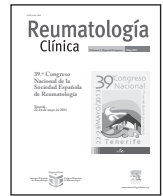




Reumatología clínica

www.reumatologiaclinica.org



PÓSTERS EXHIBIDOS

39.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Tenerife, 22-24 de mayo de 2013

1.ª Sesión

Miércoles, 22 de mayo de 2013

1. INFILTRACIÓN GUIADA POR ECOGRAFÍA EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTRITIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

M. Andrés¹, M.P. Rosario², E. Loza³, I. Möller⁴ y E. Naredo⁵

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología.

Madrid. ³Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ⁴Instituto Poal.

Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario

Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: En los últimos años se ha extendido la realización de infiltraciones guiadas por ecografía en pacientes con enfermedades reumáticas al suponerse un mejor resultado clínico y un menor perfil de efectos adversos por una mayor precisión anatómica. Hasta la fecha este hecho no se ha revisado de forma crítica.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Se han cribado las bases de datos bibliográficas Medline, EMBASE y Cochrane Library, desde 1950 hasta mayo de 2012. Además, se ha realizado una búsqueda manual en las referencias de los artículos finalmente incluidos. La búsqueda se ha acotado a artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EA) —incluyendo artritis psoriásica (APs)— y artritis idiopática juvenil (AIJ). Se han seleccionado solo estudios controlados (aleatorizados o no), que empleasen infiltración convencional, infiltración guiada por otras técnicas radiológicas o placebo como grupo control. Se ha empleado la herramienta Cochrane para evaluar la calidad de los trabajos incluidos.

Resultados: De un total de 945 referencias identificadas, 5 artículos fueron incluidos en la revisión, todos ellos en población adulta, con un total de 702 pacientes. La población que incluían fue AR en un estudio (Luz. Ann Rheum Dis. 2008;67:1198) y población mixta de AR y APs (Cunnington. Arthritis Rheum. 2010;62:1862; Sibbitt. J Rheumatol. 2011;38:252), o de AR y artrosis (Sibbitt. J Rheumatol. 2009;36:1892; Sibbitt. Scand J Rheumatol. 2012;41:66). La calidad global de los estudios fue media-alta. Todos los estudios compararon la infiltración de corticoides y lidocaína guiada por ecografía en sinovitis activa frente a la infiltración convencional guiada por palpación. El dolor fue la principal variable estudiada, con resultados dispares: dos estudios, considerados de buena calidad, no mostraron diferencias significativas en dolor tras la infiltración, mientras que en tres estudios se mostró superior la infiltración guiada por ecografía, aunque estos se consideraron de peor calidad y con un

moderado riesgo de sesgos. Dos estudios (Luz. Ann Rheum Dis. 2008;67:1198; Cunnington. Arthritis Rheum. 2010;62:1862) evaluaron además función y rigidez articular, sin encontrar diferencias entre técnicas. Este trabajo mostró una mayor exactitud anatómica en la colocación del agente guiada por Eco (83% vs 66%, $p = 0,01$), aunque esto no se vio específicamente en carpos (90% vs 90%, $p = 1,00$) en otro estudio. No se comparó el perfil de seguridad. No se identificaron estudios en poblaciones puras de EA ni de AIJ, ni se identificaron estudios centrados en entesitis ni tenosinovitis. No se evaluaron otras técnicas radiológicas.

Conclusiones: A pesar de su extenso uso en la práctica clínica, no queda clara la superioridad de la infiltración guiada por ecografía respecto a la infiltración convencional en pacientes con AR, mientras que no se han identificado estudios controlados en EA o AIJ.

2. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE DEJARON EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO

R. Roselló¹, E. Meriño-Ibarra¹, E. Palero-Díaz¹, D. Fábregas-Canales², C. Bruscas-Izu³, G. Villacampa Naverac¹, M.L. Nogués Pérez¹ y M.P. Buil Pérez²

¹Hospital San Jorge. Huesca. ²Hospital de Barbastro. ³Hospital MAZ. Zaragoza.

Introducción: Los tratamientos biológicos constituyen uno de los pilares fundamentales de tratamiento en diversas formas de artritis: reumatoide, psoriásica, espondiloartritis y otras. A pesar de su eficacia clínica demostrada a veces son retirados por varias causas.

Objetivos: Conocer la evolución del DAS28/BASDAI en aquellos pacientes a los que se les ha retirado el fármaco biológico.

Métodos: Se recogen los datos demográficos (edad, sexo, diagnóstico, tiempo evolución de la enfermedad (en años) y tiempo (en meses) del tratamiento biológico, así como el fármaco biológico y el estado de actividad de la enfermedad mediante DAS-28 en Artritis Reumatoide (AR) o BASDAI en el caso de las espondiloartropatías (se incluyen aquí las EA primarias y las asociadas a psoriasis, Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) o uveítis). Se compararon las medias del DAS28/BASDAI antes y después de retirada del biológico utilizando estadísticos para muestras pareadas según la distribución de las variables al compararlas con la distribución normal. Las medias de DAS28/BASDAI después de la retirada del fármaco incluyó medidas tomadas a los 6, 18, 24, 30, 36 y 42 meses.

Resultados: Tanto en los casos de artritis reumatoide como en los de espondiloartropatía no hay diferencias significativas en las medidas del DAS28 y BASDAI, respectivamente y a lo largo de la evolu-

Tabla Póster 2

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Pacientes | 127 varones/228 mujeres | | | | | | | | |
| Edad | 52,28 ± 15,65 años | | | | | | | | |
| Diagnóstico | AR 182 (51%) | A PSO 66 (18,5%) | EA 91 (25,5%) | Otros 12 (5%) | | | | | |
| Años evolución | 8,34 ± 8,59 | | | | | | | | |
| Biológico | INF 85 (24%) | ETN 38 (0,6%) | ADA 77 (21,6%) | RIT 3 (0,8%) | ABT 2 (0,6%) | TOZ 2 (0,6%) | Varios 147 (41%) | | |
| Tiempo con biológico (meses) | 29,7 ± 30,2 | | | | | | | | |
| Motivo retirada Biológico | Sigue Biológico 144 (40,3%) | Falta respuesta 35 (10%) | Recaída 48 (13,4%) | Efecto adverso 44 (12,3%) | Paciente no quiere 23 (6,4%) | | | | |
| Evolución DAS-28 | DAS inicio 4,54 ± 1,4 | DAS fin Biológico 3,37 ± 1,33 | DAS 6 meses sin 3,55 ± 1,62 | DAS 12 meses sin 3,7 ± 1,57 | DAS 18 meses sin 3,35 ± 1,1 | DAS 24 meses sin 3,57 ± 1,35 | DAS 30 meses sin 2,82 ± 2,45 | DAS 36 meses sin 2,82 ± 1,48 | DAS 42 meses sin 3,62 ± 1,45 |
| Evolución BASDAI | BASDAI inicio 8,64 ± 2,22 | BASDAI fin Biológico 4,45 ± 2,32 | BASDAI 6 meses sin 5,08 ± 2,41 | BASDAI 12 meses sin 4,93 ± 2,14 | BASDAI 18 meses sin 4,87 ± 0,85 | BASDAI 24 meses sin 5,58 ± 3,4 | BASDAI 30 meses sin 3,1 ± 1,4 | BASDAI 36 meses sin 3,38 ± 3,21 | BASDAI 42 meses sin 2,8 ± 2,66 |

ción, medidos cada 6 meses hasta los 42 meses tras la retirada de biológico.

Conclusiones: Ello sugiere que los fármacos biológicos sí se pueden retirar tras conseguir la remisión y que dicha remisión se mantiene en el tiempo.

3. BIOLÓGICOS SUBCUTÁNEOS. GRADO DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

D. Fábregas-Canales¹, R. Roselló-Pardo², E. Meriño-Ibarra², E. Palero-Díaz², M.P. Amador², N. Allué Fantova¹, M.P. Buil Pérez¹, G. Villacampa Naverac² y M.L. Nogués Pérez²

¹Hospital de Barbastro. ²Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción: Los fármacos biológicos poseen una alta eficacia en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide y espondiloartrópatis. Su administración subcutánea favorece la autonomía del paciente pero dificulta el control de su administración.

Objetivos: Valorar la adherencia al tratamiento biológico subcutáneo en pacientes con artritis reumatoide o espondiloartrópatis.

Métodos: Se solicitó a los servicios de Farmacia el consumo en biológicos subcutáneos (ADA, CZM, ETN, GOL) de nuestros enfermos reumáticos y se comparó con la dosis teórica que deberían haber recibido durante un año. Valoramos: diagnóstico, sexo, edad, biológico, evolución de la enfermedad (DAS o BASDAI), reumatóloga prescriptora y cumplimiento (% de fallos). Se utilizó el estadístico Chi-cuadrado para evaluar la significación entre el cumplimiento y las variables anteriormente citadas, a través de tablas de contingencia.

Resultados: El incumplimiento de los pacientes que llevan biológicos es bajo, el 13,1%. La falta de adherencia no se asocia al sexo del paciente, la edad (dividida en cuartiles), el diagnóstico, el fármaco, ni a la reumatóloga prescriptora. No obstante, en el grupo de pacientes con fallos superiores al 40% la edad sí que influye en el cumplimiento, siendo los más incumplidores los que pertenecen al cuartil más bajo (0-44 años). Finalmente, los pacientes con adherencia completa o con menos de un 40% de fallos presentaron una mejoría del DAS o BASDAI en el periodo estudiado, mientras que en aquellos con fallos de más del 40% no hubo mejoría del DAS o BASDAI ($p < 0,05$).

Conclusiones: La adherencia al tratamiento biológico es alta en nuestro medio (provincia de Huesca). Los pacientes incumplidores son más jóvenes y al mismo tiempo son los que no han mejorado en el periodo de un año examinado.

4. GOTA: SU ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Acasuso Díaz y J.C. Vidal Lorenzo

Centro de Salud San José. SERGAS. A Coruña.

Introducción: La gota representa un importante problema de salud pública con una prevalencia muy variable según los distintos estudios epidemiológicos. Por otra parte la hiperuricemia es un factor de riesgo asociado a múltiples patologías, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia, la obesidad, y el síndrome metabólico, entre otras.

Tabla Póster 3

| Pacientes | Total | Cumplidores (adherencia > 80%) | Semi-cumplidores (fallos 20 a 40%) | No cumplidores (fallos > 40%) |
|-----------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Reumatóloga y% cumplimiento | R 122 pacientes P 49 pacientes F 38 pacientes M 5 pacientes | R 87% P 85% F 83% M 87% | R 13% P 14% F 16% M 13% | R 0% P 1% F 1% M 0% |
| Sexo | 74V/140M (34,5%/65,5%) | 61V/123M (81%/87%) | 14V/8M (17,5%/7,5%) | 2V/3M (2%/0,5%) |
| Edad | 54 ± 15,3 | 54,8 ± 16,3 | 52,6 ± 12,5 | 38 ± 4,7 |
| Diagnóstico | | | | |
| A. reumatoide | 87 (41%) | 78 (42,5%) | 9 (33,3) | 0 |
| A. psoriásica | 63 (30%) | 48 (26%) | 47 (25%) | 1 (0,57%) |
| Espondiloartritis | 60 (28%) | 54 (29,5%) | 5 (29%) | 1 (0,4%) |
| Grado cumplimiento | | 86,3% | 8,5% | 4,2% |
| Modificación DAS-28 | | -0,34 ± 0,06 | -0,14 ± 0,22 | 0 ± 0,09 |
| Modificación BASDAI | | -0,4 ± 0,69 | -0,39 ± 1,13 | 0,6 ± 1,43 |

Objetivos: El objetivo principal de nuestro trabajo consiste en estudiar las características epidemiológicas de la gota de nuestra zona de salud y en particular su relación con los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el año 2011 en un centro de atención primaria urbano. De la totalidad de los pacientes de nuestro centro de salud fueron seleccionados 253 pacientes con diagnóstico clínico de gota según los criterios del ACR "American College of Rheumatology", a partir de la base de datos del programa IANUS. Se analizaron sus características epidemiológicas a partir de los datos obtenidos del programa IANUS: la edad, el sexo, la relación con factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes mellitus (DM) y obesidad.

Resultados: Del total de los 253 pacientes, el 88% (IC95%: 84-92), eran hombres y el 12% (IC95%: 8-16), mujeres. La edad media de los hombres fue de 65 años (DE. \pm 12,44), y la de las mujeres 74 años (DE \pm 13,45), siendo la prevalencia general hallada del 1,07%. Un 73,5% (IC95%: 68-79) presentaban algún FRCV asociado y el 26,5% (IC95%: 21-32) no. Se asociaron a un único FRCV, 95 pacientes (51%); a dos FRCV, 69 pacientes (37%) y a tres FRCV, 22 pacientes (12%). Se asociaron únicamente a hipertensión arterial (HTA), 47 pacientes (25%); a dislipemia (DL), 39 pacientes (21%) y a diabetes mellitus (DM), 9 pacientes (5%). A HTA-DL, 47 pacientes (25%); a HTA-DM, 11 pacientes (6%); a DL-DM, 11 pacientes (6%) y a HTA-DL-DM, 22 pacientes (12%). El 72% (IC95%: 66,6-77,4) presentaba un

IMC > 25%, teniendo el 15% (IC95%: 11,1-18,9) de éstos, un IMC > 30. Eran consumidores de alcohol a diario un 35% (IC95%: 29,1-40,9) de los pacientes y de fin de semana un 66% (IC95%: 60,1-71,9).

Conclusiones: En la población de nuestro estudio hemos observado que la hipertensión arterial, la dislipemia y la obesidad, son los FRCV más frecuentemente asociados a la gota, por lo tanto sería muy recomendable estudiar y tratar estas patologías desde que se diagnostique el primer ataque de artritis gotosa.

5. LINFHISTIOCITOCIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA: UNA SERIE DE 11 PACIENTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

C. Egües Dubuc, V. Aldasoro Cáceres, M. Uriarte Ecenarro, C. Meneses Villalba, I. Hernando Rubio y J. Belzunegui Otano

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Donostia.

Introducción: La linfocitocis hemofagocítica (LHH) es un síndrome inflamatorio agudo y grave, infradiagnosticado, difícil de tratar y que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una variante que ocurre en enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas, tratamientos y evolución de los pacientes diagnosticados de LHH secundaria, e identificar las posibles causas etiológicas y desencadenantes.

Tabla Póster 5

Descripción de los pacientes observados con LHH secundaria en el Hospital Universitario Donostia, España

| Etiología | Probables causas desencadenantes | Edad (años) | Sexo | Días de hospitalización | Retraso en el diagnóstico en días | Necesidad de ingreso UCI | Tratamientos utilizados en orden | Curación o muerte |
|---|--|-------------|-----------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---|-------------------|
| Inicio de LES | La propia enfermedad | 57 | Masculino | 38 | 3 | No | 1) Inmunoglobulinas 2) Corticoides 3) Ciclosporina | Curación |
| Glioblastoma Multiforme grado IV | Quimioterapia con temozolomida | 78 | Masculino | 30 | 15 | No | 1) Inmunoglobulinas 2) Corticoides | Curación |
| VIH estadio C3 | <i>Pneumocistis jiroveci</i> | 30 | Femenino | 17 | 12 | No | 1) Corticoides 2) Inmunoglobulinas | Muerte |
| Enfermedad de Still del adulto | Neumococo, CMV, herpes simple y Parvovirus B19 | 30 | Femenino | 10 | 7 | No | 1) Corticoides 2) Ciclosporina | Curación |
| Inicio de linfoma no Hodgkin de células B y T | La propia enfermedad | 34 | Masculino | 22 | 6 | No | 1) Campath-CHOP 2) Rituximab-CHOP | Curación |
| Leucemia mieloide aguda | Trasplante alogénico de medula ósea HLA compatible | 65 | Masculino | 100 | 9 | Sí | 1) Corticoides 2) Ciclosporina | Muerte |
| Sepsis secundaria a gastroenteritis por <i>Campylobacter jejuni</i> | La propia enfermedad | 61 | Masculino | 31 | 18 | No | 1) Inmunoglobulinas 2) Corticoides | Curación |
| Inicio de enfermedad de Still | La propia enfermedad | 35 | Femenino | 37 | 14 | Sí | 1) Corticoides 2) Ciclosporina 3) Anakinra | Curación |
| Inicio de linfoma B de células grande de bazo | La propia enfermedad | 77 | Femenino | 61 | 31 | Sí | 1) Corticoides 2) Inmunoglobulinas 3) Ciclosporina 4) Anakinra 5) Tocilizumab | Muerte |
| Inicio de LES | La propia enfermedad | 16 | Masculino | 130 | 18 | Sí | 1) Corticoides 2) Inmunoglobulinas 3) Ciclosporina 4) Anakinra | Curación |
| Inicio de linfoma extranodal células natural killers | Epstein Barr | 55 | Femenino | 38 | 27 | Sí | 1) Corticoides 2) Inmunoglobulinas 3) CHOP | Muerte |

Métodos: Se recopilaron una serie de casos de manera retrospectiva entre 2008 y 2012 en el Hospital Universitario Donostia, España. Los criterios de inclusión fueron cumplir los criterios diagnósticos para LHH y presentar una biopsia de médula ósea compatible con hemofagocitosis. Las variables principales fueron: demográficas, criterios de diagnóstico, probables causas etiológicas y desencadenantes, y tratamientos. Las variables secundarias fueron: tiempo de retraso en el diagnóstico, tiempo de hospitalización, necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la causa, y la mortalidad global.

Resultados: Se incluyeron un total de 11 pacientes, con una edad media de 48,9 años (16-78 años). En la tabla se muestra las características demográficas, enfermedades asociadas, tratamientos, evolución y resolución final de la enfermedad. Las probables causas etiológicas y desencadenantes fueron: 4 relacionadas con enfermedades reumatológicas, 4 con patologías oncohematológicas, 2 con patologías infecciosas y una con patología oncológica. Como datos no descritos antes en la literatura se encontraron como etiología y causas desencadenantes de LHH secundaria: *Campylobacter jejuni* en un paciente previamente sano y sin comorbilidades asociadas, *Pneumocystis jirovecii* en un paciente con virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.) estadio C3, y un paciente con glioblastoma multiforme grado IV tras iniciar quimioterapia con temozolomida. Se encontraron células hemofagocíticas en líquido ascítico en uno de los pacientes que debutó con enfermedad de Still del adulto. El tiempo medio de retraso en el diagnóstico fue 14,5 días (3-31 días) y el tiempo medio de hospitalización fue 46,7 días (10-130 días). El 45% precisó ingreso en la UCI siendo la principal causa el fallo multiorgánico (FMO). La mortalidad global fue del 36,4% (3 presentaba patologías oncohematológicas y 1 patología infecciosa), 3 fallecieron por F.M.O. y 1 por hemoptisis masiva. El tratamiento administrado se fundamentó en la inmunosupresión: corticoides, inmunosupresores sintéticos y fármacos biológicos.

Conclusiones: La LHH secundaria debe sospecharse en todo paciente con fiebre prolongada que no responde a antibióticos de amplio espectro, hepatoesplenomegalia, citopenias, trastornos en la coagulación y alteraciones hepáticas. Las células hemofagocíticas se podrían buscar en líquidos corporales patológicos antes de realizar una biopsia de médula ósea o ante la duda del resultado de la misma. Cumplir todos los criterios diagnósticos no es necesario para iniciar tratamiento cuando se tiene una alta sospecha clínica y una biopsia de médula ósea con hemofagocitosis. La mortalidad puede estar influida por el retraso en el diagnóstico, inicio del tratamiento y principalmente por la etiología y desencadenante del LHH secundaria.

6. ESTÁNDARES DE CALIDAD EN ESPONDILOARTRITIS

L. Silva¹, E. Loza², J. Gratacós³, J. Sanz⁴, R. Ariza⁵, A. Escudero⁶, L. Linares⁷, M. Moreno⁷, C. Fernández-Carballido⁸, E. de Miguel⁹, P. Zarco¹⁰, J. Mulero⁴, M.A. Abad¹¹, E. Batlle¹², R. Queiro¹³, J.C. Torre-Alonso¹⁴, J.D. Cañete¹⁵, J. Rodríguez-Moreno¹⁶, E. Beltrán¹⁷, C. Montilla¹⁸, C. Rodríguez-Lozano¹⁹, J.J. Aznar²⁰, E. Raya²¹, X. Juanola¹⁶ y J.L.Fernández-Sueiro²²

¹Hospital Universitario de Guadalajara. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ⁵Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁷Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁸Hospital General de Elda. ⁹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁰Fundación Hospital Alcorcón. ¹¹Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. ¹²Hospital Universitario Sant Joan. Alicante. ¹³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁴Hospital Monte Naranco. Oviedo. ¹⁵Hospital Clínic de Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ¹⁷Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ¹⁸Hospital Universitario de Salamanca.

¹⁹Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

²⁰Hospital de Mérida. ²¹Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

²²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción: Existe una amplia variabilidad en la disponibilidad, acceso y utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos en la atención a las espondiloartritis (EspA) en España. Esta variabilidad habitualmente es independiente de las características del paciente o de la gravedad de su enfermedad. La implantación de un proceso asistencial integrado centrado en las EspA podría reducir esta variabilidad. Esto hace necesario el desarrollo de iniciativas que definan, mediante estándares, qué requerimientos debe tener cualquier servicio de reumatología que atienda pacientes con EspA.

Objetivos: Desarrollar estándares de calidad para la atención a los pacientes con EspA, incluyendo la artritis psoriásica.

Métodos: El desarrollo de estos estándares se realizó utilizando el método RAND/UCLA modificado. En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura científica y otros documentos de interés relacionados con la calidad y las EspA como son los documentos de consenso, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, diversos proyectos de investigación o la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Músculo-Esqueléticas. Toda la información fue evaluada por dos metodólogos expertos y, posteriormente, adaptada y clasificada en tres categorías de estándares: estructura, proceso y resultado. Se convocó una reunión de un grupo seleccionado de 23 expertos en EspA en la que se revisó toda la información y se desarrollaron los estándares de calidad. Posteriormente, se realizó un primer cuestionario entre el panel de expertos, modificándose los estándares de acuerdo con los resultados. En una segunda ronda, se envió el cuestionario a 167 reumatólogos de toda España, con representatividad equilibrada por edad, sexo, geografía y tipo de centro de trabajo, para evaluar el grado de acuerdo con cada estándar.

Resultados: Se desarrolló un total de 38 estándares (12 de estructura, 20 de proceso y 6 de resultado). En la tabla se muestran los 38 estándares, así como el grado de acuerdo alcanzado para cada uno de ellos.

Conclusiones: Estos estándares de calidad definen el cuidado óptimo en la atención a las EspA. El establecimiento de estos estándares ayuda a planificar su asistencia sanitaria y marca un punto de partida para la mejora continua de la calidad asistencial a este tipo de pacientes.

7. SÍNDROME DE BERLOTTI: COINCIDENCIAS AFORTUNADAS O NO

M.A. Ramírez Huaranga, E. Revuelta Evrard, A. Ariza Hernández, C. Parraga Prieto, R. Arenal López, J. Anino Fernández, M.D. Mínguez Sánchez, J.L. Cuadra Díaz, P. García Morales, M. Paulino Huertas, V. Salas Manzanedo y A. Sánchez Trenado

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: El dolor lumbar afecta al 80% de la población en algún momento de su vida, por lo que su diagnóstico y tratamiento temprano evitará el desarrollo de otras complicaciones físicas, psicológicas y laborales. La dismorfogénesis ósea lumbo-sacra se detecta entre 3-21% de la población, siendo una de estas la presencia de una megapófisis transversa a nivel de L5. El síndrome de Bertolotti se caracteriza por la presencia de una megapófisis transversa a nivel lumbar, la cual puede llegar a articularse o fusionarse con el sacro y/o ilion, originando modificaciones biomecánicas que se traducen en dolor lumbar crónico.

Objetivos: Determinar la importancia del síndrome de Bertolotti dentro del diagnóstico diferencial del dolor lumbar crónico.

Métodos: Se presenta una serie de 9 pacientes con el diagnóstico de síndrome de Bertolotti atendidos en la consulta externa de nuestro hospital y se realiza una revisión bibliográfica del tema.

Tabla Póster 6

| Nº | Estándar de calidad Estándares de estructura | Prioridad | | | |
|----|--|-----------|-------|-------|---------|
| | | Alta | Media | Baja | Ninguna |
| 1 | Los servicios de reumatología que atiendan pacientes con EspA deben disponer de una estructura física adecuada así como todos los instrumentos necesarios para la atención de estos pacientes | 70,6% | 23,9% | 3,4% | 0% |
| 2 | Los servicios de reumatología que atiendan pacientes con EspA deben disponer de un plan asistencial, protocolos de actuación basados en la evidencia y programas de calidad en relación con las EspA | 74,8% | 24,3% | 0,9% | 0% |
| 3 | El acceso a las consultas externas y su ubicación deben de ser apropiados | 50,4% | 40,9% | 7,8% | 0,9% |
| 4 | Amplitud de horario de atención al paciente con EspA | 19,1% | 44,3% | 30,4% | 6,1% |
| 5 | Las consultas deben asegurar privacidad | 73% | 25,2% | 1,7% | 0% |
| 6 | Sistema de información electrónico | 46,1% | 39,1% | 13,9% | 0,9% |
| 7 | Responsable médico de la atención del paciente | 73% | 25,2% | 1,7% | 0% |
| 8 | Los pacientes con EspA deben tener acceso a los cuidados de enfermería | 34,5% | 52,2% | 12,4% | 0,9% |
| 9 | Se requiere un administrativo para gestionar las agendas, citas y la lista de espera | 29,6% | 35,7% | 31,3% | 3,5% |
| 10 | Los pacientes con EspA deben de tener acceso a pruebas complementarias, otros profesionales de la salud relacionados y tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos) con evidencia demostrada de su eficacia aprobados en nuestro país | 81,7% | 16,5% | 1,7% | 0% |
| 11 | Los profesionales relacionados con la atención de las EspA deben tener acceso a una formación reglada en estas enfermedades | 80,9% | 18,3% | 0,9% | 0% |
| 12 | Acceso a consulta telefónica Estándares de proceso | 15,8% | 60,5% | 20,2% | 3,5% |
| 13 | Los pacientes con sospecha de EspA deben ser remitido a las consultas de reumatología en un plazo máximo de 30 días | 57% | 36,8% | 5,3% | 0,9% |
| 14 | Se deben generar e implantar actividades, estrategias, planes que fomenten el conocimiento en las EspA y la colaboración entre médicos de AP y reumatólogos para establecer criterios de derivación adecuados de estos pacientes | 72,2% | 26,1% | 1,7% | 0% |
| 15 | Se deben seguir criterios validados para el diagnóstico de las EspA | 74,6% | 21,9% | 3,5% | 0% |
| 16 | Se debe de realizar un informe con la orientación diagnóstico-terapéutica de los pacientes con EspA para el médico de AP responsable del paciente | 66,1% | 32,2% | 1,7% | 0% |
| 17 | Se debe realizar una evaluación y registro sistemático (al menos una vez al año) que permita cuantificar la actividad, daño estructural, impacto en la función y calidad de vida de la enfermedad, pronóstico y respuesta al tratamiento en los pacientes con EspA | 74,8% | 23,5% | 1,7% | 0% |
| 18 | Los pacientes con EspA deben recibir información sobre su enfermedad, tratamientos, pronóstico y cualquier otra información que se estime oportuna y relevante para el mismo | 79,1% | 20% | 0,9% | 0% |
| 19 | El tratamiento de las EspA debe ajustarse a las manifestaciones clínicas de la enfermedad, gravedad de los síntomas, otros hallazgos clínicos, a factores pronósticos, así como a las preferencias y expectativas del paciente | 87,6% | 11,5% | 0,9% | 0% |
| 20 | Los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que deben instaurarse lo antes posible | 90,4% | 8,8% | 0,9% | 0% |
| 21 | Se debe consensuar el tratamiento entre el médico responsable y el propio paciente | 67,3% | 30,1% | 2,7% | 0% |
| 22 | Se deben seguir algoritmos o protocolos de tratamiento basados en la mejor evidencia científica disponible | 67,5% | 31,6% | 0,9% | 0% |
| 23 | Si no se alcanza el objetivo terapéutico propuesto en 3-4 meses se debe reevaluar el tratamiento | 83,5% | 17,4% | 0,9% | 0% |
| 24 | Se debe realizar una monitorización rigurosa de los acontecimientos adversos | 90,4% | 8,7% | 0,9% | 0% |
| 25 | Se debe valorar la colaboración interdisciplinar en pacientes con manifestaciones extraarticulares | 71,3% | 27,8% | 0,9% | 0% |
| 26 | Los pacientes con EspA deben tener garantizado un acceso rápido al reumatólogo en caso de empeoramiento de su enfermedad o situación de urgencia | 73,9% | 23,5% | 2,6% | 0% |
| 27 | Se debe implantar y actualizar al menos anualmente plan asistencial, protocolos de actuación basados en la evidencia y programas de calidad en relación con las EspA | 42,1% | 47,4% | 9,6% | 0,9% |
| 28 | Se debe prestar un trato adecuado tanto para el paciente como para sus familiares o cuidadores | 65,2% | 28,7% | 6,1% | 0% |
| 29 | Las EspA deben ser objetivo de pre y postgrado | 48,2% | 43,9% | 6,1% | 1,8% |
| 30 | Desarrollar programas de coordinación socio-sanitaria dentro del propio centro | 14,8% | 60,9% | 22,6% | 1,7% |
| 31 | Desarrollar programas de formación exclusiva | 28,7% | 50,4% | 20% | 0,9% |
| 32 | Deben incluirse las EspA en las sesiones clínicas en el servicio de Reumatología Estándares de resultado | 66,7% | 30,7% | 2,6% | 0% |
| 33 | Se debe evaluar la satisfacción de la atención recibida por parte de los pacientes con EspA | 23% | 55,8% | 21,2% | 0% |
| 34 | Se debe evaluar la satisfacción con el trabajo realizado por parte de los profesionales que atienden a los pacientes con EspA | 22,6% | 53% | 24,3% | 0% |
| 35 | Se debe realizar una evaluación periódica y sistemática del registro de actividad | 38,4% | 46,4% | 15,2% | 0% |
| 36 | Se debe realizar una evaluación periódica y sistemática de los profesionales que atienden a los pacientes con EspA | 25% | 48,2% | 25,9% | 0,9% |
| 37 | Se debe realizar una evaluación periódica y sistemática del plan asistencial, protocolos de actuación y programas de calidad en EspA | 37,2% | 51,3% | 11,5% | 0% |
| 38 | Se debe realizar una evaluación periódica y sistemática de los planes de formación de residentes y otros profesionales en relación a las EspA | 38,3% | 52,2% | 8,7% | 0,9% |

Resultados: De nuestra serie de 9 pacientes, 6 fueron mujeres y el promedio de edad general fue de 46 años. En todos ellos no hubo alguna comorbilidad asociada que pudiese relacionarse con el desarrollo de su sintomatología. En todos hubo una aceptable correlación entre la presentación clínica de la zona dolorosa, la exploración física y la ubicación radiológica de la alteración estructural vertebral. Tras el inicio del tratamiento individualizado con el uso de antiinflamatorios, analgésicos, relajantes musculares y principalmente la terapia física se consiguió una respuesta clínica que se correlacionó con la magnitud y el grado de megapófisis presentada.

Conclusiones: La relación entre la alteración biomecánica que provoca una megapófisis transversa y el dolor lumbar se basa en la

sobrecarga y posteriores cambios degenerativos que se genera en la articulación facetaria, discos intervertebrales, estenosis de canal y en la articulación aberrante que se origina a dicho nivel. Dentro del abordaje inicial, la radiología sigue siendo la técnica diagnóstica básica, reservándose otras pruebas de imagen cuando existan dudas o bien para excluir otras posibles etiologías. El tratamiento incluye el uso de analgésicos, relajantes musculares, AINEs y la rehabilitación, lo cual ha mostrado una adecuada respuesta en la mayoría de casos, sin embargo cuando existe refractariedad, el bloqueo con corticoides ± anestésicos, la radiofrecuencia y finalmente la resección quirúrgica de la megapófisis pueden ofrecer una alternativa terapéutica. Aún existen discrepancias sobre si estas alteraciones

vertebrales puede o no justificar la sintomatología que se le atribuye debido a que se ha observado como dichas alteraciones pueden estar presentes también hasta en un 10% de personas asintomáticas. Sin embargo, muchos autores coinciden en que la mejoría clínica significativa producida tras la infiltración con esteroides ± anestésicos en la articulación aberrante de los pacientes con megapófisis transversa, sin ninguna otra causa subyacente que justifique el cuadro clínico, se podría considerar como una prueba diagnóstica y a su vez una alternativa previa al manejo quirúrgico. En conclusión, el tener presente esta entidad en el diagnóstico diferencial, siempre y cuando haya un correspondencia clínica y radiológica, resulta de gran ayuda al paciente ya que se ha observado que hay una buena respuesta tras la infiltración de corticoides ± anestésicos en la articulación aberrante, si el tratamiento conservador habitual con analgésicos, antiinflamatorios y rehabilitador no es suficiente.

8. EL CONTROL DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE TRATADA SE MANTIENE A LARGO PLAZO. ESTUDIO PROSPECTIVO A 10 AÑOS CON HISTORIA ELECTRÓNICA

J.M. Martín Santos, M.P. Serrano Manero, A. García Chillón y S. Martín Armentia

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción: El estudio de la evolución a largo plazo de la actividad inflamatoria de la artritis reumatoide (AR) tratada plantea dificultades por la variación de los tratamientos en el tiempo y por las diferencias de medición entre los examinadores. Presentamos un estudio prospectivo observacional basado en práctica clínica con historia electrónica para investigar la evolución a largo plazo de todos los pacientes con AR asistidos en consultas externas por un solo médico y que fueron seguidos durante 10 años.

Objetivos: Determinar si la actividad inflamatoria de la AR tratada a largo plazo depende o no de su tiempo de evolución.

Métodos: El plazo de inclusión comprendió los años 2002 y 2003 y se consideraron basales los valores de la primera visita del periodo. Se efectuaron cortes para el análisis estadístico a 5 y a 10 años, referidos a la primera visita tras estos intervalos. Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos según que la evolución de la artritis en el momento del registro en la cohorte fuera menor o mayor de 5 años, con independencia de los fármacos recibidos con anterioridad. Un solo médico se encargó de las mediciones y de los tratamientos con la remisión como objetivo.

