los RFA, un 19,67% presentó elevación de PCR y un 11,86% elevación de VSG con valores bajos en ambos casos y media de $2,55 \pm 2,78$ para la PCR y $8,98 \pm 7,37$ para la VSG. La media de articulaciones tumefactas en la visita basal fue de $1,43 \pm 1,42$ y $3,77 \pm 3,60$ de dolorosas. En lo referente al tratamiento, un 13,50% de los pacientes realizaba tratamiento sólo con AINEs, un 12,16% sólo con analgésicos y un 63,51% combinado, sólo un 2,70% realizaba tratamiento con SYSADOAs.

Conclusiones: La distribución por sexo de nuestra serie coincide con lo reflejado en publicaciones previas, de manera que la predominancia del sexo femenino parece ser mayor en las formas erosivas que en las no erosivas. No hay datos publicados respecto a la forma de presentación clínica de este tipo de artrosis, que en nuestra serie hasta un 40% lo hace como poliartrosis. La prevalencia de FRCV referidos como antecedentes por el paciente suele inferior a la real, como ocurre en nuestro caso, si bien es especialmente llamativa en lo referente a la hiperlipemia. La PCR se mostró un marcador más sensible que la VSG para detectar la actividad inflamatoria. El FR sólo fue positivo en 3 pacientes a títulos bajos mientras que ningún paciente presentó ACPA positivo. En la mayoría de los casos los pacientes realizaban tratamiento combinado AINEs-analgésicos con insuficiente control clínico. Con nuestros resultados se pone de manifiesto la actividad inflamatoria que acompaña a esta forma específica de artrosis de manos con un importante componente de dolor articular que en este tipo de pacientes justifica una mayor incapacidad y limitación funcional que en las formas no erosivas.

248. SENSIBILIZACIÓN CENTRAL Y RESONANCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL EN GONARTROSIS

J. Monfort^{1,2}, J. Pujol³, M. López-Ruiz^{1,2,3}, J. Llorente-Onaindia^{1,2}, G. Martínez-Vilavella³, D. Macià³, F. Montañes¹, P. Benito^{1,2} y J. Deus⁴

¹Departamento de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Grupo de Investigación Celular en Inflamación y Cartílago. Institut Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona. ³Unidad de Investigación en RM. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: El fenómeno de sensibilización central (SC) se caracteriza por una mayor respuesta de las neuronas centrales que se traduce en hiperalgesia, entre otros síntomas. La SC es muy frecuente

en pacientes con artrosis (OA) y está implicada en la intensidad de las manifestaciones clínicas y en la eficacia del tratamiento. La resonancia magnética funcional (RMf) permite observar la activación cerebral durante la experiencia algica y su estado basal en reposo, así como investigar los efectos potenciales de los fármacos administrados en OA. Con la finalidad de aportar objetividad al concepto de SC, se diseñó un estudio que permitiera caracterizar los cambios cerebrales relacionados con la SC al dolor mediante neuroimagen en pacientes que padecen OA de rodilla.

Métodos: Se trata de un estudio transversal y ciego simple donde se compara la activación cerebral de 60 ($66,7 \pm 7,8$ años) pacientes de OA de rodilla con 30 ($62,8 \pm 7,7$ años) sujetos sanos. Los participantes fueron seleccionados durante un periodo de 18 meses en el Servicio de Reumatología del Hospital del Mar de Barcelona. Se evaluó la presencia de SC siguiendo los criterios de la versión extendida del mapa peripatelar de Arendt-Nielsen y mediante sumación temporal (presión repetitiva en un punto alrededor de la rodilla que provoca respuestas de dolor aumentadas). La RMf se dividió en 3 fases de estimulación potencialmente dolorosa: (1) estimulación directa de la rodilla en la interlínea con $2,5 \text{ Kg/cm}^2$ de presión; (2) estimulación directa de la superficie anterior de la tibia con una presión de 4 Kg/cm^2 ; (3) aplicación directa de calor en la parte anterior del antebrazo con picos máximos de 45° Celsius.

Resultados: Un total de 33 pacientes mostraron SC clínica de los cuales 19 reunían todos los criterios de Arendt-Nielsen. Los resultados de la presión en la interlínea no mostraron diferencias significativas. En la presión sobre la tibia, se apreció una activación significativamente superior en los pacientes sensibilizados, en comparación a los no sensibilizados, en áreas somatosensoriales, giro supramarginal y corteza sensoriomotora. Se correlacionó la activación cerebral de la tibia con el número de puntos sensibles del mapa peripatelar así como con la mínima presión necesaria para experimentar dolor. Así se obtuvo un aumento significativo de activación cerebral en la corteza somatosensorial, giro supramarginal, corteza cingulada anterior y núcleo putamen ventral bilateral. En la estimulación térmica no se observaron diferencias significativas.

Conclusiones: El fenómeno de SC es muy común en pacientes de OA. En la región tibial, no implicada en el proceso artrósico, los pacientes sensibilizados presentaron mayor percepción algica que los no sensibilizados y se obtuvieron patrones de activación cerebral distinta en pacientes sensibilizados y aquellos que no lo estaban. La activación de áreas fronto-subcorticales (ganglios basales) permitiría hipotetizar que la SC se relaciona con los procesos de aprendizaje y condicionamiento.

249. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS DE DEBUT EN LA INFANCIA EVALUADOS EN UNA UNIDAD DE TRANSICIÓN DE UN CENTRO DE ADULTOS

V. Torrente-Segarra^{1,2,3}, X. Juanola Roura², J. Antón López³ y J.M. Nolla Solé²

¹Hospital General Hospitalet-Moisès Broggi. Hospitalet de Llobregat.

²Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

³Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

Introducción: Se ha descrito que el paso a la edad adulta y los controles propios en centros de adultos (transferencia) de los pacientes con patologías reumatológicas de inicio en la infancia puede implicar dificultades debido a la posibilidad de abandono del seguimiento, empeoramiento clínico, falta de asistencia médica especializada, retraso en la consecución de las nuevas visitas con el nuevo centro y mala adaptación al formato de asistencia en centros de adultos. Existe escasa literatura sobre cómo se realiza esta transferencia, qué enfermedades padecen estos pacientes y en qué situación clínica se encuentran.

Objetivos: Definir las características clínicas de los pacientes con enfermedades Reumatológicas de inicio en la edad pediátrica, atendidos en una Unidad de Transición de un Servicio de Reumatología de un centro de adultos.

Métodos: Se han revisado las variables clínicas de una serie de pacientes visitados en la Unidad de Transición del Servicio de Reumatología de un Hospital de tercer nivel entre enero de 2013 y diciembre de 2014. Los pacientes provienen de una unidad de Reumatología Pediátrica desde donde son trasladados a los 18 años a la citada Unidad de Transición. Los pacientes son evaluados de forma protocolizada en una agenda específica monográfica del Servicio de Reumatología de adultos y se les ayuda en la adaptación y a las características propias del nuevo hospital. Los pacientes son atendidos por esta Unidad de Transición durante 2 años y posteriormente controlados como visitas sucesivas habituales del Servicio de Reumatología. Tanto en el centro pediátrico como, inicialmente, en el de adultos, los pacientes son evaluados por un reumatólogo especializado en Reumatología Pediátrica. Las variables incluidas para este estudio son: edad, diagnóstico, presencia de actividad clínica en el momento de la transferencia, uso de fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y uso de terapia biológica.

Resultados: Se han atendido un total de 45 pacientes durante el periodo descrito. Todos tenían 18 años de edad en el momento de la transferencia. Los diagnósticos de los pacientes fueron: artritis idiopática juvenil (AIJ) oligoarticular-10 casos (22,2%), AIJ asociada a entesitis 7 casos (15,5%), lupus eritematoso sistémico 4 casos (8,8%), sd autoinflamatorios 3 casos, AIJ poliarticular, AIJ oligoarticular extendida, dermatomiositis juvenil, osteoporosis y morfea 2 casos cada una y AIJ inicio sistémico, AIJ psoriásica, sd Sjögren, enfermedad mixta tejido conectivo, enfermedad de Behçet, fiebre reumática y AIJ indiferenciada, 1 caso cada una. En el momento de la transferencia, 22 pacientes (48,8%) estaban en tratamiento con FAME (metotrexate, leflunomida, hidroxycicloroquina, azatioprina) y 14 pacientes (31,1%) seguían terapia biológica (7 adalimumab, 6 etanercept, 1 tocilizumab). Un total de 8 pacientes (17,7%) presentaban actividad clínica en el momento del cambio de hospital.

Conclusiones: La Unidad de Transición ha permitido el control de un numeroso grupo de pacientes con enfermedades Reumatológicas de inicio en la infancia, con una gran diversidad de entidades. La complejidad de muchos tratamientos y la actividad de la enfermedad en el momento de la transferencia corroboran la utilidad de dichas Unidades en centros especializados.

250. SINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTADA JUVENIL: DESCRIPCIÓN DE 10 CASOS

C. Moriano Morales¹, I. Rozas Gómez², L. Ruiz Gutiérrez¹, D. Clemente Garulo¹, D. Azorín Cuadrillero³, A. Palazón Quevedo⁴ y J.C. López Robledillo¹

¹Unidad de Reumatología Pediátrica; ²Servicio de Radiodiagnóstico;

³Sección de Anatomía Patológica; ⁴Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: La sinovitis vellonodular pigmentada (SVP) es un desorden proliferativo benigno del tejido sinovial con dos formas de expresión: localizada vs difusa. En la edad pediátrica es muy infrecuente, predominando la forma difusa y el compromiso monoarticular. La clínica suele ser inespecífica y no existe un mecanismo desencadenante conocido. El carácter progresivo de la SVP puede originar una destrucción articular irreversible por lo que el tratamiento debe realizarse de forma precoz.

Objetivos: describir las características clínico-epidemiológicas y los hallazgos en pruebas de imagen de los niños diagnosticados de SVP en nuestro centro y evaluar el retraso diagnóstico y los resultados del tratamiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de casos diagnosticados con confirmación histológica en los últimos 10 años. Se evalúan: expresión clínica e imagenológica, retraso diagnóstico, limitación funcional, daño estructural y evolución tras cirugía.

Resultados: Se seleccionaron 10 pacientes, de los que 7 (70%) eran varones, con una edad mediana al diagnóstico de 12,7 años (rango intercuartílico (RI): 11-14,5). El tiempo mediano de seguimiento fue de 26,8 meses (RI: 16,6-51,5). Las articulaciones afectas fueron 7 rodillas y 3 tobillos. En 7 casos (70%) la forma de expresión fue difusa. Como hallazgo extraarticular se objetivaron hemangiomas múltiples orofaciales en un paciente. La sintomatología inicial predominante fue la tumefacción, presente en 8 (80%) casos. El diagnóstico de SVP se sospechó al inicio de los síntomas en 2 pacientes (20%). Se obtuvo líquido sinovial en 6 articulaciones cuyo aspecto macroscópico fue xantocrómico o hemático. Los hallazgos de imagen más frecuentes fueron derrame articular y áreas de hipointensidad en secuencias eco-gradiente T2 en resonancia magnética (RM), permitiendo esta prueba de imagen la orientación diagnóstica en 7 pacientes. En el 70% de los casos se apreció daño estructural consistente en erosiones o condropatía. Uno de los pacientes presentó limitación funcional importante durante el seguimiento. El retraso diagnóstico mediano fue de 7 meses (RI: 4,6-11,3). A todos los pacientes se les practicó sinovectomía (artroscópica vs abierta) objetivando recidiva en 2 y precisando reintervención quirúrgica en uno.

Conclusiones: La SVP es un proceso infrecuente sobre todo en niños (la mayor serie publicada en revistas indexadas describe 6 pacientes pediátricos). La clínica es inespecífica simulando otros procesos ya sean inflamatorios como la artritis idiopática juvenil, tumorales etc. En nuestra serie la limitación funcional fue leve en la mayoría de los casos, a pesar de objetivarse daño estructural en el 70%. La RM permite orientar el diagnóstico en casi la totalidad de los pacientes. El tratamiento de elección es la sinovectomía aunque las recidivas son frecuentes. En nuestra serie las presentaron sólo el 20% de los niños durante el período de seguimiento.

251. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL CON AFECTACIÓN CERVICAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

E. Quesada-Masachs¹, J. de Inocencio², I. Monteagudo³, J.C. Nieto³, S. Murias⁴, J. Antón⁵, J. Calzada⁵, M. Medrano⁶ y C. Modesto¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Miguel Servet. Barcelona.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la artritis crónica más prevalente en la infancia. La afectación cervical como primera manifestación de la enfermedad es excepcional. En una revisión sistemática de la literatura se identificaron tan sólo 7 casos de estas características publicados entre los años 1956 y 2014.

Objetivos: Describir las características de una cohorte multicéntrica de pacientes con AIJ con monoartritis cervical, confirmada por imagen, como primera manifestación de su enfermedad.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, retrospectivo y descriptivo en el que se incluyó a los niños diagnosticados de AIJ con afectación cervical como forma de inicio. En la recogida de datos participaron 6 centros españoles.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes, 4 niñas y 2 niños. Todos ellos presentaron afectación en la columna cervical como primera manifestación de la AIJ. La media de la edad al inicio de la enfermedad fue de 5 años $\pm$ 2,15 DE. El valor medio del retraso en el diagnóstico fue de 8 meses (rango 2 a 30). Pertenecieron a las categorías de AIJ: oligoarticular persistente (4/6), poliarticular FR- (1/6) e indifere-

ciada (1/6). El valor de la media de los años de evolución fue de 3,7 (rango 0,5 a 7). Dos de los pacientes fueron ANA+. Ninguno presentó positividad para los antiCCP, el factor reumatoide o el HLA B27. Los síntomas más prevalentes fueron tortícolis (100%), limitación al movimiento (83%) y dolor (67%). Dos de los niños tuvieron uveítis crónica anterior, uno de ellos unilateral y el otro bilateral. El estudio por imagen de la lesión cervical fue mediante la radiografía simple en cinco de los pacientes, la RMN en todos ellos, una gammagrafía y un TAC. En la RMN se identificaron la sinovitis C1-C2 (100%) y la subluxación C1-C2 rotatoria o anterior (50%) como lesiones más prevalentes. Uno de los pacientes presentaba erosiones en el momento del diagnóstico. Como tratamiento farmacológico de primera línea se pautaron AINES, glucocorticoesteroides orales y metotrexato en 5 de los pacientes. En estos 5 pacientes se añadió al tratamiento un agente antiTNF (4/5) o leflunomida (1/5). Entre los fármacos biológicos, etanercept fue la primera opción en todos ellos y sólo en uno de ellos se cambió a adalimumab por presentar uveítis. Cinco niños hicieron tratamiento rehabilitador y/o llevaron collarín. Uno de los niños precisó artrodesis quirúrgica de la subluxación. El estado de actividad de la enfermedad en el momento del último control clínico fue inactivo en 5 de los 6 pacientes. Sólo un niño estaba en actividad al presentar su primer brote de sinovitis periférica. Tres pacientes tuvieron articulaciones limitadas en el último control clínico (cervicales 2/3, codo 1/3, temporomandibulares 1/3). En el último análisis de sangre el valor de la media de la VSG fue de 9 mm/h (ningún valor = o superior a 30) y de la PCR 0,24 (ningún valor = o superior a 0,8). En el último control ninguno presentó actividad inflamatoria ocular.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con afectación cervical como primera manifestación de la AIJ, la tortícolis fue el síntoma más frecuente. La evolución clínica fue a la forma oligoarticular persistente en la mayoría de ellos. La RMN fue la prueba más sensible para detectar lesiones relacionadas con la afectación cervical. La mayoría de los pacientes precisaron iniciar terapia con agentes antiTNF para conseguir controlar la enfermedad.

252. ENFERMEDAD DE KAWASAKI: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RESPUESTA AL TRATAMIENTO, COMPLICACIONES CORONARIAS Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE 39 CASOS

C. Redondo Romero, W.A. Sifuentes Giraldo, D.A. Botello Corzo, J.F. Borja Serrati, S. Garrote Corral y M.L. Gámir Gámir

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Describir el espectro de manifestaciones clínicas y analíticas, respuesta al tratamiento, complicaciones coronarias y evolución de los pacientes con enfermedad de Kawasaki (EK) atendidos en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de EK ingresados en nuestro hospital durante el período enero 1986-diciembre 2014, obteniéndose los datos a través de la revisión de sus historias clínicas. Se compararon las variables continuas por la prueba t de Student (o U de Mann-Whitney si el número era < 10 o la muestra no tenía distribución normal) y las discretas por la prueba χ^2 de Pearson (o la prueba exacta de Fisher cuando el número en la categoría era < 5). Para el análisis se utilizó el software estadístico SPSS 22.0.

Resultados: Se incluyeron 39 casos, todos ellos caucásicos, con una media de edad al diagnóstico de 3,8 años (rango: 0,5-11,9) y relación hombre:mujer de 1,4:1. La mayoría ocurrieron durante los meses de invierno (31,5%) y primavera (26,3%), con antecedente de infección de vías áreas altas en 23,1% y síndrome mononucleósico 10,3%. La media de días de fiebre antes del diagnóstico fue 6,6 (rango: 1-15), siendo la presentación típica o completa (≥ 4 criterios de la Ameri-

can Heart Association) en 22 casos (55,2%), teniendo los pacientes con presentación atípica o incompleta (< 4 criterios) una media de edad menor (2,4 vs 4,9 años, $p \leq 0,05$). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre (100%), mucositis (97,4%), inyección conjuntival (87,1%), rash polimorfo (76,9%), cambios en extremidades (69,2%), linfadenopatía cervical > 1,5 cm (53,8%), taquicardia (25,6%), pericarditis (17,9%), irritabilidad (28,2%) y artralgias (20,5%). Se encontró aumento de VSG en 96,7% y PCR en 94,3%, anemia en 41,2%, leucocitosis en 62,2%, trombocitosis en 33,3%, hipertransaminasemia en 34,3%, hipergammaglobulinemia en 23,6%, piuria en 15,8% y microhematuria en 21%. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a las alteraciones analíticas entre ambas formas de la EK. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con ácido acetilsalicílico (a dosis de 80-100 mg/kg/d en 36/39 casos) e inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) en una dosis promedio de 2 g/kg, requiriéndose dosis adicionales de IGIV por persistencia de la fiebre en 9 casos, pulsos de metilprednisolona en 2 casos e infliximab en 1 caso. Se detectaron alteraciones coronarias en 9 pacientes (23%): dilataciones 5, ectasias 2 y aneurisma con trombosis asociada 1, diagnosticándose 6 de ellas en la etapa aguda, 2 en la subaguda y 1 en la de convalecencia. No hubo diferencia significativa en la frecuencia con la que las alteraciones coronarias aparecieron en las formas completas respecto a las atípicas (22,7% vs 23,5%). La evolución de todos los casos, incluyendo aquellos con complicaciones coronarias, fue favorable, sin desarrollo de secuelas a largo plazo ni mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes de nuestra serie presentaron con mayor frecuencia EK típica, observándose una tendencia a la aparición de formas atípicas en menores de 5 años, similar a la encontrada en otros estudios, aunque sin diferencia en la frecuencia de complicaciones coronarias entre ambos grupos. El diagnóstico y el inicio del tratamiento se realizaron de forma temprana en la mayoría de casos, por lo que las complicaciones observadas fueron generalmente leves e infrecuentes, mejorando notablemente el pronóstico.

253. GOLIMUMAB EN UVEÍTIS REFRACTARIA ASOCIADA A ESPONDILOARTROPATÍA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 9 PACIENTES

M. Santos-Gómez¹, V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, E. Rubio-Romero², M. Cordero-Coma³, A. Gallego⁴, A. Atanes⁵, F. Francisco⁶, L. Riancho-Zarrabeitia¹, J. Loricera¹ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Oftalmología. Hospital de León. ⁴Reumatología. Hospital de Mérida. ⁵Reumatología. HUCA. A Coruña. ⁶Reumatología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar la eficacia de golimumab (GLM) en la uveítis refractaria asociada a espondiloartropatía (SpA).

Métodos: Estudio multicéntrico de uveítis asociada a SpA, y refractaria a, al menos, un inmunosupresor sintético convencional. Las principales medidas de desenlace del estudio fueron: grado de inflamación de la cámara anterior y posterior, agudeza visual (AV) y engrosamiento macular en los casos de edema macular (OCT).

Resultados: Se evaluaron 9 pacientes (9 varones) (11 ojos afectados), con una media de edad [media $\pm$ DE] de 42,1 $\pm$ 5,25 años (rango 32-48). El patrón de afectación ocular fue: uveítis anterior (n = 5) y uveítis anterior + intermedia (n = 4), y según el curso, aguda (n = 1), crónica (n = 4) o recurrente (n = 4). Además de corticoides orales, y antes del comienzo de GLM, los pacientes habían recibido: corticoides intraoculares (n = 2), inmunosupresor sintético convencional: MTX (n = 7), AZA (3), SZP (4) y LFN (1) y biológico: IFX ev 5 mg/kg/6-8 sem (3), ETN sc 50 mg/sem (3), y ADA 40 mg/2 sem (2). Dos de los pacientes hicieron "switching" a otros biológicos antes del inicio

de la terapia con GLM. El GLM se inició por ineficacia de los tratamientos previos, a una dosis estándar de 50 mg/sc/mes en monoterapia (n = 5) o tratamiento combinado (4) con MTX (2), AZA (1) y LFN (1). Respecto a la visita basal y a las 2 semanas y 6 meses del inicio del GLM se observó una mejoría importante en a) mediana de las células de la cámara anterior (n = 9 casos), (de 1 [IQR 0-3]) a 0 [0-1]; $p = 0,01$) y a 0 [0-0] ($p = 0,01$). b) media de la AV (de 0,75 $\pm$ 0,24 a 0,77 $\pm$ 0,26; $p = 0,1$ y 0,85 $\pm$ 0,27; $p = 0,1$), y c) media de engrosamiento macular por OCT, de 280 $\pm$ 30 hasta 263 $\pm$ 16 micrones a los 6 meses (p NS) y se consiguió un ahorro de prednisona media de 31 $\pm$ 20 mg/día a 27 $\pm$ 18 mg/día y 14 $\pm$ 11 mg/día respectivamente. Tras una media de seguimiento de 13 $\pm$ 7 meses, 7 de los 9 pacientes estaban en remisión y los efectos secundarios observados fueron poco importantes: eritema en el sitio de inyección (n = 1).

Conclusiones: En esta serie, el tratamiento con GLM parece eficaz y seguro en uveítis refractarias asociadas a SpA.

254. TOCILIZUMAB EN LA UVEÍTIS ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 7 PACIENTES

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, E. Beltrán², A. Atanes³, J. Loricera¹ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ³Reumatología. HUCA. A Coruña.

Objetivos: El tratamiento recomendado en las uveítis graves y/o refractarias del síndrome de Behçet son los anti-TNF α , habitualmente infliximab (IFX) y adalimumab (ADA) (Levy-Clarke et al. Ophthalmology 2014;121:785-96). Sin embargo en ocasiones estos son ineficaces, están contraindicados o no son tolerados. La IL-6 es una citocina esencial en la patogenia de las uveítis, incluidas las del síndrome de Behçet. Nuestro objetivo fue valorar la respuesta al tocilizumab (TCZ) en las uveítis asociadas al síndrome de Behçet refractarias al tratamiento sistémico habitual.

Métodos: Estudio multicéntrico de 7 pacientes con síndrome de Behçet y uveítis que habían recibido previamente al menos un inmunosupresor convencional y casi todos un anti-TNF α . Los principales parámetros que se midieron fueron la agudeza visual (AV) y el grado de inflamación de la cámara anterior y posterior.

Resultados: Se estudiaron 7 pacientes (4 hombres/3 mujeres); edad media 39,1 $\pm$ 15,4 años (rango 22-67). La uveítis fue bilateral (n = 6) y unilateral (n = 1) (tabla). El patrón de afectación ocular fue uveítis posterior (n = 1), panuveítis (n = 2), panuveítis + papilitis (n = 1) y panuveítis + vasculitis (n = 3), y el curso clínico crónico (n = 3) o recurrente (n = 4). Además de los esteroides orales y antes del TCZ habían recibido: corticosteroides intraoculares (n = 7), bolos de metilprednisolona ev (n = 7), metotrexato (MTX) (n = 7), (ciclosporina A) CsA (n = 7), azatioprina (AZA) (n = 2), ciclofosfamida (CFM) (n = 2) daclizumab y micofenolato (MMF) (n = 1), ADA (n = 5), IFX (n = 2) y golimumab (GLM) (n = 2). TCZ se pautó a la dosis estándar (8 mg/kg/mes ev) en todos los pacientes. El tratamiento se administró en monoterapia en 5 casos y combinado con inmunosupresores convencionales en 2 casos (1 MTX y 1 CsA). Tras un seguimiento medio de 5,36 $\pm$ 5,1 meses se observó una mejoría desde la visita de inicio del TCZ hasta la última visita en: a) mediana de la AV, (de 0,2 [0,05-0,7] hasta 0,95 [0,4-1]; $p < 0,01$); b) Mediana de células en cámara anterior (1 [0-2] hasta 0 [0-0]; $p = 0,01$); c) media de vitritis (de 1,4 $\pm$ 1,1 a 0 $\pm$ 0; $p < 0,01$); d) Vasculitis retiniana (n = 8 ojos, 57,1%) que desapareció en todos los casos ($p < 0,01$); e) media de OCT (μ) (de 335,7 $\pm$ 82,3 a 246,4 $\pm$ 32,6; $p < 0,01$); f) 5 pacientes alcanzaron la remisión y g) reducción en la mediana de dosis de prednisona (de 30 [30-30] hasta 3,75 [0-7,5] mg/día; $p = 0,18$). El TCZ se suspendió definitivamente en 1 caso por reacción infusional. No se observaron otros efectos secundarios.

Tabla Póster 254

Casos	Sexo/Edad	Inmunosupresor antes de TCZ	Biológicos antes de TCZ	Inmunosupresor asociado al TCZ	Seguimiento con TCZ (meses)	Cél cámara anterior (inicio/última visita)	Afectación posterior (inicio/última visita)	AV (inicio/última visita)
1.	Varón/27	MTX, CsA, CFM	–	MTX	4	0/0	Coroiditis, vasculitis, retinitis, EMQ/EMQ	0,1/0,4
2.	Mujer/42	MTX, CsA, AZA, CFM	ADA, GLM	–	1	1/0	Vasculitis, EMQ/normal	0,05/0,7
3.	Varón/50	MTX, CsA	ADA, GLM	–	6	1/0	Vasculitis, EMQ/normal	0,05/0,9
4.	Varón/35	MTX, CsA, AZA, daclizumab, MMF	IFX	–	1,5	3/0	Vasculitis/normal	0,3/1
5.	Mujer/67	MTX, CsA	ADA, IFX	–	16	2/1	Vasculitis, EMQ/normal	0,05/0,01
6.	Varón/31	MTX, CsA	ADA	–	6	1/0	Vasculitis, EMQ/normal	0,05/1
7.	Mujer/22	MTX, CsA	ADA	CsA	3	2/0	EMQ/normal	0,6/1

Conclusiones: En esta serie preliminar de pacientes, el tratamiento con TCZ parece ser muy eficaz y seguro en la uveítis de la enfermedad de Behçet, alguna refractaria incluso a otros anti TNFa. Fue especialmente eficaz en pacientes con EMQ y vasculitis retiniana.

255. ¿ES LA TERAPIA BIOLÓGICA SIMILAR A LA SULFASALAZINA EN PREVENIR RECURRENCIAS DE UVEÍTIS Y MEJORAR EL PRONÓSTICO VISUAL DE LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE? UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

T. Cobo-Ibáñez¹, S. García-Rodríguez², D. Seoane-Mato², M. Guerra² y J.D. Cañete³

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología (SER).

³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona e IDIBAPS. Barcelona.

Introducción: Se ha sugerido que la sulfasalazina puede ser beneficiosa en prevenir las recurrencias y reducir la gravedad de la uveítis anterior asociada a espondilitis anquilosante. Varias terapias biológicas están aprobadas para el tratamiento de esta enfermedad pero desconocemos si su efecto sobre las uveítis es similar al de la sulfasalazina.

Objetivos: Analizar la eficacia de la terapia biológica vs sulfasalazina en la prevención de recidivas de uveítis y la mejora del pronóstico visual de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA).

Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials desde su inicio hasta noviembre de 2014. Los criterios de selección de los estudios fueron: 1) pacientes adultos con EA, 2) terapias biológicas (infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab y certolizumab), 3) comparador activo sulfasalazina, 4) medidas de desenlace para evaluar número de recidivas de uveítis y/o pronóstico visual. Se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos. La selección y revisión de los artículos fue realizada por un revisor. Se efectuó además una búsqueda manual revisando congresos internacionales (EULAR y ACR) y las referencias de los estudios incluidos. Se utilizó la escala de Oxford para determinar la calidad de los estudios.

Resultados: Se recuperaron 65 artículos, excluyendo 63 tras eliminar duplicados y la lectura por título y resumen. Finalmente 3 se revisaron en detalle, incluido 1 tras búsqueda manual, y sólo 1 cumplió los criterios de inclusión. El estudio seleccionado era un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego en el que se evaluó la eficacia y seguridad a la semana 16 de etanercept (50 mg/semanal) vs sulfasalazina (escalada de dosis hasta alcanzar 3 g/día en semana 6, mínimo 1,5 g/día) en pacientes con EA activa a pesar de tratamiento durante ≥ 3 meses con ≥ 1 AINE a dosis máxima. La variable de desenlace primaria de eficacia fue el porcentaje de pacientes que

alcanzaban ASAS 20 a la semana 16. Se midieron otras variables de desenlace secundarias de eficacia relacionadas sólo con la afectación articular. El estudio además analizó como variables de desenlace de seguridad el porcentaje de eventos adversos, y en particular, la tasa de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y de uveítis. Etanercept fue más eficaz que sulfasalazina en el objetivo primario [ASAS 20 a la semana 16 de etanercept (75,9%) vs sulfasalazina (52,9%), ($p < 0,0001$)], y también en el resto de variables secundarias de eficacia analizadas. No hubo diferencias entre grupos en el tipo o número de eventos adversos. No hubo casos nuevos o brotes de EII. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de uveítis, tanto de nueva aparición como brotes en pacientes con episodios previos, [grupo etanercept 10,7 uveítis/paciente-año (IC95%, 5,5-17,6) vs sulfasalazina 14,7 uveítis/paciente-año (IC95%, 6,4-26,5), ($p 0,486$)]. La gravedad de las uveítis fue leve-moderada.

Conclusiones: No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación sobre si en pacientes adultos con EA activa, la tasa de uveítis con etanercept es similar a salazopirina (NE 1b-, GR D). Con el resto de terapias biológicas no hay ninguna evidencia. Para responder a la pregunta de investigación habría que realizar estudios de alta calidad en los que la tasa de uveítis y el pronóstico visual fueran las variables de desenlace primarias de eficacia, y además se evaluaran durante tiempo suficiente.

Esta revisión sistemática forma parte de las revisiones para la Guía de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica de la Sociedad Española de Reumatología.

385. INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE SUEÑO EN LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

B. Casanueva¹, J.L. Hernández² y M.A. González-Gay³

¹Clínica de Especialidades Cantabria. Santander. ²Departamento de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla.

Universidad de Cantabria. RETICEF. Santander. ³Reumatología.

Hospital Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Analizar si la calidad de sueño tiene influencia sobre el dolor, fatiga, ansiedad, depresión, impacto de la enfermedad, calidad de vida, estrés, grado de discapacidad y perfil psicológico de pacientes diagnosticados de fibromialgia (FM).

Métodos: Se incluyeron 1.000 pacientes que cumplían criterios ACR 1990 para el diagnóstico de FM. Se analizó la calidad de sueño con la aplicación del Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), tiempo de diagnóstico, actividad laboral, cuestionario sobre 79 síntomas somáticos, análisis de dolor (EAV, McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory), fatiga (EAV, Fatigue Severity Scale), ansiedad (EAV, Beck Anxiety Inventory, Hamilton Anxiety Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale), depresión (EAV, Beck Depression Inventory,

Zung Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale), impacto de la enfermedad (Fibromyalgia Impact Questionnaire), estado de salud (Health Assessment Questionnaire), nivel de estrés (Daily Stress Inventory), calidad de vida (SF-36), catastrofismo (Pain Catastrophizing Scale), perfil psicológico (SCL-90-R) y discapacidad (London Handicap Scale). Los pacientes fueron clasificados en tres grupos de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el PSQI. Grupo I: con buena calidad de sueño (PSQI ≤ 5). Grupo II: con leve-moderada alteración del sueño (PSQI = 6-11), y Grupo III: con severa alteración del sueño (PSQI ≥ 12).

Resultados: 907 pacientes (849 mujeres y 58 hombres) concluyeron el estudio. 20 pacientes quedaron incluidos en el Grupo I, 245 en el Grupo II y 642 en el Grupo III. El 97,8% de los pacientes presentaban leves, moderadas o graves alteraciones del sueño y solo el 2,2%

eran considerados buenos dormidores. Los pacientes del Grupo III presentaban mayor número de síntomas, dolor, fatiga, ansiedad, depresión, impacto de la enfermedad, catastrofismo, nivel de estrés, discapacidad, somatización, conducta obsesivo-compulsiva, hostilidad, psicoticismo, peor estado de salud y peor calidad de vida en los componentes físico y mental que los pacientes del Grupo I y Grupo II (tabla).

Conclusiones: La calidad de sueño, evaluada con el PSQI permite diferenciar 3 grupos de pacientes que presentan no solo diferencias en la calidad del sueño, sino también en la gravedad del dolor, fatiga, ansiedad, depresión, impacto de la enfermedad, calidad de vida, catastrofismo, discapacidad, nivel de estrés y estado emocional, lo que sugiere que el PSQI puede considerarse un instrumento eficaz en evaluar la gravedad clínica de pacientes con FM.

Tabla Póster 385

Media, con rango intercuartílico y valor de p en pacientes con buena calidad de sueño (G I), leve-moderada calidad de sueño (G II), y grave alteración del sueño (G III)

	G I. PSQI ≤ 5	p1	G II. PSQI 6-11	p2	G III. PSQI ≥ 12	p3
Número de casos	20	NA	245	NA	642	NA
Edad media (años)	59,5 (40,2-64)	0,9	51 (43-58)	0,7	51 (44-57)	0,9
Duración de los síntomas (años)	6 (4-15)	0,9	10 (4-17)	0,9	10 (4-18)	0,9
Índice de masa corporal	27,77 (4,79)	0,9	26,92 (12,6)	0,7	25,74 (4,33)	0,9
Número de síntomas físicos	31 (17-36)	0,1	33 (23-41,5)	< 0,0001	40 (33-49)	< 0,0001
VAS de depresión	4 (1-7,75)	0,1	6 (3-8)	< 0,0001	8 (5-9)	< 0,0001
VAS de dolor	7 (6-7,75)	< 0,0001	8 (7-8)	< 0,0001	8 (8-10)	< 0,0001
VAS de fatiga	7,5 (5-9)	< 0,002	8 (7-10)	< 0,0001	9 (8-10)	< 0,0001
VAS de ansiedad	4,5 (1,25-7)	< 0,001	7 (5-8)	< 0,0001	8 (7-10)	< 0,0001
McGill Pain Questionnaire	32,5 (26,5-39,5)	0,7	37 (33-42)	< 0,0001	42 (37-46)	< 0,0001
BPI. Intensidad del dolor	4,62 (2,62-5,75)	< 0,005	6,25 (5,25-7)	< 0,0001	7 (6-8)	< 0,0001
BPI. Interferencia del dolor	3,78 (2,77-6,02)	< 0,003	6,57 (5,28-7,71)	< 0,0001	7,85 (6,85-8,85)	< 0,0001
Zung Depression Scale	56,8 (51-67,81) (51,067,81)	0,1	63,75 (57,5-70)	< 0,0001	73 (65-80)	< 0,0001
Beck Depression Inventory	14 (8-24)	0,9	17 (12-24)	< 0,0001	24,5 (18-33)	< 0,0001
HAS. Físico	8 (5,25-14,75)	< 0,001	14 (11-18)	< 0,0001	18 (14-22)	< 0,0001
HAS. Psicológico	9 (5,25-13)	< 0,005	13 (9,25-16)	< 0,0001	18 (14-22)	< 0,0001
HAS. Total	16,5 (11,5-26,5)	< 0,001	27 (20-33)	< 0,0001	35 (29-43)	< 0,0001
Beck Anxiety Inventory	16 (7,5-29)	0,1	23 (17-30)	< 0,0001	34 (24-42)	< 0,0001
HADS/Ansiedad	8 (3,5-10,5)	0,4	10 (7-12)	< 0,0001	14 (10-16)	< 0,0001
HADS/Depresión	6 (4,5-10,5)	0,9	8 (6-11)	< 0,0001	12 (9-15)	< 0,0001
Fatigue Severity Scale	6 (4,85-6,55)	0,6	6,2 (5,2-6,8)	< 0,0001	6,7 (6,2-7)	< 0,001
Fibromyalgia Impact Questionnaire	44,3 (37,3-63,7)	< 0,0001	64,9 (55,9-72,5)	< 0,0001	77,4 (67,4-85,4)	< 0,0001
Stanford Health Assessment Questionnaire	0,68 (0,2-1,25)	0,6	1,12 (0,7-1,5)	< 0,0001	1,6 (1,12-1,87)	< 0,004
Pain Catastrophizing Scale	25 (15-30)	0,9	29 (18-38)	< 0,0001	37 (28-44)	< 0,003
SF-36 Función física	52,5 (28,75-75)	0,1	45 (30-60)	< 0,0001	30 (20-45)	< 0,0001
SF-36 Lim. Rol: Problemas físicos	25 (0-75)	< 0,0001	0 (0-25)	< 0,0001	0 (0-0)	< 0,0001
SF-36 Dolor	40 (20-45)	< 0,02	22,5 (20-35)	< 0,0001	12,5 (0-22,5)	< 0,0001
SF-36 Vitalidad	25 (10-40)	0,9	20 (10-30)	< 0,0001	10 (0-20)	< 0,003
SF-36 Percepción de salud general	30 (20-40)	0,9	30 (20-40)	< 0,0001	20 (10-30)	< 0,003
SF-36 Función social	62,5 (37,5-87,5)	0,9	50 (37,5-75)	< 0,0001	37,5 (12,5-50)	< 0,001
SF-36 Lim. Rol: Problemas emocionales	100 (8,32-100)	0,1	33,3 (0-100)	< 0,0001	0 (0-66,6)	< 0,0001
SF-36 Salud mental	54 (38-68)	0,2	48 (36-60)	< 0,0001	36 (20-48)	0,001
SF-36 Componente físico	152,5 (80-235)	< 0,007	107,5 (77,5-147,5)	< 0,0001	70 (45-102,5)	< 0,0001
SF-36 Componente mental	215,5 (116,5-295)	0,2	166 (107-233,5)	< 0,0001	90,85 (50-165,08)	< 0,0001
SCL-90-R. Somatización	1,33 (1-1,83)	0,3	1,75 (1,41-2,25)	< 0,0001	2,5 (2-3)	0,08
SCL-90-R. Obsesivo-Compulsivo	1,6 (0,8-2,5)	0,9	1,5 (0,9-2,1)	< 0,0001	2,5 (1,7-3,1)	0,08
SCL-90-R. Hipersensibilidad	0,55 (0,22-1,11)	0,9	0,71 (0,33-1,24)	< 0,0001	1,22 (0,66-2)	< 0,01
SCL-90-R. Depresión	1,07 (0,69-1,46)	0,9	1,46 (0,92-2)	< 0,0001	2,26 (1,53-2,92)	< 0,0001
SCL-90-R. Ansiedad	0,6 (0,3-1,4)	0,9	0,9 (0,5-1,42)	< 0,0001	1,6 (1-2,3)	< 0,0001
SCL-90-R. Hostilidad	0,5 (0,16-0,83)	0,9	0,5 (0,28-1)	< 0,0001	1 (0,5-1,83)	< 0,03
SCL-90-R. Fobia	0,28 (0-1)	0,9	0,28 (0-0,74)	< 0,0001	0,85 (0,28-1,85)	< 0,01
SCL-90-R. Paranoia	0,83 (0,16-1)	0,9	0,66 (0,33-1,16)	0,3	1,33 (0,5-2)	0,9
SCL-90-R. Psicoticismo	0,3 (0,1-0,8)	0,9	0,4 (0,1-0,6)	< 0,0001	0,8 (0,4-1,32)	< 0,01
PSQI. Calidad de sueño	1 (1-1)	< 0,0001	2 (1-2)	< 0,0001	3 (2-3)	< 0,0001
PSQI. Latencia	1 (0-1)	< 0,0001	2 (1-2)	< 0,0001	3 (2-3)	< 0,0001
PSQI. Duración	0 (0-0)	0,9	0 (0-0)	< 0,0001	0 (0-1)	< 0,006
PSQI. Eficiencia	0 (0-1)	< 0,0001	2 (1-2)	< 0,0001	3 (2-3)	< 0,0001
PSQI. Alteraciones	1 (1-1)	< 0,0001	2 (1-2)	< 0,0001	2 (2-3)	< 0,0001
PSQI. Uso de medicaciones	0 (0-0)	< 0,001	0 (0-3)	< 0,0001	3 (2-3)	< 0,0001
PSQI. Disfunción diurna	1 (0-1)	< 0,0001	2 (1-2)	< 0,0001	3 (2-3)	< 0,0001
PSQI. Total	4 (3-5)	< 0,0001	10 (8-11)	< 0,0001	15 (13-17)	< 0,0001
London Handicap Scale. Total	71,1 (61,75-82,85)	0,9	70,5 (62,7-78,1)	< 0,0001	59,9 (52,3-67,5)	< 0,0001
CPAQ. Disposición para las actividades		< 0,01		< 0,0001		< 0,01
Daily Stress Inventory.		0,06		< 0,0001		< 0,0001

BPI: Brief Pain Inventory. CPAQ: Chronic Pain Acceptance Questionnaire. HADS: Hospital Anxiety Depression Scale. HAS: Hamilton Anxiety Scale. NA: no aplicable. p1: p valor de p entre G I and G II. p2: valor de p entre G II and G III. p3: valor de p entre G I and G III. PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R. SF-36: Medical Outcomes Survey Short Form-36. VAS: Escala analógica visual.

3.ª Sesión

Viernes, 22 de mayo de 2015

256. ANÁLISIS DE LAS RECAÍDAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE BAJO TERAPIA BIOLÓGICA OPTIMIZADA Y LA EFICACIA DEL RETRATAMIENTO

J.P. Vinicki, M. Arredondo, E. Ramírez-Herráiz, A. Ortiz, S. Castañeda, A. Morell, R. García-Vicuña y J.M. Álvaro-Gracia

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: La optimización de la terapia biológica (TB) en artritis reumatoide (AR) es una realidad de la práctica clínica diaria. Previamente hemos descrito nuestra experiencia en este perfil de pacientes. Presentamos ahora el análisis de las recaídas y la respuesta al retratamiento de estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la eficacia (en la práctica clínica diaria) del retratamiento en pacientes con diagnóstico de AR con TB que habían recaído tras optimización previa.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional en un servicio de reumatología de un hospital universitario. Se incluyeron pacientes con AR que recibían TB (infliximab, adalimumab, etanercept, certolizumab pegol, tocilizumab y abatacept) previamente optimizados (dosis trimestral de la TB menor o igual a 83% de la dosis aprobada). El retratamiento se realizó volviendo a la dosis plena según ficha técnica o a la dosis anterior a la recaída, según criterio del médico responsable. La recaída se definió como un incremento mayor o igual a 0,6 puntos de DAS28 con respecto al basal o según criterio del médico responsable. La respuesta al retratamiento se definió según criterios EULAR de respuesta moderada o buena. Los datos numéricos se expresan como media y desviación estándar para las variables continuas y porcentajes para las variables cualitativas.

Resultados: De un total de 256 pacientes con AR que recibían TB, se identificaron 91 pacientes optimizados. La optimización se había realizado en pacientes en remisión (52%), baja actividad (24%) o moderada actividad (24%) según DAS28. La mayoría (78,6%) recibía primera línea de TB. 28 pacientes recayeron y recibieron retratamiento a dosis plena (61%) o dosis anterior (39%). El tiempo medio entre la optimización y el retratamiento fue de $17,2 \pm 13,7$ meses. La media de DAS28 al momento del retratamiento fue de $4,01 \pm 0,99$. La mayoría de los pacientes (75%) lograron una respuesta EULAR buena o moderada tras el retratamiento antes de los 6 meses, independientemente de utilizarse dosis plena o anterior. La media de DAS28 en estos pacientes fue $2,87 \pm 0,78$. No hubo diferencia significativa en la respuesta obtenida a los 6 meses en función del DAS28 basal en el momento de la optimización ni de la línea de tratamiento.

Conclusiones: La optimización de TB en AR conlleva un riesgo de recaída. Sin embargo, la mayoría de los pacientes alcanzan una situación satisfactoria tras la reintensificación del tratamiento.

257. CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE GOLIMUMAB DETECTADOS POR DOS ENZIMAINMUNOENSAYOS INDEPENDIENTES: PROMONITOR VS SANQUIN

T. Jurado¹, C. Plasencia², S. Martín³, R. Navarro³, T. Rispens⁴, G. Bonilla², A. Villalba², S. Ramiro¹, A. Balsa² y D. Pascual-Salcedo¹

¹Unidad de Inmunología. Hospital La Paz. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. ³Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Leioa. ⁴Sanquin Research. Departamento de Inmunopatología. Amsterdam. Holanda.

Introducción: El golimumab (GLM) es un anticuerpo monoclonal humano frente al TNF α que forma complejos estables de gran afinidad con las dos formas bioactivas del TNF α humano, soluble y trans-

membrana, impidiendo así su unión a los receptores específicos e inhibiendo de esta manera su acción. El GLM es un medicamento que se usa en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), de la artritis psoriásica (APso) y de la espondilitis anquilosante (EA). Se ha publicado recientemente que la monitorización de los niveles circulantes de los fármacos anti-TNF está fuertemente relacionada con la evolución que se observa en los pacientes. De hecho los pacientes respondedores presentan niveles valle de golimumab significativamente mayores que los observados en los no respondedores. Todos estos datos en su conjunto pueden facilitar la optimización del tratamiento. Sin embargo, la comparación de los niveles de fármaco en la monitorización se encuentra dificultada por la falta de estandarización.

Objetivos: Comprobar la correlación y la concordancia de las medidas de golimumab obtenidas en dos laboratorios independientes, mediante dos ELISAS diferentes recogidos en diversas publicaciones.

Métodos: Se analizaron 121 sueros de una cohorte de 44 pacientes tratados con golimumab con diferentes enfermedades reumáticas (AR, APso y EA). Los sueros fueron recogidos al inicio del tratamiento y cada 6 meses hasta los dos años de tratamiento. Se midieron de manera ciega, en la Unidad de Inmunología del Hospital Universitario de La Paz, Madrid (España), utilizando el kit comercial de ELISA Promonitor[®]-GLM (Progenika, Biopharma SA, Derio, Vizcaya) y en el laboratorio Sanquin Diagnostic Services, Amsterdam (Holanda) utilizando su propio ELISA. El análisis de la correlación y de la concordancia de los datos se realizó mediante los programas estadísticos SPSS version 20 (IBM, New York, NY, EEUU) y GraphPad Prims version 6.0 para Windows (GraphPad Software, San Diego, CA, EEUU).

Resultados: La correlación de los valores obtenidos mediante los dos métodos presenta un coeficiente de correlación r de Pearson de 0,963 ($p < 0,0001$). Cualitativamente, solo encontramos un suero en el que se detectaron niveles de golimumab por el método de Sanquin y no con el ELISA Promonitor[®]-GLM realizado en HULP. La concordancia en los niveles de golimumab entre ambos ensayos se analizó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), obteniéndose un ICC = 0,96 (IC95% 0,944-0,972; $p < 0,0001$). Además mediante un análisis Bland-Altman también se observó un sesgo muy próximo a 0 (BIAS = 25,56) con unos límites de concordancia entre -570,2 y 621,3, lo cual indica que los valores medidos por ambos métodos son muy similares.

Conclusiones: Estos resultados indican que existe una muy buena correlación y concordancia en los niveles de golimumab medidos con el kit comercial Promonitor[®]-GLM y los medidos en el laboratorio Sanquin, ambos tecnología ELISA. Este hecho facilita la estandarización de las medidas del golimumab y la comparación de los resultados que aparezcan en la literatura publicados con cualquiera de estos dos ensayos.

258. PATRONES ACTUALES DE MANEJO DE LOS FAMES SINTÉTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO SAR-FAME

B. Cruz Hernández¹, I. Ureña Garnica², R. Sánchez Parera³, E. Rubio Romero⁴, J. Calvo Gutiérrez⁵, A. García Sánchez⁶, C. Rodríguez Escalera⁷ y F. Navarro Sarabia¹, en representación del Grupo de Estudio SAR-FAME

¹Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital Carlos Haya. Málaga.

³Hospital San Cecilio. Granada. ⁴Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

⁵Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁶Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

⁷Hospital de Melilla.

Introducción: La estrategia "Treat To Target" (T2T) exige una actitud dinámica en el manejo de la AR. Los cambios en el tratamiento en práctica clínica van dirigidos a mejorar la eficacia y/o la tolerancia y reducir la toxicidad.

Objetivos: Describir el porcentaje de pacientes en los que se modifica el régimen con FAMES por pérdida de eficacia o acontecimientos adversos (AAs), y/o intolerancia u otras causas. Analizar las estrategias terapéuticas adoptadas por el reumatólogo tras fracaso terapéutico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en pacientes diagnosticados de AR (criterios ACR/EULAR 2010) entre 2008 y 2012 que iniciaron tratamiento con el primer FAME sintético durante ese periodo. La visita de selección del paciente correspondió a una visita de práctica clínica durante el año 2014. Los reumatólogos investigadores, tras consenso (diseño, objetivos y definiciones operacionales), recogieron de la historia clínica de los pacientes sus características clínicas y los tratamientos para la AR previos/actuales. Se presenta el análisis descriptivo de los datos recogidos en la visita de estudio realizada en 2014.

Resultados: 12 centros en Andalucía incluyeron 301 pacientes (edad media: $56,6 \pm 14,0$; mujeres: 71%; duración de la AR: $3,6 \pm 1,5$) cuyas características clínicas se exponen en la tabla. El 57% había recibido una única línea de tratamiento con FAME sintético, con MTX (57%) leflunomida (20%) e hidroxicloroquina (9%) principalmente prescritos en monoterapia. Durante el periodo del estudio, el 69% de los pacientes presentó al menos un cambio en una de las líneas de tratamiento con FAME por acontecimientos adversos (AAs), intolerancia o pérdida de eficacia. De los 341 cambios registrados, un 42% fueron por pérdida de eficacia, 28% por AAs (31% alteraciones hepáticas, 19% síntomas gastrointestinales), 14% por intolerancia, y el resto (16%) por diferentes razones: preferencia del paciente, falta de adherencia, planes de embarazo y pérdida de seguimiento. En un 35% de los casos, la interrupción del tratamiento con FAME fue definitiva, y en un 8% temporal. La adición o el cambio a otro FAME sintético ocurrieron en un 11% en ambos casos y el ajuste de dosis en un 28%.

Tabla Póster 258

Características clínicas de los pacientes	Inicio del tratamiento con FAME	Visita del estudio
Número de articulaciones inflamadas, media $\pm$ DE	$4,4 \pm 4,5$	$1,2 \pm 2,4$
Número de articulaciones dolorosas, media $\pm$ DE	$5,9 \pm 5,2$	$2,2 \pm 3,4$
VSG (mm/h), media $\pm$ DE	$29,0 \pm 21,7$	$17,2 \pm 15,6$
PCR (mg/l), media $\pm$ DE	$17,6 \pm 27,4$	$7,6 \pm 14,5$
DAS28, media $\pm$ DE	$4,6 \pm 1,5$	$3,2 \pm 1,4$
CDAI, media $\pm$ DE	$19,5 \pm 12,3$	$10,5 \pm 10,0$

Conclusiones: En práctica clínica MTX fue el fármaco más empleado como terapia de inicio. La mayoría de los cambios en las líneas recibidas (84%) se debieron a ineficacia, AAs e intolerancia. Las principales estrategias terapéuticas elegidas por los reumatólogos fueron las interrupciones definitivas (35%), y el ajuste de dosis (28%).

259. BAJA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y REMISIÓN MANTENIDAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON AGENTES ANTI-TNF α

G. Ávila-Pedretti, A. Alonso, M. López Lasanta, A. Pluma, E. Quesada y S. Marsal

Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: El desarrollo de terapias biológicas (TB) ha mejorado el control de la actividad inflamatoria en los pacientes con artritis reumatoide (AR). El tratamiento con estos agentes ha permitido que un mayor número de pacientes alcance una baja actividad inflamatoria (BAI) y la remisión (REM) de la enfermedad. Actualmente existe un limitado número de estudios que analicen la BAI y la REM en condiciones de práctica clínica y durante periodos prolongados de tiempo.

Objetivos: Analizar la duración de la BAI y de la REM en pacientes con AR tratados con TB en condiciones de práctica clínica habitual.

Métodos: Se han incluido a pacientes con diagnóstico de AR tratados con ≥ 1 anti-TNF (infliximab, etanercept, adalimumab) durante el periodo comprendido entre diciembre de 1999 y marzo del 2013. Se han recogido un elevado número de variables clínicas y biológicas (i.e. género, erosiones, nódulos, RF, ACPA, duración de la enfermedad, TBs previas, tratamiento concomitante con glucocorticoides/FAMES, etc.). Además se ha registrado el valor del índice DAS28 al inicio de la TB y cada 3 meses durante el seguimiento. Los valores del DAS28 fueron interpolados para aumentar la resolución temporal de la evolución de la actividad de la enfermedad. Posteriormente se realizó un análisis de supervivencia para analizar el tiempo hasta que el paciente alcanza un primer período sostenido de baja actividad (incluidos BAI y REM). Las curvas de supervivencia fueron analizadas de acuerdo con (i) el valor del DAS28 que determina la baja actividad y (ii) el período mínimo de tiempo en el que un paciente debe estar por debajo de dicho valor para ser considerado como de baja actividad sostenida. Los periodos de tiempo considerados como de baja actividad sostenida han sido 12, 24, 48 y 96 semanas. Se utilizó el modelo de regresión de Cox para evaluar las diferencias entre los tiempos de supervivencia. Para analizar las diferencias entre los anti-TNF α se utilizó un modelo multivariante ajustando por el valor del DAS28 basal, el género y la duración de la enfermedad.

Resultados: Se ha revisado las historias clínicas de $n = 222$ pacientes con AR (87% mujeres, 78% erosiva, 75% FR (+), 77% ACPA (+)). En estos, se han analizado 452 TBs. En el análisis global se observó que un 44%, 20% y 10% de los pacientes iniciaron un período de REM sostenida de al menos 12, 24 y 96 semanas de duración durante el primer año de tratamiento. En el análisis estratificado por variables clínicas se observó que la ausencia de erosiones se asoció con periodos de REM sostenida de más de 48 semanas de duración ($p = 7,94^{-3}$; HR = 0,49 [0,32-0,76]). Al comparar los tratamientos anti-TNF α , se observó que el tratamiento con etanercept se asoció a mayores tasas de REM y de BAI de mayor duración.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AR tratados con terapias anti-TNF α se observó que un 20% de ellos inician un periodo de remisión clínica sostenida de al menos 24 semanas de duración durante el primer año de tratamiento. Los pacientes tratados con etanercept han tenido una mayor probabilidad de alcanzar periodos prolongados de remisión clínica y de baja actividad de la enfermedad medida por el índice DAS28.

260. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DEL ABATACEPT ENDOVENOSO

J.C. Fernández-López¹, C. Bejerano¹, S. Pertega², J.A. Pinto-Tasende¹, N. Oreiro¹, E. Alonso¹, M.T. Silva-Díaz¹, J. Gromaz¹, A. Soilán¹, R. Rey¹, E. Gismero¹, F.J. de Toro¹ y F.J. Blanco¹

¹Clinic Rheumatology Division; ²Epidemiology Unit. INIBIC Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Evaluar la probabilidad de retirada de abatacept endovenoso (e.v) debido a la falta de eficacia e identificar variables relacionadas con la supervivencia al tratamiento.

Métodos: Estudio abierto, retrospectivo, observacional y no controlado de 45 pacientes, seguidos en las consultas de Reumatología en un Hospital de Tercer Nivel del Norte de España, tratados con abatacept ev en los últimos 10 años. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. La probabilidad de cumplimiento se estimó mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y se compararon con la prueba de log-rank.

Resultados: Se estudiaron 45 pacientes con una media de edad al inicio de tratamiento de $48,8 \pm 16,7$ años y con un tiempo de evolución de la enfermedad de $12,0 \pm 7,9$ años. El 80% eran mujeres

(36 pacientes). El 75,6% (34 pacientes) tenían artritis reumatoide, el 13,3% (6 pacientes) artritis idiopática juvenil y artritis psoriásica en el 11,1% (5 pacientes). En el 52% (28 pacientes) el factor reumatoide (FR) fue positivo y en el 62,2% la enfermedad era una artritis erosiva. 35 pacientes recibían tratamiento combinado con fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FAMES): azatioprina en 2 casos, 8 pacientes con leflunomida y 25 pacientes con metotrexato. El 46,7% de ellos tomaban glucocorticoides. Al inicio del tratamiento, el 20% de los casos no habían tenido terapia biológica previamente, el 37,8% eran fallo a un FAME biológico y el 41,2%, fallo a dos o más biológicos. En el 40% de los pacientes (18) se retiró el abatacept, debido a la falta de eficacia en la mitad de ellos y en la otra mitad por acontecimiento adverso (9). La probabilidad de continuar el tratamiento sin pérdida de eficacia a los 2 años fue del 84,0%, a los 5 años del 70,9% y esta se mantiene después de diez años de tratamiento. La probabilidad de retirada del abatacept fue menor en los pacientes con FR positivo ($p = 0,042$), enfermedad erosiva ($p = 0,068$), sin tratamiento biológico previo ($p = 0,052$) o pacientes que habían estado a tratamiento con menos de dos terapias biológicas ($p = 0,007$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que iniciaron abatacept endovenoso han continuado con el tratamiento después de 10 años. La probabilidad de retirada debida a la falta de eficacia fue menor en el grupo de pacientes con FR positivo, enfermedad erosiva o que hayan recibido menos de dos biológicos.

261. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

M.G. Bonilla Hernán¹, C. Plasencia Rodríguez¹, I. Monjo Henry¹, B. Paredes¹, A. Pierem¹, L. Gómez Carreras², A. Balsa Criado¹, R. Álvarez Sala² y E. Martín-Mola¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La afectación pulmonar intersticial (EPI) es una manifestación extraarticular relativamente frecuente en las enfermedades articulares inflamatorias. Su incidencia es variable siendo mayor en la artritis reumatoide que en las espondiloartritis. Actualmente el uso de tratamiento biológico en pacientes con EPI es controvertido.

Objetivos: Analizar la incidencia y la prevalencia de EPI en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide o espondiloartritis, que desde el año 1999 hasta enero del 2015 han recibido tratamiento biológico en algún momento de su evolución.

Métodos: Se han incluido 749 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide o espondiloartritis que han recibido tratamiento biológico. Se ha analizado la incidencia de EPI previa y posterior al tratamiento biológico y se ha hecho un estudio descriptivo de los pacientes que desarrollan EPI tanto pre como posteriormente al inicio del fármaco biológico.

Resultados: 749 pacientes han recibido al menos una dosis de un tratamiento biológico. 395 (52,73%) están diagnosticados de artritis reumatoide, 163 (21,76%) de espondilitis anquilosante, 73 (9,74%) de espondiloartritis Indiferenciada, 89 (11,88%) de artritis asociada a psoriasis cutánea, 20 (2,67%) de espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 6 (0,8%) de artritis idiopática juvenil y 3 (0,4%) de artritis reactivas. La edad media global es de 53,26 ($\pm 15,36$) años, 473 (63,15%) son mujeres. 95 pacientes son exfumadores, 146 fumadores activos y 377 no presentan hábito tabáquico. De los 749 pacientes analizados 19 (3,96%) desarrollaron EPI. Dieciocho son artritis reumatoide y uno es una artritis psoriásica. Siete (37%) pacientes fueron diagnosticados antes del inicio de tratamiento biológico de EPI y 12 (63%) pacientes durante el tratamiento biológico. Trece (68,42%) pacientes son mujeres. Seis

(31,57%), son fumadores, tres (15,78%) exfumadores y 10 (5,26%) no habían fumado nunca. Diez (83,3%) pacientes estaban recibiendo tratamiento biológico con infliximab, uno (8,3%) con adalimumab y uno con rituximab (8,3%). Dieciséis (84,2%) eran factor reumatoide positivo, dos negativos (10,52%, una la artritis psoriásica) y uno no tenemos el dato disponible. Dieciséis (84,2%) pacientes eran ACPA positivo, uno negativo (5,26%, la artritis psoriásica) y dos desconocidos (10,52%). Dieciséis (84,2%) pacientes habían recibido tratamiento con metotrexato y 15 con prednisona. La media de fármacos no biológicos recibidos previo al tratamiento biológico eran 2,8 ($\pm 1,3$). Han fallecido 6 (31,57%) pacientes, 4 (57,4%) de los que iniciaron tratamiento tras diagnóstico de EPI y dos (16,66%) de los que la desarrollaron durante el tratamiento.

Conclusiones: Aunque se especula del probable papel de los fármacos biológicos, sobre todo los anti-TNF, y el desarrollo de enfermedad intersticial, parece que su uso en pacientes sin afectación pulmonar previa es seguro. Por otro lado la mortalidad en los pacientes con EPI que inician tratamiento biológico es elevada. La incidencia en pacientes con diagnósticos diferente a AR es muy baja. La presencia de FR y anti-CCP positivos parece ser que es bastante frecuente en los pacientes que desarrollan esta afectación; lo cual, apoya las teorías previamente publicadas.

262. TASAS DE RETENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISCONTINUACIÓN DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS APROBADAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Ávila-Pedretti, A. Alonso, M. López Lasanta, A. Pluma, E. Quesada y S. Marsal

Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La eficacia de las terapias biológicas (TB) en el control de la enfermedad ha sido demostrada en numerosos ensayos clínicos y estudios observacionales. La supervivencia de estos agentes es considerada una medida indirecta de su eficacia, por lo que su estudio suscita gran interés. Actualmente existen diversos estudios que analizan la supervivencia de los anti-TNF α en pacientes con artritis reumatoide (AR), pero aún no se han publicado estudios que analicen a las 9 TB aprobadas para su tratamiento.

Objetivos: Analizar las tasas de retención de las TB aprobadas para el tratamiento de la AR y los factores de riesgo asociados a la discontinuación de las mismas.

Métodos: En el presente estudio se han incluido a pacientes con AR tratados con ≥ 1 TB durante el periodo comprendido entre diciembre de 1999 y marzo del 2013. Se han registrado un gran número de variables (i.e. edad, edad al inicio de la TB, género, duración de la enfermedad, erosiones, FR, ACPA y el DAS28). Además se han registrado el tipo de TB (abatacept, adalimumab, anakinra, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, rituximab y tocilizumab), la fecha de inicio, la fecha de retirada y el motivo de la misma, además del tratamiento concomitante. Las tasas de retención se calcularon utilizando el estimador de Kaplan-Meier. Para comparar el riesgo de discontinuación entre tratamientos, se aplicó el modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se analizaron las historias clínicas de 222 pacientes con AR en los que se registraron 452 TB (1.249,5 pacientes-año (PA)). La exposición por tratamientos ha sido la siguiente: abatacept 30,1 PA, adalimumab 203,5 PA, anakinra 6,6 PA, certolizumab 9,8 PA, etanercept 496,5 PA, golimumab 28,9 PA, infliximab 312,9 PA, rituximab 86,9 PA y 74,3 PA para tocilizumab. La supervivencia media fue 3,96 ($\pm 0,22$) años y las tasas de supervivencia global al 1º, 2º, 3º, 4º y 5º año han sido del 62,6% (58,3-67,2), 48,5% (44,1-53,4), 41,4% (37,0-46,3), 36,0% (31,6-40,9) y 32,0% (27,7-37,0) respectivamente. Al comparar las tasas de retención de cada agente con el conjunto

de todas las TB, se observó que el etanercept (ETN) fue el agente con menor riesgo de discontinuación ($p = 1,59^{-5}$; HR = 0,57 [IC95% 0,44-0,74]). Para un enfoque estadístico más correcto, se comparó cada TB con el ETN y en este análisis se observó que el tratamiento con anakinra (ANK) tuvo el mayor HR de discontinuación ($p = 2,88^{-7}$; HR = 5,91 [IC95% 3,00-11,64]). En el modelo de regresión de Cox, se objetivó que una mayor duración de la enfermedad ($p = 3,26^{-2}$; HR = 1,37 [IC95% 1,03-1,83]), el tratamiento previo con ≥ 2 FAMES ($p = 1,72^{-2}$; HR = 1,47 [IC95% 1,07-2,03]) y ≥ 2 TB ($p = 4,53^{-3}$; HR = 1,60 [IC95% 1,16-2,22]), así como un DAS28 $\geq 5,1$ ($p = 3,75^{-3}$; HR = 1,64 [IC95% 1,17-2,29]) fueron variables asociadas significativamente a una menor supervivencia. Al comparar el riesgo de retirada por un efecto adverso, el ETN presentó el menor riesgo de discontinuación ($p = 3,82^{-4}$; HR = 0,48 [IC95% 0,32-0,72]) mientras que el ANK presentó el mayor riesgo ($p = 4,04^{-5}$; HR = 6,56 [IC95% 2,67-16,12]) de retirada el mismo motivo.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AR tratados con TB el riesgo de interrupción fue significativamente menor en los pacientes tratados con ETN y fue significativamente mayor en los pacientes que han recibido ANK. Los factores asociados a la retirada de la TB han sido una mayor duración de la enfermedad, el tratamiento ≥ 2 TB y FAMES previos y un DAS28 elevado.