Resultados: Se analizaron los datos de 227 pacientes, 74% mujeres, edad $57,8 \pm 14,4$, evolución $9,3 \pm 7,8$ años, factor reumatoide 71%, anti-PCC 77%, DAS28 4,4, HAQ 1,2 y erosiones en el 70% de los casos en el momento de la inclusión. Los pacientes más evolucionados eran significativamente mayores y tenían mayor porcentaje de erosiones que los de menos de 5 años y sin embargo su grado de discapacidad (HAQ) y la actividad inflamatoria de la artritis (DAS28) eran similares, presumiblemente por efecto del tratamiento. Después de 5 años 168 permanecían en seguimiento y después de 10 años 121. En esta última fecha 35 habían fallecido (a una edad media de $75,8 \text{ años} \pm 9$) y 71 se habían perdido. Todos los pacientes seguidos al menos 5 años recibieron fármacos modificadores (FAME), con un promedio de 2,3 fármacos diferentes por persona. En total se efectuaron 4154 consultas. A los 10 años de seguimiento presentaba erosiones radiográficas el 89,3% de los pacientes, recibía FAME el 83,5% y recibía biológicos el 25,6%, sin diferencias entre los grupos más y menos evolucionado. También tomaba corticoides a dosis bajas el 51,1% de los pacientes, algo más los de mayor evolución y mayor edad. La discapacidad mejoró pronto con el tratamiento en el grupo menos evolucionado, pero a 10 años era similar a la del grupo más evolucionado. Por el contrario, la actividad inflamatoria disminuyó a los 5 y más aún a los 10 años ($p < 0,001$), con porcentajes de actividad baja (DAS28 $< 3,2$) en el 46,7 y 75,2%, respec-

tivamente y de remisión (DAS28 $< 2,6$) en el 14,9% y 53,7%, sin diferencias entre los grupos más y menos evolucionado. La remisión fue sostenida desde un año antes en el 9,5% de los pacientes vistos en el quinto año y en el 33% de los asistidos a 10 años.

Conclusiones: La mejoría de los parámetros de actividad de la AR tratada se mantiene a largo plazo. En la práctica clínica la aproximación al tratamiento por objetivo consigue a los 10 años porcentajes de actividad baja en el 75% de los casos y de remisión en más de la mitad de los pacientes, con independencia del tiempo de evolución de la enfermedad y del daño estructural acumulado. No pueden descartarse mecanismos de amortiguación de la actividad inflamatoria debidos a la propia enfermedad evolucionada.

9. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA REALIZADO POR REUMATÓLOGO Y ENFERMERA DE REUMATOLOGÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS

A. Naranjo, A. Bilbao, C. Erasquin, S. Ojeda, F. Francisco, J.C. Quevedo, I. Rúa Figueroa, R. López, C. García de Llanos y C. Rodríguez Lozano

Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria.

Introducción: Las enfermedades reumáticas de tipo autoinmune están relacionadas con aterogénesis acelerada e incremento de la mortalidad de causa cardiovascular respecto a la población general. Además del control de la actividad de la enfermedad de base, el riesgo cardiovascular puede reducirse controlando los factores de riesgo clásicos como el tabaco, la hipertensión y el colesterol. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de una intervención educativa del paciente fumador realizado por el reumatólogo y la enfermera de reumatología. La hipótesis es que cuando el consejo lo da un médico especialista al que acude regularmente el paciente, la probabilidad de éxito podría ser mayor.

Métodos: Se seleccionaron los pacientes fumadores activos atendidos de manera sucesiva en consulta de reumatología con alguno de los siguientes diagnósticos: artritis reumatoide, espondiloartritis, colagenosis o vasculitis. La intervención constó de dos fases: 1) Primera fase: consejo explícito del reumatólogo sobre los beneficios de abandonar el tabaco, verbal y mediante escrito elaborado específicamente para pacientes de reumatología. Se insistió en sentido positivo en la necesidad de abandonar el tabaco durante la visita médica rutinaria un mínimo de 3 minutos, advirtiendo de las ventajas sobre la actividad de la enfermedad y una probable mejor respuesta a las terapias. Los pacientes rellenaron un cuestionario sobre el hábito de fumar que incluyó los test de dependencia, preparación y motivación, los intentos previos de abandono, el consejo por su médico generalista y la existencia de otros fumadores en el entorno familiar y laboral. 2) Segunda fase: seguimiento a los 3 meses por la enfermera de reumatología, refuerzo telefónico y oferta de ayuda adicional con visita presencial y tratamiento farmacológico. Se consideró abandono cuando el paciente refería no fumar ningún cigarrillo en los 7 días previos a la entrevista telefónica. La principal variable de desenlace fue el porcentaje de pacientes fumadores que abandonó el tabaco a los 3, 6 y 12 meses. La variable secundaria fue el porcentaje de pacientes que redujo el consumo de cigarrillos en al menos un 50%. Al mismo tiempo que se incluyeron pacientes fumadores activos se recogieron los pacientes exfumadores y el tiempo que llevaban sin fumar.

Resultados: Se realizó encuesta sobre el hábito tabáquico a 945 pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias, de los cuales 233 (24,7%) eran exfumadores y 185 (19,5%) eran fumadores actuales. En los últimos 5 años habían abandonado el tabaco 55 pacientes, con lo cual el promedio anual de abandonos previo al estudio actual fue del 4,6%. Aceptaron participar en el estudio 152 pacientes fumadores actuales. La tasa de abandono fue del 11,8% a los 3 meses, del 14,4% a los 6 meses y del 15,7% a los

Tabla Póster 9

| | Todos los pacientes incluidos (n = 152) | Abandono a los 12 meses (n = 24) | Siguen fumando a los 12 meses (n = 128) | p |
|--|---|----------------------------------|---|--------|
| Sexo mujer (N,%) | 98 (64) | 14 (58) | 84 (65) | 0,49 |
| Edad en años ± DE | 50 ± 11 | 51 ± 12 | 49 ± 10 | 0,29 |
| Diagnóstico AR/EpA/colagenosis (N) | 55/45/40 | 9/9/5 | 46/36/35 | 0,88 |
| Nº de paquetes/año (N ± DE) | 29 ± 17 | 25 ± 22 | 30 ± 17 | 0,08 |
| Test de Fagerström (0-10)* | 4,3 ± 2 | 3,3 ± 1,8 | 4,5 ± 2 | < 0,01 |
| Test de motivación de Richmond (0-10)** | 6,1 ± 2 | 6,7 ± 2 | 6,0 ± 2 | 0,06 |
| Etapas Prochaska: precontemplación, contemplación/preparación (N)*** | 15/37/92 | 1/4/18 | 14/33/74 | 0,11 |
| Estuvo alguna vez sin fumar (N, %) | 103 (67) | 23 (96) | 80 (62) | < 0,01 |
| Otros fumadores en el domicilio (N, %) | 70 (46) | 8 (33) | 62 (48) | 0,17 |
| Otros fumadores en el trabajo (N, %) | 69 (45) | 10 (41) | 59 (46) | 0,68 |
| Recibió consejo por su médico de atención primaria (N, %) | 84 (55) | 15 (62) | 69 (54) | 0,43 |
| Visita en consulta de enfermería (N, %) | 38 (25) | 5 (21) | 33 (25) | 0,60 |
| Tratamiento farmacológico (N, %) | 15 (10) | 3 (12) | 12 (9) | 0,63 |

*Test de dependencia del tabaco, siendo 9-10 una dependencia muy alta. **Test de motivación para dejar de fumar, siendo 9-10 una motivación muy alta. ***Cuestionario sobre grado de concienciación para dejar de fumar siendo la preparación el estar decidido a dejar de fumar.

12 meses. La OR en comparación con la tasa de abandonos previos fue de 3,8 (IC95% 1,8-8,1). De los 24 abandonos al año, 19 casos se achacaron al consejo médico más refuerzo telefónico, mientras que en 5 casos añadiendo visita a la enfermera (3 de los cuales con tratamiento farmacológico). Aparte de los abandonos, 29 pacientes (19%) redujeron el consumo = 50% a los 12 meses. En la tabla se muestran las características de los pacientes que abandonaron a los 12 meses y la comparación con los que continuaban fumando. El éxito en el abandono según el médico que dio el consejo varió entre el 4% y el 24%, ($p = 0,07$). En un análisis de regresión lineal en el que la variable dependiente fue el abandono a los 12 meses, una menor dependencia ($p = 0,03$) y el haber estado algún periodo previo sin fumar ($p = 0,04$) se asociaron significativamente con el abandono.

Conclusiones: El consejo verbal y escrito del reumatólogo y el apoyo de la enfermera en pacientes fumadores consigue que uno de cada 6 abandone el tabaco a los 12 meses. Los pacientes con menor dependencia del tabaco y los que habían estado periodos previos sin fumar fueron los que abandonaron con mayor frecuencia. Se trata del primer estudio de intervención en fumadores con artritis que cuenta con la ventaja de un diseño sencillo integrado en la práctica diaria. El consejo estructurado del reumatólogo parece ser el método más eficiente para conseguir que los pacientes dejen de fumar.

10. CUANTIFICACIÓN DEL BENEFICIO DE LA REDUCCIÓN DE PESO Y EL USO DE CONDROITÍN SULFATO ORAL EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE RODILLA

C. Guillén Astete¹, A. Boteanu², C. Sobrino Grande² y D. Botello Corzo²

¹Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Grupo de Reumatología. Hospital Moncloa. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Cuantificar las modificaciones de la altura del cartílago articular de la rodilla (CAR) en pacientes con osteoartritis de rodilla tratados con condroitin sulfato, pérdida de peso o la combinación de ambos.

Métodos: Estudio retrospectivo. Ciento doce pacientes con IMC mayor o igual a 30 iniciaron tratamiento con condroitin sulfato 800 mg/día (según posología de la ficha técnica del preparado comercial) y se les indicó la pérdida de peso de al menos 7% (cifra mínima indispensable para ralentizar el consumo de cartílago articular de rodilla según resultados de Anandacoomarasamy 2012;71:26-32). La altura del CAR fue medida al inicio del tratamiento, a los 12 y 24 meses (± 2 meses) según las recomendaciones de Naredo et al (Ann Rheum Dis. 2009;68:1322-7) con un ecógrafo equipado con una sonda lineal de 8-12MHz. La medida de cada compartimento se hizo en las dos rodillas (salvo amputación) medida en unidades de milímetros con dos decimales. El diagnóstico y grada-

ción de gonartrosis se hizo mediante la escala de Kellgren-Lawrence (Kellgren et al. 1957;4:494-502). La clasificación de los pacientes por grupos se estableció en función de la adherencia a los tratamientos indicados sin considerar si fueron o no tratados conjuntamente con fisioterapia. Se consideraron controles los pacientes que no cumplieron el 75% de la posología indicada y que no alcanzaron el objetivo de reducción de peso. La distribución de pacientes en cada grupo de estudio se hizo al final del seguimiento.

Resultados: Ochenta y nueve pacientes (79,5%) fueron mujeres. La media de edad fue 69 años, 61,6% y 38,4% de los pacientes tenían un grado Kellgren II y III respectivamente. 16 pacientes alcanzaron el peso objetivo y cumplieron con la posología indicada (Grupo-I), 36 solo cumplieron la posología (Grupo-II), 12 solo alcanzaron el objetivo de peso (Grupo-III) y 48 (Grupo-IV) no cumplieron la posología ni alcanzaron el objetivo de peso (14,3%, 32,1%, 10,7%, 42,9% respectivamente). La reducción de altura del cartílago medial a los 6m fue 0,97% (Grupo-I), 2,00% (Grupo-II), 1,93% (Grupo-III) y 2,78% (Grupo-IV). A los 12m fue 1,55%, 3,58%, 2,67% y 3,96% respectivamente. En ambos periodos de tiempo existieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre el Grupo-I y el resto. No se encontró diferencia en la reducción de altura en función del sexo de los pacientes, de la clasificación Kellgren, del uso coadyuvante de fisioterapia, ni en función de la estratificación por cuartiles de IMC. En el resto de medidas la reducción de altura fue similar en los cuatro grupos.

Conclusiones: Pese al carácter retrospectivo de este estudio y a las limitaciones de su diseño, nuestros resultados respaldan que el uso de condroitin sulfato y la pérdida de al menos 7% de peso concomitante se asocian a una menor pérdida de altura de cartílago medial de la rodilla sin objetivarse beneficio en otras localizaciones. Estudios prospectivos a mayor escala serían necesarios para concluir causalidad y para estratificarla en distintos perfiles de pacientes.

11. LO QUE PUEDE ESCONDER UNA MERALGIA PARESTÉSICA: CAUSAS INFRECIENTES

M. Ramírez Huaranga¹, A. Ariza Hernández¹, C. Ramos Rodríguez², J. González García², C. Parraga Prieto¹, R. Arenal López¹, J. Anino Fernández¹, J.L. Cuadra Díaz¹, P. García Morales¹, M.D. Mínguez Sánchez¹, M. Paulino Huertas¹, E. Revuelta Evrad¹, V. Salas Manzanedo¹ y A. Sánchez Trenado¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: La meralgia parestésica (MP) es una mononeuritis del femorocutáneo que se caracteriza por dolor y/o parestesias en la cara anterolateral del muslo. Esta afectación neurológica es causada principalmente por un traumatismo o compresión en algún punto a

lo largo de su recorrido. Suele presentarse entre los 30-40 años, con una incidencia de 0,43/10.000 habitantes según algunos estudios, siendo el sexo masculino el más afectado.

Objetivos: Presentar causas infrecuentes en el diagnóstico diferencial de la meralgia parestésica.

Métodos: Se presenta una serie de casos con diagnóstico de meralgia parestésica de origen mecánico compresivo infrecuente y se realiza una revisión bibliográfica del tema.

Resultados: Nuestra serie estuvo conformada por 2 pacientes que presentaron un cuadro clínico compatible con una meralgia parestésica, sin ningún otro dato relevante a la exploración física por lo que se inició tratamiento con analgésicos y neuromoduladores como la gabapentina. Se solicitó como prueba de imagen complementaria una tomografía computarizada (TAC), cuyos resultados fueron relevantes para el manejo posterior. En el caso 1 se objetivó una masa de 79 mm en el polo superior del riñón izquierdo, con centro necrótico y posibles focos de invasión grasa peri-renal en su margen superior, sospechosa de neoplasia, sin otra afectación ni adenopatías patológicas por lo que se remitió al servicio de Urología, procediéndose a una nefrectomía izquierda, con evolución favorable, desaparición del dolor lumbar y las parestesias. La pieza quirúrgica fue enviada para el estudio anatómico-patológico, siendo los hallazgos histológicos compatibles con un oncocitoma renal. En el caso 2 se objetivó la presencia de un lipoma de 22 × 15 mm ubicado en el tercio superior del músculo sartorio izquierdo que tras su extirpación quirúrgica se consiguió la resolución de la sintomatología, correspondiendo el estudio anatómico-patológico con tejido fibroadiposo.

Conclusiones: El diagnóstico de MP se establece por una presentación clínica muy típica y sugestiva, sin embargo, para un adecuado diagnóstico diferencial es importante indagar por la presencia de otros síntomas asociados, dado que otras patologías pueden estar relacionadas con ella. Inicialmente el estudio radiográfico y una analítica completa nos permitirá descartar la presencia de tumores óseos o alteraciones metabólicas respectivamente; asimismo el estudio neurofisiológico, así como pruebas de bloqueo nervioso, ayudaran a confirmar el diagnóstico. Finalmente, se recomienda la resonancia magnética, tomografía o ecografía para descartar alguna causa infrecuente. La lesión por compresión del nervio femorocutáneo está favorecida por su largo recorrido y características anatómicas particulares, siendo más frecuente las producidas a nivel inguinal, originadas por compresión externa por el uso de cinturones, ropa ajustada, un abdomen globuloso o por la presencia de alteraciones anatómicas como lipomas localizados a ese nivel. Asimismo, se han descrito casos de MP secundarios a compresión del nervio femorocutáneo a nivel intra-abdominal originadas por masas retroperitoneales, como las ocasionadas por la presencia de hematomas, pseudoaneurismas o la presencia de tumores de partes blandas u óseos. El presente caso, así como otros mencionados en la literatura, justifican el hecho de realizar alguna prueba de imagen como la ecografía y una analítica en los pacientes con meralgia parestésica, incluso con una presentación típica y sin alguna otra sintomatología asociada.

12. EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE RITUXIMAB. NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Linares, A. Egüés, C. Meneses, M. Uriarte, I. Hernando, V. Aldasoro, A. Aranguren y J. Belzunegui

Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Objetivos: Describir los eventos adversos registrados en pacientes a los que se administró rituximab (RTX), y su posible relación con dicho fármaco. En todos los casos la indicación del tratamiento fue realizada por médicos reumatólogos.

Métodos: Revisión de los historiales clínicos y de los registros de una base de datos específica de terapias biológicas cumplimentada durante los últimos 7 años.

Resultados: Se analizaron los historiales de 93 pacientes (71 mujeres [76%] y 22 hombres [24%]). La edad media al inicio del tratamiento fue de 53 años (límites 20-88 años). La duración media de la enfermedad fue de 11 años (límites 1-16 años). Los diagnósticos que justificaron la administración de RTX fueron: 60 artritis reumatoide (64,5%), 9 Sjögren primario (9,7%), 7 lupus eritematoso sistémico (7,5%), 6 miopatías inflamatorias (6,5%), 3 queratopatías asociadas a artritis reumatoide (3,2%), 2 enfermedades mixtas del tejido conectivo (2,2%), 2 conectivopatías indiferenciadas (2,2%), 2 artritis reumatoide de inicio infantil (2,2%), 1 RHUPUS (1%), 1 vasculitis sistémica (1%). Se administraron 607 infusiones. A todos los individuos se premedicó por protocolo con antihistamínicos, metilprednisolona y paracetamol. Se constataron 23 eventos adversos (4%, 23/607) en 16 pacientes (17%, 16/93). Once padecieron 1, 4 sufrieron 2 y 1 tuvo 4. En 4 de ellos (25%) se produjo tras la primera dosis. En 14 casos de los 23 (61%) el evento adverso justificó la suspensión del fármaco. No hubo fallecimientos. Un paciente precisó de ingreso en CMI. La tabla muestra los eventos adversos y su posible relación causal con la administración de RTX.

Tabla Póster 12

Descripción de los eventos adversos registrados

| Evento adverso: n = 23 | Relación causal | Suspensión definitiva |
|--|-------------------|-----------------------|
| Erupción cutánea: n = 6 | Sí en los 6 casos | En 2 casos |
| Hipogammaglobulinemia: n = 3 | Sí en los 3 casos | En los 3 casos |
| Erupción cutánea, fiebre, artralgias: n = 3 | Sí en los 3 casos | Sí en 1 caso |
| Picor, odinofagia, hipoTA: n = 2 | Sí en los 2 casos | Sí en 1 caso |
| Erupción cutánea, odinofagia: n = 2 | Sí en los 2 casos | Sí en los 2 casos |
| Malestar general, lesiones orales: n = 1 | Sí | Sí |
| Taquicardia ventricular 2 meses antes de infusión: n = 1 | Improbable | Sí |
| Brote psicótico tres meses tras infusión: n = 1 | Improbable | Sí |
| Urticaria, fiebre, plaquetopenia: n = 1 | Sí | Sí |
| Hepatitis: n = 1 | Improbable | No |
| Infecciones urinarias de repetición: n = 1 | Improbable | No |
| Shock anafiláctico: ingreso CMI: n = 1 | Sí | Sí |

Conclusiones: 1. Los eventos adversos relacionados con la administración de rituximab fueron relativamente frecuentes. 2. Los eventos graves fueron raros. 3. No se constataron exitus. 4. Con control adecuado RTX parece ser un fármaco con un aceptable perfil de seguridad.

13. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE LA ASOCIACIÓN NAPROXENO/ESOMEPRAZOL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS EN ESPAÑA

M. Capel¹, J. Tornero², J.L. Zamorano³, M.A. Casado⁴, I. Oyagüez⁴, J. Sánchez-Covisa¹ y A. Lanás⁵

¹Health Economics & Outcomes Research. AstraZeneca Farmacéutica Spain. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Guadalajara. ³Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Pharmacoeconomics and Outcomes Research Iberia. Madrid. ⁵Universidad de Zaragoza. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico. CIBERhd. I+CS. Zaragoza.

Introducción: En el tratamiento de la artrosis pueden emplearse diversas estrategias con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de similar eficacia, pero diferente perfil de seguridad, lo que afecta a la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes.

Objetivos: Evaluar, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, el coste-efectividad de Vimovo® (naproxeno/esomeprazol magnesio), comprimidos de liberación modificada, como alterna-

tiva terapéutica en pacientes con artrosis respecto a otros AINEs disponibles en España, tanto tradicionales como inhibidores COX-2, en monoterapia o combinados con un inhibidor de la bomba de protones (IBP).

Métodos: Se empleó un modelo de Markov con diferentes estados de salud entre los que los pacientes podían transitar en ciclos de 3 meses, y definidos según la aparición de eventos clínicos gastrointestinales (GI): dispepsia, úlcera sintomática o evento GI complicado; o cardiovasculares (CV): infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular o insuficiencia cardíaca. Se estimó, en un horizonte temporal de 1 año, los costes y beneficios en salud obtenidos en pacientes mayores de 65 años con riesgo aumentado de complicaciones GI, tras 6 meses de tratamiento con celecoxib (200 mg/día), celecoxib + IBP, diclofenaco (150 mg/día) + IBP, etoricoxib (60 mg/día), etoricoxib + IBP, ibuprofeno (1.800 mg/día) + IBP, naproxeno (1.000 mg/día) + IBP o Vimovo® (naproxeno 1000 mg/esomeprazol 40 mg día). El IBP de elección fue omeprazol (20 mg/día). La unidad de efectividad utilizada fue el año de vida ajustado a calidad (AVAC), cuya ventaja es que combina, en un único valor, cantidad y calidad de vida (el estado de salud perfecto equivaldría a 1 y la muerte a 0). El riesgo de desarrollar los distintos eventos se estimó según la evaluación de AINEs en artrosis publicada por la agencia británica NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) en 2008; asumiendo que Vimovo® tiene el mismo riesgo de eventos GI que naproxeno + IBP y el mismo riesgo de eventos CV que naproxeno. El coste total (€, año 2012) incluyó tanto el coste farmacológico como el coste asociado al manejo de los eventos clínicos. Con los AVAC y costes totales de cada tratamiento, se obtuvo el coste por AVAC ganado (relación coste-efectividad incremental, RCEI) de Vimovo® frente a cada alternativa.

Resultados: La efectividad en AVAC fue 0,5996 (celecoxib + IBP); 0,5946 (etoricoxib + IBP); 0,5911 (Vimovo®); 0,5870 (ibuprofeno + IBP); 0,5843 (naproxeno + IBP); 0,5765 (celecoxib); 0,5708 (diclofenaco + IBP) y 0,5635 (etoricoxib). El coste total fue 960 € (etoricoxib), 843 € (celecoxib), 700 € (etoricoxib + IBP), 675 € (diclofenaco + IBP), 663 € (Vimovo®), 659 € (celecoxib + IBP), 627 € (naproxeno + IBP) y 599 € (ibuprofeno + IBP). Vimovo® resultó ser una estrategia dominante (más efectiva y con menor coste) respecto a celecoxib, etoricoxib y diclofenaco + IBP. Celecoxib + IBP y etoricoxib + IBP fueron opciones más efectivas que Vimovo®. Considerando un umbral de 30.000 €/AVAC adicional, Vimovo® resultó coste-efectivo respecto a ibuprofeno + IBP y naproxeno + IBP con valores de RCEI de 15.154 € y 5.202 €/AVAC adicional, respectivamente. La mayoría de los análisis de sensibilidad realizados no tuvo impacto en los resultados.

Conclusiones: La administración de Vimovo® en pacientes con riesgo gastrointestinal aumentado, es una alternativa coste-efectiva e incluso dominante frente a la mayoría de las opciones disponibles en España para el tratamiento de la artrosis.

14. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA EN SANGRE PERIFÉRICA EN LA DISCRIMINACIÓN DE LA ARTRITIS INFECCIOSA DE LA MICROCRISTALINA EN URGENCIAS

C. Guillén Astete, C. Medina Quiñones, M. Ahijón Lana, A. Boteanu y A. Zea Mendoza

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Se ha establecido que la proporción de pacientes con brotes de artritis gotosa que en forma simultánea presentan una infección documentada a nivel del líquido sinovial alcanza el 5%. Existe una gran dificultad para descartar una artritis infecciosa de una gotosa cuando la segunda ha sido demostrada por la existencia de cristales debido a que ambas pueden cursar con elevación de los

reactantes de fase aguda, leucocitosis en sangre periférica y líquido sinovial con más de 50,000 células. En este contexto, el propósito del presente estudio es el de determinar la utilidad de la cuantificación en sangre periférica de la procalcitonina (PCT) como discriminadora de estos dos tipos de artritis.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo llevado a cabo a lo largo de un periodo de 6 meses. Se realizó una determinación de PCT en 39 pacientes consecutivos que se presentaron en el servicio de urgencias de nuestro hospital por monoartritis de rodilla y que tenían un diagnóstico previo de gota (de no más de 5 años de antigüedad). En todos los pacientes se realizó una artrocentesis de rodilla, estudio de microcristales, tinción de GRAM, cultivo en medio enriquecido BMI y recuento leucocitario del líquido sinovial (LS) y una determinación en sangre periférica de PCR, VSG así como un hemograma.

Resultados: La población estudiada tuvo una edad promedio de 49 ± 6,9 años, siendo 29/39 de sexo masculino. El tiempo desde el inicio de los síntomas fue de 4 ± 0,7 días. Los diagnósticos finales (documentado microbiológicamente y/o por el hallazgo de cristales intracelulares) fueron: 9 Artritis infecciosas, 28 artritis gotosas y 2 artritis gotosas e infecciosas simultáneas. La edad, el sexo, el tiempo desde el inicio de los síntomas y los valores de PCR, VSG así como la leucocitosis en sangre periférica no tuvieron diferencias significativas entre los tres grupos. El recuento de leucocitos en LS fue similar en los tres grupos. La determinación promedio de PCT para los tres grupos fue: 2,01 ± 0,4, 0,63 ± 0,2 y 2,51 ± 0,9 (artritis infecciosa, gotosa y simultánea, respectivamente). La diferencia entre las cifras de PCT de los dos primeros grupos fue estadísticamente significativa (p < 0,01; ANOVA). Se determinó por medio de una curva ROC que la cifra de PCT > 1,475 establecía el diagnóstico de artritis infecciosa con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 88,89% (Likelihood ratio 9,00).

Conclusiones: La determinación de PCT puede ser considerada una prueba útil ante una monoartritis aguda en un paciente con gota en el que se pretende descartar la existencia de una artritis infecciosa. La alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de infecciones articulares demostrada en este trabajo permiten proponerla como prueba de rutina en dichas situaciones, aunque nuestros resultados deberían someterse a comprobación con series más grandes especialmente en casos de coexistencia de los dos tipos de monoartritis. La determinación de la PCT en nuestro hospital se estima en 17 euros, coste que justifica su realización teniendo en cuenta que podría permitir evitar un ingreso hospitalario innecesario.

15. EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA Y DE CITOCINAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO SIN TRATAMIENTO

S. Manrique Arijia¹, J. Rioja², P. Valdivielso², M.A. López Lasanta³, P. Espiño Lorenzo¹, I. Ureña¹, F.G. Jiménez Núñez¹, C.M. Romero Barco¹, V. Rodríguez García¹, L. Cano¹, L. Nieves¹, M.V. Irigoyen¹ y A. Fernández Nebro^{1,2}

¹HRU Carlos Haya. Málaga. ²Departamento de Medicina. Universidad de Málaga. ³Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Analizar la resistencia a la insulina (RI), adipocinas, citocinas inflamatorias y las características clínicas y de laboratorio en pacientes con artritis reumatoide precoz (ARp) que no han recibido ningún tratamiento para su enfermedad.

Métodos: Se realizó un estudio transversal basado en casos y controles. Se incluyeron, de forma consecutiva, cuarenta y seis adultos (= 16 años) con ARp (duración de la enfermedad < 1 año) de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2010, y 45 controles emparejados por edad, sexo e IMC. Los pacientes con diabetes mellitus (según cri-

terios ADA 2010), o en tratamiento con glucocorticoides o FAME (actual o anterior) fueron excluidos. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Se determinaron en sangre periférica los valores de glucosa, el perfil lipídico, el FR, el antiCCP, la VSG y la insulina; por otro lado, PCR ultrasensible, IL-6, TNF α , resistina, adiponectina y leptina se determinaron en el suero congelado que fue almacenado a -80°C . La Resistencia a la insulina (RI) se estimó por el modelo de evaluación de la homeostasis para resistencia a la insulina (HOMA-RI) y el modelo de evaluación de la homeostasis para predecir la producción de la célula β (HOMA β), el índice de McAuley y el índice QUICKI. Se completó también un cuestionario de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y se realizó la medición de la circunferencia de la cintura y de la cadera. Análisis estadístico: Las comparaciones entre los grupos fueron realizadas mediante un test de chi-cuadrado o un t-test o prueba de Mann Whitney. Se utilizó un análisis de correlación de Pearson o Spearman para estimar la correlación entre las variables cuantitativas.

Resultados: 103 sujetos fueron investigados, de los cuales 12 fueron excluidos (6 eran otros tipos de artritis, 6 eran diabéticos) y, finalmente, 91 se incluyeron en el estudio; 46 eran pacientes con AR y 45 controles sanos. La mayoría de ellos eran mujeres (76,1% en la AR). En cuanto a las características de los pacientes, la duración media de la AR fue de 5,9 (\pm DE 3,5) meses, y más del 70% de los pacientes tenían FR positivo y/o AntiCCP. Los valores de PCR y VSG fueron mayores en los pacientes con ARp que en controles ($p < 0,001$). Se encontraron diferencias en los valores de colesterol total, que fueron mayores en los controles [215 mg/dl vs 195 mg/dl ($p = 0,024$)], HDL los niveles fueron más bajos en los pacientes con AR [52 mg/dl vs 59 mg/dl ($p = 0,044$)] y la hipertensión se observó en un mayor número de pacientes con AR [30,4% vs 13,3% ($p = 0,049$)]. Los niveles de citocinas proinflamatorias, tales como IL-6 y TNF- α también fueron mayores en los pacientes con AR. Los niveles séricos de resistina fueron mayores en los pacientes con AR, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la leptina, adiponectina, ni en los índices HOMA-RI, HOMA β , QUICKI o McAuley. El análisis bivalente mostró una correlación estadísticamente significativa entre los diferentes índices de RI y TNF α , leptina, IMC y perímetro abdominal y de caderas. En la regresión lineal múltiple observó una correlación positiva entre HOMA-RI y el tiempo de evolución hasta el diagnóstico de la AR.

Conclusiones: Los pacientes con AR precoz sin tratamiento, todavía no muestran la resistencia a la insulina que presentan los pacientes con AR establecida, a pesar de tener niveles elevados de PCR, VSG, IL6, TNF- α , DAS28 y resistina. Esta falta de asociación entre AR y los diferentes índices de RI podría ser debida al corto curso de la enfermedad.

16. COMPARACIÓN ENTRE LA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE EN PACIENTES CON GONARTROSIS AVANZADA SEGÚN TIPOS DE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR

C. Guillén Astete, D. Botello Corzo, C. Sobrino Grande y V. García Coca

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El control analgésico de la artrosis de rodilla constituye un frecuente motivo de consulta urgente. Existen varios condicionantes inherentes al perfil de este tipo de pacientes que dificultan el tratamiento crónico del dolor: Edad, comorbilidades vasculares, enfermedad ulco-péptica, enfermedades renales crónicas, etc. El propósito del presente estudio es el de valorar los beneficios del uso de la buprenorfina transdérmica en términos de

reducción de la necesidad de consultas por mal control analgésico y eventos adversos atribuibles a la medicación en comparación con la administración de tramadol oral o anti inflamatorios no esteroideos (AINEs).

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo para el que se revisaron los registros de visitas a nuestro servicio de urgencias generados entre 2010 y 2011. Se identificaron los pacientes que consultaron por gonalgia y se incluyeron aquellos con diagnóstico documentado de gonartrosis grado IV de Kellgren-Lawrence, no intervenidos quirúrgicamente. Solo se incluyeron pacientes con tratamientos sostenidos de forma continua durante al menos 1 mes: Grupo I, cualquier AINE a dosis plena; Grupo II, tramadol 100 mg o más/día, Grupo III, buprenorfina transdérmica 35 μg o más/72h. Se recogieron datos epidemiológicos de los pacientes, comorbilidad hipertensiva, renal y ulcopéptica así como el uso de medicación analgésica coadyuvante (codeína, paracetamol, SYSADOAs). No se incluyeron pacientes usuarios de Sintrom. Los pacientes fueron agrupados según el tipo de tratamiento que se les administró. Las variables que se compararon fueron: Número de motivos de consulta por mal control analgésico/trimestre (MCA/tm) y número de motivos de consulta atribuidos (según opinión del clínico responsable de la atención) a efectos adversos la correspondiente medicación/trimestre (EA/tm), El seguimiento de los EA/tm se realizó hasta marzo 2012 (tres meses después de culminado el seguimiento retrospectivo).

Resultados: De 215 pacientes con gonartrosis grado IV, cumplieron los criterios de inclusión solo 90 pacientes, 61 mujeres y 29 varones. La causa de exclusión más frecuente fue la imposibilidad de demostrar la continuidad de los tratamientos. La media de edad de los grupos I, II y III fue 74 DE 4, 75 DE 3 y 73 DE 5 respectivamente ($p > 0,05$). La proporción de pacientes con comorbilidades hipertensivas, con aclaramiento de creatinina inferior a 70 ml/min, con enfermedad ulcopéptica conocida no tuvo diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos estudiados. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la proporción de usuarios de paracetamol, codeína y SYSADOAs. La media del MCA/tm de los grupos I, II y III fue 2,91 DE 1,45, 3,56 DE 2,11 y 1,12 DE 0,98 respectivamente ($p < 0,001$; Tukeys test $p < 0,05$ Grupos I-III y II-III); La media de EA/tm fue de 0,31 DE 0,14, 0,88 DE 0,26 y 0,44 DE 0,19 respectivamente ($p < 0,005$; Tukeys test $p < 0,05$ Grupos I-II).