263. CONCORDANCIA ENTRE LOS ÍNDICES COMPUESTOS DAS28, CDAI Y SDAI DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Ávila-Pedretti, A. Alonso, M. López Lasanta, A. Pluma, E. Quesada y S. Marsal

Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Los índices DAS28, CDAI y SDAI son los índices compuestos más utilizados durante el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR). Estos índices han facilitado la determinación de la actividad de la enfermedad al resumir en su solo valor varios parámetros clínicos y analíticos. Su uso está bien establecido pero las diferencias entre ellos no han sido estudiadas en profundidad en largas series de pacientes tratados con terapias biológicas (TB) en condiciones de práctica clínica habitual.

Objetivos: Evaluar las diferencias entre los índices DAS28, CDAI y SDAI y analizar la concordancia entre ellos en condiciones de práctica clínica habitual en pacientes con AR que reciben TB.

Métodos: Se incluyó a $n = 222$ pacientes con AR seguidos en un centro de tercer nivel y tratados con TB. Se han registrado de forma sistemática durante 13 años de seguimiento, el número de articulaciones dolorosas (NAD), el número de articulaciones tumefactas (NAT), la valoración de la enfermedad medida por el paciente (EVAP), la valoración de la enfermedad medida por el médico (EVAM), la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). Cada una de estas variables ha sido anotada desde el inicio de la TB hasta su retirada con una frecuencia trimestral durante todo el seguimiento. En una primera fase, se ha calculado el índice de correlación de Pearson para los valores de los índices de actividad DAS28, CDAI y SDAI. Posteriormente para comparar las diferencias existentes entre los índices de actividad se categorizó a la población en dos grupos, remisión + baja actividad y alta actividad + moderada actividad. El análisis comparativo entre índices se realizó con el test exacto de Fisher. El análisis de variables asociadas a discordancias entre los índices se realizó mediante regresión lineal.

Resultados: En el análisis general se objetivó una alta correlación entre los tres índices: $C = 0,84$ para CDAI/DAS28, $C = 0,85$ para SDAI/DAS28 y $C = 0,99$ para SDAI/CDAI. Al categorizar en dos grupos (REM + Baja y Alta + Moderada) y comparar la distribución de los pacientes en los grupos de actividad según cada índice, no se

objetivó diferencias entre el CDAI y el SDAI, pero si entre cada uno de ellos con el DAS28 (DAS28/CDAI $p = 7,01^{-10}$; OR = 1,60 [1,37-1,86]; DAS28/SDAI $p = 4,29^{-12}$; OR = 1,76 [1,49-2,07]). Se observó que la valoración del médico ($p = 1,86^{-4}$, OR = 0,92 (0,87-0,96) y el valor de la VSG ($p = 1,92^{-16}$, OR = 1,35 (1,27-1,47) fueron las variables que presentaron una asociación significativa al analizar conjuntamente el efecto de las variables NAD, NAT, EVAP, EVAM, VSG y PCR, en las discordancias en los grupos de actividad según el índice utilizado. Al analizar en un nuevo modelo las dos variables previas y su interacción (VSG y EVAM), se obtuvieron asociaciones muy relevantes respecto a la VSG y a la interacción entre las dos variables (EVAM: $p = 1,09^{-1}$, VSG: $p = 2,15^{-72}$, EVAM*VSG: $p = 2,12^{-21}$).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AR, hemos objetivado una alta correlación entre el índice DAS28, el CDAI y el SDAI al analizar los valores de cada uno de forma general. Al comparar los tres índices considerando categorías de actividad, se observaron diferencias significativas entre DAS28 y el CDAI y SDAI. Al analizar las diferencias existentes entre las variables, hemos observado que la valoración del médico y la VSG fueron las variables asociadas de forma significativa con las diferencias objetivadas entre los índices compuestos.

264. COMPORTAMIENTO DE LOS LINFOCITOS-T EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BARCELONA, ESPAÑA

M. Millán¹, C. Díaz-Torné¹, M.A. Ortiz², E. Toniolo¹, P. Moya¹, C. Geli¹, A. Laiz¹, I. Castellví¹, J.M. Llobet¹ y S. Vidal²

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Inmunología. Institut de Recerca Sant Pau. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Rituximab es un tratamiento efectivo en pacientes con artritis reumatoide (AR). Se une a CD20 en la superficie de las células B, produciendo una depleción duradera de las mismas. Recientemente, Mélet et al, observaron en una cohorte de 52 pacientes tratados con rituximab una depleción significativa de linfocitos T, principalmente CD4+. Anteriormente se habían descrito cambios cualitativos en linfocitos T tras el tratamiento con rituximab, pero nunca una disminución en números absolutos.

Objetivos: Estudiar el comportamiento de los linfocitos T en nuestra población de pacientes con AR tratados con rituximab y realizar una revisión de la literatura.

Métodos: Estudio prospectivo de una serie de pacientes con AR tratados con rituximab según práctica clínica habitual. Se registraron los datos demográficos, de la enfermedad (características, actividad y tratamiento) y analíticos (linfocitos CD3+, CD4+, CD8+ y CD20+ e inmunoglobulinas) antes de la primera infusión de rituximab, y 3, 6 y 12 meses después de la misma. La dosis de rituximab utilizada fue de dos infusiones de 1 g separadas por 2 semanas. El tratamiento se realizó según evolución clínica. En aquellos pacientes retratados antes de los 12 meses no se consideró este tiempo.

Resultados: Se estudiaron 37 pacientes tratados con rituximab. Las características de los pacientes evaluados se resumen en la tabla. En nuestro grupo de pacientes con AR en tratamiento con rituximab, no se observaron descensos clínicamente significativos en el recuento de linfocitos-T durante el seguimiento. No obstante, es necesario un estudio con mayor número de pacientes. No se observaron diferencias ni clínica ni estadísticamente significativas en los niveles de células CD3+, CD4+ y CD8+ en ninguno de los tiempos estudiados [(CD3+; basal: 1.387 céls/ μ L, 3m: 1.397 céls/ μ L, 6m: 1.396 céls/ μ L, 12m: 1.433 céls/ μ L) (CD4+; basal: 1.026 céls/ μ L, 3m: 1.014 céls/ μ L, 6m: 1.015 céls/ μ L, 12m: 1.042 céls/ μ L) (CD8+; basal: 344 céls/ μ L, 3m: 359 céls/ μ L, 6m: 359 céls/ μ L, 12m: 365 céls/ μ L)]. Hemos encon-

trado 5 artículos previos (2-6) (con 94 enfermos en total) tratados con rituximab. En ninguno de los artículos se encuentra una disminución significativa de las células T.

Tabla Póster 264

Sexo femenino; n (%)	34 (91,9%)
Edad (años; media $\pm$ DE)	65,7 $\pm$ 12,6
Tiempo de evolución desde diagnóstico hasta inicio de rituximab (años; media $\pm$ DE)	18,2 $\pm$ 10,8
Ac. antiCCP positivo n (%)	32 (86,5%)
Factor reumatoide positivo n (%)	33 (89,2%)
Enfermedad erosiva n (%)	33 (89,2%)
FAME concomitante n (%)	
Ninguno	18 (48,6%)
Ciclosporina	1 (2,7%)
Leflunomida	6 (16,2%)
Metotrexate	12 (32,4%)
Dosis de corticoide concomitante (equivalencia en prednisona en mg/día)	4,9 $\pm$ 5,6
DAS28 inicial (media $\pm$ DE)	5,0 $\pm$ 1,14
FAMEs sintéticos previos (media $\pm$ DE)	3,02 $\pm$ 1,53
FAMEs biológicos previos (media $\pm$ DE)	1,65 $\pm$ 1,12

Conclusiones: La mayoría de los artículos publicados no consiguen demostrar una disminución significativa de las células CD3+, CD4+ o CD8+ en los enfermos con AR tras la depleción de las células B.

265. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA MEJORÍA CLÍNICA DURANTE EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

G. Ávila-Pedretti, A. Alonso, M. López Lasanta, A. Pluma, E. Quesada y S. Marsal

Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Los índices compuestos, como el DAS28 y el CDAI, se caracterizan por resumir la información de varios parámetros en un solo valor, facilitando la evaluación de la actividad inflamatoria en un momento determinado. El efecto de las terapias biológicas en cada uno de los componentes de estos índices aún no ha sido estudiado en profundidad.

Objetivos: Evaluar gráficamente los cambios en los componentes del DAS28 y del CDAI durante el tratamiento con agentes de acción anti-TNF alfa y comparar dichos cambios con los observados durante el tratamiento con agentes de acción anti-IL6.

Métodos: Se incluyeron a 222 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) tratados con terapias biológicas (TB) durante el período comprendido entre diciembre de 1999 y marzo del 2013. Las variables necesarias para el cálculo de los índices DAS28 y del CDAI se obtuvieron al inicio de cada tratamiento y posteriormente con una frecuencia trimestral a lo largo de todo el seguimiento. En una primera fase, se analizó la mejoría relativa de cada una de las variables para cada tratamiento desde la semana basal hasta la semana 96. En una segunda fase se realizó un gráfico de radar con el objetivo de comparar visualmente el cambio relativo de cada componente del DAS28 y del CDAI durante el tratamiento con infliximab (INF), etanercept (ETN) y adalimumab (ADA). Para una mejor comprensión del efecto del bloqueo del TNF alfa, además se comparó el gráfico correspondiente al tratamiento anti-TNF alfa con el de un tratamiento con otra diana terapéutica, tocilizumab (TCZ).

Resultados: Se analizó a un total de 347 TB (INF = 100, ETN = 126, ADA = 79, TCZ = 42). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los valores del DAS28 ni del CDAI entre los tres anti-TNF alfa. Sin embargo, se observaron diferencias en el patrón de mejoría de estos agentes. Al comparar las variaciones en los componentes de cada gráfico, se objetivó que el ETN tenía un patrón de expansión más regular que el ADA o el INF. Al combinar

los datos de los tres agentes con acción anti-TNF alfa en un solo gráfico y compararlo con el gráfico correspondiente al tratamiento con un agente anti-IL6 también se objetivaron diferencias en los patrones de mejoría. Mientras que el tratamiento con antagonistas del TNF alfa mostró una mejoría mayor y más rápida del componente articular, el tratamiento con fármacos de acción anti-IL6, presentó una mejoría más importante de la VSG. En ambos tratamientos, tanto la evaluación global del médico y como la del paciente mostraron una evolución similar durante el tratamiento.

Conclusiones: Utilizando un enfoque visual hemos identificado diferentes patrones de mejoría entre los agentes de acción anti-TNF alfa. Al comparar el gráfico correspondiente a la terapia anti-TNF alfa con el gráfico correspondiente al tratamiento con anti-IL6, hemos observado diferencias claves en la evolución temporal de cada uno de los componentes de los índices compuestos analizados. Los resultados de este estudio son útiles para comprender los diferentes mecanismos de acción de cada uno de los tratamientos.

266. ¿QUÉ REACTANTES BASALES PUEDEN RESULTAR DE MAYOR UTILIDAD PREDICTORA DE DESARROLLO DE ARTRITIS REUMATOIDE?

L. Mayordomo González¹, M.L. Velloso Feijoo¹, M.P. González Moreno², A. Gutiérrez Leonard², J.L. Marenco de la Fuente¹ y C. Almeida González³

¹UGC Reumatología; ²Estadística. Hospital Universitario Valme. Sevilla. ³Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La presencia de reactantes de fase aguda positivos puede ayudar al diagnóstico y clasificación de pacientes con artritis reumatoide (AR), aunque en ocasiones en las artritis precoces pueden estar dentro del rango de normalidad. El objetivo es establecer si la presencia de reactantes puede resultar de interés para cuantificar el riesgo de diagnóstico final de artritis reumatoide año según criterios de ACR 1987. Los criterios diagnósticos ACR 1987 para AR no incluyen la presencia de reactantes positivos.

Métodos: Se estudió la presencia de reactantes de fase aguda en la visita basal (PCR elevada y VSG elevada según dos diferentes criterios) en una población de 70 pacientes remitidos a la consulta de artritis con criterios de sospecha de artritis precoz por cumplir al menos uno de los siguientes criterios: a) Tumefacción en 2 o más articulaciones; b) dolor en MCFs, MTFs y/o carpos, y c) rigidez matutina mayor de 30 minutos (*Criterios estudio SERAP), con < 12 meses de evolución de los síntomas. Ninguno de los pacientes tenía diagnóstico previo de artritis reumatoide ni otra enfermedad inflamatoria articular ni habían recibido tratamiento previo con esteroides o DMARDs. Se consideró PCR elevada aquella > 5 mg/L (rango normalidad 0-5). Se consideró la presencia de VSG elevada (mm/h) siguiendo dos criterios: a) VSG +1 VSG > 20 en todos los pacientes, o bien b) VSG+2 (criterio en función de la edad y sexo): Mayores de 50 años es elevada VSG > 20 en varones y VSG > 30 en mujeres; Menores de 50 años es elevada VSG > 15 mm/h en varones y > 20 en mujeres.

Resultados: 45/70 pacientes tenían PCR basal elevada (64,3%), VSG+1 38/70 (54,3%), VSG+2 35/70 (50%). La presencia de PCR > 5 basal mostró diferencias estadísticamente significativas en los grupos de diagnóstico al año AR y NO AR según criterios ACR 1987, con p = 0,006, siendo la OR = 5,01 (1,67-14,98) para el diagnóstico final de AR al año en los pacientes con PCR elevada. El criterio VSG+1 basal no demostró diferencias estadísticamente significativas para los grupos de diagnóstico de AR/no AR al año siguiendo criterios ACR 1987 (p = 0,116). El criterio VSG+2 basal permitió establecer diferencias estadísticamente significativas para el diagnóstico final de AR, con p = 0,036, OR = 3,63 (1,20-10,94).

Conclusiones: La presencia de PCR > 5 elevada basal puede ser útil como factor que ayuda a predecir el diagnóstico de artritis reumatoide según criterios de la ACR 1987. La VSG elevada basal según el criterio que tiene en cuenta sexo y edad podría resultar de utilidad como factor predictor para el diagnóstico de artritis reumatoide, en tanto el criterio VSG elevada > 20 en todos los pacientes, no demuestra en este estudio diferencias entre los dos grupos con diagnóstico final AR y no AR.

267. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO: DETERMINANTES DE UNA REMISIÓN PRECOZ

R. Jiménez Gasco¹, A. Escudero Contreras^{1,2,3}, P. Font Ugalde^{1,2,3}, J. Calvo Gutiérrez^{1,2}, R. Ortega Castro^{1,2}, C. López Medina¹ y E. Collantes Estévez^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Universidad de Córdoba.

Introducción y objetivos: Determinar los factores que pueden influir en que se alcance una remisión precoz en pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio.

Métodos: Sobre una muestra de 50 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide de reciente inicio, se realizó un análisis de regresión logística para conocer los factores que influyen en la remisión de la enfermedad al año.

Resultados: El sexo del paciente, el 'health assessment questionnaire' (HAQ) y la dosis de metotrexate estuvieron relacionados significativamente ($p < 0,05$) con la remisión de la enfermedad al año. Las mujeres presentaron menor riesgo que los hombres de alcanzar la remisión al año (OR = 0,009; $p = 0,044$). Los pacientes que presentaban puntuaciones de HAQ más elevadas al diagnóstico también tuvieron menor riesgo de alcanzar la remisión (OR = 0,028; $p = 0,044$). Por cada miligramo de metotrexate semanal adicional administrado al diagnóstico existe un riesgo cuatro veces mayor de alcanzar la remisión al año (OR = 4,208; $p = 0,026$).

Conclusiones: Las mujeres parecen presentar formas más agresivas de la enfermedad con respecto a los hombres. Valores elevados de HAQ al diagnóstico tienen menor riesgo de alcanzar la remisión al año. Sin embargo, la dosis de metotrexate con la que se inicia el tratamiento es el factor más relevante en el control de la artritis reumatoide a corto plazo y podría ayudar a plantear nuevas estrategias terapéuticas como sería el inicio de un tratamiento más agresivo.

268. PAPEL DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Uceda Montañés, R. Hernández Sánchez, S. Rodríguez Montero y J.L. Marenco de la Fuente

Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: Aunque hay datos discordantes al respecto, parece que existe una mayor incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en la artritis reumatoide (AR) comparado con población control. Aparte de los factores de riesgo cardiovascular (CV) clásicos debemos tener en cuenta que la gravedad del proceso inflamatorio juega un papel fundamental en la arteriosclerosis acelerada en esta patología. Así mismo algunos de los tratamientos empleados incrementan la comorbilidad CV. Sobre la seguridad a largo plazo de las terapias biológicas (TB), encontramos datos heterogéneos en diferentes estudios y registros. Se ha objetivado una disminución del riesgo CV en pacientes con AR en tratamiento con anti-TNFa.

Objetivos: El objetivo principal fue estudiar el riesgo CV y la prevalencia de ECV en AR en tratamiento con TB frente a AR en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) clásicos.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo sobre el riesgo CV y prevalencia de eventos cardiovasculares en pacientes con AR en tratamiento con TB. Revisamos a una cohorte de 260 pacientes con AR (ACR 1987). Registramos variables sociodemográficas, factores de riesgo CV clásicos (hábito tabáquico, cifras de colesterol, HTA, diabetes mellitus (DM)), perfil inmunológico (presencia de FR y/o ACPA), tratamiento (FAME o TB) en el momento del estudio. El riesgo CV fue medido mediante la tabla SCORE calibrada para España del riesgo estimado de mortalidad cardiovascular aterosclerótica en 10 años, para valores específicos de presión arterial sistólica y colesterol total, según hábito tabáquico, sexo y edad. Así mismo registramos todos los eventos cardiovasculares acontecidos desde el inicio de AR hasta el momento del estudio.

Resultados: Del total de nuestra muestra el 72% eran mujeres, con una edad media actual de 58,5 años. El 48% realizaban tratamiento con TB con o sin FAME concomitantes. Entre los factores clásicos de RCV destacaron: sobrepeso en el 38% y obesidad en el 32% de los pacientes, el 14% tenían DM y el 39% HTA; el 51% presentaban dislipemia y el 18% eran fumadores. En relación al perfil inmunológico el 61% presentaban ACPA + y el 65% FR +. El 13% de los pacientes que no realizaron tratamiento con TB presentaron un Score alto (5-10) frente al 3.7% de los pacientes con tratamiento con TB, esta diferencia fue estadísticamente significativa. Con respecto a la prevalencia de ECV en pacientes sin TB y con TB no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, encontrando una prevalencia de 13 y 15% respectivamente.

Conclusiones: En nuestro estudio los pacientes con AR en tratamiento con TB tienen menor riesgo cardiovascular que los pacientes sin tratamiento con TB y no hubo diferencias en la prevalencia de ECV en los pacientes con TB y sin TB ambos datos concordantes con lo recogido en otros registros. Es probable que la mejoría en la severidad de la enfermedad con TB este en relación directa con la disminución del RCV cardiovascular en pacientes con AR.

269. PATRONES DE RECAÍDA EN ARTRITIS REUMATOIDE TRAS TERAPIA DE DEPLECIÓN DE LINFOCITOS B CON RITUXIMAB: ANÁLISIS DE LA COHORTE DE PACIENTES TRATADOS EN EL UNIVERSITY COLLEGE LONDON HOSPITAL

E. Becerra^{1,2}, I. de la Torre¹, G. Cambridge¹ y M.J. Leandro¹

¹Department of Rheumatology. University College London Hospital. Reino Unido. ²Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Torrevieja.

Introducción: La terapia de depleción de linfocitos B con rituximab (RTX) comenzó a aplicarse en artritis reumatoide (AR) en University College London Hospital (UCLH), tratando los primeros pacientes en 1998. Los estudios de seguimiento identificaron dos patrones de recaída tras el primer ciclo de RTX: concordante si la recaída clínica coincidía con el retorno de células B o discordante si la recaída se producía más de 3 meses después de la repoblación periférica de linfocitos B. El patrón de respuesta de los primeros 24 pacientes tratados sugería que un 50% de estos eran discordantes, pero la proporción actual puede haber variado.

Objetivos: Analizar la frecuencia de pacientes con AR tratados en UCLH que muestran un patrón concordante/discordante de recaída después de su primer ciclo de RTX.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de la cohorte de pacientes con AR tratados con RTX en UCLH entre los años 1998-2012. Se seleccionaron los pacientes con respuesta completa al primer ciclo de RTX, y se analizó el patrón de recaída obser-

vado tras la repoblación periférica de linfocitos B. Se descartaron los pacientes con una respuesta parcial a RTX, o tratados con un segundo ciclo por actividad inflamatoria persistente. Se recogieron datos demográficos, tiempo entre la administración de RTX y la repoblación periférica de células B, y tiempo entre la administración de RTX y la recaída clínica. La depleción y repoblación de células B se confirmó mediante la determinación de linfocitos CD19+ en sangre periférica, siendo indetectables durante la depleción ($< 5/\mu\text{l}$ o $< 0,5\%$ de la población total de linfocitos), y nuevamente detectables con la repoblación ($= 5/\mu\text{l}$ o $> 0,5\%$ de la población total de linfocitos).

Resultados: 271 pacientes recibieron RTX en la unidad entre los años 1998 y 2012, esto es, un total de 886,05 pacientes-año de seguimiento; se administraron un total de 910 ciclos de tratamiento. Se seleccionaron 180 pacientes con respuesta completa después de un ciclo de RTX y que continuaron seguimiento al menos hasta la primera recaída, que se produjo entre 4 y 45 meses después del primer ciclo. El 80% de los pacientes (143 pacientes) eran mujeres, la edad media fue de 61 años (rango 20-87 años) y la duración media de la enfermedad fue de 19 años (rango 2-60 años). El tiempo medio hasta la repoblación periférica fue 7,3 meses (rango 3-20 meses) y el tiempo medio hasta la recaída fue de 10 meses (rango 4-45 meses). Los pacientes se dividieron en dos patrones de recaída. En 128 pacientes (71%) se identificó un patrón de recaída concordante, con un tiempo medio hasta la repoblación de 7,1 meses (rango 4-20 meses) y un tiempo medio hasta la recaída de 7,8 meses (rango 4-20 meses). En 52 pacientes (29%) se identificó una recaída discordante, con un tiempo medio hasta la repoblación de 7,8 meses (rango 3-20 meses) y un tiempo medio hasta la recaída de 16 meses (rango 7-45 meses).

Conclusiones: Hay dos patrones claros de recaída en pacientes con AR tratados con RTX, con una mayor frecuencia de pacientes concordantes. Sin embargo, un tercio de los pacientes presentan un patrón discordante de recaída, con una gran variabilidad en la duración de la respuesta a la terapia. Por tanto, el tratamiento con ciclos sucesivos de RTX debe decidirse de forma individualizada. La identificación del patrón de recaída en cada paciente reducirá el número de ciclos de tratamiento administrados, permitiendo minimizar los costes de la terapia y los eventos adversos.

270. CARACTERIZACIÓN DE UNA SERIE DE 261 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO DESCRIPTIVO

R. Hernández, J. Uceda, S.A. Rodríguez, C. Almeida y J.L. Marengo

UGC Reumatología; Bioestadística. Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad con una gran variabilidad en relación tanto con factores demográficos y de riesgo cardiovascular, como en la expresión de marcadores pronósticos, actividad y tratamientos. Estas características sufren además variaciones en función de los hábitos del área en la que nos encontremos.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes con AR del área sur de España.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de una serie de 261 pacientes con diagnóstico de AR en seguimiento en el área hospitalaria de Valme. Se recogió de forma retrospectiva los datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, marcadores serológicos actividad medida por DAS 28 y tratamientos recibidos.

Resultados: 260 pacientes con diagnóstico de AR fueron incluidos. De estos el 72% eran mujeres con una edad media de 58 años en el momento actual. El 13,9% eran diabéticos, (DM) un 39% tenían hipertensión (HTA), el 51,5% dislipemia, y un 38,4 sobrepeso junto con un 31,6 que eran obesos. Además el 19,7% eran fumadores. En

cuanto a los marcadores serológicos; el 61% eran ACPA (+), un 65% FR (+) y un 54,3% tenían los dos marcadores (+).

Tabla Póster 270

Tratamientos			
Biológicos	48%	FAME	52%
Etanercept	45,5	Metotrexato	75%
Rituximab	14,6	Sulfasalazina	36%
Adalimumab	9,8	Hidroxicloroquina	18,6%
Golimumab	5,7	Azatioprina	2,3%
Infliximab	10,6	Terapia combinada	17,4
Tocilizumab	9,8		
Certolizumab	2,4		
Abatacept	1,6		

Conclusiones: Los pacientes de nuestra área, tienen en general unas características similares a las encontradas en otras series, si bien en relación con los factores de riesgo cardiovascular encontramos, que más del 70% tenían al menos sobrepeso, y que hasta la mitad dislipemia, por lo que además de un buen control de la enfermedad, habría que insistir en la prevención tanto primaria como secundaria de dichos factores de riesgo. Al analizar la asociación entre la presencia de ACPA+ y los factores de riesgo cardiovasculares clásicos, no encontramos diferencias estadísticamente.

271. COMPARACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO Y SUS FACTORES INFLUYENTES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ENTRE LOS HOSPITALES DE MORELIA (MÉXICO) Y JEREZ (ESPAÑA)

R. Menor Almagro¹, E. Cervantes², M. Cayón Blanco³, M. Viveros Sandoval⁴, M.J. Rodríguez Valls¹ y M.H. Cardiel Ríos⁵

¹Sección de Reumatología. Hospital de Jerez. ²Unidad de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Sección de Endocrinología. Hospital de Jerez. ⁴Hospital Dr. Miguel Silva. Morelia. México. ⁵Unidad de Investigación Clínica de Morelia. México.

Objetivos: Determinar las diferencias en los niveles del perfil lipídico y sus factores influyentes entre pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) entre los hospitales de Morelia (México) y Jerez (España).

Métodos: Estudio descriptivo y transversal, realizado en consulta externa de ambos Hospitales. Todos los pacientes cumplían con criterios de la ACR para AR. El grupo de pacientes del Hospital de Jerez fue seleccionado en género y edad (± 3 años) por cada caso del Hospital mexicano. Se analizaron factores de riesgo tradicionales tales como dieta, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, actividad física, cifras de tensión arterial (TA), glucosa, perfil lipídico y ácido úrico, así como datos de la historia personal y familiar de los pacientes. Igualmente se valoró la actividad de la enfermedad mediante el índice DAS28 y la capacidad funcional mediante el HAQ.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR del Hospital del Jerez pareados a 50 AR atendidos de forma consecutiva en Hospital Civil de Morelia (84% mujeres, edad $43 \pm 14,3$). De las variables analizadas se encontraron diferencias significativas favorables a los pacientes del Hospital de Jerez en la práctica de ejercicio (66,7% vs 33,3%, $p 0,001$), IMC y en antecedentes de HTA (26% vs 50%, $p 0,0013$), sin diferencias significativas en tabaquismo, diabetes, consumo de alcohol ni dosis media de tratamiento esteroideo (12,06 mg, frente a los 6,65 mg del Hospital de Morelia). Respecto al perfil lipídico los pacientes mexicanos presentaron cifras más bajas en los niveles de LDLc y colesterol total. Por el contrario los resultados beneficiaron a la población caucásica en las cifras de triglicéridos (TG) y HDLc (tabla). Datos de actividad en el DAS28 resultaron menores en la población de Jerez (2,67 vs 3,2).

Tabla Póster 271

Variable	Hospital Civil de Morelia: media (DE)	Hospital de Jerez: media (DE)	p
Colesterol total	161 (33,2)	196,2 (33,9)	< 0,001
LDLc	86 (31,5)	128,7 (24,9)	< 0,001
HDLc	52,1 (21,4)	60,51 (12,8)	< 0,005
Triglicéridos	145,3 (3,6)	24,9 (4,6)	< 0,001
IMC	26,7 (3,6)	24,9 (4,6)	0,0045

Conclusiones: Como en una comparativa previa entre ambos hospitales en lupus eritematoso sistémico nuestros pacientes presentaron una mayor elevación de las cifras de colesterol total y LDLc datos que aún sin significación, se pueden justificar por el mayor consumo de esteroides, además de mayor evolución de la enfermedad (84 vs 51 meses). El ejercicio actuaría modulando de forma favorable la fracción HDLc, y una posible relación con el descenso del IMC. Estudios más precisos sobre el cumplimiento de la dieta mediterránea ayudarían a explicar la diferencia favorable en el nivel de TG de nuestra población, ya que éste actúa como el marcador más fiable de la dieta grasa.

272. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE. ¿TIENE LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO ALGUNA ASOCIACIÓN?

R. Hernández¹, S.A. Rodríguez¹, J. Uceda¹, C. Almeida²
y J.L. Marenco de la Fuente¹

¹UGC de Reumatología; ²Bioestadística. Unidad de Estadística y Metodología de la Investigación. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, sistémica de etiología desconocida y multifactorial, cuya prevalencia oscila alrededor del 1% de la población adulta. Afecta con mayor frecuencia a mujeres entre la 4ª y 6ª década. Los pacientes con AR presentan una mayor morbi-mortalidad cardiovascular (CV) siendo esta la principal causa de muerte. El Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) nos permite hacer una estimación del riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular a 10 años.

Objetivos: Evaluar si la presencia de los anticuerpos anti péptido citrulinado (ACPA) está relacionada con mayor frecuencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en los pacientes con artritis reumatoide (AR) o con un mayor SCORE.

Métodos: Estudio observacional, analítico de casos y controles anidado en una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR en seguimiento en el área hospitalaria de Valme. Se considerarán casos aquellos pacientes que hayan desarrollado un infarto de miocardio o cerebrovascular o cardiopatía isquémica que haya implicado un ingreso hospitalario y controles a los pacientes con AR sin ECV. En todos ellos se determinarán los niveles de ACPA, se recogerán los factores de riesgo cardiovascular clásicos y se determinará el SCORE. Resultados un total de 260 pacientes fueron incluidos. Al analizar de forma separada la asociación entre la presencia de ACPA+ y los factores de riesgo cardiovasculares clásicos, no encontramos diferencias estadísticamente significativa entre ACPA (+) Vs ACPA (-) para la DM, HTA, Dislipemia, obesidad y hábito tabáquico.

Tabla Póster 272

N = 260	ACPA+	ACPA-
Eventos cardiovasculares	12,5%	16,9%
SCORE riesgo bajo (< 5)	74,7%	75,7%
SCORE riesgo alto [5,10)	10,7%	6,9%
SCORE riesgo muy alto > 10	13,6%	18,4%

Conclusiones: En nuestra muestra, a diferencia de los estudios publicados no encontramos diferencias en la aparición de eventos cardiovasculares ni en el SCORE en los pacientes ACPA (+) Vs ACPA (-). Si bien el subgrupo de pacientes con ACPA + tiene una mayor tendencia a estar en tratamiento con terapia biológica, esta

falta de diferencias, también podría explicarse por la implantación temprana de prevención tanto primaria como secundaria de enfermedad cardiovascular en los pacientes con AR.

273. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RESULTADOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

P. León Rubio¹, B. Hernández Cruz², M. Fernández Alba¹, M. Lisboa Muñoz¹, N. Garrido Puñal¹, C. Aguilera Cros¹, R. Martínez Pérez¹, A. Muñoz Jiménez¹, E. Rubio Romero¹
y J. Povedano Gómez^{1,2}

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Métodos: Pacientes: se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010), atendidos en la Unidad de Gestión Clínica del HUVR en Sevilla, durante el periodo de enero de 2008 hasta mayo de 2014 y que recibieron al menos una dosis de etanercept con indicación en ficha técnica en España. Diseño: estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y analítico. Cinco reumatólogos, tras definir el proyecto y las variables a recabar revisaron las HC de los pacientes y recogieron de ellas en una base de datos diseñada exprofeso variables sociodemográficas, de la AR y clínicas. Como parte del manejo clínico, al alcanzar remisión definida como = 1 articulación tumefacta y = 1 articulación dolorosa sostenida durante al menos dos visitas consecutivas, se decidió reducir la dosis del biológico. Análisis estadístico: descriptivo, univariante con pruebas de acuerdo con la distribución de las variables y multivariante con regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes, se excluyeron 4 (3%) por datos incompletos para el análisis. La edad mediana (p25-p75) de los 126 (97%) pacientes incluidos fue de 55,9 (47 a 65), 79% mujeres, 72% FR+, 49% recibieron etanercept como primer biológico y el resto como segundo o tercero, 44% fueron tratados con MTX concomitante y 28% con dosis bajas de corticoides. El tiempo de evolución de la AR fue de 10,9 (6,9-20) años. Se encontró remisión y fue posible reducir la dosis de etanercept en 92 (73%) de los casos. De ellos, tan solo 1 (0,8) suspendió el tratamiento por persistencia de la remisión y la mayoría (48%) recibían dosis de 25 mg de etanercept cada 7 días. Las características principales de los dos grupos de pacientes se muestran en la tabla. En el análisis multivariante se encontró que a menor duración de la AR mayor posibilidad de remisión (OR 0,98 IC95% 0,97-1,001) y el tabaquismo como factor de no remisión (OR 2,54 IC95% 1,1-5,8), pero las capacidades de predicción de los modelos fueron bajas (11%).

Tabla Póster 273

Variable	Dosis reducida (92, 73%)	Dosis estándar (34, 27%)	p
Sexo femenino	75, 82%	25, 73%	0,3
Corticoides	21, 22%	14, 41%	0,04
	Mediana (p25-p75)	Mediana (p25-p75)	
Edad (años)	53 (47-65)	57,2 (47,7-66,2)	0,6
Tiempo evolución (AR)	10,2 (6,8-20)	11,8 (6,6-19,8)	0,9
Articulaciones tumefactas	0 (0-1)	0 (0-2,5)	0,07
Articulaciones dolorosas	0 (0-1)	1 (0-2)	0,1
PCR mg/dl	2,3 (1-5)	5,3 (1,3-13)	0,07
VSG mm/hora	15 (9-27,5)	18 (11-41)	0,1
Duración del tratamiento (años)	3,7 (1,8-5,0)	5,4 (3,4-6)	0,01

Conclusiones: En pacientes con AR atendidos en práctica clínica habitual y adecuada respuesta a etanercept, la remisión es posible y permite reducir la dosis del biológico en dos tercios de los pacientes con AR, si bien la suspensión definitiva del tratamiento es poco frecuente.

274. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

L. Riancho-Zarrabeitia, A. Corrales, M. Santos-Gómez, J. Rueda-Gotor, R. Blanco y M.A. González-Gay

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan con mayor frecuencia aterosclerosis y enfermedad cardiovascular (CV) que la población general. El objetivo de este estudio fue evaluar qué factores se asocian a un mayor desarrollo de aterosclerosis en los pacientes con AR.

Métodos: Se estudió una cohorte de 592 pacientes (AR) sin eventos CV previos de un Hospital Universitario. Se realizó ecografía carotídea con un ecógrafo MyLab 70 (Esaote; Genoa, Italia), equipado con una sonda lineal de 7-12 MHz y con un software automatizado de radiofrecuencia-Quality Intima Media Thickness in real-time (QIMT, Esaote, Maastricht, Holanda). Se analizó la frecuencia de factores clásicos de riesgo CV, calculándose el SCORE modificado (EULAR) y su posible relación con la presencia de placa carotídea, definida de acuerdo con el consenso de Mannheim. Se hizo un análisis estadístico univariable y posteriormente multivariable mediante regresión logística y regresión lineal múltiple.

Resultados: Los 592 pacientes (456 mujeres/136 varones) tenían una media de edad de 59 ± 13 años. El 85% de los pacientes presentaba algún factor clásico de riesgo cardiovascular; dislipemia (DLP) (43%), hipertensión arterial (HTA) (42%), fumadores (26%), diabetes mellitus (DM) (10%), insuficiencia renal crónica (IRC) (3%) e hipertrigliceridemia (16%). En el análisis univariable el espesor IMT se asoció de forma significativa con la edad, el sexo, la DLP, HTA, DM, IRC e hipertrigliceridemia (tabla). La presencia de placa carotídea se asoció con la edad, así como con la presencia de DLP, HTA y DM de forma significativa. En cuanto a la edad, se observó que la media de edad era mayor de forma significativa en aquellos pacientes con placa en relación con los que no tenían placa (65 ± 10 vs 50 ± 12, p < 0,001). El SCORE modificado se relacionó íntimamente con el IMT (r = 0,50) (p < 0,001). Los grupos clasificados de acuerdo con el SCORE modificado en riesgo bajo, moderado y alto, presentaban placas en el 25%, 67%, y 86% de los casos respectivamente (p < 0,001). En el análisis multivariable, los factores que se asociaron de manera independiente con el IMT fueron la edad, el sexo masculino, la DM y el tabaquismo (p < 0,002 en todos los casos). La edad y el tabaquismo se asociaron también significativamente con la presencia de placas de ateroma.

Tabla Póster 274

Análisis univariante y multivariante de aterosclerosis subclínica (engrosamiento IM y placas de ateroma) según los factores clásicos de riesgo CV en una serie de 592 pacientes con AR sin eventos CV

Variable	Espesor IM		Placa de ateroma	
	β	p	OR [IC 0,95]	p
Análisis univariante				
Edad	0,59	< 0,001	1,1 [1,1-1,2]	< 0,001
Sexo masculino	0,2	< 0,001		
Hipertensión arterial	0,25	< 0,001	3,0 [2,1-4,2]	< 0,001
Dislipemia	0,14	0,001	1,5 [1,1-2,1]	0,011
Diabetes mellitus	0,22	< 0,001	3,2 [1,7-6,3]	< 0,001
Insuficiencia renal crónica	0,1	0,019		
Hipertrigliceridemia	0,09	0,023		
Tabaquismo			-	NS
Análisis multivariante				
Edad	0,59	< 0,001	1,1 [1,1-1,2]	< 0,001
Sexo masculino	0,12	< 0,001		
Diabetes mellitus	0,1	0,002		
Tabaquismo	0,11	0,002	1,8 [1,1-2,9]	0,015

Conclusiones: En nuestro estudio se ha objetivado una relación entre la presencia de alteraciones ecográficas (IMT/placas) y los factores clásicos de riesgo CV en pacientes con AR.

275. RELACIÓN ENTRE CARGA INFLAMATORIA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE

M. Santos-Gómez, A. Corrales, L. Riancho-Zarrabeitia, J. Rueda-Gotor, R. Blanco y M.A. González-Gay

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan mayor frecuencia aterosclerosis y enfermedad cardiovascular (CV) que la población general. El objetivo de este estudio fue evaluar la implicación de la carga inflamatoria, condicionada por la actividad y la duración de la enfermedad, en el desarrollo de aterosclerosis en AR.

Métodos: Se estudió una cohorte de 592 pacientes con artritis reumatoide sin eventos cardiovasculares previos de un Hospital Universitario. Se realizó ecografía carotídea con un ecógrafo MyLab 70 (Esaote; Genoa, Italia), equipado con una sonda lineal de 7-12 MHz y con un software automatizado de radiofrecuencia-Quality Intima Media Thickness in real-time (QIMT, Esaote, Maastricht, Holanda). Se estudió el tiempo de evolución de la artritis reumatoide (> 2 años, 2-10, > 10 años), la inmunología [factor reumatoide (FR) y Ac antipéptido citrulinado (APCC)], los reactantes de fase aguda (RFA) [PCR] y se calculó el DAS28 y el SDAI. Se hizo un análisis estadístico mediante regresión logística y regresión lineal múltiple.

Resultados: Se estudiaron 592 pacientes con AR sin eventos CV previos, con una media de edad de 59 ± 13 años (456 mujeres/136 varones). Un 55% y un 47% de los pacientes tenían FR+ y APCC+ respectivamente (61% FR o APCC +). La prevalencia de placas fue similar en los pacientes con y sin anticuerpos (FR o APCC): OR: 1,02 [0,73-1,43], así como en el caso de la presencia o ausencia de erosiones definidas por radiología simple: OR: 1,03 [0,74-1,45]. En cuanto a la PCR, se obtuvo el promedio de los 2 y 5 años previos a la realización de la ecografía. La mediana [IQR] fue de 3,55 [1,46-7,29] y de 4,24 [1,98-8,36] mg/L, respectivamente. Se observó una correlación débil (r = 0,13), pero estadísticamente significativa entre la PCR promedio en los 5 últimos años y el grosor IMT (p = 0,012) y la presencia de placas (p = 0,006), que sin embargo desapareció al ajustar por otros factores de confusión como la edad o el tabaquismo. No se observó una relación independiente entre el DAS28 y SDAI con los parámetros ecográficos medidos (tabla). El tiempo medio de evolución de la AR fue de 9,2 ± 8,8 años. Se observaron placas en el 55% de los pacientes con un tiempo de evolución < 2 años (n = 93), en el 54% de 2-10 años (n = 305), y 61% en los > 10 años (n = 189) [p = 0,35]. No hubo diferencias significativas en el espesor IMT.

Tabla Póster 275

Variable	Placas		Espesor IMT	
	OR [IC 0,95]	p	β	p
FR o APCC positivo	1,02 [0,73-1,43]	0,932	0,028	0,496
Erosiones	1,03 [0,74-1,45]	0,863	0,017	0,684
SDAI	1 [0,98-1,02]	0,93	< 0,001	0,991
DAS	1,06[0,94-1,19]	0,351	0,029	0,476
Tiempo de evolución	1,16 [0,91-1,48]	0,231	0,009	0,831

Conclusiones: En nuestro estudio, no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas de la aterosclerosis subclínica con las características de la AR que traducen mayor carga inflamatoria, tales como PCR, DAS28 y SDAI y tiempo de evolución, ni con la positividad de FR y APCC.

276. RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CITRULINADO Y LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA MEDIDA POR DAS28 EN UNA COHORTE DE 260 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

S. Rodríguez Montero, R. Hernández, J. Uceda y J.L. Marengo

UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivos: Evaluar si la presencia de anticuerpos anti péptido citrulinado (ACPA) está relacionada con mayor nivel de DAS 28 en una muestra de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Introducción: La AR es una enfermedad autoinmune sistémica de etiología desconocida y multifactorial, cuya prevalencia oscila alrededor del 1% de la población adulta. Los ACPA son, sin duda, los marcadores serológicos más específicos de la AR, con una especificidad del 98-99% en algunos estudios. La presencia de autoanticuerpos como FR y ACPA se relaciona con un mayor daño estructural o destrucción articular durante la evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de una serie de 260 pacientes con diagnóstico de AR en seguimiento en el área hospitalaria de Valme. Se recogieron de forma retrospectiva los datos demográficos, los marcadores serológicos, la actividad de la enfermedad medida por DAS 28 y los tratamientos recibidos. Se analizan todos los casos investigando la hipotética relación entre el valor medio de DAS28 y la positividad/negatividad de ACPA en los pacientes.

Resultados: Se incluyen un total de 260 pacientes con diagnóstico de AR. Edad media en el momento actual: 58 años. La mayoría mujeres (72%). Con respecto a los marcadores serológicos, el 61% son ACPA +, un 65% FR + y un 54,3% tienen ambos auto anticuerpos positivos. El valor medio del DAS28 es 2,6 para los pacientes FR y ACPA negativos, frente a 2,8 tanto para los pacientes que mostraban positividad de los dos autoanticuerpos, como para aquellos que sólo presentaban uno de ellos, sin diferencia estadísticamente significativa. Ciñéndonos al subgrupo de pacientes en tratamiento biológico (n = 122) tampoco se aprecia diferencia significativa del valor medio de DAS28 en función de la presencia/ausencia de ACPA: DAS28 2,53 para los ACPA+ frente a DAS28 2,52 para los ACPA-.

Conclusiones: Tradicionalmente la presencia de ACPA en pacientes con artritis reumatoide se ha considerado un predictor de progresión radiográfica así como de mayor actividad clínica. Sin embargo, recientemente, nuevos estudios sugieren que, si bien la positividad de los ACPA sí mantiene relación con el daño estructural, no existe asociación con la severidad de la actividad clínica medida por DAS28. En consonancia con estos resultados, en nuestra población de AR no encontramos relación entre la presencia de ACPA y/o FR y la actividad de la enfermedad, pero es preciso tener en cuenta que se trata de un estudio transversal, por lo que nuevos estudios prospectivos serán necesarios para dilucidar este punto.

277. COMPARANDO LA ACTIVIDAD EN LOS PACIENTES CON AR: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES TRATADOS CON FAME BIOLÓGICOS Y LOS TRATADOS CON FAME CLÁSICOS?

A.D. Gómez Centeno, E. Graell Martín, C. Galisteo, L. da Veiga, M. García Manrique de Lara, M. Arévalo Salaet, J. Gratacós Masmitjà y M. Larrosa Padró

Servei de Reumatologia. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La introducción de los FAME biológicos ha supuesto un gran cambio en el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR). El algoritmo terapéutico de la AR incluye la utilización de FAME clásicos, combinación de FAME clásicos y la utilización de FAME biológicos, dada la eficacia demostrada por los FAME biológicos, podría pensarse que aquellos pacientes que no reciben dichos FAME podrían estar tratados de manera subóptima.

Objetivos: Valorar si existen diferencias en la actividad clínica entre los pacientes con AR según estén tratados con FAME biológicos o con FAME clásicos en una consulta monográfica de AR.

Métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes consecutivos tratados con FAME clásicos y con FAME biológicos del total de 650 pacientes afectados de AR (135 de los cuales están siendo tratados en la actualidad con FAME biológicos) registrados en nuestra base de datos en los que se sigue la estrategia de tratamiento treat to target (T2T). Se determinó la actividad de los pacientes mediante los distintos índices compuestos recomendados por ACR para la medida de la actividad clínica, a saber: DAS28-VSG, DAS28-PCR, RAPID3, SDAI y CDAI. Se compararon los distintos índices según recibiesen FAME clásicos o FAME biológicos tanto en su valor cuantitativo como en su valor cualitativo dividiéndolos en: Remisión, Baja actividad, Actividad media, o Alta actividad según la definición de cada uno de esos estados para cada uno de los índices utilizados.

Resultados: Se obtuvieron 312 determinaciones de 154 pacientes (una media de 2,02 registros por paciente). 78%, de mujeres, edad media (DE) 59 (13) con un tiempo de evolución medio (DE) de 11 (10) años. 79 (51,3%) en tratamiento con biológico. En la tabla se pueden ver número de pacientes incluidos, edad, tiempo de evolución, utilización de corticoides así como los datos cuantitativos de cada uno de los índices, expresados en su media (DE) y el porcentaje de pacientes en remisión o baja actividad para cada uno de los índices utilizados expresados en porcentajes así como la significación estadística de las diferencias.

Tabla Póster 277

Índice	FAME biológico	FAME clásico	P
N	79	75	
Edad, M (DE)	58,7 (12,2)	59,8 (15,5)	0,63
T. evol años, M (DE)	14,9 (11,3)	6,8 (6,6)	0,001*
% corticoides	46,4%	63,8%	0,002*
Evaluación cuantitativa			
DAS28 VSG M(DE)	3,0 (1,2)	3,3 (1,2)	0,02*
DAS28-PCR M(DE)	2,5 (1,0)	2,7 (1,1)	0,12
SDAI	7,7 (7,0)	8,5 (7,6)	0,36
CDAI	7,1 (6,8)	8,1 (7,7)	0,24
RAPID3	8,6 (0,5)	8,5 (0,6)	0,86
Evaluación cualitativa % de pacientes en baja actividad o remisión			
DAS28-VSG%	63,1%	47,0%	0,02*
DAS28-PCR%	77,8%	71,1%	0,18
SDAI%	74,1%	70,7%	0,51
CDAI%	73,9%	70,3%	0,47
RAPID3%	39,3%	40,7%	0,79

Conclusiones: En la mayoría de índices utilizados no se observan diferencias significativas entre los pacientes tratados con FAME biológicos y los tratados con FAME clásicos, lo que refleja el seguimiento de una estrategia T2T a la hora de tomar decisiones terapéuticas. En el único índice que se observan diferencias significativas (DAS28-VSG) dichas diferencias no son clínicamente relevantes. La utilización de la estrategia T2T debe llevar a un control similar de los pacientes con AR independientemente del tratamiento administrado.

278. RELACIÓN ENTRE NIVELES SÉRICOS Y ANTICUERPOS ANTI TOCILIZUMAB Y LA ACTIVIDAD DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

S. Rodríguez-Muguruza¹, B. Quirant Sánchez², J. Sanint¹, A. Prior¹, A. Riveros-Frutos¹, S. Holgado¹, L. Mateo¹, A. Olivé¹, X. Tena¹, E. Martínez², A. Teniente Serra² y M. Martínez-Morillo¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea la acción de los receptores de interleucina 6 (IL6) y se utiliza en el tratamiento de artritis reumatoide (AR),

artritis idiopática juvenil (AIJ) y enfermedad de Still del adulto. El desarrollo de anticuerpos anti-TCZ (AAT) puede reducir su eficacia y provocar un fracaso terapéutico.

Objetivos: Analizar niveles séricos de TCZ y la presencia de AAT en una cohorte de pacientes con AR, AIJ y enfermedad de Still del adulto tratados con TCZ y evaluar su relación con la actividad de la enfermedad (DAS28), niveles de proteína C reactiva (PCR) y la administración concomitante de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) o glucocorticoides.

Métodos: Estudio transversal que incluye pacientes en tratamiento continuo con TCZ de un hospital de tercer nivel. Área de referencia: 850.000 habitantes. Se midieron los niveles de TCZ y AAT mediante ELISA (Theradiag) el día antes, a los 15 y 30 días tras la infusión. Mediante el programa de análisis estadístico SPSS se realizó la correlación de diferentes parámetros clínicos y serológicos respecto a los niveles de TCZ y AAT en suero.

Resultados: Se estudiaron 22 pacientes: 18 AR, 2 AIJ y 1 enfermedad de Still del adulto (81,8% mujeres), media de edad: 54 años ($\pm$ 13), media de duración de la enfermedad: 15,5 años ($\pm$ 12). De los pacientes con AR, 73% eran ACPA positivo y 70% FR positivo. La media de DAS28-PCR el día 0 y 30: 2,9 y 2,6 respectivamente. Quince recibieron tratamiento con TCZ de forma continua desde hacía más de 1 año (rango 12-58 meses). La dosis de TCZ en 19 pacientes fue de 8 mg/kg, en 2 pacientes 6 mg/kg y uno 5 mg/kg cada 4 semanas por remisión o baja actividad de la enfermedad. Trece pacientes recibían TCZ en monoterapia. Nueve recibían terapia combinada con FAME (6 metotrexato, 2 leflunomida y 1 hidroxicloroquina). Un 45,4% recibían tratamiento concomitante con glucocorticoides (media 4 mg/día, rango 2-10 mg). Los niveles séricos de TCZ tuvieron un rango de < 1 –61,7 μ g/ml a día 0, de 21,2–130,1 μ g/ml a los 15 días y < 1 –97,1 μ g/ml a los 30 días de tratamiento. Estos niveles no se asociaron con DAS 28-PCR en los pacientes con AR, sin embargo los niveles de TCZ tuvieron una tendencia a la correlación negativa con los niveles de PCR ($p = ns$). No se detectó AAT en ninguno de los pacientes. Se evidenció una tendencia a presentar mayores niveles de TCZ en los pacientes con terapia combinada con FAME al día 15 y 30 ($p = ns$, 71 vs 55 μ g/mL y 23 vs 12 μ g/mL, respectivamente) y una tendencia a presentar mayores niveles de TCZ en pacientes sin tratamiento glucocorticoideo (68,62 vs 59,96 μ g/mL a los 15 días y 20,2 vs 13,68 μ g/mL a los 30 días, $p = ns$). No se encontró correlación entre la duración del tratamiento con TCZ y los niveles del fármaco.

Conclusiones: Los niveles en suero de TCZ fueron heterogéneos. Ningún paciente presentó AAT, pudiéndose inferir que se trata de un fármaco poco inmunógeno. No existió asociación entre los niveles de TCZ y DAS28-PCR pero sí una tendencia de asociación con los niveles de PCR. Se encontraron niveles de TCZ más altos en pacientes que recibían tratamiento asociado con FAME. Sin embargo en los pacientes en tratamiento con glucocorticoides se observó una tendencia a presentar niveles menores de TCZ. El estudio está limitado por el número de pacientes, por lo que no se puede excluir que en poblaciones mayores, los niveles de TCZ se puedan correlacionar con la actividad de la enfermedad.

279. VALORACIÓN DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB O ETANERCEPT EN ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA

S. Romero Yuste¹, C. Crespo-Diz², S. Castro-Luaces², J.A. Mosquera-Martínez¹, S. Fernández-Aguado¹, N. Álvarez-Rivas¹, B. Castro-Lareo² y R. Olivera-Fernández²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Gestión Integrada Pontevedra-Salnés. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción: La optimización de tratamientos biológicos es cada vez más habitual en la práctica clínica diaria. La información de la

que se dispone parece reflejar menor posibilidad de mantener la remisión en pacientes optimizados con artritis reumatoide establecida.

Objetivos: Evaluar la optimización realizada en pacientes con artritis reumatoide (AR) establecida que recibían tratamiento con adalimumab (ADA) o etanercept (ETN) con la pauta recomendada en ficha técnica y se encontraban en remisión, durante al menos 1 año.

Métodos: Estudio observacional de 18 meses de duración (agosto 2012 a enero 2014) realizado con pacientes diagnosticados de AR de más de dos años de evolución y tratados en el Servicio de Reumatología con ADA o ETN en práctica clínica habitual. Las variables clínicas se recogieron a partir de los datos registrados en la Historia electrónica IANUS. Se comprobaron datos de dosificación y frecuencia de administración a partir de los registros de la aplicación Sili-con de Farmacia. Se utilizó el DAS 28 como índice de actividad. Se realizó optimización del tratamiento con ADA o ETN en los pacientes que habían mantenido la remisión (DAS 28 $< 2,6$) con estos tratamientos durante un período superior a 12 meses. Se consideró como optimización el espaciamiento de la dosis o reducción de la misma por debajo de lo indicado en ficha técnica. Se evaluó el mantenimiento de la remisión al cabo de 12 meses de la optimización.

Resultados: En el periodo de estudio se incluyeron 116 pacientes con AR que se encontraban en tratamiento con ADA o ETN según pauta habitual (51 con ADA y 65 con ETN); 61 (53%) eran mujeres. La edad oscilaba entre 21 y 68 años (media 54+ 14,4 años). El 86% de los pacientes presentaban FR+ y el 70% ACPA+. De los 51 pacientes que recibían ADA y se encontraban en remisión durante un período de al menos 1 año, se redujo la dosis en 22 (15 pacientes: 40 mg/21 días; 7: 40 mg/28 días). En 65 pacientes que recibían ETN se redujo la dosis en 18 pacientes que estaban en remisión desde hacía 1 año (3: 25 mg/7 días; 3: 25 mg/10 días; 1: 25 mg/15 días y 1: 25 mg/21 días, 8: 50 mg/ 10 días y 2: 50 mg/15 días. A los 12 meses se mantenían en remisión 16 de los 22 pacientes con ADA y 14 de los 17 con ETN. Los pacientes que no mantuvieron la remisión presentaban positividad de FR y ACPA+.

Conclusiones: En nuestra experiencia en pacientes con AR establecida en tratamiento con ADA y ETN es posible mantener la remisión al cabo de 12 meses con dosis menores a las recomendadas en ficha técnica.

280. MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS EL CAMBIO A TOCILIZUMAB EN MONOTERAPIA EN COMPARACIÓN CON EL TRATAMIENTO COMBINADO CON TOCILIZUMAB MÁS METOTREXATE

J.L. Pablos¹, F. Navarro², F. Blanco³, J.A. Román-Ivorra⁴, A. Alonso⁵, E. Martín-Mola⁶ y M. Cantalejo⁷

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³Hospital Universitario A Coruña. ⁴Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁵Hospital de Cruces. Bilbao. ⁶Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Introducción: Tocilizumab (TCZ) representa una alternativa eficaz para pacientes con artritis reumatoide (AR) y respuesta inadecuada a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos o no biológicos. Los estudios previos apoyan el uso de TCZ en monoterapia, pero los datos sobre su eficacia comparada con TCZ más metotrexate (MTX) combinados son aun limitados.

Objetivos: El objetivo principal fue evaluar el mantenimiento de la respuesta en los pacientes con TCZ 8 mg/Kg i.v. cada 4 semanas + MTX oral que a las 16 semanas alcanzan baja actividad. (DAS28 $\leq 3,2$), tras el cambio a TCZ en monoterapia. Se incluyeron como objetivos secundarios: la respuesta clínica en la semana 28 y la mejoría en el estado general de salud y la calidad de vida. Se evaluó también la seguridad, incluyendo acontecimientos adversos,

acontecimientos adversos graves, y los cambios en los parámetros de laboratorio.

Métodos: Ensayo clínico multicéntrico fase III, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos (1:1), en pacientes con AR activa tras respuesta inadecuada a MTX tratados con TCZ + MTX. En la semana 16, los pacientes que alcanzaron un DAS 28 $\leq$ 3,2 fueron aleatorizados (1:1) a TCZ + MTX o a TCZ + placebo, con un seguimiento hasta la semana 28. La muestra se calculó en 79 pacientes por grupo para detectar una diferencia clínicamente relevante de 0,5 (desviación estándar 1,1) en la puntuación DAS28, con una potencia del 80% y un error bilateral del 5%. El análisis estadístico se realizó con SAS v9.2, incluyendo análisis de la varianza para el objetivo principal, y parámetros descriptivos para los objetivos secundarios, considerando la muestra por intención de tratar. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para estimar las incidencias acumuladas en los parámetros de seguridad. (Identificador ClinicalTrials.gov: NCT01399697).

Resultados: Un total de 263 pacientes con respuesta inadecuada a MTX (DAS28 5,6 1,2) fueron tratados con TCZ + MTX. En la semana 16, los pacientes con un DAS $\leq$ 3,2 ($n = 165$) fueron aleatorizados a TCZ + MTX ($n = 83$) o TCZ + placebo ($n = 82$). No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en el cambio del DAS28 entre las semanas 16 y 28 (de 1,77 a 1,87 en el grupo TCZ + MTX, y de 1,96 a 1,98 en el grupo de TCZ en monoterapia, ANOVA $p = 0,89$). Las tasas de remisión (DAS28 $< 2,6$) a la semana 28 fueron similares en los dos grupos TCZ + MTX y TCZ en monoterapia (82,3% y 75,9% respectivamente; $p = 0,33$), y similares a las presentadas en ambos grupos en la semana 16 (84,0% y 72,0% respectivamente). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables secundarias. La incidencia de acontecimientos adversos después de la semana 16 fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: El cambio de TCZ + MTX a TCZ en monoterapia en pacientes con baja actividad de la enfermedad no se acompañó de ningún cambio clínico, ni en el perfil de eficacia ni en el de seguridad.

281. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DE ANTI-TNF EN EL TRATAMIENTO DE ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

R. Achau Muñoz, J.J. Alegre Sancho, M. Climente Martí, J.M. Ventura Cerdá, P. Llopis Salvia, D. Ybáñez García, E. Valls Pascual y A. Martínez Ferrer

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Objetivos: Evaluar el impacto económico resultado de la optimización del tratamiento con anti-TNF en pacientes con artropatías inflamatorias.

Métodos: Diseño: retrospectivo descriptivo. Periodo: 12 meses (enero 2014 diciembre 2014). Ámbito: hospital general universitario terciario. Criterios de inclusión: pacientes adultos diagnosticados de artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante), que iniciaron o continuaron tratamiento con un inhibidor del TNF- α (infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab o certolizumab) durante el periodo de estudio. Variables de estudio: se recogieron a partir de registros electrónicos de dispensación del aplicativo Farmasyst® y Farmis-Oncofarm® y de las historias clínicas electrónicas de los pacientes (Orion-Clinic®). Las variables fueron: número de pacientes, edad, peso, fármaco, dosis, intervalo posológico, fecha de optimización y coste del tratamiento. Se calculó para cada paciente la diferencia entre el coste teórico anual y el coste real tras la optimización del tratamiento, y el porcentaje de pacientes con tratamiento optimizado al finalizar el periodo de estudio. Optimización del tratamiento: en pacientes clínicamente estables según la valoración del médico responsable, y

puesto en común en un comité interdisciplinar de biológicos. Se realizó ampliando el intervalo posológico para etanercept, adalimumab, golimumab y certolizumab, y reduciendo la dosis/kg y/o ampliando el intervalo posológico para infliximab. Se valoró como respuesta adecuada a la optimización si el paciente mantenía la estabilidad alcanzada con la pauta posológica estándar.

Resultados: Se incluyeron 269 pacientes diagnosticados de artropatías inflamatorias (98 artritis reumatoide, 77 artritis psoriásica y 94 espondilitis anquilosante) con una media de 53 años (DE = 13). De ellos, 24 en tratamiento con infliximab, 100 etanercept, 90 adalimumab, 46 golimumab y 9 certolizumab. Al inicio del periodo de estudio, el tratamiento ya se encontraba optimizado en 50 pacientes (18,6%), y durante el periodo de estudio se optimizó el tratamiento en 24 pacientes, con lo que al finalizar el estudio, 74 pacientes tenían su tratamiento optimizado (27,5%). El fármaco con mayor porcentaje de pacientes optimizados fue infliximab con un 62,5%, seguido de etanercept (31%), adalimumab (26,7%), golimumab (8,7%). No se optimizó el tratamiento de ningún paciente con certolizumab. De los 74 pacientes con tratamiento optimizado, 4 cambiaron de terapia biológica por pérdida de respuesta (1 con etanercept, 2 con adalimumab y 1 con golimumab). En términos económicos, la optimización del tratamiento con anti-TNF supuso un ahorro anual de 295.469,37€ sobre un coste total de 2.503.277,28€, una reducción total del 10,6% del coste anual en anti-TNF.

Conclusiones: La optimización del tratamiento con anti-TNF basada en la valoración del médico y puesta en común en un comité interdisciplinar de terapias biológicas, redujo en más de un 10% el gasto anual, demostrando ser una estrategia efectiva y eficiente en la reducción de costes asociados al tratamiento de las artropatías inflamatorias.

282. TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS SECUNDARIA AA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS CRÓNICAS

C. Sobrino Grande, J. Bachiller Corral, M.L. Gamir Gamir, J.L. Morell Hita y A. Zea Mendoza

Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La amiloidosis secundaria AA es una complicación grave que se asocia a enfermedades inflamatorias crónicas, fundamentalmente artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil y fiebre mediterránea familiar. Provoca el depósito extracelular de una proteína amiloide (proteína SAA) en forma de fibras insolubles, en diversos tejidos del organismo, y acaba alterando la funcionalidad del órgano afectado. La enfermedad puede ser localizada o sistémica, y en estos casos el depósito amiloide a nivel renal es la afectación más frecuente y grave. Los niveles de marcadores de inflamación y de proteína amiloide sérica se relacionan con la respuesta y la supervivencia de estos pacientes.

Objetivos: Describir la respuesta clínica del tratamiento con tocilizumab en pacientes con amiloidosis secundaria AA.

Métodos: Se revisaron todos los pacientes seguidos en el servicio de Reumatología de nuestro hospital en los últimos 5 años con diagnóstico de amiloidosis AA y se seleccionaron aquellos que habían sido tratados con tocilizumab. En todos los casos, el diagnóstico de amiloidosis se estableció mediante biopsia y tinción positiva con Rojo Congo. Tras confirmarse la amiloidosis los pacientes fueron tratados con tocilizumab IV a dosis de 8 mg/kg de peso/ 28 días, hasta la actualidad. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, en el momento del diagnóstico de la amiloidosis y durante su seguimiento. Se consideró respuesta favorable al tocilizumab a la mejoría o estabilización de la función del órgano afectado. En el caso de la afectación renal se determinó la proteinuria, la creatinina sérica y el aclaramiento de creatinina.