Conclusiones: Debido al diseño retrospectivo de este trabajo, hemos utilizado índices trimestrales como estrategia para compensar la heterogeneidad terapéutica en el manejo del dolor crónico. Teniendo esto presente consideramos que a la luz de los resultados obtenidos, el uso de buprenorfina transdérmica representa una alternativa que podría permitir reducir las visitas a urgencias por mal control analgésico y sin incrementar las visitas por efectos adversos respecto al uso de tramadol oral o AINEs.

17. VASCULITIS CUTÁNEA SECUNDARIA A INFECCIÓN MAYOR. ESTUDIO DE 27 PACIENTES

J. Loricera¹, V. Calvo Río¹, F. Ortiz Sanjuán¹, H. Fernández Llaca², M.A. González López², M.C. González Vela³, C. Mata¹, J. Rueda Gotor¹, V.M. Martínez Taboada¹, M.A. González Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Introducción: La vasculitis cutánea (VC) puede ser una manifestación clínica de una infección grave. En esos casos el retraso diagnóstico o el tratamiento inmunosupresor puede perjudicar el pronóstico. Nuestro objetivo fue evaluar la frecuencia, subtipos de

Tabla Póster 17

| Caso | Edad/ Sexo | Clínica | Analítica | Retraso diagnóstico de infección/evolución | Diagnóstico |
|------|---------------|--|---|--|--|
| 1 | 40/V | Ppalpable, fiebre, artralgias, tos, expectoración | Leucocitosis, VSG alta, anemia, FR+, disminución C3, crioglobulinas+ | 3 días/Recuperación | Neumonía |
| 2 | 64/V | Ppalpable, tos, expectoración | Leucocitosis, VSG alta, hematuria | 4 días/Recuperación | Neumonía |
| 3 | 60/M | Ppalpable, fiebre, dolor costal | Leucocitosis, anemia | 2 días/Recuperación | Neumonía |
| 4 | 71/V | Ppalpable, fiebre, tos, expectoración, dolor abdominal | Leucocitosis, VSG alta, anemia, crioglobulinas+ | 1 día/Recuperación | Neumonía |
| 5 | 45/V | Ppalpable, fiebre, tos, expectoración, dolor abdominal | Leucocitosis, VSG alta, anemia, i. renal, VHC+, FR+, ANA+, crioglobulinas+ | 4 días/Recuperación | Neumonía |
| 6 | 52/M | Ppalpable, fiebre, tos, expectoración, dolor costal | Leucocitosis | 6 días/Recuperación | Neumonía |
| 7 | 42/V | Ppalpable, tos, expectoración | Leucocitosis, anemia, VHC+, VIH+ | 1 día/Fallecimiento | Neumonía |
| 8 | 51/V | Ppalpable, fiebre, tos, expectoración | Leucocitosis, VSG alta, anemia, i. renal | 2 días/Recuperación | Neumonía |
| 9 | 65/V | Ppalpable, fiebre, dolor abdominal, artralgias, soplo cardiaco | Leucocitosis, VSG alta, anemia, hematuria | 32 días/Recuperación tras prótesis valvular | Endocarditis |
| 10 | 55/V | Ppalpable, fiebre, lumbalgia, artralgias, soplo cardiaco | Leucocitosis, VSG alta, anemia, FR+ | 4 días/Recuperación | Endocarditis |
| 11 | 66/V | Ppalpable, dolor torácico, soplo cardiaco | Leucocitosis, anemia, ANA+ | 45 días/Recuperación tras prótesis valvular | Endocarditis |
| 12 | 47/V | Ppalpable, fiebre, dolor torácico, soplo cardiaco | Leucocitosis, FR+ | 7 días/Recuperación | Endocarditis |
| 13 | 66/V | Ppalpable, fiebre, sd constitucional, artralgias | Leucocitosis, VSG alta, anemia, hematuria, insuf renal, ANA+ | 3 días/Recuperación | Endocarditis |
| 14 | 51/M | Eritema, fiebre, sd constitucional, dolor abdominal | Leucocitosis, VSG alta, hematuria, FR+ | 7 días/Recuperación | Endocarditis |
| 15 | 56/V | Ppalpable, artralgias, cefalea, vómitos | Leucocitosis, VSG alta, hematuria | 6 días/Recuperación | Meningitis |
| 16 | 48/V | Ppalpable, fiebre, artralgias, cefalea | Leucocitosis, VSG alta, anemia | 7 días/Recuperación | Meningitis |
| 17 | 31/M | Ppalpable, fiebre, artralgias, cefalea | Leucocitosis, VSG alta, anemia, ANA+ | 4 días/Recuperación | Meningitis |
| 18 | 41/V | Ppalpable, fiebre, sd constitucional, artralgias, cefalea | Leucocitosis, elevación VSG, ANA+ | 5 días/Recuperación | Meningitis |
| 19 | 9/V | Ppalpable, fiebre, dolor abdominal | Leucocitosis | 2 días/Recuperación | Infección abdominal |
| 20 | 78/V | Ppalpable, fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos, rectorragia | Leucocitosis, anemia, i. renal, hematuria, FR+ | 1 día/Recuperación | Infección abdominal |
| 21 | 81/V | Ppalpable, fiebre, sd constitucional, dolor abdominal, náuseas, vómitos | Leucocitosis, VSG alta, anemia, i. renal, disminución C3 | 4 días/Fallecimiento | Sepsis origen abdominal |
| 22 | 70/V | Ppalpable, fiebre, artritis, náuseas, vómitos | Leucocitosis, anemia, i. renal | 2 días/Recuperación | Artritis infecciosa de rodilla |
| 23 | 73/V | Ppalpable, artritis muñeca | Leucocitosis, VSG alta | 3 días/Recuperación | Artritis infecciosa de muñeca |
| 24 | 57/V | Ppalpable, fiebre, tumefacción codo | Leucocitosis, VSG alta | 6 días/Recuperación | Bursitis olecraneana |
| 25 | 34/M | Ppalpable, dolor abdominal, artritis, rectorragia | Leucocitosis, VSG alta, hematuria | 1 día/Recuperación | Septicemia |
| 26 | 9/V | Ppalpable, fiebre, sd constitucional, artralgias, náuseas, vómitos | Leucocitosis, VSG alta | 2 días/Recuperación | Septicemia |
| 27 | 55/V | Ppalpable, fiebre, dolor abdominal, artralgias | Leucocitosis, anemia, i. renal, hematuria | 4 días/Recuperación | Infección urinaria (trasplante renal) |

V: varón; M: mujer Ppalpable: púrpura palpable.

infecciones mayores y características clínicas de la VC asociada a infecciones graves.

Métodos: Estudio de una serie amplia y no seleccionada de 817 pacientes con VC de un mismo hospital Universitario. Consideramos una VC secundaria a una infección mayor a las vasculitis que se deben a dicha infección y necesitan de tratamiento antibiótico para su resolución. El diagnóstico de VC exigió la confirmación histológica de la vasculitis.

Resultados: En 27 (22 varones/5 mujeres), (edad media $52,48 \pm 17,62$ años) de 817 pacientes (3,30%) la VC se debió a una infección mayor subyacente: 8 neumonías, 6 endocarditis, 4 meningitis, 3 infecciones abdominales, 2 artritis sépticas, 2 septicemias, 1 bursitis séptica, y 1 infección urinaria (tabla). En todos los casos, las lesiones cutáneas vasculíticas se presentaron al inicio. Las lesiones cutáneas fueron, púrpura palpable (26 pacientes) y eritematosas (1 caso). La localización más frecuente fue en extremidades inferiores. La duración media de las lesiones cutáneas fue de $15 \pm 6,9$ días. Otras manifestaciones clínicas además de las propias de cada subtipo de infección fueron la fiebre (21 pacientes) y síndrome constitucional (5 pacientes). No se observó afectación vasculítica visceral grave en ningún caso. Dentro de los datos analíticos obtenidos, se observó leucocitosis (27 pacientes), elevación de VSG (18 pacientes), anemia (16) y hematuria en el sedimento urinario (8 casos). En el estudio inmunológico se observó factor reumatoide (6 pacientes), ANA (5 pacientes), disminución del C3 (2 pacientes) y crioglobuli-

nas circulantes (3 casos). Ninguno de los 27 pacientes desarrolló una conectivopatía en su seguimiento. La totalidad de los pacientes fueron tratados con antibioterapia, precisando 7 de ellos de la utilización de corticoides a dosis bajas para la desaparición de las lesiones cutáneas. Hubo un retraso diagnóstico importante en 2 de los pacientes con endocarditis (casos 9 y 11) de 32 y 45 días, respectivamente. Dos de los pacientes (caso 7 y 21) murieron por complicaciones de la infección, el resto se recuperó.

Conclusiones: La VC como manifestación clínica de una infección grave aunque infrecuente no es excepcional. La sospecha diagnóstica contribuye al diagnóstico y tratamiento precoz. El pronóstico dependerá de la infección subyacente.

18. ENFERMEDAD DE BEHÇET FAMILAR

J.M. Sánchez Bursón, R. Montero Granado y A. Piñero Bustamante

Unidad de Uveítis. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La mayoría de los casos de enfermedad de Behçet (EB) son esporádicos y no tienen historia familiar, aunque casos de agregación familiar se han sido documentado demostrando asociación genética al HLA B-51, aunque esta supone solo el 20% de la susceptibilidad genética, la mayoría de ellos asociado a un inicio precoz de la EB, así como la aparición de casos pediátricos.

Métodos: Estudiamos los casos de EB con parentesco familiar entre el global de nuestros pacientes con EB, todos ellos clasificados de 1990 del ISG para la EB. Comparamos las características clínicas de estos con el global de los pacientes. Además obtenemos material genético de sangre o saliva de estos casos. Realizamos estudio de HLA-A y HLA-B por PCR-SSOP en estos pacientes. La extracción de ADN se realizó con el kit comercial ReliaPrep Blood gDNA Miniprep System de la empresa Promega.

Resultados: Doce casos familiares de EB de cinco familias fueron encontrados en nuestros 94 casos de pacientes con EB, en las cinco eran familiares de primer grado 3 padres-hijos y 2 casos de hermanos, además había implicado una tía y una sobrina. Destacando que son casos con manifestaciones clínicas más graves, sobre todos uveítis. En los estudios de tipajes HLA se confirma la alta asociación que tienen estos casos con el HLA B-51, en relación con controles sanos (58,3% vs 15%, $p > 0,0001$).

Conclusiones: Los casos familiares de EB están más fuertemente asociados al HLA B-51 y presentan manifestaciones clínicas más severas.

19. VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS ANTICUERPOS DSDNA EN EL LUPUS

B. Tejera¹, V. López García², M. Martínez-Morillo¹, A. Riveros¹, S. Rodríguez¹, J. Sanint¹, L. Mateo¹, S. Holgado¹, A. Olivé¹, X. Tena¹, E. Ruiz², A. Teniente-Serra² y E. Martínez-Cáceres²

¹Servicio de Reumatología; ²LIRAD (Laboratorio de Inmunología). Banco de Sangre y Tejidos. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica con múltiples manifestaciones clínicas y biológicas. Los anticuerpos (Ac) anti-dsDNA son de gran interés en esta enfermedad. Aproximadamente un 75-95% de pacientes con la enfermedad activa y no tratados, producen estos anticuerpos. Para su detección se ha utilizado una amplia variedad de métodos con distinta sensibilidad y especificidad.

Objetivos: Comparar los diferentes métodos utilizados para la determinación de Ac anti-dsDNA de un grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo transversal realizado en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol con 72 sueros de pacientes. Todos los sueros fueron positivos para Ac antinucleares (ANA patrón homogéneo con título superior a 1:80). Cada muestra de suero se analizó con QUANTA Lite®dsDNA ELISA (test A) y QUANTA Lite®dsDNA SC ELISA (test B), con el fin de determinar la presencia de anticuerpos anti-dsDNA. Por otra parte, también se analizaron con QUANTA Lite™ Chromatin ELISA (test C) y Anti-dsDNA-NcX ELISA (test D), para detectar anticuerpos contra el complejo dsDNA-nucleosoma. Todas las historias clínicas correspondientes fueron revisadas.

Resultados: Cincuenta y cuatro (75%) sueros con test A y sesenta (83%) con test B fueron positivos para Ac anti-dsDNA. Estas pruebas presentaron una sensibilidad de 68,4% y 80,7% respectivamente, pero una especificidad muy baja (= 6,6%). En cuanto a los Ac contra el complejo dsDNA-nucleosoma, sesenta y cinco (90%) sueros de test C y 53 (74%) de test D fueron positivos con una sensibilidad del 91,2% y 82,4% y una especificidad del 13,3% y 60%, respectivamente. Los resultados falsos positivos (pacientes sin LES, pero con Ac anti-dsDNA positivo) fueron menos frecuentes en el test de detección de anticuerpos dsDNA-nucleosomas ($n = 13$ (18%) y $n = 6$ (8,3%), respectivamente) que en los de detección de anticuerpos anti-dsDNA ($n = 15$ (18%) y $n = 14$ (20%), respectivamente). Los resultados falsos positivos correspondían en su mayoría a pacien-

tes con infección por virus hepatitis B, C, virus de la inmunodeficiencia humana e infección del tracto urinario. Con respecto a los resultados falsos negativos (pacientes con LES y con anticuerpos anti-dsDNA negativo), todos los test correspondían a LES inactivo (SLEDAI = 0), y fueron menos comunes en la prueba de detección de Ac contra complejo dsDNA nucleosomas. Los resultados se resumen en la tabla.

Tabla Póster 19

| | LES no activo | LES activo | No LES con infección | No LES sin infección |
|---------------------------------|---------------|------------|----------------------|----------------------|
| A (QUANTA Lite®dsDNA ELISA) | 12 | 20 | 6 | 9 |
| B (QUANTA Lite®dsDNA SC ELISA) | 18 | 20 | 6 | 8 |
| C (QUANTA Lite™Chromatin ELISA) | 14 | 20 | 4 | 9 |
| D (Anti-dsDNA-NcX ELISA) | 19 | 19 | 0 | 2 |

Conclusiones: La sensibilidad y la especificidad de los diferentes test empleados para determinar los Ac anti-dsDNA varía, dando lugar a falsos positivos y negativos. A pesar de que estos anticuerpos son relevantes en el LES, es importante tener en cuenta otros criterios tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de la enfermedad. No hay una técnica ideal para la detección de Acs anti-dsDNA, siendo necesaria la combinación de pruebas para aumentar la sensibilidad y no perder especificidad.

20. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS GRAVE: REGISTRO DE DATOS DE UNA UNIDAD DE DENSITOMETRÍA ÓSEA DE REUMATOLOGÍA

J. Rosas¹, E. Salas¹, J.M. Senabre¹, G. Santos-Soler¹, M. Sánchez-Barrioluengo², X. Barber², C. Santos-Ramírez³, C. Cano⁴, M. Lorente⁴, N. Llahí⁴ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

²INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València.

³Hospital Marina Salud. Denia. ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes con osteoporosis grave y la prevalencia de fractura vertebral y/o de cadera de los pacientes procedentes del Registro de la Unidad de Densitometría Ósea de Reumatología (RUDOR) de la Marina Baixa.

Métodos: De un total de 3.630 pacientes a los que se les realiza densitometría ósea (DMO) axial (lumbar y cadera), procedentes de la UDOR del Hospital Marina Baixa, desde su puesta en funcionamiento en el año 2010, se evalúa en este estudio a los pacientes con osteoporosis (OP) grave, definida por la presencia de fractura vertebral o cadera o un índice de T en DMO de columna lumbar o de cuello femoral de < -3 DE. Es el personal de enfermería de Reumatología del Centro de Especialidades de Benidorm, quien realiza la DMO axial y obtiene de los pacientes datos epidemiológicos generales 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, realiza un informe clínico, en el que se incluye el resultado del índice de riesgo de fractura FRAX, teniendo acceso a la historia electrónica del paciente, con revisión del tratamiento prescrito actual.

Resultados: De 3.630 pacientes evaluados, 873 (24%) tenían OP lumbar o en cuello femoral y 403 de ellos (46%), OP grave. De los pacientes con OP grave: el 92% de los pacientes eran mujeres y el 47% no recibía tratamiento específico para OP; En el 62%, Reumatología había remitido al paciente para DMO, en el 23% Atención Primaria y el 5% restante Traumatología.

Tabla Póster 20

Características de los paciente con OP grave: pacientes con Ts DMO lumbar < -3DE, pacientes con fractura vertebral o de cadera (Ts: índice de T o resultado en población joven)

| | Ts DMO lumbar < -3DE | Fractura vertebral | Fractura cadera |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| | N: 403/873 (46%) | N: 231 (6,6%) | N: 78 (2%) |
| Mujer (%) | 93 | 85 | 91 |
| Edad (años) | 66,6 | 72 | 71 |
| Menopausia precoz (%) | 26 | 18 | 20 |
| IMC (media) | 26 | 28 | 27 |
| Corticoides (%) | 13 | 13 | 14 |
| Fractura vertebral (%) | 11 | — | 12 |
| Fractura cadera (%) | 4 | 4 | — |
| DMO lumbar normal (%) | — | 12 | 28 |
| DMO lumbar OP (%) | 24 | 39 | 40 |
| DMO lumbar Ts < -3 DE (%) | — | 23 | 23 |
| DMO cuello femoral normal (%) | 7 | 14 | 8 |
| DMO cuello femoral OP (%) | 36 | 27 | 40 |
| Tratamiento activo (%) | 52 | 65 | 68 |
| FRAX fractura mayor (media) | 8,6 | 12,6 | 14,9 |
| FRAX fractura cadera (media) | 3,64 | 5,5 | 6,41 |

Conclusiones: 1. La prevalencia de fractura vertebral conocida y de fractura de cadera en el total de nuestra muestra es de 6,6% y 2% y en pacientes con OP por DMO grave es del 11% y 4% respectivamente. 2. El 13% de los pacientes con OP grave recibe corticoides. 3. El 23% de los pacientes con fractura vertebral o de cadera tienen un Tscore en columna lumbar < -3 DE. 4. El 48% de los pacientes con OP grave en DMO, el 35% con fractura vertebral y 32% con fractura de cadera no reciben tratamiento activo.

21. PROFILAXIS DE LA OSTEOPOROSIS ESTEROIDEA EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA. OPORTUNIDADES DE MEJORA

R. López¹, B. García-Magallón², L. Cáceres¹, F. Francisco¹, M. Jiménez-Palop², S. Ojeda¹ y A. Naranjo¹

¹Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una entidad muy adecuada para evaluar la profilaxis de la osteoporosis (OP) esteroidea en reumatología, al tratarse de pacientes ancianos que van a tratarse durante meses y años. Nos propusimos analizar los hábitos de profilaxis de la OP esteroidea en la PMR y su variación a lo largo del tiempo.

Métodos: Se recogieron de manera retrospectiva los pacientes con diagnóstico de PMR en los servicios de reumatología de dos hospitales españoles. Los casos debían cumplir los criterios de Bird et al (1979) y/o EULAR/ACR (2012). Además de los datos demográficos y criterios diagnósticos, en la historia clínica se revisó la siguiente información en la visita basal y en el seguimiento: dosis de prednisona o equivalencia, calcio, vitamina D y bifosfonatos. Asimismo, se anotó la realización de densitometría (DXA) así como las fracturas por fragilidad.

Resultados: Se evaluaron un total de 158 pacientes, 117 del Hospital Dr. Negrín y 41 del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, 117 de ellos mujeres, con un promedio de edad de 73 años, en 5 casos asociada con arteritis de la temporal. El período evaluado abarcó desde 1989 hasta 2011 y el seguimiento promedio fue de 4,8 años. En conjunto, recibieron medicación para OP en las primeras visitas 104 pacientes (66%), 94 de ellos calcio y vitamina D y 44 bifosfonato. Durante el seguimiento se añadieron otros 30 tratamientos con bifosfonato (46% en total) mientras que 37 casos (23%) no recibieron ni calcio ni bifosfonato en ningún momento. Los factores asocia-

dos con el empleo de bifosfonato fueron el sexo femenino (55% vs 21%; $p < 0,01$) y el diagnóstico después del año 2005 comparado con antes de 2005 (53% vs 37%; $p = 0,04$). No se encontraron diferencias significativas con la edad al inicio (49% > 70 años vs 39% < 70 años; $p = 0,24$), con la dosis inicial de prednisona (48% dosis = 15 mg/d vs 43% dosis < 15 mg/d; $p = 0,55$) ni con el hospital (51% Negrín vs 45% P. Hierro; $p = 0,51$). Se realizó DXA a 70 pacientes (45%; el 29% de los varones y el 50% de las mujeres). Se pautó BF a todas las DXA con osteopenia y OP así como a 5 de las 21 DXA normales). Asimismo, recibieron BF 15 de los 22 pacientes con historia de fractura basal o en el seguimiento.

Conclusiones: A pesar de que la profilaxis de la OP esteroidea con calcio y antirresortivos en pacientes con PMR se ha incrementado en los últimos años, una cuarta parte no recibe ningún tipo de profilaxis y solo la mitad de los casos son tratados con bifosfonato.

22. ¿CUÁNTO PESA LA PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS? ESTUDIO DE PREVALENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C. Guillén Astete, J.F. Borja Serratti, C. Medina Quiñones, C. Redondo Romero, C. Sobrino Grande, F.J. Bachiller Corral y A. Zea Mendoza

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El impacto social y sanitario de la patología musculoesquelética ha sido documentado en España y muchos otros países europeos a nivel de atención primaria siendo el motivo de consulta más frecuente en los centros de salud en población adulta y el más frecuente motivo de bajas laborales temporales. Existen muy pocos estudios a nivel mundial y ninguno en España que haya determinado la prevalencia de este tipo de patología dentro de las urgencias hospitalarias.

Métodos: Utilizando el registro electrónico de historias clínicas de nuestro servicio de urgencias (SU) se aleatorizaron 2000 historias clínicas entre 2008 y 2011. Se recogieron los datos epidemiológicos, motivo de consulta y diagnóstico final. Para la clasificación de los diagnósticos se utilizó el sistema CED-DxS, un sistema resumido de clasificación validado en Canadá y basado en el sistema de clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Se recogió la existencia de al menos una solicitud de pruebas de imagen, el destino al alta y la existencia de reconsultas en menos de un mes por el mismo motivo.

Resultados: De las 2.000 historias clínicas obtenidas, 8 (0,4%) no fueron evaluables por no contener datos completos. Con las 1992 historias clínicas restantes se elaboró una clasificación según el CED-DxS. Cada historia clínica aportó al menos un diagnóstico, 301 (15,11%) historias aportaron más de un diagnóstico totalizando 2303. De las 1.992 historias, 261 (13,1%) eran de pacientes con un claro antecedente traumatológico del que se derivó el motivo de consulta. Excluyendo a estos pacientes, la prevalencia de patología musculoesquelética de origen no traumático fue del 13,75% considerando a todos los pacientes atendidos, y de 14,39% considerando todos los diagnósticos. En la tabla a continuación se enumeran todas las prevalencias encontradas. La media de edad de los pacientes que consultaron por PMA fue de 56,51 DE 11,09 años. El 60,92% de los pacientes era de sexo femenino. La prevalencia anual de PMA no se modificó de forma significativa al comparar sus valores en los tres años estudiados. Considerando todos los diagnósticos, los ocasionados por PMA fueron subdivididos según su localización. El dolor axial totalizó el 34,72% de todos los motivos de consulta analizados. El dolor lumbar ocasionó el 20,14% de todas las consultas por PMA.

Tabla Póster 22

| Grupo de Calsificación CED-DxS | Total de Pacientes | | IC 95% | Total de Diagnósticos | | IC 95% |
|--|--------------------|--------|--------------|-----------------------|--------|-------------|
| | n | % | | n | % | |
| Musculoesquelético no traumático (PMA) | 238 | 13,75% | 12,13-15,37% | 288 | 14,39% | 1,85-15,93% |
| Enfermedades infecciosas o parasitarias (Incluye infecciones en aparatos y sistemas) | 199 | 11,50% | 9,99-13,0% | 212 | 10,59% | 9,25-11,94% |
| Enfermedades del aparato digestivo | 155 | 8,95% | 7,61-10,3% | 167 | 8,35% | 7,13-9,56% |
| Enfermedades del oído y proceso mastoideo | 136 | 7,86% | 6,59-9,12% | 159 | 7,95% | 6,76-9,13% |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 115 | 6,64% | 5,47-7,82% | 162 | 8,10% | 6,90-9,29% |
| Enfermedades del ojo o anejos | 111 | 6,41% | 5,26-7,57% | 143 | 7,15% | 6,02-8,28% |
| Enfermedades del aparato respiratorio | 105 | 6,07% | 4,94-7,19% | 128 | 6,40% | 5,32-7,47% |
| Enfermedades de la piel o tejido subcutáneo | 102 | 5,89% | 4,78-7,00% | 124 | 6,20% | 5,14-7,25% |
| Neoplasias | 101 | 5,83% | 4,73-6,94% | 119 | 5,95% | 4,91-6,98% |
| Enfermedades del sistema nervioso | 99 | 5,72% | 4,63-6,81% | 115 | 5,75% | 4,73-6,77% |
| Síntomas, signos o alteraciones analíticas | 91 | 5,26% | 4,21-6,31% | 96 | 4,80% | 3,86-5,73% |
| Enfermedades del sistema genito-urinario | 87 | 5,03% | 4,00-6,06% | 89 | 4,45% | 3,54-3,35% |
| Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos | 60 | 3,47% | 2,60-4,33% | 62 | 3,10% | 2,34-3,86% |
| Desórdenes del comportamiento o mentales | 58 | 3,35% | 2,50-4,20% | 60 | 3,0% | 2,25-3,75% |
| Envenenamientos o intoxicaciones externas | 54 | 3,12% | 2,30-3,94% | 55 | 2,75% | 2,03-3,46% |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas | 20 | 1,16% | 0,65-1,66% | 22 | 1,10% | 0,64-1,56% |
| Totales | 1.731 | 100% | | 2.001 | 100% | |

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

En cuanto a la solicitud de pruebas de imagen, la orden de al menos una radiografía se realizó en 228 casos (79,17%) de patología musculoesquelética. Con excepción de los diagnósticos de patología del aparato circulatorio, ninguna otra categoría superó la demanda de radiografías en casos de PMA. Treinta y nueve pacientes de los 230 (16,96%) con PMA volvieron a consultar por el mismo motivo antes de transcurrir el primer mes desde la última visita a urgencias. Esta proporción fue la más alta entre todos los grupos de patologías CED-DxS.

Conclusiones: Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que cuantifica la prevalencia de PMA entre el total de consultas en los servicios de urgencias y que demuestra que se trata de la que concentra la mayor cantidad de casuística. Considerando que además concentra la mayor proporción de reconultas por el mismo motivo y que genera una importante proporción de solicitud de pruebas de imagen, creemos que su manejo debería ser parte de las consideraciones administrativas al momento de organizar los servicios de urgencias.

23. CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LA FIBROMIALGIA

A. Pluma-Sanjurjo, E. Quesada, C. Díaz, R. Juverdeanu y C. Alegre de Miquel

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El enfermo con fibromialgia (FM) es, según múltiples publicaciones, un importante consumidor de los recursos sanitarios con un aumento considerable de su asistencia en urgencias, de ingresos y pruebas complementarias. Las guías terapéuticas propuestas para la FM desde el 2006 concretan muy estrictamente las pruebas necesarias a realizar en estos enfermos y su seguimiento en asistencia primaria. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad compleja que puede necesitar de numerosos recursos hospitalarios y su seguimiento acostumbra a ser, en nuestro medio, en el hospital por lo que hemos considerado que sea su coste un patrón de comparación.

Objetivos: Nos proponemos estudiar el coste hospitalario que han representado los enfermos con FM durante un año comparando con el coste de la artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se seleccionaron los pacientes que acudieron a consulta de forma correlativa durante un mes, del 1 al 30 de junio de 2012, en el ámbito hospitalario y se revisó el gasto ocasionado por visitas

médicas, interconsultas, ingresos y pruebas complementarias. Se excluyó del análisis las intervenciones quirúrgicas y el consumo farmacéutico. Se analizó independientemente los enfermos nuevos de los de seguimiento así como las AR con o sin tratamiento biológico.

Resultados: Se reclutaron 48 FM y 53 AR, 1 hombre en el grupo FM y 8 en el grupo AR. La edad media fue de 51 años para la FM y de 62 para la AR. Las pacientes afectas de AR realizaron un 56% más de visitas a Reumatología, el número de interconsultas fue similar en ambos grupos: 229 frente 234. El número de pruebas de imagen fue de 52 en la FM frente 115 en la AR, las pruebas de laboratorio básicas (analítica general, sedimento de orina, hemocultivos) fue de 46 en la FM frente a 181 en la AR y el número de días de ingresos 5 veces mayor en éste último grupo. Por otro lado el coste de otras pruebas realizadas como RMN, bloqueos guiados por TC, EEG, endoscopias o ecografías es el doble en el caso de la FM. El coste medio anual de las FM fue de 1100€/paciente/año y de las AR 1.600€/paciente/año, los costes en pruebas complementarias e ingresos supusieron un 41% del gasto de las FM y un 24% en las AR, siendo también el 41% del gasto de las FM dependientes de las interconsultas a otros servicios y el 24% para las AR. No se detectaron diferencias entre los grupos de enfermos nuevos o las AR que están en tratamiento con biológico o no.

Tabla Póster 23

| | FM | AR |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Nº visitas a reumatología | 140 | 247 |
| Coste total de visitas a Reumatología | 9.380 | 16.549 |
| Nº visitas a otros servicios | 229 | 234 |
| Coste total de visitas a otros servicios | 15.343 | 15.678 |
| Nº pruebas de imagen realizadas | 52 | 115 |
| Nº pruebas de laboratorio realizadas | 46 | 181 |
| Coste pruebas laboratorio realizadas | 3.363,6 | 13.638,8 |
| Coste de otras pruebas realizadas (RMN, bloqueos guiados por TC, EEG, endoscopias o ecografías) | 12.058,1 | 4.909 |
| Nº de ingresos | 10 días | 51 días |
| Coste total de ingresos | 12.864,63 | 33.720 |
| Coste total consultas médicas | 24.723 | 32.227 |
| Coste total hospitalarios/pruebas | 28.286,33 | 52.267,8 |
| Coste total/anual | 53.009,33 | 84.494,8 |
| Coste proporcional por enfermedad | 1.104,36 euro/paciente/año | 1.593,32 euro/paciente/año |

Conclusiones: Observamos que el gasto en reumatología es muy inferior en las FM que en la AR pero no en las pruebas complementarias realizadas que parecen correlacionadas con el número de interconsultas que es similar en ambos grupos lo que podría

ser debido al desconocimiento de otras especialidades médicas sobre la FM. La diferencia de edades entre ambos grupos puede ocasionar un sesgo en la valoración del coste, mayor en el grupo de AR. El coste anual dista mucho de los publicados que oscila entre 9.500-10.500€/año para FM y 2.055-5.634 € para las AR, pero incluyen gasto farmacológico y costes socio-laborales. La implantación de las guías terapéuticas de la FM en otros ámbitos diferentes de la Reumatología podría ser importante para reducir los costes.

24. LA ALTERACIÓN EN LA DISTRIBUCIÓN DE SUBPOBLACIONES DE CÉLULAS T CD4+CXCR5+ CIRCULANTES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) SE ASOCIA A UN AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE PLASMABLASTOS

I. Arroyo Villa, M.B. Bautista-Caro, A. Balsa, P. Aguado, A. Villalba, C. Plasencia, 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 T helper foliculares (Tfh), un subgrupo de células T helper recientemente descrito, se localizan en órganos linfoides, expresan CXCR5, y facilitan la diferenciación y función de las células B. Las células T CD4 circulantes que expresan CXCR5 se clasifican en tres subpoblaciones diferentes según su expresión combinada con CCR6 y/o CXCR3: CXCR5+CXCR3+CCR6- (Tfh-Th1), CXCR5+CXCR3-CCR6+ (Tfh-Th17) y CXCR5+CXCR3-CCR6-(Tfh-Th2). Se ha observado que solamente las células Tfh-Th17 y Tfh-Th2 tienen capacidad funcional Tfh; por el contrario, las Tfh-Th1 no proporcionan ayuda a las células B. Una alteración en la proporción relativa de estas subpoblaciones entre sí se ha asociado con enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Estudiar la frecuencia relativa de las subpoblaciones de células T CD4+ CXCR5+ circulantes, y determinar el número de plasmablastos circulantes (células CD19+CD20-CD27+CD38high).

Métodos: Se obtuvo sangre periférica de controles sanos (n = 23) y pacientes con AR (n = 23). Después del aislamiento por gradiente de Ficoll, las células mononucleares de sangre periférica se tiñeron con anticuerpos frente a CD3, CD4, CXCR5, CCR6, CXCR3, CD19, CD20, CD27 y CD38, y se examinaron mediante citometría de flujo. El porcentaje de células CXCR5+CXCR3+CCR6- (Tfh-Th1), CXCR5+CXCR3-CCR6+ (Tfh-Th17) y CXCR5+CXCR3-CCR6- (Tfh-Th2) se calculó tras hacer ventana en CD3+/CD4+/CXCR5+. El porcentaje de células CD20-CD38high (plasmablastos) se calculó en la ventana CD19+/CD27+.

Resultados: La frecuencia de células CXCR5+ circulantes dentro de las células T CD4+, no fue diferente entre los dos grupos. Sin embargo, la frecuencia de células Tfh-Th2 y Tfh-Th17 dentro de las células CXCR5 fue significativamente mayor en los pacientes con AR, y la frecuencia de células Tfh-Th1 dentro de las células CXCR5 fue significativamente menor en los pacientes con AR en comparación con los controles. Por tanto, la proporción (Tfh-Th17 + Tfh-Th2)/Tfh-Th1 estaba aumentada en los pacientes con AR. Es decir, las células CD4+CXCR5+ circulantes de pacientes con AR muestran un incremento de las subpoblaciones capaces de proporcionar ayuda a los linfocitos B. Al mismo tiempo, la frecuencia de plasmablastos circulantes estaba aumentada en los pacientes con AR en comparación con los controles.

Conclusiones: Los pacientes con AR muestran un aumento de las subpoblaciones de células CD4+CXCR5+ que poseen un fenotipo asociado a capacidad funcional Tfh. Al mismo tiempo, una mayor proporción de plasmablastos circulantes es evidente en los pacientes con AR.

25. ASOCIACIONES CLÍNICAS DE LA VASCULITIS CUTÁNEA: ESTUDIO DE 817 PACIENTES

J. Loricera¹, V. Calvo Río¹, F. Ortiz Sanjuán¹, H. Fernández Llaca², M.A. González López², L. Álvarez³, M.C. González Vela⁴, D. González Lamuña³, C. Mata¹, J. Rueda Gotor¹, V.M. Martínez Taboada¹, M.A. González Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Servicio de Pediatría; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: La vasculitis cutánea (VC) comprende un conjunto amplio y heterogéneo de síndromes caracterizados por la inflamación de los vasos de la piel. La manifestación clínica más frecuente es la púrpura palpable con vasculitis leucocitoclástica en la biopsia. Nuestro objetivo fue el estudio de las asociaciones clínicas de una serie amplia de pacientes con VC.

Métodos: Estudio de 817 pacientes no seleccionados y consecutivos de VC de un mismo hospital Universitario. El diagnóstico exigió la confirmación histológica excepto en casos obvios como la púrpura de Schoenlein-Henoch (PSH) en edad pediátrica. Evaluamos la asociación clínica con los distintos síndromes vasculíticos primarios según la clasificación de Chapel Hill (Jennette et al. Arthritis Rheum. 1994;37:187). Se consideraron vasculitis secundarias las debidas a neoplasias, infecciones mayores y conectivopatías. Las distintas asociaciones clínicas se estudiaron de acuerdo a diferentes grupos de edad considerando los adultos como los mayores de 20 años (Michel et al. J Rheumatol. 1992;19:721-8).

Resultados: De 817 pacientes (457 varones/360 mujeres), 459 eran adultos (edad media ± DE; 55,32 ± 17,48 años) y 358 niños-jóvenes (edad media ± DE, 7,50 ± 4,21 años). De los 358 niños-jóvenes, 355 tuvieron VC primaria: PSH (279 casos), angeítis leucocitoclástica cutánea (ALC) (68) y vasculitis urticariforme (8). Por otro lado, de los 459 adultos, 369 tuvieron una VC primaria: ALC (239), PSH (105), vasculitis urticariforme (12) y crioglobulinemia mixta (13 pacientes). La VC fue una manifestación de una vasculitis necrotizante sistémica en 13 adultos; poliarteritis nodosa (3), poliangeítis microscópica (4), enfermedad de Wegener (3) y síndrome de Churg-Strauss (3). Además, la VC fue secundaria a otros procesos en 77 adultos: enfermedades del tejido conectivo (34), infección grave (25), proceso neoplásico (18). Solo hubo 3 niños-jóvenes que tuvieron una VC secundaria; a infección mayor (2 casos) y a una conectivopatía (1 caso). Los pacientes en los que la VC fue secundaria a vasculitis necrotizantes sistémicas, conectivopatías, infecciones graves o a neoplasias tuvieron datos clínicos y analíticos sugestivos de esa enfermedad asociada.

Conclusiones: La VC en niños en la mayoría de los casos (99,2%) es primaria, generalmente PSH y ALC, y de buen pronóstico. En cambio en los adultos hasta en un 22,4% es debida a neoplasias, infecciones mayores, conectivopatías, vasculitis necrotizante sistémica o crioglobulinemia. Por lo tanto las asociaciones clínicas dependen de la edad, siendo más graves en adultos.

26. REGULACIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE TNF α EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ADALIMUMAB

C. Díaz-Torné¹, C. Zamora², C. Geli¹, C. Díaz-López¹, M.A. Ortiz², P. Moya¹, I. Castellví¹, J.C. Nieto², E. Cantó², J. Casademont³, C. Juárez⁴, J.M. Llobet¹ y S. Vidal²

¹Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna; ²Institut de Recerca; ³Servei de Medicina Interna; ⁴Servei d'Immunologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Adalimumab es un anticuerpo monoclonal anti-TNF α neutralizante eficaz en la mejoría clínica, calidad de vida y destrucción ósea en pacientes con artritis reumatoide (AR). Aun-

Tabla Póster 26

| | Semana 0 | Semana 4 | Semana 12 | Semana 24 |
|--|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| TNF α intracelular; % céls. CD14+TNF+ | 33,15 \pm 16,71 | 48,24 \pm 20,45 | 38,4 \pm 18,28 | 53,69 \pm 23,48* |
| TNF α membrana; % céls. CD14+TNF+ | 60,19 \pm 13,87 | 19,31 \pm 14,59*** | 28,94 \pm 21** | 25,8 \pm 18,61*** |
| TNF α libre; pg/ml | 1888,1 \pm 1253,83 | 338,65 \pm 434,53** | 290,53 \pm 657,31** | 338,94 \pm 560,14*** |

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

que adalimumab bloquea específicamente la acción del TNF α , se desconoce si es capaz de regular la producción y secreción celular de TNF α .

Objetivos: Analizar los niveles de producción intracelular y presentación de TNF α en la membrana celular de los monocitos en pacientes con AR. Determinar los niveles secretados de TNF α no bloqueados por adalimumab.

Métodos: Se incluyeron 12 enfermos con AR que nunca habían realizado terapia biológica previa a los que se indicó adalimumab según práctica clínica habitual. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), clínicos (evolución y DAS28) y de laboratorio (FR, CCP, VSG y PCR) basales y en las semanas 4, 12 y 24. A partir de sangre heparinizada en los diferentes tiempos se evaluó: Niveles de TNF α no neutralizado por adalimumab en sobrenadantes de cultivos estimulados con lipolisacárido (LPS, ligando de TLR4 por ELISA). Expresión de TNF α no neutralizado por adalimumab en la membrana de los monocitos en respuesta a LPS por citometría de flujo. La capacidad de producción de TNF α intracelular de los monocitos como respuesta de LPS por citometría de flujo.

Resultados: Diez enfermos completaron todos los tiempos del estudio; hubo dos abandonos por efectos secundarios. La características basales de los enfermos fueron: media de edad de 56,6 \pm 12,6 años, el 90% fueron mujeres, evolución media de la enfermedad de 13,7 \pm 11,2 años, factor reumatoide positivo en el 70%, antiCCP positivo en el 70%, DAS28 medio 5,05 \pm 0,95, PCR 15,6 \pm 17,8 mg/l y VSG 40,1 \pm 23,6 mm/h. El 70% estaban tratados con adalimumab en monoterapia. El 70% recibían dosis bajas de corticoides. El nº de FAMES previos fue de 3,1 \pm 1,1. Los niveles de TNF α intracelular después de un estímulo inflamatorio fue significativamente diferente entre pacientes AR y controles sanos (33,15 \pm 16,71 vs 71,28 \pm 1,04 Céls CD14+TNF+). Después de la administración de adalimumab, los niveles de TNF α intracelular subieron progresivamente a partir de las 4 semanas. A las 24 semanas los niveles en los pacientes son comparables a los controles sanos. En cambio los niveles de TNF α en membrana y secretado libre (no unidos a a- TNF α) disminuyeron de forma drástica a partir de las 4 semanas y no cambiaron a lo largo del seguimiento (tabla). Cuando comparamos los pacientes observamos que estos cambios solo tienen lugar en los pacientes que consiguen una respuesta EULAR buena/moderada. En cambio en los pacientes en los que no hay respuesta, los niveles de TNF α intracelular, de membrana y de secreción de TNF α no muestran cambios estadísticamente significativos antes y a las de 24 semanas.

Conclusiones: En los pacientes con AR activa hay un defecto en la regulación de la producción de TNF α . Bloqueando el TNF α con adalimumab se consigue corregir la regulación de la producción de TNF α hasta alcanzar niveles próximos a los controles sanos.

27. ASISTENCIA REUMATOLÓGICA EN EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO DE CATALUÑA: AÑO 2012

D. Grados, A. Olivé y Societat Catalana de Reumatologia (SCR)

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivos: Determinar el estado actual de la Reumatología en Cataluña, actualizando la información respecto los estudios previos.

Métodos: Estudio: observacional, descriptivo y transversal. Recogida de datos desde febrero a abril de 2012. Muestra: médicos que ejercen actividad asistencial reumatológica en Cataluña. Se obtuvo información mediante el listado de socios de la SCR y el listado de hospitales incluidos en el Servei Català de la Salut (SCS), que incluye los centros del Institut Català de la Salut (ICS) y los centros concertados por la Xarxa Hospitalària d'Utilització pública (XHUP). Se envió un cuestionario que incluía: nombre del centro y dirección, nº de reumatólogos, acreditación para la formación de especialistas, disponibilidad de enfermería, jubilaciones recientes, recesión de contratos, nombre y apellidos del reumatólogo, fecha de nacimiento, título de especialista, año y vía de obtención, tipo de actividad profesional (hospitalaria, primaria o privada), grado de dedicación a la actividad reumatológica pública (completa > 30 horas/semana, parcial < 30 horas/semana) y tipo de contrato profesional. Se compararon los resultados con los estudios previos publicados.

Resultados: Se obtuvo información acerca de 130 reumatólogos (62 varones/68 mujeres; edad media: 47 + 9 años). La obtención del título fue en 114 (87,7%) casos por vía MIR. La actividad reumatológica se desarrollaba en 75 (57,7%) médicos en el hospital, 5 (3,8%) en atención primaria y 50 (38,5%) en ambas. Ciento diez (84,6%) facultativos tenían dedicación completa y 20 (15,4%) parcial. Setenta y ocho (60%) reumatólogos también ejercían en el sector privado. El tipo de contrato profesional fue de 105 (80,8%) fijos, 9 (6,9%) interinos, 2 (1,5%) eventuales y 14 (10,8%) con otro tipo de contrato. Se disponía de enfermería en 19 centros (37%), 3 a tiempo parcial y 2 eran auxiliares de enfermería. El número de habitantes por reumatólogo en el sector público, distribuido por provincias se muestra en la tabla. El SCS incluye 59 centros hospitalarios, 37 (62,7%) cuentan con reumatólogos con dedicación completa, además de parcial en algunos casos, y 15 (25,4%) contaban con reumatólogos únicamente con dedicación parcial. En 7 (11,9%) hospitales no había reumatólogo. Ocho hospitales estaban acreditados por la Comisión Nacional de la Especialidad de Reumatología para la formación de reumatólogos mediante el programa MIR. El número de residentes acreditados en cada hospital es variable. En el momento del estudio había 10 plazas ofertadas.

| | 2012 | 2005 | 1997 |
|-----------|------------------|-------------------|-------------------|
| Barcelona | 50.447 hab/reuma | 46.087 hab/reuma | 62.508 hab/reuma |
| Tarragona | 73.935 hab/reuma | 100.775 hab/reuma | 88.364 hab/reuma |
| Lleida | 73.728 hab/reuma | 57.730 hab/reuma | 90.334 hab/reuma |
| Girona | 63.398 hab/reuma | 78.979 hab/reuma | 169.876 hab/reuma |

Conclusiones: El número de reumatólogos en el sector sanitario público de Cataluña solo ha aumentado un 4,8% en los últimos 7 años (a diferencia del estudio de 2005 en el que incrementó un 40%). Se eleva en 2 años la media de edad. Se ha producido un aumento en el número de mujeres, que supera por primera vez al número de varones. La actividad reumatológica se centra en Barcelona. Existen 7 hospitales sin reumatólogo. La presencia de enfermería especializada y la investigación son escasas. El estado de la reumatología en Cataluña se ha visto afectado por la crisis actual, con recesiones de contrato, expedientes de regulación de empleo, jubilaciones con amortización de plaza y falta de nuevos contratos.

28. OBESIDAD CENTRAL Y CAQUEXIA REUMATOIDE EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADAS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS. ESTUDIO MEDIANTE IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA

J. Ivorra¹, R. Cámara², M.D. García Armario¹, C. Molina¹, I. Chalmeta¹, D. Hervás³, I. Martínez-Cordellat¹, C. Núñez-Cornejo¹, E. Grau¹, R. Negueroles¹, L. González¹, C. Alcañiz¹, J.L. Valero¹, M. Muñoz¹, F. Merino² y J. Román¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Endocrinología; ³Unidad de Bioestadística. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: En pacientes con artritis reumatoide (AR) puede haber disminución de masa magra junto con aumento de masa grasa. Si estos cambios son acusados recibe el nombre de caquexia reumatoide. Este hecho unido a aumento de la adiposidad central podría contribuir al mayor riesgo cardiovascular detectado en estos pacientes.

Objetivos: Estudiar la composición corporal de pacientes con AR grave en tratamiento biológico mediante impedancia bioeléctrica y medidas antropométricas clásicas, y la relación de estos parámetros con actividad de la enfermedad y diferentes factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Se seleccionaron de forma consecutiva 55 mujeres diagnosticadas de AR en tratamiento con fármacos biológicos. Se consideró la presencia de HTA, diabetes mellitus y dislipemia. Se recogió la actividad de la enfermedad mediante el DAS28. La adiposidad general se valoró mediante el IMC (kg/m²). La composición corporal se determinó mediante un pletismógrafo bioeléctrico tetrapolar de monofrecuencia (Bodystar® 1500) y se calculó el índice de masa grasa (kg de grasa/m²). La grasa central se midió con el AB-140 (Tanita Corp, Tokyo, Japón) e, indirectamente, por el perímetro de cintura y el índice cintura/talla. Para el análisis estadístico de los resultados se desarrollaron modelos de regresión logística múltiple en el caso de variables respuesta dicotómicas y regresión lineal múltiple en el caso de variables respuesta continua. Las variables se seleccionaron mediante el criterio AIC. Se utilizó el software R (versión 2.15.2).

Resultados: La edad media (rango) fue de 57 (31-85) años, tiempo de evolución de la enfermedad 11,9 (1-29) años, VSG 22 (1-70) mm/h, PCR 5 (0-60) mg/L, DAS 28 3,39 (1-5,83). El factor reumatoide fue positivo en el 80%. El 32% se trataba con fármacos biológicos en monoterapia. El 68% combinaba FAME y biológico. El 55% asociaba corticoides. La prevalencia de HTA, dislipemia y diabetes fue del 44%, 62% y 6%, respectivamente. El 73% tenía un perímetro de cintura > 88 cm, asociado a alto riesgo cardiovascular. Considerando el IMC, el 27% presentaba obesidad y el 46% sobrepeso. Por impedanciometría, el 75% presentaba adiposidad central (% grasa > 32,1%), el 20% obesidad (índice masa grasa > percentil 90) (Schutz et al. Int J Obes. 2002;26:953-60) y el 4% caquexia reumatoide (índice masa magra < percentil 10 e índice de masa grasa > percentil 25). La dislipemia y la HTA fueron más frecuente en pacientes con obesidad central por impedanciometría (74% vs 31% y 53% vs 15%, respectivamente). El mejor modelo explicativo para dislipemia (p = 0,006) e HTA (p = 0,014) incluyó únicamente la obesidad central por impedanciometría. El mejor modelo explicativo para DAS 28 incluyó el IMC (p = 0,025; R² = 0,1), para PCR incluyó el perímetro cintura (p = 0,044; R² = 0,1) y para VSG incluyó el IMC y el índice de masa grasa (p = 0,003; R² = 0,26). En el caso de HAQ, el mejor modelo incluyó el índice cintura/talla y el tiempo de evolución (p = 0,049; R² = 0,21).

Conclusiones: Nuestras pacientes con AR presentan una prevalencia de caquexia reumatoide baja y de adiposidad central alta. La medición de ésta por impedanciometría, refleja mejor su asociación con HTA y dislipemia. Los parámetros de actividad y discapacidad se relacionan con el grado de adiposidad.

29. UNIDAD DE FRACTURAS MULTIDISCIPLINAR COORDINADA POR REUMATÓLOGO Y ENFERMERA. RESULTADOS PRELIMINARES

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 de Gran Canaria Dr. Negrín. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Área de Salud de Gran Canaria.

Introducción: A pesar de existir tratamientos coste-efectivos para el manejo de la osteoporosis (OP), menos de un 20% de los pacientes con fractura por fragilidad recibe tratamiento.

Objetivos: Evaluar un programa para la prevención secundaria de fracturas en el área Gran Canaria Norte. Abarca múltiples medidas que se han mostrado útiles unificadas en un programa multidisciplinar y multiprofesional: captación, valoración del paciente, educación, tratamiento y seguimiento.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes > 50 años con fractura por fragilidad. El programa consta de: 1) formación de médicos de primaria, coordinación con geriatría y traumatología; 2) reclutamiento a partir del registro de urgencias; 3) visita basal: cuestionario realizado por la enfermera incluyendo variables del FRAX y densitometría ósea (DXA); 4) educación del paciente sobre hábitos saludables, dieta y prevención de caídas por parte de la enfermera; 5) remisión de resultados al médico de primaria, excepto pacientes con múltiples fracturas o que precisan terapia parenteral, que son citados en reumatología. El informe al médico de primaria incluye recomendaciones según algoritmo previamente consensuado (basado en la guía NOF 2010) en el que los antirresortivos de elección son alendronato y risedronato; y 6) seguimiento mediante encuesta telefónica y comprobación de prescripción en los registros electrónicos. Como grupo de referencia se realiza una comprobación de los tratamientos iniciados en pacientes con fractura antes del estudio. Las variables de desenlace son: 1) porcentaje de pacientes que inicia tratamiento antirresortivo a los 3 meses; 2) porcentaje de pacientes que continúa el tratamiento a 1, 2 y 3 años; 3) aparición de nuevas fracturas.

Resultados: Se presentan resultados preliminares de los primeros 8 meses de funcionamiento del programa. Un total de 23 (13%) de 167 pacientes del grupo retrospectivo tenía prescrito un antirresortivo a los 6 meses de la fractura. En el estudio de intervención fueron localizados e invitados a participar 397 pacientes con criterios de inclusión, de los cuales 156 (39%) no aceptaron. Comparado con los pacientes que aceptaron participar, los que no aceptaron tenían una edad media mayor (73 vs 70 años; p < 0,01) y una mayor frecuencia de fractura de fémur (27% vs 21%; p < 0,01). Se han incluido 249 pacientes para intervención, 77% mujeres. La localización de las fracturas fue la siguiente: antebrazo (n = 89), fémur (n = 52), húmero (n = 45), vértebra (n = 15) y otras localizaciones (n = 48). Recibían tratamiento previo con bifosfonato 49 pacientes (19%). La DXA fue normal en 46 casos (18%), osteopenia en 97 (39%) y osteoporosis en 106 (42%). El promedio de FRAX para fractura principal fue de 12 ± 10, siendo > 3% para fractura de fémur en el 45% de los casos. Tras la visita basal se remitieron 156 pacientes al médico de atención primaria (62%) y 92 pacientes a consulta de reumatología (37%). En total se recomendó tratamiento antirresortivo a 172 pacientes (69%), 167 bifosfonato y 5 denosumab. En el control a los 3 meses de la visita basal, habían iniciado tratamiento antirresortivo el 73% de los pacientes a los que se había prescrito.

Conclusiones: Se presenta el primer programa multidisciplinar y multiprofesional para la prevención secundaria de fracturas en España. La cifra absoluta de pacientes a los que se prescribe antirresortivo se multiplica entre 3 y 4 veces respecto al manejo habitual.

Proyecto nacional del Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III: PI11/01429.

30. PRESENCIA DE TENDINOSIS Y ENTESOPATÍA SUBCLÍNICA EN PACIENTES LÚPICOS EN COMPARACIÓN CON POBLACIÓN SANA: ESTUDIO ECOGRÁFICO PILOTO

C. Guillén Astete, C. Macía Villa, M. Prieto Morales, A. Boteanu, F.J. Bachiller Corral y A. Zea Mendoza

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos: Recientemente se ha destacado la presencia de sinovitis asintomática en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) detectada por ecografía. La tendinosis lúpica ha sido ampliamente estudiada en pacientes con Jaccoud sin embargo no se conoce su prevalencia en sujetos sin sintomatología articular. El objetivo del presente estudio es determinar dicha prevalencia y caracterizar los hallazgos ecográficos, comparados con sujetos sanos.

Métodos: Se estudiaron 29 pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1992) sin síntomas articulares y 58 voluntarios sanos. Los pacientes con LES elegidos eran FR (-) y no habían estado expuestos a corticoides en el mes previo. Los controles fueron apareados por sexo y edad \pm 3 años. Ninguno de los controles tenía antecedentes de primer grado de ninguna enfermedad reumática autoinmune. Se estudiaron el tendón aquileo derecho (entesis y grosor a la altura del borde del calcáneo), tendón rotuliano derecho (entesis tibial y grosor a la altura del borde de la meseta tibial) y tendón flexor del segundo dedo de la mano no dominante (a la altura del punto medio de la cápsula articular de la MCF). Se utilizó un ecógrafo GE Logic 9 con una sonda lineal de 9-12 MHz. El barrido multiplanar se hizo según las recomendaciones EULAR (Backhaus et al. Ann Rheum Dis, 2001) y el diagnóstico de tendinosis y entesitis fue basado en las definiciones OMERACT (Wakefield et al. J Rheumatol, 2005).

Resultados: En el grupo de casos, el tiempo de enfermedad desde el diagnóstico de LES fue de $4,1 \pm 1,9$ años y la edad fue $36,9 \pm 6,8$ años. Se determinó señal power Doppler únicamente en 2 pacientes (flexor digital) y en 1 control (flexor digital) no pudiéndose establecer comparación estadística. En cuanto al estudio ecográfico multiplanar, los resultados fueron los siguientes: La proporción de tendinosis en el tendón aquileo, tendón rotuliano y tendón flexor digital fue de 10,3%, 10,3% y 24,1% en los pacientes con LES y 1,7%, 3,4% y 5,1% en los controles, respectivamente. La proporción de tendinosis en los pacientes con LES fue significativamente mayor que en los controles a nivel del tendón flexor digital ($p = 0,014$, OR 5,833 [IC95% 1,382-24,63]). La proporción de entesitis en el tendón Aquileo y rotuliano fue 17,2% y 17,2% en pacientes con LES y 13,7% y 6,8% en los controles, respectivamente. La proporción de entesitis a nivel del tendón rotuliano fue significativamente mayor en los pacientes con LES ($p = 0,038$, OR 5,833 [IC95% 1,057-32,21]). El tiempo de enfermedad de los pacientes con LES (t Student), su edad (t Student) o sexo

(chi cuadrado) no se correlacionaron con la existencia de tendinosis o entesitis en las tres localizaciones.

Conclusiones: En estudios previos se ha demostrado la afectación tendinosa en pacientes con distintos grados de manifestaciones osteomusculares del LES. Este es un estudio piloto que demuestra que en la fracción de pacientes con LES en los que no existe dicha manifestación clínica ya es posible detectar algún grado de tendinosis o entesopatía. Si bien no hemos conseguido demostrar esta afectación en todos los territorios tendinosos estudiados —probablemente por nuestro tamaño muestral— creemos que junto con la actualmente demostrada actividad articular subclínica en el LES, la tendinopatía lúpica debe ser motivo de atención en pacientes sin síntomas articulares. Su repercusión clínica futura y la posibilidad de derivar a formas más invalidantes deben ser materia de estudios prospectivos mayores.

31. LA TRANSPARENCIA DEL LÍQUIDO SINOVIAL COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LAS ARTRITIS EN EL ENTORNO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

C. Guillén Astete^{1,2}, M.A. Blázquez Cañamero¹, C. Redondo Romero¹, A. Boteanu^{1,2}, A. Zea Mendoza¹ y F. Roldán Moll²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La prueba de la transparencia del líquido sinovial (LS) parece ser de utilidad al evitar la necesidad de cultivar todos los líquidos sinoviales extraídos en las consultas de Reumatología. Con el interés de verificar su utilidad en un entorno en el que distintos clínicos, no necesariamente reumatólogos, ejercen la valoración de pacientes con monoartritis hemos diseñado el presente trabajo comparándola con otras valoraciones habituales que se realizan en urgencias y que contribuyen a la toma de decisiones.

Métodos: Se realizó una exposición de la técnica de valoración de la Transparencia del LS a los facultativos de nuestro servicio de urgencias en mayo 2012. Desde entonces se recogieron todos los registros de urgencias de monoartritis aguda de rodilla y se realizó un seguimiento hasta el desenlace diagnóstico (hospitalario o no). Se recogieron datos epidemiológicos y determinaciones analíticas realizadas en urgencias (GRAM, recuento de leucocitos en LS y sangre periférica, cultivo de LS y prueba de la transparencia). El estándar de oro fue el diagnóstico final realizado por el reumatólogo, infectólogo, traumatólogo o médico de familia según el destino final del paciente). La prueba de la transparencia consiste en poder leer un texto nítidamente a través de un tubo transparente que contenga LS.

Resultados: Se incluyeron 209 registros de pacientes con monoartritis de rodilla valorados en urgencias de medicina y traumatología. Se realizó el seguimiento de las historias clínicas de urgencias, revisiones en atención primaria o altas hospitalarias de los servicios de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Traumatología

Tabla Póster 31

| | Artritis infecciosa n = 27 | Artritis no infecciosa n = 182 | Sig, estadístico (prueba realizada) | Sensibilidad | Especificidad | Valor predictivo positivo | Valor predictivo negativo |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------|---------------|---------------------------|---------------------------|
| Gérmenes en la tinción de Gram | 16 (59,25%) | 16 (8,7%) | | 59,26% | 91,21% | 50,60% | 93,79% |
| Cultivo positivo (con independencia de su interpretación final) | 24 (88,8%) | 39 (21,4%) | | 88,89% | 78,57% | 38,10% | 97,95% |
| Recuento de leucocitos en líquido sinovial (media, DE) | 72.614 DE 3.922 | 28.499 DE 17.449 | | | | | |
| Recuento de leucocitos en sangre periférica (media, DE) | 15.430 DE 3.922 | 10.110 DE 2.318 | | | | | |
| Transparencia del líquido sinovial (Ver definición en el texto) | 2 (7,4%) | 110 (60,4%) | | 92,59% | 83,52% | 45,45% | 98,70% |

y Reumatología. 27 registros correspondieron a pacientes finalmente diagnosticados de artritis séptica mientras que 182 fueron diagnosticados de otras patologías, no infecciosas. La media de edad y la proporción de sexos en ambos grupos no presentó diferencias estadísticamente significativas. La proporción de tinciones Gram y cultivos de LS que detectaron gérmenes fueron 59,29% y 88,8% respectivamente en el grupo de artritis infecciosa y de 8,7% y 21,4% respectivamente en el grupo de artritis no infecciosas. La media del recuento de leucocitos en el LS y en sangre periférica fueron significativamente mayores en el grupo con artritis infecciosa (datos mostrados en la tabla). Se demostró transparencia del LS en 110 (60,4%) de las artritis no infecciosas y en 2 (7,4%) de las infecciosas. Estos dos casos correspondieron a una infección por *Streptococcus equi* y a una infección por *Staphylococcus aureus* MTCS de un quiste meniscal exofítico. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN se muestran en la tabla.

Conclusiones: La prueba de transparencia presenta el más alto VPN de todas las pruebas auxiliares evaluadas en nuestro estudio. Aunque el criterio clínico constituye el peso más importante en la decisión clínica, por su sencillez y alto rendimiento, creemos que debería difundirse también entre los equipos médicos de urgencias e incluirse dentro del árbol de toma de decisiones o durante la elaboración de criterios de decisión clínica en artritis infecciosa.

32. APREMILAST, UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA 4, EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS DE UN ENSAYO DE FASE 3, ALEATORIZADO, CONTROLADO

J.J. Gómez-Reino¹, A.O. Adebajo², A. Kavanaugh³, P.J. Mease⁴, J. Wollenhaupt⁵, C. Hu⁶ y R. Stevens⁶

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. ²Universidad de Sheffield. Reino Unido. ³Universidad de California San Diego. EE.UU. ⁴Centro Médico Sueco y Facultad de Medicina. Universidad de Washington. Seattle. EE.UU. ⁵Schön Klinik Hamburg Eilbek. Hamburgo. Alemania. ⁶Celgene Corporation. Warren. Nueva Jersey. EE.UU.

Introducción: Apremilast (APR), un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4, actúa a nivel intracelular para modular los mediadores pro y antiinflamatorios. El estudio PALACE 1 comparó la eficacia y seguridad de APR frente a placebo (PBO) en pacientes con artritis psoriásica (APs) activa a pesar del uso previo de FAMEs y agentes biológicos.

Métodos: Se aleatorizó a los pacientes con una relación 1:1:1 a recibir PBO, APR 20 mg dos veces al día o APR 30 mg dos veces al día estratificados según el uso de FAME inicial. En la semana 16, los pacientes con una reducción < 20% de los recuentos de articulaciones dolorosas y tumefactas se volvieron a aleatorizar a APR 20 mg dos veces al día o 30 mg dos veces al día (grupo PBO) o permanecieron en la dosis inicial (grupos APR). Todos los pacientes continuaron con el tratamiento hasta la semana 24. Se permitió el tratamiento con FAMEs estables y concurrentes (MTX, sulfasalazina,

leflunomida o su combinación). Los análisis realizados en la población por protocolo emplearon la metodología de extrapolación de la última observación (LOCF) para los datos ausentes.

Resultados: Se aleatorizaron y compararon 504 pacientes a lo largo de los brazos de tratamiento en relación con los datos demográficos, características de la enfermedad y tratamiento concurrente/previo; el 23,6% había sido expuesto previamente a agentes biológicos; el 9,3% representaron fracasos a biológicos. Al inicio, 64,9% tomaban FAME (54,2% MTX). En la semana 16, un mayor número de pacientes que recibían APR 20 mg dos veces al día (31,3%; p = 0,0140) y 30 mg dos veces al día (41,0%; p < 0,0001) logró un ACR20 frente a PBO (19,4%). Con APR 30 mg dos veces al día, se observaron respuestas de ACR20 más elevadas en los grupos de APR en monoterapia y sin tratamiento biológico previo frente a la población global del estudio. En la semana 24, se produjeron mejorías significativas en los criterios secundarios de valoración con APR frente a PBO, tales como dolor y función física. En general, APR fue bien tolerado. Los acontecimientos adversos (AA) que aparecieron en = 5% de cualquier grupo fueron diarrea (PBO 2,4%, 20 mg dos veces al día 11,3%, 30 mg dos veces al día 19,0%), náuseas (6,5%; 9,5%; 18,5%), cefalea (4,8%; 10,1%; 10,7%) e infección del tracto respiratorio superior (3,6%; 6,0%; 4,2%). La mayoría (> 95%) de los AA fueron leves/moderados; los abandonos debidos a AA fueron similares en todos los brazos de tratamiento (5%-7%). Se produjeron AA graves en 7 (PBO), 8 (20 mg dos veces al día) y 9 (30 mg dos veces al día) pacientes. No se observó un mayor riesgo de infecciones oportunistas, linfoma o acontecimientos cardiovasculares. No se informó de reactivación de la tuberculosis.

Conclusiones: APR mejoró significativamente los signos y los síntomas de la APs y supuso una mejoría con significación clínica y estadística de la función física. En general, APR fue bien tolerado y no se detectaron nuevas señales analíticas/de seguridad.

33. NEFROPATÍA EN LA PÚRPURA DE SCHOENLEIN-HENOCH: ESTUDIO DE 142 PACIENTES

V. Calvo Río¹, J. Loricera¹, L. Martín², F. Ortiz Sanjuán¹, L. Álvarez³, M.C. González Vela⁴, D. González Lamuño³, C. Mata¹, P. Gortázar³, J. Rueda Gotor², M. Arias², E. Peiró¹, V.M. Martínez Taboada¹, M.A. González Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Nefrología; ³Servicio de Pediatría; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: El pronóstico de la púrpura de Schoenlein-Henoch (PSH) depende de la afectación renal. Los estudios de nefropatía en la PSH (NPSH) suelen proceder de poblaciones seleccionadas de Servicios de Nefrología por lo que la gravedad está sobrevalorada. Nuestro objetivo fue estudiar la NPSH en una serie amplia y no seleccionada de pacientes con PSH.

Métodos: Estudio de una serie amplia de 142 pacientes consecutivos diagnosticados de PSH (Michel et al. J Rheumatol. 1992;19:721-8)

Tabla Póster 32

| | PBO (n = 165) | APR 20 mg dos veces al día (n = 163) | APR 30 mg dos veces al día (n = 161) |
|---|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ACR20 en sem. 16,% | 19,4 [INR 19,4%] | 31,3* [INR 31,3%] | 41,0§ [INR 40%] |
| APR en monoterapia (n = 172) | 10,5 [INR 10,5%] | 31,5* [INR 31,5%] | 50,8§ [INR 48%] |
| APR + FAME (n = 317) | 24,1 | 31,2‡ | 35,0‡ |
| ACR20 en sem. 16 sin tratamiento biológico previo (n = 363) | 23,7 | 31,2‡ | 43,3* |
| APR en monoterapia (n = 89) | 11,5 [INR 11,5%] | 24,1‡ [INR 24,1%] | 58,8* [INR 56%] |
| APR + FAME (n = 274) | 27,2 | 33,3‡ | 37,2‡ |
| Selección de criterios secundarios de valoración en sem. 24- ACR50,% | 4,2 | 15,3* | 19,9§ |
| Selección de criterios secundarios de valoración en sem. 24 - ACR70,% | 0,6 | 5,5* | 11,2§ |
| HAQ-DI, promedio de los mínimos cuadrados (EE) | -0,077 (0,037) | -0,212 (0,037)* | -0,260 (0,037)* |
| SF-36 de la FF, promedio de los mínimos cuadrados (EE) | 1,46 (0,671) | 3,50 (0,675)* | 5,06 (0,674)§ |

Se llevaron a cabo análisis de eficacia mediante el uso de la población por protocolo (N = 489). Se utilizó la extrapolación de la última observación para los datos ausentes. INR = imputación de los no respondedores. FF (Función Física). *p < 0,05; §p = 0,0001; ‡p = NS frente a PBO.

en un mismo centro. La nefropatía se clasificó como leve o grave. La nefropatía leve se definió como microhematuria (> 5 eritrocitos/campo) y/o proteinuria (> 500 mg/día) sin rango nefrótico. La nefropatía grave como: a) síndrome nefrótico (albuminemia < 25 g/L y > 1 g de proteinuria/día/m² en niños, o > 3,5 g de proteinuria/día en adultos), b) Síndrome nefrítico (hematuria y > 2 de los siguientes: hipertensión arterial, aumento de la uremia o creatinemia y oliguria). La insuficiencia renal se consideró cuando la creatinemia fue > 125% del límite superior de la normalidad.