Resultados: Se incluyeron 6 enfermos (4 varones y 2 mujeres) con una edad media de 52 años. La enfermedad de base era artritis reumatoide en 3 casos, artritis idiopática juvenil en 2 casos y artritis indiferenciada en 1 caso, y el tiempo medio de evolución antes de la aparición de la amiloidosis fue de 19 años. La amiloidosis fue de tipo localizada en 2 casos (1 caso con afectación cardíaca y otro con afectación pulmonar) y sistémica en los restantes 4 casos (todos ellos presentaban afectación renal con proteinuria y/o deterioro de la función renal). Los pacientes han estado en seguimiento una media de 20 meses, tras el comienzo de la terapia con tocilizumab. Se encontró respuesta favorable en 4 de los 6 pacientes tratados: 1 paciente con afectación aislada pulmonar y 3 de los 4 con afectación renal. Los 2 pacientes que presentaron mejor respuesta (con disminución de la proteinuria y sin deterioro de la función renal) habían comenzado el tratamiento con tocilizumab en los primeros 6 meses tras la detección de la proteinuria. En estos casos la mejoría fue lenta con una reducción de la proteinuria en torno a un 50% a los 6 meses de tratamiento. En 2 de los 6 pacientes no hubo buena respuesta clínica con tocilizumab: un paciente con amiloidosis cardíaca falleció a los 4 meses del diagnóstico, y un paciente con proteinuria de tiempo de evolución desconocido desarrolló una progresiva insuficiencia renal.

Conclusiones: Tocilizumab fue eficaz en 4 de los 6 pacientes con amiloidosis secundaria. La respuesta a tocilizumab fue mejor en los pacientes con afectación renal que empezaron precozmente el tratamiento tras el debut de la proteinuria. Tocilizumab no fue eficaz en un paciente con amiloidosis cardíaca, ni en otro con afectación renal de tiempo indeterminado.

283. EFECTIVIDAD DE FEBUXOSTAT EN PACIENTES CON ARTRITIS GOTOSA REFRACTARIA O INTOLERANTE A ALOPURINOL EN PRÁCTICA CLÍNICA

C. Domic Bueno, N. Mena Vázquez, S. Manrique Arijá, I. Ureña Garnica, C.M. Romero Barco, M.C. Ordóñez Cañizares, M. Rojas Giménez, C. Fuego Valera, L. Cano García, F.G. Jiménez Núñez, M.V. Irigoyen Oyarzábal, V. Coret, M. Rodríguez, A. Ponce, A. Belmonte López y A. Fernández Nebro

UGC Reumatología. IBIMA. Hospital Regional Universitario. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estudiar la efectividad y la seguridad de febuxostat (FB) en pacientes (pts) con gota que no han respondido o no han tolerado alopurinol.

Métodos: Diseño: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Pacientes: se reclutaron 18 pts tratados con FB de las consultas de artritis general. Protocolo: Se incluyeron todos los pts registrados en nuestra base de datos que habían recibido previamente alopurinol y estaban tratándose con FB en la fecha de corte (fecha de la última revisión por el reumatólogo). Se usó un cuestionario prediseñado para la recogida de datos de las historias clínicas. Desenlace 1º: reducción en la tasa de ataques de gota aguda respecto a la tasa previa al tratamiento. Desenlaces 2º: (1) Efectividad hipouricemiente y (2) toxicidad. Otras variables: Demográficas, clínico-analíticas, incluyendo uricemia, tofos, nº de ataques de gota antes y después de FB y efectos adversos (descripción, gravedad y nº). Definiciones operativas: Se consideró efectividad hipouricemiente a una reducción de la uricemia a niveles < 6 mg en > 80% de los pacientes tras el tratamiento con FB. Análisis estadístico: Análisis descriptivo de las principales variables. Las comparaciones antes-después de FB se hicieron con T-Student para muestras pareadas. Se calcularon las tasas de incidencia (TI) del número de ataques de gota antes-después y la razón de tasas de incidencia (RTI).

Resultados: Se incluyeron 18 pts tratados con FB, 12 de ellos con gota tofácea crónica. Las características demográficas, comorbi-

lidades y clínico-analíticas se muestran en la tabla. FB redujo un 73% la tasa de ataques de gota aguda en comparación con la tasa pre-tratamiento (TI [IC95%] 0,99 pts-año [0,59-1,39] vs 3,74 pts-año [3,36-4,12]; RTI [IC95%] = 0,27 [0,18-0,39]). Así mismo, se redujo nº medio de ataques de gota en comparación con la media pre-tratamiento (media [DE] 1,4 [1,9] vs 22,1 [17,8]; p < 0,001). Solo se alcanzó la efectividad hipouricemiente en el 47,1% de los pts pero en cambio el 94,1% alcanzó niveles medios de < 7 mg. Así mismo, se redujeron los niveles medios de uricemia respecto a los niveles pre-tratamiento (media [DE] 5,9 [1,4] vs 11,1 [2,3]; p < 0,001). No se registraron efectos adversos durante el tratamiento con FB.

Tabla Póster 283

Variables	Pacientes con febuxostat
Demográficas	
Edad (años), media (DE)	55,9 (13,9)
Sexo (varón), n (%)	16 (94,1)
Raza (caucásica) n (%)	17 (100)
Nivel socioeconómico, n (%)	14 (82,4)
Comorbilidades	
Consumo alcohol, n (%)	5 (29,4)
Fumador, n (%)	4 (23,5)
Hipertensión arterial, n (%)	11 (64,7)
Colesterol total elevado (> 240), n (%)	9 (52,9)
LDL > 160, n (%)	3 (17,6)
HDL < 40, n (%)	3 (17,6)
Triglicéridos > 200, n (%)	10 (58,8)
Diabetes mellitus, n (%)	2 (11,8)
Obesidad (IMC > 30), n (%)	6 (35,3)
Presencia de enfermedad cardiovascular, n (%)	1 (5,9)
Litiasis urinaria, n (%)	2 (11,8)
Tratamiento de comorbilidades	
Uso de anti-hipertensivos antes de febuxostat, n (%)	11 (64,7)
Diuréticos antes de febuxostat, n (%)	2 (11,8)
Aspirina antes de febuxostat, n (%)	2 (11,8)
Leflunomida antes de febuxostat, n (%)	2 (11,8)
Hipolipemiantes, n (%)	8 (47,1)
Características de la enfermedad	
Retraso hasta el diagnóstico de gota (meses), media (DE)	104,1 (148,2)
Tiempo de evolución de gota meses, media (DE)	92,9 (102,7)
Tiempo de seguimiento con febuxostat (meses), media (DE)	17,1 (12,4)
Presencia de Tofos, n (%)	12 (70,6)

Conclusiones: FB parece efectivo en la práctica clínica para reducir la tasa de ataques de gota aguda en pts refractarios o intolerantes a otros hipouricemiantes, con un efecto hipouricemiente moderado y con un buen perfil de seguridad.

284. LA BIRREFRINGENCIA DE LOS CRISTALES DE PIROFOSFATO CÁLCICO VARÍA SEGÚN SU FORMA

P. Vela^{1,2}, V. Jovani¹, M. Andrés¹ y E. Pascual^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: Los cristales de pirofosfato cálcico (PFC) son generalmente romboidales o rectangulares, aunque en algunas ocasiones algunos se muestran como finas agujas que podrían confundirse con cristales de urato monosódico (UMS) al microscopio de luz ordinaria. Con luz polarizada sólo un 20% de los cristales de PFC brillan, pero de forma más débil si se compara con los del UMS. Si la intensidad de dicha birrefringencia varía según la forma del cristal no ha sido formalmente evaluada hasta la fecha.

Métodos: Estudio transversal. Dos observadores han evaluado muestras de líquido sinovial (LS) de pacientes consecutivos con artritis aguda por cristales de PFC, empleando un microscopio de luz polarizada simple (no compensada), equipado con dos puestos de observación. El análisis se ha realizado de forma simultánea pero ciega. Los primeros 10 cristales de PFC de cada LS detectados con luz

ordinaria a 600 aumentos fueron evaluados, siendo cada uno marcado mediante la flecha que incorpora el microscopio y observados después con luz polarizada. Se registró la forma del cristal (aguja o rombo-rectángulo) y su intensidad de birrefringencia (ausente, débil o similar al UMS). Antes de la observación, la luz del microscopio, el diafragma y la altura del condensador fueron ajustados para claramente mostrar la birrefringencia, empleado una preparación de cristales de UMS como referencia. Ambos observadores habían previamente alcanzado consenso en forma y birrefringencia. La distribución de intensidad de birrefringencia según la forma del cristal se evaluó mediante la prueba de χ^2 . El grado de acuerdo entre ambos observadores se estimó mediante el test de kappa.

Resultados: Se han analizado 120 cristales de PFC de 12 muestras de LS, siendo 61 de ellos (50,8%) clasificados como agujas y 59 (49,2%) como rombos-rectángulos. La birrefringencia se clasificó como ausente en 52 cristales (43,3%), débil en 66 (55,0%) y similar al UMS (1,7%). En los cristales en forma de rombo-rectángulo predominó la birrefringencia débil (67,8%), en el 3,4% fue similar al UMS y se clasificó como ausente en el 28,4%. Respecto a los cristales en forma de agujas, predominó la ausencia de birrefringencia (57,4%), mientras que en un 42,6% ésta se clasificó como débil; ninguna aguja mostró birrefringencia similar al UMS. Esta distinta distribución de la birrefringencia según su forma fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El grado de acuerdo entre ambos observadores fue muy alto tanto para la forma del cristal (kappa 0,97, IC95% 0,92-1,00) como para la birrefringencia (kappa 0,71, IC95% 0,60-0,82).

Conclusiones: La birrefringencia de los cristales de PFC varía según su forma. Los cristales en forma de agujas muestran una birrefringencia débil o ausente, lo que refuerza el valor de la observación tanto con luz ordinaria como polarizada para diferenciarlos del UMS.

285. EL USO DE FEBUXOSTAT EN PACIENTES CON GOTA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE PARECE EFECTIVO Y SEGURO. REVISIÓN RETROSPECTIVA

N. Quilis¹, S. Gil¹, M. Andrés¹, P. Vela^{1,2} y E. Pascual^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: El febuxostat es un novedoso inhibidor selectivo de purínica de la enzima xantina-oxidasa. Su metabolismo predominantemente hepático supone una ventaja para pacientes con gota y enfermedad renal crónica (ERC), ya que no precisan ajuste de dosis. Sin embargo, en los ensayos clínicos del fármaco se excluyeron pacientes con ERC grave, por lo que se recomienda precaución en pacientes con filtrado glomerular menor a 30 mL/min.

Objetivos: Revisar nuestra experiencia con febuxostat en pacientes con gota, y realizar un estudio comparativo según si presentan o no $FG < 30$ mL/min.

Métodos: Revisión retrospectiva. Se han seleccionado las historias clínicas de pacientes con gota (probada por cristales) y tratamiento con febuxostat prescrito por cualquier miembro de la sección de Reumatología. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Las variables a estudio fueron: a) el cambio de niveles de ácido úrico (AU) tras tratamiento con febuxostat; y b) porcentaje de pacientes que alcanza $AU < 6$ mg/dL, $AU < 5$ mg/dL y $AU < 4$ mg/dL. Se establecieron dos puntos temporales: 1) primera analítica tras inicio de febuxostat, y 2) tras 6 meses en dosis máxima empleada de febuxostat. Se ha realizado un estudio comparativo según si presentaban FG superior o inferior a 30 mL/min al inicio del febuxostat, empleando la chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Se identificaron 55 pacientes con gota tratados con febuxostat, con una mediana (p27-75) de edad de 73 años (63-84),

siendo un 70,9% hombres. La gota fue tofácea en 15 pacientes (27,3%). 80 mg de febuxostat fue la dosis máxima más empleada (68,5% de los pacientes). 38 pacientes (69,1%) habían recibido previamente otro hipouricemiente, siendo el principal motivo de retirada identificado la reacción cutánea (11 pacientes, 20%). En 14 pacientes (25,5%) el febuxostat se inició con un filtrado glomerular inferior a 30 mL/min, pero en ningún caso fue inferior a 15 mL/min. La tabla muestra la comparación de resultados según el filtrado glomerular. El AU al inicio del tratamiento fue similar. No se han encontrado diferencias en la magnitud de la reducción de AU con dosis máxima de febuxostat ni en la consecución de los distintos objetivos de uricemias. La variación en el FG fue similar por grupos. Respecto a la seguridad con febuxostat, en 11 pacientes se retiró el tratamiento (en 3 de ellos por reacción cutánea), sin encontrar diferencias por subgrupos de FG ($p = 0,33$).

Tabla Póster 285

	$FG \geq 30$ mL/min (n = 41)	FG	p
AU basal, mg/dL, mediana (p25-75)	8,6 (6,0-9,8)	9,4 (6,7-11,1)	0,47
FG basal, mL/min, mediana (p25-75)	59,1 (37,9-81,4)	23,2 (21,2-28,6)	< 0,001
Cambio en AU, mg/dL, mediana (p25-72)	-3,4 (-5,6; -1,3)	-5,5 (-6,9; -3,5)	0,08
AU	31 (77,5)	11 (91,7)	0,42
AU	28 (70,0)	10 (83,3)	0,48
AU	19 (47,5)	8 (66,7)	0,24
Cambio en FG , mL/min, mediana (p25-75)	+0,6 (-8,3; +5,7)	+3,9 (-2,4; +15,0)	0,21

Conclusiones: El uso de febuxostat en pacientes con insuficiencia renal grave (FG 15-30 mL/min) parece efectivo y seguro, aunque estudios controlados y prospectivos deben confirmar estos resultados.

286. DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSAANTE. RESULTADOS DEL ESTUDIO CARMA

A. Urruticoechea Arana¹, M.A. Martín-Martínez², S. Castañeda³, C.A. Sánchez Piedra², C. González-Juanatey⁴, J. Llorca⁵, F. Díaz-González^{2,6}, M.A. González-Gay⁷ y Grupo Proyecto CARMA

¹Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

⁴Servicio de Cardiología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ⁵Servicio de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander. ⁶Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Epidemiología Genética y Aterosclerosis en Enfermedades Inflamatorias Sistémicas. Servicio de Reumatología. IDIVAL. Santander. Unidad de Investigación de Fisiopatología Cardiovascular y Genómica. Escuela de Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburg. Sudáfrica.

Objetivos: Estudiar la asociación entre los niveles de vitamina D y las características clínicas de los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas (ERIC).

Métodos: Análisis de datos de la visita basal del Proyecto CARMA (CARdiovascular en reuMATología); estudio prospectivo a 10 años para evaluar el riesgo de eventos cardiovasculares en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs), y en una cohorte de sujetos no expuestos, pareados por edad y sexo, atendidos en 67 consul-

tas externas de reumatología de hospitales españoles. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidad y de actividad de la enfermedad reumática. Se definió la deficiencia de 25-OH vitamina D como niveles en suero de vitamina D inferiores a 20 ng/ml. Este estudio se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki y el protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Resultados: Se reclutaron 2.234 pacientes (775 AR, 738 EA y 721 APs) y 677 sujetos no expuestos. La mediana [p25-p75] de 25-OH vitamina D fue de 20,4 [14,4-29,2] ng/ml en AR, 20,9 [13,1-29,0] en EA, 20,0 [14,0-28,8] en APs y 24,8 [18,4-32,6] ng/ml en sujetos no expuestos. La deficiencia de 25-OH vitamina D se detectó en el 40,5% en AR, en el 39,7% en EA, en el 40,9% en APs y en el 26,7% en la cohorte de no expuestos ($p < 0,001$). Se encontró una asociación positiva entre el tipo de ERIC y la deficiencia de 25-OH vitamina D: OR ajustado = 2,28 (IC95% = 1,77-2,93) en AR, 1,94 (IC95% = 1,44-2,60) en EA y 1,99 (IC95% = 1,54-2,58) en APs ($p < 0,001$ en todos ellos). Asimismo, se halló una asociación significativa entre la deficiencia de 25-OH vitamina D y la presencia de anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) en AR y el BASFI en EA.

Conclusiones: Los pacientes con ERIC mostraron un incremento en el desarrollo de deficiencia de 25-OH vitamina D en comparación con la cohorte de sujetos no expuestos. Los principales factores asociados con la deficiencia de 25-OH vitamina D fueron la presencia de anticuerpos anti-CCP en AR y el BASFI en EA.

Financiación: el Proyecto CARMA está financiado por Abbvie Farmacéutica. El diseño, el análisis, la interpretación de resultados y la preparación de la comunicación se ha realizado con independencia de Abbvie. Los estudios dirigidos por el Dr. González Gay son financiados por el "Fondo de Investigaciones Sanitarias" PI06/0024, PS09/00748 y PI12/00060, y RD12/0009/0013 (RIER) del "Instituto de Salud Carlos III" (ISCIII).

287. CARDIOVASCULAR DISEASE IN IMMUNE-MEDIATED INFLAMMATORY DISEASES: A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS OF 6 COHORTS

L. Rodríguez-Rodríguez¹, P. Perrotti², A. Aterido², J. Tornero³, C. Ferrándiz⁴, J.D. Cañete⁵, A. Fernández-Nebro⁶, J.P. Gisbert⁷, E. Domènech⁸, M. López-Lasanta², S. Marsal² and B. Fernández-Gutiérrez¹, on behalf of the IMID Consortium

¹Rheumatology Department. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Rheumatology Research Group. Vall d'Hebron Research Institute. Barcelona.

³Rheumatology Department. Hospital Universitario de Guadalajara.

⁴Dermatology Department. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

⁵Rheumatology Department. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

⁶Rheumatology Service. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

⁷Gastroenterology Service. Hospital Universitario de la Princesa and IP. Madrid.

⁸Gastroenterology & Hepatology Department. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objectives: To analyze the influence of different demographic and clinical variables in the prevalence of cardiovascular disease (CVD) in subjects affected with rheumatoid arthritis (RA), psoriatic arthritis (PsA), psoriasis (Ps), systemic lupus erythematosus (SLE), or inflammatory bowel disease. Additionally, we compared the adjusted prevalence of CVD among these conditions.

Methods: Subjects included in this cross-sectional study were collected as part of the Immune-Mediated Inflammatory Disease Consortium (IMIDC) between 2007 and 2010. Demographic, disease and cardiovascular related clinical data was collected using a standard protocol of questionnaires, after a clinical interview with close questions and review of medical records. Bivariate and multivariate

logistic and mixed-effects logistic regression models were performed for each condition, and the overall IMIDC, respectively. Standardize prevalence (SP) for each IMID was calculated using marginal analysis.

Results: 9,951 patients were included. When analyzed separately, traditional CV risk factors had a different contribution to CV disease in each IMID. Overall, when analyzed all subjects, older age at study, longer elapsed time from IMID diagnosis to study, presence of traditional CV risk factors (arterial hypertension, type2 diabetes mellitus, dyslipidemia, obesity) and male gender were independently associated with a higher CVD risk. After adjusting by demographic and traditional CV risk factors, SLE exhibited the highest SP, followed by RA and Ps/Crohn's disease.

Conclusions: Cardiovascular disease is related to immune-mediated inflammatory diseases. A different impact is shown dependent of particular disease directly affecting the burden of disease.

288. SECUKINUMAB, ANTICUERPO MONOCLONAL CONTRA INTERLEUCINA-17A, MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE LA FUNCIÓN FÍSICA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SUJETOS CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA: RESULTADOS DE UN ENSAYO DE FASE 3, ALEATORIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO, DE CARGA INTRAVENOSA Y DOSIS DE MANTENIMIENTO SUBCUTÁNEA

J. Gratacós¹, A. Deodhar², D. Baeten³, J. Braun⁴, X. Baraliakos⁴, J. Sieper⁵, M. Dougados⁶, P. Emery⁷, B. Porter⁸, R. Martin⁸, S. Mpfu⁹ y H. Richards⁹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell.

²Oregon Health & Science University. Portland. Oregon. EEUU.

³Academic Medical Center/University of Amsterdam. Amsterdam. Holanda.

⁴Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. Alemania.

⁵Charité University Medicine Berlin. Alemania.

⁶Université Paris René Descartes and Hôpital Cochin. Paris. Francia.

⁷University of Leeds. Leeds. Reino Unido.

⁸Novartis Pharmaceuticals Corporation. NJ. EEUU.

⁹Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) puede tener un gran impacto en la actividad física estado de salud y la calidad de vida (CdV) de un individuo, así como afectar a su capacidad laboral. Dado que la interleucina (IL)-17A está implicada en la patogénesis de la EA, la inhibición de ésta con secukinumab puede ayudar a reducir la carga de la enfermedad.

Objetivos: Analizar el efecto de dosis elevadas de carga de secukinumab por vía intravenosa (iv) junto a dosis de mantenimiento subcutáneas (sc) en los resultados informados por el paciente (RIP) del estudio de fase 3 MEASURE 1 (NCT01358175) durante 52 semanas.

Métodos: Se aleatorizaron 371 adultos con EA activa que cumplían los criterios modificados de Nueva York y BASDAI ≥ 4 para recibir secukinumab 10 mg iv/kg (en visita de inicio, semana 2 y 4), seguido de 75 mg sc (10 iv ≥ 75 sc), o 150 mg sc (10 iv ≥ 150 sc), o placebo (PBO) siguiendo las mismas pautas. Todos los sujetos del grupo PBO se re-aleatorizaron a 75 o 150 mg de secukinumab sc, a las 16 semanas si no alcanzaban ASAS20 y a las 24 semanas el resto.

Resultados: Al inicio del estudio, los tres grupos fueron comparables respecto a características demográficas y carga de enfermedad, experimentando niveles de fatiga de moderados a graves y un importante deterioro de la CdV relacionada con la salud (tabla). Los pacientes tratados con secukinumab, con independencia de la dosis administrada (10 iv ≥ 75 sc o 10 iv ≥ 150 sc), mejoraron significativamente a la semana 16 respecto a la basal y respecto al grupo placebo las puntuaciones en los componentes físico (PCS) y mental (MCS) del cuestionario SF-36, así como en ASQoL, EQ-5D y FACIT-Fatiga (tabla), siendo las diferencias significativas en estos parámetros con

Tabla Póster 288

Puntuaciones basales medias y cambio medio frente a valores basales (VB) en los resultados informados por el paciente (RIP) a la semana 16 y 52 por grupo de tratamiento

RIP		Secukinumab 10 mg/kg iv $\geq$ 75 mg sc (n = 124)	Secukinumab 10 mg/kg iv $\geq$ 150 mg sc (n = 125)	Placebo (n = 122)
SF-36 PCS ^a	VB	37,57	36,81	36,30
	Cambio ^c a la semana 16	5,64 $\pm$ 0,595*	5,57 $\pm$ 0,586*	0,96 $\pm$ 0,612
	Cambio ^d a la semana 52	7,03	7,53	N/A
SF-36 MCS ^a	VB	41,54	39,99	39,21
	Cambio ^c a la semana 16	3,29 $\pm$ 0,841*	3,40 $\pm$ 0,828*	0,61 $\pm$ 0,865
	Cambio ^d a la semana 52	5,78	5,32	N/A
ASQoL ^b	VB	10,82	10,85	11,67
	Cambio ^c a la semana 16	-3,61 $\pm$ 0,424*	-3,58 $\pm$ 0,420*	-1,04 $\pm$ 0,437
	Cambio ^d a la semana 52	-4,49	-4,68	N/A
EQ-5D Evaluación del estado de salud ^a	VB	47,1	45,2	46,5
	Cambio ^c a la semana 16	15,24 $\pm$ 1,923*	13,26 $\pm$ 1,908*	2,01 $\pm$ 1,991
	Cambio ^d a la semana 52	21,9	19,6	N/A
FACIT-Fatiga ^a	VB	27,46	25,60	24,51
	Cambio ^c a la semana 16	6,58 $\pm$ 0,850*	6,77 $\pm$ 0,837*	2,50 $\pm$ 0,875
	Cambio ^d a la semana 52	7,69	10,24	N/A

*p < 0,05 vs PBO. SF-36 PCS MCID $\geq$ 2,5; SF-36 MCS MCID $\geq$ 2,5; ASQoL MCID $\geq$ 1,8; FACIT-Fatiga MCID $\geq$ 4. Los valores P corresponden a análisis de medidas repetidas (modelo mixto). ^aUn incremento en la puntuación significa mejoría. ^bUna disminución en la puntuación representa mejoría. ^cLSM $\pm$ EE, LSM = medias de cuadrados mínimos, EE = error estándar. ^dDatos observados. MCID, Diferencia mínima clínicamente importante; ASQoL, cuestionario de la calidad de vida de EA; EQ-5D, Cuestionario de Salud EuroQoL de 5 dimensiones; iv, intravenosa; sc, subcutáneo; SF-36 MCS, componente mental del cuestionario de salud SF-36; SF-36 PCS, componente físico del cuestionario de salud SF-36.

ambas dosis y en todas las evaluaciones a partir de la semana 4. Los cambios medios desde el inicio del estudio hasta la semana 16 fueron superiores a la diferencia mínima clínicamente importante (MCID) para SF-36 (PCS y MCS), ASQoL y FACIT-Fatiga. Las mejorías en RIP observadas con secukinumab se mantuvieron o aumentaron entre la semana 16 y la 52. Finalmente estas mejorías se acompañaron a la semana 16 de mejoras en la productividad laboral medida por WPAI-GH (Work Productivity and Activity Impairment-General Health) en los pacientes en tratamiento con secukinumab frente a PBO.

Conclusiones: En sujetos con EA activa, la inhibición selectiva de la IL-17A con secukinumab mejora de forma rápida la carga de enfermedad y el impacto de la misma sobre los resultados evaluados por RIP, incluyendo fatiga, calidad de vida y productividad laboral.

289. IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO CONCOMITANTE DE FIBROMIALGIA EN ESPONDILOARTRITIS

N. Bello^{1,2}, C. Béal², A. Etcheto³, M. Dougados² y A. Molto²

¹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Departamento de Reumatología. Hospital Cochín. AP-HP. INSERM (U1153); Epidemiología Clínica y Bioestadística. PRES Sorbonne París-Cité. Universidad Paris Descartes. París. Francia. ³INSERM (U1153); Epidemiología Clínica y Bioestadística. PRES Sorbonne París-Cité. París. Francia.

Introducción: El diagnóstico de fibromialgia (FM) puede coexistir con el de espondiloartritis (EA), y ello puede dificultar el diagnóstico y tratamiento especialmente ante la presencia de entesitis. El cuestionario FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) es una herramienta de auto evaluación propuesta para evaluar la presencia de FM.

Objetivos: Estimar la prevalencia de FM (de acuerdo a la definición del FiRST) en una cohorte de pacientes con EA, comparar la prevalencia de FM con respecto a los criterios de clasificación ASAS, comparar las características clínicas/enfermedad y los fármacos anti TNF en términos de iniciación y tasa de retención del primer anti TNF, en pacientes con/sin FM.

Métodos: Población: pacientes con EA (de acuerdo con el reumatólogo) que consultaron de forma consecutiva en un hospi-

tal universitario terciario. Definición de FM: de acuerdo con el cuestionario FiRST, pacientes con $\geq$ 5/6 respuestas afirmativas fueron considerados FM+. Datos: Todos los pacientes completaron el cuestionario FiRST. Características demográficas, pacientes/enfermedad, actividad/severidad e iniciación de fármacos anti TNF así como la duración del primer fármaco fueron recogidos. Análisis: El porcentaje de pacientes FM+ de acuerdo al FiRST fue calculado en la población general y en cada uno de los brazos de clasificación de los criterios ASAS. Las características demográficas, enfermedad, actividad y gravedad fueron comparadas entre los grupos FM+ y FM-. El número de pacientes que iniciaron en algún momento un fármaco anti TNF fue comparado en ambos grupos. La tasa de retención del primer anti TNF en ambos grupos fue estimada a través del análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y evaluada por Log-rank. Los factores predisponentes para la tasa de retención del primer anti TNF fueron estimados por un modelo multivariado de Cox.

Resultados: De 222 pacientes que completaron el cuestionario 195 fueron conservados para el análisis; entre ellos, 42 pacientes (21,5%) fueron clasificados como FM+. Los pacientes FM+ presentaron con mayor frecuencia entesitis (59,5% vs 39,5%, p = 0,02), historia de depresión (41,0% vs 18,4%, p < 0,01), y un BASDAI total [4,6 ($\pm$ 2,3) vs 2,6 ($\pm$ 2,0), p < 0,01] y BASFI [4,8 ($\pm$ 3,7) vs 2,0 ($\pm$ 1,5), p < 0,01] más elevados. Así mismo, tenían un mayor porcentaje de consumo de analgésicos (92,7% vs 72%, p < 0,01) y fármacos psicotrónicos (e.g. antidepresivos o miorelajantes o ansiolíticos u opioides) (66,7% vs 35,9%, p < 0,01). Un tratamiento antiTNF fue iniciado en 79%vs70% de los pacientes en los grupos FM+ y FM- respectivamente (p = NS). La tasa de retención del primer antiTNF fue significativamente menor en el grupo FM+ [mediana de supervivencia del primer antiTNF (años)] = 1 [IC95% 0,37; 1,16] y 1,45 [IC95% 0,91; 2,08] (p < 0,01). Además se observó una asociación independiente de las variables FM+ y artritis periférica con la discontinuación del primer antiTNF.

Conclusiones: Nuestro estudio resalta la alta prevalencia de entesitis y los altos reportes de actividad y gravedad en los pacientes FM+. El tratamiento con antiTNF se inició de manera idéntica entre ambos grupos, aunque la tasa de retención del primer antiTNF fue menor en el grupo FM+. La fibromialgia y la presencia de artritis periférica fueron identificados como factores predisponentes independientes del abandono del primer antiTNF.

290. COMPARACIÓN ENTRE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL GENERAL Y LA ESPECÍFICA DE PIE Y TOBILLO EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA PERIFÉRICA

O. Álvarez-Calderón Iglesias^{1,2}, C. Núñez Cornejo Piquer³, J. Ivorra Cortés^{2,3}, E. Grau García³, D. Hervás Marín⁴, C. Fedec Olmos³, F.M. Ortiz Sanjuán³, E. Labrador Sánchez³, K. Arévalo Ruales³, I. Martínez Cordellat³, I. Chalmeta Verdejo³, L. González Puig³, R. Negueroles Albuixech³, J.L. Valero Sanz³, C. Alcañiz Escandell³ y J.A. Román Ivorra^{2,3}

¹Departamento de Ciencias da Saúde. Facultade de Enfermería e Podoloxía. Universidade da Coruña. A Coruña. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁴Unidad de Biostatística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La artropatía psoriásica (APso) es una enfermedad inflamatoria articular que puede ocasionar diferentes grados de discapacidad funcional a los pacientes que la padecen. Un alto porcentaje de sujetos con afectación de articulaciones periféricas refiere dolor y molestias, entre otras localizaciones, en pies y tobillos. Existen diferentes métodos para evaluar la discapacidad funcional en estos pacientes. Para conocer el status "general" se pueden utilizar cuestionarios como el "Health Assessment Questionnaire (HAQ)", y para valorar la funcionalidad "específica" del pie y tobillo existen diferentes índices, entre los que se encuentra el "Foot Function Index" (FFI).

Objetivos: Analizar la relación entre la discapacidad funcional "general" de los pacientes con APso periférica medida a través del HAQ, y la discapacidad funcional "específica" de los pies y tobillos medida a través del FFI.

Métodos: Se evaluaron 96 pacientes diagnosticados de APso con afectación periférica del Servicio de Reumatología del HUP La Fe de Valencia. Se les realizó una evaluación funcional a través de los cuestionarios HAQ y FFI. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante modelos de regresión beta, previo reescalado de los valores de FFI, dolor medio, discapacidad y limitación al intervalo.

Resultados: El valor medio de discapacidad en los 96 pacientes con APso medido a través del HAQ fue de 0,57 (0-3) y del 15,9% (0-100%) a través del FFI. Se pudo comprobar que existe asociación estadística ($p < 0,001$) entre los valores totales obtenidos en los dos cuestionarios. Existe asimismo asociación estadística ($p < 0,001$) entre cada subapartado del FFI (dolor, discapacidad y limitación) con el valor de HAQ.

Conclusiones: A mayor grado de discapacidad funcional "general" del paciente, existe un mayor grado de discapacidad periférica "específica" en pies y tobillos. A mayor grado de discapacidad funcional "general", existe un mayor grado de dolor, discapacidad y limitación específica en los pies y los tobillos. El FFI representa una herramienta válida y fiable para valorar la discapacidad funcional del pie y tobillo en pacientes diagnosticados con APso periférica, de utilidad tanto para fines clínicos como de investigación.

291. SEGURIDAD DE USTEKINUMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA: 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE DESARROLLO CLÍNICO DE ARTRITIS PSORIÁSICA

L. Puig¹, A. Kavanaugh², I.B. McInnes³, C. Ritchlin⁴, P. Rahman⁵, A.B. Gottlieb⁶, M. Song⁷, B. Randazzo⁷, S. Li⁷, Y. You⁷ y A.M. Mendelsohn⁷, en representación del PSUMMIT I y II

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona.

²University of California. San Diego. CA. EEUU. ³Glasgow Biomedical Research Centre. University of Glasgow. Glasgow. Reino Unido. ⁴University of Rochester Medical Center. Rochester. NY. EEUU. ⁵Memorial University. St Clare's Mercy Hospital. St John's. NL. Canadá. ⁶Tufts Medical Center. Boston. MA. EEUU. ⁷Janssen Research & Development. Spring House. PA. EEUU.

Objetivos: Informar sobre la seguridad de ustekinumab (UST) del programa de desarrollo de artritis psoriásica (ApS).

Métodos: Se hizo un análisis combinado de los objetivos principales de seguridad de los fase III a dos años. Se agruparon los acontecimientos adversos de interés de los fase II ($n = 142$) y III. En los fase III, los pacientes (ptes) adultos con ApS (PSUMMIT I [$n = 615$], PSUMMIT II [$n = 312$]) con enfermedad activa ($= 5$ SJC y $= 5$ TJC; CRp $= 0,3$ mg/dL [ULN 1,0 mg/dL]) a pesar de FAMES y/o AINEs o previamente tratados con FAMES y/o AINEs y terapia previa anti-tnf (sólo PSUMMIT II) fueron aleatorizados a UST 45 mg, 90 mg, o PBO en la semana 0, 4 y 12; en la semana 16, los pacientes con $< 5\%$ de mejora en SJC y TJC pasaron a un escape temprano doble ciego (PBO-UST 45 mg; UST 45 mg-90 mg; 90 mg-90 mg). Los pacientes de PBO recibieron UST 45 mg en la semana 24 y 28 y, posteriormente cada 12 sem. No se permitió el uso de FAMES concomitantes excepto MTX. (50% aproximado en cada fase III). El periodo de controlado con PBO fue de 12 y 16 sem para los ensayos fase II y fase III, respectivamente. Los acontecimientos adversos (AA) fueron comunicados como n° de eventos/100 ptes-año de seguimiento (PA). Se incluyeron todos los ptes que recibieron $\geq$ una dosis de tratamiento.

Resultados: 379 y 1.018 ptes fueron tratados con PBO y UST, respectivamente, hasta 2 años (duración del seguimiento: fase II 36 sem, PSUMMIT I 108 sem, PSUMMIT II 60 sem) con 145PA y 1403 PA para los grupos PBO y UST respectivamente. En el momento basal, 96,8% eran de raza blanca, 52,2% hombres, la edad media 47,6 años (DE 11,8). IMC medio 30,9 kg/m² (DE 7,1), media de duración de ApS y PsO 7,2 años (DE 7,7) y 15,8 años (DE 12,6) respectivamente. En general, las tasas de AA, infecciones y AAG fueron comparables entre PBO y UST durante el periodo controlado con PBO. Las tasas permanecieron comparables durante los 2 años de seguimiento. Las tasas de acontecimientos que llevaron a la discontinuación fueron mayores en PBO. En general, las tasas de AA no se vieron afectados por el uso de previo de MTX o anti-TNF. Se reportaron 1 carcinoma escamoso celular (90 mg), 1 infección grave (PBO) y 1 IM (PBO) durante el periodo de control con PBO. A los 2 años de seguimiento, la tasa de infección fue similar en los grupos de 90 mg vs los grupos 45 mg; Las infecciones graves fueron numericamente superiores en el grupo de 90 mg que en el de 45 mg (2,1/100PA [IC95% 1,1,3,5] vs 0,5/100PA [IC95% 0,1,1,3], respectivamente), e incluyeron dos ptes en el grupo de 90 mg con múltiples acontecimientos (la mayoría eran acontecimientos aislados sin tendencia aparente) Hubo 4 cánceres de piel no melanoma (NMSC) (0,64/100PA) en el grupo de 90 mg y no hubo NMSC en el grupo de 45 mg. Hubo 3 tumores 0,4/100PA distintos de NMSC en el grupo de 45 mg y ninguno en de 90 mg. Las tasas de (MACE) fueron bajas, y no se observó un efecto de dosis (1,15 vs 0,24 para 45 mg y 90 mg respectivamente). No hubo casos de reactivación de tuberculosis o de infecciones oportunistas graves, RPLS, desmielinización, anafilaxis ni reacciones tipo enfermedad del suero.

Conclusiones: Los datos de seguridad recogidos muestran que UST fue bien tolerado en ambas dosis después de 2 años de seguimiento sin nuevos signos de seguridad. El perfil de seguridad de UST en el programa de desarrollo clínico de ApS fue generalmente comparable con el observado en la población con psoriasis.

292. IS ANTI-TNF TAPERING POSSIBLE IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS? A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

V. Navarro-Compán¹, C. Plasencia¹, E. de Miguel¹, A. Balsa¹, E. Martín-Mola¹ and J.D. Cañete²

¹University Hospital La Paz. Madrid. ²Hospital Clínico e IDIBAPS. Barcelona.

Introduction: Anti-TNF therapy is successful for achieving low disease activity or clinical remission in patients with axial spondyloarthritis (axSpA). Nevertheless, this therapy has not clearly shown to slow or inhibit radiographic progression in these patients. Based on this, it is unclear what therapeutic attitude should be adopted once remission has been achieved in patients with axSpA.

Objetivos: To evaluate if anti-TNF tapering is efficacious for maintaining remission or low disease activity (LDA) in patients with spondyloarthritis (axSpA).

Methods: A systematic literature review until August 2014 was performed using Medline, EMBASE and Cochrane databases. The research question was formulated according to the PICOS method: Population (axSpA patients); Intervention (anti-TNF dose tapering); Outcome (flare or change on disease activity); and Setting (longitudinal studies with at least 6 months of follow up after dose adjustment). Data was extracted using a form developed for this specific purpose. For descriptive purpose, the results are shown as median (range) and relative frequencies in percentages.

Results: In total, 8 studies from 763 citations were included. All studies included patients with AS from single centers and no study included patients with non-radiographic axSpA. The study design was retrospective cohort (n = 3), prospective cohort (n = 3), non-randomized trial (n = 1) and RCT (n = 1). In these studies, patients receiving standard doses of anti-TNF therapy who were in remission (BASDAI < 2 and normal CRP) or with LDA (BASDAI < 4 and normal CRP) reduced the anti-TNF therapy dose according to an established protocol (n = 6) or to the physician's criterion (n = 2). The characteristics of the studies were: total number of patients 43 (8-136), number of patients on low-dose regimen 21 (8-109) and follow-up period after anti-TNF tapering 12 (6-21) months. Administered anti-TNF therapy was etanercept (n = 5), infliximab (n = 1) and adalimumab/etanercept/infliximab (n = 2). Baseline characteristics of patients included in the studies were: age 41 (35-54) years old, 78% (75-90) males, disease duration 9 (3-13) years, 89% (75-91) HLA-B27+. Time in remission or LDA before reducing anti-TNF dose was provided in four studies and it was heterogeneous: < 3 months (n = 1) and at least 3 (n = 1) or 6 (n = 2) months. The percentage of patients maintaining LDA or remission after reducing anti-TNF dose was reported in 5/7 studies. These were 47%, 75%, 53-81%, 86% and 100%. The remaining three studies reported mean change in disease activity measures after reducing anti-TNF therapy. Mean BASDAI in these studies before reducing anti-TNF dose was 2.3, 1.6 and 3.1 and at the end of the study was 0.6, 1.4 and 2.1, respectively. Mean CRP (mg/L) before reducing anti-TNF dose was 0.6, 1.0 and 2.3 and at the end of the study was 0.6, 1.3 and 2.1, respectively. Anti-TNF tapering was most frequently done increasing the interval between drug's administration than decreasing the dose of the injection/infusion.

Conclusions: Published data indicates that anti-TNF therapy tapering is successful in maintaining remission or LDA during at least one year in a high number (> 50%) of patients with AS. Further studies required to identify which patients are not within this group.

293. LAS MEJORAS A LARGO PLAZO EN LA FUNCIÓN FÍSICA ESTÁN ASOCIADAS CON MEJORAS EN LA DACTILITIS, ENTESITIS, RECuento DE ARTICULACIONES DOLOROSAS E INFLAMADAS Y PSORIASIS: RESULTADOS DEL ESTUDIO FASE III DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

L. Puig¹, A. Kavanaugh², I.B. McInnes³, C. Ritchlin⁴, P. Rahman⁵, A.B. Gottlieb⁶, M. Song⁷, B. Randazzo⁷, S. Li⁷, Y. You⁷ y A.M. Mendelsohn⁷, en representación del PSUMMIT I

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona.

²University of California. San Diego. CA. EEUU. ³Glasgow Biomedical Research Centre. University of Glasgow. Glasgow. Reino Unido. ⁴University of Rochester Medical Center. Rochester. NY. EEUU. ⁵Memorial University. St Clare's Mercy Hospital. St John's. NL. Canadá. ⁶Tufts Medical Center. Boston. MA. EEUU. ⁷Janssen Research & Development. Spring House. PA. EEUU.

Objetivos: Evaluar la asociación en la mejora de las articulaciones dolorosas e inflamadas (TJC, SJC), psoriasis, dactilitis/entesitis (en los pacientes con afectación al inicio) y la función física usando los datos del ensayo PSUMMIT I.

Métodos: Pacientes adultos con artritis psoriásica (APs) (N = 615) con enfermedad activa (= 5 SJC y = 5 TJC; CRP = 0,3 mg/dL) a pesar del uso de FAMES y/o AINEs fueron aleatorizados a UST 45 mg, 90 mg o PBO en las sem 0,4 y cada 12 sem. Los pacientes previamente tratados con anti-TNF fueron excluidos. El uso concomitante de MTX fue permitido pero no obligatorio. En la sem 16, pacientes con ≤ 5% de mejora en TJC y SJC pasaron a un escape temprano ciego (PBO-UST 45 mg; UST 45 mg-90 mg; 90 mg-90 mg). Los pacientes tratados con PBO pasaron a UST45 mg en sem 24. Los pacientes recibieron la medicación cada 12 sem hasta la sem 88, última evaluación de eficacia en la sem 100 y de seguridad en la sem 108. El porcentaje de cambio desde la situación basal en la puntuación de entesitis, dactilitis, TJC y SJC y respondedores HAQ (respuesta definida como una mejora ≥ 0,3 con respecto a la situación basal) fue evaluado en la sem 52 y 100. La correlación entre el cambio desde la situación basal en HAQ y el porcentaje de cambio desde la situación basal en TJC, SJC, entesitis y dactilitis también se determinó en las sem 52 y 100.

Resultados: Al inicio la media (mediana) de los valores de TJC y SJC fue de 23,5 (20,0) y 12,5 (10,0), respectivamente. 441 (71,7%) y 296 (48,1%) de los pacientes tenían entesitis o dactilitis de inicio respectivamente.; 440 (71,7%) de los pacientes tenían > 3% BSA afectada con psoriasis. Las mejoras en TJC, SJC, dactilitis y entesitis y puntuación PASI fueron generalmente mayores en pacientes respondedores HAQ comparados con los no respondedores HAQ tanto en sem 52 como en sem 100. Se demostró una correlación significativa entre el cambio desde la situación de HAQ y el porcentaje de cambio en los parámetros de resultados para todos los resultados a sem 52 y sem 100. Además se observaron asociaciones en momentos anteriores en semana 24/sem28 [TJC -0,39/-0,36; SJC -0,27/-0,20; entesitis 0,30/0,28 (todo p < 0,0001); dactilitis 0,19/0,18 (p = 0,001/p = 0,002); PASI -0,24/-0,10 (p < 0,0001/p = 0,0397)].

Conclusiones: Según este análisis post-hoc de la población del PSUMMIT I, se asociaron mejoras en la mejora física medidas por HAQ con mejoras en TJC, SJC, dactilitis y entesitis, y estas correlaciones se observaron tan pronto como en sem 24 y continuaron hasta la sem 100. La mejora en la enfermedad cutánea también se asoció con mejoras en HAQ.

294. SEGUIMIENTO A 3 AÑOS DEL ALARGAMIENTO DEL PERIODO DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ARTRITIS PSORIÁSICA AXIAL EN REMISIÓN/BAJA ACTIVIDAD

C. Núñez Cornejo Piquer¹, I. Chalmeta Verdejo¹, R. Negueroles Albuixech¹, E. Grau García¹, D. Hervás Marín², C. Fedec Olmos¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Labrador Sánchez¹, J. Ivorra Cortés^{1,3}, K. Arévalo Ruales¹, I. Martínez Cordellat¹, L. González Puig¹, J.L. Valero Sanz¹, C. Alcañiz Escandell¹ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: La terapia con agentes anti-TNF ha supuesto un importante avance en el tratamiento de enfermedades reumáticas. Sin embargo, se trata de fármacos con un coste elevado y con efectos adversos potencialmente serios, por lo que sería de utilidad analizar su utilización en dosis inferiores a las habituales mediante el alargamiento del intervalo de administración.

Objetivos: Analizar si el alargamiento del intervalo de administración recomendado en terapias anti-TNF en espondilitis anquilosante y artritis psoriásica axial que se encuentran en remisión y/o baja actividad, permite el buen control de la enfermedad.

Métodos: Se han recogido los datos clínicos de pacientes diagnosticados con espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica axial (ApsA), en tratamiento con anti TNF subcutáneo (adalimumab, etanercept y golimumab), que en 2 consultas sucesivas se encontraban en remisión/baja actividad y a los que se les ha alargado el intervalo de administración de la dosis de anti TNF según la siguiente pauta: etanercept 50 mg/15 días, etanercept 50 mg/10 días adalimumab 40 mg/21 días y golimumab 50 mg/5 semanas. Como parámetro de actividad de la enfermedad se ha utilizado el BASDAI, el valor sérico de la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) antes de la modificación de la dosis, y hasta 36 meses tras el alargamiento. El análisis bioestadístico de los datos se realizó mediante modelos de regresión lineal mixto tomando al individuo como coeficiente independiente.

Resultados: Se han incluido un total de 32 pacientes desde febrero de 2011 (24 EA, 8 ApsA) que se encontraban en tratamiento con anti-TNF (13 con adalimumab, 10 etanercept y 9 golimumab). Durante el seguimiento se registran 8 suspensiones del alargamiento (5 por brote de la enfermedad y 3 por otras causas no relacionadas con la enfermedad autoinmune). El BASDAI medio en los 32 pacientes en el inicio del alargamiento era de 2,55, con una PCR media de 2,86 mg/L y VSG de 9,39 mm/h. En 11 de los 32 pacientes se disponen datos de 3 años de seguimiento. El análisis estadístico indica que no existen modificaciones estadísticamente significativas en los valores de BASDAI, PCR y VSG a lo largo del seguimiento de los pacientes (tabla). Tampoco se observan modificaciones de estos valores en base al diagnóstico de los pacientes, al tratamiento biológico previo, tratamiento biológico empleado, o la administración en monoterapia del mismo.

Tabla Póster 294

	BASDAI	PCR mg/L	VSG mm/h
Mes 0	2,72	3,98	8,09
Mes 36	1,99	1,24	6,22

Conclusiones: En el total de los casos donde se ha mantenido el alargamiento del intervalo de administración de dosis, se ha conseguido un buen control de la enfermedad.

295. PREDICTORES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

I. Morante¹, B. Acasuso¹, I. Cabezas¹, P. Tejón², M. Alperi¹, J. Ballina¹, J.L. Riestra¹, L. Arboleya¹ y R. Queiro¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital General de Castellón.

Introducción: Los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica presentan mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en comparación con población normal. Debido a ello, también tienen mayor riesgo de desarrollo de enfermedad cardíaca coronaria, no obstante la frecuencia y predictores de enfermedad cerebrovascular no han sido suficientemente estudiados en estas poblaciones.

Objetivos: Analizar la frecuencia y los determinantes de enfermedad cerebrovascular en una cohorte de pacientes con AP.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivas que incluyó 205 pacientes con AP (criterios CASPAR) de un solo centro universitario. Se definió enfermedad cerebrovascular como todo trastorno de la circulación isquémico o hemorrágico, permanente o transitorio, del SNC diagnosticado por un neurólogo. Las variables incluidas fueron: edad, sexo, nivel educativo, edad al inicio de enfermedad, historia familiar, tipo y severidad de psoriasis, HLA-B27 y C*06, patrón articular, FRCV clásicos, IMC, y medicación. Se realizaron análisis uni y multivariados.

Resultados: De los 205 pacientes incluidos, 9 (4,4%) tuvieron una enfermedad cerebrovascular (6 ictus isquémicos, 2 transitorios y un ictus hemorrágico). En el análisis univariado estos pacientes tenían un nivel educativo bajo (100% vs 40,3% $p = 0,003$), psoriasis pustuloso (33,3% vs 3,6%, $p < 0,0001$), y eritrodermico (11,1% vs 2%, $p = 0,05$), poliartritis como debut (77,8% vs 36,7%, $p = 0,013$), diabetes (66,7% vs 9,7%, $p < 0,0001$), HTA (77,8% vs 28,6%, $p = 0,002$), dislipemia (55,6% vs 29,6%, $p = 0,05$), cardiopatía isquémica (44,4% vs 2,6%, $p < 0,0001$) y vasculopatía periférica (33,3% vs 1,5%, $p < 0,0001$). En el análisis multivariado los predictores de enfermedad cerebrovascular fueron: psoriasis pustuloso (OR 10,9, IC95%: 1,2-100,2, $p = 0,034$), eritrodermia (OR 31,2, IC95%: 1,8-540,5, $p = 0,019$), inicio poliarticular (OR 7,8, IC95%: 1,06-57,3, $p = 0,044$), diabetes (OR 9,7, IC95%: 1,60-58,9, $p = 0,013$) y cardiopatía isquémica (OR 23, IC95%: 3,07-172,2).

Conclusiones: La enfermedad cerebrovascular es frecuente en la población con AP. Los elementos relacionados con su desarrollo dependen de la severidad de la psoriasis y de la artritis, así como de otras comorbilidades CV.

296. ENFERMEDAD PSORIÁSICA: EXPERIENCIA DE UNA APROXIMACIÓN MULTIDISCIPLINAR

M. Millán¹, A. Laiz¹, A. López-Ferrer², P. Moya¹, B. Magallares¹, A. Acosta¹, E. Vilarrasa², L. Puig² y J.M. de Llobet¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Dermatología. Unidad de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Caracterizar nuestra población de pacientes e identificar si la evaluación multidisciplinaria conduce a cambios significativos en el diagnóstico, en una clínica conjunta de Reumatología-Dermatología (PAIDER), en un Hospital universitario de Barcelona.

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes evaluados entre junio de 2012 y octubre de 2014 en una visita conjunta semanal de Reumatología-Dermatología en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Se registraron datos demográficos, sitio y motivo de referencia, número de visitas, diagnósticos realizados por cada especialidad (Reumatología-Dermatología), factores de riesgo cardiovascular, complejidad del paciente teniendo en cuenta otras comorbilidades asociadas (hepatopatía, enfermedad neoplásica, enfermedad psiquiátrica), efectos adversos a medicaciones, o efectos paradójicos de la terapia biológica.

Resultados: Se evaluaron 225 pacientes (50% mujeres), con un total de 397 visitas. Los pacientes fueron remitidos por reumatología en el 47% de casos, por dermatología en el 36% de casos, por médicos de familia y otras especialidades en 17% de los casos. El motivo de referencia fue la confirmación del diagnóstico en 51,5% de casos, manejo de la enfermedad en 13,3% de casos, y ambas en 35,1%. En 55% de los pacientes la primera visita fue resolutoria, pero en 56% de los casos se requirieron 3 o más visitas de seguimiento. Los diagnósticos dermatológicos incluyeron: psoriasis 59% (27% solo afectación ungüeal), onicomicosis 8%, otras enfermedades eritemato-descamativas 6%. Los diagnósticos reumatológicos fueron: artritis 49%, entesitis 5%, dactilitis 8%, osteoartritis 16%, gota 6%, y otros diagnósticos 16%. Los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes evaluados fueron: hipertensión arterial 24,3%, dislipidemia 28,6%, diabetes 10,5%, hiperuricemia 8,3%, tabaquismo 22,5%, osteoporosis 10,4%. La enfermedad hepática fue coexistente en 21% de los pacientes, enfermedad neoplásica en 14%, enfermedad psiquiátrica en 27%, efectos adversos a medicaciones en 22%, y efectos paradójicos a la terapia biológica en 23%. Un score basado en el grado de complejidad del paciente se correlacionó con el número de visitas en nuestro programa (ρ de Spearman = 0,217, $p = 0,006$).

Conclusiones: Psoriasis y artritis psoriásica fueron los diagnósticos más frecuentes en nuestra clínica conjunta. La resolución diagnóstica y/o terapéutica se alcanzó en 81,7% de los casos en máximo dos visitas. La afectación ungueal fue un reto diagnóstico que motivó importante número de consultas. El dolor musculoesquelético se asoció con un diagnóstico definitivo de artritis psoriásica en 62% de casos. En nuestra experiencia, el número de comorbilidades y la complejidad del paciente fueron relevantes y se asociaron con un aumento en el número de visitas. Por tanto, nuestra clínica conjunta se caracteriza por la coexistencia de dos modelos: visitas diagnóstico-terapéuticas altamente resolutivas, y provisión de cuidados especializados para pacientes de alta complejidad.

297. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. RESULTADOS DEL HUVIR (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA)

R. Martínez Pérez¹, N. Garrido Puñal¹, C. Aguilera Cros¹, M. Lisbona Muñoz¹, A. Muñoz Jiménez¹, P. León Rubio¹, M. Fernández Alba¹, E. Rubio Romero¹, B. Hernández Cruz¹ y J. Povedano Gómez^{1,2}

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Métodos: Pacientes: se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EA (ASAS 2009), atendidos en la Unidad de Gestión Clínica del HUVIR en Sevilla, durante enero de 2008 a mayo de 2014 y que recibieron al menos una dosis de etanercept, de acuerdo con ficha técnica en España. Diseño: estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y analítico. Cinco reumatólogos, tras definir el proyecto y las variables a recabar revisaron las HC de los pacientes y recogieron de ellas en una base de datos diseñada exprofeso variables sociodemográficas, de la EA y clínicas. Como parte del manejo clínico, al alcanzar remisión definida como BASDAI = 4 más decisión del médico tratante, sostenida durante al menos dos visitas consecutivas se decidió reducir la dosis del biológico. Análisis estadístico: descriptivo, uni y multivariante con regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, se excluyeron 2 (5%) por datos incompletos para el análisis. La edad mediana (p25-p75) de los 42 (95%) pacientes incluidos fue de 49 (36,7 a 56,2), 86% hombres, 50% recibieron etanercept como primer biológico y el resto como segundo o tercero; 8 (19%) recibieron MTX concomitante y 1 dosis bajas de corticoides. El tiempo de evolución de la EA fue de 9,7 (6,9-22) años. Se encontró remisión y fue posible reducir la dosis de etanercept en 28 (67%) de los casos. En los casos en donde fue posible reducir la dosis la mayoría (36%) recibían dosis de 25 mg

Tabla Póster 297

Variable	Dosis reducida (n = 28, 67%)	Dosis estándar (n = 14, 33%)	p
Sexo masculino	27, 96%	9, 64%	0,01
Corticoides	0,0	1, 7%	0,3
FR positivo	1, 4,1	0, 0%	1,0
	Mediana (p25-p75)	Mediana (p25-p75)	
Edad	49 (34-58,2)	47 (36,7-53,4)	0,7
Tiempo evolución EA (años)	8,4 (6,8-19)	10,6 (6,8-31)	0,1
Tiempo en dosis reducida (meses)	30 (17-66)	36 (6,5-85,3)	0,7
Articulaciones tumefactas	0 (0-0)	0 (0-0,5)	0,1
Articulaciones dolorosas	0 (0-10)	0 (0-2)	0,9
PCR mg/dl	1,5 (0,6-3,6)	7,4 (1,9-18,0)	0,05
VSG mm/hora	6 (5-9)	12 (4,5-37,2)	0,04

de etanercept cada 7 días y en ninguno se suspendió la dosis definitivamente. Las características principales de los dos grupos de pacientes se muestran en la tabla. En el análisis multivariante se encontró que la presencia de afectación periférica, el sexo masculino, y menor duración de la enfermedad se asociaron con posibilidad de reducción de dosis.

Conclusiones: En pacientes con EA atendidos en práctica clínica habitual que responden adecuadamente a etanercept, la remisión o un estado de baja actividad son posibles y permiten reducir la dosis del biológico en dos tercios de los pacientes, no obstante la suspensión definitiva ocurre de modo infrecuente.

298. VALORACIÓN DEL GROSOR ÍNTIMA MEDIA CAROTÍDEO EN LAS DIFERENTES FORMAS DE ESPONDILOARTRITIS

A. Uceda Galiano, L.F. Linares Ferrando y E. Pagán García

Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Los pacientes con enfermedades inflamatorias reumáticas presentan un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares así como una mayor morbimortalidad cardiovascular.

Objetivos: Estudiar el grosor íntima media carotídea (GIMc) como marcador de arteriosclerosis subclínica en una cohorte de pacientes con espondiloartritis (SpA) y su correlación con parámetros clínicos y de actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en el que se incluyeron 30 pacientes diagnosticados de SpA en sus diferentes formas (espondilitis anquilosante (EA), SpA axial no radiográfica (SpAax-nr), artritis psoriásica (APs), artritis reactiva (ARE) y artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII). GIMc fue medido mediante ecografía-doppler de alta resolución. Se recogieron características sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular clásicos, parámetros de actividad de la enfermedad como proteína C reactiva (PCR) o velocidad de sedimentación (VSG), scores de actividad y funcionalidad de la enfermedad así como el estado del HLAB27. Los resultados se compararon con un grupo control de similares características.

Resultados: La edad media de los pacientes con SpA fue de 44,90 ± 7,3 y al inicio de los síntomas de 40,17 ± 5,9 años. La duración media de la enfermedad fue de 4,73 ± 4,1 años. El 73,3% de los pacientes fueron varones y el 66,7% presentaron HLA B27 positivo. Se observó un aumento significativo del GIMc en los pacientes con SpA (0,62 ± 0,70 mm) respecto a los controles (0,49 ± 0,41 mm), p < 0,0001. El GIMc se correlacionó con el valor de PCR (r = 0,41, p < 0,01) y ASDAS-PCR (r = 0,38, p < 0,034).

Tabla Póster 298

	Pacientes con SpA	Controles	p
Edad (años)	44,9 ± 7,3	45,8 ± 6,3	< 0,0001
Sexo (M/F)	22/8	23/7	
IMC (kg/T2)	23,0 ± 3,1	22,9 ± 3,6	
Tabaquismo activo	20 (66,7%)	19 (63,3%)	
HTA	9 (30%)	10 (33,3%)	
DM	8 (26,7%)	5 (16,7%)	
CT (mg/dl)	195,2 ± 40,5	199,7 ± 55,3	
HDL-CT (mg/dl)	47,0 ± 8,4	48,0 ± 9,4	
LDL-CT (mg/dl)	107,3 ± 26,5	105,4 ± 30,8	
TG (mg/dl)	185,8 ± 63,2	183,8 ± 52,0	
GIMc (mm)	0,62 ± 0,7	0,49 ± 0,4	

Conclusiones: Nuestro estudio mostró un aumento del GIMc en los pacientes con SpA sin enfermedad cardiovascular evidente y por tanto, una mayor prevalencia de arteriosclerosis subclínica. Esta arteriosclerosis subclínica se podría correlacionar con la actividad de la enfermedad. La medición del GIMc mediante ecografía caro-

tidea es un procedimiento útil para identificar de forma precoz a aquellos pacientes que van a presentar un mayor riesgo de sufrir un evento cardiovascular.

299. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA (APS). RESULTADOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (HUVR)

E. Rubio Romero¹, M. Lisbona Muñoz², A. Muñoz Jiménez¹, N. Garrido Puñal¹, C. Aguilera Cros¹, R. Martínez Pérez¹, M. Fernández Alba¹, P. León Rubio¹, B. Hernández Cruz² y J. Povedano Gómez^{1,2}

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Métodos: Pacientes: se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de APS (CASPAR 2006), atendidos en la Unidad de Gestión Clínica del HUVR en Sevilla, durante el periodo de enero de 2008 hasta mayo de 2014 y que recibieron al menos una dosis de etanercept con indicación en ficha técnica en España. Diseño: estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y analítico. Cinco reumatólogos, tras definir el proyecto y las variables a recabar revisaron las HC de los pacientes y recogieron de ellas en una base de datos diseñada exprofeso variables sociodemográficas, de la APS y clínicas. Como parte del manejo clínico, al alcanzar remisión definida como = 1 articulación tumefacta y = 1 articulación dolorosa sostenida durante al menos dos visitas consecutivas, se decidió reducir la dosis del biológico. Análisis estadístico: descriptivo, uni y multivariante con regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, se excluyeron 2 (3%) por datos incompletos para el análisis. La edad mediana (p25-p75) de los 60 (97%) pacientes incluidos fue de 50 (25 a 75) años, 55% varones, 2% FR+, 68% recibieron etanercept como primer biológico y el resto como segundo o tercero; 13% fueron tratados con MTX concomitante y 13% con dosis bajas de corticoides. El tiempo de evolución de la PSA fue de 10 (7-17,1) años. Se encontró remisión y fue posible reducir la dosis de etanercept en 51 (85%) de los casos. En los casos en donde fue posible reducir la dosis, tan solo 1 (2%) suspendió el tratamiento por persistencia de la remisión y la mayoría (40%) recibían dosis de 25 mg de etanercept cada 7 días. Las características principales de los dos grupos de pacientes se muestran en la tabla. En el análisis multivariante se encontró que ninguna de los modelos fue capaz de predecir respuesta de modo preciso, no obstante el tiempo en tratamiento con el biológico y el número de articulaciones tumefactas fueron excluidas debido a colinearidad.

Tabla Póster 299

Variable	Dosis reducida (N = 51, 85%)	Dosis estándar (9, 15%)	p
Sexo masculino	26, 51%	7, 14%	0,1
Corticoides	7, 14%	1, 11%	1
	Mediana (p25-p75)	Mediana (p25-p75)	
Edad (años)	47 (41-56)	49 (51-41,5)	0,6
Tiempo evolución APs (años)	9,9 (7-17,1)	10,5 (5-21,6)	0,1
Articulaciones tumefactas	0 (0-0)	0 (0-0,5)	0,5
Articulaciones dolorosas	0 (0-0)	0 (0-1)	0,3
PCR mg/dl	1,6 (0,6-6,1)	3,9 (0,9-5,3)	0,5
VSG mm/hora	1,6 (0,6-6,1)	10 (10-24)	0,5
Duración del tratamiento (años)	2,7 (1,0-5,5)	4,5 (2,7-7,1)	0,01

Conclusiones: En pacientes con PSA y adecuada respuesta a etanercept que se atienden en práctica clínica, la remisión es posible y permite reducir la dosis del biológico en dos tercios de los casos, si bien la suspensión definitiva del biológico es poco frecuente.

300. ¿QUIÉN REMITE A NUESTROS PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA? IMPORTANCIA DE UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA-DERMATOLOGÍA

D. Palma Sánchez¹, A.C. Haro Martínez¹, M.J. Moreno Martínez¹, E. Peñas Martínez¹, M. Mayor González¹ y S. Soro Marín²

¹Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.
²Unidad de Reumatología. Hospital General de Villarrobledo.

Introducción: La artritis psoriásica (APS) es una enfermedad inflamatoria articular crónica y progresiva que afecta hasta el 30% de los pacientes con psoriasis. Es preciso realizar un diagnóstico precoz de la artritis psoriásica para evitar un daño estructural irreversible y discapacidad del paciente. En este sentido, los dermatólogos juegan un papel importante en la detección precoz de esta enfermedad ya que en la mayoría de casos, la afectación cutánea precede en años a la articular. En los últimos años, se han publicado varias revisiones que remarcan la importancia del screening de los pacientes con psoriasis para detectar posible afectación articular. Para evaluar si las recomendaciones publicadas en estos últimos años han cambiado la actitud de los dermatólogos ante la detección precoz de la artritis psoriásica se evaluara en este estudio si los pacientes con reciente diagnóstico son derivados más frecuentemente por dermatólogos.

Objetivos: Determinar qué especialista deriva a los pacientes con sospecha de artritis psoriásica a la consulta de Reumatología y si existe asociación con el tiempo de evolución desde el diagnóstico de la artritis psoriásica.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron 110 pacientes con artritis psoriásica de una consulta de Reumatología del Hospital General Rafael Méndez. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de artritis psoriásica incluyendo: servicio de derivación, tipo de afectación articular de la enfermedad (axial, periférica, mixta), tiempo de diagnóstico (en años) de artritis psoriásica y psoriasis. Para analizar si el tiempo de evolución de la enfermedad podría influir en quien derivaba a nuestros pacientes realizamos una prueba no paramétrica K para muestras independientes y se realizó chi-cuadrado para evaluar si existían diferencias entre enfermedad precoz y establecida.