Resultados: Se estudiaron 142 pacientes (88 varones/54 mujeres) con NPSH con una edad media de 30,6 ± 26,4 años. La nefropatía se había presentado al inicio solo en el 27,4% de los 142 pacientes que finalmente tuvieron NPSH. Durante el curso clínico, además de la nefropatía (100%), las manifestaciones más frecuentes fueron las cutáneas (100%), gastrointestinales (62%) y articulares (61,3%). La nefropatía fue leve en la mayoría de los pacientes (77%), y grave en un (33%) con síndrome nefrótico (12,5%) y síndrome nefrítico (6,8%). Se observó insuficiencia renal en el 25% de los pacientes con NPSH. La mediana (25, 75 intercuartiles, IQ) de la proteinuria fue 1 g/24h (IQ, 0,5-2,2) y de la creatinemia de 1,2 mg/dl (IQ, 1-2,4). Se realizó una biopsia renal en 19 casos (13,4%) observándose GMN mesangial con depósito de IgA en la Inmunofluorescencia en todos los casos. Destacamos los siguientes datos de laboratorio; leucocitosis (22,5%), anemia (12,7%), VSG media (47,1 ± 30,2 mm/h) y aumento de IgA sérica (60%). En relación con el tratamiento un 79,6% de los pacientes recibieron corticosteroides y un 19% citotóxicos (ciclofosfamida en 6 pacientes, Azatioprina en 7 pacientes y micofenolato en 2). Tras una mediana de seguimiento de 120,8 (IQ, 110-132) meses, se observó una recuperación completa en el 69,7%, hematuria persistente, generalmente leve, en el 14,8% e insuficiencia renal crónica leve en un 4,9%. Durante la fase aguda y el seguimiento completo solo un 2,9% (4/142) de los pacientes requirieron diálisis y ninguno de ellos trasplante renal. Un 38,6% sufrieron recidivas.

Conclusiones: La afectación renal en la PSH suele ser leve (77%) y habitualmente evoluciona hacia la curación sin secuelas o, en el caso de dejar secuelas, estas son por lo general leves.

34. EFECTIVIDAD, CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, TOLERANCIA Y SEGURIDAD DEL DENOSUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M.D. Pastor Cubillo, M.I. González-Cruz Cervellera, A. Rueda Cid, C. Campos Fernández, E. Beltrán Catalán y J. Calvo Catalá

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: Denosumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une con gran afinidad y especificidad al RANKL impidiendo la activación de su receptor en la superficie de los osteoclastos y sus precursores, favoreciendo una disminución de la resorción ósea. Al ser una nueva diana terapéutica de la osteoporosis, es importante valorar no solo su eficacia (efecto antifractura y de forma subrogada la evolución de la masa ósea), sino también su tolerancia y seguridad. La eficacia de denosumab en mujeres posmenopáusicas ha sido evaluada en un amplio programa de ensayos clínicos, demostrando una reducción de fracturas vertebrales (desde el primer año) y de todo tipo de fracturas, así como un incremento de la densidad mineral ósea comparando con placebo y con alendronato. La adherencia es excelente dada su posología y sus efectos secundarios son similares al placebo.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es analizar en los primeros 50 pacientes tratados en nuestro Servicio, la efectividad (valorando el incremento de la densidad mineral ósea y la aparición de nuevas fracturas), el grado de cumplimiento, la tolerancia y la seguridad.

Métodos: Hemos estudiado 50 mujeres posmenopáusicas con edad media de 63,6 años (35-81), de las cuales, 39 habían llevado previa-

mente otros tratamientos (78%) y con fracturas previas en 11 casos (22%). Hemos valorado la visita inicial, en la que se inicia el tratamiento con denosumab y a los doce meses: DMO de columna (L1-L4) y cadera completa con DEXA GE al inicio y a los 12 meses, comparando T score en ambas determinaciones. Igualmente, realizamos Rx columna dorsolumbar de perfil para valorar nuevas fracturas, así como marcadores de formación y resorción ósea. Para ayudar a la cumplimentación del tratamiento, hemos utilizado el programa Prolong. La tolerancia y seguridad al fármaco las evaluamos con la historia clínica y determinaciones analíticas (calcemia fundamentalmente).

Resultados: Valoramos los 50 primeros pacientes tratados con denosumab en nuestro Servicio, incluyendo tanto primeras prescripciones como cambios de tratamientos previos. Han concluido el estudio 47 pacientes (94%), sin saber la causa por la que no han finalizado tres pacientes. En 43 pacientes se constató incremento de DMO (91,5%), sin detectar ninguna nueva fractura en el período estudiado. La adherencia fue completa en el 100% de casos. La tolerancia ha sido excelente, sin efectos locales en el lugar de la inyección y no hemos constatado ningún efecto adverso.

Conclusiones: Podemos considerar el denosumab como un fármaco efectivo que ha incrementado la DMO en el 91,5% de casos en un año y sin aparición de nuevas fracturas. El cumplimiento del tratamiento se facilita por la cómoda administración del fármaco. Tiene una buena tolerabilidad y seguridad, sin detectar ningún efecto adverso en el tiempo estudiado.

35. CERTOLIZUMAB PEGOL COMBINADO CON METOTREXATO ES EFICAZ EN ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA INDEPENDIENTEMENTE DE LA EXPOSICIÓN PREVIA A INHIBIDORES DEL TNF TRAS FALLO SECUNDARIO: ANÁLISIS POST-HOC DEL ENSAYO CLÍNICO FASE IIIB

D.E. Furst¹, S.A. Shaikh², M. Greenwald³, M. Schiff⁴, B. Bennett⁵, O. Davies⁶, F. Staelens⁶, W. Koetse⁷, P. Bertin⁸ e I. Dueñas⁹

¹University of California at Los Angeles. California. EE.UU. ²McMaster University. St. Catharines. Ontario. Canadá. ³Desert Medical Advances. Palm Desert. EE.UU. ⁴University of Colorado. Denver. EE.UU. ⁵BABennett Consulting. Marietta. EE.UU. ⁶UCB Pharma. Brussels. Bélgica. ⁷UCB Pharma. Raleigh. EE.UU. ⁸Rheumatology. Dupuytren Hospital. Limoges. Francia. ⁹Departamento Médico. UCB Pharma. Madrid.

Introducción y objetivos: Certolizumab pegol (CZP) ha demostrado ser eficaz en pacientes (ptes) con AR y exposición previa a inhibidores del TNF α (Weinblatt et al. Ann Rheum Dis. 2011;70(Suppl3):414). En el ensayo clínico Doseflex, dos dosis de CZP fueron comparables en el mantenimiento de la respuesta clínica y significativamente mejores que en el brazo de PBO (Furst et al. Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):665). Se presentan los datos de ptes con y sin exposición previa a antiTNF.

Métodos: Doseflex es un ensayo fase IIIB de 34 semanas (sem), con una fase inicial abierta seguida de un periodo doble ciego (DC), aleatorizado y controlado con placebo en ptes con AR activa y dosis estable de MTX (NCT00580840). Se incluyeron fallos secundarios a previo antagonista del TNF. Todos los ptes recibieron 400 mg CZP en las sem 0, 2 y 4 y 200 mg CZP cada 2 sem (Q2W) en combinación con MTX hasta la sem 16. Los respondedores ACR20 en la sem 16 se aleatorizaron 1:1:1 en la sem 18 a 200 mg CZP Q2W, 400 mg CZP Q4W o PBO (discontinuación CZP) durante 16 sem en combinación con MTX. El objetivo primario fue evaluar ACR20 en la sem34; se determinó la tasa de respondedores ACR y de remisión CDAI/SDAI/DAS28 (ESR) usando análisis por ITT.

Resultados: De los 333 ptes que se incluyeron, 91,9% procedía de EEUU y 53,5% había recibido un antagonista del TNF. La media de DAS28 (VSG), SDAI y CDAI en la visita basal fue 6,4, 40,4 y 38,4,

respectivamente. En la sem 16, la tasa de respondedores con y sin exposición previa a antiTNF fue: ACR20 60,7% vs 61,9%; ACR50 34,8% vs 41,3%; ACR70 14,0% vs 18,7%. De los ptes aleatorizados en la sem 18, 42,0%, 61,4% y 55,7% había recibido previamente un antiTNF en el brazo de PBO, CZP 200 mg Q2W y CZP 400 mg Q4W, respectivamente. Las características basales fueron similares en los pacientes aleatorizados con y sin previa exposición a inhibidores del TNF. En la sem 34, las tasas de respondedores ACR20/50/70 fueron comparables entre los grupos de 200 mg Q2W y 400mg Q4W (67,1/50,0/30,0% y 65,2/52,2/37,7%) y significativamente mayores que en el brazo de CZP?PBO (44,9/30,4/15,9%, $p < 0,05$ para todas las comparaciones). ACR20 en la sem 34 en ptes con vs sin exposición previa de TNF fueron 37,9% vs 50,0% con PBO, 74,4% vs 55,6% con CZP 200 mg Q2W y 61,5% vs 70,0% con CZP 400 mg Q4W. Las tasas ACR50/70 y de remisión fueron similares en los pacientes con CZP con y sin previa exposición a antiTNF con ambas dosis; sin embargo, en el brazo PBO eran considerablemente inferiores en ptes con previo uso en comparación con los ptes naïve. CZP fue bien tolerado (tasas acontecimientos adversos (AA) en fase DC: 62,3% vs 62,9% vs 60,9%; AA graves (AAG): 0% vs 7,1% vs 2,9% en los grupos CZP?PBO, CZP 200 mg Q2W y 400 mg Q4W). El AAG más común fue infecciones e infestaciones (4,3% en el grupo CZP 200 mg Q2W; 0 en los otros grupos).

Conclusiones: En ptes con AR activa y respuesta inadecuada a MTX, CZP 200 mg Q2W y CZP 400 mg Q4W mostraron eficacia comparable en el mantenimiento de la respuesta clínica a las 34 sem tras una fase inicial abierta de 16 sem. CZP demostró ser eficaz en ptes con AR con y sin exposición previa de antiTNF durante 34 sem. Cuando CZP se retiró en la semana 16 en los respondedores ACR20 (ptes aleatorizados a PBO), se observó un mayor mantenimiento de la respuesta en pacientes naïve.

36. NÓDULOS DE GARROD: A PROPÓSITO DE 8 CASOS

S. Rodríguez Muguruza, A. Olivé Marqués, M. Martínez-Morillo, B. Tejera Segura, A. Riveros Frutos, J. Sanint, S. Holgado Pérez, L. Mateo Soria, J. Cañellas y X. Tena Marsá

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

Introducción: Los nódulos de Garrod —cojinetes metacarpofalángicos o “Knuckle pads”— consisten en pápulas o placas cutáneas muy bien circunscritas que se localizan principalmente en el dorso de las articulaciones metacarpofalángicas o interfalángicas proximales. Pueden ser idiopáticas o secundarias a traumatismos repetidos (ocupacional, deportiva o trastorno psiquiátrico). Se consideran un subtipo de fibromatosis superficial, estando relacionada íntimamente a la enfermedad de Dupuytren. Son asintomáticos y pueden ser solitarios o múltiples. Histológicamente se caracterizan por la presencia de una marcada acantosis y proliferación de fibroblastos y capilares de la dermis sin componente inflamatorio. El diagnóstico diferencial incluye callosidades, verrugas vulgares, granuloma anular, xantomas, reacción por cuerpo extraño y nódulos de Gottron.

Objetivos: Describir las características clínicas e epidemiológicas de una serie de pacientes con nódulos de Garrod.

Métodos: Diseño retrospectivo (1988-2012) en un hospital universitario con un área de referencia de 800.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes procedentes de la base de datos del Servicio de Reumatología.

Resultados: Se diagnosticaron 8 pacientes con nódulos de Garrod: 4 varones (50%) y 4 mujeres (50%). Edad media en el momento del diagnóstico 46 años (rango 19-59). Antecedente de osteoartrosis de manos 50% (4 paciente), diabetes mellitus 37,5% (3 pacientes), alteraciones psiquiátricas 25% (2 pacientes), síndrome del túnel carpiano 25% (2 pacientes), enfermedad de Dupuytren en el 12,5% (1 paciente), gota 12,5% (1 paciente), hipotiroidismo 12,5%(1 paciente), quiroar-

tropatía diabética 12,5% (1 paciente). El 25% de los pacientes estaban relacionados a traumatismos repetidos (1 paciente artesano y 1 paciente con autolesiones en las manos).

| Edad | Sexo | Otras enfermedades | Relación a traumatismos | Historia familiar |
|------|-------|--|-------------------------|-------------------|
| 59 | Varón | Diabetes mellitus, Dupuytren | No | No |
| 19 | Varón | Psicosis | Sí | No |
| 55 | Varón | Síndrome ansioso adaptativo, artrosis | No | No |
| 50 | Varón | Artrosis de manos, gota, síndrome del túnel carpiano | Sí | No |
| 47 | Mujer | Hipotiroidismo | No | No |
| 56 | Mujer | Síndrome del túnel carpiano, artrosis de manos | No | No |
| 59 | Mujer | Artrosis de manos, diabetes mellitus | No | No |
| 29 | Mujer | Diabetes mellitus, quiroartropatía diabética | No | No |

Conclusiones: Los nódulos de Garrod son usualmente idiopáticas. En el presente trabajo no se encontró factor desencadenante en el 75% de los pacientes. Sin embargo un 25% de ellos presentó relación de las lesiones a traumatismos repetidos en las manos (relacionados a trabajos manuales y autolesiones). Se ha comunicado formas familiares, sin embargo, en nuestro estudio no se reportó ningún caso. No se encontraron diferencias en cuanto a la distribución en edad ni género. Un único paciente presentaba enfermedad de Dupuytren. A pesar de ser una serie pequeña de casos, se encontró una relación del 50% con artrosis de manos.

37. EFECTO DE CERTOLIZUMAB PEGOL EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON O SIN EXPOSICIÓN PREVIA A ANTI-TNF: RESULTADOS A 24 SEMANAS DEL ESTUDIO FASE 3 DOBLE CIEGO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO

P. Mease¹, R.M. Fleischmann², J. Wollenhaupt³, A.A. Deodhar⁴, D. Kielar⁵, F. Woltering⁶, C. Stach⁶, B. Hoepken⁶, T. Arledge⁷, D. van der Heijde⁸ y J.J. Gómez-Reino⁹

¹Seattle Rheumatology Associates. Seattle. EE.UU. ²University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, TX. EE.UU. ³Schön-Klinik. Hamburg. Alemania. ⁴Oregon Health & Science University. Portland, OR. EE.UU. ⁵UCB Pharma. Brussels. Bélgica. ⁶UCB Pharma. Monheim am Rhein. Alemania. ⁷UCB Pharma. Rtp. NC. EE.UU. ⁸Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda. ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña.

Introducción y objetivos: Certolizumab pegol (CZP), un anti-TNF pegilado sin fracción Fc, ha demostrado eficacia en la reducción de signos y síntomas de la artritis psoriásica (APs). RAPID-PsA (NCT01087788) es el primer estudio de un biológico en APs que incluye pacientes (pts) con exposición previa a anti-TNF.

Métodos: La duración del estudio RAPID-PsA es 158 semanas (S), controlado hasta 24S, doble ciego hasta 48S y seguimiento abierto hasta 158S. Se incluyeron pts con APs activa y con fallo previo a 1 FAME. Los pts podían tener fallo secundario a un anti-TNF. Los pts fueron aleatorizados 1:1:1 a placebo (PBO), o 400 mg CZP en las sem 0, 2 y 4 (dosis de inducción, DI) seguido de 200 mg CZP cada 2 semanas (Q2W) o 400 mg CZP cada 4 semanas (Q4W). Los pts que recibían PBO y no consiguieron un descenso del 10% en el recuento de las articulaciones dolorosas y tumefactas, en las sem 14 y 16, fueron rescatados y aleatorizados a la sem 16 para recibir CZP 200 mg Q2W o CZP 400 mg Q4W, seguidos a la DI. El objetivo clínico primario fue la respuesta ACR20 en la semana 12. Objetivos secundarios incluían PASI75, índice entesitis (LEI), índice dactilitis (LDI) y el índice modificado de la severidad de psoriasis en la uña (mNAPSI). La impu-tación por no respondedores fue utilizada para ACR y PASI75; y la

extrapolación de la última valoración observación (LOCF) fue usada para LEI, LDI y mNAPSI.

Resultados: 409 pts fueron aleatorizados. Los datos demográficos en el momento basal (BL) fueron similares entre grupos. Los pts que habían recibido anti-TNF previo fueron el 19,1% y 19,8% en los grupos PBO y CZP (dosis combinadas), respectivamente. La respuesta ACR20 en la semana 12 fue significativamente superior en los grupos de CZP 200 mg Q2W y CZP 400 mg Q4W vs PBO (58,0% y 51,9% vs 24,3% [$p < 0,001$ para ambos]) y se observó tan pronto como en la sem 1 (21,0% [$p = 0,001$] y 23,0% [$p < 0,001$] vs 7,4%). Respuesta PASI75 a la semana 24 para pacientes con un área superficial de psoriasis de = 3% en el momento basal BL (61,6% aleatorizado set [RS]) fue 62,2% con CZP 200 mg Q2W y 60,5% con CZP 400 mg Q4W vs 15,1% PBO ($p < 0,001$ para ambos). Para los pacientes con entesitis basal (64,3% RS), el cambio del LEI respecto BL en la semana 24 fue de -2,0 con CZP 200 mg Q2W ($p < 0,001$) y -1,8 con CZP 400 mg Q4W ($p = 0,003$) vs -1,1 PBO. Para los pacientes con enfermedad de las uñas en BL (73,3% RS) el cambio en mNAPSI desde BL a la semana 24 fue de -1,6 para CZP 200 mg Q2W y de -2,0 para CZP 400 mg Q4W vs -1,1 del grupo PBO. No hubo diferencias en los cambios del LDI basal, respecto a los observados en pacientes con dactilitis BL. En la semana 24, los ratios de la respuesta ACR fueron similares entre los grupos de CZP y superiores a PBO, independientemente de la exposición previa a anti-TNF. Los eventos adversos (AEs) ocurrieron en un 62% vs 68% y los SAEs en 7% vs 4% para los pacientes con CZP vs PBO (dosis combinadas), respectivamente. Dos muertes ocurrieron en la semana 24, una muerte súbita de causa desconocida (CZP 400 mg Q4W) y un infarto de miocardio (CZP 200 mg Q2W). No se observaron nuevas alertas de seguridad.

| | ACR20 | ACR50 | ACR70 |
|---|-------|-------|--------|
| CZP (combinado) | | | |
| Fracaso a Anti-TNF previo | 59,3* | 44,4* | 25,9** |
| CZP vs PBO * $p < 0,001$, ** $p = 0,005$ | | | |
| No fracaso a Anti-TNF previo | 60,3* | 41,5* | 26,0* |
| CZP vs PBO * $p < 0,001$ | | | |
| PBO | | | |
| Fracaso a Anti-TNF previo | 11,5 | 3,8 | 3,9 |
| No fracaso a Anti-TNF previo | 26,4 | 14,5 | 4,5 |

Conclusiones: Se observaron mejorías rápidas en los signos y síntomas de la APs, al igual que en las manifestaciones de la piel y enfermedad de la uña con psoriasis, en los dos grupos de distintas pautas posológicas de CZP. Se observaron valores de la respuesta ACR parecida en pacientes en tratamiento CZP con o sin exposición previa a anti-TNF.

38. USO DE ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA EN EL ÁREA DE SALUD DE MÉRIDA

A. Gallego Flores, L.M. Mellado Narciso, C. Carrasco Cubero, J.J. Aznar Sánchez, T.L. Rodríguez Araya y E. Chamizo Carmona

Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: En artritis reumatoide (AR) el metotrexato (MTX) sigue siendo el tratamiento de primera elección. Actualmente los fármacos antagonistas del TNF-alfa se han convertido en una herramienta fundamental y segura para conseguir la remisión clínica y radiológica en aquellos pacientes que presentan una respuesta insuficiente a FAMES no biológicos. Los más utilizados son los primeros en llegar: infliximab (INF), adalimumab (ADA) y etanercept (ETA). La frecuencia y modalidades de uso, la supervivencia, las causas de suspensión entre los tres diferentes anti-TNF son variables en las diferentes series.

Objetivos: Evaluar los patrones de utilización, incluyendo la duración y causas de suspensión de los primeros anti-TNF, ADA, INF y ETA, en pacientes con AR, en el área sanitaria de Mérida.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo en pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de AR según los criterios de ACR de 1989, con más de 5 años de evolución, y que hubieran recibido tratamiento con al menos uno de los 3 antiTNF clásicos entre los años 2000 y 2010. La variable principal de desenlace fue la suspensión del anti TNF en cualquier línea de tratamiento por ineficacia o toxicidad. Empleamos el método de Kaplan-Meier para calcular la supervivencia de cada antiTNF y el test log Rank para comparar las curvas de supervivencia.

Resultados: Obtuvimos 75 pacientes evaluables, 75% mujeres y 80% con FR positivo, con una media de edad de 55 años y de evolución de la enfermedad de 13 años al iniciar el primer anti TNF. Hasta ese momento, los 75 pacientes habían recibido 192 tratamientos con FAMES. La mayoría (85%) recibió 2, 3 o 4 FAMES diferentes. Metotrexato fue el más utilizado: 38% de los tratamientos y 97,3% de los pacientes. Todos los pacientes en estudio recibieron al menos una línea de tratamiento biológico. En total 119 tratamientos distribuidos de la siguiente manera entre los 75 pacientes: ADA 37,8%, INF 22,7% y ETA 20,2%. En la primera línea de tratamiento fueron más utilizados los anticuerpos monoclonales (48% ADA, 30,7% INF). Suspendieron este primer tratamiento el 48% de los pacientes ($n = 36$), principalmente por ineficacia (55,6%, $n = 20$). En la segunda línea de tratamiento el antiTNF más utilizado fue ETA (30%). El cambio de diana terapéutica fue muy frecuente en nuestra población (36,7% tras la primera línea y 60% tras la segunda). No hubo diferencias significativas en la supervivencia del fármaco (en torno a los 5 años) ni en el motivo de suspensión entre los 3 anti TNF, en cualquier línea de tratamiento. El anti TNF fue administrado en monoterapia en 14,7% y asociado a FAMES en el 85,3% de los pacientes (64,1% recibe MTX y 20,3% recibe MTX combinado a otros FAMES).

Conclusiones: La práctica totalidad de nuestros pacientes reciben MTX, antes y durante el tratamiento con anti-TNF. No apreciamos diferencias en la supervivencia de los tres anti-TNF ni en el motivo de su suspensión. La monoterapia con anti TNF en nuestra población no llega al 15% de los pacientes.

39. LOS NIVELES DE ETANERCEPT SE CORRELACIONAN CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Plasencia¹, D. Pascual-Salcedo², G. Bonilla¹, P. Alcozer¹, S. García-Carazo¹, K.N. Franco¹, D. Cajigas¹, L. Lojo¹, L. Nuño¹, A. Villalba¹, D. Peiteado¹, F. Arribas², M. López-Casla², J. Díez³, E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Departamento de Reumatología; ²Unidad de Inmunología;

³Departamento de Estadística. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: El uso de la terapia anti-TNF como etanercept (Eta), ha demostrado ser efectiva en pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, un porcentaje considerable de pacientes desarrollan ineficacia o efectos adversos, teniendo como consecuencia la suspensión del fármaco. Se ha publicado recientemente que los niveles séricos de Eta se correlacionan con la respuesta clínica en pacientes con AR, de tal forma que los pacientes con niveles séricos bajos de fármaco tienen peor respuesta a la terapia anti-TNF.

Objetivos: Evaluar en pacientes con AR en tratamiento con Eta si los niveles séricos del fármaco se correlacionan con la actividad clínica y el abandono del tratamiento biológico.

Métodos: Se estudiaron 44 pacientes con AR en tratamiento con etanercept del Hospital la Paz. La actividad clínica se evaluó mediante el Disease Activity Score 28 (DAS28), la mejoría clínica mediante el delta-DAS28 y la respuesta al tratamiento mediante The European League Against Rheumatism (EULAR) en el momento basal y al 1º, 2º y > 3º años de tratamiento. Eta se administró subcutáneamente a una dosis de 50 mg/semanales. Los niveles de Eta se evaluaron cada

6 meses, un máximo de 24 horas antes de la administración de Eta, mediante un ELISA. El análisis estadístico se realizó mediante el sistema SPSS 11.0. Para el estudio estadístico se dividieron los niveles de Eta en bajos ($NB \leq 1.000$ ng/ml) y altos ($NA \geq 1.000$ ng/ml).

Resultados: De los 44 pacientes con AR tratados con Eta, 34 (77,2%) eran mujeres. La media de edad de los pacientes era $60,2 \pm 12,7$ años y la media de la duración de la enfermedad fue de $16,1 \pm 9,9$ años. El tiempo medio en terapia biológica con Eta fue de $5,5 \pm 3,3$ años. La mayoría de los pacientes recibieron FAME clásicos de forma concomitante [41/44 (93,2%) con FAME vs 3/44 (6,8%) en monoterapia, $p = 0,013$]. La actividad basal media (DAS28) fue de $4,9 \pm 1$ y no se observó diferencias en actividad en los momentos basales de los pacientes con NB y NA de Eta ($5,3 \pm 1,5$ con NB vs $4,9 \pm 0,8$ con NA, $p = 0,287$). La actividad clínica (DAS28) fue mayor en los pacientes con NB de Eta en todos los momentos estudiados ($4,3 \pm 0,9$ con NB vs $2,6 \pm 0,6$ con NA al 1º año, $p = 0,003$; $4,3 \pm 1,2$ con NB vs $2,5 \pm 0,7$ con NA al 2º año, $p = 0,002$; $4,5 \pm 0,9$ con NB vs $2,7 \pm 0,6$ con NA a > 3 º año, $p = 0,000$). La mejoría clínica (delta-DAS28) fue menor en los pacientes con NB de Eta durante todo el estudio ($-0,7 \pm 1,1$ con NB vs $2,1 \pm 0,9$ con NA al 1º año, $p = 0,006$; $0,8 \pm 2,1$ con NB vs $2,4 \pm 0,9$ con NA al 2º año, $p = 0,036$; $0,86 \pm 1,4$ con NB vs $2,2 \pm 0,9$ con NA a > 3 º año, $p = 0,003$). El porcentaje de abandono del tratamiento biológico fue mayor en los pacientes con NB de Eta [7/13 (53,8%) con NB vs 1/31 (3,2%) con NA, $p = 0,000$]. Los niveles séricos de Eta (Mdn, P25-P75) fueron mayores en los pacientes con buena respuesta (BR) y moderada respuesta (MR) EULAR que en los pacientes con no respondedores (NR) [2.287,0, 1.488,7-2.625,0 con BR vs 821,5, 500,0-1.143,0 con MR vs 16,0, 16,0-16,0 con NR al 1º año, $p = 0,026$; 1.379,2, 1.190,5-3.347,0 con BR vs 2.225,0, 2.225,0-2.225,0 con MR vs 352,0, 0,0-973,0 con NR al 2º año, $p = 0,154$; 2.300,0, 1.812,0-3.312,0 con BR vs 1.274,0, 700,5-2.605,0 con MR vs 370,15,0-1.200,0 con NR a > 3 º año, $p = 0,007$].

Conclusiones: La presencia de niveles séricos bajos de Eta se correlaciona con una peor respuesta al tratamiento biológico y con una mayor frecuencia de abandono del anti-TNF. Los niveles de Eta son mayores en los pacientes respondedores.

40. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA DE INICIO TARDÍO FRENTE A LA DE INICIO PRECOZ

M.D. López Montilla, P. Font Ugalde, M.C. Castro Villegas, D. Ruiz Vilchez y E. Collantes Estévez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos: Analizar las características clínicas del grupo de pacientes con artritis psoriásica de inicio tardío (mayores de 60 años) y compararlas con las del grupo de pacientes de inicio precoz (menores de 30 años).

Métodos: Los datos forman parte de nuestra base de datos de artritis psoriásica, con un total de 282 pacientes de los cuales el 45% son mujeres ($n = 126$), con una media de edad de inicio de la artritis de 43,45 (14,62) años y una mediana de 41 años. Consideramos inicio tardío a partir de los 60 años como referencia a los parámetros utilizados en la artritis reumatoide. El inicio precoz lo determinamos en base a la edad media de aparición de artritis psoriásica en nuestro grupo de pacientes. Todos los pacientes cumplían criterios CASPAR. Se estratificaron en dos grupos: Inicio tardío ($n = 44$) e inicio precoz ($n = 43$), con una edad media de inicio de artritis de 67,39 (6,19) años y 22,86 (4,27) años respectivamente. Porcentaje de mujeres en cada grupo fue de 48% y 38%. Mediante prueba de chi cuadrado se compararon los porcentajes de: historia familias de psoriasis cutánea, presencia de sacroileítis radiológica, HLA B 27, factor reumatoide, onicopatía psoriásica, dactilitis y afectación de Interfalángicas distales.

Resultados: Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al contrastar la historia familiar de psoriasis ($p = 0,002$) y en la presencia de sacroileítis radiológica ($p < 0,001$). Ambas variables fueron más frecuentes en la artritis psoriásica de inicio precoz. En el resto de las variables analizadas no se encontraron diferencias.

Conclusiones: La edad de inicio de la artritis psoriásica influye en las manifestaciones clínicas de ésta. En las formas de inicio precoz es más frecuente la afectación axial con sacroileítis radiológica, mientras que en las formas de inicio tardío son más frecuentes las formas periféricas y es rara la presencia de sacroileítis. La existencia de antecedentes familiares de psoriasis cutánea podría determinar una aparición más temprana de la enfermedad. El resto de los datos analizados, que son las variables aplicadas en los criterios CASPAR, aparecen con igual frecuencia en las formas precoces y en las tardías.

41. USO DE DENOSUMAB EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA. PERFIL DE PACIENTES

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 es el primer tratamiento biológico en la osteoporosis. Es un anticuerpo monoclonal que se une al ligando RANKL de la superficie de los osteoclastos e inhibe su formación, actividad y supervivencia, por lo que disminuye la resorción ósea.

Objetivos: Determinar el perfil de las pacientes posmenopáusicas con osteoporosis candidatas a recibir tratamiento con Denosumab como primera elección o posterior a otros fármacos que no han mostrado ser eficaces debido a intolerancia, disminución de la densidad mineral ósea (DMO) o nuevas fracturas por fragilidad.

Métodos: En una consulta de reumatología, desde enero a diciembre de 2012, se seleccionaron en forma consecutiva, entre las pacientes que cumplían los criterios de inclusión, 118 mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, DMO (T-score $< 2,5$) en columna o cadera y alto riesgo de fractura según los datos que constan en la historia clínica. Después de obtener el consentimiento de las pacientes, se les prescribió Denosumab 60 mg por vía subcutánea cada 6 meses, durante 3 años, además de suplementos de calcio y vitamina D, según los niveles basales. Las variables a determinar al cumplir cada año de tratamiento, son resultado de cuestionarios de calidad de vida y dolor, la incidencia de nuevas fracturas vertebrales y no vertebrales, la variabilidad de los valores densitométricos y de los niveles de calcidiol, parathormona (PTH) y deoxipiridinolina urinaria (DPD).

Resultados: Atendiendo al tratamiento previo para osteoporosis, el 22% eran pacientes naïve, el 34,7% había recibido bifosfonatos, el 22%, ranelato de estroncio y el 21,2%, teriparatida o PTH 1,84. La falta de eficacia del tratamiento previo se relacionó con intolerancia, principalmente digestiva en el 45,7% de los casos, en el 43,5% de las pacientes la DMO no mejoró o disminuyó, el 6,5% presentó nuevas fracturas y el 4,3% de las pacientes decidió suspender el tratamiento oral. La edad fue similar en los tres grupos de pacientes con tratamientos previos ($73,7 \pm 7,9$ años). Las pacientes naïve eran menores: $65,8 \pm 7,8$ años ($p < 0,0001$). Al comienzo del estudio todas las pacientes tenían calcidiol > 30 ng/mL (media = 36,3 ng/dL; IC95% = 31,5; 41,0), PTH = $49,5 \pm 15,2$ pmol/L y DPD = $7,49 \pm 8,6$ DPD/nM creat. El T-score de columna lumbar fue de $-2,58$ y el de cuello de fémur de $-2,69$. El 55,6% de las pacientes había tenido alguna fractura osteoporótica, el 66,2% fractura vertebral y el 27,7% y 6,2%, fracturas no vertebrales y de cadera, respectivamente. El 53,8% de

estas pacientes habían tenido dos o más fracturas. No hubo ningún paciente que haya presentado mala tolerancia a la inyección subcutánea.

Conclusiones: Denosumab tiene indicación de primera línea en el tratamiento de la osteoporosis. Entre los pacientes tratados se distinguen varios perfiles de pacientes bajo el denominador común de mujeres con alto riesgo de fractura o fracaso terapéutico. Ningún paciente ha presentado problemas de tolerancia al inyectable. Será de gran interés comprobar la respuesta en cada perfil de pacientes.

42. POLIMORFISMOS EN EL GEN DEL RECEPTOR DE LA VITAMINA D Y NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D EN POLIMIALGIA REUMÁTICA Y ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

L. Álvarez-Rodríguez¹, M. López-Hoyos², J.L. Hernández⁵, M. García-Unzueta⁴, J. Calvo Alén³, I. Villa³, J.A. Amado⁴, E. Aurrecochea³, T. Ruiz³ y V.M. Martínez-Taboada¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología; ⁴Servicio de Endocrinología; ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IFIMAV. Santander. ³Sección de Reumatología. Hospital de Sierrallana-IFIMAV. Torrelavega.