Resultados: De los 110 pacientes incluidos en el estudio, encontramos información sobre la derivación a nuestras consultas en 71 pacientes (64,5%). Las características socio-demográficas y clínicas se detallan en la tabla. De los 71 pacientes, 58 (81,7%) fueron remitidos a Reumatología a través del Médico de Familia y Comunitaria, un 8,4% provenían de la consulta de Dermatología, un 5,6% de Traumatología y un 5,6% de otras especialidades. 59 de los pacientes (83,3%) presentaban afectación periférica, un 15,2% afectación mixta y solo un 1,3% afectación axial pura. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el tipo de afectación articular y la derivación de los pacientes. Tampoco encontramos asociación entre el tiempo de evolución del diagnóstico de la enfermedad y el especialista que derivaba.

Tabla Póster 300

Características basales	N = 71
Edad (años ± DE)	51,88 ± 11,47
Sexo, n (%)	Varón, 39 (54,9%)
Tiempo de diagnóstico artritis psoriásica (años ± DE)	6,5 ± 5,70
Tiempo de diagnóstico psoriasis cutánea (años ± DE)	15,23 ± 13,02

Conclusiones: A pesar de las últimas recomendaciones publicadas en diversas revistas, incluidas de Dermatología, los dermatólogos continúan sin evaluar de forma rutinaria a los pacientes con psoriasis para detectar signos y síntomas de artritis psoriásica siendo los Médicos de Familia y Comunitaria los especialistas que más frecuentemente derivan a nuestros pacientes con sospecha de artritis psoriásica.

301. INFLUENCIA DE LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL PRECOZ: RESULTADOS DE LA COHORTE ESPERANZA

R. Almodóvar¹, V. Navarro-Compán², A. Erra³, J. Sanz⁴, P. Zarco¹
y Grupo ESPERANZA

¹Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Comarcal Alt Penedés. Villafranca del Penedés. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

Introducción: En la actualidad, se ha visto que muchos de los síntomas y limitaciones de las espondiloartropatías pueden mejorar con el ejercicio físico. Para conocer la influencia del ejercicio en nuestra población con EspA axial precoz, nuestro grupo decidió analizar las posibles diferencias existentes.

Objetivos: Analizar la existencia de diferencias clínicas, de imagen, calidad de vida, incapacidad laboral y tratamiento entre pacientes con EsA axial precoz que realizan ejercicio físico frente a los que no.

Métodos: Análisis descriptivo basal de una cohorte de 291 pacientes con EspA axial según criterios ASAS, incluidos en programa ESPERANZA. Se compararon entre ambos grupos de pacientes: datos sociodemográficos, datos de laboratorio (VSG, PCR, HLA B27); actividad de la enfermedad (BASDAI, ASDAS); índice funcional de Bath (BASFI), índice de Bath de evaluación radiográfica (BASRI), calidad de vida (AsQoL), incapacidad laboral y tratamientos con AINEs. Se realizó en 109 pacientes RM de articulaciones sacroilíacas, de manera que la presencia de sacroileítis activa se definió acorde a los criterios del grupo ASAS. Se definió la práctica de ejercicio físico cuando el paciente lo confirmaba en la consulta como parte de su rutina habitual. Análisis estadístico: Se usó el test chi cuadrado para la comparación de variables categóricas, y test t-Student para el contraste de variables continuas.

Resultados: Un total de 291 EspA axial precoz (191 varones y 100 mujeres), con una edad media de 32 ± 7 años y una duración media de la enfermedad de $13 \pm 6,7$ meses fueron evaluados. La prevalencia de pacientes con EspA axial que realizaban ejercicio físico fue del 44% (127). En los pacientes con EspA axial que practicaban ejercicio físico se encontraron diferencias estadísticamente significativas frente a los que no realizaban ejercicio físico en cuanto a: mayor presencia de enfermedad inflamatoria intestinal (5,5% vs 1,1%; $p = 0,04$); menor VSG aunque dentro del rango normal ($10,2 \pm 11,1$ vs $16,5 \pm 14,7$; $p = 0,001$) y más tratamiento con AINEs (92% vs 73% $p < 0,01$). No se encontraron diferencias significativas a nivel de edad, sexo, BASDAI, ASDAS, BASFI, BASRI, calidad de vida, sacroileítis por RM e incapacidad laboral.

Conclusiones: Menos de la mitad de nuestros pacientes con EspA axial precoz practicaban ejercicio en el momento del diagnóstico. El grupo de pacientes que realizaban ejercicio físico habitual presentaban mayor frecuencia de enfermedad inflamatoria intestinal y consumían más AINEs, curiosamente.

Programa Esperanza ha sido apoyado por una subvención sin restricciones de Pfizer.

302. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. ¿IMPORTA LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD?

D. Palma Sánchez¹, A.C. Haro Martínez¹ y P. Egea-Serrano²

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Cardiología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria articular crónica con una prevalencia entre 2-3% de la población general. Varios estudios han demostrado un aumento de prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con psoria-

sis y artritis psoriásica que se ha asociado al proceso inflamatorio crónico subyacente, que parece jugar un papel significativo en la aterogénesis y enfermedad coronaria. La duración de la enfermedad puede tener un impacto en la incidencia de morbilidad cardiovascular en pacientes con artritis psoriásica por mantener un estado crónico de inflamación.

Objetivos: Analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares convencionales y eventos cardiovasculares en pacientes con artritis psoriásica de una consulta de reumatología y establecer la relación de la duración de la enfermedad con estos factores.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis psoriásica según criterios CASPAR valorados en una consulta de reumatología. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la duración de la enfermedad: enfermedad precoz (menos de 2 años de evolución) y enfermedad establecida (de 2 o más años de evolución). Se evaluaron los siguientes factores de riesgo cardiovasculares: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia (DLP), obesidad (índice de masa corporal IMC > 30) y hábito tabáquico. Los eventos cardiovasculares analizados fueron: cardiopatía isquémica (CI), ictus isquémico y arteriopatía periférica.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 110 pacientes con artritis psoriásica (56% hombres y 44% mujeres), de los cuales 85 (77,3%) tenían enfermedad establecida y 25 (22,7%) enfermedad precoz. No se encontraron diferencias en cuanto al sexo y edad entre ambos grupos. La duración media de la artritis psoriásica fue de $7,04$ años $\pm 4,8$. La edad media de los pacientes fue de $51,52$ años $\pm 11,29$. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la dislipemia (37,3%), obesidad (35,8%), hábito tabáquico (35,2%), HTA (30%) y DM (8,2%). Los eventos cardiovasculares encontrados en nuestra población fueron: cardiopatía isquémica en 3 pacientes (2,7%) e ictus isquémico en 1 paciente (0,9%). Ningún paciente presentaba arteriopatía periférica. No se encontró relación entre la duración de la enfermedad y los factores de riesgo cardiovasculares ajustado por edad y sexo.

Conclusiones: Encontramos un aumento de prevalencia en factores de riesgo cardiovasculares en nuestros pacientes con artritis psoriásica similar a los hallados en estudios previos. Sin embargo, la prevalencia de eventos cardiovasculares fue inferior a la descrita previamente. No encontramos relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad (precoz vs establecida) y la prevalencia de factores de riesgo y eventos cardiovasculares. Se precisa de estudios longitudinales a más largo plazo para confirmar estos resultados.

303. SÍNDROME METABÓLICO EN ESPONDILOARTRITIS. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. ¿MISMO RIESGO PARA TODOS?

E. Alonso Blanco-Morales¹, J.M. Bravo-Ferrer², R. Rey¹, C. Bejerano¹, C. Fernández¹, N. Oreiro¹, M. Silva¹, A. Raga¹, B. de Aspe¹, G. Graña¹, M. Acasuso¹, J. de Toro¹, F.J. Blanco¹ y J.A. Pinto¹

¹Servicio de Reumatología. INIBIC; ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: Se ha demostrado un aumento de riesgo cardiovascular en los pacientes con espondiloartritis (SpA), particularmente en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs). Además, se ha descrito una mayor prevalencia de síndrome metabólico en estos pacientes.

Objetivos: Describir la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con SpA, y realizar una comparación entre pacientes con EA y APs.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de seguimiento (2004-2014) de 410 pacientes con SpA (188 con EA según los Criterios de Nueva York modificados y 222 APS según los Criterios

CASPAR) pertenecientes a un hospital de tercer nivel asistencial. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos correspondientes a la visita basal de los pacientes. Todos los pacientes firmaron previamente un consentimiento informado aprobado para el estudio por el CEIC del centro y el autonómico. Se definió el síndrome metabólico según los criterios Adult Treatment Panel III (ATPIII) (cumplimiento de al menos 3 criterios de los siguientes: glucosa > 100 mg/dL, triglicéridos > 150 mg/dL o tratamiento, HDLc < 40 mg/dL (hombres)/ < 50 mg/dL (mujeres) o tratamiento, perímetro abdominal > 102 cm (hombres)/88 cm (mujeres) y TA < 130/85 mmHg. Para el análisis estadístico, se utilizaron los tests de chi-cuadrado/Fisher para variables cualitativas, t de Student/U Mann Whitney para variables cuantitativas y regresión logística, mediante el programa SPSS v21.0. Se consideró $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: De los 410 pacientes, 280 (68%) eran hombres (78% en EA y 60% en APs, $p < 0,001$). La edad media fue de 50 años (± 14), sin diferencias entre ambos grupos. Los porcentajes observados para cada uno de los ítems que componen la definición de síndrome metabólico fueron las siguientes; 25% presentaban glucosa elevada, 19% HDL bajo, 26% triglicéridos elevados, 74% perímetro abdominal aumentado y 68% presión arterial elevada. El 37% (107 de 287 pacientes de los que se disponían todos los datos para su cálculo) cumplían criterios de síndrome metabólico, siendo la prevalencia mayor en el grupo de APs 47% frente a 24% en EA, $p < 0,001$, destacando diferencias en cuanto a valores de glucosa elevados (32% y 16%, para APs y EA respectivamente, $p < 0,001$) y presión arterial elevada (72,2% y 61,7% para APs y EA respectivamente, $p 0,035$). El síndrome metabólico se relacionó con el sexo masculino, mayor edad, mayor IMC hiperuricemia y con la afectación periférica en la muestra global ($p < 0,05$). En EA, se relacionó con la afectación periférica/mixta, con mayor BASDAI y mayor distancia trago-pared ($p < 0,05$). En el análisis multivariado, el síndrome metabólico se relacionó significativamente con el sexo masculino (OR 6,1), mayor IMC (OR 1,2) y el diagnóstico de APs (OR 4,1).

Conclusiones: Se demuestra una prevalencia elevada de síndrome metabólico en pacientes con SpA, siendo considerablemente mayor en pacientes con APs (en nuestra serie, 1 de cada 2 pacientes), con una odds ratio de 4,1 respecto a EA. Este riesgo se encuentra por encima del comunicado por otras series respecto a la población general (20-30%). Estos resultados enfatizan la importancia de la detección y tratamiento precoz de los factores de riesgo cardiovascular en esta población.

304. INFLUENCIA DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN LA INMUNOGENICIDAD EN UNA COHORTE DE ESPONDILOARTRITIS EN REMISIÓN Y BAJA ACTIVIDAD CLÍNICA

I. Monjo¹, C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², B. Paredes¹, A. Pieren¹, C. Tornero¹, E. Moral¹, G. Bonilla¹, L. Nuño¹, D. Peiteado¹, A. Villalba¹, T. Jurado², C. Diego², J. Díez³, E. Martín Mola¹ y A. Balsa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Inmunología; ³Servicio de Bioestadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: En pacientes en remisión o baja actividad tratados con biológicos se está contemplando la posibilidad de optimizar el

tratamiento (reducción de dosis o alargar el intervalo de administración). Se postula si el uso de esta estrategia podría aumentar el desarrollo de anticuerpos anti-fármaco (ADA) con la consecuente ineficacia secundaria.

Objetivos: Investigar la influencia de la estrategia de optimización de inhibidores del TNF (antiTNF) en una cohorte de pacientes con espondiloartritis (EspA) en baja actividad o remisión, en la aparición de ADA, niveles de fármaco libre y la aparición de brotes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con EspA en tratamiento con antiTNF: infliximab (Ifx), adalimumab (Ada), etanercept (Etn) y golimumab (Gol) en estrategia de optimización. Del total de 148 pacientes con dosis reducida, se incluyeron aquellos que estaban con el primer tratamiento biológico y fueron optimizados después de al menos 6 meses de remisión clínica o baja actividad (medida por BASDAI < 4 junto con uno de lo siguiente: PCR normal o Delta-BASDAI ≥ 2). Se definió brote como BASDAI ≥ 4 asociado a PCR elevada (> 5 mg/L) y/o Delta-BASDAI ≥ 2 . Se midió la actividad clínica (BASDAI, ASDAS) y datos serológicos (PCR) de actividad de la enfermedad, así como niveles de fármaco y determinación de ADA en visitas sucesivas en el momento basal, pre-optimización (visita-pre) y visita final postoptimización con tiempo de seguimiento de 2 años (visita-final).

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, 44 varones (71%) y 18 mujeres (29%). El 82,2% de los pacientes eran HLA B27 positivo. La edad media fue de 51 años. Las enfermedades estudiadas y características clínicas se describen en la tabla. No hubo diferencias significativas en el índice ASDAS medio entre la visita-pre y la visita-final ($p = 0,219$). Lo mismo ocurrió con el BASDAI ($p = 0,271$) y la PCR (0,051). Durante el seguimiento sólo en 9 pacientes (14,5%) se registraron brotes. Nueve (14,52%) de los pacientes desarrollaron ADA en algún momento del seguimiento: 5 en tratamiento con Ifx, 3 con Ada y 1 con Gol. Dos pacientes eran ya ADA positivo en la visita-pre, 2 desarrollaron ADA durante el brote en el periodo postoptimización y 7 eran ADA positivos al final del seguimiento. Asimismo los pacientes sin fármaco detectable en el momento de los brotes desarrollaron ADA al final del seguimiento ($p = 0,035$), alcanzando la significación estadística. Respecto a los FAMES concomitantes, en ninguno de los pacientes que estaban en tratamiento con metotrexato al inicio del biológico se detectó ADA, aunque no alcanzó la significación estadística, probablemente por el escaso número de pacientes que desarrollaron ADA. Esta relación no fue tan clara con sulfasalazina.

Conclusiones: En pacientes con EspA en baja actividad mantenida, la optimización de tratamiento antiTNF es una estrategia terapéutica útil y segura, que no parece asociarse con empeoramiento clínico en la mayoría de los pacientes. Pese a la optimización del fármaco sólo un pequeño número de pacientes desarrollaron ADA. Se relacionó la ausencia de fármaco libre previo a la reducción de dosis con la detección de ADA durante el seguimiento. Además, el uso de terapia concomitante con metotrexato sugiere un efecto protector frente al desarrollo de ADA, por lo que puede plantearse como una opción útil en pacientes optimizados.

Tabla Póster 304

Diagnósticos	n (%)	Tratamiento	n (%)	Medidas de actividad (media ± DE)				
				Visita basal	Visita preoptimización	Visita final	Visita preoptimización vs visita final (p)	
Espondilitis anquilosante	32 (51,6%)	Ifx	20 (32,3%)	ASDAS	3,46 ± 0,99	1,26 ± 0,69	1,40 ± 0,88	0,219
Artritis psoriásica	18 (29%)	Ada	18 (29%)	BASDAI	5,75 ± 1,11	1,73 ± 1,31	1,98 ± 1,68	0,271
EspA asociada a EII	5 (8,1%)	Etn	19 (30,6%)	PCR	10,80 ± 12,86	3,34 ± 7,17	3,21 ± 5,02	0,051
EspA axial no radiológica	7 (11,3%)	Gol	5 (8,1%)					

305. RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESPONDILOARTRITIS. ¿SON APLICABLES LAS ESCALAS DE RIESGO?

E. Alonso Blanco-Morales¹, J.M. Bravo-Ferrer², R. Rey¹, C. Bejerano¹, C. Fernández¹, N. Oreiro¹, J. Gromaz¹, A. Raga¹, A. Atanes¹, M. Freire¹, J. de Toro¹, F.J. Blanco¹ y J.A. Pinto¹

¹Servicio de Reumatología. INIBIC; ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: Numerosos estudios han descrito un aumento de la morbimortalidad cardiovascular (CV) en pacientes con espondiloartritis (SpA) frente a la población general, principalmente en artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA). Esto es debido tanto a un aumento de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) clásicos como a otros FRCV no clásicos desencadenados por un estado de inflamación crónica. Las recomendaciones EULAR DE 2010 aconsejan la medición del riesgo CV (RCV) utilizando las escalas de riesgo en pacientes con artritis inflamatoria. **Objetivos:** Describir los FRCV de una cohorte de pacientes con SpA evaluar el RCV de los mismos utilizando escalas validadas midiendo su correlación con los eventos isquémicos a lo largo de un seguimiento de 6 años.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo de 410 pacientes con SpA pertenecientes a la cohorte de seguimiento (2004-2014) de un hospital universitario de tercer nivel asistencial. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes en su correspondiente visita basal. Para evaluar el riesgo CV se utilizaron las escalas calibradas para la población española (SCORE y REGICOR) y el Framingham clásico y por categorías. Para la medición de dichas escalas se excluyeron a los pacientes con edad < 34 años y > 74 años, los que tenían antecedente de evento CV (ECV) y a aquellos que no disponían de los datos necesarios para su cálculo. En estos pacientes se recogieron los ECV acontecidos hasta diciembre de 2014. Las variables cualitativas se analizaron mediante test de chi-cuadrado/Fisher y las cuantitativas mediante t de Student/U Mann Whitney. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 21.0. Se consideró una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

Resultados: De los 410 pacientes con SpA, 188 correspondían a EA y 222 a APs. El 68,3%, 280 eran hombres, la edad media fue de 50 (± 14) años y la duración media de la enfermedad fue de 8 (± 9) años. Entre los distintos FRCV destacamos: 27,8% eran fumadores activos, el 6% estaban diagnosticados de diabetes mellitus, un 3% habían presentado previamente un ECV, el perímetro abdominal medio fue de 96 (± 15), el IMC medio fue de 28 (± 6) "sobrepeso", las cifras de colesterol total, HDL, TG y ácido úrico medio fueron de: 213 (± 6), 60 (± 17), 133 (± 160) y 5,6 ($\pm 1,7$) mg/dl respectivamente. La PCR media fue de 1,2 ($\pm 1,9$) mg/dl. Ciento siete pacientes cumplían criterios diagnósticos de síndrome metabólico. Tras aplicar los criterios de exclusión, la medición del RCV mediante las escalas validadas se realizaron en 195 pacientes con SpA (71EA y 124 APs). Este subgrupo de pacientes no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las características basales anteriormente comentadas de la muestra global. Estos fueron los resultados obtenidos: SCORE calibrado español 4,8%, Framingham clásico 9,8%, Framingham por categorías 10,2%, REGICOR 4,3%. A lo largo de una media de seguimiento de 6 (± 2) años, 13 pacientes sufrieron un ECV. La tasa de ECV fue de 12,3%. Si hacemos uso de las escalas de RCV como predictoras de ECV, en nuestra serie la escala con mejor predicción sería la Framingham clásica con un área bajo la curva de 0,845 (IC 0,778-0,912 $p < 0,001$) con una S 100% y E 57% tomando como punto de corte un Framingham clásico a partir del 10%.

Conclusiones: Como se ha descrito en otros trabajos, parece ser que las escalas SCORE y Framingham calibradas para España infraestiman el RCV en pacientes con SpA (en nuestra serie, sin completar el seguimiento de 10 años, los eventos recogidos, dupli-

can la estimación de ambas escalas). Parece razonable la posibilidad de aplicar un factor corrector a estas escalas, tal como aconsejan las recomendaciones EULAR en la artritis reumatoide. Hasta que esto ocurra, sería adecuado aplicar a estos pacientes la escala de Framingham clásica.

306. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN SEGURA DE AINES EN PACIENTES CON ESPONDILITIS AXIAL

M.D. García Armario¹, S. Muñoz Gil², B.C. Garrido López², R. Cortés Verdu¹ y T. Mut Dólera³

¹Reumatología. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. ²Reumatología. Hospital de Manises. ³Medicina Nuclear. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Introducción: En 2014 se publicó un documento de consenso elaborado por expertos de tres sociedades científicas nacionales de Reumatología, Cardiología y Digestivo (SER-SEC-AIG) sobre la prescripción segura de AINES, donde se reflejan varias recomendaciones para el uso de AINE basándose en la clasificación de los pacientes según el riesgo gastrointestinal y cardiovascular que presenta (clasificando este en riesgo alto, intermedio y bajo). En Reumatología el uso de AINES es muy extenso, asociado a muchas patologías siendo una de las principales las espondiloartropatías. Según las recomendaciones (ASAS) para el tratamiento de la afectación axial de éste grupo de patologías el primer escalón terapéutico son los AINE a dosis plenas de forma crónica, previo a la valoración de la necesidad de iniciar tratamiento biológico en caso de haber fallado al menos al tratamiento con 2 AINES a dosis plena y al menos durante 8 semanas.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar el grado de cumplimiento del consenso sobre la prescripción segura de AINE en pacientes con espondiloartritis axial en tratamiento con AINES.

Métodos: Estudio de cohortes, observacional, retrospectivo de manera transversal donde se incluyeron de forma aleatoria los pacientes con espondiloartropatía axial diagnosticada según los criterios ASAS y en tratamiento con AINE durante al menos 6 meses, que acudieron en diciembre 2014 y enero 2015 a la consulta de Reumatología y dieron su consentimiento para participar. De cada paciente se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo), su peso, la existencia de enfermedad cardiovascular previa, diabetes mellitus tipo I con daño orgánico asociado o tipo II, o enfermedad renal crónica. Para la valoración del riesgo cardiovascular se calculó el Score cardiovascular de cada paciente usando los datos de la última visita sobre las cifras tensión arterial, cifras de colesterol, y hábito tabáquico; clasificando el paciente en riesgo cardiovascular muy alto, alto, moderado o bajo. Por otra parte para calcular el riesgo digestivo se valoran los siguientes parámetros: antecedentes de úlcera péptica, toma de AAS, clopidogrel, corticoides, anticoagulantes, inhibidores de la recaptación de serotonina, uso de 2 AINES, y otro tipo de comorbilidad digestiva como reflujo gastroesofágico, intolerancia a lactosa, celiaquía o gastritis documentada. Teniendo en cuenta estos parámetros según las recomendaciones del consenso, se clasificaron a los pacientes en riesgo digestivo alto, medio o bajo. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS 16.0.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, con una edad media de 44 años (máx 74, mín 25). El 64% eran hombres y el 36% eran mujeres. Ningún paciente había presentado enfermedad cardiovascular previa, 1 paciente eran diabético y ningún paciente presentaba enfermedad renal crónica. El riesgo cardiovascular era bajo en 32 pacientes (73%), moderado en 8 pacientes (18%), alto en 3 pacientes (%) y muy alto en 1 paciente. El riesgo digestivo era bajo en 34 pacientes (77%), medio en 8 pacientes (18%) y alto en 2 pacientes (5%). El grado de cumplimiento del consenso para el uso de AINES fue del 57% (n: 25).

Conclusiones: La mayoría de pacientes con espondiloartritis axial están siendo tratados con el AINE adecuado según el consenso de las tres sociedades científicas en función del riesgo cardiovascular y digestivo. Los casos que no se cumplen las recomendaciones se deben al uso de COXIB en lugar de AINE no selectivos que serían los recomendados, pudiéndose ser debido a la falta de eficacia previa de los AINE no selectivos en pacientes con espondiloartropatías, que nos obliga al uso de COXIBS en pacientes sin riesgo digestivo asociado que lo justifique.

307. IMPACTO DE LA DETERMINACIÓN DE NIVELES DE ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

C. Méndez¹, K. Guzmán², J. Campos³, S. Sánchez³, J. Sanz³, J.L. Andreu³, C. Barbadillo³, M. Jiménez Palop³, H. Godoy³, A. Plaza² y J. Mulero³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

²Servicio de Inmunología; ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción: Los anticuerpos antifármaco (HACAs) se han asociado a una falta de respuesta así como a la aparición de efectos adversos que producen la discontinuación del tratamiento con fármacos AntiTNF. Dado que en la actualidad, no existe una estandarización en los laboratorios de rutina para determinar niveles de AntiTNF, y que ésta se encuentra influenciada por múltiples factores, estos resultados deben ser tomados con precaución. El objetivo de este estudio es evaluar el manejo de pacientes con espondiloartritis (SpA) en la práctica clínica, antes y después de conocer los niveles de fármaco y la presencia de HACAs.

Métodos: Estudio prospectivo en condiciones de práctica clínica. Todos los pacientes reunían criterios ASAS y CASPAR para espondilitis anquilosante (EA), espondiloartritis no radiográfica (NR-SPA) y artritis psoriásica (APso) respectivamente. Todos recibieron fármacos antiTNF (etanercept (ETN), adalimumab (ADA) e infliximab (IFX). Los niveles de fármaco y HACAs se determinaron por ELISA en el momento previo a la administración. Se consideraron niveles terapéuticos de cada fármaco los aportados por el kit comercial para artritis reumatoide. Se elaboraron dos cuestionarios de cada paciente, el primero con datos clínicos y de laboratorio, y el segundo añadiendo al anterior los datos sobre inmunogenidad. Seis reumatólogos los completaron de forma anónima indicando la estrategia de tratamiento en cada caso: desintensificar, intensificar, switch, suspender o mantener. El análisis descriptivo incluyó la media y la desviación estándar. La significación estadística fue establecida por la t-Student (variables paramétricas) y rho Spearman (variables no paramétricas). Para evaluar la concordancia intra e inter observador se utilizó el índice kappa. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 45 pacientes presentando todos ellos afectación axial (tabla). 6 pacientes recibieron IFX, 25 ADA y 14 ETN. El intervalo de dosis fue superior al empleado en ficha técnica en ADA (2,6 semanas) y ETN (1,7 semanas). No obstante, los niveles terapéuticos fueron óptimos (IFX 2.992,6 ng/mL, ADA 1.972,5 ng/mL y ETN 689,56 ng/mL). Sólo un paciente presentó anticuerpos antifármaco, encontrándose en tratamiento con ADA. Se encontró una asociación inversa entre niveles de fármaco, PCR, BASDAI y ASDAS-PCR ($p < 0,05$). Se observó una concordancia interobservador débil en el manejo previo al conocimiento de los niveles de fármaco ($K = 0,308$). Tras conocer los resultados, la concordancia disminuyó ($K = 0,018$), por lo que la aportación de este parámetro en la toma de decisiones en la práctica clínica disminuye considerablemente el acuerdo entre reumatólogos. Se determinó una concordancia intra-observador moderada al comparar las decisiones antes y después de conocer los resultados ($k > 0,6$). De esta manera, el conocimiento de

los niveles de antiTNF no supone un cambio en el manejo por parte del reumatólogo. A fin de demostrar que el azar no determinó dicho resultado, se realizó nuevamente el primer cuestionario, sin observarse cambios en la actitud clínica ($K = 0,603$).

Tabla Póster 307

Nº pacientes	45 (100%)
Varones	31 (68,9%)
Edad media (años)	51,38
Tiempo de evolución (años)	18
HLAB27+	30 (66,7%)
Artropatía psoriásica	4 (8,9%)
Espondilitis anquilosante	36 (80%)
Espondiloartritis axial no radiográfica	5 (11,1%)
Afectación exclusivamente axial	30 (66,7%)
Afectación mixta	15 (33,3%)
Enfermedad inflamatoria intestinal	6 (13,3%)
Uveítis	8 (17,8%)
BASDAI	3,4 ± 2,3
BASFI	4 ± 2,5
ASDAS-PCR	1,6 ± 0,9
EVA dolor (100)	23,87 ± 23,2
VGP (100)	27,28 ± 25
PCR (mg/L)	4,7 ± 7,7
VSG (mm/h)	8,6 ± 6,4
Metotrexato	6 (13,3%)
Sulfasalazina	2 (4,4%)

Conclusiones: La determinación de niveles es una herramienta que nos aporta información sobre la farmacodinamia de los AntiTNF, si bien su conocimiento no cambia la actitud terapéutica del reumatólogo en la práctica clínica diaria. Este estudio pone de manifiesto además la variabilidad en la toma de decisiones clínicas por parte de diferentes médicos.

308. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL (SPA) DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TERAPIA BIOLÓGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

C. Gómez Arango, M.L. García Vivar, E. Galíndez Agirregoikoa, J.M. Blanco Madrigal, E. Ruiz Lucea, E. Úcar Angulo, J.M. Gorordo Olaizola, I. Torre Salaberri, J.F. García Llorente y O. Fernández Berrizbeitia

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción y objetivos: Para el diagnóstico de espondilitis axial (SpA axial) y hasta la aparición de los criterios ASAS (2009) se utilizaban los criterios de Nueva York modificados. Esto implica la presencia de lesión estructural en la radiografía de sacroilíacas (diagnóstico tardío). Se trata de aplicar los nuevos criterios ASAS de SpA axial en sus dos ramas, valorar las características de los pacientes, y su impacto sobre el retraso diagnóstico y el acceso a la terapia biológica.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de 130 pacientes con SpA axial con o sin sacroileítis radiológica, que acuden a la consulta de terapia biológica durante el año 2014. Se excluyen 25 pacientes con SpA periférica y/o con seguimiento incompleto. Se recogen características (clínicas, analíticas, radiológicas): al inicio de los síntomas, en el momento del diagnóstico, al iniciar el tratamiento biológico y en la última visita disponible.

Resultados: Se seleccionaron 105 pacientes, 90 hombres y 15 mujeres, con una media de edad de 50 años (rango 22-79). Se trata de una cohorte de larga evolución con un promedio de seguimiento de 13,8 años. El retraso medio en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 5 años y hasta el inicio de la terapia biológica fue de 8 años. 21 pacientes fueron diagnosticados entre el 2010 y el 2014. En éstos, el retraso diagnóstico desde el inicio de los síntomas se reduce a 4,8 años, y el inicio del tratamiento con biológicos a

menos de 1 año. En el diagnóstico tan solo un 21% cumplía los criterios de SpA axial no radiográfica, y la mitad de estos (52%) cumplía los criterios de la rama clínica de los criterios ASAS. En el momento de iniciar la terapia biológica, un 60% de los pacientes con SpA no radiográfica habían progresado radiológicamente y cumplían los criterios mNY. La progresión fue similar entre los pacientes de la rama clínica y de la rama radiológica según los criterios ASAS. No hubo diferencias clínicas significativas entre ambas ramas, excepto que fueron más frecuentes la artritis periférica y la uveítis en los pacientes de la rama clínica.

Conclusiones: Hemos seleccionado una cohorte de pacientes SpA grave con alta actividad inflamatoria, candidatos por tanto a terapia biológica de acuerdo al consenso de la SER. El tiempo promedio para iniciar la terapia biológica fue de 8 años desde la fecha del diagnóstico. Los pacientes con SpA no radiológica en nuestra cohorte, progresaron en un 60%, lo que concuerda con lo publicado previamente. La aplicación de los criterios ASAS y las nuevas estrategias T2T en SpA permiten un acceso más rápido de los pacientes a un tratamiento adecuado, si es preciso biológico. Esto podría modificar el curso de la enfermedad, como recientemente se ha publicado.

309. DERIVACIÓN DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS A UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTRITIS PSORIÁSICA

A. Ruiz Román¹, M. León Luque¹, A. Gante Pedraza¹, M.J. Valenzuela Porcel¹, E. Rubio Romero¹ y J. Povedano Gómez^{1,2}

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

La consulta monográfica de artritis psoriásica (APs) es una unidad clínica multidisciplinar que colabora con el servicio de Dermatología dentro del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Recoge casos incidentes de APs, en su defecto pacientes con diagnóstico de Psoriasis confirmada o reumatismo a filiar en el que se sospecha etiología psoriásica. Dada la frecuente coexistencia de otras patologías confusas como artrosis de la pequeña articulación de la mano, gota o fibromialgia, es alto el % de pacientes que tras ser derivados a esta unidad reciben alta con destino a otra consulta del servicio de Reumatología o a su médico de atención primaria. La Unidad atiende interconsultas directas desde otras Unidades Médicas Especializadas Hospitalarias, incluyendo la urgencia de patología médica y la urgencia de Traumatología y aplica un protocolo diagnóstico orientado a intentar clasificar y diagnosticar al paciente según los criterios CASPAR. Las derivaciones aquí clasificadas han sido realizadas en el año 2014, se atienden con una demora inferior a 6 semanas y en la que se tiene acceso a una revaluación rápida por Dermatología. Existen 16 pacientes en los que no es posible acceder al histórico de derivaciones (desconocido), de los cuales: 12 de ellos no tienen el diagnóstico de APs ni cumplen criterios, 1 de ellos cumple criterios y está diagnosticado, 2 de ellos no están confirmados el diagnóstico pero cumplen criterios CASPAR o GRAPPA. Y 1 de ellos tiene el diagnóstico de APs pero no cumple criterios. Uno de los orígenes en los que el resultado de la predicción diagnóstica debería ser mayor es la consulta de CAL, una consulta de filtro de patología musculoesquelética atendida por reumatólogos y traumatólogos indistintamente. No obstante no se ha analizado de forma independiente en este caso el desenlace según especialidad. Este es un pequeño estudio observacional descriptivo que pone de relieve el bajo valor productivo positivo del paciente con psoriasis que es derivado a la consulta monográfica independientemente de la especialidad que asume esta derivación, siendo los mejores % de concordancia en la propia unidad de Aparato Locomotor perteneciente al Servicio de Reumatología la de Dermatología.

Tabla Póster 309

Servicio médico origen	% derivaciones del total	% diagnóstico de APS del total de derivaciones	% de pacientes con criterios APS periférica o axial (CASPAR-GRAPPA)
Dermatología	32,945 (22/85)	5,88% (5/85)	8,23% (7/85)
COT	23,53% (20/85)	1,18% (1/85)	3,53% (3/85)
Atención primaria	5,88% (5/85)	3,53% (3/85)	3,53% (3/85)
Desconocido	18,82% (16/85)	1,18% (1/85)	0% (0/85)
Rehabilitación	1,18% (1/85)	0% (0/85)	1,18% (1/85)
Neurología	2,35% (2/85)	0% (0/85)	0% (0/85)
Urgencias hospital	1,18% (1/85)	0% (0/85)	0% (0/85)
Traumatología			
Urgencias Hospital general clínico	1,18% (1/85)	0% (0/85)	0% (0/85)
CAL/Reuma	12,94% (11/85)	7,06% (6/85)	8,24% (7/85)
	100% (85/85)	18,82% (16/85)	28,24% (24/85)

310. FRAGMENTOS DE MIMECAN, COMP, MATRILINA Y COL-IXA: ¿NUEVOS BIOMARCADORES RELACIONADOS CON LA ARTROSIS?

L. Tío¹, A. Farran¹, P. Benito^{1,2} y J. Monfort^{1,2}

¹IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). Barcelona.

²Rheumatology Service. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La degradación de la matriz extracelular del cartílago es una de las características principales del proceso artrósico. Diversas proteasas están involucradas en este proceso, y entre ellas destaca el papel de la MMP-13 debido a que es la colagenasa que degrada más rápidamente Col-II, y además su expresión se limita a procesos de embriogénesis, cáncer y artrosis (OA). Actualmente el diagnóstico de la OA se basa principalmente en la clínica que presenta el paciente y las técnicas de imagen, pero está en estudio el desarrollo de biomarcadores, para implementar un diagnóstico precoz de esta patología. Nuestra hipótesis es que la MMP-13 presenta la capacidad de digerir los diferentes componentes matriciales del cartílago. Además los fragmentos generados en esta digestión son posibles biomarcadores específicos de la patología gracias a la expresión restringida de la MMP-13.

Objetivos: Extraer proteínas solubles totales de cartílago a partir de caderas artrósicas de pacientes sometidos a artroplastia. Digerir el extracto de proteínas con MMP-13 activada y explorar en diversos componentes matriciales vinculados a la fisiopatología de la OA, los fragmentos generados tras su digestión.

Métodos: Las muestras de cartílago se obtuvieron a partir de caderas artrósicas provenientes de pacientes sometidos a artroplastia. Se seleccionaron muestras que presentasen diferentes estadios de evolución de la OA. Las proteínas solubles se extrajeron mediante el método de cloruro de guanidina. La MMP-13 se activó con APMA y posteriormente se realizó la digestión de los extractos a un ratio de 1:100 (MMP-13: proteína) durante 16 horas. El patrón de digestión de mimecan, asporina, keratocano, COMP, link protein, matrilina, fibronectina y Col-IXa se evaluó mediante western-blot.

Resultados: 20 muestras de cada tipo (OA inicial, moderada y grave) fueron incluidas y se realizó la extracción de proteínas solubles. El análisis por western-blot de las digestiones practicadas mostró que la asporina, el keratocano y la link protein eran resistentes a la digestión con MMP-13. Sin embargo, mimecan, COMP, matrilina y Col-IXa exhibían fragmentos de digestión. La fibronectina se digería con MMP-13 pero no se detectaron fragmentos fruto de su degradación. No se observaron diferencias destacables en los patrones de digestión entre los cartílagos que presentaban diferentes grados de evolución. El tamaño de los productos de digestión observados queda resumido en la tabla.

Tabla Póster 310

Proteína	Tamaño esperado (kDa)	Tamaño observado (kDa)	Tamaño del fragmento(s) (kDa)
COMP	85	85/65	75/58/50
Col-IXa	91	160-110	110/90
Matrilina	53	50	34
Mimecan	34	35	15

Conclusiones: La MMP-13 no es capaz de digerir todos los componentes de la matriz extracelular del cartílago, por lo que la sinergia con otras proteasas es necesaria para su total degradación. Se han detectado fragmentos de COMP, Col-IXa, matrilina y mimecan generados por la digestión de la MMP-13. Estos fragmentos son susceptibles de ser considerados biomarcadores de la OA, especialmente relacionados tanto con su detección precoz como con su posterior seguimiento.

311. CARACTERIZACIÓN DE LOS NIVELES PROTEICOS DE COL3DEL (ISOFORMA DE MMP13) Y SU ACTIVIDAD COLAGENOLÍTICA EN MUESTRAS HUMANAS DE ARTRÓISIS

A. Farran¹, L. Tío¹, P. Benito^{1,2} y J. Monfort^{1,2}

¹IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). Barcelona.

²Rheumatology Service. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La collagenasa-3 (COL3) es una metaloproteasa de matriz extracelular que se expresa normalmente en el desarrollo fetal y se encuentra sobreexpresada en procesos patológicos. En los procesos artrósicos, la COL3 junto con la collagenasa intersticial MMP1, son las principales responsables de la digestión del colágeno de tipo II, gracias a su capacidad de desestabilizar la triple hélice de colágeno y permitir la acción de otras proteasas. Se han descrito previamente diferentes transcritos de COL3 en células humanas. En el siguiente estudio, se ha centrado el interés en COL3DEL, un pequeño transcrito de 2.2/2.0kb con una secuencia idéntica a la COL3 original, pero con una delección de 88 aminoácidos que afecta el dominio C-terminal. La mutación introduce 4 aminoácidos nuevos y un nuevo codón de finalización. Dado que el dominio C-terminal es esencial para el reconocimiento del sustrato y para la actividad colagenolítica, nuestra hipótesis es que la isoforma COL3DEL puede presentar diferentes actividades colagenolíticas debido a su mutación en su dominio C-terminal.

Objetivos: El objetivo del estudio es caracterizar los niveles de la isoforma COL3DEL en muestras artrósicas humanas, y analizar su actividad colagenolítica.

Métodos: Las muestras de cartílago artrósico se obtuvieron de artroplastias de rodillas de pacientes artrósicos, mientras que las muestras de cartílago sano se obtuvieron del recambio total de cadera en pacientes osteoporóticos. Las proteínas de la matriz extracelular del cartílago se extrajeron mediante el método del cloruro de guanidina. La detección de la isoforma COL3DEL se realizó mediante Western Blot en geles de 1 y 2 dimensiones. Para ello se utilizó un anticuerpo específico ante un antígeno propio de la isoforma COL3DEL, producido por nuestro equipo previamente. Por otra parte, con la intención de analizar la actividad colagenolítica de la isoforma COL3DEL, ésta se clonó en plásmidos pRC-CMV2, que fueron amplificados y purificados en *E. coli*. Posteriormente se transfectaron células HeLa con esta construcción y se analizó la actividad colagenolítica de la isoforma COL3DEL mediante zimografía de colágeno.

Resultados: La isoforma COL3DEL fue detectada solamente en muestras de cartílago artrósico y no en muestras control. Debido a la similitud en el peso molecular de la isoforma con la delección y la forma original de COL3, se realizó un gel de electroforesis en dos dimensiones y se identificaron las dos isoformas, gracias a las diferencias en su punto isoeléctrico. La producción y secreción al medio extracelular de la isoforma COL3DEL por las células HeLa transfectadas se

identificó gracias a la técnica de zimografía. Esta técnica también evidenció la actividad colagenolítica de la isoforma COL3DEL.

Conclusiones: El dominio C-terminal de la COL3 es esencial para la apertura de la triple hélice y posterior digestión del colágeno. La existencia de una isoforma con un dominio diferente de la proteasa COL3 puede tener diferentes implicaciones clínicas en el desarrollo de la artrosis. Esta isoforma puede presentar diferentes actividades colagenolíticas y diferentes afinidades al sustrato, hecho que podría explicar diferencias en la fisiopatología de la enfermedad.

312. AUMENTO DE LA EXPRESIÓN DE LAS ENZIMAS DEMETILADORAS DEL ADN TET1, TET2 Y TET3 EN MONOCITOS Y DE TET2 EN LINFOCITOS T DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO

A. González, F.J. Santaclara, M.C. de Andrés, M. Calaza, E. Pérez Pampín y J.J. Gómez-Reino

Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

Objetivos: La metilación del ADN es una modificación epigenética que afecta a la expresión génica y que puede participar en la patogenia de la artritis reumatoide (AR). Recientemente, se ha descubierto que las principales enzimas en la demetilación activa del ADN son los tres miembros de la familia TET (Ten Eleven Translocation), TET1, TET2 y TET3. Nos planteamos analizar la expresión génica de estas enzimas, que todavía no han sido estudiados en ninguna enfermedad inflamatoria, en pacientes con AR en los que se observa una hipometilación global del ADN que se revierte con el tratamiento con metotrexato.

Métodos: Se recogieron muestras de 19 pacientes con AR de inicio reciente que no habían sido tratados con ningún FAME antes de iniciar tratamiento y tras un mes recibiendo metotrexato, y de 17 controles sanos ajustados por sexo y edad. Se separaron tres subpoblaciones sanguíneas, linfocitos T, B y monocitos, con anticuerpos ligados a partículas magnéticas (BD Biosciences). La pureza de las distintas poblaciones fue evaluada mediante citometría de flujo. El RNA fue extraído utilizando el kit Illustra triplePrep Kit de GE Healthcare, y mediante la transcriptasa reversa y primers al azar se convirtió en cDNA. La expresión de los tres genes se cuantificó mediante qPCRs por triplicado con un termociclador Rotor-Gene™ 6000 (Corbett Life Science) utilizando como genes de referencia el 18S y TBP. Los datos de expresión fueron analizados con qBASE. El análisis estadístico se realizó con Statistica 7.0. Las variables fueron normalizadas con transformaciones logarítmicas o de potencia. Las diferencias entre pacientes y controles fueron evaluadas mediante un ANCOVA, utilizando el sexo y la edad como covariables. También se realizó un test no paramétrico, la U de Mann-Whitney. Los análisis antes y después del tratamiento fueron realizados con un T-test pareado y el test no paramétrico pareado de Wilcoxon.

Resultados: Se ha detectado un incremento en la expresión relativa en pacientes respecto a los controles en monocitos, para TET1 ($p = 0,037$), TET 2 ($p = 0,019$) y TET3 ($p = 0,0014$); y en linfocitos T para TET2 ($p = 0,045$). Los test no paramétricos fueron concordantes. Este aumento de la expresión no se revirtió con un mes de tratamiento con metotrexato, al menos en los monocitos. De hecho, las diferencias tras un mes con metotrexato respecto a los controles fueron equivalentes a las observadas antes del tratamiento en monocitos (TET1, $p = 0,039$, TET2, $p = 0,013$ y TET3, $p = 0,0033$). Sin embargo, el nivel global de metilación del ADN pasó de estar disminuido a normalizarse.

Conclusiones: Se ha detectado un incremento en la expresión de varias enzimas TET en monocitos y linfocitos T de pacientes con AR. Estos resultados son compatibles con la hipometilación del DNA en esas mismas subpoblaciones, sin embargo, no se correlacionan con la

recuperación de niveles de controles sanos tras el tratamiento con metotrexato lo que cuestiona su implicación causal y favorece otros mecanismos (como la disminución de DNMT1 en los pacientes que ya hemos comunicado con anterioridad).

313. ATTENUATION OF HYALURONAN FRAGMENT INDUCED INFLAMMATORY RESPONSE IN MACROPHAGES BY CHONDROITIN SULPHATE

E. Montell, T. Stabler, V.B. Kraus and J. Vergés

Pre-Clinical R&D Area. Pharmascience Division. Bioibérica. Duke University Medical Center. Durham NC. EEUU.

Objectives: Hyaluronan (HA) fragments (< 500 kDa) are known to be pro-inflammatory and able to induce an inflammatory response from macrophages characterized by the release of IL-1 β and other pro-inflammatory cytokines. We have previously shown that chondroitin sulphate (CS) can attenuate the monosodium urate crystal mediated release of inflammatory cytokines from activated macrophages in culture. We sought to determine whether CS could similarly ameliorate an HA fragment mediated inflammatory response and whether any CS inflammatory inhibition was acting at the level of the inflammasome.

Methods: Cell culture: The THP-1 human monocytic cell line (ATCC TIB-202) was grown in RPMI 1640 with HEPES and supplemented with glucose, pyruvate, 2-mercaptoethanol, 10% FBS and penicillin/streptomycin as recommended by ATCC. These cells were grown to a density of 1.5×10^6 cells/ml, plated onto a 96 well plate at a density of 2×10^4 cells/well, then induced to differentiate into mature macrophages by the addition of 200 nM of a phorbol ester (12-O-tetradecanoylphorbol-13-acetate). After 2 days the media was replaced with media without the phorbol ester and grown for an additional 2 days. Cells were primed with a very small amount (10 ng/ml) of LPS for 24 hours with CS in various physiologically relevant concentrations (0, 10-200 μ g/ml). After 24 hours, cells were washed with PBS and media replaced with serum free Opti-MEM along with the previously mentioned concentrations of CS and various molecular weights (sizes) (ULMW = 7.5 kDa, LMW = 29 kDa, MMW = 289 kDa, and HMW = 1.54×10^6 kDa) and concentrations (0, 1, 10, and 100 μ g/ml) of HA fragments were added to the media. After a further 24 hours, cell viability was assessed and the media harvested. Following a PBS wash, water was added to the remaining cells and plates were subjected to 3 sonication/freeze/thaw cycles in order to release the cell contents. Media and cell contents were snap frozen until further analysis. Caspase-1 experiments were carried out in 25 cm² flasks and activity was measured on fresh lysate derived from 2×10^6 cells. Biochemical measurements: Media and cell contents were analyzed for IL-1 β and proIL-1 β by ELISA (R&D Systems). Caspase-1 activity was determined by fluorometric assay (R&D Systems). Cell viability was measured using PrestoBlue reagent (Invitrogen). Statistical Analysis: After normalization for cell viability, all results were expressed as fold change from the media only negative control (no CS or HA). One-way ANOVA with Dunnett's post-hoc test and post-hoc linear trend were performed using Graphpad Prism software.

Results: As expected, HA fragments produced large increases ($p < 0.0001$) in IL-1 β release at 10 and 100 μ g/ml, with a decreasing gradient effect ($p < 0.0001$) seen from ULMW to MMW and no effect seen for HMW HA. CS (100-200 μ g/ml) produced a dose dependent reduction in IL-1 β release in cells treated with 10 μ g/ml of the 3 HA lower MW fragment types. While ULMW HA fragments induced a significant increase ($p < 0.0001$) in intracellular caspase-1 activity, CS had no effect on this activity. CS reduced intracellular IL-1 β and proIL-1 β in cells treated with ULMW HA, however, the ratio between the 2 was unchanged.

Conclusions: HA fragments (< 289 kDa) induced an inflammatory response in THP-1 macrophages which could be attenuated by CS. An anti-inflammatory effect at the level of the inflammasome would be expected to decrease intracellular caspase-1 activity thereby decreasing the ratio of IL-1 β to proIL-1 β . Since we did not observe this, it can be concluded that the anti-inflammatory effect of CS is upstream of the inflammasome.

314. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PROTEÍNA C RIBOSOMAL

M. Castaño Pinardo¹, S. Sánchez-Ramón¹, M.J. Tellez², M. Núñez Beltrán¹, A. Comins Boo¹, J.A. Jover³ y G. Candelas³

¹Servicio de Inmunología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El autoanticuerpo anti-ribosomal P es un anticuerpo antinuclear que se considera un marcador serológico exclusivo de lupus eritematoso sistémico (LES) presente en el 13% al 20% de los casos. En 1985, dos grupos de investigadores independientes identificaron el antígeno como un epítipo común de 22 aminoácidos en la región carboxiterminal de las fosfoproteínas P0 (38 kd), P1 (19 kd) y P2 (17 kd), localizadas en la subunidad mayor (60S) de los ribosomas. En su forma nativa, los antígenos ribosomal P forman un pentámero que consiste en una copia de P0 y dos copias de cada uno de P1 y P2.

Métodos: Se revisaron los datos clínicos y serológicos de pacientes con anticuerpo anti-ribosomal P positivo identificados a lo largo de dos años (2012-2014) de un total de 5.571 peticiones de anticuerpos antinucleares.

Resultados: Detectamos 12 casos con Ac anti-ribosomal P positivo en un periodo de dos años de un total de 1.114 peticiones de anticuerpos antinucleares positivos que corresponde con una incidencia de 1,07%. Diez de ellos reunían criterios diagnósticos de LES (83%) y 2 presentaban diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin manifestaciones clínicas de LES ni manifestaciones neuropsiquiátricas. De los 10 casos con LES, 4 (40%) presentaban nefritis lúpica, uno esteatosis hepática, dos con afectación cutánea y 3 (30%) con afectación neurológica. Los dos pacientes con infección por el VIH no presentaba Ac anti-DNA, que se suelen asociar con el Ac anti-ribosomal P.

Conclusiones: Presentamos dos pacientes con anticuerpo anti-ribosomal P sin características clínicas ni inmunológicas de LES y ambos con infección por VIH, no descrito previamente en la literatura médica. Las manifestaciones más frecuentemente asociadas a LES con Ac anti-ribosomal P son la nefritis y las manifestaciones neuropsiquiátricas.

315. PERFIL INMUNOMODULADOR DEL TOFACITINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS CRÓNICA EN CONEJOS

S. Pérez-Baos, J.I. Barrasa, P. Gratal, A. Larrañaga-Vera, R. Largo y G. Herrero-Beaumont

Laboratorio de Patología Osteoarticular. IIS-Fundación Jiménez Díaz-UAM. Madrid.

Tofacitinib (TOFA) es un inhibidor de la familia de las janus kinasas (JAK), aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Recientemente, se ha publicado que el tratamiento con TOFA mejora selectivamente la expresión de algunas quimioquinas en biopsias sinoviales de pacientes con AR, sin modificar otros mediadores, ni la inflamación histopatológica sinovial, incluyendo el infiltrado macrófago, tras 28 días de tratamiento (Boyle et al. Ann Rheum Dis, 2014). En este contexto, la utilización de modelos animales permite entender mejor las consecuencias del bloqueo de JAK en la

artritis crónica (AC). Nuestro laboratorio ha desarrollado un modelo de AC en conejos que remeda las AR graves, una artritis crónica de intensa virulencia donde se puede estudiar el efecto del TOFA y sus consecuencias en el tejido sinovial. En este trabajo hemos analizado el efecto del TOFA en una fase temprana del tratamiento, buscando las modificaciones iniciales en el tejido, y no el estudio de su efecto terapéutico final. Desarrollamos un modelo de AC en 20 conejos previamente inmunizados frente a ovalbúmina (OVA). Los conejos recibieron semanalmente inyecciones intraarticulares de OVA en ambas rodillas durante 4 semanas (grupo AC). Dos semanas después de la primera inyección intraarticular, 10 de estos animales comenzaron a recibir TOFA oralmente (10 mg/kg/día) durante dos semanas (grupo CA+TOFA). 10 conejos sanos se utilizaron como grupo Control. Todos los animales se sacrificaron 4 semanas después del inicio del modelo. Los animales con AC mostraron una ganancia de peso menor que la de los animales controles, mientras que la administración de TOFA previno parcialmente esta pérdida de peso (ganancia peso, Kg: Control: $0,8 \pm 0,05$; AC: $-0,09 \pm 0,06^*$; AC+TOFA: $0,18 \pm 0,1^*$; $*p < 0,05$ vs Control; $†p < 0,05$ vs AC). Los animales con AC tuvieron un incremento apreciable de la concentración de proteína C-reactiva en suero, y el tratamiento con TOFA no tuvo efecto. Las membranas sinoviales del grupo AC mostraron una masiva hiperplasia de la íntima, activación del estroma sinovial, y un intenso infiltrado inflamatorio. El TOFA revirtió parcialmente la sinovitis (escala Krenn: Control: $0,9 \pm 0,3$; AC: $7,6 \pm 0,2^*$; AC+TOFA: $6,6 \pm 0,2^*†$; $*p < 0,05$ vs control; $†p < 0,05$ vs AC). La densidad sinovial de macrófagos también fue elevada en el grupo AC, y no se modificó con el TOFA. En cuanto a la expresión génica, el tratamiento con TOFA inhibió la expresión sinovial de la metaloproteínasa (MMP)-1 (96% inhibición, $p = 0,002$) y de MMP-3 (100% inhibición $p = 0,007$), en comparación con el grupo AC; y también disminuyó la expresión de la quimiocina CCL2 (MCP-1) (95% inhibición, $p = 0,001$), y de las citoquinas proinflamatorias interleucina (IL)-6 (51% inhibición, $p = 0,037$), y del factor de necrosis tumoral (TNF) (90% inhibición, $p = 0,022$), en comparación con el grupo AC. Sin embargo, TOFA no modificó la expresión génica de IL-1 β , óxido nítrico sintasa inducible (iNOS) o ciclooxigenasa (COX)-2. Por tanto, en una sinovial con marcada actividad inflamatoria, TOFA inhibió fundamentalmente la expresión de MMPs y en menor medida la de otros mediadores proinflamatorios. Estos datos sugieren que este fármaco funciona como un inmuno-modulador de la respuesta inflamatoria crónica, que no induce un descenso rápido y drástico del reclutamiento celular tisular, sino un descenso moderado pero generalizado de citoquinas y una acción más enérgica sobre las MMPs.

316. IMPOTENCIA DE UN MODELO FARMACOGÉNICO Y DE OTROS BIOMARCADORES GENÉTICOS PARA PREDECIR LA RESPUESTA A METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. González¹, A. Ferreiro-Iglesias¹, E. Pérez-Pampín¹, I. González-Álvarez², J. Narváez³, R. Cáliz⁴ y J.J. Gómez-Reino Carnota¹

¹Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ²Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital La Princesa. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ³Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos: El metotrexato (MTX) es el fármaco de primera elección para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), pero no es efectivo en aproximadamente el 40% de los pacientes. La identificación de biomarcadores genéticos que ayuden a predecir la respuesta permitiría conseguir un tratamiento más eficaz de los pacientes desde un principio. Pero hasta ahora esta meta ha sido difícil de alcanzar. Los estudios realizados hasta la fecha han ido proponiendo algunos

biomarcadores pero debido a su tamaño y número insuficientes se mantiene una gran incertidumbre sobre el verdadero valor de los mismos. Por ello, nos hemos propuesto validar los biomarcadores más prometedores incluyendo los de un modelo farmacogenético que mostraba un elevado poder predictivo de la respuesta.

Métodos: Se incluyeron 269 pacientes con AR tratados con metotrexato como monoterapia y con datos de DAS28 basal y a los 6 y 12 meses de tratamiento. Todos eran de ancestro europeo y dieron su consentimiento informado para participar. Se seleccionaron 14 SNPs situados en moléculas intermediarias de la ruta del folato y que habían mostrado asociación con respuesta a metotrexato en algún estudio previo (rs1045642 en ABCB1; rs1051266 en SLC19A1; rs2239907 en SLC46A1; rs1801394 en MTRR; rs2236225 en MTHFD1; rs35592 en ABCB1; rs1127354 y rs2295553 en ITPA; rs16853834, rs4673990, rs12995526 y rs2372536 en ATIC; rs17602729 en AMPD1; y rs699517 que es un tagSNP de una delección de 6bp en TYMS). Los SNPs se consideraron con respecto al alelo menor siguiendo un modelo aditivo. Los datos se analizaron utilizando como variable dependiente el cambio en DAS28 o la comparación entre respondedores (buenos y moderados) y no respondedores según los criterios de EULAR. En el primer caso se utilizó regresión lineal, y en el segundo regresión logística. Se incluyeron como covariantes el DAS28 basal, el sexo, el origen de la colección y el uso como terapia combinada/monoterapia. El modelo farmacogenético se aplicó siguiendo la publicación original que consideraba como respondedor al que tenía DAS28 a 6 meses = 3,2, y un modelo formado por 4 variables demográficas y clínicas (sexo, factor reumatoide, hábito tabáquico y DAS28 basal) y 4 SNPs (rs17602729, rs2372536, rs1127354 y rs2236225).

Resultados: El 99,8% de las muestras fueron genotipadas con éxito y los genotipos pasaron los criterios de control de calidad, incluyendo la conformidad con el equilibrio de Hardy-Weinberg. No se observaron diferencias significativas tras corregir por el número de comparaciones en ninguno de los 14 SNPs analizados. Este resultado negativo se observó tanto en el análisis del cambio en el DAS28, como de la respuesta según los criterios de EULAR. Tampoco se han reproducido las asociaciones descritas en el modelo farmacogenético tomadas individualmente o como modelo conjunto que ha sido impotente para predecir respuesta (sensibilidad = 32,9% y especificidad = 53,9%).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que ninguno de estos polimorfismos resulta válido para predecir la respuesta a MTX a nivel de paciente individual, ya sea utilizándolos por separado o aplicando el modelo farmacogenético¹. Sin embargo, no se puede descartar que alguno de ellos presente efectos modestos detectables en estudios más grandes o mediante meta-análisis, aunque nuestro estudio es uno de los de mayor tamaño realizados hasta la fecha.

317. ACOPLAMIENTO QUÍMICO Y METABÓLICO ENTRE CARTÍLAGO, HUESO Y MEMBRANA SINOVIAL A TRAVÉS DE UNA RED DE CONEXIÓN CELULAR

P. Carpintero-Fernández¹, P. Fernández-Puente², R. Gago-Fuentes¹, F.J. Blanco^{2,3} y M.D. Mayán¹

¹División de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). Hospital Universitario A Coruña (CHUAC-XXIAC). A Coruña. ²ProteoRed/ISCIII. División de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). Hospital Universitario A Coruña (CHUAC-XXIAC). A Coruña. ³CIBER-BBN/ISCIII Madrid. División de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). Hospital Universitario A Coruña (CHUAC-XXIAC). A Coruña.

Introducción: Nuestro grupo de investigación ha demostrado recientemente que los condrocitos localizados en el cartílago articular poseen largas proyecciones citoplasmáticas que permiten el

contacto directo entre las células en contacto. Además utilizando técnicas de electrofisiología hemos demostrado que la comunicación celular ocurre a través de canales dependientes de voltaje y denominados gap junctions que están formados por proteínas denominadas conexinas. En un segundo trabajo hemos observado que el cartílago de pacientes con artrosis presenta altos niveles de la conexina 43.

Objetivos: Estudiar si los condrocitos son capaces de comunicarse con las células presentes en el hueso subcondral y membrana sinovial a través de contactos célula-célula y canales de conexinas. Estudiar el mecanismo de comunicación celular intertisular en donantes sanos y pacientes con artrosis.

Métodos: Las muestras de cartílago, hueso y membrana sinovial fueron obtenidas en quirófano, procesadas, registradas y etiquetadas de acuerdo a lo recomendado por el Comité de Ética de Galicia (CEIC). Dual Voltage-clamp methods y whole-cell/perforated patch experiment junto con InSitu Porator™ fueron utilizados para estudios de electrofisiología y transferencia de glucosa, lucifer yellow y ácidos nucleicos. Para estudiar la transferencia de amino ácidos, péptidos y proteínas, se utilizó el sistema de co-cultivo en transwell (3,0 µm Pore) combinado con marcaje SILAC® y espectrometría de masas. Para la derivatización de amino ácidos y posterior identificación y cuantificación se utilizó tEZ: faast™ kit previo al análisis mediante espectrometría de masas.

Resultados: La técnica del Dual voltage-clamp y whole-cell/perforated patch demostraron la transferencia de pequeñas moléculas entre células en contacto. La microinyección y monitorización de glucosa marcada mostró difusión directa entre las células en contacto después de la inyección en la célula donante. El co-cultivo en transwell de células crecidas previamente en medio marcado ([13C6]-L-lisina y [13C6, 15N4]-L-arginina) y sin marcar demostró la transferencia de al menos 5 pmol/ml de L-lisina y 3 pmol/ml de L-arginina entre condrocitos, sinoviocitos y células del hueso que establecieron contacto a través de la membrana porosa.

Conclusiones: Experimentos de electrofisiología y ensayos de “captura metabólica” revelaron que a través de las proyecciones citoplasmáticas y los canales de conexinas, los condrocitos son capaces de intercambiar nutrientes y segundos mensajeros con células del hueso (osteocitos y osteoblastos) y membrana sinovial (sinoviocitos). Los resultados obtenidos demuestran por primera vez que las células del cartílago articular, hueso subcondral y membrana sinovial están directamente interconectadas a través de gap junctions.

318. FASCITIS EOSINOFÍLICA (ENFERMEDAD DE SHULMAN): ESTUDIO DE 70 CASOS

W.A. Sifuentes Giraldo¹, D. Grados Cánovas², A. Olivé Marqués², P. Carreira Delgado³, J. Narváez García⁴, T. García de Vicuña⁵, M. de los Riscos Álvarez³, M. Pascual Pastor⁴, P. Moreno Fresneda⁵ y A. Zea Mendoza¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁵Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos: Describir el perfil de manifestaciones clínicas, respuesta al tratamiento y evolución en pacientes con fascitis eosinofílica (FE).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo (1983-2014) y multicéntrico de pacientes con FE procedentes de 5 hospitales universitarios. Criterios de inclusión: 1) alteraciones cutáneas características, 2) biopsia profunda con cambios compatibles en la fascia muscular.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes, 41 de ellos varones (58,6%), con una edad media de 53,8 años (intervalo: 22-83) y una mediana de duración de la enfermedad hasta el diagnóstico de 4 meses (intervalo: 1-38). 25 pacientes (35,7%) tenían antecedente de tabaquismo, 13 (18,6%) actividad física intensa, 9 (12,8%) cambios de medicación

y 8 (11,4%) exposición laboral a químicos. La enfermedad fue precedida por síntomas constitucionales en 17 pacientes (24,3%). La inducción cutánea estuvo presente en 68 (97%), con afectación de las 4 extremidades en 47 (67%) y de tronco en 24 (34,2%). Se encontró hiperpigmentación en 21 (30%), eritema 19 (27%), signo del surco 14 (20%) y “piel de naranja” 12 (17%). Se asociaron otros tipos de morfea en 15 pacientes (21,4%). Las manifestaciones extra-cutáneas más comunes fueron las osteoarticulares: artralgias 36 pacientes (51,4%), artritis 11 (15,7%), contracturas articulares 31 (28,6%), mialgias 32 (45,7%) y debilidad muscular 12 (17%). El síndrome del túnel del carpo estaba presente en 13 (18,6%), dismotilidad esofágica en 7 (10%) y alteración pulmonar restrictiva en 3 (4,3%). Se evidenció eosinofilia en el hemograma ($> 0,5 \times 10^6/\text{mL}$) en 58 pacientes (83%), VSG y PCR aumentada en 37 (59,7%) y 25 (71,4%) pacientes, respectivamente. La hipergammaglobulinemia estuvo presente en 17 pacientes (27%). Los ANA fueron positivos en 18 pacientes (27,7%) y los anti-ENA en 3 (2 anti-Ro/SSA, 1 anticentrómero). En 6 casos (10%) la primera biopsia fue negativa, realizándose una segunda guiada por RM que confirmó el diagnóstico. Se administró glucocorticoides como tratamiento inicial en 65 casos (93%) a una dosis media de 50 mg/d (intervalo: 7,5-90), con respuesta parcial o inadecuada en un 42 (64,6%). El metotrexato fue el inmunodepresor más usado (33 pacientes) a una dosis media de 15 mg/semana, consiguiendo la remisión completa en 15 casos y parcial en 12. Otros fármacos utilizados incluyeron los anti-H2 (18: 25,7%), colchicina (10: 14,3%), hidroxiclороquina (8: 11,4%), azatioprina (5: 7%), ciclosporina (2: 3%) y fotoquimioterapia con PUVA (6: 8,6%). La media de seguimiento fue de 84,8 meses (intervalo: 1-336). Durante este período 6 pacientes desarrollaron neoplasias (8,5%) y 11 fallecieron (15,7%), 4 de ellos debido a infecciones, 3 a progresión de la neoplasia, 3 a problemas cardiovasculares y 1 a anemia aplásica refractaria.