Objetivos: La vitamina D posee actividad inmunomoduladora y niveles disminuidos de esta vitamina se han asociado con susceptibilidad a enfermedades inflamatorias. Además, variaciones genéticas involucradas en el receptor de la vitamina D (VDR) se han asociado con susceptibilidad a enfermedades autoinmunes e inflamatorias. El objetivo del presente trabajo fue estudiar las distribuciones alélicas de 4 polimorfismos en el gen VDR (Taq I, Apa I, Fok I y Bsm I) y los niveles séricos de vitamina D en dos enfermedades asociadas al envejecimiento, como son polimialgia reumática (PMR) y arteritis de células gigantes (ACG).

Métodos: Un total de 92 pacientes con ACG, 264 pacientes con PMR y 126 controles sanos de edad similar (HC) se genotiparon usando primers específicos y análisis de polimorfismos de longitud de fragmentos de restricción. Los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D (25-(OH)-D) se cuantificaron en 96 individuos (16 ACG, 59 PMR y 21 controles sanos).

Resultados: La distribución alélica de los SNPs analizados se encontró en equilibrio de Hardy-Weinberg, con la excepción de BsmI en el grupo control ($p = 0,02$). No hubo diferencias significativas en los polimorfismos del gen VDR entre pacientes y controles, ni entre PMR y ACG, con la excepción de una frecuencia mayor en los portadores del alelo b para el polimorfismo BsmI en PMR (1,713 (1,022-2,872), $p = 0,04$) y ACG (2,128 (1,048-4,322), $p = 0,03$) comparado con controles. Se observó un descenso significativo de los niveles séricos de 25-(OH)-D en pacientes con ACG activa comparado con controles sanos. No se observaron diferencias significativas en pacientes con PMR activa. No se encontró asociación entre los niveles de 25-(OH)-D y las manifestaciones clínicas o reactantes de fase aguda en pacientes con PMR y ACG. El análisis entre los polimorfismos y los niveles de 25-(OH)-D no mostró ninguna asociación en el caso de los controles sanos. Sin embargo hubo una asociación significativa para el genotipo FF de FokI con bajos niveles de 25-(OH)-D en pacientes con ACG. Por otro lado, pacientes con PMR con genotipos BB, AA y tt para BsmI, ApaI y TaqI respectivamente se asociaron con mayores niveles de 25-(OH)-D comparado con ACG y con controles sanos.

Conclusiones: El posible papel del polimorfismo en el gen del VDR BsmI en la susceptibilidad a padecer PMR y ACG debería ser estudiado en una población mayor de pacientes de diferentes áreas geográficas. Los niveles séricos disminuidos de 25-(OH)-D pueden tener

alguna consecuencia patogénica en ACG que debería ser también confirmada en otras poblaciones. Las asociaciones entre los polimorfismos y los niveles séricos apuntan a un efecto diferencial de los genotipos de VDR en estas patologías.

Financiación: ISCIII-FIS, IFIMAV (PI.08/0098).

43. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE REUMATOLOGÍA A PSICOLOGÍA

M. Gobbo¹, M. Redondo², L. León³, X. Torres⁴, A. Solorzano⁵, M. Brat⁶, S. Romero⁷, M. Medrano⁸, F. Díaz⁹, C. Núñez Cornejo¹⁰ y C. Alegre⁶

¹Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología.

²Universidad Camilo José Cela. Madrid. ³IdISSC Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Hospital Clínic de Barcelona. ⁵ACAF.

⁶Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Complejo

Hospitalario de Pontevedra. ⁸Hospital Universitario Miguel Servet.

Zaragoza. ⁹Hospital Universitario de Canarias. ¹⁰Hospital

U. Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: Las enfermedades reumáticas presentan características propias como son la cronicidad, y la incapacidad y dolor asociados a la mayoría de ellas, que las hacen subsidiarias de beneficiarse de la actuación de otros profesionales, distintos a los reumatólogos, cuya labor complementa y apoya la de éstos. Sin embargo esta colaboración potencial entre distintas disciplinas se ve mermada por la falta de unos criterios que permitan conocer fácilmente cuándo los pacientes deben ser derivados.

Objetivos: Desarrollar criterios de derivación desde reumatología a psicología, que permitan: identificar los signos de alerta para derivación, valorar correctamente estos signos, y establecer los criterios para decidir la derivación.

Métodos: Para el desarrollo de los criterios se utilizó metodología cualitativa (grupo nominal). El grupo estuvo formado por 10 profesionales, 5 reumatólogos y 5 psicólogos, con perfiles representativos en cuanto a distribución geográfica, sexo, edad, años de experiencia profesional, años de experiencia en reumatología y años de colaboración con otros profesionales. El grupo nominal fue moderado por un experto en metodología cualitativa. En la dinámica cada profesional presentó independientemente sus propuestas de criterios clave. Estos criterios se valoraron y graduaron, también de modo individual, con una escala Likert (0 mínima relevancia- 5 máxima relevancia). Posteriormente se realizó un proceso iterativo para: argumentar las discrepancias, descartar los criterios en los que no había acuerdo, consensuar los puntos claves considerados más relevantes para responder a los objetivos propuestos, y sintetizar su redacción. El resultado final fue circulado entre todos los miembros del grupo, y adicionalmente entre otros 40 profesionales (19 reumatólogos, 5 enfermeros, 5 rehabilitadores, 5 terapeutas ocupacionales y 5 fisioterapeutas) que revisaron los contenidos para evitar en lo posible el solapamiento con respecto a los criterios de derivación a otras especialidades. Además de consensuar los objetivos principales, y utilizando la misma metodología, se establecieron los aspectos que identifican qué pacientes podrían beneficiarse más con la intervención del psicólogo y qué medidas permiten optimizar la derivación.

Resultados: Los resultados se muestran en la tabla.

Conclusiones: La implantación del uso de los criterios de derivación propuestos en los servicios de reumatología podría ser una medida sencilla para facilitar la interacción entre reumatología y psicología, y mejorar la atención y la satisfacción de los cuidados a los pacientes reumáticos. Sería preciso explorar en futuros estudios la utilidad de estos criterios para ambos profesionales, y su influencia en el estado de salud y la satisfacción de los pacientes.

Tabla Póster 43

| | |
|--|---|
| ¿Qué signos indican que es conveniente derivar al paciente al psicólogo? | <ul style="list-style-type: none"> – Ansiedad: intensos y frecuentes síntomas cognitivos (preocupación excesiva y recurrente por la enfermedad, hipervigilancia síntomas), fisiológicos (ahogos, taquicardias, tensión muscular, sudoración, etc.) y conductuales (movimientos repetitivos, evitación de actividades cotidianas, etc.) – Depresión: estado de ánimo triste, con pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Sentimientos de infravaloración y dificultad para tomar decisiones. – Hábitos no saludables: mala alimentación por exceso o por defecto, actividad física insuficiente, estilo de vida pasivo, consumo de sustancias tóxicas que empeoran el pronóstico de la enfermedad – Catastrofismo: tendencia a malinterpretar y sobrevalorar el potencial nocivo, incontrolable y de incapacitación (tanto actual como anticipado) de la enfermedad. – Alteraciones del sueño descartando causas orgánicas como apnea del sueño o dolor lumbar inflamatorio. – Dificultad para el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas, de ejercicio físico, etc. por motivos psicológicos (no por condiciones socio-económicas) – Dificultad para mantener una vida sexual satisfactoria a causa de la enfermedad. – Exceso o defecto de atención y/o apoyo por parte de la familia hacia la enfermedad o los problemas del paciente. |
| ¿Qué debemos preguntar para valorar la conveniencia de derivar al psicólogo? | <ul style="list-style-type: none"> – ¿Se nota más ansioso de lo habitual debido a la enfermedad? – ¿Tiene ganas de llorar sin motivo aparente? – ¿Ha disminuido considerablemente el interés por las cosas a causa de la enfermedad? – ¿Le cuesta conciliar el sueño, se despierta frecuentemente y/o el sueño no es reparador? – ¿Está constantemente preocupado por la enfermedad, temiendo que empeore y convencido de no poder hacer nada para evitarlo? – ¿La enfermedad está afectando sus relaciones laborales, familiares, sociales y/o de pareja? |
| ¿Cuándo se debe derivar un paciente al psicólogo? | <ul style="list-style-type: none"> – Cuando la respuesta al diagnóstico, a la enfermedad, al tratamiento y/o las consecuencias psicofísicas derivadas de los mismos, no es adaptativa (por exceso o negación). – Si hay ansiedad y/o depresión severas asociadas a la enfermedad. – Si hay problemas sexuales asociados a la enfermedad. – Ante la sospecha de cualquier tipo de trastorno psicológico o psiquiátrico. |
| ¿Qué pacientes son susceptibles de beneficiarse más con la intervención del psicólogo y obtener unos mejores resultados? | <p>Todos los pacientes se benefician de la intervención psicológica, pero ésta es más efectiva en aquellos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel cultural medio alto • Diagnóstico reciente • Buena capacidad cognitiva • Bajo nivel de catastrofización • Afrontamiento activo • Buen apoyo familiar y social |
| ¿Qué medidas facilitan una buena derivación y una colaboración estrecha con psicología? | <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar el número de profesionales con formación en este área y facilitar la derivación directa y rápida a ellos sin listas de espera. – Mejorar la información a pacientes, familiares y profesionales para superar connotaciones socialmente negativas asociadas a la ayuda psicológica. – Aumentar la sensibilización de gestores y profesionales hacia los enfoques multidisciplinarios. – Realizar la derivación al psicólogo en el marco de un protocolo estandarizado – Implementar, en la medida de lo posible, protocolos terapéuticos de corta duración |

44. EL PERFIL DE CITOCINAS CIRCULANTES NO PERMITE DISTINGUIR LA POLIMIALGIA REUMÁTICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO EN EL ANCIANO

L. Álvarez-Rodríguez¹, M. López-Hoyos², J. Calvo-Alén³, E. Aurrecochea³, T. Ruiz³, I. Villa³ y V.M. Martínez-Taboada¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IFIMAV. Santander. ³Sección de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega.

Objetivos: Caracterizar el perfil y la fuente celular de citocinas en pacientes con polimialgia reumática (PMR) y pacientes con artritis reumatoide de inicio en el anciano (EORA).

Métodos: El presente estudio incluyó a 96 pacientes con PMR activa y sin tratamiento previo, 40 pacientes con EORA y 25 controles sanos de misma edad (HC). Las citocinas circulantes se determinaron mediante "Cytometric Bead Array" y ELISA. Por su parte, las citocinas intracelulares se evaluaron en las subpoblaciones CD3+ y CD14+ mediante citometría de flujo. El efecto del tratamiento con corticosteroides (CS) se estudió en 59 pacientes con PMR y 20 pacientes con EORA.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre pacientes con enfermedad activa y HC para las siguientes citocinas circulantes: IL-1 α , TNF α , IFN α , IL-17 e IL-13. Los pacientes con PMR y EORA activas mostraron un aumento significativo en los niveles circulantes de IL-6 e IL-8 comparado con HC ($p < 0,05$).

Los niveles de IL-10 circulantes estaban aumentados significativamente en pacientes con PMR y mostraron una tendencia en EORA ($p = 0,063$) comparado con HC. El control de la enfermedad con el tratamiento disminuyó significativamente los niveles circulantes de IL-6 en PMR y EORA. Los pacientes con PMR activa mostraron un descenso significativo en los niveles de IL-12p70 ($p = 0,002$) e IL-23 ($p = 0,03$) comparado con HC. La única diferencia significativa entre pacientes con PMR activa y pacientes con EORA fue mayores niveles de IL-6 en pacientes con EORA activa y sin tratamiento previo. No se hallaron diferencias significativas en citocinas intracelulares tales como IL-1 α , IL-6, IFN- α e IL-4 entre pacientes con enfermedad activa y HC. El marcaje de citocinas intracelulares mostró un aumento significativo de las células Th17 en pacientes con PMR comparado con HC, y un descenso tras el tratamiento esteroideo. Los pacientes con EORA activa mostraron un aumento persistente en producción de IL-2 intracelular no estimulada con respecto a HC. De nuevo, no se encontraron diferencias significativas en la producción de citocinas intracelulares entre PMR y EORA. Observamos una discrepancia entre los niveles séricos y células T y monocitos productores de citocinas en pacientes con PMR y EORA.

Conclusiones: Los pacientes con PMR y EORA activos se caracterizan por un aumento en los niveles séricos de IL-6 e IL-8. Los niveles circulantes de IL-6 son rápidamente suprimidos por el tratamiento esteroideo. Aunque ambas patologías presentan algunas características diferentes comparadas con HC de la misma edad,

el perfil de citocinas circulantes no permite diferenciar ambas entidades.

Financiación: ISCIII-FIS, IFIMAV (PI.08/0098).

45. ENSAYO CLÍNICO DE FASE 3 DE ODANACATIB PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. CARACTERÍSTICAS BASALES Y DISEÑO DEL ESTUDIO

S. Papapoulos¹, H. Bone², D. Dempster³, J.A. Eisman⁴, S. Greenspan⁵, M. McClung⁶, T. Nakamura⁷, J. Shih⁸, A. Leung⁹, A. Santora⁹, N. Verbruggen⁹, E. Rosenberg⁹ y A. Lombardi⁹

¹Leiden University. Leiden. Holanda. ²Michigan Bone & Mineral Clinic. Detroit, MI. EE.UU. ³Columbia University. New York, NY. EE.UU. ⁴Garvan Institute of Medical Research. Sydney. Australia. ⁵University of Pittsburgh. Pittsburgh, PA. EE.UU. ⁶Oregon Osteoporosis Center. Portland. Oregon. EE.UU. ⁷University of Occupational and Environmental Health. Kitakyushu. Japón. ⁸Robert Wood Johnson Medical School. Piscataway, NJ. EE.UU. ⁹Merck, Sharp, and Dohme. Whitehouse Station, NJ. EE.UU.

Odanacatib es un inhibidor potente, selectivo y reversible de la catépsina K, una colagenasa secretada por los osteoclastos, que se está evaluando para el tratamiento de la osteoporosis. En el estudio de la fase 2 con mujeres posmenopáusicas con DMO baja, odanacatib 50 mg/semanal vía oral aumentó la DMO progresivamente durante 5 años un 11,9% en columna lumbar y un 9,8% en cuello femoral. Se ha diseñado un ensayo clínico de fase 3 aleatorizado, doble ciego para evaluar la reducción de fracturas osteoporóticas y seguridad de odanacatib. Se incluyeron 16.231 mujeres postmenopáusicas con osteoporosis que recibieron odanacatib 50 mg o placebo una vez a la semana (con independencia de las comidas). Todas las participantes recibieron vitamina D3 5.600 UI semanales y suplementos de calcio según necesidad. El Comité de Monitorización de Datos (CMD) del estudio ha completado el primer análisis interno planificado para evaluar la eficacia y ha recomendado finalizar el estudio prematuramente debido a que se han observado datos robustos de eficacia y un perfil riesgo-beneficio favorable. Este primer análisis se realizó, según se había planeado, al alcanzar aproximadamente el 70% del número de fracturas de cadera estimado (237). Se espera que los

resultados finales del estudio se presenten o publiquen a lo largo de 2013. El ensayo tiene tres variables primarias: fractura vertebral morfométrica, fractura no vertebral y fractura de cadera. Los controles se emplean para aumentar la tasa de error de falsos positivos debida a las múltiples variables primarias. Las fracturas clínicas se adjudican de forma centralizada con la historia clínica, los informes radiológicos y/o radiografías. Las variables secundarias incluyen fracturas vertebrales clínicas, DMO, altura, marcadores de recambio óseo, seguridad y tolerabilidad. También se ha recogido información clínica extra en el momento basal, datos farmacogenómicos, muestras de suero y orina de todas las participantes y biopsias trans-ilíacas de algunas pacientes; todo ello aportará información adicional. Se reclutaron mujeres posmenopáusicas con (n = 7.544) o sin fractura vertebral radiográfica previa (n = 8.687) en 387 centros de todo el mundo. En el momento basal la edad media era de 73 años, el 57% eran caucásicas y presentaban una DMO T-Score media en columna lumbar -2,7; en cadera total -2,4; en cuello femoral -2,7 y en trocánter -2,3. Este estudio aportará información sobre la eficacia y seguridad de odanacatib 50 mg/semanal en la reducción del riesgo de fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis.

46. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE REUMATOLOGÍA A TERAPIA OCUPACIONAL

M. Gobbo¹, A. Arias², N. Peinado³, A. Sánchez⁴, R. Moreno⁵, C. Torcal Laguna⁶, T. Juan⁷, S. Martínez⁸, T. García Vicuña⁹, C. Campos¹⁰ y R. Cáliz¹¹

¹Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología.

²Hospital Clínic de Barcelona. ³Hospital Universitario La Paz. Madrid.

⁴Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ⁵Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

⁶Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁷Hospital Son Llàtzer. Baleares.

⁸Hospital Universitario Mutua Terrasa. ⁹Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

¹⁰Hospital General Universitario de Valencia. ¹¹Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: Las enfermedades reumáticas presentan características propias como son la cronicidad, y la incapacidad y dolor asocia-

Tabla Póster 46

| | |
|--|---|
| ¿Qué signos indican que es conveniente derivar al paciente a terapia ocupacional? | <ul style="list-style-type: none"> – Alteraciones articulares y musculares que afecten la función (dolor, inflamación, baja tolerancia al esfuerzo físico, fatiga, inestabilidad articular, pérdida de fuerza y deformidad articular) – Alteraciones de la capacidad funcional en la realización de las actividades de la vida diaria básicas (ej.: vestido, higiene, alimentación) e instrumentales (ej.: trabajo, ocio, tareas domésticas, compras) – Necesidad de productos de apoyo y/o adaptación del entorno – Dolor asociado a enfermedad reumática con escasa respuesta a tratamiento farmacológico y físico habitual |
| ¿Qué debemos preguntar para valorar la conveniencia de derivar a terapia ocupacional? | <ul style="list-style-type: none"> – ¿Tiene problemas para realizar cualquiera de las actividades de su vida diaria por culpa de la enfermedad? – ¿Necesita la ayuda de otras personas o de algún instrumento para poder realizar algunas actividades de la vida diaria? – ¿Tiene malos hábitos que podrían mejorar con entrenamiento o educación (ergonomía, economía articular...)? |
| ¿Cuándo se debe derivar un paciente a terapia ocupacional? | <ul style="list-style-type: none"> – Alteraciones articulares/musculares susceptibles de mejorar a través de productos de apoyo, ortesis o prótesis – Necesidad de llevar a cabo modificaciones en el entorno y adaptaciones funcionales del mismo – Discapacidad superior a la esperada en el momento evolutivo de la enfermedad – Dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria – Dependencia de aparición brusca o superior a la justificable por el estadio evolutivo de la enfermedad |
| ¿Qué pacientes son susceptibles de beneficiarse más con la intervención del terapeuta ocupacional y obtener unos mejores resultados? | <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que no presenten dependencia previa a la enfermedad reumática • Bien informados y dispuestos a implicarse en su proceso de forma activa • Con buen nivel cognitivo • Con nivel socio-cultural medio alto • Que tengan apoyo familiar |
| ¿Qué medidas facilitan una buena derivación y una colaboración estrecha con terapia ocupacional? | <ul style="list-style-type: none"> – Mejorar los conocimientos de profesionales sanitarios, sociedad y pacientes acerca de las funciones del terapeuta ocupacional – Aumentar los recursos disponibles (numero de terapeutas, facilidad de acceso...) – Agilizar la derivación desde primaria a especializada – Disminuir listas de espera – Favorecer la colaboración interdisciplinar |

dos a la mayoría de ellas, que las hacen subsidiarias de beneficiarse de la actuación de otros profesionales, distintos a los reumatólogos, cuya labor complementa y apoya la de éstos. Sin embargo esta colaboración potencial entre distintas disciplinas se ve mermada por la falta de unos criterios que permitan conocer fácilmente cuándo los pacientes deben ser derivados.

Objetivos: Desarrollar criterios de derivación desde reumatología a terapia ocupacional, que permitan: identificar los signos de alerta para derivación, valorar correctamente estos signos, y establecer los criterios para decidir la derivación.

Métodos: Para el desarrollo de los criterios se utilizó metodología cualitativa (grupo nominal). El grupo estuvo formado por 10 profesionales, 5 reumatólogos y 5 terapeutas ocupacionales, con perfiles representativos en cuanto a distribución geográfica sexo, edad, años de experiencia profesional, años de experiencia en reumatología y años de colaboración con otros profesionales. El grupo nominal fue moderado por un experto en metodología cualitativa. En la dinámica cada profesional presentó independientemente sus propuestas de criterios clave. Estos criterios se valoraron y graduaron con una escala Likert (0 mínima relevancia- 5 máxima relevancia) también de modo individual. Posteriormente se realizó un proceso iterativo para: argumentar las discrepancias, descartar los criterios en los que no había acuerdo, consensuar los puntos claves considerados más relevantes para responder a los objetivos propuestos, y sintetizar su redacción. El resultado final fue circulado entre todos los miembros del grupo, y adicionalmente entre otros 40 profesionales (20 reumatólogos, 5 psicólogos, 5 rehabilitadores, 5 enfermeros y 5 fisioterapeutas) que revisaron los contenidos para evitar en lo posible el solapamiento con respecto a los criterios de derivación a otras especialidades. Además de consensuar los objetivos principales, y utilizando la misma metodología, se establecieron los aspectos que identifican qué pacientes podrían beneficiarse más con la intervención de terapia ocupacional y qué medidas permiten optimizar la derivación.

Resultados: Los resultados se muestran en la tabla.

Conclusiones: La implantación del uso de los criterios de derivación propuestos en los servicios de reumatología podría ser una medida sencilla para facilitar la interacción entre reumatología y terapia ocupacional, y mejorar la atención y la satisfacción de los cuidados a los pacientes reumáticos. Sería preciso explorar en futuros estudios la utilidad de estos criterios para ambos profesionales, y su influencia en el estado de salud y la satisfacción de los pacientes.

47. ANÁLISIS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL FIBROMYALGIA RAPID SCREENING TOOL (FIRST)

B. Casanueva¹, R. Belengué², J.V. Moreno³, J. Urriaga⁴, B. Urriaga⁵, J. Llorca⁶, M.A. González-Gay⁷ y Grupo GEFISER

¹Clínica de Especialidades Cantabria. Santander. ²Hospital 9 de Octubre. Valencia. ³Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Catedrático de Lengua Francesa. Madrid. ⁵Catedrática de Lengua Española y Literatura. Madrid. ⁶Catedrático de Epidemiología y Biología Computacional. Universidad de Cantabria. IFIMAV. Santander. ⁷Hospital Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la traducción española del cuestionario FIRST para la detección de fibromialgia (FM) en consulta médica.

Métodos: Traducción al español del cuestionario original francés FIRST, por especialistas en Reumatología del grupo de estudio de FM de la Sociedad Española de Reumatología (GEFISER), catedrático de Francés y catedrática de Lengua Española y Literatura. Los 6 ítems fueron traducidos en segunda persona para posibilitar la utilización auto o heteroaplicada. Se incluyeron en el estudio 333 pacientes (321 mujeres y 12 varones) con una edad media de 50,86 ± 9,43 años; un tiempo medio de evolución de enfermedad de 18,06 ± 9,54 años, todos ellos diagnosticados de FM por Especialista en Reumatología, aplicando criterios ACR 1990, consecutivos, en estudio multicéntrico y que daban su consentimiento. Se evaluó el número de tender points en el momento del estudio y se completaron los cuestionarios FIRST y Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ). Se evaluó el porcentaje de positividad respecto a los criterios ACR 1990 (sensibilidad) de cada uno de los 6 ítems del cuestionario y para la puntuación global (5 o 6 ítems positivos), así como la correlación entre puntuación total y las variables FIQ y tiempo de evolución de la enfermedad.

Resultados: La media de tender points de los 333 pacientes fue de 15,85 ± 2,14. La media del FIQ fue de 75,82 ± 15,15. Tuvieron un FIRST positivo (puntuaciones 5 o 6) 297 de los 333 pacientes analizados. La sensibilidad para el ítem 1 era del 97,9%, para el ítem 2 del 91,3%, ítem 3 del 73,3%, ítem 4 del 92,5%, ítem 5 del 95,8% e ítem 6 del 98,5%. La sensibilidad para puntuaciones totales de 5 o 6 ítems positivos resultó del 89,2%. Existía correlación entre FIRST total (puntuaciones 5 o 6) y las variables tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico ($p < 0,001$) y FIQ ($p < 0,001$).

Conclusiones: Aunque nuestros hallazgos de sensibilidad (89,2%) resultaron ligeramente menores que en el estudio original (sensibilidad 90,5%), el grupo GEFISER considera este cuestionario de fácil aplicación y de aceptable utilidad para facilitar la detección de pacientes con FM en atención primaria de salud.

Grupo GEFISER: C. Alegre, J. Rivera, J. Blanch, A. García-López, M.A. Guzmán, J.L. Peña, J.L. Riestra, A. Ponce, J. Esteve, L. Morillas, J. González-Domínguez, F. Rivas, P.J. Vidal, C. Gómez-Gómez, M.A. Belmonte, J.F. Pastor, E. Amigo, V. Poca, F. García-Fructuoso, E. Salas, J. Carbonell, A. Collado, M.J. González-Fernández, J. Delgado, C. Serantes, M. Pericas.

Tabla Póster 47

The Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST) (S. Perrot et al. Pain 2010)

(Cuestionario traducido al español de la versión original francesa, por el Reumatólogo Dr. Benigno Casanueva Fernández, grupo GEFISER, Catedrática de Lengua Española Dña. Blanca Esther Urriaga González y Catedrático de Francés D. Jesús Javier Urriaga González).

Nombre:..... Apellidos:.....

Sí Usted padece dolores articulares, musculares o tendinosos desde hace más de tres meses, complete el siguiente cuestionario, respondiendo Sí o No a cada una de las siguientes preguntas.

Marque con una cruz (+) la casilla correspondiente a su respuesta.

| | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene dolores por todo el cuerpo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Los dolores vienen acompañados de una fatiga general permanente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Los dolores son como quemaduras, descargas eléctricas o calambres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Los dolores vienen acompañados de otras sensaciones anormales, como pinchazos, entumecimiento, adormecimiento u hormigueos por todo el cuerpo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Los dolores vienen acompañados de otros problemas de salud, como problemas digestivos, problemas urinarios, dolor de cabeza o piernas inquietas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tienen esos dolores una repercusión importante en su vida diaria, especialmente en el sueño, en la capacidad de concentración o en la sensación de realizar sus actividades con lentitud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

48. CORRELACIÓN ENTRE ENSAYOS PARA MONITORIZAR TERAPIAS DE INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE

A. Ruiz del Agua¹, B. Ruiz-Argüello¹, N. Torres¹, A. Monasterio¹, C. Plasencia², D. Pascual-Salcedo³, A. Balsa², A. Martínez¹ y D. Nagore¹

¹Proteomika SL. Derio. ²Reumatología; ³Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Se ha demostrado que los niveles de fármacos anti-TNF y anticuerpos anti-fármaco están fuertemente asociados con la respuesta clínica en artritis reumatoide (AR) (Pascual-Salcedo et al. 2011) y espondiloartritis (Plasencia et al. 2012) entre otras enfermedades. La monitorización de fármacos biológicos en la práctica clínica puede ayudar significativamente a optimizar el tratamiento. Para determinar estos valores se han desarrollado diferentes ensayos y tecnologías. Es un requisito indispensable que los métodos usados sean validados, estandarizados, y que guarden un equilibrio adecuado entre prestaciones clínicas y aplicabilidad desde un punto de vista práctico para poder ser adoptados y utilizados de manera consistente entre centros.

Objetivos: Evaluar la correlación entre dos ensayos utilizados actualmente en clínica para monitorizar niveles de infliximab (IFX), adalimumab (ADL) y anticuerpos anti-fármaco en AR.

Métodos: Se han llevado a cabo dos estudios retrospectivos en el dept. de reumatología del Hospital La Paz y en Proteomika. El análisis se ha realizado en 38 y 49 pacientes con AR tratados con IFX y ADL, respectivamente. Todos los pacientes cumplían criterios ACR 1987 para AR y mostraban enfermedad activa. La respuesta se evaluó mediante DAS28 de acuerdo a criterios EULAR cada 6 meses. Se analizaron un total de 280 y 153 muestras de suero para cada uno de los tratamientos, respectivamente, en el punto basal (antes del inicio del tratamiento) y en niveles valle durante un periodo de seguimiento de 2 años. El ensayo de fármaco utilizado en La Paz fue un ELISA de captura (Wolbink et al. 2005) que utiliza un anticuerpo policlonal anti-fármaco y los anticuerpos anti-fármaco fueron determinados mediante un ELISA puente (Wolbink et al. 2009). En paralelo, los niveles de fármaco y anticuerpos fueron cuantificados con kits ELISA Promonitor (Progenika Biopharma) que usa igual arquitectura y anticuerpos monoclonales específicamente dirigidos contra cada fármaco.

Resultados: La correlación entre cada tipo de ensayo en ambos centros es muy buena. Los coeficientes de correlación y tasa de discrepancia entre el ELISA de La Paz y los kits Promonitor fueron de 0,970 (4,6%) y 0,768 (2,6%) para niveles de IFX y ADL, respectivamente ($p = 1^{-6}$). Los coeficientes de correlación y tasa de discrepancia entre el ELISA de La Paz y los kits Promonitor fueron de 0,932 (3,9%) y 0,942 (0,6%) para la determinación de anticuerpos anti-IFX y anti-ADL, respectivamente ($p = 1^{-6}$). Los kits Promonitor detectaron anticuerpos anti-fármaco en 20 (52%) y 7 (14%) pacientes tratados con IFX y ADL, respectivamente. Independientemente del ensayo utilizado, los pacientes con anticuerpos anti-fármaco tienen un DAS28 significativamente mayor que los pacientes sin anticuerpos ($p < 0,001$). Los niveles valle de fármaco son significativamente mayores en los pacientes respondedores ($p < 0,05$), mientras que los niveles de anticuerpos son significativamente mayores en pacientes no-respondedores ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los ensayos utilizados en ambos centros correlacionan y muestran un buen acuerdo. Las asociaciones entre cada analito y la respuesta clínica son iguales en ambos centros independientemente del ensayo utilizado. Los kits Promonitor son una herramienta adecuada para la monitorización de fármacos biológicos en la práctica clínica y se confirma que la inmunogenicidad de IFX y ADL está fuertemente asociada con la pérdida de respuesta clínica en AR.

49. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS MODIFICADOS DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 2010 PARA CLASIFICACIÓN DE FIBROMIALGIA

B. Casanueva¹, F. García-Fructuoso², R. Belenguer³, C. Alegre⁴, J.V. Moreno⁴, J. Llorca⁵ y M.A. González-Gay⁶

¹Clínica de Especialidades Cantabria. Santander. ²Hospital CIMA. Barcelona. ³Hospital 9 de Octubre. Valencia. ⁴Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Catedrático de Epidemiología y Biología Computacional. Universidad de Cantabria. IFIMAV. Santander. ⁶Hospital Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: Evaluar la sensibilidad de la versión española de los nuevos Criterios Diagnósticos Preliminares del American College Rheumatology 2010 (ACR 2010) para fibromialgia (FM), respecto a los criterios ACR 1990, y las características diferenciales entre cumplidores y no cumplidores de los nuevos criterios.

Métodos: Traducción al español del cuestionario original por consenso de Especialistas en Reumatología del grupo de estudio de FM de la Sociedad Española de Reumatología (GEFISER). Análisis del cumplimiento de 3 condiciones: 1º- Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 (puntuación entre 0 y 19), escala de severidad de síntomas (SS1-2) ≥ 5 (puntuaciones SS1 entre 0 y 9, SS2 entre 0 y 3), o WPI 3 - 6 y SS1-2 ≥ 9 . 2º- Síntomas por más de 3 meses. 3º- Sin otra patología explicativa del dolor. Se incluyeron en el estudio 701 pacientes (682 mujeres y 19 varones) con una edad media de $52 \pm 9,07$ años; un tiempo medio de evolución de enfermedad de $14,68 \pm 9,67$ años, todos ellos diagnosticados de FM por un especialista en Reumatología, aplicando criterios ACR 1990, en estudio multicéntrico, y que daban su consentimiento informado. Se evaluó el número de tender points en el momento del estudio y se completaron los cuestionarios WPI, SS1, SS2 y Fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ). Se evaluó el porcentaje de positividad respecto a los criterios ACR 1990 (sensibilidad) y se compararon las medias del FIQ, WPI, SS1, SS2 y suma total de escala de severidad de síntomas, en función de si se cumplían o no criterios ACR 2010.

Resultados: La media de tender points de los 701 pacientes fue de $15,50 \pm 2,73$. La media del FIQ de $73,49 \pm 16,78$. En el momento del estudio 14 pacientes no cumplían criterios ACR 1990. De los pacientes analizados, 613 cumplían criterios ACR 2010 (sensibilidad 87,5%). La comparación de medias entre los 88 pacientes que no cumplían criterios ACR 2010 y los 613 que si cumplían estos criterios, mostraba diferencias significativas en el número de tender points ($14,5 \pm 3,9$ en los no cumplidores versus $15,6 \pm 2,5$ en los cumplidores, $p < 0,001$), FIQ ($52,9 \pm 19,0$ en los no cumplidores versus $75,5 \pm 15,2$ en los cumplidores, $p < 0,001$), WPI ($9,1 \pm 6,2$ en los no cumplidores versus $15,0 \pm 3,8$ en los cumplidores, $p < 0,001$), SS1 ($3,5 \pm 2,3$ versus $6,5 \pm 1,8$, $p < 0,001$), SS2 ($1,25 \pm 0,94$ VS $1,97 \pm 0,8$, $p < 0,001$) y suma de severidad de síntomas ($4,72 \pm 2,83$ en los no cumplidores versus $8,48 \pm 2,83$ en los cumplidores, $p < 0,001$).

| Variables | No cumplen criterios ACR 2010 (n = 88) | Sí cumplen criterios ACR 2010 (n = 613) | p |
|-------------------------|--|---|---------|
| | Media \pm DE | Media \pm DE | |
| Número de tender points | 14,5 \pm 3,9 | 15,6 \pm 2,5 | < 0,001 |
| FIQ | 52,9 \pm 19,0 | 75,5 \pm 16,5,2 | < 0,001 |
| WPI | 9,1 \pm 6,2 | 15,0 \pm 3,8 | < 0,001 |
| SS1 | 3,5 \pm 2,3 | 6,5 \pm 1,8 | < 0,001 |
| SS2 | 1,25 \pm 0,94 | 1,97 \pm 0,8 | < 0,001 |
| SS1 + SS2 | 4,72 \pm 2,83 | 8,48 \pm 2,83 | < 0,001 |

Conclusiones: Nuestros hallazgos de sensibilidad (87,5%), resultan similares a los obtenidos en la población americana del estudio original (88,1%), están por debajo de los obtenidos en la población coreana (93,9%) y por encima de la japonesa (64%). En

nuestro estudio, las diferencias entre pacientes cumplidores y no cumplidores de los criterios ACR 2010 resultan significativas para el índice de dolor generalizado, suma de severidad de síntomas, número de *tenders points* y FIQ.

Grupo GEFISER: J. Rivera, J. Blanch, A. García-López, M.A. Guzmán, J.L. Peña, J.L. Riestra, A. Ponce, J. Esteve, L. Morillas, J. González-Domínguez, F. Rivas, P.J. Vidal, C. Gómez-Gámez, M.A. Belmonte, J.F. Pastor, E. Amigo, V. Poca, E. Salas, J. Carbonell, A. Collado, M.J. González-Fernández, J. Delgado, C. Serantes, M. Pericas.

50. LOS NIVELES SÉRICOS DE VIP COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

A.M. Ortiz¹, C. Martínez², A. Lamana¹, J. Leceta², B. Díaz-Sánchez¹, Y. Juarranz², 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 Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción: En la actualidad, una de las principales necesidades no cubiertas en la artritis de reciente comienzo (ARC), es la descripción de biomarcadores que identifiquen los pacientes que van a requerir un tratamiento más intensivo para su enfermedad. Fisiológicamente, el péptido intestinal vasoactivo (VIP) tiene un papel antiinflamatorio e inmunoregulador, tanto en modelos murinos de artritis, en los que disminuye la gravedad de la misma como en estudios in vitro con linfocitos y sinoviocitos humanos, en los que disminuye la expresión de moléculas proinflamatorias. Se ha descrito una expresión disminuida de VIP en el líquido sinovial de formas graves de artrosis.

Objetivos: Estudiar los niveles séricos de VIP (VIPs) a lo largo del seguimiento en una cohorte de ARC y analizar su valor como biomarcador en la artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se estudiaron 92 pacientes de nuestro registro prospectivo de ARC, que recoge, de forma protocolizada, variables socio-demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas: 73% mujeres, edad al inicio de la enfermedad 54 [45-66] (mediana [p25-p75]) años, tiempo de evolución en la visita basal 5,4 [3,2-8,4] meses y seguimiento de 2 a 5 años. El 76% reunían criterios de 1987 para la clasificación de AR tras dos años de seguimiento. Los niveles de VIP se determinaron mediante ELISA (Phoenix Pharmaceutical, Karlshere, Germany) en los sueros recogidos en 353 visitas (3,8 visitas por paciente), así como en 100 controles sanos. Se consideraron niveles bajos de VIPs los situados por debajo del percentil 25 de la población normal. Se definió la variable intensidad del tratamiento (IT) como la suma del número de días de tratamiento con cada fármaco modificador de la enfermedad ponderado según la potencia de cada uno de ellos. Para determinar el efecto de las variables independientes sobre el VIPs se realizó un análisis multivariable longitudinal anidado por paciente y visita utilizando el comando *xtgee* de Stata 12 para Windows (StataCorp LP, College Station, TX, EEUU).

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de VIPs entre los pacientes en la visita basal y los controles (215 pg/ml [142-284]; mediana [p25-p75] vs 203 [171-241]; $p = 0,905$) y tampoco a lo largo de los dos años de seguimiento aunque sí una gran heterogeneidad en dichos niveles. El análisis multivariable dirigido a profundizar en dicha heterogeneidad mostró diferencias entre sexos (coeficiente beta [coef. beta]: $0,25 \pm 0,09$; $p = 0,007$) y relacionadas con la edad, con mayores niveles de VIPs en los pacientes de mayor edad (coef. beta por año $0,007 \pm 0,003$; $p = 0,006$). En cuanto a las variables relacionadas con la enfermedad, los niveles de VIPs fueron más bajos en los sujetos con mayor actividad medida mediante el DAS28 (coef. beta: $-0,043 \pm 0,019$; $p = 0,026$). Los pacientes con niveles más bajos de VIPs en la primera visita tenían mayor actividad de la enfermedad

(3,47 [2,83-4,37] vs 3,03 [2,16-3,77]; $p = 0,14$) y habían recibido un tratamiento más intenso según la variable IT (1.352 [1.092-1.754] vs 1.119 [870-1.473]; $p = 0,22$) al final del seguimiento.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que los niveles de VIPs podrían ser un marcador pronóstico en la AR ya que los niveles basales son menores en aquellos pacientes que van a presentar un peor curso evolutivo con una mayor actividad y un mayor requerimiento de tratamiento en los dos primeros años de seguimiento de la enfermedad.

Este trabajo ha sido financiado con los proyectos RD 08/0075 (RIER) y FIS PI08/0025, PI11/195, PI11/505 del Instituto de Salud Carlos III.

51. EFECTO DE ODANACATIB SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) Y SEGURIDAD GLOBAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS PREVIAMENTE TRATADAS CON ALENDRONATO

S. Palacios¹, T. de Villiers², S. Bonnick³, A. Odio⁴, R.Chapurlat⁵, B.B. Scott⁶, C. Le Bailly de Tillegem⁶, C. DaSilva⁶, A. Leung⁶ y D. Gurner⁶

¹Instituto Palacios. Salud y Medicina de la Mujer. Madrid. ²Mediclinic Panorama. Cape Town. Department of Obstetrics and Gynaecology. Faculty of Health. Sciences. Stellenbosch University. Sudáfrica ³Clinical Research Center of North Texas. Denton, TX. EEUU. ⁴Alta California Medical Group. Simi Valley, CA. EE.UU. ⁵INSERM U1033. Université de Lyon. Hôpital E Herriot. Lyon. Francia. ⁶Merck & Co. Inc.

Odanacatib (ODN) es un potente inhibidor oral de la catepsina K desarrollado para el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Este estudio evalúa los efectos de ODN 50 mg/semana sobre la DMO y los marcadores bioquímicos de recambio óseo, y la seguridad y tolerabilidad en pacientes tratados previamente con alendronato (ALN) (dosis diaria o semanal) durante = 3 años. Este estudio no está diseñado ni tiene potencia estadística para evaluar el efecto de ODN sobre las fracturas. Estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de 24 meses de duración. El objetivo primario fue el % de cambio de DMO en cuello femoral (CF) en el mes 24. 243 mujeres posmenopáusicas = 60 años con baja DMO (rango de T-score -3,5 a -2,5 incluido) en cadera total, CF o trocánter, sin historia de fractura de cadera y tratadas con ALN durante = 3 años se aleatorizaron (ratio 1:1) a recibir ODN 50mg/semana o placebo semanal durante 24 meses. Todas las pacientes recibieron vitamina D3 5.600 IU/semana y suplementos de calcio (hasta 1.200 mg/día). La DMO se midió mediante DXA en la visita basal, a los 6, 12 y 24 meses. Los marcadores bioquímicos de recambio óseo (s-CTx, u-NTx, s-BSAP y s-P1NP) se midieron en la visita basal, a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. En el grupo placebo, la DMO del CF y trocánter no fueron significativamente diferentes en los primeros 12 meses respecto al valor basal, pero sí hubo un descenso significativo considerando el periodo completo de los 24 meses (-0,94% y -1,35%, respectivamente). La DMO en cadera total disminuyó de manera lineal desde basal hasta los 24 meses (-1,87% a los 24 meses). La DMO en columna lumbar (CL) no fue significativamente diferente durante todo el estudio. En el grupo de ODN, los cambios de DMO desde basal a los 24 meses fueron significativos respecto a placebo en todas las localizaciones medidas (1,73% en CF, 1,83% trocánter, 0,83% en cadera total y 2,28% en columna lumbar). ODN 50 mg/semana disminuyó significativamente el marcador de resorción ósea u-NTx/Cr, y aumentó significativamente los marcadores de formación ósea s-P1NP y s-BSAP, comparado con placebo. El aumento observado en el s-CTx fue inesperado. Los acontecimientos adversos de los dos grupos fueron comparables. El perfil de seguridad entre ODN 50mg/semana y placebo fue similar. En este estudio ODN proporcionó aumentos de la DMO en mujeres osteoporóticas tras tratamiento

con ALN. Los resultados de los biomarcadores sugieren que ODN disminuye la resorción preservando la formación ósea.

52. ACTUALIZACIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DE CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA CON EXPOSICIÓN A LARGO PLAZO

X. Mariette¹, R.F. van Vollenhoven², V.P. Bykerk³, M. de Longueville⁴, C. Arendt⁴, K. Luitjens⁴, J.J. Cush⁵ y P. Talavera⁶

¹Université Paris-Sud. Le Kremlin Bicetre. Francia. ²The Karolinska Institute. Stockholm. Suecia. ³Hospital for Special Surgery. New York, NY. EE.UU. ⁴UCB Pharma. Brussels. Bélgica. ⁵Baylor Research Institute. Dallas, TX. EE.UU. ⁶Departamento Médico UCB Pharma. Madrid.

Introducción y objetivos: La seguridad de certolizumab pegol (CZP) en artritis reumatoide (AR) ha sido reportado previamente en análisis combinado de ensayos clínicos. Se presenta una actualización sobre la seguridad de CZP en pacientes (pts) con AR con un punto de corte hasta el 30 de noviembre (nov) de 2011.

Métodos: El análisis cambiando incluyó datos de 10 ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECA) de CZP en AR y sus fases de extensión abierta (OLEs). Se analizaron todas las dosis. Algunos pts recibieron CZP 400 mg cada 2 sem (Q2W), el doble de las dosis registradas, por protocolo. Los eventos adversos (EA) se definieron como aquellos que ocurrieron entre la primera dosis y un máximo de 84 días después de la última. EA severos (EAS) se definieron de una manera conservadora incluyendo la definición regulatoria (<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/HowToReport/ucm053087.htm>) así como Infecciones oportunistas (IO), neoplasias y eventos médicos relevantes para el investigador. Las infecciones severas (IS) se definieron de acuerdo a la definición regulatoria junto con aquellas que requirieron tratamiento IV. La IO fue definida por 6 expertos externos y validada por el Steering Committee (JC, VB, RVV y XM). Todos las muertes, IS (incluyendo IO) y neoplasias fueron revisadas manualmente por expertos externos clasificándolas de acuerdo a los procedimientos estándar y validadas por los autores. Las muertes fueron definidas previamente como de causa cardiovascular (CV), infecciosa, neoplásica u otras causas. Las neoplasias se clasificaron como cáncer de piel no melanoma (CPNM), tumores sólidos o linfoma. Los datos se presentan como tasa de incidencia (TI) y tasa de eventos (TE) por cada 100 pts-años (pa).

Resultados: A 30 de nov de 2011, 4.049 pts habían recibido CZP en todos los estudios (ECAs y OLEs) con una exposición total de 9.277 pa. La media de exposición a CZP en todos los estudios fue 2,1 año (a) (min 0,04, max 7,6); la mediana de la exposición fue 0,7 a. las IS fueron el EVS más frecuente. En total hubo 43 casos de tuberculosis (TB) en 43 pts, de los cuales 39 ocurrieron en Europa

Central y del Este (ECE). Hubo 58 muertes en los CZP pts. (IR: 0,63/100 pa) resultado de 19 eventos CV, 13 infecciones, 13 neoplasias y 18 por otras causas. 65 CZP pts en todos los estudios desarrollaron alguna neoplasia (ER: 0,72/100 pa), de los cuales 60 fueron tumores sólidos (eR: 0,67/100 pa) y 5 linfomas (0,05/100 pa).

Conclusiones: No se han detectado nuevas alertas de seguridad asociadas a CZP en este análisis actualizado de seguridad a largo plazo. Aunque los datos de IS fueron más altos para CZP que PBO en los ECAs estos no aumentaron con la exposición continuada a CZP. Dado que la exposición a PBO fue mucho más corta que a CZP las comparaciones entre los grupos de CZP y PBO debe ser interpretada cautelosamente. La incidencia de TB podría explicarse por el alto grado de reclutamiento en ECE antes de 2007. Las tasas de neoplasias e IS están en línea con los datos reportados para CZP en la FT y con los datos de los registros de anti-TNF (Dixon et al. Arth Care Res. 2010;62:755; Galloway et al. Rheumatol. 2011;50:124).

53. EL ANÁLISIS MEDIANTE SHOTGUN PROTEOMICS REVELA UNA REGULACIÓN DE PROTEÍNAS PROTEOSOMALES EN PACIENTES CON ARTROSIS

J.R. Lamas¹, E. Camafeita², E. Calvo², P. Tornero-Esteban¹, J.A. López² 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. Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares. CNIC. Madrid.

Introducción: Este trabajo intenta describir mediante aproximaciones proteómicas, y en células madre mesenquimales (MSCs) aisladas de pacientes artrósicos y no artrósicos, aquellas proteínas que pueden desempeñar un papel en la patogénesis de la enfermedad.

Métodos: Las MSCs se obtuvieron de aspirados de médula ósea de individuos sometidos a cirugía por reemplazamiento articular (en artrósicos) o por fractura de cadera (controles, sin signos de artrosis). Se utilizaron tres pacientes de cada grupo de edad similar. Las células se aislaron y expandieron hasta la confluencia del tercer pase (aproximadamente 2×10^6 células). Se hizo una extracción de proteínas y una vez solubilizadas y digeridas se sometieron a un análisis masivo mediante espectrometría de masas (LC-MS shotgun analysis). Para la identificación de las proteínas los espectros MS/MS se analizaron mediante el software Proteome Discoverer 1.0 para realizar una búsqueda en una base de datos humana. Mediante la herramienta GeneCodis 3.0 se realizó una clasificación funcional de las proteínas encontradas.

Tabla Póster 52

| | Ensayos clínicos | | | | Todos los estudios (ECAs y OLEs) | | | | | | | |
|--|------------------|-----------|-------|-------|----------------------------------|-----------|-------|-------|------------------------|-----------|-------|-------|
| | Placebo | | | | Todas las dosis de CZP | | | | Todas las dosis de CZP | | | |
| | TI/100 pa | TE/100 pa | N pts | % pts | TI/100 pa | TE/100 pa | N pts | % pts | TI/100 pa | TE/100 pa | N pts | % pts |
| Exposición total (pa) | 373 | | | | 1.302 | | | | 9.277 | | | |
| Media de exposición (días) | 110 | | | | 152 | | | | 782 | | | |
| Mediana de exposición (días) | 111 | | | | 112 | | | | 267 | | | |
| EA | 362,27 | 581,10 | 713 | 62,7 | 335,86 | 568,30 | 2.048 | 69,1 | 188,83 | 328,93 | 3.561 | 87,9 |
| Muertes | 0,27 | — | 1 | 0,1 | 0,84 | — | 11 | 0,4 | 0,63 | — | 58 | 1,4 |
| EAS | 17,01 | 27,73 | 61 | 5,4 | 20,97 | 29,49 | 260 | 8,8 | 13,96 | 21,31 | 1.063 | 26,3 |
| IS | 1,35 | 1,34 | 5 | 0,4 | 5,61 | 6,07 | 72 | 2,4 | 3,64 | 4,32 | 323 | 8,0 |
| Neoplasias (excluyendo el CP no melanoma) | 0,81 | 1,34 | 3 | 0,3 | 0,69 | 0,77 | 9 | 0,3 | 0,70 | 0,72 | 65 | 1,5 |
| IO (la candidiasis esofágica fue incluida como una IO) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,0 | 1,08 | 13 | 0,4 | 0,67 | 0,69 | 62 | 1,5 |

Resultados: Se identificaron un total de 1.748 proteínas. El análisis estadístico comparativo reflejó que 123 de ellas mostraban una expresión de al menos dos veces, entre las MSCs de artrosis y las MSCs control con un valor estadístico significativo ($p < 0,05$). Entre estas proteínas, 76 ($\approx 62\%$) estaban reguladas al alza y 47 ($\approx 38\%$) a la baja en el grupo de las células de origen artrósico, respecto al control. Curiosamente, cinco proteínas proteosomales, pertenecientes a la misma ontología funcional estaban claramente reguladas al alza: PSMD2 (2,52 veces), PSMA1 (3,36), PSMB3 (4,56), PSMA3 (7,08) y PSMA4 (13,26).

Conclusiones: Dado que la degradación dependiente del proteosoma de determinadas proteínas es esencial en la regulación de la actividad osteoclastogénica de enzimas y factores de transcripción clave (p.ej. RUNX2, ATF4) en determinadas vías de señalización (p.ej., Hedgehog, BMP, Wnt/ β -catenina), la regulación al alza de proteínas proteosomales y su esperable aumento de actividad, puede estar relacionado con una biología alterada de las MSCs de pacientes artrósicos que da en último lugar una peor calidad de los tejidos que regeneran estas células.

54. EXPRESIÓN DINÁMICA DE GENES DE LA VÍA SEÑALIZADORA WNT DURANTE LA ESTIMULACIÓN OSTEOGÉNICA IN VITRO DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES

A. Peralta Sastre, P. Tornero-Esteban, M. Hernández Molinero, E. Villafuertes, B. Fernández-Gutiérrez y J.R. Lamas

UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos (IDISSC). Madrid.

Introducción: La participación de la vía de señalización de la Wnt en el destino final de las células madre mesenquimales (MSCs) no está aclarado. Tanto la vía canónica como no canónica han sido implicadas en los procesos de diferenciación y proliferación, en los que intervienen ligandos específicos, inhibidores y moléculas reguladoras de la expresión génica. Aunque la osteogénesis es un proceso bien estudiado los detalles a nivel molecular no se conocen con profundidad. La intención de este estudio es la descripción de los cambios de expresión génica durante la osteogénesis inducida in vitro.

Métodos: Las MSCs se obtuvieron de la médula ósea de siete pacientes artrósicos (edad media 76 años) y tres sujetos control sin signos de artrosis (media 80 años). Las células se cultivaron y expandieron en medio estimulador de la osteogénesis. Las células confluentes se recolectaron a los días 1, 10 y 21. El RNA se extrajo y retrotranscribió previamente a su cuantificación mediante PCR cuantitativa en tiempo real. Se analizó de este modo la expresión simultánea de 84 genes relacionados con la Wnt utilizando un PCR Array comercial. Los datos de expresión se analizaron estadísticamente para determinar las posibles diferencias de expresión. Se consideraron para el análisis aquellos cambios mayores o menores de 2,5 veces con una $p < 0,05$.

Resultados: En las MSCs de pacientes artrósicos, el número de genes regulados a la baja se incrementaron durante la diferenciación osteogénica. Aunque en condiciones basales las diferencias de expresión no eran estadísticamente significativas entre los grupos estudiados, en los días 10 y 21 de osteogénesis se encontraron un total de 9 y 10 genes, respectivamente, regulados a la baja. Algunos de estos genes codificantes de proteínas esenciales en la vía de la Wnt.

Conclusiones: Nuestros datos demuestran la existencia de alteraciones en la artrosis, a nivel de las MSCs, durante la osteogénesis, en la expresión de genes relacionados con una vía esencial en el establecimiento de diferentes linajes mesenquimales. Podemos por lo tanto hipotetizar que una de las causas posibles de la artrosis puede relacionarse con alteraciones intrínsecas que determinan una dife-

renciación ineficiente de las MSCs hacia tejidos adultos plenamente funcionales.

55. INFLUENCIA DEL BLOQUEO DE LA INTERLEUCINA 6 EN LA URICEMIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO PILOTO

M.E. Córca¹, F.J. Narváez², M.V. Hernández³, H. Corominas⁴, I. Castellví¹, B. Magallares¹, B. Rodríguez-Díez⁵, J. Calvet-Fontova⁶, M.P. Lisbona⁷, E. de Miguel⁸, F. Pérez-Ruiz⁹ y C. Díaz-Torné¹

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.

Introducción: En los enfermos con artropatía por depósito de cristales de urato monosódico se ha demostrado que durante los episodios de inflamación aguda hay una disminución de los niveles de uricemia. La disminución de la uricemia se ha correlacionado tanto con el aumento de la PCR como de la interleucina-6 (Il-6) (Urano et al. J Rheumatol. 2002;29(9):1950-3). Por este motivo se ha sugerido que este descenso en la uricemia está relacionado con el proceso inflamatorio y especialmente con el aumento de la Il6 durante el mismo. Se ha observado, además, una disminución de la uricemia en pacientes con trombocitopenia refractaria tratados con terapia Il-6 recombinante. Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de la Il-6 efectivo en el tratamiento de la artritis reumatoide. Hipótesis: En los pacientes con un proceso inflamatorio como la artritis reumatoide tratados con tocilizumab deberían disminuir los parámetros inflamatorios y aumentar la uricemia. Justo lo contrario de lo que ocurre en los episodios de inflamación aguda de la gota.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional multicéntrico. Se estudiaron 68 pacientes con artritis reumatoide activa tratados con tocilizumab. Se recogieron las características demográficas (edad y sexo), de la artritis reumatoide (años de evolución, tratamiento y DAS28), del tratamiento concomitante y de la analítica (ácido úrico, VSG, PCR, Hb, plaquetas y creatinina) antes y a las 4 semanas de de iniciar tocilizumab. Se excluyeron aquellos pacientes en los que hubo cambios en los tratamientos concomitantes que pudieran afectar a la uricemia.

Resultados: La media de edad fue de $56,8 \pm 11,8$ años. El 11,9% fueron hombres. El 80% tenían un factor reumatoide positivo y el 82,54% un anticuerpo anti-CCP positivo. La VSG basal fue de $39,2 \pm 37,3$ mm/hora, y la PCR de $15,3 \pm 22,5$ mg/L. El DAS28-VSG inicial fue de $5,55 \pm 1,13$ y el DAS28-PCR fue de $5,12 \pm 0,98$. La uricemia basal fue de $4,5$ mg/dl $\pm 1,4$. Solo dos de los 68 enfermos presentaban hiperuricemia. Entre el valor de la uricemia de la visita basal y la uricemia de la visita al mes, hubo una disminución de $0,13$ mg/dl, el intervalo de confianza libre de distribución de medianas fue de $0,0025$ (-0,1; 0,23) por lo que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los valores de uricemia. Los cambios en la uricemia no se correlacionaron con los cambios en la VSG, PCR o DAS28. Si que hubo una clara correlación entre los valores de creatinina y ácido úrico en sangre ($r = 0,47$, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Solo dos de los 66 enfermos con AR presentaron hiperuricemia. En los enfermos con AR tratados con tocilizumab a pesar de la disminución de los parámetros inflamatorios no se observaron cambios en la uricemia.

56. TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN EL MANEJO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: EXPERIENCIA DE 5 CASOS

A. Boteanu, J.F. Borja Serratti, C. Guillén Astete, F.J. Bachiller Corral y A. Zea Mendoza,

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades autoinmunes del tejido conectivo que incluyen la polimiositis (PM), la dermatomiositis (DM) y la miositis por cuerpos de inclusión (MCI). Se pueden presentar de forma aislada o asociarse a otras enfermedades autoinmunes. En cuanto al tratamiento de las MII, la evidencia científica es limitada, existiendo pocos estudios prospectivos que evalúen y comparen las alternativas terapéuticas. El tratamiento estándar incluye uso de corticoesteroides (PDN) asociados o no a inmunomoduladores como el metotrexate (MTX) o la azatioprina (AZA). En caso de afectación pulmonar se han ensayado ciclofosfamida (CF), ciclosporina, inmunoglobulinas (IG), rituximab (RTX) o antiTNFs. Presentamos una serie de 5 casos de pacientes diagnosticados de MII tratados con rituximab y etanercept.

Casos clínicos: Caso 1: mujer, 53 años, diagnosticada a los 49 años de PM y Síndrome antisintetasa, con afectación muscular, articular, esofágica y pulmonar (NINE), antiRo y antijo positivos. Recibió tratamiento con PDN, CF, AZA, MTX, con respuesta clínica parcial. Inicio tratamiento con RTX, con buena respuesta muscular como articular y parcial respiratoria. Caso 2: mujer, 69 años, con diagnóstico de PM y síndrome antisintetasa con afectación muscular, articular y pulmonar (NII), ANA, antiRo, antijo positivos, recibió tratamiento con PDN, AZA suspendida por hepatotoxicidad, MTX, ciclosporina A, con mejoría tanto articular como muscular. Inició tratamiento con RTX por recaída articular y pulmonar, con mejoría articular y respiratoria. Caso 3: mujer, 65 años, diagnóstico de DM, recibió tratamiento con PDN, HCQ, AZA, MTX sin mejoría clínica iniciándose IG iv, con mejoría de las lesiones cutáneas, de la disfagia y de la clínica muscular, tratamiento que se suspendió por TVP y TEP. Tras la retirada, presentó recaída, iniciándose tratamiento con RTX, con mejoría articular y muscular, con respuesta parcial de las lesiones cutáneas. Caso 4: varón, 29 años con diagnóstico de DM, ANA, antiMi2 positivos. Recibió tratamiento con PDN, MTX, AZA con mejoría de la clínica articular y respuesta parcial cutánea y muscular. Inicio tratamiento con RTX presentando remisión de la articular, muscular, y mejoría parcial de las lesiones cutáneas. Caso 5: varón, 14 años, con DMJ diagnosticado a los 5 años con calcicosis extensa en región glútea y pretibial con limitación funcional. Recibió tratamiento con PDN, MTX e HCQ, con mejoría parcial. Dos años tras el diagnóstico se inicia tratamiento con etanercept, con remisión de la clínica cutánea, muscular y articular. Tras 3 años de tratamiento se observa disminución progresiva de la calcicosis. Tras 7 se retira tratamiento activo por remisión clínica prolongada.

Conclusiones: En varias series de casos y estudios no controlados se han reportado resultados favorables con rituximab en el tratamiento de las MII. En nuestra experiencia, el RTX se ha utilizado con éxito terapéutico en 4/4 pacientes de la clínica articular, muscular y pulmonar. Las lesiones cutáneas han presentado una mejoría escasa o parcial, coincidiendo con lo descrito en la literatura. La evidencia científica actual no es concluyente en cuanto a la eficacia del tratamiento con etanercept en la PM/DM. En nuestro caso la administración de etanercept permitió la suspensión del tratamiento con prednisona y metotrexato y una reducción importante de la calcicosis con mejoría de la funcionalidad.

57. EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO TRAS EL TRATAMIENTO CON ZOLEDRONATO

D. Palma Sánchez¹, R. Reyes García², A.C. Haro Martínez¹ y S. Soro Marín¹

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Endocrinología. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Introducción: Se ha demostrado que los bifosfonatos que contienen grupos amino (aminobifosfonatos) ejercen una acción más potente y presentan un mecanismo de acción diferente de los bifosfonatos sin grupo amino, inhibiendo ciertas enzimas involucradas en la conversión del ácido mevalónico a colesterol como la farnesil pirofosfatasa, una enzima final en la vía del mevalonato. Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento que han evaluado el efecto sobre el perfil lipídico son escasos y han mostrado resultados contradictorios.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar los cambios sobre el perfil lipídico tras el tratamiento con zoledronato en pacientes con osteoporosis.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes que recibieron tratamiento para la osteoporosis con zoledronato (5 mg anual) en el Hospital General Universitario Rafael Méndez entre enero de 2008 y enero de 2012. La recogida de datos incluyó: características sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, obesidad) y tratamiento concomitante basales; efectos secundarios del tratamiento y densidad mineral ósea en columna lumbar y cuello femoral basal y tras tratamiento; determinaciones bioquímicas (colesterol total (CT), HDL-colesterol (HDLc), LDL-colesterol (LDLc) y triglicéridos (TGs), creatinina sérica): basal, 6 y 12 meses. Los resultados se analizaron con el programa SPSS 15.0.

Resultados: 78 pacientes recibieron al menos 1 dosis de zoledronato. De estos 78 pacientes, 71 eran mujeres y 7 hombres. La edad media fue de $71,99 \pm 8,41$ años y el Índice de masa corporal (IMC) fue de $27 \pm 3,93$. El 64,1% de los pacientes tenían hipertensión arterial, el 17,9% diabetes y el 48,7% dislipemia en tratamiento farmacológico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores de las diferentes fracciones lipídicas a lo largo del tratamiento: CT (mg/dl) basal $192,8 \pm 37,5$, 6 meses $196,1 \pm 37,5$, 12 meses $191,0 \pm 39,2$; HDLc (mg/dl) basal $67,6 \pm 18,4$, 6 meses $64,0 \pm 19,9$, 12 meses $66,1 \pm 9,3$; LDLc (mg/dl) basal $133,3 \pm 23,7$, 6 meses $135,5 \pm 31,1$, 12 meses $134,5 \pm 25,0$; TGs (mg/dl) basal $102,5 \pm 56,3$, 6 meses $109,6 \pm 56,4$, 12 meses $99,9 \pm 41,6$; $p > 0,05$ para todas las comparaciones.

Conclusiones: El análisis preliminar de nuestros datos no muestra cambios significativos en los parámetros lipídicos tras el tratamiento con zoledronato en pacientes con osteoporosis.

58. MARCADORES DE RIESGO DE FRACTURA VERTEBRAL MORFOMÉTRICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Méndez Perles, L. Silva Fernández, J.L. Andreu, B. García Magallón, C. Sangüesa, C. Barbadillo, J. Sanz, M. Fernández Castro y J. Campos

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de fractura vertebral morfométrica en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) e identificar marcadores de riesgo entre las características demográficas, analíticas, densitométricas y de actividad de la AR.

Métodos: Estudio de cohorte transversal en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron pacientes que cumplían criterios de clasificación ACR 2010 para AR. Se realizó un cuestionario sobre factores de riesgo de fractura, un estudio analítico incluyendo marcadores de metabolismo óseo, una radiografía lateral de

columna dorso-lumbar y una densitometría ósea. Se aplicó el Health Assessment Questionnaire (HAQ) y se determinó el DAS28. Se realizó un análisis univariante, usando como variable dependiente la presencia de fractura vertebral morfométrica, definida como una reducción de al menos un 20% en la altura del cuerpo vertebral. La significación estadística se estableció con la prueba t de Student (variables paramétricas) y la U de Mann-Whitney (variables no paramétricas). Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (77% mujeres, edad media: 59 años; tiempo de evolución de la AR: 10 años). Se encontraron fracturas vertebrales en 11 pacientes (14%). La presencia de fractura se asoció a una mayor edad media (74 vs 56 años, $p < 0,05$) y a un mayor tiempo de evolución de la AR (17 vs 9 años; $p = 0,013$). El uso de agentes osteoactivos se asoció a la presencia de fractura, probable reflejo de un sesgo de indicación. No se encontró asociación con la puntuación HAQ, ni con el DAS28 ni con sus componentes individuales. No se evidenció asociación con los marcadores de remodelado óseo pero sí con los niveles de vitamina D, que fueron significativamente mayores entre los pacientes con fractura (60 nm/l vs 47 nm/l; $p = 0,032$), así como con el porcentaje de pacientes que estaban siendo tratado con suplementos de vitamina D (23% vs 6%; $p < 0,05$). La existencia de osteopenia u osteoporosis densitométricas en columna lumbar, así como de osteoporosis densitométrica en cuello femoral se asociaron significativamente a la presencia de fractura.

Conclusiones: El 14% de los pacientes con AR evolucionada presenta fractura morfométrica. La edad, el tiempo de evolución de la AR, los niveles de vitamina D, el uso de suplementos de vitamina D, el uso de agentes osteoactivos y la presencia de osteoporosis densitométrica se asocian a la existencia de dichas fracturas.

59. VALORACIÓN MEDIANTE PET/TAC DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 26 PACIENTES

M.E. Córca¹, A. Fernández León², M. Sarmiento Guevara¹, E. Toniolo¹, P. Moya Alvarado¹, I. Castellví Barranco¹, C. Díaz-Torné¹, A. Laiz Alonso¹, C. Geli Ferrer¹, A. Rodríguez de la Serna¹ y de J.M. Llobet Zubiaga¹

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida caracterizada por dolor y rigidez en cintura escapular y pelviana. La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis de vasos de mediano y gran calibre. La PMR puede acompañarse de arteritis de la aorta y sus ramas principales incluyendo la temporal. El retraso en el diagnóstico de la ACG y en consecuencia su tratamiento puede tener consecuencias graves. El objetivo primario de este estudio es valorar mediante PET/TAC la incidencia de ACG en pacientes con PMR y la existencia de neoplasias subyacentes ya que no existe hasta el momento una clara asociación entre ellas, lo cual es motivo de preocupación clínica frecuente. El objetivo secundario es el estudio del a afectación articular en la PMR de inicio.

Métodos: Se estudió de forma prospectiva a todos los pacientes derivados a la Unidad de Reumatología, al Servicio de Urgencias y al Hospital de día de Reumatología y Medicina Interna por sospecha de PMR desde enero de 2010 hasta noviembre de 2012. A todos los pacientes que cumplían los criterios de PMR EULAR/ACR de 2012 se les realizó historia clínica y examen físico completos, analítica completa (incluyendo TSH, marcadores tumorales y cultivos de sangre y orina) y radiografía de tórax. Una vez descartadas otras patologías se completó el estudio de todos los pacientes con un PET/TAC.