Conclusiones: La presente serie de casos de FE constituye la más grande presentada hasta la fecha. Las características de estos pacientes fueron similares a las de otras series, destacando la alta frecuencia de manifestaciones extra-cutáneas y otras lesiones de morfea asociadas. Los glucocorticoides fueron el tratamiento inicial más común, pero la respuesta fue parcial en la mayoría de casos, requiriendo un inmunodepresor adicional, siendo el metotrexato el más usado con buenos resultados. Durante el seguimiento a largo plazo algunos pacientes desarrollaron neoplasias y complicaciones vasculares que fueron causa de mortalidad, por lo que deberían ser vigiladas en estos casos.

319. GRAVEDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE Y PREVALENCIA DE LA XEROSTOMÍA Y XEROFTALMIA SUBJETIVAS ENTRE LOS PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre¹, E. Salas¹, A. Pons², C. Cano², M. Lorente², X. Barber³, J. Rosas¹ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: Describir la repercusión atribuible al F. de Raynaud (FR) y conocer la prevalencia de xerofthalmia (Xoft) y xerostomía (Xost) subjetiva, y entre los pacientes (pctes) con FR valorados en la consulta de Capilaroscopia.

Métodos: Estudio descriptivo de los pctes con diagnóstico confirmado de FR según Wigley (N Engl J Med 2002), entre octubre 2013 y septiembre 2014. Se recogieron datos demográficos y se clasificaron como FR1º o FR2º (LeRoy. Clin Exp Rheumatol 1992). Se descartó la presencia de infección VIH, VHC, radioterapia, sarcoidosis, amiloidosis, insuficiencia renal y tratamientos asociados con a la disminución de la secreción glandular. Se valoró la gravedad del FR percibida por el pcte según la respuesta a la pregunta: Esta situación, incluyendo 1) dolor, 2) adormecimiento y 3) otros síntomas, ¿cuánto afectan al uso de sus manos y su vida en general?, basándonos en

la descripción del Raynaud Condition Score (Merkel PA. Arthritis Rheum. 2002). Se evaluó la presencia de sdr. seco según el cuestionario de 3 preguntas, incluidas en los Criterios Clasificación para el SS. Se definió como “posible SS”, el contestar afirmativamente al menos 2 de las preguntas para Xofo o Xost, respectivamente. Se valoró la repercusión funcional percibida por el pcte de esta sintomatología: Estos síntomas de malestar en los ojos, con sequedad, picor, escozor, visión borrosa; y en su boca con sequedad, molestias para tragar, carraspeo, etc., ¿cuánto afectan a su vida?

Resultados: 1) Se evaluaron 103 pctes para la severidad del FR. El 86% eran mujeres, con una edad media de 44 años. Se clasificaron como FR1º: 42 pctes (41%) y FR2º: 59 (57%). En el grupo de FR 2º, destacar que 2 pctes presentaban escaras puntiformes, 2 úlceras digitales (UD) activas, y 1 gangrena. En la tabla 1 se recoge la gravedad percibida del FR en función del factor temporal y clasificación del FR. No se detectaron diferencias. La pcte con gangrena digital y una con UD activas, habían mejorado con bosentan. Las pctes con escaras y una con UD activas permanecieron sin cambios. (2) Se evaluó la presencia de Xofo y/o Xost en 78 pctes, con FR. El 88.5% eran mujeres, 26 (33%) presentaban FR1º; y 52 (67%) FR2º. En la tabla 2 se muestran el resultado al cuestionario, así como la repercusión percibida de los pctes de los síntomas de sequedad. No se encontraron diferencias. Dos pctes, fueron diagnosticados definitivamente como Síndrome Sjogren 1º. Uno de ellos presentaba flujo salivar y Schirmer patológicos, antiRo y antiLa positivos; El segundo pcte, afectación en gammagrafía salival de grado IV, Schirmer patológico, factor reumatoide y crioglobulinemia positivos, con antipéptido citrulinado negativos.

Tabla 1 Póster 319

Gravedad percibida por los pctes (%)	Nada (6)	Leve (29)	Moderada (23)	Bastante (24)	Grave (16.5)
	Nada o Leve			Bastante o Severa	
Estación del año					
Octubre 2013-Marzo 2014 (%)	33,33			49	
Abril-Septiembre 2014 (%)	32			46	
Clasificación del FR					
FR 2º asociado a ERAS (%)	34			47,5	
FR 1º	37			30	

Tabla 2 Póster 319

	FR 2º (%)	FR 1º (%)
Xerostomía (% de pctes que contestan afirmativamente)		
¿Tiene sensación de boca seca desde hace más de 3 meses?	48	38,5
¿Ha notado de forma repetida hinchazón en las glándulas salivales?	19	11,5
¿Necesita beber para poder masticar y tragar la comida sólida?	25	23
Contestación positiva a 2-3 de las 3 cuestiones planteadas:	17	8
Xeroftalmia (% de pctes que contestan afirmativamente)		
¿Nota sequedad en los ojos desde hace más de 3 meses?	30	15
¿Tiene sensación de arenilla en los ojos?	43	35
¿Utiliza lágrimas artificiales más de 3 veces al día?	9	0
Contestación positiva para 2 o 3 de las cuestiones previas:	29	8
Repercusión percibida por el pcte que este conjunto de síntomas (%)		
Ninguna	44	46
Leve	21	23
Moderada	10	8
Bastante	21	15
Grave	4	8

Conclusiones: 1) En nuestra serie de pacientes, no se demuestra la creencia de que la gravedad percibida por el pcte con FR varía con la estación del año, o con la clasificación como FR1º o FR2º. 2) 2.1. Un número relevante de pacientes con FR presentan síntomas de sequedad ocular y bucal, aunque solo un escaso número son diagnosticados de SS. 2.2. La repercusión percibida por los pctes es escasa en la mayoría de ellos.

320. PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA EN PACIENTES DEL REGISTRO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (RELESSER)

A. Lois-Iglesias¹, I. Rúa-Figueroa², V. del Campo³, F.J. López-Longo⁴, M. Galindo⁵, J. Calvo⁶, I. Hernández⁷, M. Belmonte⁸, C. Erasquin², E. Tomero⁹, R. Blanco¹⁰, V. Calvo-Río¹⁰, E. Uriarte¹¹, P. Vela Casasempere¹², M. Freire¹³, J. de Toro¹³, C. Montilla¹⁴, E. Raya¹⁵, A. Fernández-Nebro¹⁶, L. Horcada¹⁷ y J.M. Pego-Reigosa⁷, en representación del Grupo RELESSER del GT EASSER¹⁸

¹Universidad A Coruña. ²Hospital Dr. Negrín. Las Palmas. ³Servicio de Medicina Preventiva. Estructura Organizativa Xestión Integrada (EOXI). Vigo. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁷Servicio de Reumatología. EOXI. Vigo. ⁸Hospital de Castellón. ⁹Hospital La Princesa. Madrid. ¹⁰Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ¹¹Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ¹²Hospital de Alicante. ¹³Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ¹⁴Hospital de Salamanca. ¹⁵Hospital San Cecilio. Granada. ¹⁶Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹⁷Hospital de Navarra. Pamplona. ¹⁸Grupo IRIDIS (Investigación en Reumatología y Enfermedades Inmuno-Mediadas). Instituto de Investigación Biomédica Vigo-Pontevedra-Ourense.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumática sistémica autoinmune que, en nuestro medio, presenta manifestaciones hematológicas aproximadamente en el 70% de los casos. Algunas de estas manifestaciones son muy poco frecuentes por lo que no existen grandes series cuyo análisis pueda aportar información relevante.

Objetivos: Estudiar las características de los pacientes con púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) en una gran muestra de pacientes con LES procedente de RELESSER.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de la base de datos del Registro RELESSER donde están registrados 3.656 pacientes diagnosticados de LES de 45 hospitales españoles. Se analizaron de manera exhaustiva las manifestaciones clínicas/analíticas presentes a 12 niveles (mucocutáneo, renal, musculoesquelético, constitucional, hematológico, vascular, cardíaco, respiratorio, neuropsiquiátrico, gastrointestinal, oftalmológico y serológico), antes de la PTT, en el momento de diagnóstico de la PTT y en la última evaluación del paciente. Además estudiamos también los índices de actividad (SELENA-SLEDAI) y daño (SLICC/ACR DI) en cada uno de esos momentos. Evaluamos los tratamientos recibidos, el número de recidivas de la PTT y el número de éxitos por esta entidad.

Resultados: Encontramos 19 casos de PTT (< 1% del total). De ellos, el 100% eran mujeres, 94,7% de raza caucásica y con una edad media ($\pm$ DE) al diagnóstico de LES de $28,9 \pm 11,4$ años. Dividimos a los pacientes en 3 grupos según la cronología entre el diagnóstico de la PTT y el LES. En el grupo 1(G1) los pacientes presentaron primero la PTT y tiempo después fueron diagnosticados de LES. En el grupo 2 (G2) los pacientes desarrollaron el LES y la PTT de manera simultánea. En el grupo 3(G3) los pacientes presentaron primero el LES y después la PTT. De acuerdo con dicha clasificación, se incluyeron 3, 5 y 11 pacientes en cada grupo, respectivamente. Las cifras medias de hemoglobina (g/dl) y plaquetas al diagnóstico de PTT en cada grupo fueron las siguientes: en el G1 $10 (\pm 3,2)$ y $10.667 (\pm 7.506)$; en el G2 $7,7 (\pm 2,1)$ y $25.200 (\pm 38.590)$ y en el G3 $7,4 (\pm 1,8)$ y $22.909 (\pm 18.387)$. El G2, y en mayor medida el G3, presentaban alta actividad del LES en el momento de la PTT (SLEDAI > 6), manteniéndose el G2 posteriormente con un SLEDAI $3,8 (\pm 5,3)$ y el G3 con $2,4 (\pm 0,7)$. El número de líneas de tratamiento y de tratamientos administrados fue de $2,8 (\pm 2)$ y $5,4 (\pm 2,9)$ respectivamente en el G2, y de $2,4 (\pm 1,7)$ líneas y $3,8 (\pm 2,5)$ tratamientos en el G3, al contrario que en el G1 donde sólo precisaron $1 (\pm 0)$ línea de tratamiento, con $2 (\pm 1)$ fármacos. Sólo hubo recidivas y éxitos en el G3, con 2 pacientes en cada caso. En la tabla se muestran con mayor detalle los principales resultados del análisis en cada uno de los 3 grupos.

Tabla Póster 320

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Nº de pacientes	3	5	11
Tiempo entre PTT y LES (meses)	PTT a LES: 25,3 ($\pm$ 8,5)	Simultáneo	LES a PTT: 73,6 ($\pm$ 60,5)
Tiempo entre PTT y última evaluación (meses)	227,3 ($\pm$ 117,8)	157,2 ($\pm$ 105,8)	196,9 ($\pm$ 65,6)
Edad al diagnóstico de LES	25,5 ($\pm$ 10,3)	36,5 ($\pm$ 6,5)	26,4 ($\pm$ 9,4)
Edad al diagnóstico de PTT	23,3 ($\pm$ 9,6)	36,5 ($\pm$ 6,5)	33,3 ($\pm$ 11,6)
Nº sistemas afectados por LES previos a PTT	No procede	No procede	6,55 ($\pm$ 2,5)
Nº sistemas afectados por LES al diagnóstico de PTT	No procede	4 ($\pm$ 2)	4,72 ($\pm$ 2,8)
Nº sistemas afectados por LES desde PTT hasta última evaluación	6 ($\pm$ 3)	3,8 ($\pm$ 2,3)	2,2 ($\pm$ 1,8)
Hemoglobina al diagnóstico de PTT (g/dl)	10 ($\pm$ 3,2)	7,7 ($\pm$ 2,1)	7,4 ($\pm$ 1,8)
Plaquetas al diagnóstico de PTT	10.667 ($\pm$ 7.506)	25.200 ($\pm$ 38.590)	22.909 ($\pm$ 18.387)
SLEDAI//SLICC-ACR DI al diagnóstico de PTT	No procede	13,2 ($\pm$ 5,7)/0	21,7 ($\pm$ 15,2)/1,45 ($\pm$ 1,1)
SLEDAI//SLICC-ACR DI 1 año tras PTT	No procede	3,8 ($\pm$ 5,3)/0,8 ($\pm$ 1,3)	2,4 ($\pm$ 0,7)/1,07 ($\pm$ 0,3)
SLEDAI//SLICC ACR DI (última evaluación)	0,7 ($\pm$ 1,1)/0	4 ($\pm$ 3,7)/1,8 ($\pm$ 2,7)	2,26 ($\pm$ 0,7)/1,58 ($\pm$ 0,5)
Nº líneas de tratamiento necesarias	1 ($\pm$ 0)	2,8 ($\pm$ 2)	2,4 ($\pm$ 1,7)
Nº tratamientos administrados	2 ($\pm$ 1)	5,4 ($\pm$ 2,9)	3,8 ($\pm$ 2,5)
Nº recidivas	0	0	2
Nº exitus	0	0	2

Conclusiones: La PTT es una manifestación poco frecuente ($< 1\%$) en el LES. La PTT en el LES puede ser grave y ocasionar el exitus del paciente. Por estos motivos, debe tenerse en cuenta el diagnóstico de PTT en todo paciente con LES que presente anemia y tromboopenia.

Este estudio ha sido apoyado por el FIS (ISCIII) PI11/02857. También ha sido financiado parcialmente por: GSK, UCB, Roche y Novartis. El Dr. Pego-Reigosa recibe apoyo de BIOCAPS (beca 316265) del 7º Programa Marco de la Unión Europea (FP7/REGPOT-2012–2013.1).

321. EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL BELIMUMAB SOBRE PARÁMETROS CLÍNICOS, DE ACTIVIDAD CLÍNICA Y DEL LINFOCITO B EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

D. Hernández-Flórez, L. Valor, T. del Río, J.C. Nieto, J. Martínez, J. Ovalles, C.M. González, J. López-Longo, I. Monteagudo, E. Naredo y L. Carreño

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica heterogénea con respecto a su fisiopatología. Desde el punto de vista inmunológico existe una activación policlonal anómala del linfocito B (LB) y un micro-ambiente pro-inflamatorio persistente, se ha descrito una expresión aberrante en los receptores del LB y de la concentración de proteínas solubles como sBAFF (B-cell activating factor soluble), lo cual modula el proceso de maduración y supervivencia del LB hacia célula productora de anticuerpos. En este estudio longitudinal se evaluó el impacto del tratamiento con belimumab en pacientes con LES sobre parámetros clínicos, serológicos y fenotípicos del LB.

Métodos: Un total de 8 pacientes con LES que iniciaban tratamiento con belimumab fueron evaluados clínica, serológica y fenotípicamente en los meses 0, 4 y 8. La actividad clínica de la enfermedad fue determinada por medio del SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) donde un SLEDAI < 3 : indicó remisión, 3-12: actividad moderada y > 12 : actividad severa. Se determinaron las concentraciones séricas de sBAFF, TNF-alfa e IL-17A. El fenotipado del LB se realizó mediante citometría de flujo multiparamétrica. Se utilizó un grupo control para comparar las variables serológicas y de fenotipado.

Resultados: La actividad clínica medida por SLEDAI así como el conteo absoluto de LB-CD19+ y los niveles de anticuerpos anti-ADN, disminuyeron progresivamente a lo largo del seguimiento, mientras que el recuento de plaquetas incrementó progresivamente. Encontramos que las concentraciones de sBAFF, TNF-alfa e IL-17A se encuentran persistentemente elevadas en los pacientes LES en

comparación con el grupo control. Por otro lado, la concentración de sBAFF aumento mientras que IL-17A y TNF-alfa disminuyeron durante el seguimiento de los pacientes con LES. Se observó que en el grupo control no hubo cambios fenotípicos de los LB a lo largo del seguimiento mientras que en los pacientes con LES se encontró un disminución de los LB-naïve (CD19+/CD27-) y un incremento de los LB-memoria (CD19+/CD27+). Con respecto a los subtipos de LB, observamos una disminución en la frecuencia de LB-naïve-maduros y plasmablastos, contrario a esto, se observó un incremento de los LB post-centro-germinal y de memoria-quiescente. Al asociar las variables clínicas y de laboratorio encontramos una correlación negativa del SLEDAI con la hemoglobina y C3 ($p = 0,046$, $p = 0,01$, respectivamente).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la cinética de la actividad clínica en los pacientes con LES tratados con belimumab estaría asociada a una reducción en la frecuencia de LB-naïve y a un aumento progresivo en la concentración de sBAFF, lo cual podría constituir un posible indicador de respuesta terapéutica. Estos resultados deben ser corroborados en cohortes con un mayor número de pacientes y con un seguimiento a más largo plazo.

322. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON AC ANTI-RO+

T.L. Rodríguez Araya, P. Cossio Jiménez, V. Moreno Carbonell, R. Veroz González, J.J. Aznar Sánchez, A.M. Gallego Flores, L.M. Mellado Narciso y E. Chamizo Carmona

Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: Los anticuerpos anti-Ro+ se asocian predominantemente a Lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de Sjögren (SS), pero también a otras enfermedades autoinmunes. Existe controversia en cuanto a su asociación con diferentes manifestaciones clínicas.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes que tienen anticuerpos anti-Ro+ (Ac Ro+) en nuestra población.

Métodos: Se incluyeron a los pacientes con más de una determinación AcRo+ desde el año 2013, seleccionando a aquellos cuyas características a evaluar estaban recogidas en la historia clínica. Se recopilaron los datos demográficos y clínicos.

Resultados: Se evaluaron 89 pacientes Ro+ (82M/7H), de los cuales 28 eran también La+ (27M:1H). La edad media fue menor en los pacientes con LES y/o La+. Los diagnósticos más frecuentes fueron: 30 casos de LES (20 Ro+, 10 Ro+La+), 15 SS primario (SSP: 7 Ro+, 8 Ro+La+), 6 AR, 4 esclerodermia (ES), 3 dermatopolimiositis (MI) (2 sd. antisintetasa (SAS)), 1 enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC), 1 sd. antifosfolípido primario (SAFP) y 5 overlaps

Tabla Póster 322

	Total	Ro+			Ro+La+		
		Total	LES	No LES	Total	LES	No LES
Número	89	61	23	38	28	10	18
Mujeres	82	55	22	33	27	10	17
Edad media (IC)	57,7 (57,1-58,1)	58,66 (57,9-59,4)	50,81 (49,6-52,0)	60,85 (59,9-61,7)	56,15 (55,0-57,2)	46,09 (44,3-47,9)	63,06 (61,7-64,4)
Fotosensibilidad (19,10%)	17	9	8	1	8	6	2
Rash (30,33%)	27	16	13	3	11	7	4
Alopecia (13,48%)	12	10	9	1	2	1	1
Úlceras orales (24,72%)	22	10	7	3	12	4	8
Raynaud (22,47%)	20	15	6	9	5	1	4
Sd. Sjögren 2io (10,11%)	9	3	2	1	6	3	3
Linfopenia (41,57%)	37	19	13	6	18	7	11
Trombopenia (10,11%)	9	8	6	2	1	1	0
Hipocomplementemia (25,84%)	23	17	12	5	6	6	0
Ac AFL (16,85%)	15	10	7	3	5	4	1
Nefritis (16,85%)	15	10	9	1	5	3	2
Pleuritis, pericarditis (10,11%)	9	6	6	0	3	1	2
EPID (7,86)	7	5	1	4	2	0	2
Hipergammaglobulinemia (12,36%)	11	5	1	4	6	0	6
Comorbilidades							
HTA	25	14	4	10	11	2	9
CBP	2	1	1	0	1	0	1

(2 LES-AR, 2 AR-SSP, 1 LES-SSP). El resto de pacientes (24) no cumplía criterios de una enfermedad reumatológica concreta. No encontramos diferencias en la distribución por enfermedades entre Ro+ y Ro+La+. En toda la muestra, las manifestaciones más frecuentes fueron articulares (88,5%), síndrome seco (31,5%), linfopenia (41,6%), úlceras orales (24,7%). En LES, predominaron artralgias (100%), linfopenia (60,6%), rash malar (60,6%), hipocomplementemia (54,5%), fotosensibilidad (42,4%), nefritis (36,4%) y sd AFL (33,3%). Se dieron 7 casos de EPID (1 LES Ro+, 1 ES, 2 SAS Ro+ y 3 SSP RoLa+). El fenómeno de Raynaud (FR) se observó en el 22,5% de los casos, 65% de los cuales eran pacientes no-LES. Hasta un 28,1% de los pacientes tenían HTA (76% eran pacientes no-LES). Se dieron dos casos de cirrosis biliar primaria (CBP) un LES Ro+ y un SSP Ro+La+.

Conclusiones: La aparición de Ro+ se asocia al sexo femenino, al desarrollo de enfermedades reumáticas, principalmente LES y síndrome de Sjögren y a ciertas manifestaciones clínicas (artralgias, síndrome seco, linfopenia). En más de la tercera parte de los pacientes se acompaña de La+. La edad de comienzo es más precoz en los pacientes con LES, especialmente La+. En estos pacientes, Ro+ se asocia además a fotosensibilidad, rash malar, nefritis y síndrome antifosfolípido. Debemos prestar especial atención en los fenómenos de riesgo cardiovasculares (HTA, hipercolesterolemia, etc.) de los pacientes Ro+.

323. COMORBILIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y FACTORES ASOCIADOS: ESTUDIO MONOCÉNTRICO UTILIZANDO EL ÍNDICE DE CHARLSON

C. Hernández¹, I. Rúa-Figueroa¹, C. Erausquin¹, M.A. García-Bello², A. Naranjo¹, S. Ojeda¹, F. Francisco¹, J.C. Quevedo¹, F. Perdomo¹ y C. Rodríguez-Lozano¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Estadística. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas.

Introducción: Se dispone de pocos estudios que analicen de forma sistemática la comorbilidad de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y, que sepamos, ninguno en nuestro medio.

Objetivos: Describir la comorbilidad en una cohorte monocéntrica de LES y analizar los factores asociados a la puntuación en el índice de Charlson (Ich).

Métodos: Estudio retrospectivo incluyendo los pacientes con LES (cACR1997) valorados en ≥ 2 ocasiones en reumatología. Se recogieron características clínicas, tratamientos y comorbilidad acumu-

lada. Índice de gravedad de Katz (IGK) e Ich ampliado corregido por edad. Situación socioeconómica: escala Graffar (a mayor valor, peor situación), años de estudios y estado civil. Para explorar asociación entre Ich y variables cualitativas: t-Student (corrección de Welch si aplicable); con variables cuantitativas: correlación de Pearson. Análisis multivariado: regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyeron 321 pacientes (de un total de 333), 92% mujeres. Casadas/os: 55%, solteras/os o separadas/os: 39,9% y viudas/os: 4,5%. Mediana Graffar: 12 (P25-P75: 9-15), mediana años de estudios: 12 (P25-P75: 8-15). Edad media al inicio: 31,7 años (DE $\pm 13,5$); edad media en la visita del estudio: 45,9 ($\pm 13,6$). Mediana tiempo de seguimiento: 7,7 años (P25-P75: 3,5-13,4) y mediana de tiempo de evolución LES: 13,3 (P25-P75: 7,1-19,3). Mediana criterios LES: 6 (P25-P75: 4-7). Afectación de órgano mayor: 45,5%. Mediana IGK: 2 (P25-P75: 2-5) y SDI: 1 (P25-P75: 0-2). Hospitalización por LES: 62,5%. Exitus: 9,3%. Tratamientos (en algún momento): 38,1% algún inmunosupresor salvo metotrexate, 80,3% corticoides (GC) (41,1% prednisona ≥ 60 mg/d o bolos) y 84,5% antimaláricos. El 85,6% tenían ≥ 1 comorbilidad. Comorbilidades más prevalentes: factores de riesgo cardiovascular [dislipemia (17,7%), tabaquismo (39%), HTA (33,5%)], infección grave (32,6%), depresión (15,2%) y osteoporosis (14%). Mediana Ich: 2 (P25-P75: 1-4). Las variables asociadas a mayor puntuación en Ich fueron: sexo varón (Ich $3,87 \pm 2,44$ vs $2,62 \pm 1,99$; $p = 0,00490$), tiempo de evolución del LES ($r = 0,208$; IC95%: 0,098-0,312; $p = 0,0002475$), hospitalización por LES (Ich $2,93 \pm 2,20$ vs $2,37 \pm 1,75$; $p = 0,02023$), afectación órgano mayor (Ich $3,01 \pm 2,15$ vs $2,48 \pm 1,95$; $p = 0,02783$) e IGK ($r = 0,160$; IC95%: 0,048 0,267; $p = 0,00511$). Como sería esperable, existía buena correlación entre SDI e Ich, ya que SDI contempla comorbilidad ($r = 0,396$; IC95%: 0,296-0,487; $p = 0,0000000000008127$). Los pacientes que fallecieron tenían mayores niveles de Ich ($4,07 \pm 2,93$ vs $2,58 \pm 1,90$; $p = 0,01345$). A mayor puntuación en escala de Graffar, mayor Ich ($r = 0,207$; IC95%: 0,075 0,332; $p < 0,003$), que también era mayor en viudos/as (N = 11) [mediana 6 (P25-P75: 4,5-7,5) versus casados/as [(N = 136): mediana 2 (P25-P75: 1-4); $p = 0,0189$]. A mayor nº de años de estudios, menor Ich ($r = 0,280$; IC95%: -0,395 -0,156; $p = 0,00001643$). El tratamiento con antipalúdicos se asoció a un menor Ich ($2,48 \pm 2,28$ vs $4,35 \pm 1,88$; $p = 0,00000$). Ajustando por IGK, existía una interacción entre antipalúdicos e IGK estratificado ($\alpha = 1, = 2, 3-4$ y ≥ 5), con reducción promedio del Ich de 2,0 ($p = 0,002$) en pacientes con IGK 3-4 y de 2,4 ($p < 0,001$) en IGK ≥ 5 . No se encontraron diferencias significativas en función del tratamiento antipalúdico en niveles bajos de IGK. En uno de los

modelos multivariable, excluyendo SDI los antipalúdicos, años de estudios, tiempo de evolución del LES y el sexo varón mantuvieron significación ($p = 0,0018$, $p = 0,0003$, $p = 0,0004$, $p = 0,0096$, respectivamente).

Conclusiones: El LES está asociado a una considerable comorbilidad, si bien el valor medio del índice de Charlson no es elevado. El ICh se incrementa con la gravedad de enfermedad, la duración, el sexo varón y la situación socioeconómica desfavorable. El uso de antipalúdicos resulta protector.

324. ESTUDIO DEL HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL DE JEREZ

R. Menor Almagro¹, M. Cayón Blanco², M.J. Rodríguez Valls¹, C. Aranda Valera¹, J.L. de la Iglesia¹, M.M. Ruiz Tudela¹, M. Páez-Camino¹, J.J. Salaberri¹ y J.J. Pérez Venegas¹

¹Sección de Reumatología; ²Sección de Endocrinología. Hospital de Jerez.

Introducción: El hipotiroidismo es la alteración tiroidea más frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), sin embargo la asociación entre ambas patologías no está bien establecida. Por otra parte, no hay realizados estudios que relacionen los patrones inmunológicos específicos de LES y el desarrollo de hipotiroidismo.

Objetivos: Estudiar la afectación de hipotiroidismo en pacientes con LES del Hospital de Jerez y describir sus características clínicas, biológicas e inmunológicas.

Métodos: Estudio transversal. Se determinaron características inmunológicas y funcionalidad tiroideas en pacientes con LES. Concomitantemente, se realizó perfil inmunológico completo en todos los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes con LES (94% mujeres, media de edad: $38,2 \pm 14,5$ años y duración media de LES $8,8$ años $\pm 6,2$ años). Se halló hipotiroidismo en un 17,5% de los casos (44,4% de causa autoinmune). No se evidenció un patrón específico de anti-ADN en pacientes con hipotiroidismo. La presencia de hipotiroidismo fue más frecuente en pacientes con anticuerpos positivos Ro60, Ro52, y La (25% vs 9,7%; $p = 0,027$). Independientemente del estado tiroideo, los pacientes con un mayor número de anticuerpos positivos presentaron valores más elevados de TSH pero no se encontró ninguna evidencia significativa. El hipotiroidismo de naturaleza autoinmune fue tres veces más frecuente en pacientes con más de un anticuerpo positivo de LES, pero el pequeño número de pacientes no nos permitió encontrar diferencias significativas. (42,9% vs 14,3%; $p = 0,53$).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que el hipotiroidismo es más frecuente en pacientes con LES y que podría estar influenciado por características inmunológicas ya que, a mayor número de anticuerpos positivos propios del LES, mayor probabilidad de hipofunción tiroidea. Serían necesarios estudios con un mayor número de pacientes para confirmar esta hipótesis. Sería recomendable solici-

tar estudios funcionales e inmunitarios tiroideos en pacientes con LES y presencia de más de un anticuerpo positivo, sobre todo ante la positividad de Ro60, Ro 52 y La.

325. EXPERIENCIA CLÍNICA CON TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTERITIS DE GRANDES VASOS

J.P. Vinicki, M. Arredondo, A. Humbría, R. García-Vicuña, J.P. López-Bote, J.A. García-Vadillo, S. Castañeda y J.M. Álvaro-Gracia

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: La mayoría de los pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) y/o arteritis de Takayasu (AT) tienen una enfermedad crónica que requiere tratamiento prolongado con glucocorticoides (GC). Los efectos adversos (EA) de estos, junto con la frecuencia de recaídas (> 50%) han llevado a buscar tratamientos alternativos como las terapias biológicas (TB).

Objetivos: Describir los resultados obtenidos en práctica clínica con el uso de la TB en pacientes con diagnóstico de AT y ACG.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AT y ACG que habían recibido TB (infliximab [IFX], etanercept [ETN] y tocilizumab [TCZ]). La recogida de datos incluyó: sexo, edad, tiempo de evolución, tratamiento inmunomodulador previo y concomitante, motivo de inicio de TB, reactantes de fase aguda, tipo y dosis de biológico utilizado, respuesta clínica a los 3, 6, 12, 24 meses y último seguimiento, tiempo de seguimiento, pruebas de imagen, procedimientos de revascularización y EA relevantes. En AT se definió enfermedad activa como la aparición o deterioro en 2 o más de lo siguiente: (1) fiebre u otra característica de compromiso sistémico (en ausencia de otra causa); (2) VSG y/o PCR elevada; (3) manifestaciones de isquemia vascular o inflamación y (4) lesiones angiográficas típicas. En ACG se definió enfermedad activa como la aparición o deterioro de 2 o más de lo siguiente: (1) fiebre u otra característica de compromiso sistémico (en ausencia de otra causa); (2) VSG y/o PCR elevada; (3) manifestaciones de compromiso de arteria temporal o una de sus ramas y (4) síntomas compatibles con polimialgia reumática. En caso de no haber enfermedad activa, el paciente se consideraba en remisión. Los datos numéricos se expresan como media y desviación estándar (DE) para las variables continuas y porcentajes para las variables cualitativas. Los valores de VSG y PCR del seguimiento representan la media ($\pm$ DE) de la suma de los valores individuales de las diferentes visitas realizadas tras el inicio de la TB.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, 5 con AT y 5 con ACG (tabla). El tiempo medio de evolución fue similar en ambos grupos ($10,6 \pm 6,26$ años), el principal motivo para iniciar TB fue falta de respuesta al tratamiento previo (metotrexate, leflunomida, clorambucilo, micofenolato mofetilo, azatioprina y/o ciclofosfamida) y/o 2 o más recaídas durante el descenso de GC. Cinco pacientes iniciaron IFX, cuatro pacientes TCZ y 1 paciente ETN. En AT, la remisión se observó antes de los 6 meses ($n = 5$) y en ACG antes de los 3 meses

Tabla Póster 325

Paciente	Enfermedad	Sexo	Edad	Terapia biológica	Dosis	Respuesta	Prednisona basal	VSG basal	PCR basal	Prednisona último seguimiento	VSG (media $\pm$ DE)	PCR (media $\pm$ DE)
1	AT	F	32	IFX	5 mg/kg/8 semanas	Remisión	0	18	1	0	22 ± 2	$1 \pm 0,6$
2	AT	F	19	TCZ	8 mg/kg/4 semanas	Remisión	30	14	5	5	12 ± 9	$2 \pm 3,1$
3	AT	F	52	IFX	5 mg/kg/8 semanas	Remisión	30	19	5	5	16 ± 5	$8,8 \pm 6,4$
4	AT	F	54	IFX	5 mg/kg/8 semanas	Remisión	30	54	24	5	21 ± 8	$3,6 \pm 8,7$
5	AT	F	60	IFX	5 mg/kg/8 semanas	Remisión	5	16	4	5	21 ± 5	$2,5 \pm 1,4$
6	ACG	M	80	TCZ	8 mg/kg/4 semanas	Remisión	15	59	19	0	20 ± 7	$2 \pm 6,5$
7	ACG	F	69	TCZ	8 mg/kg/4 semanas	Remisión	30	34	5	0	17 ± 22	$3,7 \pm 6,9$
8	ACG	F	78	IFX	5 mg/kg/8 semanas	Remisión	12,5	15	7	7,5	17 ± 5	$7,7 \pm 1,7$
9	ACG	F	89	ETN	50 mg/semana	Remisión	5	11	2	0	17 ± 6	$2 \pm 0,6$
10	ACG	F	92	TCZ	8 mg/kg/4 semanas	Remisión	15	95	16	25	14 ± 3	0 ± 0

(n = 4) y 6 meses (n = 1). Ningún paciente tuvo recaídas durante el seguimiento (tiempo de seguimiento medio $37,8 \pm 31,9$ meses) y la dosis diaria de GC logró reducirse un 70%. Se registraron 2 EA atribuibles a IFX (infecciones de repetición y anafilaxia) y 1 EA atribuible a TCZ (neutropenia leve). En el último seguimiento, 5 pacientes continuaban con TB, 1 paciente suspendió la TB (ETN) por remisión sostenida, 1 paciente se perdió en el seguimiento (traslado a otro país), 2 pacientes suspendieron la TB por EA atribuible a IFX y 1 paciente falleció por causa no atribuible a la TB.

Conclusiones: Observamos una respuesta favorable con el uso de la TB en pacientes con AT y ACG, pudiendo considerarse como una terapéutica eficaz en pacientes refractarios al tratamiento convencional y/o dependencia a corticoides.

326. LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA ACR TIENEN ESCASA CORRELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE TAKAYASU. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ARTERITIS DE TAKAYASU EN UN HOSPITAL DEL NORTE DE ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M.T. Silva-Díaz, J. Gromaz, M. Freire, B. Aspe, A. Atanes, F.J. Blanco, C. Fernández-López, J. Graña, N. Oreiro, J.A. Pinto-Tasende y J. de Toro

Servicio de Reumatología. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña.

Objetivos: La arteritis de Takayasu es una enfermedad poco frecuente en España. El diagnóstico se basa principalmente en el uso de técnicas de imagen y su tratamiento es totalmente empírico. El objetivo de este trabajo es describir las manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Takayasu en nuestro servicio de Reumatología en los últimos 5 años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de Arteritis de Takayasu en un hospital con un área sanitaria de 500.000 habitantes desde el año 2010 hasta el 2014. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, manifestación clínica, fecha y etapa de la enfermedad al diagnóstico (según los 3 estadios evolutivos descritos clásicamente, con una fase inicial, con sintomatología constitucional; una segunda en la que predomina el proceso inflamatorio del vaso y una tardía, con predominio de las lesiones vasculares establecidas y manifestaciones sistémicas); criterios de clasificación, afectación vascular (según la clasificación angiográfica de 1994: tipo I: ramas del arco aórtico, tipo IIa: aorta ascendente, arco aórtico y sus ramas, tipo IIb: aorta ascendente, arco aórtico y sus ramas, aorta torácica descendente, tipo III: aorta torácica descendente, aorta abdominal y/o arterias renales, tipo V: combinación de los tipos IIb y IV); método de imagen para el diagnóstico (angioTC, angioRM, PET), VSG, PCR y tratamiento utilizado.

Resultados: Se diagnosticaron 8 pacientes en los últimos 5 años en nuestro servicio, todos los pacientes eran mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 52,6 (43-70) años. Cinco pacientes fueron diagnosticados en fase evolutiva tardía, dos en fase inicial y una en fase inflamatoria. La afectación vascular difusa tipo V fue la más prevalente (75%). Los parámetros de inflamación VSG y PCR- estaban elevados al diagnóstico en el 75% de los pacientes. El método de imagen más frecuentemente usado fue el angioTAC, en un caso fue necesario realizar un PET. Los criterios de clasificación de la ACR no estaban presentes en el 50% de los pacientes. Los criterios que presentaron con mayor frecuencia los pacientes fueron prueba de imagen anómala (100%), claudicación de miembros (62,5%) y discrepancia de presión arterial diastólica > 10 mmHg en ambos brazos (37,5%). Todos los pacientes recibieron glucocorticoides a dosis de 1 mg/Kg de peso asociado con, al menos, un inmunosupresor durante su evolución: metotrexato (62,5%), ciclofosfamida (37,5%) o tocilizumab (37,5%). Cinco de las pacientes recibieron tratamiento

antiagregante con el objetivo de disminuir la frecuencia de eventos isquémicos. La evolución clínica fue desfavorable en tres pacientes, dos mantenían claudicación de miembros y visión borrosa, por lo que precisaron inicio de terapia biológica con tocilizumab; y otra presentó un infarto agudo de miocardio, requiriendo angioplastia coronaria. Realizamos estudio comparativo con una cohorte italiana de 104 pacientes, y encontramos diferencias en cuanto a la edad media al diagnóstico, siendo dichas pacientes más jóvenes; asimismo, con respecto al cumplimiento de los criterios de clasificación de la ACR, la cohorte los cumple en un porcentaje mucho más elevado (97,8%). Hay que destacar que la afectación supra e infradiafragmática es la más frecuente en ambas series, así como el género femenino.

Tabla Póster 326

Variable	Nuestra serie (8 casos)	Cohorte Italiana (Vanoli et al. Arthritis Care & Research, 2005) (141 casos)
Edad	52,6 (43-70)	29,1 (4-74)
Género% (F/M)	Femenino (100%)	Femenino (87,55%)
Primera manifestación		
Claudicación miembros	3 (37,5%)	
Visión borrosa	1 (12,5%)	
Infartos de repetición	1 (12,5%)	
Dolor epigástrico	1 (12,5%)	
Síndrome general	2 (25%)	
Etapa de la enfermedad		
Fase inicial	2 (25%)	
Fase inflamatoria	1 (12,5%)	
Fase tardía	5 (62,5%)	
Afectación vascular		
Supradiafragmática	2 (25%)	32%
Supra e infradiafragmática	6 (75%)	53%
Método de imagen		
AngioTC	4 (50%)	
AngioRM	3 (37,5%)	
PET	1 (12,5%)	
VSG	84,62 (11-121)	
PCR	4,38 (0,2-14)	
Criterios ACR		
≥ 3	4 (50%)	2,8%
Edad	4 (50%)	97,2%
Claudicación de miembros	0	82,70%
Pulso braquial disminuido	5 (62,5%)	58,60%
Discrepancia PAD > 10 mmHg	2 (25%)	75%
Soplo arterial	3 (37,5%)	68,30%
Arteriografía anómala	0	70,20%
Tratamiento	8 (100%)	98,10%
Metotrexato	6 (62,5%)	
Ciclofosfamida	3 (37,5%)	
Tocilizumab	3 (37,5%)	

Conclusiones: Los criterios de clasificación no fueron útiles para realizar el diagnóstico en el 50% de los pacientes de nuestra serie. La clínica inicial inespecífica de esta enfermedad probablemente condicione el diagnóstico en fases evolutivas tardías y con afectación vascular extensa. La afectación vascular tipo V es la más frecuente.

327. ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES QUE PRESENTAN ICTUS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

O. Olivas Vergara, M. Martín López, M. Galindo Izquierdo, S. Kanaffo Castelblanco e I. Mateo Bernardo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis más prevalente en pacientes mayores de 50 años, y puede debutar con manifestaciones craneales isquémicas como pérdida de visión e ictus isquémico, si bien esta última no es una manifestación frecuente.

Objetivos: Comparar las características clínicas y de laboratorio entre pacientes con ACG confirmada por biopsia con o sin ictus en el momento del diagnóstico.

Métodos: Los datos clínicos y resultados de laboratorio se recogieron de manera retrospectiva de las historias clínicas de 120 pacientes diagnosticados de ACG con biopsia compatible entre 1992 y 2014 en el Hospital 12 de Octubre en los servicios de Reumatología, Medicina Interna y Neurología. El diagnóstico de ictus se realizó teniendo en cuenta la sintomatología neurológica y la confirmación por una prueba de imagen (TAC y/o RMN craneal). Se consideraron los ictus ocurridos en el momento del diagnóstico y 4 semanas del inicio del tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas, clínicas y de laboratorio de los pacientes incluidos. Las comparaciones entre los pacientes con o sin ictus se realizaron mediante el test de chi cuadrado para la incidencia de ictus y el test de la t de Student para muestras no pareadas. Se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativa. El análisis de datos se realizó con el programa SPSS 15.0.

Resultados: En total, se incluyeron 120 pacientes (68,3% mujeres, 31,7% hombres) con diagnóstico de ACG confirmado histológicamente, y con una media de edad al diagnóstico de $77,85 \pm 6,79$ años. De ellos, 11 (9,2%) pacientes sufrieron ictus (63,6% territorio carotídeo, 36,4% vertebrobasilar). El análisis comparativo entre los pacientes con o sin ictus se describe en la tabla.

Tabla Póster 327

Análisis comparativo entre pacientes con ACG con o sin ictus en el momento del diagnóstico

Variables	ACG+/ictus+ (n = 11)	ACG+/ictus- (n = 109)	p
Edad al diagnóstico	75,77 $\pm$ 8,88	78,1 $\pm$ 6,55	NS
Sexo(H/M)	4/7	34/75	NS
Cefalea	7	85	NS
Fiebre	2	25	NS
Alteraciones visuales	4	31	NS
Hipersensibilidad del cuero cabelludo	2	43	NS
Polimialgia reumática	4	53	NS
Factores de riesgo y patología cardiovascular previos	9	75	NS
Hipertensión arterial	9	66	NS
Diabetes mellitus tipo 2	2	12	NS
Dislipemia	3	30	NS
Cardiopatía isquémica	1	11	NS
Ictus previo	0	5	NS
Tratamientos previo al diagnóstico			NS
IECA/ARA II	7	41	NS
Anticoagulantes orales	1	10	NS
Antiagregantes plaquetarios	3	18	NS
Estatinas	4	17	NS
Betabloqueantes	1	12	NS
AINE	0	15	NS
Datos de laboratorio al diagnóstico			
VSG	93,8 $\pm$ 26,2	93,3 $\pm$ 21,9	NS
PCR (mg/dl)	4,9 $\pm$ 3,6	9,3 $\pm$ 6,9	NS
Hemoglobina (g/dl)	11,8 $\pm$ 1,2	11,6 $\pm$ 1,7	NS

Conclusiones: En esta serie de pacientes no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Aunque estudios previos observaron una mayor frecuencia de afectación del territorio vertebrobasilar, en nuestra serie prevaleció la afectación del territorio carotídeo. Si bien hubo una tendencia a que los pacientes con ictus presentaran menores niveles de PCR, esta no alcanzó la significación estadística. Tampoco se evidenciaron diferencias en el uso previo de antiagregantes plaquetarios y/o anticoagulantes. Pese a las limitaciones de estudio, por ser retrospectivo y por la falta de homogeneidad en el seguimiento al ser realizado por diferentes servicios, consideramos que es relevante por el número de pacientes incluidos y ser una de las series con mayor cantidad de ictus en la literatura.

328. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET: ESTUDIO DESCRIPTIVO

S. Kanafo Castelblanco, M. Martín López, O. Olivas Vergara y L. Morillas López

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La enfermedad de Behçet es una enfermedad multisistémica de curso crónico y etiología desconocida, descrita por primera vez en 1937 por Dr. Hulusi Behçet. Se suele diagnosticar entre los 20 y 40 años, con mayor prevalencia en países del mediterráneo. Produce vasculitis con afectación multiorgánica, y sus manifestaciones más frecuentes son: úlceras orales (90-100%, de casos), úlceras genitales (64-88%), lesiones oculares (27-90%), lesiones dérmicas (48-88%), compromiso articular (18-64%), compromiso neurológico (10-30%), manifestaciones gastrointestinales (0-59%) y tromboflebitis (10-37%). Actualmente no existen pruebas de laboratorio específicas ni manifestaciones patognomónicas, por lo tanto su diagnóstico se basa en criterios clínicos y el tratamiento dependerá de los síntomas que presenta cada pacientes.

Objetivos: Describir y analizar las características clínicas, analíticas y la respuesta al tratamiento, de una serie de 30 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Behçet.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, de 30 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Behçet, diagnosticados en el servicio de reumatología del Hospital 12 de Octubre, entre enero de 1989 y diciembre del 2014. 25/30 pacientes cumplieron criterios para enfermedad de Behçet (83,33%). Finalmente se incluyeron 25 pacientes.

Resultados: De 30 pacientes solo 25 pacientes (83,33%) cumplieron criterios para enfermedad de Behçet, 15/25 pacientes (50%) eran mujeres, la edad promedio del momento del diagnóstico fue 38 años $\pm$ 2 años, las úlceras orales fueron la manifestación más frecuente, seguida de la artritis inflamatoria presente en 80% de los pacientes. De los 25 pacientes con criterios para enfermedad de Behçet solo el 20% de los pacientes presentaron HLA B51 positivo, el 60% presentó compromiso cutáneo, 36% de los pacientes presentaron compromiso ocular, 12% compromiso neurológico y 20% compromiso vascular. Dentro del tratamiento recibido, el 58,33% recibió tratamiento con corticoesteroides, 66,66% recibió tratamiento con colchicina y dentro de los inmunosupresores el más utilizado fue la azatioprina en un 45,83% los pacientes que recibieron biológico fueron por fallo a tratamiento previo y dentro de los biológicos que se pautaron estuvieron infliximab, rituximab y el ustekinumab.

Conclusiones: La enfermedad de Behçet, es una enfermedad cuyo diagnóstico es principalmente clínico, por lo tanto es importante sospechar la existencia de esta patología y diagnosticar de forma oportuna la enfermedad. Aunque no existe un tratamiento estándar para todos los pacientes, existen diferentes alternativas terapéuticas para las manifestaciones de la enfermedad, mejorando así el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

329. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS DE UNA SERIE DE VASCLITIS ASOCIADA A ANCA

A. Quesada^{1,2}, L. Pérez^{1,2}, L. Corral³, I. Calero^{1,2}, T. Carranco^{1,2}, M.D. Sánchez^{1,2}, C. Hidalgo¹, C. Montilla^{1,2}, O. Martínez¹, R. Usategui², J.L. Lerma⁴ y J. del Pino^{1,2}

¹Servicio de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. ³Medicina Interna. Hospital del Bierzo. León.

⁴Servicio de Nefrología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: El consenso de Chapel Hill distingue entre las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) tres variantes clínico-patológicas: poliangeítis microscópica (PAM), granulomatosis con poliangeí-

tis (GPA) y granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (GEP). Se trata de vasculitis sistémica de pequeño vaso con mal pronóstico en su evolución natural por afectación renal o pulmonar principalmente. Son entidades infrecuentes, en cuya patogenia influyen factores genéticos, ambientales y geográficos. El diagnóstico se basa en la clínica, la histología y el patrón de ANCA. El tratamiento se basa en glucocorticoides, ciclofosfamida entre otros inmunosupresores.

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y evolutivas de una serie de pacientes de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo basado en el análisis de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de alguna de las VAA en los últimos 15 años en nuestro hospital.

Resultados: Encontramos 42 pacientes diagnosticados de PAM, GPA o GEP, de los que solo 26 tenían confirmación histológica: 10 PAM, 8 GPA y 8 GEP. No hubo diferencias en la distribución global por sexos pero predominaban los varones en la GPA (5/8) y las mujeres en PAM (6/10) y GEP (5/8). La edad de presentación era preferentemente en mayores de 65 años (17/26) y solo 4 tenían menos de 40 años. Desde el punto de vista clínico predominaron la afectación renal (PAM 8/10; GPA 5/8; GEP 2/8) y pulmonar (PAM 4/10; GPA 8/8; GEP 4/8). En 4 casos los ANCA fueron negativos (2 GPA y 2GEP) en 1 paciente atípicos. La mayor parte de los pacientes recibieron ciclofosfamida y glucocorticoides en los grupos PAM y GPA, mientras que entre los GEP la mayor parte recibieron solo glucocorticoides. Las recidivas fueron más frecuentes entre los pacientes con GPA (4/8) y GEP (3/8) por solo 1 caso entre los de PAM (1/10). La mortalidad fue del 19%; en 2 casos por vasculitis activa (afectación pulmonar).

Conclusiones: Las VAA en nuestro medio son infrecuentes. La edad de presentación suele estar por encima de los 65 años. No hay diferencias importantes en la distribución por sexo. La afectación nefro-pulmonar fue la esperada según el diagnóstico. Las recidivas fueron menos frecuentes entre los pacientes que recibieron ciclofosfamida y glucocorticoides. La mortalidad es inferior al 20% (7% relacionado con la actividad de la vasculitis). Las VAA son entidades infrecuentes que predominan en la población anciana. El diagnóstico y tratamiento precoz con inmunosupresores, especialmente ciclofosfamida consigue la remisión en gran parte de los pacientes, especialmente en la PAM. En estas condiciones, la mortalidad por la VAA activa es del 7%, aunque se acerca al 20% por otros motivos.

330. ¿SON OTOTÓXICOS LOS ANTIPALÚDICOS?

E. Vicens Bernabeu¹, M. Valenzuela Gras², L. Martínez Costa³, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, A. Martínez-Ferrer¹, M. Robustillo-Villarino¹, C. Vergara Dangond¹, G. Albert Espí¹, J.E. Oller Rodríguez¹, J. Dalmau Galofré² y J.J. Alegre Sancho¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Otorrinolaringología;

³Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: Los antipalúdicos son fármacos ampliamente empleados en Reumatología, y cuya toxicidad depende fundamentalmente de su acúmulo en diferentes tejidos. Más allá de su toxicidad retiniana, bien conocida y tipificada, en la literatura se han descrito casos de ototoxicidad asociada a su uso, manifestada como hipoacusia neurosensorial, acúfenos, mareo y otras manifestaciones vestibulococleares. Partiendo de esta premisa, hipotetizamos que los pacientes con toxicidad ocular por antipalúdicos deberían tener necesariamente evidencia de ototoxicidad.

Objetivos: Evaluar la posible existencia de ototoxicidad en pacientes que han presentado toxicidad macular por cloroquina (CQ) e hidroxicloroquina (OHCQ).

Métodos: Diseño: estudio transversal descriptivo con componentes analíticos. Desde hace más de 10 años el Servicio de Oftalmología evalúa de forma protocolizada los pacientes tratados con antipalúdicos derivados para control oftalmológico. En cada paciente se registra: diagnóstico, fármaco, dosis y tiempo de tratamiento, IMC, test de Ishihara, agudeza visual, campimetría por confrontación, fondo de ojo, tomografía de coherencia óptica, microperimetría y electroretinograma. Se define la toxicidad retiniana como confirmada o probable (microperimetría alterada) Los pacientes con toxicidad macular confirmada o probable (microperimetría patológica) fueron reclutados para el presente estudio. Se realizó una única visita presencial con un reumatólogo y un otorrinolaringólogo (ORL), quienes realizaron la recogida de las siguientes variables adicionales: edad, sexo, fármacos ototóxicos, hipoacusia familiar, intervenciones otológicas, otitis de repetición, trauma acústico, y presencia de hipoacusia, acúfenos y/o inestabilidad subjetiva. A continuación, el ORL realizó una otoscopia y una audiometría tonal liminar. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados: En una cohorte de 245 pacientes tratados con CQ o OHCQ se detectó maculopatía probable en 12 pacientes (4,9%) y confirmada en 13 pacientes (5,3%); 15 con CQ (media: 85,6 meses; dosis media acumulada: 631,96 g.) y 10 con OHCQ (media: 34,5 meses; dosis media acumulada: 452,64 g). De estos 25 pacientes, 13 no pudieron ser reclutados, por razones diversas: edad avanzada (3), pérdida de seguimiento (9), e hipoacusia previa (1). Se revisaron finalmente 12 pacientes, todas mujeres, con una edad de media de $52,58 \pm 15,89$ años: LES (6), AR (1), S. Sjögren (3) y solapamiento (2). De estos, 5 pacientes tenían maculopatía probable (42,7%) y 7 confirmada (58,3%). Todos ellos habían llevado en alguna ocasión algún tratamiento ototóxico (AINES, AAS, metotrexato), y 2 pacientes tenían antecedentes familiares de hipoacusia. Clínicamente, 5 pacientes (41,7%) tenían hipoacusia subjetiva y 6 pacientes (50%) referían acúfenos. La otoscopia fue normal en todos los casos. En la audiometría, sólo se detectó una hipoacusia neurosensorial simétrica en 1 paciente (8,3%), la cual tenía antecedentes de hipoacusia en familiares de 1ª línea. En cuanto al resto de pacientes: 8 pacientes (66,7%) presentaron normoacusia bilateral (3 de ellas con un escotoma en diferentes frecuencias, asociado a trauma acústico), y 3 pacientes (25%) presbiacusia simétrica asociada a la edad.

Conclusiones: No encontramos datos de ototoxicidad en nuestros pacientes con maculopatía antipalúdicos, por lo que podemos descartar razonablemente que ésta, si se produce, sea por acumulación del fármaco.

331. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ARTRITIS REUMATOIDE

B. Acasuso Pardo de Vera, I. Morante Bolado, I. Cabezas Rodríguez, M. Alperi López, R. Queiro Silva, J.L. Riestra Noriega, L. Arboleya Rodríguez y J. Ballina García

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Existe una conexión entre inflamación y riesgo de enfermedad cardiovascular. Así, en algunas patologías inflamatorias de base inmune como la artritis reumatoide (AR), la psoriasis, el lupus o la artritis psoriásica (APs), se encuentra una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y desenlaces cardiovasculares. No está claro sin embargo, si este mayor riesgo cardiovascular es similar o distinto entre las diferentes enfermedades reumáticas inflamatorias.

Objetivos: Comparar la prevalencia de FRCV y eventos cardiovasculares en pacientes con AR y APs.

Métodos: Estudio aleatorio transversal de una cohorte retrospectiva de 203 pacientes (97 pacientes con AR y 106 pacientes con APs). Estas poblaciones son seguidas en nuestra unidad de manera protocolizada incluyendo variables sociodemográficas, datos radiológicos y analíticos, índices de actividad y funcionalidad, así como uso de medicación. Para los propósitos del presente estudio se recogieron, además, las siguientes variables: edad, sexo, tiempos de evolución, índices de actividad, reactantes de fase aguda, tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus y presencia de eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebro-vascular, arteriopatía periférica). Para comparar los perfiles de las variables cualitativas se empleó la prueba de ji-cuadrado y exacta de Fisher. Para la comparación de variables cuantitativas se empleó una t de Student. Las variables con significación en el análisis univariado se ajustaron por edad y sexo por medio de una regresión logística.

Resultados: La edad media de los pacientes con AR fue de 54 ± 12 años (72% mujeres y 28% hombres) y de 51 ± 14 años en el grupo de APs (37% mujeres y 63% hombres). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la frecuencia de tabaquismo activo, diabetes mellitus ni dislipemia. Sin embargo, el grupo de APs presentó una frecuencia mayor de HTA (34% vs 22%; $p = 0,09$) y obesidad (41% vs 25%; $p = 0,06$) cercanas a la significación estadísticas. Agrupando los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, DM II, DL, HTA y obesidad) y comparando las dos cohortes de pacientes observamos que los pacientes con APs tienen el doble de probabilidad de asociar tres o más factores de riesgo cardiovascular ($p = 0,043$). En nuestra cohorte los pacientes con APs presentaron un mayor número de eventos cardiovasculares en comparación con los pacientes con AR (6,6% vs 3,1%; $p = 0,33$).

Conclusiones: Los pacientes con APs parecen tener un perfil de FRCV distinto a la AR. En ellos apreciamos mayor frecuencia de HTA y obesidad. Es más frecuente que un paciente con APs tengan 3 o más FRCV en comparación con pacientes con AR. En consonancia, estos pacientes desarrollan más eventos cardiovasculares que los pacientes con AR.

332. ¿NECESITAMOS CONOCER EL IMPACTO ECONÓMICO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LAS PATOLOGÍAS REUMÁTICAS?

R. Saldaña Soria¹, M.C. del Moral Alcázar¹, M.J. Pérez Galán², M. Romero Jurado², F. Horno Ureña¹ y M. Barbero Hernández¹

¹Servicio de Farmacia; ²Unidad de Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Las artropatías inflamatorias crónicas, como la artritis reumatoide (AR) y la espondilitis anquilosante (EA), son enfermedades altamente discapacitantes cuya prevalencia en España es del 0,1% al 2,5%. La incorporación de las terapias biológicas a su tratamiento, ha supuesto uno de los avances más importantes en las últimas décadas modificando de forma importante su pronóstico. Debido al incremento anual del coste de estas terapias en nuestro hospital, se hace necesario conocer el impacto farmacoeconómico que de ellas se deriva.

Objetivos: Evaluar los costes anuales reales de los fármacos biológicos empleados en patologías reumatológicas en un hospital de tercer nivel para realizar un análisis comparativo entre ellos que permita determinar en la práctica clínica cuál de ellos es el más coste eficaz.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de pacientes diagnosticados de AR o EA que iniciaron tratamiento con fármacos anti-TNFa, adalimumab (ADL), etanercept (ETN) o infliximab (INF) entre 2009 y 2013 con al menos cuatro meses de tratamiento. Las variables analizadas fueron: diagnóstico, características basales de la enfermedad, peso (kg) para pacientes tratados con INF, dosis y pauta posológica del fármaco, tiempo de tratamiento (meses), número de dosis totales dispensadas y precio de venta libre (PVL) + IVA 7,5% RDL según ficha técnica a fecha 31/12/2014 para cada uno de los tres anti-TNFa estudiados. Los datos se recogieron de la historia clínica, de los informes elaborados por la Comisión asesora local (CAL) del hospital para los tratamientos con terapia biológica y del programa informático de dispensación a pacientes externos ATHOS-APD® del servicio de farmacia. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión, y frecuencias absolutas y relativas. El tratamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS® versión 17.0.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, 49 (52,1%) diagnosticados de AR y 45 (47,9%) de EA. El 46,8% ($n = 44$) de los casos estudiados recibieron tratamiento con ADL, el 41,5% ($n = 39$) con ETN y el 11,7% restante ($n = 11$) con INF. En EA, se observó que el valor de la VSG basal resultó significativamente superior ($p = 0,014$) en pacientes que iniciaron tratamiento con ADL y ETN frente a INF y un BASDAI basal significativamente menor en el grupo de ADL frente a ETN e INF ($p = 0,033$). En AR no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros basales previos al inicio del fármaco biológico. El coste medio por paciente/año que se calculó como (número de dosis recibidas * coste de la unidad)/años de tratamiento, fue significativamente mayor en INF ($13.540,36 \text{ €} \pm 3.482,10 \text{ €}$) que en ETN ($11.482,95 \text{ €} \pm 2.370,41 \text{ €}$), que a la vez fue ligeramente más económico que en ADL ($12.093,11 \text{ €} \pm 1.958,74 \text{ €}$), de forma no significativa.

Conclusiones: El coste medio paciente/año es mayor de forma significativa en INF frente a ETN, este coste es a su vez ligeramente más económico en ETN frente a ADL, aunque de forma no significativa. Los resultados obtenidos evidencian que el registro de los datos clínicos permite realizar un mejor seguimiento farmacoterapéutico y obtener indicadores de eficiencia para mejorar los resultados en salud.

333. SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA. ¿EXISTE ALGUNA DIFERENCIA ENTRE LA ETIOLOGÍA AUTOINMUNE O HEMATO-ONCOLÓGICA QUE NOS ORIENTE EN EL DIAGNÓSTICO?

C.A. Egües Dubuc¹, M. Uriarte Ecenarro¹, C. Meneses Villalba¹, N. Errazquin Aguirre¹, V. Aldasoro Cáceres², I. Hernando Rubio¹, O. Maíz Alonso¹, J. Cancio Fanlo¹, E. Uriarte Isacelaya¹, M. Yagüe Asensio¹ y J. Belzunegui Otano¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ²Servicio de Reumatología. Hospital Alto Deba. Mondragón.

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM) es un conjunto de enfermedades, mayormente de etiología autoinmune (AI) y hemato-oncológicas (HO), caracterizadas por presentar un alta mortalidad sin tratamiento precoz. Siendo estas las más prevalentes sería interesante encontrar algún dato clínico o analítico que nos oriente en el diagnóstico precoz.

Objetivos: Describir y comparar las características demográficas, clínicas, analíticas, mortalidad y trastornos subyacentes durante el ingreso hospitalario y tras el alta de pacientes con diagnóstico de SAM de etiología AI y HO durante el periodo diciembre 2008 enero 2015 en el Hospital Universitario Donostia.

Métodos: Se estudio una cohorte de pacientes con diagnóstico de SAM retrospectivamente mediante la revisión de historias clínicas. Se analizó y se comparó solo a los pacientes con SAM de etiología AI

Tabla Póster 333

	Total de pacientes (n = 19)	Enfermedades AI (n = 6)	Enfermedades HO (n = 9)	p entre enfermedades AI y HO
Edad (años)	56 (32)	37,5 (26)	66 (15)	
Sexo femenino	10 (52,6%)	4 (66,7%)	4 (66,7%)	0,205
Días de hospitalización	38 (69)	37,5 (46)	61 (59)	0,216
Días desde el ingreso al diagnóstico	14,5 (15)	10,5 (12)	24,5 (23,5)	0,069
Días desde el diagnóstico hasta el alta	26,5 (33)	29 (35)	38,5 (51,5)	0,366
Días desde el diagnóstico hasta la muerte o fin del estudio	430 (1166)	1125 (554)	67,5 (410)	0,07
Ingreso en UCI	6 (31,6%)	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0,667
Fiebre	19 (100%)	6 (100%)	9 (100%)	
Organomegalia	15 (78,9%)	5 (83,3%)	7 (77,8%)	0,792
Hemoglobina (mg/dl)	7,3 (1,6)	7,4 (2,5)	6,4 (1,1)	0,0866
Plaquetas (/μl)	8.000 (15.000)	11.000 (66.000)	2.000 (15.000)	0,0771
Leucocitos (/μl)	1.010 (2.990)	2.840 (1.850)	100 (590)	0,0771
Neutrófilos (/μl)	360 (1.770)	1.068 (1.120)	0 (20)	0,0074
Triglicéridos (mg/dl)	382 (217)	414,5 (307)	341 (157)	0,44
Fibrinógeno (mg/dl)	213 (304)	212 (346)	228 (302)	0,784
Ferritina (μg/L)	15.971 (31.603)	15.329,5 (38.936)	16.750,5 (43.203)	0,366
GOT	144 (365)	796 (923)	91 (132)	0,0251
GPT	177 (302)	581 (409)	108 (157)	0,0451
INR	1,515 (0,76)	1,55 (0,51)	1,55 (0,51)	0,947
Mortalidad hospitalaria	8 (42%)	1 (16,7%)	6 (66,7%)	0,057
Mortalidad global	10 (52,6%)	1 (16,7%)	7 (77,8%)	0,02

y HO. La variable cualitativa recogida fue el diagnóstico. Las variables dicotómicas recogidas fueron: sexo, fiebre, organomegalia, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), recidiva de SAM, mortalidad hospitalaria y mortalidad global (desde el diagnóstico hasta el fin del estudio). Las variables cuantitativas recogidas fueron: edad, hallazgos analíticos, estancia hospitalaria en días, días desde el ingreso hasta el diagnóstico, días desde el diagnóstico al alta o fallecimiento y días desde el diagnóstico hasta el fin del estudio (21 de enero de 2015) o fallecimiento tras el alta. Las variables cuantitativas se muestran con la mediana y rango intercuartil, las cualitativas se muestran con el valor absoluto y su porcentaje. Para el análisis bivariente se utilizó las pruebas de Wilcoxon y chi cuadrado de Pearson. Además se utilizó la gráfica de Kaplan Meier para calcular la supervivencia en meses y el riesgo relativo (RR) entre el grupo de las enfermedades AI y HO.

Resultados: Se encontraron 19 pacientes en total con diagnóstico de SAM, de los cuales 6 y 9 fueron por enfermedades AI y HO respectivamente; el resto fueron 2 por enfermedades infecciosas, una oncológica y una sin poder filiar hasta la actualidad. Dentro de las enfermedades AI se encontraron 3 lupus eritematoso sistémico, 2 enfermedades de Still del adulto y 1 enfermedad asociada a la IgG4; y dentro de las HO se encontraron 3 Leucemias mieloide aguda, 2 linfomas no Hodgkin (LNH) de células B de bazo, 1 LNH de células T y B, un linfoma extranodal de células natural killers, un síndrome mielodisplásico y un plasmocitoma gástrico. En la tabla se muestra el análisis descriptivo de los 19 pacientes en total y el análisis bivariente del grupo de las enfermedades AI y HO. La mediana de supervivencia del grupo de enfermedades HO fue de 1,2 meses con un p de 0.04 según el test de log Rank. El RR de muerte entre el grupo de enfermedades HO frente AI es 6,84.

Conclusiones: En nuestra población estudiada se encontró las siguientes diferencias estadísticamente significativas: 1) Los pacientes con SAM de etiología AI presenta una mayor elevación de enzimas hepáticas respecto a los pacientes con SAM de etiología HO. 2) Los pacientes con SAM de etiología HO presenta una pancitopenia mayor respecto a los pacientes con SAM de etiología AI, sobre todo en los leucocitos y neutrófilos. 3) Los pacientes con SAM de etiología HO presenta una mortalidad mayor y una supervivencia menor tras el diagnóstico respecto a los pacientes con SAM de etiología AI.

334. EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE POLIMIALGIA REUMÁTICA EN UNA POBLACIÓN CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Mata Martínez, C.N. Sáez Tenorio, B. Serrano Benavente, R.D. González Benítez, J.G. Ovalles Bonilla, J. Martínez Barrio, M. Hinojosa Dávila, N. Bello Vega, J.C. Nieto González, F.J. López Longo y L. Carreño Pérez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Describir la presencia de signos y síntomas compatibles con polimialgia reumática (PMR) dentro de una población de pacientes diagnosticados de una enfermedad reumática autoinmune sistémica (ERAS) en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se registraron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ERAS en un hospital de tercer nivel de Madrid durante los años 1989-2013. Se evaluó la presencia de signos y síntomas compatibles con el diagnóstico de PMR según los criterios EULAR/ACR 2012 para PMR. Se excluyeron los casos de PMR paraneoplásica y los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) sin solapamiento.

Resultados: De los 2.027 pacientes incluidos en el estudio, se descartaron 548 pacientes dado que cumplían criterios de AR. De los 1.479 pacientes restantes, 63 (4,2%) fueron diagnosticados de PMR en algún momento de la enfermedad, de los cuales, 36 (57%), iniciaron su enfermedad con síntomas compatibles con PMR, independientemente del diagnóstico posterior. De los pacientes que fueron diagnosticados en algún momento de la enfermedad de PMR, su evolución posterior fue: 7/63 pacientes (11,1%) fueron diagnosticados de Lupus eritematoso sistémico (LES) según criterios de 1997, 1/63 paciente (1,5%) fue diagnosticado de esclerodermia, 1/63 paciente (1,5%) fue diagnosticado de polimiositis, 2/63 pacientes (3%) fueron diagnosticados de síndrome de Sjögren primario y 28/63 (44,4%) fueron diagnosticados de arteritis de células gigantes. De los 36 pacientes cuya manifestación inicial de su enfermedad fue una PMR, la evolución posterior fue la siguiente: 6/36 pacientes fueron diagnosticados de LES (16%), 1/36 fue diagnosticado de esclerodermia (2%), 1/36 fue diagnosticado de polimiositis (2%), 2 fueron diagnosticados de síndrome de Sjögren primario (4%), y 27/37 pacientes fueron diagnosticados de arteritis de células gigantes (72%).

Conclusiones: La frecuencia de inicio como PMR en pacientes con ACG es muy elevada, como se ha descrito previamente en la literatura.

tura. Sin embargo, encontramos una baja proporción de pacientes con ERAS que desarrollan síntomas compatibles con PMR, tanto al inicio como a lo largo de su enfermedad.

335. EMPLEO DE LA CAPILAROSCOPIA EN LA DISTINCIÓN ENTRE FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO Y SECUNDARIO. PROPUESTA DE UN MODELO PREDICTIVO DE RAYNAUD SECUNDARIO

F.M. Ortiz-Sanjuán¹, D. Hervás Marín², P. Ballester Gil³, C. Feced Olmos¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, I. Martínez Cordellat¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.L. Valero Sanz¹, C. Alcañiz Escandell¹, J. Ivorra Cortés^{1,3}, C. Núñez Cornejo Piquer¹, E. Grau García¹ y J.A. Román Ivorra^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) se encuentra frecuentemente asociado a la presencia de esclerodermia u otras enfermedades del tejido conectivo. La detección de pacientes con FR secundario es de suma importancia para su control precoz y manejo terapéutico. La capilaroscopia es una técnica inocua, económica y de relativamente fácil realización e interpretación que ha demostrado ser útil en la identificación de pacientes con FR secundario.

Objetivos: Evaluar el uso de la capilaroscopia para discernir entre FR primario y secundario creando un modelo predictivo de identificación de pacientes con FR secundario.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de pacientes con FR primario y secundario. Se les realizó examen capilaroscópico entre 2012 y 2015 en el HUP La Fe. Los reumatólogos encargados de realizar la capilaroscopia ignoraban el diagnóstico clínico del paciente. Se asignó a cada paciente un patrón capilaroscópico predefinido basándose en los hallazgos de la misma. Se clasificó a los pacientes en base a su diagnóstico clínico en dos grupos (FR primario y FR secundario). El análisis de los datos se realizó empleando un modelo de regresión logística y validado mediante "bootstrapping". Se comprobó su calibración mediante una gráfica de valores esperados vs valores observados.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 192 pacientes (172 mujeres/20 hombres), con una edad media de $48,6 \pm 16,4$ años (rango 15-85). Los diagnósticos clínicos observados fueron: 124 FR primario, 32 esclerodermia/ esclerosis sistémica, 15 lupus eritematoso sistémico, 7 artritis reumatoide, 7 síndrome de Sjögren, 1 polimiositis/dermatomiositis y 6 con otros diagnósticos. Los patrones capilaroscópicos observados fueron 49 normales, 77 inespecíficos, 34 específico de esclerodermia y 32 de otras collagenopatías. Los siguientes parámetros capilaroscópicos se observaron significativamente con mayor frecuencia en el grupo de pacientes con FR secundario frente a aquéllos con FR primario: presencia de megacapilares, (47,1% vs 16,1%; $p < 0,01$), presencia de tortuosidades (82,4% vs 64,5%; $p < 0,01$) y la presencia de una densidad capilar disminuida (25% vs 4,8%; $p < 0,01$). La presencia de hemorragias también se observó más frecuentemente en los pacientes con FR secundario aunque no de forma significativa (64,7% vs 56,5%; $p = 0,32$). Se observó mayor riesgo de presentar FR secundario en aquellos pacientes en los que la capilaroscopia evidenció megacapilares, tortuosidades y un número medio de capilares/mm disminuido. El modelo predictivo construido en base a los parámetros capilaroscópicos mencionados previamente mostró una buena calibración y un índice de Harrell corregido (equivalente al área bajo la curva ROC) de 0,71.

Conclusiones: La capilaroscopia puede ser útil para discernir entre FR primario y FR secundario. La presencia de megacapilares, tortuosidades y un número medio de capilares disminuido son los parámetros capilaroscópicos que se asociaron en nuestro modelo a un mayor riesgo de presentar FR secundario. El empleo de un modelo predictivo de FR secundario construido en base a estos parámetros puede resultar útil para la detección de casos de FR secundario.

336. OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS BASADA EN CRITERIOS CLÍNICOS Y ECOGRÁFICOS

M. Castillo Vilella, M. Vasques Rocha, M. Mihaylov Grigorov, M. Rusiñol Badals, G. Salvador Alarcón, M. Pujol Busquets, E. Riera Alonso, J. Rovira Aguilar y S. Martínez Pardo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua Terrassa (HUMT). Barcelona.

Introducción: Los fármacos biológicos (FB) han permitido alcanzar en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (ERI) un nivel de baja actividad o incluso de remisión clínica (RC). No existe consenso de actuación ante remisiones sostenidas, y dado el elevado coste de estos FB, se impone buscar el mejor equilibrio coste-beneficio. Algunos estudios plantean la posibilidad de optimizar los FB, bien reduciendo dosis, bien ampliando el intervalo de administración (IA). La ecografía (ECO) es una herramienta accesible, capaz de valorar la actividad inflamatoria (AI); esto la convierte en una prueba muy útil en la monitorización de la respuesta al tratamiento (TTO).

Objetivos: Describir una muestra de pacientes con ERI en TTO con FB en pauta de optimización (PO), y proponer el uso de la ECO como prueba decisoria previa.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal de una muestra de pacientes con ERI, cuyo FB se encuentra en PO. Se han revisado, hasta diciembre de 2014, las historias clínicas de pacientes controlados en nuestro centro, cuyo FB se ha optimizado. Se han recogido datos demográficos, de diagnóstico, tiempo de evolución de ENF, FB y concomitante, tiempo y tipo de optimización, e índices de actividad DAS 28 y/o BASDAI en el momento de la misma y actuales. En 2014 se ha incluido ECO de alta resolución en escala de grises con Power Doppler (PD) (General Electric Logic7) antes de la PO. La actividad inflamatoria se ha cuantificado mediante escala semicuantitativa (0-3) para el grado de sinovitis y señal PD en cada articulación y entesis explorada según las recomendaciones OMERACT.

Resultados: Se incluyen 68 pacientes (31V/37M), con edad media de 54 años (18-75) en PO, de un total de 225 pacientes con FB (30,22%). El tiempo medio (TM) de evolución ENF es de $14,9 \pm 9,5$ años y los diagnósticos son AR (45,6%), EA (32,3%), APs (14,7%), otras (5 pacientes). Los FB más optimizados han sido ETN (44,1%), ADA (27,94%) e IFX (11,76%); en un 89,7% se ha aumentado el IA. En el 72% se optimizó con el 1º FB, en un 19% con el 2º, y en el resto con el 3º a 5º FB. El TM de supervivencia de la PO es de 18 meses (1-94), siendo en un 23,5% de los casos superior a dos años. Un 68,7% de los pacientes realizan TTO concomitante con FAME (90% MTX y 10% LEF), y no requieren corticoides ni AINE (90% y 82% respectivamente). En el momento de la optimización, el DAS 28 medio era de $2,28 \pm 0,9$ y el BASDAI de $3,61 \pm 2,5$. En diciembre de 2014 la media del DAS 28 es de $2,11 \pm 0,9$ y la del BASDAI de $3,26 \pm 2,06$. Durante el 2014 se han realizado 19 nuevas PO basadas en criterios de RC clínicos, de laboratorio y también ecográficos. Respecto al 2013 se han retirado 10 PO (5 ET, 3 ADA, 1 IFX, 1 TOCI), 9 por rebrote que cedió al recuperar la pauta inicial, y 1 por retirada del FB (efecto adverso grave).

Conclusiones: En nuestro centro, un 30% de los pacientes que reciben FB lo hacen en PO, manteniendo un buen control de la ERI. Los pacientes con AR y los tratados con ETN son los que con mayor frecuencia se han optimizado, y la mayoría lo han hecho con su 1º FB. EL TM de PO es de 18 meses y casi un 25% llevan optimizados más de 2 años. La ECO es una herramienta útil y necesaria para el manejo terapéutico de estos pacientes. Se necesitan más estudios que evalúen el papel de la PO en el control de ERI en situación de RC mantenida y que confirmen la validez de la ECO en la monitorización de la AI y de la respuesta al TTO.

337. RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA CUTÁNEA TIPO PUNCH EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN REUMATOLOGÍA

L.M. Jiménez Liñán, J.A. Paz Solarte, M.L. Velloso Feijoo y J.L. Marenco de la Fuente

UGC Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades sistémicas autoinmunes presentan gran variedad de manifestaciones cutáneas, que no siempre son características o permiten el diagnóstico clínico. Por este motivo, es necesario el estudio anatomopatológico de las lesiones cutáneas como prueba complementaria adicional para llegar a un diagnóstico más preciso e instaurar un tratamiento específico.

Objetivos: Evaluar la utilidad y la rentabilidad de la biopsia cutánea como parte de la actividad clínica del reumatólogo.

Métodos: Se trata de una serie de casos de 27 pacientes valorados por el servicio de Reumatología de nuestro hospital durante los últimos 9 años con lesiones cutáneas en el contexto de un cuadro clínico sugestivo de enfermedad autoinmune en el momento del diagnóstico o durante la evolución de una conectivopatía ya instaurada.

Resultados: Se realizó una biopsia cutánea tipo punch a 27 pacientes. Veintidós eran mujeres (81,5%). La media de edad fue de 50,74 años $\pm$ 20,72. Entre los antecedentes personales destacaba que 13 pacientes (48,1%) presentaban algún factor de riesgo cardiovascular (14,8% con HTA, dislipidemia, diabetes mellitus y obesidad respectivamente, y un 11,1% tabaquismo). Un 22,2% asociaba algún trastorno autoinmune (3 hipotiroidismo autoinmune, 1 arteritis de Takayasu, 1 artritis reumatoide y 1 con oligoartritis indeterminada y vasculitis leucocitoclástica). En relación a los síntomas, 6 pacientes (22,2%) presentaban artritis franca y el 37% (11) presentaba clínica sistémica no articular asociada (7 con clínica constitucional, un paciente fenómeno de Raynaud, otro neumonía, uno sepsis y otro diarrea). El motivo de consulta principal fueron lesiones dermatológicas a nivel de miembros inferiores. Macroscópicamente, las lesiones las clasificamos como purpúricas (29,6%), paniculíticas (25,9%), ulcerosas (25,9%), eritema polimorfo (7,4%), pustulosas (3,7%) y habonosas (3,7%). Sólo 4 pacientes tenían ANA positivos, 3 eran mujeres. Una de ellas padecía artritis reumatoide seropositiva y biopsia compatible con micobacteriosis cutánea y otra presentaba fenómeno de Raynaud y biopsia con vasculitis leucocitoclástica (VL). El varón, con criterios para lupus, presentaba lesiones pustulosas compatibles con una pustulosis exantemática aguda generalizada y con una vasculitis linfocítica en la biopsia. Lesiones purpúricas eran ANCA negativo, salvo una a títulos bajos. A nivel anatomopatológico, las pudimos clasificar según los hallazgos, siendo el 36,3% inespecíficas (tabla). En relación al tratamiento, el 85,2% fueron tratadas con corticoides sistémicos. Un paciente con alprostadil por úlcera de Martorell, 2 tiosulfato sódico por calcifilaxis y 4 pacientes fármacos modificadores de la enfermedad (una paniculitis mixta y 3 VL). El 18,5% evolucionó tórpidamente, requiriendo 2 pacientes ciclofosfamida i.v. (1 calcifilaxis y 1 VL con criterios de Schönlein-Henoch) y 3 corticoesteroides i.v. (1 calcifilaxis, 1 VL y 1 pustulosis). Las lesiones infecciosas recibieron anti-

bioterapia.

Tabla Póster 337

Aspecto macroscópico de las lesiones cutáneas	Diagnóstico anatomopatológico (nº de pacientes)
Púrpura (29,6%)	Vasculitis leucocitoclástica (5) Hallazgos inespecíficos (3) Calcifilaxis (3)
Úlceras (25,9%)	Infecciosas (2): micobacteriosis y celulitis bacteriana Úlcera hipertensiva de Martorell (1) Vasculitis leucocitoclástica con necrosis fibrinoide (1)
Paniculitis (25,9%)	Hallazgos inespecíficos (1) Hallazgos inespecíficos (3) Vasculitis eosinofílica (1) Dermatitis eosinofílica (1) Paniculitis mixta (1)
Eritema polimorfo (7,4%)	Hallazgos inespecíficos (1) Dermatitis linfocitaria (1)
Pustulosis (3,7%)	Vasculitis linfocítica (1)
Lesiones habonosas (3,7%)	Dermatitis linfocitaria por fármacos (1)

Conclusiones: Desde nuestro punto de vista, es esencial integrar la realización de biopsias cutáneas tipo punch dentro de las competencias clínicas del reumatólogo. Esta sencilla técnica con escasas complicaciones, nos puede aportar conocimientos sobre la etiología de una enfermedad de probable causa autoinmune y justificar el uso de determinados tratamientos, trabajando conjuntamente con los patólogos dándoles nuestra impresión clínica a modo de orientación.

338. SINOVECTOMÍA CON ITRIO RADIATIVO EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

M.A. Gantes Pedraza

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Dentro de los tratamientos de derrames articulares refractarios a infiltraciones intraarticulares y terapias orales, se encuentran los radioisótopos en el servicio de Medicina Nuclear. La utilización de Itrio intraarticular en articulaciones grandes como la rodilla es un procedimiento que parece tener buenos resultados cuando existe una buena indicación por existir una hipertrofia sinovial.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una base de datos de infiltración con esta medicación desde 2007 hasta 2014.

Resultados: Un total de 141 pacientes y de 204 infiltraciones en rodillas registradas entre 2007 y 2014 en el área de Sevilla (H. Macarena 5 H. Valme 48, H. Rocío 119, el resto de Hospitales regionales). La edad media de los pacientes fue de 52 años, el 51% mujeres, y el resto varones. Se realizaron 57 infiltraciones en rodilla izq, 12 tuvieron que repetirse, en rodilla derecha 61, 15 repeticiones; y 23 pacientes se realizaron tratamiento en ambas rodillas, teniendo que repetirse en 13 de ellas. Las patologías tratadas fueron un total de 20 pacientes en AR, 27 espondiloartropatías, 16 artropatías hemofílicas, 40 pacientes con gonartrosis, 9 artropatías microcristalinas, 14 sinovitis vellonodular pigmentada, 2 AIJ, 10 oligoartritis seronegativas, y un paciente con hemocromatosis. El tiempo medio para repetir la medicación fue de 18 meses, con un rango desde 2 meses hasta los 6 años. Posteriormente se han recogido datos de evolución de estos pacientes, requiriendo 22 de ellos prótesis total de rodilla, 20 pacientes sin indicación de prótesis que no han obtenido mejoría o esta ha sido leve con necesidad de nuevas artrocentesis, 2 exitus (un paciente por intervención quirúrgica de hemorroides por padecer hemofilia A grave, y exitus por cáncer de páncreas en paciente con artritis gotosa). 97 pacientes alcanzaron una clara mejoría de su patología.

Conclusiones: El tratamiento con Itrio parece una buena alternativa en pacientes que no han mejorado de la inflamación articular con tratamiento convencional, aunque habría que hacer más estudios para realizar una correcta indicación y un seguimiento adecuado de estos pacientes.

339. PREVALENCIA DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA. REALIDAD Y EXPERIENCIA FRENTE A ESTAS ENTIDADES

G. Candela Ganoza¹, F. Rey², G. Abelenda¹, E. Álvarez², C. Peña², A. Rubio², M. Crespo² y P. Collados²

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

Objetivos: Determinar las características clínicas y conocer la evolución así como el tipo de tratamiento de los pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas en nuestro hospital.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y transversal donde recogimos todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de miopatías y miositis desde el 1 enero de 1999 hasta el 31 de diciembre del 2013. Tras la revisión de dichas historias se obtuvo información clínica y epidemiológica de los pacientes que fueron diagnosticados de miopatías inflamatorias idiopáticas si cumplían con los criterios diagnósticos establecidos. Además se obtuvo información acerca del tratamiento y la evolución de dichos pacientes. La realización de la base de datos y el análisis estadístico se utilizó los programas Excel 2007 y SPSS versión 20.0.

Resultados: De la búsqueda se obtuvieron 27 historias clínicas que cumplían con el diagnóstico de miopatías inflamatorias idiopáticas. El 22,2% fue diagnosticado en los últimos 5 años. La edad media al momento del diagnóstico fue de 57,7 años siendo en su mayoría del sexo femenino 55,6% (15 mujeres). Casi todos los pacientes 92,6% no fumaban en el momento actual sin embargo el 37% fueron fumadores en el pasado. El síntoma más frecuente fue la debilidad muscular que representaba un 88,8% por encima de la afectación cutánea 29,6%. La disfagia fue presente en el 25,9% de los pacientes, la afectación articular 22,2% y el Raynaud 7,4%. La afectación pulmonar se presentó en el 33,3% (9 pacientes), de los cuales 6 tenía fibrosis pulmonar. No se encontró evidencia de afectación cardíaca en nuestros pacientes. Se encontraron anticuerpos positivos en el 77,8% de los pacientes. Las miopatías inflamatorias diagnosticadas fueron la dermatomiositis (55,6%), la polimiositis (29,6%) y el síndrome antisintetasa 14,8%. Un 18,5% presentó una neoplasia en el tiempo en que se realizó el diagnóstico y en su evolución. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento con corticoides pero el 66,6% tenía uno, dos o incluso un tercer fármaco adicional (18,5% recibieron rituximab, 3,7% con infliximab y 3,7% con certulizumab). Durante el seguimiento solo fallecieron 3 de los 27 pacientes, 2 de ellos por la afectación pulmonar y 1 en relación con patología oncológica. Todos los fallecidos llevaban con más de 4 años con la enfermedad. Durante el seguimiento el 14,8% presentaron episodios de recurrencias que evolucionaron favorablemente.

Conclusiones: A pesar de lo pequeña muestra que tenemos en nuestro hospital hay que rescatar el seguimiento estricto de estos pacientes, en primer lugar por el servicio de Reumatología y también por Medicina Interna. Presenta paciente con una epidemiología similar a la literatura, en su mayoría mujeres con una edad media al diagnóstico cercano a los 60 años. El síntoma más frecuente fue la debilidad muscular, mientras el Raynaud fue raro. Llama la atención la no afectación cardíaca de nuestros pacientes ya que no había evidencia de fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca o pericarditis; sin embargo hay que recordar que dicha afectación es frecuente (casi el 50% de los pacientes) pero suele ser asintomática. El uso de corticoides en todos los pacientes refleja la necesidad de este tra-

tamiento para el control de la enfermedad aunque muchos de ellos precisaron de otros fármacos para dicho control. Cabe mencionar que los pacientes que precisaron de biológicos por dificultad en la estabilización de su enfermedad respondieron favorablemente. Habrá que realizar estudios posteriores para valorar su necesidad como parte del tratamiento. En general en nuestra muestra la mortalidad es baja y nula a corto plazo. La importancia de un adecuado tratamiento y seguimiento de estos pacientes condiciona a un buen control de la enfermedad y menos recurrencias. La necesidad del tratamiento biológico que aunque se hayan realizado estudios aún no se conoce con exactitud.

340. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO Y ANTI-RO52 POSITIVOS AISLADOS

A. Alonso-Larruga¹, Y. Barrios¹, A. Franco¹, L. Expósito², M. Hernández-García², H. Sánchez-Pérez², B. Rodríguez-Lozano² y S. Bustabad²

¹Sección de Inmunología del Laboratorio Central; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: La enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) engloba una situación clínica con hallazgos clínico-serológicos de enfermedad autoinmune sistémica (EAS) insuficientes para clasificarla como una conectivopatía definida, pero que puede evolucionar en este sentido, permanecer indiferenciada, o experimentar remisión. Se han propuesto unos criterios preliminares de EITC: 1) manifestaciones clínicas sugestivas de EAS pero sin llegar a cumplir criterios de clasificación; 2) ANA positivos; y 3) duración de la enfermedad de al menos 3 años. Se ha descrito evolución hacia una EAS definida hasta en el 30% de los pacientes en los primeros 5 años, siendo raro después de 10; evolucionan sobre todo a LES, aunque también a ES, SS, EMTC, vasculitis sistémica, PM/DM y AR.

Objetivos: Analizar el perfil clínico y evolutivo de los pacientes con anticuerpos anti-Ro52 positivos aislados.

Métodos: Se elaboró una base de datos con los resultados de pacientes que acudieron al hospital durante 30 meses consecutivos. El criterio de selección fue aquellos que tuvieran anticuerpos antinucleares (ANA) positivo con anti-Ro52 positivo en ausencia de otros autoanticuerpos relevantes (Sm, RNP, SS-B, Scl-70, PM-Scl, Jo-1, CENP B, PCNA, dsDNA, nucleosomas, histonas, proteína P ribosómica, AMA M2 y péptido citrulinado). A todas las muestras se realizó estudio en primer lugar de ANA por IFI usando células Hep-2 y en los casos positivos o con alta sospecha clínica se realizó un inmunoblotting antígeno-específico (Euroimmun). Para el estudio retrospectivo se revisaron las H²C^a, clasificándose estos pacientes para ver su diagnóstico y evolución temporal.

Resultados: Se estudiaron 64 pacientes con anti-Ro52 + aislados, el 91% (n = 58) mujeres y el 9% (n = 6) varones ratio 9:1-. La edad media: 62,3 años en los hombres y 57, 6 años en las mujeres. Todos eran mayores de 21 años. Se había podido clasificar de conectivopatía definida al 47% (n = 30): n = 14 LES, n = 6 SS, n = 2 CBP, n = 8 pacientes con otros diagnósticos (artropatía psoriásica, DM, dermatitis atópica y oftalmopatía de Graves. El 63% llevaban = 3 años de evolución, y el 37% > 3 años de evolución. Un 53% (n = 34) de los pacientes no reunían criterios suficientes para un diagnóstico de EAS. Los síntomas, aislados o combinados, que con más frecuencia presentaban eran: artralgias y/o artritis (n = 14), xerostomía (n = 12), xeroftalmia (n = 11) y alteraciones hematológicas (n = 11). El 55% llevaban = 3 años, y el 45% > 3 años. El 45% de nuestros pacientes con EITC llevaban más de 3 años de evolución y no habían presentado datos clínicos de conectivopatía definida. El patrón de IFI se observa un predominio del patrón granular, seguido del patrón homogéneo, en ambos grupos de pacientes.

Conclusiones: Aunque el número de la muestra es reducido y se requiere un mayor período de seguimiento, se observa una pauta en la respuesta inmune que podría indicar que los pacientes con anti-Ro52 aislados van a presentar una EAS con un menor espectro clínico.

341. VALOR DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 100 PACIENTES

C. Sangüesa, J. Campos, J. Sanz, B. Flores, M. Espinosa, J.L. Andreu, C. Barbadillo, M. Jiménez Palop, L.F. Villa, H. Godoy, C. Isasi y J. Mulero

Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid.

Introducción: La biopsia de glándula salival menor (BGSM) es un técnica accesible y mínimamente invasiva utilizada para el diagnóstico (dx) de síndrome de Sjögren (SS) y otras enfermedades infiltrativas como la amiloidosis y la sarcoidosis. Según los criterios europeo-americanos (2002), para el diagnóstico de SS es necesaria la presencia de una BGSM compatible y/o la presencia de anticuerpos anti-SSA y anti-SSB. Se considera como criterio histológico de SS, la presencia de sialoadenitis linfocítica con = 1 foco (= 50 células) por 4 mm².

Objetivos: Estimar la rentabilidad diagnóstica de la BGSM en condiciones de práctica clínica habitual para la evaluación del síndrome seco (SSe) y la confirmación del dx de SS. Como objetivo secundario, investigar la presencia de correlación de las alteraciones histopatológicas con parámetros clínicos e inmunológicos.

Métodos: Se recogieron retrospectivamente datos demográficos (edad, sexo), tiempo de seguimiento, indicación de BGSM, presencia de factor reumatoide (FR), anticuerpos antinucleares (ANA), hipergammaglobulinemia IgG policlonal (hiperIgG), velocidad de sedimentación globular (VSG), dx previo y posterior a la biopsia y resultado anatomopatológico; de 100 muestras de BGSM realizadas consecutivamente en la consulta de Reumatología de nuestro hospital desde enero de 2012 a octubre de 2014. Así mismo se realizó una comparación entre distintas variables (FR+, VSG elevada y ANA+ e hiperIgG) y el resultado de la biopsia mediante el test estadístico chi-cuadrado.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron mujeres (95%), con una edad media de 54,26 años (DE $\pm$ 10,21) y un tiempo de seguimiento medio de 12,94 meses (DE $\pm$ 13,27). En el 85% de los casos, la BGSM se solicitó para estudio de SSe, en el 12% para confirmación histológica en pacientes con dx de SS establecido y, del 3% restante (sin SSe), por síndrome fibromiálgico con estudio inmunológico (EI) positivo (+); presencia EI+ y artralgias inflamatorias; y poliartritis y EI+ respectivamente. El 26% de los pacientes tenían FR+, el 74% ANA+ (23 pacientes anti-SSA, 4 pacientes anti-SSA y anti-SSB, 1 paciente anti-SSB). El 7% tenían hiperIgG. El 36% de las biopsias reunieron criterios histopatológicos de SS, el 6% presentaron hallazgos compatibles pero no característicos de SS, 25% presentaban inflamación crónica inespecífica y el 33% fueron normales. La biopsia confirmó el dx en 8/12 (66%) pacientes que ya tenían el dx de SS y proporcionó el dx de SS en el 20,24% de los pacientes sin dx previo (23/78). En 5 casos, el resultado positivo de la biopsia no modificó el dx. Del total de pacientes con biopsia diagnóstica de SS, el 11,56% tenían FR+, el 26,64% ANA+, el 5,4% VSG elevada y el 2,68% hiperIgG. No se encontraron diferencias significativas respecto a los pacientes con dichas variables y BGSM no diagnóstica (14,44% [$p = 0,831$], 47,36% [$p = 0,518$], 4,32% [$0,796$] y 9,6% [$p = 0,35$], respectivamente).

Conclusiones: La BGSM ofrece una alta rentabilidad para el dx de SS en la evaluación de los pacientes con SSe en condiciones de práctica clínica habitual. En esta serie no se ha encontrado corre-

lación entre los parámetros analíticos estudiados y la existencia de alteraciones histopatológicas, lo que confiere a esta técnica relativamente sencilla, poco invasiva y realizable en la consulta por el reumatólogo un alto valor añadido per se. No obstante, sería conveniente llevar a cabo un estudio prospectivo que confirmase estos resultados.

342. ADECUACIÓN DE DOSIS DE ANTI-TNFA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TERAPIA BIOLÓGICA: ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES

S. Manrique Arija, I. Ureña, L. Cano, V. Coret, F.G. Jiménez-Núñez, M.C. Ordóñez, N. Mena-Vázquez, C. Domic, M. Rojas, C. Fuego, M.V. Irigoyen, C.M. Romero-Barco, A. Belmonte, A. Ponce, M. Rodríguez y A. Fernández Nebro

UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Estimar la reducción del coste bianual de las terapias anti-TNF-alfa en la práctica clínica de una consulta monográfica e terapia biológica (TB) en un hospital de tercer nivel durante 2013-2014.

Métodos: Diseño: estudio observacional, longitudinal retrospectivo de minimización de costes en condiciones de práctica clínica. Pacientes: Se incluyeron todos los pacientes que han recibido una dosis de anti-TNF distinta a la recomendada en ficha técnica y seguida en una consulta monográfica de TB en una UGC de Reumatología durante 2013 y 2014. Protocolo: Las reducciones en la dosis se realizaron a criterio de su médico en los pacientes que estaban en remisión de la enfermedad durante al menos 6 meses consecutivos sin corticoides. Variables: Desenlace 1º: reducción del coste bianual medio en euros (absoluto y por tratamiento) de los de los tratamientos anti-TNF de los pts que se encuentran en reducción de dosis en comparación con su coste teórico sin reducción durante 2013 y 2014. Otras variables: variables demográficas, datos cronológicos, tipo de enfermedad reumática y datos clínicos-analíticos. La reducción de coste se calculó comparando el gasto real (tras modificar dosis de tratamiento en la práctica clínica diaria) con los costes teóricos (PVL) en caso de que no se hubiera realizado el reajuste. Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de la muestra de pts. Se calculó la reducción de costes absolutos y por tratamiento bianuales tras la adecuación de dosis en práctica clínica.

Resultados: Durante 2013-2014, del total de pts revisados en nuestra consulta, 76 pacientes se estuvieron, en algún momento con dosis modificada de TB tras haber alcanzado la remisión clínica: DAS 28 [media (DE)]: 2,34 (0,62) o BASDAI [media (DE)]: 2,72 (1,09) y sin progresión radiográfica. Durante este período, 5 pacientes suspendieron el tratamiento anti-TNF a (2 por efectos adversos; 2 por remisión y 1 por decisión del paciente). Las características epidemiológicas y clínico analíticas, se describen en la tabla, segmentadas por patologías. De los 76 pts, 34 estaban en tratamiento con etanercept, 20 con adalimumab y 22 con infliximab. Ningún paciente con golimumab, abatacept, certolizumab o anakinra, redujo la dosis durante 2013-2014. Las modificaciones de dosis de TB llevadas a cabo en práctica clínica durante 2013-2014 supusieron un ahorro absoluto total de 602.572,49 euros. En 2013 la reducción absoluta de costes fue de 275.443,95 € (etanercept: 158.030,47€; adalimumab: 62.917,21 € y infliximab: 54.496,27 €) en un total de 61 pacientes y en 2014 de 327.128,54 euros (etanercept: 178.289,00 €; adalimumab: 87.055,35 € y infliximab: 61.784,19 €) en un total de 71 pacientes consiguiéndose una mayor eficiencia de los tratamientos.

Tabla Póster 342

Variables	AR (N = 28)	APs (N = 22)	Espondiloartritis axial (N = 22)	AIJ (N = 4)
Edad: años, media (DE)	56,95 (9,36)	50,02 (9,56)	41,24 (12,9)	27,64 (4,9)
Sexo: mujer, n (%)	21 (75)	6 (27,3)	8 (36,4)	2 (50)
DAS 28, media (DE)	2,48 (0,6)	2,33 (0,66)	–	1,61 (0,53)
BASDAI, media (DE)	–	–	2,70 (1,12)	–
Tiempo hasta la reducción de dosis (desde inicio de TB): años, media (DE)	4,77 (2,4–8,1)	3,77 (1,6–4,7)	3,21 (1,29–4,68)	1,85 (0,95–3,28)
Terapia biológica				
ENBREL, n (%)	19 (67,9)	9 (40,9)	4 (18,2)	2 (50,0)
ADA, n (%)	5 (17,9)	9 (40,9)	6 (27,3)	–
IFX, n (%)	4 (14,3)	4 (18,2)	12 (54,5)	2 (50,0)
Suspensión	0 (0)	3 (13,6)	2 (9,1)	0 (0)
Causa de suspensión				
Efecto adverso	–	1 (4,5)	–	–
Remisión	–	1 (4,5)	1 (4,5)	–
Decisión del paciente	–	1 (4,5)	1 (4,5)	–

Conclusiones: En las enfermedades reumáticas es posible adecuar las dosis de tratamiento en pts en remisión y por tanto reducir los costes asociados de las TB y ser más eficientes. Es importante la creación de consultas de TB donde realizar con un control estrecho de estos pacientes e individualizar el tratamiento. Etanercept fue el antiTNF alfa más usado entre los pacientes que estaban con dosis de fármaco modificadas.

343. IMPACTO DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS EN LA REDUCCIÓN DEL GASTO EN LOS PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

M. García Manrique de Lara, J. Calvet, E. Graell, T. Gómez, J. Gratacós y M. Larrosa

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Con la aparición de los fármacos biológicos se ha avanzado mucho en el control de la artritis reumatoide y la mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Pero estos fármacos tienen un elevado coste. Se han realizado estrategias de espaciado de dosificación de estos fármacos en aquellos pacientes que se encuentran en remisión, pero aun así el gasto es elevado. La realización de ensayos clínicos dirigidos a estos pacientes dentro de los servicios de Reumatología, constituye una fuente de ahorro para el sistema nacional de salud, así como una fórmula para que determinados pacientes accedan a tratamientos todavía no disponibles en la farmacopea hospitalaria, y además una oportunidad para los médicos para familiarizarse con futuros tratamientos.

Objetivos: Valorar el número de pacientes afectados de artritis reumatoide que están participando en un ensayo clínico en nuestro servicio. Determinar el número de pacientes que han entrado este año en ensayo clínico respecto al número total de pacientes que han iniciado o cambiado tratamiento biológico durante 2014. Calcular el ahorro en fármacos para la Sanidad Pública que supone la participación en un ensayo clínico de estos pacientes y no tener que recibir una terapia biológica a cargo del presupuesto público.

Métodos: En nuestro Servicio participamos en ensayos clínicos fase II, III y IV, para el desarrollo de nuevas terapias para la AR. Durante el 2014 han estado activos 7 ensayos, 6 para pacientes naïve a biológico y 1 para resistentes a fármacos antiTNF. Desde 2011, dos adjuntos se encargan casi en exclusividad a la realización de los ensayos. Antes de iniciar tratamiento biológico, todos los pacientes se comentan en sesión clínica, donde se decide si el paciente es elegible para ensayo clínico o debe recibir tratamiento vía convencional. Se ha revisado la base de datos de ensayos de AR para calcular el número de pacientes que han estado en tratamiento durante 2014, el número de abandonos y se ha calculado

cuántos meses han recibido tratamiento vía ensayo clínico. Se ha revisado la base de datos de fármacos biológicos evaluando los mismos parámetros. Para calcular el ahorro que supone, se han contabilizado los meses de tratamiento total que han recibido los pacientes en terapia biológica dividido por el coste total del tratamiento, resultando un coste de 1122.62 euros por paciente/mes. Esto se multiplica por el total de meses de tratamiento que han recibido los pacientes en ensayo y nos da el ahorro total.

Resultados: 168 pacientes con AR reciben actualmente tratamiento biológico. 30 participan en ensayo clínico (17,8%). Durante 2014, 25 pacientes han iniciado tratamiento biológico de los que 16 participan en ensayo clínico (64%). 15 pacientes han precisado de cambio de biológico, de los que 2 participan en ensayo clínico (13,3%). Durante 2014, ningún paciente ha abandonado el ensayo, ni por efecto adverso ni por falta de eficacia. Los pacientes en ensayo han recibido un total de 265 meses de tratamiento, lo que supone un ahorro de 32,1% meses de tratamiento del total de los pacientes con AR, resultando en un ahorro en fármacos de 297.494,3 euros.

Conclusiones: La participación en ensayos clínicos es importante e implica un beneficio tanto a nivel profesional, como del paciente y del hospital en forma de ahorro en gasto farmacéutico. La creación de una estructura estable bien organizada de ensayos clínicos es capital para alcanzar los objetivos propuestos.

344. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA EN UN ÁREA DE SALUD DEPENDIENTE DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Martínez Dubois¹, A. Martínez Torre², J. Rueda Gotor¹, M. Agudo Bilbao¹, L. Moro Pascual³, C. Zubizarreta Lain³, P. Brieve Beltrán³ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología; ²Subdirección Médica de Continuidad Asistencial; ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Las enfermedades del aparato locomotor son procesos muy prevalentes en la población general que generan una gran demanda asistencial en el Sistema Sanitario Público español. La falta de coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) origina una ineficiente y fragmentada asistencia de las mismas, generándose rutas asistenciales redundantes, duplicidad de pruebas diagnósticas, engorde de las listas de espera e incremento del gasto sanitario. La Unidad de patología musculoesquelética (UME) es una iniciativa pionera creada con el fin de agilizar la resolución de los procesos del área musculoesquelética en el ámbito de la AP de salud. Presentamos los resultados de la actividad asistencial obtenidos desde su implantación.

Tabla Póster 344

	Reumatología		Ortopedia del adulto		Unidad de raquis (neurocirugía)		Medicina física y rehabilitación		Total	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
Primeras consultas	2.957	1.928	6.028	3.908	1.729	1.088	5.032	5.038	15.746	11.962
Lista de espera	468	97	1.442	343	191	70	543	230	2.644	740
Días de demora	57,8	18,4	87,3	32,0	40,4	23,0	39,4	16,7		

Lista de espera: número de pacientes que a último día del mes tienen una consulta primera pendiente de realizar. Días de demora: días naturales de demora que existen el último día del período (mes) para obtener una cita para una primera consulta con carácter no preferente (primer hueco no excepcional de la agenda) en la agenda con la mayor demora de la especialidad hospital.

Objetivos: Disminuir las listas de espera en las especialidades implicadas en la atención de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla mediante la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales: Reumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Ortopedia del adulto, Neurocirugía (Unidad de Raquis).

Métodos: La UME es una iniciativa dirigida por el servicio de Reumatología que se puso en marcha en septiembre de 2010 con el fin de agilizar la resolución de los procesos del área músculo-esquelética en el ámbito de la AP. Da asistencia a 300.000 personas en 18 centros de salud del Área 1 de Santander. Se trata de una consulta de médicos especialistas hospitalarios de carácter multi e interdisciplinar que se desarrolla en el ámbito de AP. Además de su labor asistencial, la UME desempeña un gran papel de gestión y coordinación entre todos los agentes implicados en la prevención y atención de las Enfermedades del aparato locomotor. Se recogen los datos aportados por la Unidad de Admisión y Documentación clínica que reflejan el número de primeras consultas, listas de espera y días de demora de los servicios implicados en el manejo de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas antes y tras tres años de su implantación.

Resultados: Tabla.

Conclusiones: La implantación de la UME ha supuesto racionalizar la gestión de un amplio número de patologías que previamente se dispersaban por distintas especialidades generando duplicidad o pruebas redundantes, derivaciones innecesarias, incrementando finalmente las listas de espera. La UME desciende drásticamente la sobrecarga asistencial ya que atiende los distintos procesos, ubicándolos en su nivel asistencial apropiado de manera rápida y eficiente. El reumatólogo es una figura esencial en la coordinación de la patología del aparato locomotor entra Atención primaria y Atención especializada.

345. UN AÑO DE EXPERIENCIA URMES: CONSULTA DE URGENCIAS REUMATOLÓGICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS

C. Guillén Astete, A. Boteanu y M.A. Blázquez Cañamero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La consulta de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) inició su funcionamiento en Octubre del año 2013. No tiene precedentes en ningún hospital de la Comunidad de Madrid. Está compuesta por tres reumatólogos que desempeñan sus funciones en un área específica del servicio de urgencias atendiendo toda la patología del aparato locomotor no relacionada con traumatismos, procesos inflamatorios relacionados con enfermedades reumatológicas y prestando apoyo u opinión especializada a solicitud de otros clínicos. La URMES cuenta físicamente con un despacho médico, un ecógrafo portátil Logic e y material para realizar centesis articulares o bursales, infiltraciones y bloqueos. Al igual que una consulta de urgencias habitual dispone de la posibilidad de realizar pruebas analíticas y radiológicas inmediatas. El propósito del presente estudio es describir nuestra actividad en su primer año.

Métodos: Estudio descriptivo. Fuente: Registro de actividad asistencial, docente y científica de la URMES 2013-2014.

Resultados: 1.788 pacientes fueron atendidos en total, 1490 (83,3%) en horario de mañana y 298 (16,7%) en horario de tarde (fuera del horario habitual). Un 56,3% de los atendidos fueron mujeres. La edad media fue de 67,3 DE 7,3 años de edad. Un 85,57% de pacientes procedieron del área de nuestro hospital. 1.022 pacientes consultaron espontáneamente (57,2%), 294 consultaron remitidos a urgencias por su médico de atención primaria (16,4%), 289 consultaron a petición de un médico que les valoró fuera del horario URMES (16,2%), 69 consultaron a petición del reumatólogo que les valoró previamente (3,9%), 69 consultaron a petición de un médico residente que les valoró fuera del horario URMES (3,9%), 45 consultaron espontáneamente solicitando reevaluación habiendo sido vistos antes por cualquiera de los mecanismos anteriores (2,52%). 435 pacientes consultaron por procesos relacionados con la rodilla (24,3%), 362 por procesos relacionados con el esqueleto axial lumbar (20,3%) y 336 por procesos relacionados con el hombro (18,8%). 1.155 pacientes fueron diagnosticados de procesos mecánicos/degenerativos (64,6%) y 633 de procesos inflamatorios (35,4%). En este último grupo, la distribución de diagnósticos fue: autoinmune 18,2%, infeccioso 39,2% y microcristalino 42,7%). Se realizaron 390 infiltraciones, 292 artro/bursoscentesis y 381 ecografías. A lo largo de su funcionamiento la URMES acreditó 9 cursos de formación para residentes y facultativos (110 horas formativas) a las que han asistido 366 alumnos. La URMES ha realizado 54 comunicaciones a congresos y 14 publicaciones en revistas de ámbito internacional. 5 médicos, 4 residentes y 1 facultativo han realizado una rotación mensual en la URMES a lo largo de este año.

Conclusiones: No existen experiencias previas de una consulta especializada de Reumatología funcionando en un entorno de urgencias por lo que no podemos establecer comparaciones. Creemos que la mejoría del posicionamiento de nuestra especialidad depende en gran medida del acercamiento que hagamos de ella a los pacientes y a la respuesta que demos a sus necesidades y a las de otros clínicos. En ese sentido, estamos convencidos que la iniciativa URMES tiene un rol de importancia y creemos que su instauración en otros centros debería ser considerada.

346. MODELOS ÓPTIMOS DE IMPLEMENTACIÓN DE ECOGRAFÍA EN LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

J.C. Nieto-González, E. Naredo, C. González-Fernández, I. Monteagudo y L. Carreño

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La ecografía musculoesquelética (USMS) es una técnica de imagen muy útil en reumatología. En los últimos años ha aumentado mucho su disponibilidad en reumatología y la formación en ésta técnica entre los reumatólogos españoles. La aplicación

Tabla Póster 346

	Artritis reumatoide (n: 16)	Espondiloartritis (n: 16)	Artrosis (n: 16)	Microcristalinas (n: 17)	Conectivopatía (n: 17)	Partes blandas (n: 17)	Vasculitis (n: 17)	Guía punción (n: 17)
Nunca (n/%)	0	0	1/5,9	0	2/11,8	0	1/5,9	0
Ocasional (n/%)	3/17,6	7/41,2	10/58,8	5/27,8	11/64,7	1/5,6	10/58,8	3/16,7
Frecuente (n/%)	12/70,6	8/47,1	5/29,4	11/61,1	4/23,5	16/94,4	6/35,3	14/77,8
Siempre (n/%)	1/5,9	1/5,9	0	1/5,6	0	0	0	0

clínica de la USMS, así como el número y calidad de los ecógrafos disponibles es variable entre los distintos servicios. Nuestro objetivo fue conocer el estado de implementación de la USMS en reumatología en la comunidad autónoma de Madrid (CAM), detectar las barreras más comunes y proponer soluciones.

Métodos: Se diseñó un cuestionario que se envió a los 21 servicios de reumatología de los hospitales públicos de la CAM. El cuestionario incluyó 2 secciones, en la primera se recogieron datos demográficos (número de reumatólogos y residentes, formación y uso habitual de USMS, número de ecógrafos, disponibilidad de unidad de US y/o agenda propia de US); en la segunda sección se recogió la frecuencia de uso de US en diferentes patologías reumatológicas según una escala Likert de 4 grados (nunca-ocasional-frecuente-siempre). Posteriormente, se realizó una reunión presencial a la que se invitó a acudir a un representante por cada servicio. En la primera parte de la reunión se comunicaron los resultados de la encuesta y se declararon las barreras más importantes para la implementación de la USMS. En la segunda parte, mediante un debate moderado abierto, se propusieron posibles soluciones.

Resultados: 19 servicios (90,5%) contestaron el cuestionario y acudieron a la reunión presencial. Se cuenta con 119 reumatólogos y 51 residentes en esos hospitales, de los cuales 62 (52,1%) y 21 (41,2%), respectivamente, tienen formación en USMS. En los 9 servicios que disponen de residentes, la media de reumatólogos y residentes por servicio es 4,4 (rango 2-12) y 4,7 (rango 3-12) respectivamente. De los 62 reumatólogos formados en US, 48 (77,4%) la realizan de forma habitual. Se disponen de 37 ecógrafos en los servicios que participaron (rango 0-4), en su mayoría con más de 5 años; 2 hospitales no disponen de ecógrafo y 3 hospitales disponen de 4 ecógrafos. En 13 de los 17 (76,5%) servicios donde se dispone de ecógrafo, la USMS se utiliza en práctica clínica habitual (simultáneo a la consulta clínica) y, además, con agenda propia de USMS. En los restantes 4 centros (23,5%) se utiliza solo en las consultas clínicas. En 5 servicios (29,4%) se dispone además de una unidad específica de ecografía. La tabla muestra la frecuencia de uso de US en las patologías reumatológicas más relevantes. La mayoría de los servicios utilizan la US para uso propio [14 servicios (82,4%)], y tan solo 3 servicios (17,6%) realizan también US para otros servicios. Barreras y soluciones: la barrera más frecuente fue la presión asistencial [13 servicios (72,2%)], seguida de la falta de ecógrafo/ecógrafo obsoleto en 6 servicios (33,3%) y la falta de personal formado en USMS en 3 centros (16,7%). Entre las soluciones que se propusieron, la disponibilidad de ecógrafos nuevos o actualizados fue la más frecuente [7 (38,9%)], seguida de la necesidad de agenda propia de USMS y tiempo suficiente, ambas en 4 ocasiones (22,2%) y de la necesidad de personal en 3 centros (16,7%). La posibilidad de diseñar un estudio multicéntrico que ayude a la renovación de ecógrafos fue la propuesta mejor acogida.

Conclusiones: La implementación de la US en reumatología de la CAM es heterogénea, especialmente si nos referimos al número y calidad de los ecógrafos. Casi la mitad de los reumatólogos de la CAM tienen formación en US y la aplican en su práctica diaria. Se requiere una renovación de ecógrafos, escasos y obsoletos en muchos centros, y más tiempo y personal entrenado en USMS para la implementación óptima de la US en los servicios de reumatología de la CAM.

347. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN DE EROSIONES EN ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

M.A. Gantes Pedraza

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se considera la enfermedad articular reumática por excelencia. Actualmente, con la gran oferta de terapias biológicas, se controla la actividad erosiva, por lo que se justifica la necesidad de la búsqueda de pruebas complementarias que detecten erosiones en la fase más precoz de la enfermedad. El gold estándar ha sido la radiografía convencional (CR), pero vemos la lesión ósea cuando ya está establecida. Por ello, la revisión que he realizado, pretende recopilar lo que existe hasta ahora sobre la detección de erosiones en la artritis reumatoide de inicio para su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado mediante ecografía (US).

Métodos: Se ha realizado una búsqueda en PubMed, Tripdatabase y la biblioteca Cochrane, usando como palabras clave "erosion" AND "rheumatoid arthritis" AND "ultrasound". He filtrado los últimos 5 años.

Resultados: Tras leer los abstracts obtenidos, he elegido un total de 28 artículos excluyendo trabajos que incluyeran sólo pacientes con AR de larga evolución así como series de casos. Tienen en común: Son estudios cegados. Conocían el software utilizado para los US. Pacientes con AR de reciente diagnóstico según los criterios ACR. Datos analíticos incluían VSG, PCR antiCCP, FR. Incluyen exploración física. Muchos de ellos comparados con estudios radiológicos como CR, CT o RM. Seguimiento de menos de 2 años.

Conclusiones: Primero, la reproducibilidad inter- e intraobservador ha sido buena en los diversos trabajos, además de ser comparable con pruebas de alta sensibilidad como tomografía axial computarizada y resonancia magnética cuando las erosiones tienen un tamaño de 1 mm de profundidad, y 1,5 mm de amplitud aproximado; y relacionado con los datos analíticos para valorar la gravedad de la AR. Se considera más efectiva que la CR, y de eficacia comparable con MR; detectando más erosiones que esta última en articulaciones como MCF5, MTF1, MTF5 e IFP2-5, y siendo el número necesario de pacientes a estudio para detectar una AR erosiva de 4. Segundo, en cuanto a la especificidad de la ecografía para el diagnóstico diferencial de la AR de inicio y otras artropatías inflamatorias, no nos sirve para hacer el diagnóstico definitivo, pero sí para valorar la afectación de articulaciones más frecuentemente dañadas por una patología determinada. Siendo más concreto, la afectación de 5º MTF por AR; y centrándonos en el estudio de los hombros, la simetría en las lesiones, junto con la artritis glenohumeral, erosiones humerales y tenosinovitis de porción larga del bíceps, son más frecuentes en esta patología. Tercero, el uso de Power Doppler nos da un valor añadido a la exploración mediante ecografía que según algunos estudios, junto con datos de sinovitis y elevación de RFA, principalmente VSG, nos podría dar un valor de progresión y de potencial gravedad de la enfermedad. Por último, la creación de escalas estandarizadas para la práctica clínica diaria está aún en fase de evaluación, aunque hasta ahora la principal es la US7 alemana. Limitaciones: se necesitan estudios de cohortes prospectivos de mayor tiempo de duración, con un número de pacientes mayor para tener más información sobre la utilidad real en la clínica diaria, aunque lo obtenido hasta ahora realmente es prometedor en este ámbito.

348. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA MANO DOMINANTE DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SU RELACIÓN CON LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

C. Feced Olmos¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, O. Álvarez-Calderón Iglesias³, D. Hervás Marín⁴, C. Núñez Cornejo Piquer¹, E. Grau García¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, I. Martínez Cordellat¹, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, R. Negueroles Albuixech¹, J.L. Valero Sanz¹, C. Alcañiz Escandell¹ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. ³Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería y Podología. Universidade da Coruña. Santiago de Compostela. ⁴Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria articular progresiva y con frecuencia destructiva, asociada a la presencia de psoriasis. Clásicamente se ha considerado una enfermedad benigna, pero estudios actuales en pacientes con APs han documentado que con el tiempo de evolución, puede aparecer deterioro clínico, progresión del daño estructural y empeoramiento del estado funcional. Como consecuencia, los pacientes presentan deterioro de la calidad de vida y diferentes grados de discapacidad. Hasta el momento no se ha estudiado la discapacidad que produce la APs en los pacientes y su relación con los hallazgos en la exploración ecográfica. Por lo que hemos valorado las alteraciones en las manos de pacientes con la enfermedad mediante ecografía y comprobado si estos hallazgos se corresponden con el grado de discapacidad que presentan.

Objetivos: Identificar la relación entre la discapacidad a nivel de la mano dominante de los pacientes con artritis psoriásica y los hallazgos ecográficos.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal en pacientes con artritis psoriásica según criterios CASPAR, procedentes del Servicio de Reumatología del HUP La Fe. La exploración ecográfica fue realizada a tiempo real, siempre por el mismo ecografista, ciego al resto de información. Para el estudio de la

capacidad funcional de la mano se ha empleado el sistema Ned-Mano/IBV (Instituto de Biomecánica de Valencia) que recoge fuerzas isométricas. El análisis bioestadístico ha sido realizado mediante el software R (versión 3.1.1), para valorar la relación entre el número total de alteraciones ecográficas y el porcentaje de discapacidad en pinza distal mediante un modelo de regresión lineal.

Resultados: Se estudiaron 85 pacientes con artritis psoriásica (48 mujeres y 37 hombres), con una edad media de 55,4 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 15,2 años. En el momento de la realización de la ecografía, 52 de los pacientes presentaban artralгии y/o artritis en las manos y 33 estaban asintomáticos. Tras realizar el análisis estadístico, se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre el mayor número de alteraciones ecográficas y el mayor porcentaje de discapacidad en la pinza distal ($p = 0,009$).

Conclusiones: Con los datos preliminares obtenidos en este estudio, la ecografía parece una prueba útil en la valoración de la discapacidad de la mano en los pacientes con artritis psoriásica.

349. VALORACIÓN DE LA CORRECTA INDICACIÓN DE RMN EN PACIENTES CON LUMBALGIA O LUMBOCIATALGIA EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

S. Gil¹, N. Quilis¹ y P. Vela^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Introducción: En los países industrializados la lumbociatalgia es uno de los motivos de consulta más frecuentes y genera un importante gasto sanitario. La resonancia magnética de columna lumbar (RMNCL) no está recomendada en ausencia de signos que sugieran causa sistémica o compresión radicular, dado que no ayuda a depurar el diagnóstico, mejorar los resultados o predecir la evolución del paciente en dichos casos.

Objetivos: Valorar la adecuación de la indicación de RMNCL en pacientes con lumbalgia o lumbociatalgia remitidos a una consulta

Tabla Póster 349

Apropiada (= 1 signo de alarma de patología sistémica)	Apropiada (= 1 signo de alarma de posible indicación quirúrgica)	Incierta (todos los criterios siguientes en ausencia de criterios de prescripción apropiada)	Inapropiada
Edad > 70 años y traumatismo reciente (50 años o traumatismo mayor en cualquier edad)	Signos de síndrome de cauda equina (solicitud urgente de RMNCL): pérdida de control de esfínteres, anestesia en silla de montar, nivel sensitivo, paresia importante o progresiva	Dolor lumbar severo o muy severo durante = 2 años a pesar de tratamiento conservador y	Ninguno de los criterios de prescripción apropiada o incierta
Osteoporosis	Dolor severo referido a miembros inferiores durante = 6 semanas de tratamiento conservador	Consideración de fusión de columna, los programas de ejercicio intenso no son aplicables en el caso del paciente	
Uso de corticoides durante = 6 meses, = 12 meses antes de la prescripción	Claudicación neurógena durante = 12 semanas a pesar de tratamiento conservador		
Fiebre de origen desconocido			
Dolor independiente de postura y movimiento			
Cirugía en los últimos 6 meses			
Punción venosa (ej.: catéter o tratamientos intravenosos) en los 6 meses previos a la solicitud de RMN			
Dolor de predominio nocturno que mejora con el movimiento			
Antecedente de enfermedad reumatológica inflamatoria			
Inmunosupresión o uso de fármacos inmunosupresores			
Antecedente de cáncer			
Pérdida de = 10% de peso corporal no justificada			
Debilidad o pérdida de sensibilidad en miembros inferiores			

de reumatología especializada en atención temprana de incapacidades laborales temporales por patología musculoesquelética (IT-ME). **Métodos:** Estudio retrospectivo. Pacientes atendidos en la consulta de reumatología IT-ME desde marzo 2013 hasta enero de 2015. Se incluyen los pacientes atendidos por lumbalgia o lumbociatalgia a los que se ha realizado una RMNCL durante el seguimiento en la consulta, solicitada por el propio reumatólogo, por la mutua o seguro privado del paciente o por otro especialista. Se excluyen aquellos pacientes previamente intervenidos de la columna lumbar. La valoración de la correcta indicación de la RMNCL se realiza en base a los criterios de las guías clínicas enumerados en la tabla. Se recogen datos epidemiológicos, quién solicita la RMNCL y el diagnóstico de la misma.

Resultados: Durante un periodo de 22 meses, 134 pacientes fueron atendidos por lumbalgia (78; 58,2%) o lumbociatalgia (56, 41,8%). Se solicitó RMNCL a 44 (32,8%), 22 varones (50%) y 22 mujeres (50%) con una edad media de 45,5 años, 6 pacientes con lumbalgia (13,6%) y 38 pacientes con ciatalgia (67,8%). Los diagnósticos de la RMNCL fueron: 7 espondiloartrosis y/o discartrosis (15,9%), 2 estenosis de canal (4,5%), 1 espondilolistesis (2,3%), 15 presentaban una o varias hernias discales (34%), 10 presentaban 1 o varias protrusiones discales (22,7%) y 4 fueron normales (9%). En 5 casos no se ha podido recoger el diagnóstico. Los solicitantes fueron: mutuas o seguros privados (11; 25%) el propio reumatólogo (20; 45,4%) otros especialistas (médicos de atención primaria, de rehabilitación, traumatología y neurología) (13 29,5%). Las solicitudes clasificables como apropiadas fueron: 5 (45,4%) de las solicitadas por mutuas o seguros privados, 12 (60%) de las solicitadas por el reumatólogo y 3 (23,1%) de las solicitadas por otros especialistas. En total, de las 44 RMN solicitadas, 24 (54,5%) no cumplían ninguno de los criterios para considerar la indicación de la prueba como adecuada, siendo 16 de ellas (36,7%) solicitadas por mutuas, seguros privados y otras especialidades.

Conclusiones: Se observa una proporción importante de solicitudes de RMNCL que no cumplen criterios de correcta indicación, especialmente cuando son solicitadas por otras especialidades.

350. IMPACTO DE LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA EN REUMATOLOGÍA EN UN ENTORNO DE URGENCIAS: EL EFECTO URMES

C. Guillén Astete, A. Boteanu y M.A. Blázquez Cañamero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La consulta de Urgencias Reumatológicas y MusculoEsqueléticas (URMES) ha cumplido un año de funcionamiento desde el inicio de su actividad en octubre de 2013. El propósito del presente estudio es determinar el impacto asistencial de su implantación en términos de las diferencias entre la necesidad de reevaluación urgente, la demanda de recursos auxiliares consumibles y el perfil de derivación de los pacientes atendidos antes y durante la puesta en marcha de esta consulta, en nuestro servicio de urgencias (SU).

Métodos: Estudio descriptivo. Fuente: registro de actividad asistencial, docente y científica de la URMES 2013-2014 y registro informático Excalibur® de asistencia de pacientes en el SU entre 2009-2010. Todas las variables se expresaron en términos de proporción porcentual y se compararon mediante la prueba de chi cuadrado.

Resultados: En el periodo URMES se atendieron 1.788 pacientes mientras que en el periodo control consultaron 2105 pacientes por patología musculoesquelética no relacionada con traumatismos (mismo criterio de atención URMES). En el periodo URMES se reevaluaron antes del primer mes 45 pacientes por el mismo motivo de consulta (2,52%) mientras que en el periodo control, 294 (13,9%) ($p < 0,0001$). Cada paciente valorado en la URMES requirió 0,31 radiografías (al menos una), mientras que cada paciente en el periodo control requirió 0,98 radiografías (al menos una) ($p < 0,0001$). La proporción de pacientes URMES que requirieron

al menos una determinación analítica fue 18,4% mientras que en el grupo control fue 26,5% ($p < 0,001$). La distribución porcentual de destinos al alta URMES fue: alta resolución 62%, especializada 22,3% y primaria 15,7%. La distribución porcentual de destinos al alta CONTROL fue: alta resolución 21,4%, especializada 27,8% y primaria 50,8% ($p < 0,001$, $< 0,05$ y $< 0,0001$, respectivamente).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que la instalación de la consulta URMES supone una reducción en el gasto sanitario (menos pruebas consumibles), menor necesidad de derivación especializada y menor demanda de reevaluación urgente. Considerando que es bien conocida la alta prevalencia de la patología musculoesquelética traumática en los SU y de la necesidad de optimización de recursos, la iniciativa URMES podría ser aplicada en otros hospitales.

351. OSTEOPOROSIS E INHIBIDORES DE LA AROMATASA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA

L.V. Maldonado-Romero¹, M. Ahijón-Lana¹, C. Velázquez-Arce¹, N. Martínez Jáñez² y M. Vázquez Díaz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oncología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: En las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama (CM) se ha descrito una mayor incidencia de osteoporosis densitométrica y fracturas. Aunque se ha postulado un origen multifactorial, en los últimos años, se han asociado de forma casi exclusiva a la indicación de los inhibidores de la aromatasa (IA).

Objetivos: Determinar la prevalencia de deformidad morfométrica vertebral analizar y describir las características clínicas, marcadores óseos y densidad mineral ósea (DMO) en mujeres posmenopáusicas con CM en tratamiento con IA en un Hospital terciario de Madrid.

Métodos: Estudio observacional transversal, que incluye 104 mujeres postmenopáusicas, seleccionados consecutivamente en las consultas del Área de Osteoporosis del Hospital Ramón y Cajal, en el periodo de 2012-2014. Tras dictamen favorable del CEIC, y firmar consentimiento informado se recogieron datos demográficos, relativos a la enfermedad tumoral, factores de riesgo para fractura y solicitaron pruebas de imagen (radiografía lumbar y dorsal), marcadores óseos y densitometría de columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF); los pacientes con otras enfermedades del metabolismo óseo, metástasis óseas y/o uso previo de tamoxifeno fueron excluidas del estudio. Los datos fueron analizados mediante el software SPSS Statistics Versión 20.

Resultados: La media de edad fue 66,8 años (DE 8,02), la mayoría de las pacientes tenían al diagnóstico de CM estadio I y II 84% y el 15,3% estadio III; el 63,5% recibió QT previamente. El IA más frecuente fue letrozol, seguido por anastrozol y exemestano, 69,2, 26 y 4,8% respectivamente; el tiempo medio de exposición a IA fue 24,62 meses (DE 11,9). La media de β Crosslaps fue 1,07 ng/ml y de PINP 67,43 ng/ml. La prevalencia de deformidad morfométrica vertebral osteoporótica fue del 10,8%. Usando los criterios densitométricos para el diagnóstico de osteoporosis (OP) de la OMS, el estudio de los datos muestra que, el 13,6% ($n = 14$) tenía OP de CF y 33,3% ($n = 34$) OP de CL, analizando la frecuencia de OP-CF en cada rango de edad, de 50-59 años fue 14,28%, entre 60-69 años 4,25% y 70-80 años 21,87%, mientras que la frecuencia de OP-CL en pacientes entre 50-59 años fue 33,3%, entre 60-69 años 25,5% y 70-80 años 41,9%. Las pacientes con tratamiento de IA ≤ 24 meses fue del 61,2% y > 24 meses del 38,8%. La frecuencia de OP-CF en pacientes con IA ≤ 24 meses fue 12,6% y con IA > 24 meses 15%. No hubo asociación entre el tiempo de exposición de IA y la T-score CF ($p = 0,4$). El uso de IBP y estatinas en nuestra población a estudio fue de 33,7% y 26,9% respectivamente. No hubo asociación entre la DMO, los IBP y estatinas; la media de DMO-CF para el grupo con IBP fue 0,617 g/cm² y sin IBP 0,688 g/cm² ($p = 0,42$) y para el grupo con estatinas la DMO-CF fue 0,666 g/cm² y sin estatinas 0,688 g/cm² ($p = 0,33$).

Conclusiones: La prevalencia de deformidad morfométrica vertebral fue del 10,8%, siendo similar a la prevalencia europea en mujeres sanas > 50 años. La frecuencia de osteoporosis en pacientes con IA de 50-59 años de edad es mayor que la población sana de mujeres españolas del mismo rango de edad, 14,28% vs 1,3% en CF y 33,3% vs 9,09% en CL. Se evidencio una menor densidad mineral ósea en el grupo de edad de 70-80 años, pero en porcentaje similar a la población sana española de ese grupo de edad. No se encontraron asociaciones significativas de la DMO, al compararla con el tiempo de exposición a IA, ni con el uso de estatinas, ni IBP.

352. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS SENIL CON ZOLEDRONATO IV. REGISTRO DE LA VIDA REAL

M.D. Fábregas Canales¹, R. Roselló Pardo² y M.P. Buil Pérez¹

¹Hospital de Barbastro. ²Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción: La osteoporosis (OP) del anciano supone un reto terapéutico en el que se asocia el alto riesgo de fracturas (fragilidad ósea asociada a la edad, caídas frecuentes), junto a la comorbilidad (hernias de hiato, polimedicados) y la baja adherencia terapéutica (deterioro cognitivo). El tratamiento anual con zoledronato (ZOL) IV permite actuar sobre los 3 factores aunque no está exento de efectos secundarios. Se describen los resultados del tratamiento con ZOL IV en los pacientes ancianos de consultas de Reumatología del Hospital de Barbastro.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, del registro histórico (2008-2014) de tratamientos con ZOL IV, 5mg/año, del Servicio de Reumatología del Hospital de Barbastro. Se constituyó una cohorte de pacientes ancianas con alto riesgo de fractura (> 75 años, al menos 1 fractura previa por fragilidad). Tras revisar las historias clínicas de Reumatología, Traumatología y Urgencias recogimos las siguientes variables: fecha del diagnóstico de OP, número de fracturas (Fx) previas, edad al comienzo del tratamiento, número de ciclos de ZOL e intervalos entre ellos (meses), efectos secundarios (s. pseudogripal, hipocalcemia, ACxFA, osteonecrosis del maxilar, Fx atípicas de fémur, uveítis) y fracturas clínicas acaecidas en los 12 meses posteriores al tratamiento. En las pacientes fallecidas se investigó la causa de defunción y su posible relación con el ZOL.

Resultados: Se identificaron 85 mujeres mayores de 75 años (edad media 82,1 años), con alto riesgo de fractura y se clasificaron en 2 grupos de edad según la definición de la OMS (2005): 79 "ancianas" (75-90 años), 6 "grandes ancianas" (> 90 años). El número total de Fx previas en la cohorte fue de 248 (1-11), con una media de 2,92 Fx/paciente. Previamente a cada tratamiento se verificó la tasa de calcio, vitamina D (> 30 ng/mL), creatinina y filtrado glomerular (FG > 45 ml/min) y se recomendó la toma de paracetamol 2 g/d durante las 48h post-inyección. Entre enero de 2008 y diciembre

de 2014 se administraron 166 ciclos de ZOL: 85 pacientes recibieron una dosis, 45 dos, 26 tres y 10 cuatro. El intervalo medio entre los ciclos fue de 14,8 (1^o-2^o ciclo), 15,5 (2^o-3^o) y 16,2 (3^o-4^o) meses. El ZOL fue instaurado como 1^o tratamiento tras el diagnóstico de OP en 58 de las 85 pacientes, el resto habían sido tratadas previamente con otros bifosfonatos, teriparatida, o ranelato de estroncio. Se contabilizaron 4 efectos secundarios (3 síndrome pseudogripal, 1 cuadro diarreico) que se resolvieron en 48 horas y un total de 14 fracturas postratamiento, en 10 de las 85 pacientes (11,76%): 4 cadera, 3 pelvis, 1 húmero, 2 muñeca, 1 peroné, 1 clavícula, 1 costilla, 1 nariz. La incidencia de fractura de cadera post tratamiento fue de 4,7%. Sucedió en 4 pacientes que presentaban una media de 6 fracturas previas, 3 de ellas en fémur contralateral (tabla). Durante los 6 años estudiados fallecieron 13 pacientes (15,3%). Las causas de fallecimiento fueron: 2 insuficiencia cardíaca, 3 infección respiratoria, 1 sepsis, 3 hemorragia cerebral, 1 neo de ovario, 3 paro cardíaco. En ninguna de ellas la muerte tuvo relación con la administración del medicamento ni con fracturas postratamiento. Las 6 pacientes grandes ancianas, (> 90 años) sobrevivieron sin fracturas y solo una refirió un episodio pseudogripal tras el tratamiento.

Conclusiones: La administración anual con ZOL IV es una buena opción terapéutica en la OP senil, permitiendo un tratamiento cómodo y bien tolerado en pacientes con alto riesgo de fractura. Es de destacar la ausencia de fracturas vertebrales clínicas postratamiento lo que contrasta con un 4,7% de fracturas de cadera que podría estar en relación con las características clínicas de las pacientes.

353. ENFERMEDAD DE PAGET. REMISIÓN MANTENIDA CON DOSIS ÚNICA DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO. ¿LA CURACIÓN ES POSIBLE?

M. Mihaylov Grigorov, M. Castillo Vilella, G. Salvador Alarcón, M. Pujol Busquets, E. Riera Alonso, J. Rovira Aguilar, M. Rusiñol Badals y S. Martínez Pardo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona.

Introducción: El tratamiento de la enfermedad de Paget (EP) ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas: de drogas para aliviar el dolor a fármacos que inducen la remisión y evitan deformidades. La fosfatasa alcalina total en sangre (FA) sigue siendo el marcador de actividad más sensible, siendo útil también para valorar respuesta a tratamientos. La gammagrafía ósea con Tecnecio-99m (GGO) se ha establecido como prueba útil para evaluar la extensión de la enfermedad y los cambios de la actividad osteogénica tras la administración de un tratamiento específico.

Objetivos: Describir los cambios producidos por una única infusión de 5 mg de zoledronato (ZLD) e.v. sobre la actividad osteogénica

Tabla Póster 352

Pacientes con fracturas de cadera post-zoledronato	A	B	C	D
Edad	86	84	85	85
Comorbilidad	EPOC	E. Alzheimer	AHA1. Tto. corticoideo	E. Parkinson
Nº de fracturas previas	Neo de mama	Coxartrosis grado IV	CEGUERA parcial	Ceguera completa
Tipo de fracturas previas	5	5	9	5
	3 vertebras	5 vértebras	6 vértebras	4 vértebras
	1 fémur dcho		1 fémur dcho	1 fémur dcho
	1 húmero		1 húmero	
			1 tobillo	
Tto previo de osteoporosis	No	No	Risedronato	Risedronato
			Ranelato de estroncio	Ranelato de estroncio
			Teriparatida (mala adherencia)	
Nº de ciclos de zoledronato	1	2	1	3
Nº de fracturas post-zoledronato	1	1	1	3
Tipo de fracturas post-zoledronato	1 fémur izdo	1 fémur izdo	1 fémur izdo	1 fémur izdo
				1 húmero
				1 pelvis

(evaluada mediante las cifras de FA y la intensidad de la captación gammagráfica) antes y después del tratamiento, así como su evolución a lo largo del tiempo. Valorar la duración de la remisión de estos pacientes.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 19 pacientes con EP controlados en nuestro centro, tratados con una única dosis de 5 mg. de ZLD e.v. entre enero de 2007 y diciembre de 2014. Se analizó la disminución de los niveles de FA en aquellos pacientes con seguimiento superior a 2 años. En los pacientes incluidos, se recogió: 1. Tipo de afectación (mono o poliostótica); 2. Complicaciones de la enfermedad; 3. Tratamientos previos; 4. Efectos adversos (EA) a ZLD; 5. Dolor antes y después del tratamiento; 6. Valor de FA antes y a los 12, 24, 36, 48, 60 y hasta 96 meses (8 años) post-tratamiento; 7. Cambios en la actividad osteogénica mediante GGO pre y post-ZLD en escala semi-cuantitativa (subgrupo de 10 pacientes).

Resultados: De los 19 pacientes estudiados, se excluyeron 5, por seguimiento corto o pérdida del mismo. Cabe comentar que estos 5 pacientes normalizaron los niveles de FA a los 12 meses del tratamiento. Se incluyeron en el análisis 14 pacientes (8H/6M), edad media 69 a (55-85) en el momento de la infusión. 64% de ellos tenían afectación poliostótica, 9 (64%) presentaban dolor antes del tratamiento y 3 (21%) deformidad ósea. El 78% (11) habían realizado tratamientos previos con bifosfonatos (BFN) orales y 2 (14%) BFN ev (pamidronato). Un 43% (6) presentaron EA a la infusión de ZLD (síndrome pseudogripal). El dolor, presente en 9 pacientes antes de la administración de ZLD, cedió en todos ellos, reapareciendo solo en uno a los 6 años, junto a una elevación de las FA como signo de reactivación de la enfermedad que motivó el retratamiento. En la actualidad todos están asintomáticos. Las FA se normalizaron en todos, excepto uno, a los 12 meses post tratamiento. También en todos, excepto en el paciente que se reactivó a los 6 años, las FA se han mantenido dentro del rango de normalidad hasta el momento actual (24 meses hasta 8 años de seguimiento). En la GGO realizada post-ZLD (10 pacientes) se observó una disminución de la actividad osteogénica, siendo moderada en 60% y muy significativa en el 40% restante.

Conclusiones: El tratamiento de la EP con una única dosis de ácido zoledrónico e.v., consigue remisiones mantenidas en el tiempo, incluso en pacientes refractarios a otros BFN. En la mayoría de los pacientes estudiados, se alcanzó disminución de la actividad osteogénica gammagráfica, desaparición del dolor y normalización de los niveles de FA de hasta 8 años. El ácido zoledrónico debería considerarse como tratamiento de primera línea, persiguiendo la remisión mantenida o "curación" de la enfermedad.

354. ESTUDIO PROSPECTIVO DE SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DE LAS FRACTURAS DE COLLES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Lisbona Muñoz¹, P. León Rubio¹, C. Aguilera Cros¹, E. Rubio Romero¹, N. Garrido Puñal¹, J.B. Povedano Gómez¹ y M.A. Muñoz Sánchez²

¹UGC de Reumatología, Cirugía Ortopédica y Traumatología;

²UGC de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La fractura de extremidad distal de radio (EDR), la fractura de Colles, es considerada la primera fractura por fragilidad ósea. Se observa un aumento lineal de estas fracturas en mujeres por encima de los 55 años.

Objetivos: Describir las características basales de las pacientes mayores de 55 años con diagnóstico de fractura EDR atendidas inicialmente en el área de Urgencias y que precisaron ingreso hospitalario durante el año 2009 en el Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Virgen del Rocío de Sevilla y su seguimiento posterior a lo largo de 5 años.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de seguimiento a 5 años de una cohorte de pacientes, mujeres mayores de 55 años, que precisaron intervención quirúrgica durante el año 2009 de fractura de EDR ocurridas por caída casual, excluyéndose los accidentes de tráfico y las precipitaciones y si se evaluó el riesgo de osteoporosis (OP) durante su seguimiento posterior a lo largo de los 5 años siguientes. Se estudiaron las características basales: edad, hábito tabáquico, toma de esteroides, antecedentes personales de artritis reumatoide, si presentaban densitometría ósea previa y la presencia de fracturas previas por fragilidad. Durante el seguimiento se evaluó si las pacientes fueron derivadas a consultas de Reumatología para evaluar riesgo de OP, si se realizó densitometría ósea posterior, si presentaron fracturas osteoporóticas (fracturas vertebrales, fracturas periféricas no cadera y fracturas de cadera) posteriores y si recibieron tratamiento específico para la OP.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 52 mujeres con edad media de $69,69 \pm 8,748$ años. Rango 55-88 años. Entre las características basales estudiadas se encontraron un 5,8% (3 pac.) eran fumadoras, un 13,2% (7 pac.) eran tomadoras de esteroides de manera habitual, un 3,8% (2 pac.) padecían una artritis reumatoide, un 9,6% (5 pac.) presentaban antecedentes de fracturas previas por fragilidad. Durante el periodo de seguimiento de 5 años se encontraron 14 pacientes (26,9%) presentaron fracturas osteoporóticas, incluyendo fracturas vertebrales 6 pac. (11,5%), fracturas periféricas no cadera 5 pac. (9,6%) y fracturas de cadera 4 pac. (7,7%). Se derivaron 12 pac. (23,1%) a consultas especializadas de Reumatología para valoración de riesgo OP, a 9 pac. (17,3%) se les realizó densitometría ósea posterior y 10 pac. (19,2%) recibieron tratamiento específico para la OP.

Conclusiones: La fractura de EDR es el resultado de una caída sobre el brazo en extensión. Se considera la primera fractura por fragilidad ósea. Presenta una incidencia aumentada a partir de los 55 años. En nuestro estudio, llama la atención que el 26,9% de los pacientes que sufrieron una fractura de EDR presentaron una fractura de origen osteoporótico durante el periodo de seguimiento de 5 años, entre ellos un 7,7% fueron fracturas de cadera con el consiguiente aumento de la morbimortalidad. Sin embargo, sólo el 23% de las pacientes fueron derivadas a consultas de Reumatología para valoración de riesgo OP. Por tanto, debemos seguir haciendo hincapié en la correcta evaluación de riesgo OP de estas fracturas, las de Colles, en el área de Urgencias.

355. OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON TUMORES DE CABEZA Y CUELLO

R. Hernández, J. Fuentes Pradera, L.M. Jiménez Liñán y J.L. Marengo de la Fuente

UGC de Reumatología; UGC de Oncología Médica. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los tumores de cabeza y cuello constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, que afectan a la esfera otorrinolaringológica (ORL). Constituye el 2,9% de los casos nuevos de cáncer. Afectan predominantemente a varones mayores de 40 años. Aparte de que los mismos factores de riesgo de cáncer de cabeza y cuello, como son el tabaco y el alcohol, lo son también para la osteoporosis, el tratamiento con dosis altas de corticosteroides y la desnutrición que sufren tras el tratamiento quirúrgico y quimiorradioterápico, supone una situación potencial de pérdida de masa ósea acelerada, en una población joven y con buen pronóstico a largo plazo.

Objetivos: Describir las características en cuanto a factores de riesgo, y enfermedad osteoporótica en pacientes con tumores de cabeza y cuello.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de una serie de casos de pacientes con tumores de cabeza y cuello en seguimiento conjunto en las consultas de Reumatología y Oncología médica del área hospitalaria de Valme. En todos ellos se recogieron las siguientes

Tabla Póster 355

	Fumador	Bebedor	Fumador y bebedor	Obesidad	Osteoporosis	Osteopenia
Porcentajes	85%	69%	68%	14%	7,1%	16,6%

variables; edad, sexo, factores de riesgo para osteoporosis, y fractura osteoporótica, junto con radiología lateral de columna dorsal y lumbar y densitometría ósea de columna lumbar y cadera.

Resultados: Se incluyeron un total de 50 pacientes con diagnóstico de tumor de cabeza y cuello. EL 100% de los ellos varones, con una edad media de 62 años La localización más frecuente fue la laringe en un 55% de los casos, seguido con un 7% por los de amígdalas y otro 7% por otras localizaciones de la cavidad oral. Un 16% de los pacientes tenían antecedentes de patología digestiva. En relación con los factores de riesgo tanto para el tumor como para la osteoporosis. Encontramos además dos pacientes con fracturas vertebrales, uno de ellos con osteoporosis y el segundo con osteopenia. Finalmente en relación con la patología tumoral el 10% eran un estadio II candidatos a tratamiento solo con radioterapia, frente al 90% restante subsidiario de tratamiento intensivo con quimioterapia, radio-terapia y corticoides a dosis altas.

Conclusiones: En nuestra muestra, nos encontramos que hasta un 16,6% de los pacientes y un 7,1% tienen una osteopenia o una osteoporosis basal. Asumiendo que durante el tratamiento van a sufrir una pérdida de peso de aproximadamente un 16% unido al tratamiento con corticoides a dosis altas estaría justificado en estos pacientes instaurar medidas de prevención primaria de osteoporosis junto a un estudio y tratamiento de la misma en aquellos los casos que lo requieran.

356. FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA. ¿LA TRATAMOS DE FORMA CORRECTA?

L.M. Jiménez Liñán, S.A. Rodríguez Montero, J.A. Paz Solarte y J.L. Marengo de la Fuente

UGC Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La fractura de cadera es una patología quirúrgica muy frecuente. La mayoría se produce sobre un hueso osteoporótico por traumatismos de bajo impacto (caídas a nivel del suelo o golpes de baja energía) y ocurre en personas con factores de riesgo (edad avanzada, encamamiento prolongado o sexo femenino).

Objetivos: Primario: investigar si los pacientes que presentan una fractura osteoporótica de cadera se encuentran en tratamiento preventivo primario; secundario: evaluar la instauración de tratamiento preventivo secundario tras la fractura y qué tipo dentro del amplio arsenal terapéutico.

Métodos: Se trata de una serie de casos (estudio transversal descriptivo) de 96 pacientes intervenidos quirúrgicamente de fractura de cadera de causa osteoporótica, cuyos datos clínicos han sido obtenidos de las historias clínicas digitales. Se extraen los siguientes parámetros de las historias clínicas digitales: edad en el momento de la fractura, sexo, evolución de la fractura y mortalidad al año así como la presencia o ausencia de tratamiento preventivo primario y secundario.

Resultados: El 75% son mujeres. La edad media es de 79,20 años, $\pm$ 9,17, con una edad mínima de 50 años y máxima de 94. La mediana es de 81 años, un percentil 25 (P25) de 76 años y un P75 de 85 años. La evolución de la fractura en sí en el primer año fue favorable en un 77,1%, pero en un 6,7% la calidad de vida quedó mermada considerablemente. Un 4,1% sufrió complicaciones de la propia intervención (un paciente con pseudoartrosis, otro con infección de herida quirúrgica, otro con dolor residual y otro con un tromboembolismo pulmonar que falleció, por lo que se incluye también en el grupo de exitus). Un 3,1% sufrió una nueva fractura de cadera en el mismo año y un 16,6% de falleció en dicho periodo (todos con edades comprendidas entre 75 y 90 años). Tan solo un 12,5% realizaba algún

tipo de tratamiento preventivo primario. Diez tomaban bifosfonatos (70% alendronato, 20% risedronato y 10% zoledrónico), 6 de ellos lo tomaban en asociación con calcio y vitamina D, 1 con vitamina D sin calcio. Un paciente tomaba calcio con vitamina D de forma aislada y otro sólo vitamina D. Los datos para el tratamiento preventivo secundario son algo mejores, realizando tratamiento un 19,9% (un 52,6% de este grupo realizó tratamiento preventivo primario). Trece tomaban calcio con vitamina D, 10 de los cuales lo hacían en combinación con bifosfonatos. Solo un paciente estaba en tratamiento con vitamina D asociado a bifosfonatos y otro con bifosfonatos de forma aislada.

Conclusiones: En esta muestra se pone de relieve que la gran mayoría de los pacientes de nuestro área hospitalaria atendidos por fractura osteoporótica de cadera no estaban recibiendo ningún tipo de tratamiento para la osteoporosis, ni lo inician de forma secundaria tras la fractura. En vista de los datos, a pesar de estar sobradamente documentada la alta mortalidad e incapacidad funcional resultante de la fractura de cadera, resulta alarmante la escasa o nula prevención de la misma en la población de riesgo. Parece, por tanto, evidente la necesidad de crear una línea de trabajo colaborativo entre las unidades de reumatología y traumatología, con el fin de optimizar la prevención, tanto primaria como secundaria, en la población que se encuentra en riesgo de presentar una fractura osteoporótica de cadera, o de cualquier otra localización.

357. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN ANDALUCÍA EN EL PERÍODO 2000-2010. TENDENCIA SECULAR DE LA INCIDENCIA

F.J. Aguilar del Rey y O. Pérez González

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga en Medicina y Salud (FIMABIS). Málaga.

Introducción: Cada vez hay más estudios epidemiológicos que demuestran una estabilización, incluso una disminución de las fracturas osteoporóticas a pesar del envejecimiento de la población. Entre las causas que se argumentan se encuentran el uso de bifosfonatos, el aumento del índice ponderal, los cambios nutricionales con aumento en el consumo de calcio y vitamina D, el menor consumo de alcohol, etc.

Objetivos: Conocer el número y tasa de incidencia de las fracturas osteoporóticas en Andalucía durante un período de 11 años (2000-2010), su distribución por sexo y comprobar si en nuestra serie encontramos una estabilización o disminución en el nº de fracturas, así como alguna causa que pudiera explicar este cambio.

Métodos: Estudio observacional y longitudinal retrospectivo analizando los datos suministrados por el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía durante el período 2000-2010. El estudio incluye a todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y algunos hospitales concertados que actúan como hospitales comarcales (con un total de 518 camas) y que se concentran en la provincia de Cádiz y que hasta ahora, nunca han sido contemplados en los estudios epidemiológicos que se han realizado en España. A diferencia de otros estudios que han utilizado el CMBD como base de datos, se han analizado todas las fracturas con códigos CIE-9 MC entre 800 y 829 y posteriormente se han excluido los accidentes y las fracturas patológicas que no son osteoporóticas. Los datos de población se han obtenido del censo del Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: En la tabla se pueden observar las fracturas osteoporóticas por año que se han producido en Andalucía en el período

Tabla Póster 357

Fracturas totales y de caderas en el período 2000-2010.

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Fracturas totales	7.173	7.546	7.826	8.546	8.575	9.107	9.293	9.666	10.013	9.699	9.073
Fracturas de cadera	5.841	6.182	6.342	6.649	6.576	6.911	7.170	7.375	7.658	7.339	6.798

2000-2010, tanto totales como de cadera. Con respecto a las fracturas totales, ha habido un aumento en 2003 con respecto a 2002 (720 nuevas fracturas que representa un aumento del 9%; $p < 0,001$), posteriormente, una meseta en los años 2003 y 2004 por un lado y otra meseta en los años 2005 y 2006. Lo más llamativo ha sido la disminución de las fracturas que se aprecia en los años 2009 y 2010 con respecto a 2008. En 2009 hubo 314 fracturas menos (3,14%; $p < 0,02$) y 940 fracturas menos en 2010 (9,69%; $p < 0,001$). En relación a las fracturas de cadera, en 2003 y al igual que ocurría con las fracturas totales también ha habido un aumento de 307 fracturas con respecto a 2002 (4,84%; $p < 0,0001$). También se observa una meseta en los años 2003 y 2004 y otra no tan evidente entre 2005 y 2006, así como una disminución en los años 2009 y 2010 con respecto a 2008. Concretamente, 319 fracturas menos en 2009 (4,17%; $p < 0,0002$) y 541 fracturas menos en 2010 (7,44%; $p < 0,001$). En general la población andaluza aumentó en 2009 y 2010 con respecto al 2008, sin embargo, la población de 70-74 años, grupo de edad crítico en este tipo de fracturas, disminuyó de forma continuada en 2009 (27.038 individuos menos; $p < 0,001$) y 2010 (33.111 individuos menos; $p < 0,001$), mientras que el grupo de población de 60-64 años sólo disminuyó en 2009 (4.309 individuos menos; $p < 0,001$).

Conclusiones: En este período de 11 años hemos encontrado dos mesetas y, sobre todo, una disminución significativa de fracturas en los años 2009 y 2010 con respecto a 2008, tanto en fracturas totales como de caderas. En otros estudios epidemiológicos también se han comprobado una estabilización o disminución de las fracturas y entre las posibles explicaciones se han barajado, entre otros, el consumo de bifosfonatos, los cambios nutricionales, el menor consumo de alcohol, el uso de estrógenos después de la menopausia, etc. Pero además, en nuestro estudio, hemos encontrado una disminución continuada en 2009 y 2010 en la población de 70-74 años que puede también justificar esta disminución de fracturas.

358. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN ANDALUCÍA EN EL PERÍODO 2000-2010. DATOS DE INCIDENCIA

F.J. Aguilar del Rey y O. Pérez González

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.
Fundación Pública Andaluza para la Investigación de Málaga
en Medicina y Salud (FIMABIS). Málaga.

Introducción: Las fracturas osteoporóticas representan hoy día, en todas las sociedades modernas, un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por los importan-

tes costes socioeconómicos que presentan. Diferentes estudios epidemiológicos de fracturas osteoporóticas en todo el mundo han puesto de manifiesto importantes diferencias geográficas y demográficas, no sólo con respecto de unos países a otros sino también dentro de un mismo país.

Objetivos: Conocer el número y tasas de incidencia de las fracturas osteoporóticas en Andalucía en el período 2000-2010 así como su distribución por sexo y edad, localización, comorbilidad, estacionalidad, tendencia evolutiva, refracturas y mortalidad. Comprobar si existen diferencias con otros estudios epidemiológicos realizados en otros países y, especialmente, con los realizados en España.

Métodos: Estudio observacional y longitudinal prospectivo analizando los datos suministrados por el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía durante el período 2000-2010. El estudio incluye a todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y algunos hospitales concertados que actúan como hospitales comarcales (con un total de 518 camas) y que se concentran en la provincia de Cádiz y que hasta ahora, nunca han sido contemplados en los estudios epidemiológicos que se han realizado en España. A diferencia de otros estudios que han utilizado el CMBD como base de datos, se han analizado todas las fracturas con códigos CIE-9 MC entre 800 a 829 y posteriormente se han excluido los accidentes y las fracturas patológicas que no son osteoporóticas. Los datos de población se han obtenido del censo del Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: El total de fracturas osteoporóticas en la población igual o mayor de 50 años en Andalucía en el período 2000-2010 fueron de 96.517 con una tasa de incidencia bruta de 374,41 fracturas por 100.000 habitantes, de las cuales 22.079 (22,9%) correspondieron a hombres con una tasa de incidencia de 189,94 y 74.404 fueron mujeres (77,1%) con una tasa de incidencia de 542,17. Las fracturas de cadera representaron el 77,5% del total con 74.841, con una tasa de incidencia bruta de 290,32 fracturas por 100.000 habitantes. Un total de 17.820 fracturas correspondieron a hombres (24%) y 57.021 a mujeres (76%) con unas tasas de incidencia de 150,38 y 409,39, respectivamente. Le siguen la distal del radio con 8.781 fracturas (9,1%) y la proximal del húmero con 7.406 fracturas (7,7%). Las vertebrales clínicas sólo supusieron el 0,7% (679 fracturas). En cuanto a las diferencias entre provincias y con respecto al total de fracturas, la tasa fue mayor que la media en Granada (500,89) y Jaén (423,42) y menor en Cádiz (318,92).

Conclusiones: Este es el primer trabajo que evalúa la tasa de todas las fracturas osteoporóticas que requieren ingreso hospitalario por lo que no disponemos de otros estudios para poder comparar nuestros resultados. La tasa de incidencia de fracturas es variable entre las diferentes regiones de España y en nuestro estudio, también

Tabla Póster 358

Total de fracturas y tasa de incidencia en la población andaluza igual o mayor de 50 años (2000-2010)

Provincia	Nº de fracturas totales			Tasa de incidencia bruta y ajustada por sexo por 100.000 habitantes			p
	Global	Hombres	Mujeres	Bruta	Hombres	Mujeres	
Sevilla	20.085	4.521	15.564	345,90	172,88	487,68	< 0,01
Málaga	16.3859	4.017	12.827	349,17	178,08	498,61	< 0,01
Granada	14.956	2.946	12.009	500,89	215,72	741,18	< 0,01
Córdoba	10.381	2.493	7.888	372,16	198,19	515,06	0,56
Cádiz	11.467	2.956	8.510	318,92	174,65	447,18	< 0,01
Jaén	9.917	2.207	70,75	423,42	205,17	608,42	< 0,01
Almería	7.154	1.606	5.548	393,64	187,81	576,54	< 0,01
Huelva	5.698	1.158	4.540	353,19	158,12	515,37	< 0,01
Total	96.517	22.508	75.516	374,41	189,94	542,17	

hemos encontrado diferencias entre las provincias de Andalucía, estando Granada a la cabeza mientras que Cádiz se sitúa en el nivel más bajo. No sabemos con exactitud si las diferencias encontradas con otros estudios son en realidad diferencias geográficas o problemas metodológicos (edad diferente, no excluir los accidentes, no incluir las fracturas patológicas osteoporóticas, etc.) lo que dificulta las comparaciones entre ellos. Sería necesario homogeneizar la metodología de los estudios para que los resultados puedan ser comparables.

359. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE UNA UNIDAD DE METABOLISMO ÓSEO. RESULTADOS DEL PRIMER AÑO

E. Chamizo Carmona, L.M. Mellado Narciso, S.M. Rojas Herrera, P. Cossio Jiménez, T.L. Rodríguez Araya, J.C. Romero Ibáñez, R. Veroz González, A.M. Gallego Flores y J.J. Aznar Sánchez

Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: La osteoporosis (OP) cursa sin manifestaciones hasta que aparecen las fracturas. La confusión respecto a su diagnóstico y tratamiento genera una amplia variabilidad en el manejo y una elevada frecuentación en consultas. En 2013 pusimos en marcha en coordinación con Atención Primaria (AP) una consulta de alta resolución para la normalización del proceso de OP en el área de Mérida.

Objetivos: Describir las características de la población atendida durante el primer año de la consulta de Alta Resolución de OP, desde julio de 2013 a junio de 2014.

Métodos: Recogida sistemática de datos de la anamnesis dirigida a factores de riesgo clínico para OP, cálculo del riesgo absoluto (FRAX) antes y después de densitometría (DMO), analítica con determinación de 25-colecalciferol, DMO DXA axial de columna (L2-L4) y cadera (cuello femoral), Radiografía lateral de columna dorsolumbar e intervención terapéutica, realizados en la misma visita.

Resultados: Fueron atendidos 355 pacientes con una edad media 64,13 años (IC95% 62,89; 65,37), procedentes de AP (277, 78%) y especializada (78), especialmente de oncología (23) con sospecha de OP. Las características de la población puede verse en la tabla. De los 277 procedentes de AP, 104 estaban recibiendo tratamiento para la OP, generalmente bisfosfonatos y 67 de estos no tenían diagnóstico de OP. En el estudio se confirmó fractura en 15 y FRAX-DMO de cadera > 3 en 17 y se suspendió el tratamiento a 46 pacientes. Los 172 restantes no seguían ningún tratamiento, de los que 4 estaban diagnosticados de OP (DMO previa) y 2 ade-

más tenían una fractura. Tras el estudio, estudio se objetivo FRAX DMO de fémur > 3 en 32 y se instauró tratamiento en 53 pacientes.

Conclusiones: La consulta de alta resolución de OP ha permitido mejorar la accesibilidad de los pacientes desde AP, ha disminuido el número de desplazamientos del paciente y el número de consultas al realizar todo el estudio en un solo acto. La utilización sistemática de los FR clínicos y la DMO permite disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento, como queda reflejado en la suspensión de 43 tratamientos y la instauración de otros 53.

360. DIFERENCIAS DE FACTORES DE RIESGO CLÍNICO Y DENSITOMÉTRICO EN PACIENTES CON Y SIN FRACTURAS POR FRAGILIDAD EN UNA UNIDAD DE METABOLISMO ÓSEO (UMO)

J.J. Aznar Sánchez, L.M. Mellado Narciso, P. Cossio Jiménez, S.M. Rojas Herrera, T.L. Rodríguez Araya, A.M. Gallego Flores, R. González Veroz y E. Chamizo Carmona

Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: La identificación de factores de riesgo para fracturas, el empleo de la densitometría ósea y la aplicación del FRAX han ayudado a disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con osteoporosis. Es necesario seguir investigando en la identificación de diferencias entre los pacientes que sufren fracturas por fragilidad y los que no.

Objetivos: Identificar diferencias en densitometría y en factores de riesgo (FR) de fractura (FRAX) entre pacientes con y sin fracturas por fragilidad ósea.

Métodos: Pacientes atendidos en una consulta de alta resolución de OP en la UMO del S. de Reumatología del Hospital de Mérida, desde julio de 2013 a junio del 2014, mediante una recogida sistemática de información relacionada con FR de fractura, DMO DXA lumbar (L2-L4) y cuello femoral, radiología de columna dorso-lumbar y vitamina D. Se calculó FRAX sin y con DMO en todos los pacientes.

Resultados: Se estudiaron 355 pacientes que tenían información completa. Presentaron fractura clínica o morfométrica 81 pacientes, con una media de 69,28 ± 2,88 ligeramente superior a la de los 274 pacientes sin fracturas (62,61 ± 1,31). Las diferencias en las tasas de OP densitométrica entre fracturados y no fracturados fueron 23,4% y 21,1% en columna y 18,5% y 10,9% en cadera con una OR 1,85 (0,94-3,64) y χ^2 3,24 (p = 0,07). La tasa de fracturados que superó el umbral del 10% para fractura mayor y 3% para cadera en FRAX fue 12,34% y 22,22%, y tras añadir DMO se elevó a 16,04% y 23,45%, respectivamente. En los no fracturados, la tasa de fractura mayor del 20,43% y cadera del 25,18% descendieron al añadir DMO a 14,96% y 21,89%, respectivamente. La tasa de pacientes con niveles de vit D3 < 20 ng/ml fue 19,75% en fracturados y 16,05% en no fracturados.

Tabla Póster 359

	N = 355
Edad	64,13 (62,89; 65,37)
Mujeres	326 (91,83%)
Procedencia AP/AE	277 (78%)/78 (22%)
Comorbilidad	279 (78,60%)
Riesgo CV	161 (45,35%)
Neoplasias	90 (25,35%)
Ca mama	27 (7,60%)
Pacientes fracturados	81 (22,81%)
Fracturas	
Vertebrales	58 (71,60%)
Clínicas	41
Morfométricas	17
No vertebrales	29 35,80%
Colles	11
Cadera	5
Patológ. fémur	1
Huesos largos	7
Múltiples	4 (4,93%)
Niveles de Vit 25OH-VitD	170 (47,89%)
Normal (> 30 pg/ml)	11
> 10 y	48
> 20 y	37

Tabla 1 Póster 360

	Pacientes fracturados (n = 81)	Pacientes no fracturados (274)
Edad	69,28 ± 2,88	62,61 ± 1,31
Vit OH-D3 < 20 ng/ml	16 (19,75%)	44 (16,05%)
T-Score L2-L4 < -2,5	19 (23,4%)	58 (21,16%)
T-Score cuello < -2,5	15 (18,5%)	30 (10,94%)

Tabla 2 Póster 360

FRAX	Sin DMO	Con DMO	Sin DMO	Con DMO
Fx mayor > 10%	10 (12,34%)	13 (16,04%)	56 (20,43%)	41 (14,96%)
Fx cadera > 3%	18 (22,22%)	19 (23,45%)	69 (25,18%)	60 (21,89%)

Conclusiones: El promedio de edad de los pacientes fracturados fue mayor que el de los no fracturados, resaltando la importancia de la edad sobre el riesgo de fractura. Si bien la tasa de OP densitométrica para pacientes con o sin fracturas fue similar en columna, se observó una mayor tasa de OP de cadera en los pacientes fracturados que no logró alcanzar significación estadística. En nuestro estudio, la aplicación de la DMO al FRAX moduló las tasas de riesgo de fractura por encima del umbral de intervención en fractura mayor y de cadera en los dos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de pacientes con vit D < 20 ng/ml.

361. ANÁLISIS DEL TRABECULAR BONE SCORE EN PACIENTES PENDIENTES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Heredia, J.M. Nolla, C. Baliellas, L. Lladó y C. Gómez Vaquero

Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Los pacientes trasplantados hepáticos tienen una elevada prevalencia de osteoporosis (30%) y de fracturas por fragilidad (7-35%), fundamentalmente durante el primer año después del trasplante hepático (TH). El Trabecular Bone Score (TBS) es una medida de la textura ósea que se relaciona con la microarquitectura ósea y que proporciona información adicional a la densitometría convencional. Cuantifica las variaciones locales de píxeles de las imágenes de la densitometría de la columna lumbar que se transforman en una estructura tridimensional a través de un modelo matemático, por lo que este índice se correlaciona con la determinación 3D de la estructura trabecular.

Objetivos: Analizar el TBS en una cohorte de pacientes pendientes de trasplante hepático e investigar la posible correlación con parámetros clínicos y analíticos hepáticos.

Métodos: Desde julio de 2010, se realiza una densitometría ósea DXA de columna lumbar y fémur proximal a los pacientes en estudio pre-TH, todos bien caracterizados respecto a la patología motivo del TH y al funcionalismo hepático (escala Child-Pugh, que oscila entre A (supervivencia al año del 100%) y C (supervivencia al año del 45%) y el Model for End-Stage Liver Disease (MELD), cuyos valores oscilan entre 6 y 40 (cuanto menor es el MELD, mejor pronóstico y menor prioridad en la lista de espera). Las variables de estudio se recogieron durante el estudio pre-TH e incluyeron los factores de riesgo de fractura de la herramienta FRAX, el resultado de la densitometría ósea DXA y el valor del TBS (se considera normal si es ≥ 1.300 ; microarquitectura parcialmente degradada, entre 1.300 y 1.200; y microarquitectura degradada, < 1.200).

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes (79% varones) con una edad media de 56 ± 8 años y un índice de masa corporal (IMC) medio de $26,8 \pm 4,3$ kg/m². La patología motivo del TH fue hepatopatía enólica en un 56%, hepatitis crónica VHC en un 43% y otros (VHB, CBP y hepatitis autoinmune) en un 19%. El 30% de los pacientes eran clase A de la escala de Child-Pugh, el 32% B y el 38% C. La puntuación media de la escala MELD fue de $16,0 \pm 6,6$. El 37% tenía una DMO normal, el 42% tenía osteopenia y el 21%, osteoporosis según la clasificación de la OMS. El 12,4% había presentado una fractura previa por fragilidad. El riesgo de fractura mayor fue de $3,01 \pm 2,02\%$ y el riesgo de fractura de cadera, $0,81 \pm 1,37\%$. El TBS medio fue de $1,241 \pm 0,161$, el 38% presentaron una microarquitectura ósea normal, un 29% parcialmente degradada y un 33% degradada. El riesgo de fractura calculado por la combinación de TBS y DMO (según los datos de Hans et al y expresado según el sistema de la Canadian Association of Radiologists and Osteoporosis Canada (CAROC)) fue bajo (< 10%) en el 66%, medio (10-20%) en un 28% y alto (> 20%) en el 6%. Los valores de TBS no se relacionaron con la edad, el IMC, los parámetros de metabolismo óseo, la DMO

de columna lumbar, el riesgo de fractura calculado por FRAX, la escala Child-Pugh, el MELD ni ninguno de los parámetros clínicos y analíticos necesarios para calcularlos.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes pendientes de TH tienen una microarquitectura ósea parcial o totalmente degradada. Ninguno de los parámetros analizados se correlaciona con el TBS.

362. IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA FORMADA POR UN SOLO REUMATÓLOGO

L. del Olmo Pérez y A.B. Moreno Lara

Hospital General de Tomelloso.

Introducción: Dado que los recursos en el actual sistema sanitario son limitados, nuestra área sanitaria, formada por más de 61.000 habitantes, cuenta únicamente con un reumatólogo, con la consecuente sobrecarga asistencial y las consecuencias desfavorables en la atención a los pacientes. Existen evidencias en la literatura que confirman la aportación de una consulta de enfermería (CE) en el manejo del paciente reumatológico. Por todo ello, y con el objetivo fundamental de mejorar la calidad asistencial, se planteó la creación de una CE especializada.

Objetivos: Analizar la utilidad de un CE de reciente creación en una Unidad de Reumatología formada por un sólo reumatólogo, de un hospital comarcal.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que recoge los datos de los pacientes atendidos en la CE desde su inicio en octubre de 14 hasta diciembre 14 (3 meses). Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico, tipo de consulta (urgente, programada, telefónica), resolución de la consulta (alta), necesidad de reumatólogo para su resolución, y motivo de consulta. En los motivos de consulta se incluyen: monitorización analítica de fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos y biológicos e hipouricemiantes; realización de test de Schimer; realización de Mantoux y Booster, previamente realizados en los centros de salud, lo que suponía un importante retraso en el inicio de FAME; educación sanitaria, incluyendo recomendaciones dietéticas, ejercicios, control de factores de riesgo cardiovascular y autoadministración de tratamientos subcutáneos.

Resultados: Durante los 3 meses se realizaron 116 consultas, que se pasaron 3 días la semana durante 1 hora. La edad media de los pacientes fue de $55,91 \pm 17,86$ años, 32,75% varones y 67,25% mujeres. Un 15% de las consultas fueron urgentes y el resto programadas, de las cuales el 73% fueron presenciales y 11% telefónicas. Los diagnósticos de los pacientes valorados fueron: espondiloartropatía y artritis psoriásica (32,78%), artritis reumatoide (20,68%), osteoporosis (31,8%), patología mecánica (11,2%), gota (6,3%), conectivopatías (4,3%) y otras (4,3%). Se precisó la presencia del reumatólogo para la resolución de la consulta en el 15% de los casos, dado que requirieron realización de artrocentesis, infiltración articular, administración de medicación intramuscular o cambio de pauta de tratamiento. Un 43,96% de los pacientes fueron dados de alta tras la valoración en CE para control por su médico de atención primaria o derivados a otras especialidades.

Conclusiones: La actividad realizada en la CE en tan sólo 3 meses desde su creación, ha conseguido descongestionar la importante carga asistencial de la unidad de reumatología, consiguiendo que casi la mitad de los pacientes valorados sean dados de alta. Además, mejorara la calidad asistencial, puesto que se ofrece a los pacientes una educación sanitaria personalizada, y se pudo adelantar el inicio de tratamiento biológicos al realizar de forma inmediata Mantoux y Booster.

363. PROYECTO DE COMUNICACIÓN EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE A CORUÑA: RESULTADOS Y PLAN DE ACCIÓN

R. Varela Míguez¹, C. Aller Fernández¹, R. Sarga Gómez¹, B. Candia Bouso², J. Gromaz Martín¹, M.T. Silva Díaz¹, E. Alonso Morales¹, B. Aspe de la Iglesia¹, A. Atanes Sandoval¹, M.C. Bejerano Herrería¹, F. Blanco García¹, M. Freire González¹, J. Graña Gil¹, C. López Fernández¹, N. Oreiro Villar¹, J.A. Pinto Tasende¹ y F.J. de Toro Santos¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Calidad. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). Sergas. Universidade da Coruña (UDC). A Coruña.

Objetivos: 1. Identificar los aspectos clave en la información deseada de los pacientes crónicos con enfermedades musculoesqueléticas. 2. Determinar los canales de comunicación que los pacientes consideran más adecuados a sus necesidades. 3. Destacar las acciones más relevantes para mejorar la comunicación con los pacientes de Reumatología.

Métodos: Diseñamos un cuestionario de valoración de información que ofrecemos en el servicio de reumatología que incluyen diferentes aspectos: sobre la enfermedad, medicación, vacunaciones, hábitos saludables (nutrición, actividad física, alcohol, tabaco), sexualidad, maternidad, adaptación al entorno, material ortoprotésico, recomendaciones laborales, invalidez e información a familiares. Incluimos la valoración de las tecnologías de información y comunicación como medio de difusión de la información. Realizamos una encuesta a los reumatólogos del servicio por un lado, y a una muestra representativa de pacientes crónicos de consultas durante 2 semanas del mes de febrero del 2013. Tanto los reumatólogos, como los pacientes que desearon participar en el proyecto se les facilitaron el cuestionario que una vez cubierto de forma anónima, lo depositaron en un buzón. Una vez recogidos los datos son analizados mediante el programa SPSS. Consultado el CEIC de nuestra comunidad no se necesita realizar el consentimiento informado porque el estudio se considera una encuesta anónima.

Resultados: Se realizan un total de 128 cuestionarios, 10 a médicos reumatólogos y 118 a pacientes. Los médicos opinamos mayoritariamente como importante o muy importante toda la información planteada pero especialmente las relacionadas sobre medicamentos (administración, efectos adversos, interacciones), y que informamos mucho de todas ellas, especialmente sobre este apartado. Los pacientes se consideran informados en cuanto a la administración de medicamentos (70%). Señalan que han percibido poca información sobre los demás aspectos: efectos adversos (50%), interacciones medicamentosas (42%), nuevos medicamentos (9.4%), tratamientos complementarios (12.3%), alimentación (27.3%), tabaco (34%), alcohol (35.9%), actividad física (41.5%), actividad laboral (23.6%), la adaptación al entorno (20%), sexualidad (13.2%), vacunas (20%), sobre la maternidad (13.1%), recomendaciones laborales (23.6%) y sobre invalidez (17.9%). Se observa interés por parte de los pacientes en aumentar el conocimiento en todos los aspectos, especialmente sobre medicación: efectos adversos (75.5%), nuevas moléculas (73.6%), sobre alimentación y nutrición (68%), actividad física (60%), adaptación al entorno (62%) y recomendaciones laborales (53.7%). En cuanto a los canales informativos que los pacientes consideran más útiles para informarse son: a través de material escrito y de una consulta de enfermería. En relación a la información de los efectos secundarios señalan su preferencia a la consulta con el médico y mediante el canal online (63%).

Conclusiones: Los pacientes atendidos en las consultas de reumatología responden al perfil de paciente crónico y que precisan mayor información y comunicación. Sus opiniones nos orientan a mejorar los canales de información sobre todos los aspectos: enfermedad,

medicamentos, hábitos saludables y especialmente la adaptación a la vida diaria y laboral. Finalmente, destacar la importancia de facilitar el acceso a la información de calidad (papel, en consultas, internet) y desarrollar la consulta de enfermería.

364. CONSULTA NO PRESENCIAL DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA. ATENCIÓN URGENTE DE ALTA RESOLUCIÓN

S. García-Díaz, E. Samper, D. Roig Vilaseca, D. Reina, D. Cerdà, P. Estrada, V. Navarro, V. Torrente, R. Fíguls y H. Corominas

Hospital Moisès Broggi-Hospital General de Hospitalet. Consorcio Sanitario Integral (CSI). Barcelona.

Introducción: Los pacientes con algunas enfermedades reumáticas requieren un control periódico y una monitorización estricta de su enfermedad, del tratamiento de fondo recibido y de sus posibles efectos adversos. La posibilidad de ofrecer a estos pacientes consultas a Reumatología no presenciales a demanda (vía telefónica o vía correo electrónico), vehiculizado a través de enfermería especializada, permite resolver de forma eficiente una gran parte de estos problemas. Esto se traduce en una menor tasa de consultas presenciales, una mayor información para los pacientes y familiares, así como un uso más racional de los recursos sanitarios disponibles.

Objetivos: Describir las consultas no presenciales a demanda de enfermería en Reumatología y evaluar el grado de resolución.

Métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes tratados en las consultas externas de Reumatología de nuestro hospital. Periodo analizado enero 2013 a diciembre 2014. La recogida de datos se hizo a través de una base de datos de Access, desarrollada para dicho propósito. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, diagnóstico, motivo de la consulta (dudas relacionadas con su enfermedad, medicación, analíticas, otras pruebas o aspectos administrativos) y resolución de la consulta. Enfermería respondió vía telefónica o vía correo electrónico entre las 8 y las 15h de los días laborables, tan pronto como fue posible. Análisis estadístico: se utilizó la propia base de datos Access 2010, mediante consultas de selección y tablas de referencias cruzadas, además del SPSS v18.

Resultados: Se recibieron un total de 377 consultas, realizadas por 217 pacientes, el 74% de los cuales eran mujeres, diagnosticados de AR (42%), espondiloartropatías (21%), osteoporosis (15%), LES (2%), artrosis (2%) y otros (18%); con una edad media de 57 ± 14 años. De estos 217 pacientes, 84 de ellos consultó en más de una ocasión. De las 377 consultas, 361 consultas fueron vía telefónica, 14 vía correo electrónico y 2 vía sms. El motivo de la consulta se

Tabla Póster 364

n total motivo de consulta = 399		
1.	Dudas relacionadas con la enfermedad:	136
1.1.	brote:	81
1.2.	nuevos síntomas:	24
1.3.	otros:	31
2.	Dudas relacionadas con la medicación:	168
2.1.	interacciones:	14
2.2.	dudas en la administración:	20
2.3.	efectos adversos:	36
2.4.	problemas prescripción:	41
2.5.	dosis:	9
2.6.	otros:	48
3.	Dudas relacionadas con analíticas:	45
3.1.	dudas:	17
3.2.	resultados:	28
4.	Dudas relacionadas con otras pruebas:	4
5.	Dudas relacionadas con motivos administrativos:	46
5.1.	pruebas:	2
5.2.	citas:	30
5.3.	informes médicos:	8
5.4.	otros:	6

puede dividir en 5 categorías (ver tabla 1). De las 377 consultas, hay 399 motivos de consulta (en 22 de ellas, había más de un motivo de consulta). De las 377 consultas, enfermería resolvió 371, siendo resueltas de forma autónoma 131. En 240, fue necesaria la colaboración médica y/o de otros profesionales.

Conclusiones: La gran mayoría de consultas fueron relacionadas con la enfermedad (por brote) o con la medicación. La consulta de enfermería especializada se demuestra como una excelente alternativa a la consulta presencial en el manejo de procesos de baja complejidad y permite reducir el número de visitas presenciales. Por otro lado demuestra un elevado grado de resolución que no requiere una visita presencial, reduciendo la tasa de reiteración de visitas al reumatólogo/a. Además aporta un mayor grado de seguridad, información y fidelización de los pacientes, permitiendo así alertar, por su mayor accesibilidad, de la existencia de procesos agudos de mayor complejidad que requieren visita presencial preferente. Pocos pacientes utilizan el correo electrónico para consultar y se plantea la posibilidad de promover esta alternativa como medio de consulta.

365. MEDICIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR A UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

R. Rey Villar, E. Alonso Blanco-Morales, J.M. Bravo-Ferrer Acosta, E. Gismero Salmador, A. Soilán López, N. Martínez Fernández, J.A. Pinto Tasende y F.J. Blanco García

Consultas de Reumatología. Hospital Universitario de A Coruña.

Introducción y objetivos: Las enfermedades cardiovasculares son, en nuestro país, la 1ª causa de muerte y hospitalización en la población adulta y el riesgo cardiovascular de los pacientes con espondiloartritis (SpA) está aumentado en comparación con la población de igual edad y sexo, por el mero hecho de padecer la enfermedad. Teniendo en cuenta las recomendaciones EULAR (European League Against Rheumatism) acerca del manejo cardiovascular en pacientes con artritis inflamatorias crónicas y las recomendaciones sobre el rol de la enfermería en el manejo de estas enfermedades, nos hemos propuesto como objetivos: medición del riesgo cardiovascular en pacientes con SpA, según los criterios del grupo ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society). Determinar el Índice Tobillo Brazo (ITB) de los pacientes que cumplen los criterios de cribaje, según la Asociación Americana del Corazón.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron, a partir de abril de 2014, todos los pacientes de la cohorte de seguimiento de SpA de las consultas de Reumatología que acudieron, consecutivamente, a la revisión médica, previa firma del consentimiento informado. Se realizó una entrevista personal para determinar los factores de riesgo cardiovascular asociados (fumador, diabético, hipertenso, obeso). Se evaluó el riesgo cardiovascular según las tablas SCORE y Framingham calibrado para España. De todos los pacientes, se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de la Asociación Americana del Corazón para la determinación del índice tobillo brazo (ITB): los sujetos con más de 50 años y los menores de 50 años con diabetes y otro factor de riesgo o más de 10 años de evolución. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.19 y los intervalos de confianza con el programa Epidat v.4.1.

Resultados: La media de edad fue de 49 años ($\pm 14,07$), siendo el 66% varones y un 58% con diagnóstico de artritis psoriásica, según criterios CASPAR. Un 42,8% de los pacientes estaban en tratamiento con terapia biológica y un 30% con antiinflamatorios a demanda. La prevalencia de diabetes fue del 8%, hipertensión 32% y tabaquismo 28%. El 12% tenía el colesterol por encima de 240 mg/dl y el 26% por encima de 200. Un 75% de los pacientes presentaron obesidad o sobrepeso, diagnóstico de síndrome metabólico el 23,3% y un perímetro abdominal aumentado el 32%. Un 22,2% de mayo-

res de 60 años presentaron una presión de pulso (PP) superior a 65 mmHg, un marcador de riesgo en población anciana⁶, que puede ser útil para evaluar el riesgo cardiovascular individual y para la toma de decisiones terapéuticas. De los pacientes a los que se le realizó el ITB, el 21,7% (5) obtuvo un ITB $< 0,9$ patológico, siendo la media $1,12 \pm 0,18$, y el rango entre 0,77 y 1,29. La edad mínima fue de 58 años, todos presentaron obesidad o sobrepeso, perímetro abdominal aumentado, HTA, PP > 65 mmHg, Score $> 4\%$ y la cifra de colesterol total más baja fue de 187 mg/dl.

Tabla Póster 365

Método	Score	Framingham clásico	REGICOR
Media $\pm$ desviación típica	$3,04 \pm 3,7$	$7,23 \pm 7,79$	$3,6 \pm 2,57$
Nivel de riesgo cardiovascular alto N (%) [intervalo de confianza]	10 (20%) [7,91-32,09]	4 (8%) [2,22-19,23]	8 (16%) [4,84-27,16]

Conclusiones: Entendemos que se trata de una muestra de pacientes muy susceptible para llevar a cabo una intervención de enfermería dirigida a mejorar los hábitos de vida de los pacientes y con ello los síntomas de la enfermedad y adherencia al tratamiento, ya que sólo el 4% de los pacientes no presenta ningún factor de riesgo. Poniéndose de manifiesto la necesidad de realizar una consulta de enfermería para el manejo cardiovascular de los pacientes con SpA.

366. DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

R. Rey Villar, E. Alonso Blanco-Morales, J.M. Bravo-Ferrer Acosta, E. Gismero Salmador, N. Martínez Fernández, J.A. Pinto Tasende y F.J. Blanco García

Consultas de Reumatología. Hospital Universitario de A Coruña.

Introducción y objetivos: Teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular aumentado de los individuos con espondiloartritis (SpA) en comparación con la población general de misma edad y sexo; así como la evidencia científica que hay sobre la eficacia de una intervención educacional enfermera en estos pacientes, fijamos como objetivo el diseño de un protocolo de actuación de enfermería para el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con SpA (particularmente, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica).

Métodos: Estudio prospectivo de una muestra consecutiva de pacientes que acuden a la revisión médica de la cohorte de seguimiento de SpA de un hospital de tercer nivel, previa firma del consentimiento informado. En la visita médica, se realiza una valoración de la actividad de la enfermedad con cuestionarios validados y monitorización de tratamientos. Además se realiza ecografía carotídea para la detección de la aterosclerosis subclínica. La intervención educacional de enfermería individual, no inferior a 15 minutos, comienza con una entrevista dirigida cerrada. Posteriormente, se toman las constantes vitales, el ITB (índice tobillo brazo) se realiza a todos los pacientes que cumplan los criterios de cribaje, según la Asociación Americana del Corazón, se mide el riesgo cardiovascular según las tablas Score validado para España, Framingham y REGICOR. Los tres pilares básicos sobre los que se realiza la Intervención de Enfermería son: tabaquismo, ejercicio físico y hábitos dietéticos. Hábito tabáquico: test de Fagerström para medir el nivel de dependencia a la nicotina. Educación antitabáquica, motivación para dejar de fumar y remitimos a la consulta de neumología de Deshabitación Tabáquica, cuando exista predisposición del sujeto. Correlación del nivel de actividad física con el IMC (índice masa corporal) y perfil lipídico para establecer una pauta de actividad física indivi-

Tabla Póster 367

Variables	Basal	3 meses	6 meses	p
Edad	47,87 ± 11,09	–	–	–
Sexo (mujeres)	69,6 (39)	–	–	–
Dolor medio	5 (4-8)	5 (3,7-6,2)	4,5 (3,2-6)	< 0,001
Dolor inferencia	5,4 (3,7-6,5)	5 (3,7-6,2)	4,14 (3-5,7)	< 0,001
% de alivio con analgesia	50 (30-60)	50 (40-60)	60 (40-70)	< 0,001
Afrontamiento al dolor crónico	64,5 ± 13,88	73,36 ± 13,49	78,89 ± 14,63	< 0,001
FACIT	25,80 ± 8,42	24,64 ± 8	22,73 ± 7,88	< 0,001
SF-36CSF	31,68 (26,26-40,85)	32,69 (25,68-42,49)	34,78 (26,98-43,94)	< 0,001
SF-36CSM	35,59 (25,9-50,34)	41,23 (31-52,34)	40,65 (32,79-52,94)	< 0,001
EQ-5D	0,5942 (0,493-0,7)	0,6839 (0,493-0,7902)	0,6839 (0,5942-0,7902)	< 0,001
EVA EQ-5D	60 (50-70)	60 (50-70)	70 (50-80)	< 0,001
Percepción del sueño	3 (2-4)	4 (3-4)	4 (3-4,75)	< 0,001
Insomnio	29 (22-32)	26,5 (21-30)	24,5 (20-28)	< 0,001
Hiperinsomnio	8 (6-11)	7 (5,25-9)	6,5 (6-8)	< 0,001

dualizada dependiendo de los recursos locales disponibles. Hábitos dietéticos: consejo dietético individual, fomento dieta mediterránea y niveles de sal y grasas saturadas. Al finalizar la consulta, establecemos objetivos factibles y realistas evaluándose su consecución por seguimiento telefónico cada 6 meses y visita cada dos años, dónde repetiremos las mediciones para establecer una comparativa.

Conclusiones: Gracias a nuestro estudio, obtendremos evidencia científica sobre la eficacia de la intervención educacional en salud y la influencia en la corrección de los factores de riesgo cardiovascular modificables. Esperamos poner de manifiesto el papel clave de la enfermería en el manejo de estos pacientes y que estos hallazgos sean indicativos de la evolución de la práctica basada en la evidencia en la atención dirigida por enfermeras. Asimismo, contamos con comunicar los resultados obtenidos y la eficacia de las intervenciones realizadas.

367. UNA SESIÓN DE APOYO PSICOLÓGICO PUEDE MEJORAR LOS RESULTADOS TRAS UNA SESIÓN DE AUTOMANEJO DE DOLOR Y FATIGA EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR MECANISMOS AUTOINMUNES (IMID)

L. Cano-García, S. Manrique-Ariza, C.M. Romero-Barco, I. Ureña-Garnica, F.G. Jiménez-Núñez, M.C. Ordóñez Cañizares, N. Mena-Vázquez, C. Domic Bueno, M. Rojas Giménez, V. Coret Cagigal, A. Belmonte López, M.V. Irigoyen-Oyarzábal y A. Fernández-Nebro

UGC Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario (HRU) de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Conocer si un taller de apoyo psicológico (reestructuración cognitiva y manejo de emociones) en pacientes que han recibido un taller de autocuidado previo aumenta la mejora en el dolor, la fatiga, el sueño y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la actividad de la enfermedad en pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas inmunológicamente (IMID).

Métodos: Diseño: intervención abierta no controlada. Pacientes: 56 pacientes: 12 adultos con LES (criterios ACR), 15 adultos con AR (criterios ACR), 15 adultos con EA (criterios ASAS) y 14 adultos con APs (criterios CASPAR) seleccionados a partir de un listado aleatorizado de los pacientes atendidos en nuestro servicio. Intervención: Actividad formativa presencial por grupos consistente en exposiciones orales y dinámicas grupales impartido por una enfermera. La primera abordó aspectos de autocuidado con los siguientes temas: 1. Qué es el dolor. 2. Autocuidado: dolor crónico. 3. Autocuidado: descanso. 4. Qué es la fatiga. 5. Autocuidado: fatiga. En la segunda sesión se trabajó aspectos psicológicos para la mejora del manejo del dolor crónico y la fatiga con los siguientes

temas: 1. Reestructuración cognitiva 2. Manejo de emociones 3. Técnicas de relajación mediante respiración. Variables: Desenlace 1º: mejora en el dolor crónico a los 3 y 6 meses evaluado con el cuestionario brief pain inventory (BPI). Los desenlaces 2º incluyeron cambios a los 3 y 6 meses en el afrontamiento ante el dolor crónico por el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD), la CVRS evaluada con EQ-5D y SF-36, y la fatiga mediante FACIT y el sueño (cuestionario de Oviedo). Las comorbilidades se recogieron mediante índice de comorbilidad funcional. Todas las variables, excepto las comorbilidades se recogieron antes de la intervención, a los 3 meses y a los 6 meses. Análisis estadístico: Descriptivo de los resultados. Test de Friedman para en las variables no normales y ANOVA de un factor de medidas repetidas para variables normales.

Resultados: Participaron 56 pacientes (69,6% mujeres): 15 pacientes con AR, 15 con EA, 12 con LES y 14 con APs. Las principales comorbilidades que presentaron los pacientes fueron: ansiedad (41,1%), depresión (37,5%), enfermedad gastrointestinal (28,6%), enfermedad discal (23,2%), osteoporosis (19,6%). La intervención mejoró todas las variables de forma significativa: dolor mediante el BPI, afrontamiento al dolor mediante el cuestionario de afrontamiento al dolor crónico, fatiga mediante FACIT, calidad de vida mediante SF-36 y mediante EQ-5D y EVA EQ-5D y sueño mediante cuestionario de Oviedo de sueño a los 3 meses tras el primer taller de autocuidado y a los 6 meses tras el taller de reestructuración cognitiva y manejo de emociones, esta mejora fue progresiva a lo largo de los 6 meses de seguimiento (tabla).

Conclusiones: Un taller de apoyo psicológico refuerza la mejora del dolor crónico, la fatiga, la CVRS y el sueño conseguido por un taller de autocuidado realizado 3 meses antes en pacientes con IMID.

368. IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

N. Martínez Alberola, F. Sivera Mascaró, C. Fernández Carballido, R. Martín Doménech, M.P. Martínez Vidal y A. San Martín Álvarez

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda.

Introducción: Los pacientes con AR, APs y/o SpA presentan un aumento del riesgo de sufrir eventos cardiovasculares (CV) frente a la población general. Probablemente influyen tanto la elevada incidencia de los factores de riesgo clásicos (FRCV) como la inflamación que, a su vez, acentúa el papel de estos factores.

Objetivos: Describir el papel de enfermería en la implantación de un programa para reducir el riesgo de eventos CV en los pacientes con artritis crónica. Los objetivos específicos del programa son: 1. La detección de los FRCV clásicos. 2. La optimización posterior del tratamiento de los FRCV tradicionales.

Métodos: Siguiendo las recomendaciones de EULAR del 2010, se ha implantado un sistema de cribaje de los FRCV clásicos en los pacientes con artritis crónica. Se seleccionan pacientes con los diagnósticos clínicos de AR, APs o SpA. Los pacientes son remitidos a la consulta de enfermería de reumatología (CER) donde se evalúa el riesgo mediante entrevista clínica en la que se valora el hábito tabáquico, la dieta, el sedentarismo, la existencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DM), dislipemia (Dlp), antecedentes personales y familiares de eventos CV, otras comorbilidades y tratamientos administrados. Se realiza pesaje y tallaje, medición del perímetro abdominal, dos tomas de PA y se revisa análisis de sangre. Se aplica la estimación SCORE y se ajusta en los pacientes con AR según las recomendaciones EULAR. Aquellos pacientes que no cumplen los objetivos, terapéuticos establecidos se derivan a su reumatólogo para iniciar tratamiento farmacológico. En la CER se instaura un programa de educación al paciente dirigido a modificar hábitos de vida, dieta, ejercicio, abandono del tabaco, etc. y que será valorado al cabo de un año. El programa está en su primer año de desarrollo.

Resultados: El número de pacientes valorados en la CER hasta enero de 2015 es de 63, siendo 43 de ellos mujeres. La edad media fue de 58,6 años (desviación estándar 10,2). Los diagnósticos de los pacientes valorados fueron: 49 AR, 5 APs, 9 SpA. En la visita basal 3 pacientes tenían eventos CV previos. En cuanto a los FRCV: 7 pacientes tenían un diagnóstico previo de DM, 21 de HTA (13/21 con un mal control tensional), 16 de dislipemia (5 de ellos con cifras de colesterol total > 220 mg/dL y 9 de ellos con cifras de LDL superiores a su objetivo terapéutico según SCORE). 12 pacientes eran fumadores y 24 eran obesos (IMC > 30). En los pacientes sin DM previa, la CER detectó 3 pacientes (3/56, 5%) con cifras = 126 mg/dL e. A estos pacientes se les solicitó analítica para confirmar el diagnóstico de DM. En pacientes sin diagnóstico de HTA 11 pacientes (11/42, 26%) presentaron mediciones de TA > 140/90. En pacientes sin diagnóstico de Dlp, se detectaron 20 pacientes (20/47, 43%) con cifras de colesterol > 220 mg/dL y 21 (21/47, 45%) con cifras de LDL superiores a su objetivo según el SCORE. En los 63 pacientes se inició el programa educativo de enfermería con énfasis en el abandono del tabaco, la dieta y el ejercicio físico.

Conclusiones: El programa de cribaje basado en una entrevista única en la CER permitió la detección de FRCV no detectados o mal controlados (DM, HTA, Dlp) en 43/63 (75%) de los pacientes valorados.

369. ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA. MONITORIZACIÓN A DOS AÑOS DE PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS SUBCUTÁNEOS

C. Nájera Herranz¹, J. Ivorra Cortés^{1,2}, I. Chalmeta Verdejo¹, L. González Puig¹, I. Martínez Cordellat¹, R. Neguerols Albuixech¹, C. Núñez Cornejo Piquer¹, J.L. Valero Sanz¹, E. Grau García¹, D. Hervás Marín³, C. Feced Olmos¹, F.M. Ortiz Sanjuán¹, E. Labrador Sánchez¹, K. Arévalo Ruales¹, G. Poveda Marín¹, C. Alcañiz Escandell¹ y J.A. Román Ivorra^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Introducción: Las recomendaciones de monitorización de pacientes con terapia biológica, obligan a la realización de consultas frecuentes (2-4 meses) para garantizar la seguridad de los enfermos. Estas recomendaciones suponen una alta frecuentación de las consultas y la interferencia en la vida habitual y laboral del paciente y el acompañante. En este contexto la consulta telefónica de enfermería puede ser una alternativa eficiente para la monitorización de terapias subcutáneas.

Objetivos: Analizar la utilidad de la consulta telefónica de enfermería en la monitorización de los pacientes con terapia subcutánea.

Métodos: Se han recogido durante septiembre 2012 y diciembre de 2014 los datos correspondientes a las consultas telefónicas de enfermería para el seguimiento de pacientes con terapia biológica subcutánea: datos clínicos del paciente, número de llamadas, características de la consulta planteada y resolución de la misma, e implicación del reumatólogo especialista en las consultas.

Resultados: Se han realizado un total de 555 consultas telefónicas correspondientes a 313 pacientes. La enfermera ha resuelto de forma directa el 84,9% de las consultas. En el 9,7% la enfermera ha resuelto directamente la consulta con apoyo consultor del médico, en el 1,3% ha sido necesaria una consulta telefónica del paciente con el reumatólogo y en el 1,9% ha sido necesaria una cita presencial del paciente con el reumatólogo. En el 2,2% no pudo contactar telefónicamente con el paciente. Se han detectado incidencias en el 34% de las consultas, siendo la mayor parte por alteraciones en la analítica o por infección, y el 30,7% de las incidencias requirieron derivación a otra especialidad, principalmente atención primaria. El 69,3% de las incidencias se resolvieron directamente por la enfermera.

Conclusiones: La consulta telefónica de enfermería facilita la monitorización de pacientes con fármacos biológicos subcutáneos gestionando de forma directa la consulta telefónica e identificando incidencias, lo que reduce el número de consultas médicas presenciales y evita desplazamientos innecesarios de los pacientes, mejorando la gestión de los recursos sanitarios hospitalarios.

370. INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Jiménez Obis y B. Mendive Aspilche

Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Objetivos: Conocer cómo influye la educación sanitaria en la adherencia al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se realizó una revisión sistemática en base de datos (Pubmed, Isi web, Cochrane y Cinhal), utilizando las palabras clave (rheumatoid arthritis, education, warning, training, adherence, medication). Se realizó un primer cribado según título y abstract y un segundo mediante criterios establecidos de inclusión (texto completo, últimos 10 años, idioma español/inglés, todos los ambientes sanitarios), excluyendo los estudios duplicados y aquellos que no hacían referencia específica a artritis reumatoide.

Resultados: La terapia educacional favorece la adherencia al tratamiento médico, especialmente si la educación se hace de forma grupal. El sistema sanitario mal organizado, precio de los medicamentos y formas de comunicación no apropiadas son factores que influyen en la no adherencia al tratamiento. Se han objetivado otros factores asociados al mal cumplimiento como la edad, nivel educación, grupo étnico y efectos secundarios a fármacos.

Conclusiones: Consideramos que tras la revisión sistemática es importante impartir una adecuada educación sanitaria para mejorar el cumplimiento terapéutico. La educación en grupo aumenta la adherencia.

371. UTILIDAD DEL RAPID3 EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

H. Costa Ventura¹, L. Lluís Bordoll¹, C. Aymerich Mañas¹, M. García Manrique de Lara², E. Graell Martín², M. Larrosa Padró² y A.D. Gómez Centeno²

¹Enfermería de Reumatología; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: En la consulta de enfermería de reumatología de Parc Taulí Sabadell Hospital Universitari se realizan múltiples

actividades entre las que se incluye el control de pacientes con artritis reumatoide (AR). Los principales grupos visitados son aquellos pacientes que inician un fármaco modificador de la enfermedad (FAME) para control de toxicidad y efectos secundarios y los que presentan una enfermedad estable (baja actividad o remisión). Si el paciente no presenta reactivación o toxicidad farmacológica se remite a una visita de control con su reumatólogo habitual, de forma que en enfermos bien controlados se realizan visitas semestrales por el reumatólogo con una visita intermedia por enfermería. La utilización de PRO (Patient reported outcome) permite integrar la perspectiva del paciente, objetivándola y estandarizándola. Entre los PRO, el RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data) cuestionario autoadministrado sin recuento formal de articulaciones ni evaluación analítica, presenta una buena correlación con los índices articulares complejos como DAS28, SDAI y CDAI.

Objetivos: Valorar si la utilización de RAPID 3 en la vista de enfermería puede ayudar en la toma de decisiones en la consulta de enfermería.

Métodos: Se incluyeron 40 pacientes consecutivos con AR citados en la consulta de enfermería que hubiesen completado un RAPID3 en el control médico anterior. Los pacientes completaron el cuestionario RAPID3 antes de entrar a la visita de enfermería. Tras la visita se decidió el destino del paciente (visita médica inmediata, visita preferente o visita rutinaria de seguimiento a los 3 meses). Se analizó si el resultado del RAPID3 y su comparación con el RAPID3 previo podían reflejar la decisión de la enfermera.

Resultados: De los 40 pacientes incluidos en el estudio, a 31 (77,5%) se les programó un control rutinario a los 3 meses. A 3 (7,5%) se les programó una visita preferente y a 6 (15%) tuvieron visita inmediata con un reumatólogo del servicio. En la tabla se presenta la correlación del tipo de visita que se programó y los cambios en el RAPID 3. Entendemos por cambio de escalón, cuando existe un cambio del valor que nos indica Alta actividad, Media actividad, Baja actividad y Remisión. Valores de RAPID 3 AA: > 12 MA: 6.1-12 BA: 3.1-6 R: ≥ 3 . Entre las visitas que se programaron de manera normal (control a los 3 meses) no se observaron cambios o el cambio era una mejoría del RAPID3 en el 96,7%. En la mayoría de las visitas preferentes o inmediatas se constató un empeoramiento de los valores de RAPID3 (por rebrote de la enfermedad). En los que no se observó cambio, los motivos para la consulta médica no tuvieron una relación directa con empeoramiento de la AR (detección de HTA, hipovitaminosis).

Tabla Póster 371

Tipo de Visita	Cambio en el RAPID3
Visita normal: 31	Sin cambio: 21 Mejoría de 1 escalón: 8 Mejoría de 2 escalones: 1 Empeoramiento de 1 escalón: 1
Visita preferente: 3	Sin cambio: 1 Empeoramiento de 1 escalón: 2
Visita inmediata: 6	Sin cambios: 2 Empeoramiento de 1 escalón: 1 Empeoramiento de 2 escalones: 2 Empeoramiento de 3 escalones: 1

Conclusiones: El cuestionario RAPID 3 puede ser una herramienta útil en las consultas de enfermería donde se controlan pacientes con AR ya que permite tener una medida objetiva de la actividad de la enfermedad sin precisar recuento articular ni analítica. La información obtenida mediante el cuestionario, junto a la evaluación analítica, puede ayudar a la toma de decisiones sobre el tiempo hasta la siguiente visita con el reumatólogo

372. OSTEOPOROSIS TRATADA CON DENOSUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. López Esteban, F. García Calle, J.C. Nieto-González, A. Beltrán López, T. del Río, C. Garaballu, S. García Linde, M.C. Ramos Pinilla, M. Rodríguez, I. Janta, E. Naredo y L. Carreño

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La osteoporosis (OP) es una enfermedad que produce una disminución de la masa ósea incrementando el riesgo de fractura. Denosumab es el primer anticuerpo monoclonal humano, que se une con gran afinidad al RANK-L en la superficie de los osteoclastos, aprobado para el tratamiento de (OP) posmenopáusica con riesgo elevado de fractura. La combinación de fármacos biológicos en artritis reumatoide no ha demostrado ser más eficaz pero sí tener un potencial aumento de los efectos adversos graves, incluidas las infecciones graves. El objetivo de nuestro estudio es describir una población de pacientes tratados con denosumab por (OP) postmenopáusica y pacientes con artropatías crónicas (AC) en tratamiento con fármacos biológicos y con denosumab por osteoporosis según la práctica clínica diaria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de enero 2013 a diciembre 2014. Se incluyeron todos los pacientes con OP tratados con denosumab que acudieron a consulta de enfermería de OP implantada en hospital de día del Hospital Gregorio Marañón. El reclutamiento de pacientes se realizó: 1) Pacientes derivados desde consulta externa por iniciar tratamiento con denosumab; 2) Revisión de historias clínicas de pacientes con AC en tratamiento con fármacos biológicos por su enfermedad y con Denosumab por osteoporosis. Los pacientes con AC incluidos tenían artritis reumatoide AR, espondilitis anquilosante [EA] o artritis psoriásica [Aps]. En dicha consulta de OP se realizó educación sanitaria y administración de denosumab subcutáneo, además de visitas de seguimiento presencial o telefónico cada 6 meses. Se recogieron los datos demográficos (edad, género, tratamientos previos (biológicos y antirresortivos), diagnósticos, comorbilidades asociadas, fracturas, etc.). Se recogieron prospectivamente las infecciones, nuevas fracturas y escala visual analógica de 0 al 10 EVA de raquialgia en cada visita. Se describieron los datos demográficos de ambos grupos y solo en aquellos pacientes en los que se disponía de un seguimiento de 12 meses o superior se realizó una comparación de incidencia de infecciones y de nuevas fracturas entre grupos, además de una comparación en todos los pacientes del EVA de raquialgia al inicio y a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 85 pacientes, con una media de edad de 67 años (DE 10,3) 76 (89,4%) de los cuales fueron mujeres. De los 85 pacientes con osteoporosis, 34 (40%) tenían también una AC. La tabla muestra la descripción de las características demográficas. De todos los pacientes 42 (49,4%) tuvieron seguimiento igual o superior a 12 meses, 27 tenían solo OP y 15 tenían AC más OP. No hubo diferencias significativas en la incidencia de infecciones

Tabla Póster 372

Demográfico descriptivo de pacientes incluidos

	Osteoporosis postmenopáusica sin artritis crónica (n: 51)	Artropatías crónicas con osteoporosis (n: 34)
Edad (media, DE)	67 (9,8)	67 (11,2)
Género, mujer (%)	46 (90,2)	30 (88,8)
Fracturas previas (%)	32 (62,7)	23 (67,6)
DMO lumbar (media, DE)	-2,93 (0,9)	-2,61 (1,3)
Bifosfonatos (%)	11 (21,6)	14 (41,2)
Tiempo con bifosfonatos (media meses, DE)	69,2 (67,7)	64,4 (51,4)
Corticoides (%)	5 (9,8)	19 (57,6)

ni nuevas fracturas a los 12 meses entre ambos grupos ($p > 0,05$) La EVA de raquialgia(n:42) se redujo de forma significativa, con una media inicial de 6,26, que se redujo a 4,48 a los 12 meses de tratamiento ($p < 0,001$).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra la mejoría del dolor espinal en la práctica clínica en pacientes con OP tratados con denosumab. A los 12 meses de tratamiento, la incidencia de nuevas fracturas o infecciones no difiere entre los pacientes tratados con denosumab y los tratados además con otro fármaco biológico. Nuestro estudio sigue en marcha para confirmar estos datos a largo plazo.

373. DESCUBRIMIENTO DE POTENCIALES BIOMARCADORES SÉRICOS DE ARTROSIS MEDIANTE ARRAYS DE PROTEÍNAS

L. Lourido^{1,2}, B. Ayoglu³, F. Henjes³, J.M. Schwenk³, M. Fuentes⁴, C. Ruiz-Romero^{1,5}, P. Nilsson³ y F.J. Blanco^{1,2}

¹Rheumatology Division, ProteoRed/ISCIII Proteomics Group. INIBIC Hospital Universitario de A Coruña. ²RIER-RED de Inflamación y Enfermedades Reumáticas. INIBIC-CHUAC. A Coruña. ³Affinity Proteomics. SciLifeLab. School of Biotechnology. KTH Royal Institute of Technology. Stockholm. Suecia. ⁴Cancer Research Center (CIC). Department of Medicine. Proteomics Unit ProteoRed/ISCIII. IBSAL. University of Salamanca. ⁵CIBER-BBN Instituto de Salud Carlos III. INIBIC-CHUAC. A Coruña.

Introducción: La artrosis (OA) es la patología reumatológica más frecuente. Los métodos de diagnóstico actuales en OA son poco sensibles para detectar cambios, lo que hace necesario esperar largos periodos de tiempo para obtener información fiable sobre la progresión de la enfermedad. Estas limitaciones han originado nuestro interés por encontrar marcadores biológicos específicos que reflejen variaciones de la remodelación del cartílago, con el fin de facilitar el diagnóstico precoz, evaluar la progresión de la enfermedad y posibilitar el desarrollo y monitorización de terapias alternativas. En los últimos años, los arrays de proteínas han emergido como una potente herramienta para el descubrimiento de nuevos biomarcadores.

Objetivos: En este trabajo nos propusimos utilizar diferentes arrays de proteínas para detectar autoanticuerpos y proteínas en el suero de pacientes con artrosis, y poder así desarrollar un método de diagnóstico de la artrosis para el análisis a gran escala de pacientes, que sea aplicable en la práctica clínica.

Métodos: Se analizaron un total de 960 muestras de suero procedentes de individuos control (Ctrl) y de pacientes con artrosis (OA), artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs). Por un lado, para caracterizar el perfil de autoanticuerpos correspondientes a cada grupo de estudio se utilizaron arrays de antígenos y NAPPA (Nucleic Acid Programmable Protein Arrays). En la primera plataforma se analizaron un total de 3840 fragmentos proteicos, y 373 fueron seleccionados para posteriores análisis de verificación. Con los NAPPA se analizaron autoanticuerpos dirigidos frente a 80 proteínas distintas seleccionadas por su relevancia en la patología artróica. Por otro lado, para caracterizar el perfil proteico diferencial de estas muestras utilizamos un array de anticuerpos en formato esfera compuesto por un total de 174 anticuerpos incluidos en el Human Protein Atlas (HPA) y dirigidos frente a un panel de 78 proteínas diferentes.

Resultados: Utilizando los arrays de antígenos y el NAPPA, 15 autoanticuerpos fueron identificados como candidatos para distinguir entre pacientes con artrosis, pacientes con AR y controles. Por su parte, con el array de anticuerpos pudimos identificar un panel de 12 proteínas en suero que distinguen a los pacientes OA de los individuos Ctrl. Además, hemos identificado 34 proteínas que diferencian pacientes con APs y Ctrl, y un panel de 45 proteínas para distinguir entre pacientes con OA y pacientes con APs.

Conclusiones: Los arrays de proteínas son tecnologías proteómicas muy útiles para caracterizar a gran escala el perfil de autoanticuerpos y de proteínas de pacientes con enfermedades reumáticas. Utilizando distintos tipos de arrays de proteínas hemos definido un panel de autoanticuerpos y proteínas que nos permite diferenciar entre muestras procedentes de pacientes sanos, pacientes con OA y otras enfermedades reumáticas. Este panel de biomarcadores será verificado en un nuevo grupo de muestras.

374. POTENCIAL EFECTO TERAPÉUTICO DE LA LECTINA MASL EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS

P. Carpintero-Fernández¹, R. Gago-Fuentes¹, M. Varela-Eirin¹, G.S. Goldberg², F.J. Blanco^{1,3,4} y M.D. Mayán Santos¹

¹División de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). ²Department of Molecular Biology. School of Osteopathic Medicine. Rowan University. Stratford. NJ. EEUU. ³ProteoRed/ISCIII. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). ⁴CIBER-BBN/ISCIII Madrid. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). Hospital Universitario A Coruña (CHUAC-XXIAC). A Coruña.

Introducción: Las proteínas de membrana de los condrocitos y las proteínas que forman la red tridimensional que caracteriza a la matriz extracelular del cartílago articular se encuentran altamente glicosiladas, lo que entre otras características proporciona al cartílago alta densidad de cargas negativas. La adición de ácido siálico en posición terminal y en enlace a-2,3, a-2,6 y a-2,8 regula la interacción y actividad de las glicoproteínas. La glicosilación es la modificación postraducciona más frecuente, y es responsable de la activación de receptores de membrana tales como la podoplanina o de los receptores TGFβ. Cambios de enlace de residuos de ácido siálico de a-2,6 a a-2,3 han sido previamente relacionados con cambios en el fenotipo del condrocito en presencia de IL-1β o TNF-α.

Objetivos: Estudiar si existen diferencias en el patrón de sialización de glicoproteínas entre condrocitos y cartílago articular de donantes sanos y pacientes con artrosis. Estudio del efecto de lectinas como posibles agentes terapéuticos para el tratamiento de la artrosis y de otros procesos inflamatorios articulares.

Métodos: Las muestras de cartílago fueron congeladas in situ utilizando Tissue-Tek O.C.T. e isopentanol enfriado con nitrógeno líquido. Para microscopia, las muestras de condrocitos primarios fueron fijadas con acetona antes de realizar ensayos de inmunohistoquímica (IHQ) e inmunofluorescencia. Los explantes de cartílago fueron cultivados durante siete días en medio DMEM en presencia de bajas concentraciones de suero. Los ensayos de expresión génica se realizaron mediante PCR cuantitativa a tiempo real y SYBR-green. Para el estudio de proliferación, adhesión y viabilidad celular se utilizaron diferentes kits comerciales. Los niveles de ROS se cuantificaron utilizando citometría de flujo. La lectina Maackia amurensis (MASL) fue generosamente donada por Gary S. Goldberg. Se utilizó oligomicina in vitro para generar daño celular y tisular (condrocitos primarios y explantes de cartílago) y LPS en el caso de modelo animal (Mus musculus BALB/c) de artritis.

Resultados: Utilizando la lectina MASL conjugada con Hilyte Fluor TR (rojo) pudimos observar mayor unión de MASL a cartílago de pacientes con artrosis respecto a donantes sanos. MASL se une de forma específica a glicoproteínas que contienen residuos de ácido siálico en enlace a-2,3. El tratamiento con 5 µg/ml de oligomicina durante 1 hora en el caso de células en cultivo, o 7 días en el caso de explantes de cartílago aumentó el número de glicoproteínas sializadas en a-2,3 e incrementó hasta 10 veces la producción de ROS y de 4 a 6 veces los niveles de expresión de COX2, IL-6 y MMP3. Los ensayos de IHQ demostraron que tras 7 días en cultivo, los explantes sufrieron degradación tisular. La incubación de las células y tejido

con 400 y 720 nM de MASL previa a la adición de oligomicina protegió a los condrocitos del incremento en la expresión de agentes catabólicos y producción de ROS, no detectándose daño tisular. Los experimentos realizados con el modelo animal demostraron que la administración oral de 1 mg de MASL protege a la articulación de la activación de rutas catabólicas que desencadenan en degeneración tisular tras la inyección intraarticular de LPS.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran que el apanallamiento de receptores de membrana y otras glicoproteínas con residuos de ácido siálico en enlace a-2,3, utilizando la lectina MASL, podría ejercer un efecto protector en el caso de enfermedades reumáticas asociadas con procesos inflamatorios tales como la artrosis o artritis reumatoide. Los resultados obtenidos forman parte de una patente de invención PCT/US14/45229.

375. NIVELES ELEVADOS DE LEPTINA INTRAARTICULAR Y DERRAME SINOVIAL EN ARTROSIS DE RODILLA. RELACIÓN CON EL PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL

C. Orellana, J. Calvet, N. Navarro, M. García Manrique, C. Galisteo, E. Casado, J. Gratacós y M. Larrosa

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La obesidad parece jugar un papel en el desarrollo de la artrosis de rodilla y se ha demostrado su relación con el dolor y la progresión de la enfermedad. La leptina es una adipocitoquina involucrada en la regulación del peso corporal que muestra efectos proinflamatorios cuando se encuentra en altas concentraciones y que se ha implicado en el dolor y la fisiopatología de la artrosis.

Objetivos: Analizar la relación entre la cantidad de líquido sinovial como marcador surrogado de inflamación así como la correlación entre diferentes medidas de peso corporal con los niveles de leptina intraarticular en pacientes con artrosis de rodilla.

Métodos: Estudio transversal con inclusión consecutiva de pacientes = 50 años con artrosis sintomática de rodilla, Kellgren-Lawrence II-III y con derrame sinovial. Se analizaron variables demográficas, índice de masa corporal (IMC) y ratio cintura/cadera (rCC); porcentaje de grasa corporal (%GC) mediante impedanciometría. Se realizó ecografía de la rodilla para medir la presencia de derrame sinovial en la línea media. Tras realizar la ecografía se realizó artrocentesis y se determinaron los niveles de leptina mediante ELISA (Human leptin ELISA kit, Biocompare, California EEUU). Todos los pacientes se valoraron por la mañana en ayunas y aproximadamente a la misma hora.

Resultados: Se analizaron 70 mujeres con artrosis de rodilla sintomática y Kellgren-Lawrence II-III. La edad media fue de $65 \pm 7,8$ años y la duración media de los síntomas fue de $66 \pm 49,5$ meses. El IMC fue $31,5 \pm 5,1$ kg, el rCC $0,94 \pm 0,082$ y el %GC $42,34 \pm 5,11\%$. Los pacientes se categorizaron en dos grupos en función del %GC, obteniéndose un grupo con aquellos pacientes con niveles con valores por encima de la media y mediana del grupo total ($n = 36$) que se comparó con el resto de la muestra ($n = 34$). El valor medio de la medida del derrame articular en línea media fue de $9,59 \pm 2,79$ mm. Los niveles medios de leptina en líquido sinovial fueron $76 \pm 38,66$ ng/mL. Los pacientes en el grupo con mayor %GC presentaban una cantidad similar de derrame articular medido por ecografía comparado con el resto de pacientes ($9,4 \pm 2,4$ vs $9,75 \pm 3,2$ mm) pero mostraron niveles de leptina intraarticular significativamente mayores que aquellos que presentaban valores menores de %GC ($88,47 \pm 46,8$ vs $60,24 \pm 19,5$ ng/mL, $p < 0,005$). Tanto el IMC como el %GC mostraron una correlación positiva de carácter moderado similar con los niveles de leptina en líquido sinovial ($r = 0,4626$ y $r = 0,4610$, respectivamente), mientras que no el rCC no mostró correlación alguna con estos ($r = 0,059$).

Conclusiones: Se observaron mayores niveles de leptina intraarticular en pacientes con mayores porcentajes de grasa corporal sin que esto se asociara a mayor derrame sinovial, por lo que los

niveles intraarticulares de leptina podrían estar más relacionados con anomalías metabólicas que con un signo clínico de inflamación como el derrame articular. Por otro lado, tanto el IMC como el %GC mostraron una moderada y similar correlación positiva con los niveles de leptina en líquido sinovial, por lo que estos parecen relacionarse tanto con una medida relativa de masa corporal total como el IMC como con una medida que refleja la cantidad de grasa corporal.

376. PERFIL CLÍNICO Y SEROLÓGICO DE NIÑOS CON ANTICUERPOS ANTI-SSA-RO/SSB-LA

J.G. Ovalles-Bonilla, J.C. Nieto, J. Martínez-Barrio, F.J. López-Longo, I. Janta, E. Naredo, C.M. González, M. Hinojosa, N. Bello, B. Serrano, C. Mata-Martínez, R. González, C. Sáenz, I. Monteagudo y L. Carreño

Servicio de Reumatología; Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción y objetivos: Clásicamente se ha descrito la asociación de los anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La con el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Sjögren (SS) y otras enfermedades autoinmunes en adultos. Sin embargo la expresión y correlación clínica en pacientes pediátricos está pobremente estudiada. Describir las características clínicas e inmunológicas y las enfermedades reumatológicas primarias asociadas a la expresión de anti-SSA/Ro y anti-SSB/La en niños.

Métodos: Estudio longitudinal observacional en pacientes menores de 18 años con enfermedades reumáticas valorados entre 1986 y 2010 en un hospital terciario. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio los cuales se compararon según la positividad o negatividad para anti-SSA-Ro/SSB-La.

Resultados: Se estudiaron un total de 187 pacientes con al menos 2 determinaciones de anti-ENA, con un tiempo medio de seguimiento de 11 años. El 77% eran de sexo femenino y la edad media de inicio de la enfermedad fue a los 12,6 años. Un total de 54 (28,9%) pacientes eran positivos para anti-SSA-Ro y/o anti-SSB-La, 13 pacientes eran doble positivos, 51 positivos para anti-SSA/Ro y 3 expresaban exclusivamente anti-SSB-La. La expresión de anti-SSA-Ro/SSB-La es significativamente ($p < 0,05$) menos frecuente en los síndromes de solapamiento (14,8%) y se observa una

Tabla Póster 376

Perfil clínico y serológico de niños con anticuerpos ANTI-SSA-Ro/SSB-La

Características	Anti Ro/La (+) (N = 54) (%)	Anti Ro/La (-) (N = 133) (%)	p
Edad inicio años (DE, rango)	12,6 (4,4, 1-17)	12,4 (4,4, 1-17)	0,76
Sexo femenino	47 (87)	98 (73,7)	0,05
Lupus eritematoso sistémico	33 (61,1)	64 (48,1)	0,14
Artritis idiopática juvenil	8 (14,8)	7 (5,3)	0,06
Síndromes de solapamiento	8 (14,8)	51 (38,3)	0,003
Polimiositis	2 (3,7)	8 (6)	N/A
Síndrome de Sjögren primario	2 (3,7)	2 (1,5)	N/A
Enfermedad mixta	1 (1,9)	1 (0,8)	N/A
Anticuerpos			
FR	20 (39,2)	19 (14,5)	< 0,001
Anti-DNA	35 (71,4)	58 (51,8)	0,02
Anti-Sm	15 (30)	12 (9,6)	< 0,001
Anti-RNP	20 (48,8)	20 (25,0)	< 0,001
Manifestaciones clínicas			
Fiebre inflamatoria	18 (33)	34 (25,6)	0,28
Artralgias	39 (72,2)	98 (73,7)	0,84
Artritis	33 (61,1)	71 (53,4)	0,33
Rash malar	25 (46,3)	39 (29,3)	0,02
Fotosensibilidad	23 (42,6)	36 (27,1)	0,03
Pleuritis	9 (16,7)	19 (14,3)	0,68
Pericarditis	8 (14,8)	15 (11,3)	0,50
Arritmias	3 (5,6)	3 (2,3)	0,25
Manifestaciones renales	23 (42,6)	44 (33,1)	0,22
Manifestaciones hematológicas	40 (74,1)	73 (54,9)	0,01

tendencia ($p > 0,05$) a la asociación con los diagnósticos de LES y AIJ. También se asoció significativamente ($p < 0,05$) a la coexpresión de otros autoanticuerpos como anti-DNA (71%), anti-RNP (48,8%), factor reumatoide (39,2%) y anti-Sm (30%). Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con las manifestaciones clínicas cutáneas y hematológicas pero no con la afectación de otros sistemas (tabla).

Conclusiones: Hemos observado que existe una tendencia a la asociación con el LES juvenil y la AIJ como ya se ha demostrado en las variantes de los adultos, pero encontramos una baja proporción de pacientes con diagnóstico de SS primario entre los niños con anti-SSA-Ro/SSB-La positivos lo que sugiere un infradiagnóstico en nuestra cohorte, probablemente debido a la expresión clínica atípica de este síndrome en los niños. La relevancia clínica de la expresión exclusiva de anti-SSB/La en los pacientes pediátricos es incierta.

377. VALOR PREDICTIVO DE LA SINOVITIS SUBCLÍNICA DETECTADA POR ECOGRAFÍA DOPPLER EN RELACIÓN CON LOS BROTES EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL TRATADA CON TERAPIA BIOLÓGICA TRAS ESPACIAR EL TRATAMIENTO. RESULTADOS PRELIMINARES

J.C. Nieto-González¹, P. Collado², D. Clemente³, J.C. López-Robledillo³, A. Boteanu⁴, A. Rodríguez⁴, M.L. Gamir⁴, E. Naredo¹ e I. Monteagudo¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Severo Ochoa. Madrid. ³Hospital Niño Jesús. Madrid. ⁴Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El tratamiento con fármacos biológicos frente al factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) ha demostrado ser eficaz y seguro en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ). En la práctica clínica es habitual el ajuste de dosis del tratamiento de acuerdo a la respuesta clínica del niño, siendo frecuente la reducción de dosis de la terapia biológica (TB) cuando se obtiene una remisión mantenida. Existe por el momento poca evidencia sobre la reducción de TB en AIJ sin encontrarse diferencias clínicas que predigan brotes inflamatorios. Nuestro objetivo es evaluar el valor de la sinovitis subclínica en la predicción de brotes en pacientes con AIJ tratados con anti-TNF en quién se reduce la dosis por remisión.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico y 12 meses de seguimiento. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AIJ en tratamiento con anti-TNF (etanercept y adalimumab) en remisión clínica estable (al menos 6 meses) en quién se decidió en base a práctica clínica habitual espaciar el tratamiento en la visita basal y a los 6 meses si se mantenía la remisión. El espaciamiento consistió en aumentar en 3 días la administración de etanercept y en 7 días adalimumab a partir de la posología inicial que tuviera el paciente. Se recogieron datos demográficos (fecha de nacimiento, inicio de la enfermedad, inicio de la TB y primer espaciamiento de TB, fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) concomitante). Se realizaron visitas clínicas trimestrales y una exploración ecográfica de 20 articulaciones y 6 tendones en modo B (MB) y power Doppler (PD) en la visita basal y a los 6 meses.

Resultados: Se han incluido hasta el momento 35 pacientes, con un seguimiento medio de 6,5 meses (DE 3,5 meses). 26 (74,3%) pacientes estaban en tratamiento con etanercept y 9 (25,7%) con adalimumab. En la tabla se muestra el descriptivo de los datos demográficos. La mediana de tiempo tratados con la terapia biológica al espaciar el tratamiento fue de 2,2 años (rango intercuartílico [RI] 1,2-4,5), y en 12 pacientes (34,3%) se había realizado un espaciamiento de la TB previo a su inclusión en el estudio y la mediana de tiempo en remisión antes del espaciamiento por protocolo fue de 20 meses (RI 12-26 meses). Hasta el momento se han producido 8 brotes (22,3%), con una media de 5,1 meses hasta el brote, sin que la ecografía en

MB o PD sean predictores de brote (graduación global de sinovitis basal 5 y de 4,5 a los 6 meses en modo B y valor de 0 basal y a los 6 meses en PD [$p > 0,05$]).

Tabla Póster 377

	Pacientes incluidos (n: 35)
Edad (mediana, RI)	11,3 (8,1-15,2)
Subtipo de AIJ (n / %)	
AIJ oligo persistente	10 (28,6)
AIJ oligo extendida	10 (28,6)
AIJ poliarticular FR-	11 (31,4)
AIJ poliarticular FR+	1 (2,9)
AIJ psoriásica	3 (8,6)
Tiempo de evolución AIJ (mediana años, RI)	6,2 (4,1-8)
FAME concomitante (n / %)	23 (65,7)
Espaciamiento previo de TB (n / %)	12 (34,3)
Tiempo con la TB espaciada (mediana, RI)	22 (1,2-4,5)

Conclusiones: Los resultados preliminares de nuestro estudio parecen apoyar que la reducción de anti-TNF en pacientes con AIJ en remisión clínica es segura en un, sin que la información ecográfica sea predictor de brote en nuestros pacientes. Estos resultados deben ser confirmados a la finalización del estudio.

378. SAM ASOCIADO A AIJ SISTÉMICA: APLICABILIDAD DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS 2014 EN UNA SERIE DE 7 EPISODIOS

A.L. Boteanu, C. Medina Quiñones, J.F. Borja Serratti, C. Redondo Romero y M.L. Gámir Gámir

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una de las complicaciones más severas de la artritis idiopática juvenil sistémica (AIJS). Se caracteriza por un estadio de hiper inflamación secundaria a una masiva secreción de citoquinas debido una activación excesiva de los macrófagos y linfocitos T. El SAM asociado a AIJS se considera parte del síndrome hemofagocítico linfocitario adquirido (HLH). La observación mediante BMO de macrófagos benignos fagocitando células hematopoyéticas ofrece el diagnóstico definitivo de esta grave complicación, sin embargo el cuadro clínico y analítico pueden hacer sospechar el diagnóstico. Los criterios preliminares para el diagnóstico de SAM asociado a AIJS validados en 2014 muestran mejor sensibilidad y especificidad que los criterios HLH-2004.

Objetivos: Estudio retrospectivo de las manifestaciones clínicas y analíticas en 7 episodios de SAM asociado a AIJS, comparando los criterios HLH-2004 y los criterios SAM-AIJS.

Métodos: Estudio realizado en un único centro, incluyendo datos demográficos, clínicos y analíticos que forman parte de los criterios diagnósticos, posibles desencadenantes, tratamiento y evolución. La actividad de las células NK y los niveles del receptor IL-2 no se conocen en todos los pacientes, por lo cual se ha considerado diagnósticos la presencia de 3/5 o 4/5 criterios HLH-2004 según se ha propuesto por PRINTO/ PRES en 2014.

Resultados: El 66,6% de los pacientes han sido mujeres, con una edad de presentación variable, entre 2 y 24 años. La fiebre continua ha sido la manifestación clínica más frecuente, igual que la trombocitopenia, el aumento de ferritina y GOT, presentes en 100% de los episodios de SAM. La frecuencia de los criterios HLH-2004: fiebre 100%; aumento de la ferritina 100%; anemia 27%; trombocitopenia 42%; leucopenia 57%, esplenomegalia 57%, aumento de triglicéridos o disminución del fibrinógeno 42%. En 2 episodios se han cumplido 3/5 criterios adaptados, en 1 caso 4/5 criterios, en 4 casos 5/5 criterios. La frecuencia de los criterios AIJS-SAM que incluyen ferritina: trombocitopenia, elevación GOT y ferritina en 100% de los casos, disminución del fibrinógeno 71%, leucopenia 57%. Las manifestaciones hemorrágicas se han presentado en 57% de los episodios. En

42% de los episodios se ha presentado afección neurológica y en 57% hepatomegalia. La frecuencia de las citopenias según HLH-2004 ha sido menor que en el caso de los criterios SAM-AIJs probablemente debido a los valores utilizados, similar que en el caso hipofibrinopenemia. El aumento de GOT y la trombocitopenia han sido las manifestaciones más frecuentes.

Conclusiones: El SAM puede aparecer tempranamente o tras varios años de evolución de la AIJs. En nuestra serie todos los pacientes cumplían los criterios para el diagnóstico de SAM según el protocolo HLH-2014 adaptado (3/5 o 4/5 adaptados), como los criterios SAM-AIJs. Similar que en la serie publicada en 2014, nuestros pacientes han presentado menos citopenias e hipofibrinopenia según HLH-2004, haciendo que en 2 de los episodios se cumplan solamente 3 de los 5 criterios adaptados, aunque en todos los casos se ha observado una disminución relativa del fibrinógeno. El grado de citopenias requerido en los criterios HLH-2004 se observa en fases más evolucionadas de la enfermedad. El SAM es una complicación grave, con una alta mortalidad, por lo cual la sospecha y el diagnóstico temprano son muy importantes para el pronóstico.

379. UVEÍTIS ANTERIOR EN PACIENTES MUJERES: PERFIL CLÍNICO-EVOLUTIVO Y TIPIFICACIÓN ETIOLÓGICA

L. Expósito Pérez¹, P. Rocha Cabrera², V. Lozano², M.J. Losada², V. Hernández¹, M. García González¹, M.A. Gantes¹ y B. Rodríguez-Lozano¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

Introducción: La uveítis anterior aguda (UAA) es el tipo de uveítis más frecuente y pueden ser signo guía para el dg de las espondiloartropatías (EsP), enfermedades sistémicas que más se asocian a UA. Pueden evolucionar de modo no paralelo a la afectación articular. La EsP se ha considerado de predominio masculino, con recientes estimaciones 2-3:1 tras la introducir RMN sacroilíacas. Ha sido habitual su infradiagnóstico o tardío reconocimiento en mujeres.

Objetivos: 1. Definir el perfil clínico y tipificación etiológica de pacientes mujeres con UA remitidas a la U. Uveítis de un hospital terciario 2. Describir las diferencias según edad de inicio del cuadro ocular. 3. Estudiar el comportamiento clínico en mujeres con UA diagnosticadas “de novo” de EsP.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de mujeres con UA recurrentes, complicadas o refractarias remitidas a la U. Uveítis Hospital Universitario de Canarias de enero 2005 a diciembre 2014 para despistaje de enfermedad sistémica no infecciosa o control de enfermedad establecida. Se realizó tipificación etiológica según clínica y patrón de afectación ocular. Criterios utilizados: EA NY (1984), ASAS 2009 (Esp axial), FIWOS 2010 (sarcoidosis ocular). Análisis estadístico: chi-cuadrado.

Resultados: De 698 pacientes remitidos, 170 mujeres, edad media 50,7 años ($\pm 17,03$) fueron seguidas durante 9,05 años (± 8). 7/170 mujeres iniciaron cuadro ocular en edad pediátrica (< 16 años), 24/170 tuvieron comienzo senil (≥ 65 años). Los patrones de afectación ocular, complicaciones y diagnóstico según la edad inicio del cuadro ocular se muestran en tabla. 24/170 (14%) pacientes presentaron otra afectación inflamatoria ocular asociada. Presentaron complicaciones oculares 103/170 pacientes (60,5%): sinequias (29%), cataratas (17%), edema macular (8%), hipotonía ocular (3,5%), glaucoma (3,5%), queratopatía en banda (1,8%). En relación al diagnóstico destaca edema macular en sarcoidosis (33,3%) ($p < 0,025$). Tipificación etiológica: 21/170 (12%) tenían dg previo reumatológico: debut en edad adulta (12% del grupo), senil (12%), frente al 43% de inicio infantil: 7 EA (4%) con edad media diagnóstico 40,4 años (23-69 años), 2 EsP indiferenciada (1,2%), 3 conectivopatías (2%), 5 AIJ (3%), 2 Behçet (1,2%), otros (1 e. múltiple, 1 c. ulcerosa) (1,2%). El 16% de las mujeres tienen EsP como dg “de novo”: 10 EA, 2 EsP psoriásica, 2 SAPHO, 2 EsP enteropática (Crohn, Whipple), 5 EsP no radiológica (3%). En la mitad la UA fue el 1º signo de la enfermedad, 16% fue posterior a lumbalgia inflamatoria e inicio concomitante, en el resto. Edad media de dg: 48,5 años con tiempo de evolución de UA de 9,6 años.

Conclusiones: 1. El 24,3% de los pacientes remitidos fueron mujeres con UA. El 14% de las mismas iniciaron el cuadro ocular en edad senil y el 4% en edad infantil. 2. Los patrones oculares más frecuentes fueron UAAUR y UAAU, con predominio en el grupo de inicio adulto y senil respectivamente. En el grupo de inicio infantil predominó UAC. El 60,5% de mujeres presentaron complicaciones oculares destacando sinequias y cataratas. 3. En la tipificación etiológica establecida destaca UA idiopática (28%) y UA 2ª a EsP en el 18,4% de las mujeres, siendo relevante la UAAU asociada a B27+ en la edad senil y la AIJ en el inicio infantil. 4. Se diagnosticó EsP en el 16% de las mujeres como dg “de novo”, un 3% correspondiendo a EsP axial no radiológica. La UA fue el signo guía en la mitad de pacientes.

Tabla Póster 379

	Edad media (años)	Evol. (años)	Cuadros oculares (orden frec %)	Dg etiológico según edad inicio (orden frec %)
Adulto (N = 139)	48 ($\pm 14,15$)	10,1 ($\pm 8,2$)	UAAUR (41) UAAU alternante (22,3) UAAU (19,4) UAAAB (8) UAC (4,3)	Idiopática (28) EsP (21) UAAU asoc, B27+ (16) Sarcoidosis (10) Otras (EM, oftalmia simp...) (8,3) Conectivopatía(SS,EITC) (4,5) AIJ (2,3) Behçet (1,5) TBC (1,5) Colitis ulcerosa (1,5)
Inicio senil (N = 24)	74,4 (± 7)	4,7 ($\pm 3,2$)	UAAU (37,5) UAAAB (21) UAAUR alternante (8,3) Otros (8,3)	Idiopática (29) UAAU asoc, B27+ (21) Sarcoidosis (16,6) EsP (8,3) Conectivopatía (LES)(8,3) Herpes virus (4,2) TBC (4,2) Otros (4,2)
Inicio infantil (N = 7)	19,9 ($\pm 8,2$)	12,85 ($\pm 9,4$)	UAC (57) UAAUR (14,3) UAAUR alternante (14,3) UAAU (14,3)	AIJ (43%) Idiopática (28,5) Sarcoidosis (14,3) Pérdida seg (14,3)
Total (N = 170) (7 pérdidas seguimiento)	50,7 (± 17)	9,05 (± 8)	UAAUR (37,6) UAAU (22) UAAUR alternante (19,4) UAAAB (10) UAC (6) Otros (4)	Idiopática (28,2) EsP (18,4) UAAU asoc, B27+ (16) Sarcoidosis (11) Conectivopatía (5) AIJ (3,6) Infecc (herpes, tbc (2,4%)) Behçet (1,2)

380. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EL PAPEL DEL REUMATÓLOGO

A. Pieren, D. Peiteado, K. Franco, I. Monjo, M. Paredes, A. Schlinker, V. Hidalgo, E. de Miguel y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología; Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Introducción: Se define como uveítis aquel proceso inflamatorio del ojo que afecta a la úvea (iris, cuerpo ciliar o coroides). Las uveítis suponen en torno al 10% de las causas de ceguera reversible en el mundo occidental y es tal el abanico de posibilidades etiológicas, que el abordaje inicial de las uveítis se presenta como un reto diagnóstico y terapéutico que va a precisar de un abordaje multidisciplinar entre oftalmólogos y reumatólogos.

Métodos: Estudio descriptivo de una consulta multidisciplinar, monográfica de uveítis en un hospital de tercer nivel entre junio de 2012 y diciembre de 2014. Se incluyen todos y exclusivamente los pacientes evaluados por el reumatólogo en dicha consulta. Se recogen datos demográficos, patrones de distribución anatómica, afectación ocular y curso evolutivo así como terapias farmacológicas utilizadas.

Resultados: Desde junio de 2012 hasta diciembre 2014 se recogen los datos de 171 pacientes. El 64% del total de los pacientes son mujeres con una edad media de 54 años. Las uveítis más frecuentes fueron anteriores (65,50%) frente a un 31% de posteriores y un 12,28% de intermedias. El patrón de afectación más frecuente es unilateral con un curso agudo recidivante. Con respecto a la etiología, el 59,65% son de origen propiamente ocular, siendo las idiopáticas, las más frecuentes dentro de este grupo (79,41%). Hasta el 40,35% están asociadas a enfermedades autoinmunes o inflamatorias, siendo la principal causa las espondiloartritis (48,44%) seguidas del Vogt-Koyanagi-Harada (10,94%), el Behçet (10,94%) y la EII (7,81%). El HLA-B27 fue positivo en el 48% de los pacientes. Cabe destacar que el 96% de los HLAB27 positivos corresponden a uveítis anteriores (tabla). Se evaluó la diferencia entre los pacientes incidentes (primera consulta desde enero 2013-diciembre 2014) y prevalentes. Observamos que entre los pacientes nuevos, predominan las uveítis anteriores y que las agudas recidivantes suponen un 25% del total. En comparación, en las revisiones, aumenta el número de uveítis posteriores (15,29% vs 30%) de curso crónico (84,38%). Finalmente, el 50,29% de los pacientes han recibido por lo menos un FAME a lo largo de la evolución de la enfermedad, siendo el metotrexate (61,63%) el más utilizado, seguido por la azatioprina y la ciclosporina. Aproximadamente la mitad (48,84%) de dichos pacientes, presentaban uveítis de origen ocular. Igualmente, el 17,54% recibieron al menos un FAME biológico con predominancia del infliximab (70%) y el adalimumab (28%).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, las uveítis más frecuentes fueron las formas anteriores, sin asociación sistémica. No obstante hasta el 40% de los pacientes presentan enfermedad autoinmune/inflamatoria subyacente (espondiloartritis, VKH, Behçet). La etiología y el patrón de las uveítis varían según los pacientes prevalentes o incidentes. Finalmente, hasta el 50% de los pacientes de la consulta reciben FAMES, lo que respalda el papel del reumatólogo no solo en el apoyo diagnóstico, sino como experto en terapias inmunosupresoras.

381. CONSULTA DE UVEÍTIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EXPERIENCIA A 6 AÑOS

M.J. Díaz Navarro¹, M.J. Moreno Martínez², M.J. Moreno Ramos¹, L.F. Linares Ferrando¹ y M. Hernández Martínez³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ³Servicio de Oftalmología. Unidad de Uveítis. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La creación de unidades multidisciplinarias para la valoración de patología inflamatoria es un hecho en el campo de la Reumatología desde hace algunos años. Son muchos los trabajos que confirman que el manejo de patologías como la uveítis, entre otras, es mucho mejor cuando se realiza de manera multidisciplinar y conjuntamente por el reumatólogo y el oftalmólogo. Las unidades de Uveítis nos permiten agilizar el manejo etiológico, optimización de recursos y realizar un tratamiento precoz y eficaz gracias a la creación de protocolos de manejo. Aproximadamente en un 40% de los pacientes con uveítis es posible identificar una enfermedad sistémica de base, en la mayor parte de los casos de causa reumatológica. EN 2008 se crea en el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, una consulta de Uveítis para su manejo multidisciplinar de manera simultánea entre un oftalmólogo y un reumatólogo. Esta consulta tiene carácter semanal y a la misma se remiten pacientes provenientes de los Servicios de Oftalmología, Reumatología, Medicina Interna y cualquier otra Unidad o Servicio del Hospital que lo precise, e incluso desde otros hospitales de la Región de Murcia.

Objetivos: Evaluar la experiencia a 6 años de nuestra consulta multidisciplinar, y recoger los principales datos epidemiológicos de la misma.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se recogen los datos clínicos de 244 pacientes valorados desde 2008 hasta 2014, principalmente la enfermedad ocular y la enfermedad sistémica a la que está asociada, así como el manejo con terapias biológicas.

Resultados: De los 244 pacientes, el 66,4% eran mujeres y el 33,6% hombres. El diagnóstico más prevalente (77%) fue el de uveítis (el resto estaba formado por patología de superficie ocular, escleritis, cribado de antipalúdicos y otras neuritis). La localización anatómica más frecuente de la uveítis fue la anterior (UA) en el 64%, seguida de la posterior (UP) en el 21%, panuveítis (PAN) en el 8% e intermedia en el 7%. Del total de las uveítis, el 78% pudo clasificarse (26% infecciosas, 37% asociadas a enfermedad sistémica, 11% de causa puramente oftalmológica y el 4% restante eran síndromes mascarada), siendo el 22% restante idiopáticas. De las uveítis infecciosas de etiología viral, el 70% fueron uveítis anteriores herpéticas (UAH), y de las asociadas a toxoplasma, el 78% fueron de localización posterior (UP). Dentro de las uveítis no infecciosas asociadas a espondiloartritis B27 POSITIVO, el 82% fue UA aguda unilateral recurrente. De los 133 pacientes con uveítis no infecciosa, 37 estaban con tratamiento biológico (28%), anti-TNF en 34 casos (adalimumab en 19, infliximab en 11 y golimumab en 4) y tocilizumab en los 3 casos restantes. Respecto a la patología de superficie ocular, el 90% correspondía a ojo seco que se asociaba a artritis reumatoide en el 39%, a LES en el 23% y a síndrome de Sjögren en el 23% principalmente.

Tabla Póster 380

	Anterior N = 112/71 (66,5%)	Intermedia N = 21/171 (12,28%)	Posterior N = 37/121 (30,58%)
Etiología			
Ocular	57,14% (64)	80,95% (17)	54,05% (20)
Secundaria	42,86% (48) Spa 62,5%	19,04% (4)	45,95% (17)
Afectación			
Unilateral	62,5% (70)	38,1% (8)	16,21% (6)
Bilateral	33,93% (38)	61,9% (13)	83,78% (31)
Curso			
Agudo no recidivante	15% (17)	4,76% (1)	5,40% (2)
Agudo recidivante	63,9% (71)	14,29% (3)	8,11% (3)
Crónico	21,43% (24)	80,95% (17)	86,49% (32)

Tabla Póster 381

Uveítis infecciosas	Enfermedades sistémicas asociadas a uveítis
Virus (43%)	Espondiloartritis B27+ (35,4%)
Toxoplasma (35%)	Behçet (18,3%)
Tuberculosis (8%)	Sarcoidosis (15,5%)
Lúes (8%)	Crohn (9,8%)
Enfermedad de Lyme (4%)	Artritis psoriásica (7%)
Fiebre Q (2%)	Esclerosis múltiple (7%)
	Otras (7%)

Conclusiones: En nuestra Unidad, un 78% de las uveítis han sido clasificadas. La uveítis anterior es la forma más frecuente de todas las uveítis. En nuestra serie, La espondiloartritis B27+ es la enfermedad sistémica más común asociada a uveítis no infecciosa. Un 28% de pacientes con Uveítis no-infecciosa han sido tratados con fármacos biológicos, siendo adalimumab el anti-TNF más veces indicado y de primera elección.

382. PRÓTESIS ARTICULARES Y TERAPIAS BIOLÓGICAS

A. López Esteban, M. Montoro, J.C. Nieto, F. Calle, C.M. González, J. Martínez, M. Hinojosa, N. Bello, C. Mata Martínez, B. Serrano, E. Naredo, J. López Longo, I. Monteagudo y L. Carreño

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Las terapias biológicas (TeBi) han revolucionado el tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes y auto-inflamatorias. Sin embargo algunos de estos pacientes, portadores de prótesis articulares, pueden sufrir efectos adversos derivados de estos tratamientos.

Objetivos: Describir las características clínicas, tratamiento y complicaciones de los pacientes intervenidos de prótesis articulares en tratamiento con TeBi.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional de los pacientes tratados en nuestro servicio con TeBi desde enero de 2010 hasta diciembre de 2014. Se han analizado características demográficas, diagnósticos, tratamientos, tratamientos concomitantes, número de prótesis y complicaciones.

Resultados: De un total de 800 pacientes con TeBi, hay 77 (9,6%) que han necesitado distintos recambios articulares. Distribuyéndose estos últimos de la siguiente manera: 51 artritis reumatoide (AR), 16 espondilitis anquilosante (EA), 5 lupus eritematoso sistémico (LES), 3 artritis psoriásica (APSO) y 2 artritis idiopática juvenil (AIJ). Los citados 77 pacientes fueron intervenidos de 129 prótesis como consecuencia de su enfermedad. De las 129 prótesis colocadas, 56 (43,4%) fueron prótesis de cadera, 50 (38,7%) de rodilla, 4 (3,1%) de tobillo, 5 (3,9%) MCF, 2 (1,5%) IF, 2 (1,5%) codo, 2 (1,5%) hombro y 3 (2,3%) muñeca. La edad media de colocación de las prótesis fue de 60 años (rango 28-85) con una media de evolución de la enfermedad de 20 años. Eran mujeres el 70% de los pacientes. Los fármacos más utilizados fueron: infliximab (28/77; 36,4%), rituximab (20/77; 26,0%), tocilizumab (16/77; 20,7%), abatacept (9/77 11,6%) y en adalimumab y embrel (4/77; 5,2%). El 44% de los pacientes habían recibido más de un fármaco biológico. Además 44 pacientes (57,1%) tenían tratamiento concomitante asociado y el uso de corticoides fue del 53%. Se registraron 7/129 (5,4%) infecciones protésicas, que afectaron a 7/77 (9,1%) de los pacientes, 6 diagnosticados de AR y uno de EA. De las infecciones, 2/27 (7,4%) ocurrieron en prótesis colocadas antes del inicio de las TeBi, y 5/102 (4,9%) en prótesis colocadas durante el tratamiento. Necesitaron recambio de la prótesis por otras causas otros 5/129 (3,8%) pacientes.

Conclusiones: Se describen las incidencias que aparecen con más frecuencia ante los recambios articulares, siendo la más común las infecciones. En todos los pacientes con infecciones se da el uso de TeBi asociado con tratamiento concomitante y el uso de corticoides.

Las prótesis que se necesitan remplazar más habitualmente son las de cadera, seguidas de las de rodilla. La AR es la patología en la que más se ha realizado el recambio articular.

383. PROGRAMA EDUCACIONAL ESTANDARIZADO PARA LA MEJORA DEL DOLOR CRÓNICO Y LA FATIGA EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR MECANISMOS AUTOINMUNES

L. Cano-García, C.M. Romero-Barco, S. Manrique-Arja, I. Ureña-Garnica, F.G. Jiménez-Núñez, M.C. Ordóñez Cañizares, N. Mena-Vázquez, M.V. Irigoyen-Oyarzábal y A. Fernández-Nebro

Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario (HRU) de Málaga. Universidad de Málaga.

Objetivos: Conocer si un taller de autocuidado mejora el dolor, la fatiga, el sueño, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la actividad de la enfermedad en enfermos con enfermedades inflamatorias mediadas por mecanismos autoinmunes (IMID).

Métodos: Diseño: intervención abierta no controlada. Pacientes: 24 adultos con LES (criterios ACR), 30 adultos con AR (criterios ACR), 30 adultos con EA (criterios ASAS) y 29 adultos con APs (criterios CASPAR) seleccionados por aleatorización simple. Intervención: actividad formativa presencial por grupos consistente en exposiciones orales y dinámicas grupales impartido por una enfermera. La primera sesión fue realizada por 112 pacientes y abordó aspectos de autocuidado con los siguientes temas: 1. Qué es el dolor. 2. Autocuidado: dolor crónico. 3. Autocuidado: descanso. 4. Qué es la fatiga. 5. Autocuidado: fatiga. Variables: Desenlace 1º: mejora en el dolor crónico a los 3 meses evaluado con el cuestionario Brief Pain Inventory (BPI). Los desenlaces 2º incluyeron cambios a los 3 en el afrontamiento ante el dolor crónico por el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD), la CVRS evaluada con EQ-5D y SF-36, y la fatiga mediante FACIT y el sueño (cuestionario de Oviedo). Las comorbilidades se recogieron mediante índice de comorbilidad funcional. Todas las variables, excepto las comorbilidades se recogieron antes de la intervención, a los 3 meses. Análisis estadístico: descriptivo de los resultados, t de Student o prueba de Wilcoxon para las muestras pareadas según procediera en las variables cuantitativas. Test de McNeman en las variables pareadas cualitativas en la evaluación a 3 meses.

Resultados: Participaron 113 pacientes: 30 pacientes con AR (83,3% mujeres), 30 pacientes con EA (36,7% mujeres), 24 pacientes con LES (95,8% mujeres) y 29 pacientes con APs (58,6% mujeres). Las principales comorbilidades que presentaron los pacientes fueron: ansiedad (36,3%), depresión (34,5%), enfermedad gastroin-

Tabla 1 Póster 383

Variables normales expresadas mediante media $\pm$ DE y variables no normales expresadas mediante mediana (RIQ)

Variables	Basal	3 meses	p
Edad	47,88 $\pm$ 11,36	–	–
Sexo	Mujeres 67,3% (76)	–	–
Dolor medio	5 (3,7-6,75)	5 (3,5-6,2)	< 0,001
Dolor inferencia	5,5 (4-6,5)	5 (3,7-6,2)	< 0,001
% de alivio con analgesia	50 (30-60)	50 (40-60)	< 0,001
Afrontamiento al dolor crónico	63,07 $\pm$ 13,24	73,18 $\pm$ 13,55	< 0,001
FACIT	26,2 $\pm$ 8,01	24,47 $\pm$ 7,59	0,004
SF-36CSF	31,5 (23,17-39,25)	32,15 (26,26-40,66)	< 0,001
SF-36CSM	31,65 (23,83-43,65)	35,45 (29,18-48,61)	0,003
EQ-5D	0,5942 (0,493-0,6922)	0,5942 (0,4930-0,7005)	< 0,001
EVA EQ-5D	–	–	< 0,001
Percepción del sueño	3 (2-4)	4 (3-4)	< 0,001
Insomnio	28 (22-33)	26 (21-30)	< 0,001
Hiperinsomnio	8 (6-11)	7 (6-9)	< 0,001

testinal (34,5%), enfermedad discal (21,2%), osteoporosis (19,5%) y obesidad (13,3%). La intervención mejoró todas las variables de forma significativa: dolor mediante el BPI ($p < 0,001$), afrontamiento al dolor mediante el cuestionario de afrontamiento al dolor crónico ($p < 0,001$), fatiga mediante FACIT ($p < 0,004$), calidad de vida mediante SF-36: SF-36CSF ($p < 0,001$) y SF-36CSM ($p < 0,003$) y mediante EQ-5D ($p < 0,001$) y EVA EQ-5D ($p < 0,001$) y sueño mediante cuestionario de Oviedo de sueño ($p < 0,001$) (tabla 1). En todos los casos evaluamos la actividad de la enfermedad con DAS28 para AR y APs, BASDAI para EA y SLEDAI para LES sin que hubiera cambios significativos en el período de 3 meses de seguimiento (tabla 2).

Tabla 2 Póster 383

Mediana (RIQ)

Enfermedad	Índice de actividad de la enfermedad	Basal	3 meses	p
AR	DAS28	3,85 (3,05-4,8)	4,1 (3,15-4,97)	0,069
EA	BASDAI	6,15 (4,15-8,02)	6,2 (4,57-7,45)	0,664
APs	DAS28	4,3 (3-5,15)	4 (3,05-4,95)	0,157
LES	SLEDAI	2 (2-4)	2 (2-4)	0,317

Conclusiones: Un taller diseñado para la mejora del dolor crónico y la fatiga produce una modificación en el autocuidado de los pacientes que, a la vista de los resultados, parece útil para mejorar aspectos tan importantes como el dolor, la fatiga, la calidad de vida y el sueño de pacientes con enfermedades IMID.

386. PERFIL INMUNOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO ATENDIDOS EN LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA ESPAÑOLAS

R. Menor Almagro¹, M. Fernández Castro², J.L. Andreu³, V. Martínez Taboada⁴, A. Olivé⁵, J. Rosas⁶, C. Sánchez Piedra⁷, B. Rodríguez⁸, A. García Aparicio⁹, F.J. López Longo¹⁰, S. Manrique¹¹, J.L. García Valdillo¹², S. Gil Barato¹³, R. López González¹⁴, F.J. Narváez García¹⁵, C. Galisteo¹⁶, J. González Martín¹⁷, E. Ruiz Lucea¹⁸, A. Naranjo Hernández¹⁹, O. Illera², L. Romani²⁰, S. Melchor²¹, B. Moreira²², E. Raya²³, M. Rodríguez López²⁴, N. Cid²⁵, E. Júdez²⁶, C. Moriano²⁷, V. Torrente²⁸, H. Corominas²⁹, B. García Magallón³⁰, C. Guillén Astete³¹, I. Castellví³², C. Bohórquez³³, J. Loricera García⁴, J. Belzunegui³⁴ y Proyecto SJOGRENSER del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER

¹Hospital General de Jerez. ²Hospital Infanta Sofía. Madrid. ³Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ⁴Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁷Unidad de Investigación de la SER. Madrid. ⁸Hospital

Universitario de Canarias. Tenerife. ⁹Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ¹¹Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital de la Princesa. Madrid. ¹³Hospital General de Alicante. ¹⁴Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ¹⁵Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹⁶Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁷Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid. ¹⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁹Hospital Dr. Negrín. Las Palmas. ²⁰Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ²¹Hospital Doce de Octubre. Madrid. ²²Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ²³Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²⁴Hospital de Meixoeiro. Vigo. ²⁵Hospital de Valme. Sevilla. ²⁶Hospital de Albacete. ²⁷Hospital de León. ²⁸Hospital de L'Hospitalet. ²⁹Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí. ³⁰Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³¹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³³Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. ³⁴Hospital de Donostia. San Sebastián.

Objetivos: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica caracterizada por la activación policlonal de linfocitos B, que origina la síntesis de una gran variedad de autoanticuerpos. De éstos los más característicos son el anti-Ro/SSA y el anti-La/SSB. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de las diferentes combinaciones de anti-Ro y/o anti-La en el momento del diagnóstico de la enfermedad y estudiar las diferencias clínicas, serológicas y de la actividad de la enfermedad de los paciente con SSp en relación a su perfil inmunológico.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, desarrollado en 33 unidades de reumatología españolas que registra información de pacientes seleccionados de forma aleatoria que cumplen criterios de clasificación europeo-americanos de SSp. Para ello se obtienen datos epidemiológicos, clínicos, serológicos y de las comorbilidades, procedentes de la historia clínica y de la entrevista médica en el momento del registro. Para evaluar la actividad de la enfermedad se empleó el índice validado ESSDAI (EULAR Sjogren's Syndrome Disease Activity Index). El estudio fue aprobado por los CEIC locales y los pacientes firmaron un consentimiento informado. Se clasificaron a los pacientes en cuatro subgrupos en función de la presencia o no de anticuerpos anti-Ro y/o anti-La al diagnóstico de la enfermedad: anti-Ro y anti-La positivos, anti-Ro positivo y anti-La negativo, anti-Ro y anti-La negativos y anti-Ro negativo y anti-La positivo. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas, serológicas y de actividad de la enfermedad en cada uno de los subgrupos, mediante una regresión logística multinominal ajustado por edad y sexo, con variable dependiente las 4 combinaciones de autoanticuerpos.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes, 95,1% mujeres, con una mediana de edad al diagnóstico de 50,2 años (41,9-59,2). De éstos 291 (66,5%) pacientes presentaron ambos anticuerpos positivos, 118 (27%) anti-Ro positivo y anti-La negativo, 26 (5,9%) anti-Ro y anti-La negativos y 2 (0,4%) anti-Ro negativo con anti-La positivo. Como

Tabla Póster 386

Variable	Anti-Ro-/anti-La- (26 pacientes)		Anti-Ro+/anti-La- (118 pacientes)		anti-Ro+/anti-La+ (291 pacientes)		P
	N	%	N	%	N	%	
Xeroftalmia	25	96,20%	115	97,50%	285	97,90%	0,827
Xerostomía	26	100%	114	96,60%	284	97,60%	0,592
Artritis	7	26,90%	37	31,40%	107	36,80%	0,401
Fenómeno de Raynaud	4	15,40%	18	15,30%	69	23,70%	0,126
Pericarditis	0	0%	1	6,30%	5	11,10%	0,609
Pleuritis	0	0%	2	6,50%	3	3,30%	0,857
Neumopatía intersticial	1	20%	4	21,10%	24	35,80%	0,400
Afectación renal	0	0%	2	2,50%	36	12,40%	0,020
Afectación del SNC	3	11,50%	9	7,60%	21	7,20%	0,731
Afectación del SNP	1	3,80%	12	10,20%	25	8,60%	0,581
Hepatopatía	2	7,70%	9	7,60%	22	7,60%	1,000
Leucopenia	5	41,70%	34	54,80%	127	64,80%	0,132
Linfopenia	2	16,70%	18	29%	88	44,90%	0,020
FR	8	30,80%	54	47%	222	78,20%	0,000
Hipergammaglobulinemia	9	34,60%	37	33,60%	184	65,20%	0,000
ESSDAI > 1	17	65,40%	68	57,60%	214	73,50%	0,007

se muestra en la tabla, se encontraron diferencias entre los tres subgrupos principales en la presencia de las variables: afectación renal, linfopenia, factor reumatoide (FR), hipergammaglobulinemia y ESSDAI ≥ 1 . El subgrupo con anti-La positivo aislado no permitió análisis por el escaso número observado. El perfil inmunológico anti-Ro positivo/anti-La negativo presentó una asociación positiva con el FR y la hipergammaglobulinemia (OR 2,7, IC95% 1,34-5,7, p 0,06 y OR 2,5, IC95% 1,2-5,1, p 0,011 respectivamente).

Conclusiones: En nuestro estudio mostramos la relación entre los distintos grupos de anticuerpos con las manifestaciones clínicas y serológicas de la enfermedad, de forma individualizada y englobada en el índice de actividad ESSDAI y observamos mayor presencia de forma significativa de la afectación renal, la linfopenia, el FR, la hipergammaglobulinemia y un ESSDAI ≥ 1 en el subgrupo de pacientes con los dos anticuerpos característicos del SSp positivos (Anti-Ro/Anti-La).