Resultados: Se estudió un total de 26 pacientes, 15 mujeres y 11 hombres, con una edad media de 75,9 años. De estos pacientes,

2 presentaron captación aórtica confirmándose el diagnóstico de ACG. Se observó astenia 79% de los pacientes con PMR y en el 100% de los pacientes con ACG. Acusaron pérdida de peso el 41% de las PMR y el 50% de las ACG, y rigidez matutina el 67% de las PMR y el 50% de las ACG. El 100% de ambos grupos presentaron dolor en cintura escapular y pelviana. Se observó artritis periféricas solo en el grupo con PMR (15,34%). En cuanto a los síntomas específicos de ACG, presentaron cefalea 3 pacientes con PMR y 1 con ACG. Solo 1 paciente con diagnóstico final de ACG refirió amaurosis fugax y ninguno presentó claudicación mandibular. Se observaron valores similares de VSG media (71,8 mm/hora en PMR y 62,5 mm/hora en ACG) y de PCR media (55,4 mg/l en la PMR y de 43,9 mg/l en la ACG). Ningún paciente tenía factor reumatoide positivo o anticuerpos anti-CCP. En cuanto a los resultados del PET, además de las dos vasculitis también se diagnosticó un linfoma y un adenoma de colon con displasia de alto grado (ambos confirmados posteriormente por biopsia). Se observó captación en cinturas en el 84,6% ($n = 22$), con mayor frecuencia en la escapular 76,9% ($n = 20$) que en cintura pelviana 61,5% ($n = 16$), 31,6% ($n = 9$) en columna y 11% ($n = 4$) articulaciones periféricas. Todos los pacientes que fueron diagnosticados de vasculitis o neoplasia presentaron captación por lo menos en una cintura.

Conclusiones: El PET modificó el diagnóstico en 4 pacientes (15,38%), confirmando la presencia de una patología lo suficientemente importante como para sugerir la realización de este estudio en el algoritmo diagnóstico de la enfermedad. Se precisa una muestra mayor para confirmar nuestros resultados iniciales. El PET ayudó a diagnosticar la afectación articular en más del 80% de los casos. No observamos características clínicas o analíticas que pudieran ayudar al diagnóstico diferencial de los pacientes.

60. LA ECOGRAFÍA DEL MÚSCULO CUÁDRICEPS PUEDE AÑADIR INFORMACIÓN ÚTIL EN LA INDICACIÓN DE LA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. ESTUDIO PILOTO

M. Núñez¹, S. Sastre², E. Núñez³, A. Sauló⁴, J.M. Segur², N.M. Maurits⁵, J.M. Moreno⁶, J. Cabestany⁶, L. Lozano², A. Ponce⁷, F. Maculé² y S. Suso²

¹Servicio de Reumatología e IDIBAPS Área 1. Hospital Clínic. Barcelona. ²SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut. Barcelona. ³Cirurgia Ortopédica e IDIBAPS; ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Department of Neurology. University Medical Center Groningen. University of Groningen. Holanda. ⁶Department of Electronic Engineering Advanced Hardware Architectures Group. Technical University of Catalunya (UPC). Barcelona. ⁷Reumatología-Medicina Interna. Hospital de Granollers. Granollers. Barcelona.

Introducción: Los clínicos remiten para valoración de prótesis total de rodilla (PTR) a pacientes con artrosis que presentan dolor persistente y limitación funcional graves que afectan sustancialmente a la movilidad y calidad de vida. La decisión quirúrgica es un proceso complejo tanto para el paciente como para el cirujano. Actualmente no existe consenso sobre el mejor momento para realizar la cirugía. La estimación de la intensidad del dolor y la incapacidad funcional son criterios difíciles de estandarizar y pueden variar en función aspectos como las características de los pacientes, los grupos quirúrgicos o el sistema sanitario. Esto no solo conlleva variabilidad a la entrada en la cirugía sino también en la evaluación de los resultados cuando se comparan distintas series. Se ha descrito que entre un 14 y 25% de pacientes sometidos a PTR refieren no estar satisfechos con el resultado por no alcanzar las mejoras esperadas en el dolor y la función motivo principal por el que fueron remitidos a cirugía. Asimismo, se ha referido un 14% de indicaciones inadecuadas. Por todo ello sería de interés introducir valoraciones más objetivas que

podrían precisar mejor el momento de la indicación quirúrgica, y mejorar la evaluación y comparación de los resultados de la PTR.

Objetivos: Examinar la correlación entre la capacidad funcional y el dolor con las características antropométricas y la estructura periarticular de la rodilla, evaluada mediante imágenes de ultrasonido, en mujeres afectas de artrosis de rodilla en lista de espera para PTR.

Métodos: Estudio observacional transversal. Se recogieron variables sociodemográficas; actividad física y comorbilidad. La capacidad funcional y el dolor se evaluaron mediante las subescalas del cuestionario WOMAC. La estructura periarticular de la rodilla se evaluó por ultrasonido (grosor de la grasa subcutánea [distancia de la piel a la fascia, en mm] y del cuádriceps/rectus femoris [distancia entre la fascia y el fémur, en mm]) y su aspecto [densidad por análisis de imagen digital según Maurits et al]).

Resultados: 18 mujeres, edad media de 61,78 (DE 5). Todas menos 1 tenían sobrepeso u obesidad (IMC 31,61 [DE 6]) 10 pacientes realizaban actividad física de forma regular. La media de comorbilidades fue de 7,9 (DE 2). Las puntuaciones medias de WOMAC fueron de 57,9 (DE 21) y de 55,82 (DE 15), puntos. En el análisis univariado se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre la capacidad funcional (WOMAC) y el índice suprapatelar y la densidad del músculo ($r: -0,54$ y $r: 0,62$, respectivamente), entre el dolor (WOMAC) y la densidad ($r: 0,50$). En el análisis multivariado únicamente se apreció una asociación significativa entre la capacidad funcional y el dolor WOMAC (variables dependientes) y la densidad del músculo. Así, una mayor densidad se asoció con una puntuación más alta (peor) de la capacidad funcional y del dolor WOMAC (cambio de R^2 0,37 [$p = 0,012$] y 0,25 [$p = 0,49$]).

Conclusiones: El incremento de la densidad en el músculo cuádriceps se asocia con puntuaciones más altas de incapacidad funcional y dolor medidas por WOMAC. Esta correlación sugiere que la densidad del músculo cuádriceps analizada por imagen digital, derivada de ultrasonidos, podría añadir una variable objetiva a los datos clínicos en la indicación quirúrgica de la prótesis total de rodilla. Parte de este estudio está financiado por el Ministerio de Sanidad español beca FIS PS09/01148.

61. PREVALENCIA DE OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DEL HOSPITAL DEL MAR

T.C. Salman Monte, J. Pérez Ruiz, V. Torrente-Segarra, S. Mojal, I. Padró y J. Carbonell

Servicio de Reumatología. AMIB. IMIM. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune que se caracteriza clínicamente por cursar con sucesivas exacerbaciones y por inflamación en diversos órganos mediante depósitos inmunes. Hay un aumento de prevalencia de baja densidad mineral ósea (DMO) y aumento de fractura en LES en comparación con la población general (Yee et al. Ann Rheum Dis. 2005;64:111-4).

Objetivos: Describir la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en nuestra cohorte de pacientes con LES y encontrar posibles predictores de descenso de la DMO en nuestra serie de pacientes con LES. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de las pacientes diagnosticadas de LES (criterios ACR 1982) de la consulta monográfica de nuestro servicio a los que se realizó una densitometría ósea entre junio de 2007 hasta abril de 2010. Tras la revisión de las historias clínicas, se recogieron y analizaron variables demográficas, características clínicas y resultados de densitometría medidos en g/cm^2 . Los parámetros de normalidad para la Hologic QDR 4,500 SRY super tm Bone Densitometer están recogidos en la tabla.

Resultados: La prevalencia de osteopenia-osteoporosis en nuestra serie se muestra en la tabla. A una paciente no se le pudo realizar DMO de columna lumbar por presentar grandes signos de artrosis.

De un total de 105 pacientes con LES, 102 eran mujeres. A 67 pacientes de sexo femenino se le realizó una densitometría en las fechas señaladas, 55 pacientes eran de raza caucásica, 7 pacientes de raza asiática y 5 pacientes sudamericanas. 47 fumaban. De las 67 pacientes, 54 realizaban tratamiento con azatioprina, 45 con corticoides y 19 hicieron bolus de corticoides (definido como al menos 3 meses de tratamiento con prednisona 1 mg/kg hasta el momento del estudio densitométrico). 42 pacientes realizaban tratamiento con vitamina D, 25 tomaban suplementos de Ca y 26 pacientes recibían tratamiento con bifosfonato. 47 pacientes usaban helioprotección. La edad media de las pacientes era $53,2 \pm 16,8$ años, el peso medio era de $64,6 \pm 11,8$ kg, y la talla media era de $160,2 \pm 5,9$ cm. La DMO lumbar media fue de $0,96 \pm 0,12$ g/cm^2 , la DMO de cadera media fue de $0,87 \pm 0,13$ g/cm^2 , y la DMO de cuello femoral medio fue de $0,76 \pm 0,12$ g/cm^2 . El MHAQ medio fue de $0,39 \pm 0,65$. El EVA de dolor medio fue de $37,1 \pm 29,5$, el SLEDAI medio $0,99 \pm 1,87$, SLICC medio $0,58 \pm 0,83$, el nivel de ANAs medio fue de $1401,7 \pm 1808,7$, el AntiDNAs medio fue de $169,8 \pm 386,5$, la VSG media $21,2 \pm 16,1$, PCR medio $0,8 \pm 3,6$, C3 medio $110,1 \pm 25,1$, C4 medio $20,4 \pm 11,1$, PTH media $53,1 \pm 25$, niveles medios de 25OH VIT D de $23,3 \pm 15,5$. La única correlación estadísticamente significativa que se halló fue entre la talla y peso (IMC) con la DMO de cadera total y cuello (tabla).

| Valores normalidad densitómetro | Lumbar | Cuello | Cadera total |
|--|-------------|-------------|--------------|
| Normalidad | > 0,936 | > 0,780 | > 0,818 |
| Osteopenia | 0,766-0,936 | 0,635-0,780 | 0,637-0,818 |
| Osteoporosis | < 0,766 | < 0,635 | < 0,637 |
| Resultados prevalencia osteopenia y osteoporosis | | | |
| Normal | 40 | 30 | 45 |
| Osteopenia | 24 (36,3%) | 31 (46,2%) | 19 (28,3%) |
| Osteoporosis | 2 (3,0%) | 6 (8,9%) | 3 (4,4%) |
| Correlación IMC y DMO | | | |
| Talla | | | |
| Correlación Pearson | 0,117 | 0,328 | 0,241 |
| p-valor | 0,349 | 0,007 | 0,049 |
| N | 66 | 67 | 67 |
| Peso | | | |
| Correlación Pearson | 0,236 | 0,462 | 0,427 |
| p-valor | 0,056 | 0 | 0 |
| N | 66 | 67 | 67 |
| IMC | | | |
| Correlación Pearson | 0,185 | 0,322 | 0,332 |
| p-valor | 0,136 | 0,008 | 0,006 |
| N | 66 | 67 | 67 |

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con LES no hemos encontrado predictores de descenso de la DMO en relación con la actividad de la enfermedad ni de su tratamiento, incluido el uso de corticoides. La única correlación estadísticamente significativa fue la relación positiva entre el índice de masa corporal (IMC) y DMO que está de acuerdo con los datos que se pueden hallar en la población general y en otras series de pacientes con LES (Bultink et al. Arthritis Rheum. 2006;54:378-9).

62. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, DEPENDENCIA Y NECESIDAD DE AYUDA DESPUÉS DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO

M. Núñez¹, E. Núñez², S. Sastre³, L. Lozano³, A. Sauló⁴, C. Nicodemo⁵, F. Maculé³, S. Suso³ y J.M. Segur³

¹Servicio de Reumatología e IDIBAPS Área 1. Hospital Clínic. Barcelona.

²SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut.

³Cirurgia Ortopèdica e IDIBAPS; ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Economía Aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona.

⁵Economía Aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: La necesidad de ayuda está influenciada no solo por las enfermedades crónicas que cursan con incapacidad y dolor,

como la artrosis de rodilla (OA), sino también por factores psicosociales o económicos, entre otros.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la dependencia autoreferida y la necesidad de ayuda en pacientes con artrosis de rodilla antes y a los 12 meses de haber sido sometidos a prótesis total de rodilla.

Métodos: Estudio prospectivo de 12 meses de seguimiento. La CVRS se valoró mediante la versión española del cuestionario Short Form 36 (SF-36); la dependencia se valoró mediante el índice de Barthel (IB) y la necesidad de ayuda mediante el número de horas mensuales de ayuda requerida para realizar actividades de la vida cotidiana (básicas y/o instrumentales: vestirse, bañarse, caminar, cuidar de la casa, preparar la comida, ir a comprar, utilizar el transporte, etc.) usando un cuestionario validado. También, se determinaron variables sociodemográficas y clínicas. Análisis estadístico: Se utilizó el test de Wilcoxon para datos apareados para valorar las diferencias entre las puntuaciones del inicio y de los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes, (84,1% mujeres). La edad media fue de 69,40 (DE 7,5). El 77,5% eran pensionistas o amas de casa. Todos los pacientes tenían una o más comorbilidades (media 6,12 [DE 3,42]). El cuestionario SF-36 mostró que los pacientes al inicio presentaban puntuaciones muy inferiores, entre un 60% en la función física y un 15% en la salud mental a los valores poblacionales de referencia para la población española (VPR). A los 12 meses tras la ATR hubo mejoras significativas en todas las dimensiones > 20 puntos de diferencia media en el área física ($p < 0,001$), alcanzando valores similares a los VPR por edad y género excepto en la dimensión dolor (peor) y además, en las mujeres la dimensión función física (peor). Respecto a la dependencia el 61,9% se consideraron independientes (puntuación de 100) según el índice Barthel (IB) y el resto con dependencia leve (puntuación entre 85-95), siendo la puntuación media del IB de 96,02 (DE 6,6) puntos. No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones basales y las de los 12 meses de seguimiento 96,06 (DE 6,96) $p = 0,592$. El 72,6% de los pacientes manifestaron necesitar ayuda (NA) para realizar las actividades de la vida cotidiana. El número total de horas mensuales de ayuda requerida de otras personas prácticamente no variaron tras la intervención, así, los pacientes manifestaban necesitar una media de 20,7 (DE 33,2) horas al mes al inicio del estudio y una media de 18,3 (DE 32,6) horas al mes al finalizar el estudio $p = 0,370$.

Conclusiones: A pesar de que la CVRS tras la intervención mejora significativamente, aunque no alcanza los VPR, en las dimensiones función y dolor, la dependencia de otros no varía. La valoración de la dependencia mediante el Índice de Barthel y las horas de necesidad de ayuda no se muestran sensibles en este grupo de pacientes. Esto sugiere que la dependencia no solo se relaciona con la enfermedad de base.

Este estudio está financiado por el Ministerio de Sanidad español beca FIS PS09/01148.

63. ESTABLECIENDO VALORES DE PUNTO DE CORTE EN LA DETERMINACIÓN DE NIVELES DE INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB POR ELISA COMERCIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

D. Hernández¹, L. Martínez¹, J. Nieto¹, T. del Río¹, I. de la Torre¹, L. Valor¹, F. Linares², J. Rosas², M. Montoro¹, C. González¹, J. López-Longo¹, I. Monteagudo¹ y L. Carreño¹

Unidad de Terapias Biológicas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Grupo AIRE-MB. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

Introducción: En pacientes con artritis reumatoide (AR) los motivos de fallo o pérdida de respuesta al tratamiento con infliximab (IFX) son controvertidos, hasta ahora tanto los niveles de IFX séricos

como la presencia de anticuerpos (AC) anti-IFX han sido asociados con estos eventos. En este estudio hemos evaluado la correlación del tratamiento con IFX, niveles en suero de IFX y AC anti-IFX en relación con la respuesta clínica en pacientes con AR.

Métodos: Se evaluaron las muestras de suero de 59 pacientes diagnosticados con AR tratados con IFX, extraídas previamente a la infusión. Los pacientes fueron clasificados según respuesta al tratamiento y DAS28 (Disease Activity Score 28 Joints) como: respuesta sostenida (DAS28 < 2,6; > 6 meses) o pérdida de respuesta a IFX (no remisión > 3,2 con > 1 articulación inflamada y/o elevación de la PCR/VSG). Las concentraciones de IFX y AC anti-IFX fueron medidas utilizando un kit de ELISA comercial (Progenika™), siguiendo las recomendaciones del fabricante. El tamaño de la muestra fue calculado previamente, para asegurar una sensibilidad (0,6) y especificidad (0,8) óptimas, con un intervalo de confianza del 95%, y relacionado con la medición del índice de actividad clínica DAS28. El análisis estadístico para establecer los valores adecuados para el punto de corte, fue realizado utilizando la mediana (percentiles 25-75), el test de U Mann-Whitney y las curvas ROC (Característica Operativa del Receptor).

Resultados: La mediana de los niveles de IFX en los pacientes con AR en no remisión ($n = 35$), fue significativamente más baja (55 $\mu\text{g/ml}$, rango: 0,0-163,5) comparada con aquellos pacientes en remisión (121 $\mu\text{g/ml}$; 40,7-262,8, $p < 0,05$). Se identificó el valor óptimo de punto de corte con el análisis ROC para los niveles de IFX, como < 0,73 $\mu\text{g/ml}$, el cual fue asociado con no remisión, con una sensibilidad y especificidad del 61% y 59%, respectivamente. Por otro lado, la mediana en los títulos de AC anti-IFX en pacientes en no remisión fue mayor (0,0 UA/ml; 0,0-697,0) que en pacientes en (0,0 UA/ml; 0,0-0,0 UA, $p > 0,05$), aunque el análisis ROC no pudo ser calculado por el bajo porcentaje de positividad para AC anti-IFX en el grupo de pacientes seleccionados ($n = 10/59$; 16,9%).

Conclusiones: Los valores de punto de corte para la determinación de los niveles séricos de IFX, más que la determinación AC anti-IFX, podrían tener utilidad en relación a la respuesta clínica medida por DAS28 en AR. Es prioritaria la estandarización de las técnicas de laboratorio (variabilidad inter/intra-ensayo e inter/intra-laboratorio) para poder validar esta información y su posible aplicación clínica.

64. REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA Y PREVIA RESPUESTA INADECUADA A TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-TNF Y ANTI-CD20. ¿ES POSIBLE UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD?

I. de la Torre¹, L. Valor¹, D. Hernández¹, L. Carreño¹, C. González¹, M. Montoro¹, I. Monteagudo¹, F.J. López Longo¹ y G. Cambridge²

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

²University College London. Londres. Reino Unido.

Introducción: El bloqueo de diferentes dianas en la artritis reumatoide (AR) nos indica que existen múltiples mecanismos etio-patogénicos implicados. Además, un porcentaje importante de pacientes no alcanzan o no mantienen la remisión clínica con fármacos sintéticos o biológicos en monoterapia o combinados. Tradicionalmente hemos contado con la terapia anti-TNF en primera línea y posteriormente con los anti-CD20 en segunda línea para pacientes con AR-FR+ y/o anti-PCC+. Opciones de tratamiento tras el fallo a un segundo o tercer fármaco biológico no están bien definidas, aunque contamos con nuevas dianas terapéuticas. Queda la duda si respondedores previos a dos o más terapias biológicas podrían beneficiarse de un tratamiento combinado bloqueando dianas secuencialmente a las que previamente habían respondido.

Objetivos: Basados en la presunción que indica a un subgrupo de pacientes con AR, FR+/anti-CCP+ más dependientes de respuesta humoral no controlada con terapias anti-TNF o anti-CD20 por separado queríamos investigar el efecto de la inhibición de TNF (usando adalimumab, ADA) en el fenotipado y ciclo de las células B tras el uso de RTX en pacientes con previa respuesta (al menos parcial) a ambas terapias, y su posible relación con una respuesta clínica más sostenida en el tiempo.

Métodos: Ocho pacientes con AR establecida FR/anti-PCC+ con respuesta parcial a terapia anti-CD20 que habían presentado respondido previamente a ADA se incluyeron en este estudio prospectivo, previo consentimiento informado y aprobación por el Comité Ético del hospital. La respuesta parcial a RTX se definió como una reducción de la PCR menor del 50%, una respuesta máxima ACR 20 o persistencia de DAS 28 > 3, tras 4 meses desde el 2º ciclo de tratamiento. Se recogieron datos clínicos, serológicos y fenotípicos (CD19, CD27, BAFF-R, TACI) al inicio del estudio, en el momento de la reintroducción de ADA, y luego cada 2 meses hasta el final del seguimiento (12 meses).

Resultados: Los pacientes habían recibido al inicio del estudio una mediana de 3 ciclos de RTX logrando solo una respuesta clínica parcial según hemos definido previamente. El tiempo previo de tratamiento con ADA había sido de 2,2 años (rango: 1-6). ADA fue reintroducido después de un tiempo medio de 5,7 meses a partir del último ciclo de RTX, cuando todos los pacientes seguían deplecionados (CD19 = 0/ μ l) y con actividad clínica. La remisión con esta terapia secuencial se logró en todos los pacientes durante un tiempo medio de 6,5 meses desde la reintroducción de ADA (3, > 12 meses). Cuatro pacientes estaban todavía en ADA y en remisión clínica al final del seguimiento. La media de los porcentajes de descensos máximos de DAS28, TJC, SJC y PCR fue del 57,92 (rango: 20,6-80,2), 87,36 (50-100), 95,58 (66,7-100), y el 65,0 (12,1-95,7) respectivamente. Interesantemente, el tiempo hasta recaída clínica después de la reconstitución de células B (CD19 > 5/ μ l) permitió definir dos grupos: a) aquellos con tiempo de remisión corto (4-6 meses, n: 4), con discreto aumento en el% de células B naïve BAFFR+ (1,25%), y niveles de BAFF elevados, b) aquellos con remisión prolongada (> 6 meses, n: 4), con una elevación mayor del% de células B naïve BAFFR+ (17,5%) y niveles de BAFF bajos.

Conclusiones: En este estudio piloto ponemos en evidencia que la combinación secuencial terapéutica podría ser una opción en pacientes con previa respuesta a terapia anti-TNF y anti-CD20. El efecto de inhibición de TNF sobre célula B naïve en determinados pacientes podría ayudar a identificar pacientes susceptibles de esta estrategia en base a la expresión de BAFF-R y niveles de BAFF.

65. CAMBIO DE FÁRMACO BIOLÓGICO Y OPTIMIZACIÓN DE DOSIS EN UVEÍTIS DEL SÍNDROME DE BEHÇET. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 102 PACIENTES

V. Calvo-Río¹, R. Blanco¹, E. Beltrán², J. Sánchez-Bursón³, M. Mesquida⁴, A. Adán⁴, M. Hernández-Grafella², A. Rueda², E. Valls-Pascual⁵, L. Martínez-Costa⁵, A. Sellas⁶, M. Cordero-Coma⁷, D. Salom⁸, M. Díaz-Llopis⁸, J.L. García-Serrano⁹, N. Ortego⁹, J.M. Herreras¹⁰, A. Fonollosa¹¹, A. Aparicio¹², O. Maíz¹³, A. Blanco¹³, I. Torre¹⁴, C. Fernández-Espartero¹⁵, V. Jovani¹⁶, C. Castillo¹⁷, E. Pato¹⁸, J. Cruz¹⁹, C. Fernández-Cid¹⁹, E. Aurrecochea²⁰, M. García²¹, M. Caracuel²², C. Montilla²³, A. Atanes²⁴, F. Francisco²⁵, S. Insúa²⁶, S. González-Suárez²⁷, A. Sánchez-Andrade²⁸, F. Gamero²⁹, L. Linares³⁰, F. Romero-Bueno³¹, C. Bejerano¹, J. Loricera¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, J. Cañal¹ y M.A. González-Gay¹

¹Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV Santander. ²Reumatología y Oftalmología. Hospital General Universitario de Valencia. ³Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. ⁴Oftalmología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Reumatología y

Oftalmología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Oftalmología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Oftalmología. Hospital de León. ⁸Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁹Oftalmología y Enfermedades Autoinmunes. Hospital San Cecilio. Granada. ¹⁰Oftalmología. Hospital Universitario. IOBA. Valladolid. ¹¹Oftalmología. Hospital de Cruces. Bilbao. ¹²Reumatología. Hospital de Toledo. ¹³Reumatología y Oftalmología. Hospital Donosti. San Sebastián. ¹⁴Reumatología. Hospital Basurto. Bilbao. ¹⁵Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles. ¹⁶Reumatología. Hospital General de Alicante. ¹⁷Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁸Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁹Reumatología y Oftalmología. Hospital de Pontevedra. ²⁰Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ²¹Reumatología. Hospital La Princesa. Madrid. ²²Reumatología. Hospital de Córdoba. ²³Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ²⁴Reumatología. HUCA. La Coruña. ²⁵Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Canarias. ²⁶Reumatología. Hospital Universitario Santiago de Compostela. ²⁷Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. ²⁸Reumatología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ²⁹Reumatología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. ³⁰Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³¹Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Objetivos: Una vez iniciado un fármaco biológico en una uveítis asociada al síndrome de Behçet pueden ocurrir estas situaciones: a) que haya que cambiarlo ("switching") por respuesta insuficiente (RI), toxicidad o cambio por comodidad en la vía de administración, b) se consigue la remisión y se plantea la suspensión o reducción ("optimización") de dosis. Nuestro objetivo fue estudiar estas situaciones en una serie amplia de pacientes.

Métodos: Estudio, multicéntrico, de 102 pacientes con uveítis refractarias al tratamiento convencional que precisaron al menos 1 agente biológico. Las dosis estándar de infliximab (IFX) se consideró 5 mg/k/ev en las 0, 2, 6 y cada 4-8 semanas, la de adalimumab (ADA) 40 mg sc cada 2 semanas, la de golimumab (Goli) 50 mg cada 4 semanas, la de tocilizumab (TCZ) 8 mg/kg/ev/4 semanas y la de rituximab (RTX) 1 g cada 15 días (2 dosis) cada 6 meses.

Resultados: El fármaco biológico que se utilizó como primera opción fue IFX en 61 pacientes y ADA en 41. Los 61 casos con IFX, tuvieron la dosis estándar de carga las semanas 0, 2, 6 y después de mantenimiento cada 4-8 semanas. La dosis inicial fue de 5 mg/k/ev (56 casos) con un intervalo de mantenimiento cada 4 semanas (12 casos), cada 6 semanas (15 casos) y cada 8 semanas (29 casos). En 4 pacientes la dosis de inicio fue de 3 mg/kg con mantenimiento (1 cada 4 semanas, 1 cada 6 semanas y 2 cada 8 semanas) y en 1 caso de 4 mg/kg con mantenimiento cada 4 semanas. En 3 casos con IFX se necesitó acortar el intervalo de mantenimiento por RI. El cambio del IFX inicial se hizo en 25 casos a otro único biológico, 24 a ADA (11 por RI, 9 por comodidad y 4 por toxicidad), 1 a RTX por reacción infusional. El ADA inicial se cambió en 4 casos a otro único biológico, 2 a Goli (1 por RI, 1 por toxicidad) y 2 a IFX (por RI) y 1 a TCZ (por RI). En 3 casos hubo un doble cambio, 1 de IFX a ADA y a Goli, otro de ADA a IFX y a Goli y otro de ADA a IFX y a TCZ. De los 11 pacientes con cambio de IFX a ADA por RI se consiguió mejoría en 9 casos. De los 2 pacientes con cambio de ADA por RI, se consiguió mejoría en 1 caso. En los pacientes en los que se cambió el biológico por toxicidad o comodidad no se observaron reactivaciones. En 48 (47%) pacientes en remisión clínica mantenida, se consiguió reducir la dosis o incluso suspender el biológico. El IFX se disminuyó de 5 a 3 mg/k/ev en 4 pacientes y en 20 se aumentó el intervalo de mantenimiento. Con ADA se incrementó el período de administración a más de 2 semanas en 11 enfermos. En 13 casos (7 con IFX y 6 con ADA) en remisión clínica mantenida se suspendió el biológico. En estos 13 casos, tras una media de seguimiento de 10,7 ± 9 meses tras la suspensión, 11 pacientes permanecían en remisión mientras 2 se reactivaron y se reinició el mismo biológico consiguiéndose nuevamente la remisión.

Conclusiones: El cambio de biológico o “switching” puede ser útil en pacientes con RI o toxicidad a otro biológico. Una vez conseguida la remisión clínica es posible optimizar la dosis o incluso suspender el biológico.

66. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE USO DE BIOLÓGICOS EN UVEÍTIS REFRACTARIAS A INMUNOSUPRESORES

K.N. Franco¹, D. Peiteado¹, D. Cajigas¹, L. Lojo¹, C. Castillo¹, S. García¹, P. Alcocer¹, A. Schilncker² y E. Martín-Mola¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Desde su descubrimiento las terapias biológicas se han utilizado para el tratamiento de enfermedades inflamatorias inmunes como las uveítis. Los anti-TNF han jugado un rol importante en este sentido.

Objetivos: Estudio retrospectivo que evalúa el uso de biológicos en el tratamiento de uveítis refractarias a glucocorticoides e inmunosupresores.

Métodos: En una consulta multidisciplinar de uveítis se incluyen los pacientes con uveítis idiopáticas, inmunomediadas, o no infecciosas tratadas con agentes biológico en los últimos 10 años. Posteriormente analizamos la eficacia de infliximab (dosis de 5 mg/kg/iv en la semana 0, 2, 6 y, posteriormente, cada 8 semanas) y adalimumab (40 mg cada 2 semanas). Se excluyeron los pacientes con uveítis asociadas a espondiloartritis, en las que el biológico fue pautado inicialmente para el control de los síntomas articulares. Se analizó la respuesta al tratamiento midiendo la evolución en la agudeza visual, la actividad inflamatoria (presencia de vitritis, vasculitis, infiltrado coroideoretinal y edema macular), y la reducción o retirada de glucocorticoides tras el inicio del biológico.

Resultados: Se incluyeron un total de 13 pacientes (18 ojos afectados) con una media de edad de 43,15 (rango 26-64 años). 6 pacientes tenían uveítis posterior secundaria a Behçet, 2 enfermedad de Vogt Koyanagi Harada (VKH), 2 escleritis/epiescleritis, 1 uveítis anterior recidivante en paciente con espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 1 coroidoretinopatía de Birdshot y 1 panuveítis idiopática. Todos los pacientes fueron tratados previamente al tratamiento biológico con inmunosupresores y glucocorticoides. De ellos 11 pacientes (84%) fueron tratados inicialmente con infliximab (5 con una pauta corta de tres dosis a las semanas 0, 2, 6; en el resto se continuó con infusiones cada 8 semanas) y 2 (15%) con adalimumab. De los tratados con infliximab 3 pacientes (23%) requirieron cambio a adalimumab, todos ellos por reacción adversa. El 61% de los pacientes presentaron mejoría de la agudeza visual con una media de mejoría de 0,4 (\pm 0,2) y en un 92% se mejoró la actividad inflamatoria. En 7 pacientes (53%) mejoraron ambos parámetros. Todos los pacientes que recibieron la pauta corta de infliximab rebrotaron en los dos años siguientes, de ellos 1 paciente con Behçet realizó una segunda pauta corta, con buena evolución y posterior pérdida de seguimiento, en un segundo paciente se decidió reiniciar y mantener el biológico de forma continuada y en los otros 3 se cambió a un inmunosupresor. De los pacientes con pauta continuada de infliximab 1 paciente rebrotó. Los glucocorticoides fueron suspendidos completamente en 5 pacientes y disminuida la dosis en otros 5 pacientes. No se observaron efectos secundarios graves en esta serie de casos.

Conclusiones: La terapia con infliximab y adalimumab es efectiva para el tratamiento y control de la actividad inflamatoria en los pacientes con uveítis refractaria a inmunosupresores y corticoides. En los pacientes con pautas cortas de biológicos se observó rebrote tras la suspensión, requiriendo continuar tratamiento con biológico o inmunosupresores.

67. VASCULITIS CUTÁNEA SECUNDARIA A FÁRMACOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 232 PACIENTES

F. Ortiz Sanjuán¹, V. Calvo Río¹, J. Loricera¹, H. Fernández Llaca², M.A. González López², M.C. González Vela³, C. Mata¹, J. Rueda Gotor¹, V.M. Martínez Taboada¹, M.A. González Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología; ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: Las vasculitis son, en general, síndromes de etiología desconocida. Aunque los fármacos son posibles factores precipitantes de las mismas, hay pocas series extensas publicadas sobre su caracterización clínica, y el tipo de fármacos implicados. Nuestro objetivo fue el estudio de una serie amplia de vasculitis cutánea por fármacos.

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie de pacientes diagnosticados de forma consecutiva en un mismo hospital con el diagnóstico de vasculitis cutánea y toma previa de un fármaco. La ingesta de este fármaco debe ser nueva en pacientes polimedicados y producirse en la semana anterior al inicio del cuadro vasculítico.

Resultados: De acuerdo a los criterios anteriores, encontramos 232 pacientes (129 hombres/103 mujeres; edad media de 35,9 \pm 1,8 años), con vasculitis cutánea secundaria a un nuevo fármaco en la semana previa. Los fármacos más frecuentemente implicados fueron: β -lactámicos [penicilinas (80 casos, 34,5%), cefalosporinas (12 casos, 5,2%), quinolonas (11 casos, 4,7%), antiinflamatorios [diclofenaco (4 casos, 1,7%), ibuprofeno (3 casos, 1,3%), aceclofenaco (1 caso, 0,4%), ketoprofeno (1 caso, 0,4%) y otros AINEs (14 casos, 7,75%)], diuréticos (2 casos, 0,9%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes de los 232 casos fueron a) cutáneas (100%) en forma de púrpura palpable (83,2%), eritematosas (3,0%), ampollas (3,4%), úlceras (2,2%), urticariformes (3,0%) y otras (5,2%). b) Digestivas (88 casos, 37,5%), dolor abdominal (34,1%), náuseas y vómitos (12,1%) y sangre oculta en heces (7,7%). c) Síntomas articulares (117 casos, 50%), artritis (14,6%). d) Fiebre (56 casos, 23,3%). e) Nefropatía (80 casos, 33,6%), 29 de ellos con insuficiencia renal asociada. Los principales datos de laboratorio fueron elevación de VSG (41,0%), leucocitosis (24,6%), anemia (18,1%), factor reumatoide positivo (17,9% de 123 casos testados), ANA positivos (21,1% de 128 casos testados), disminución de C3 y/o C4 (4,4% de 128 casos testados), crioglobulinas positivas (26,38% de 72 casos testados) y ANCA positivos (4,8% de 62 casos testados). En caso de positividad de los test inmunológicos lo fueron a título bajo, y en el seguimiento ningún paciente desarrolló una conectivopatía, ni una vasculitis necrotizante sistémica. Además de la suspensión del fármaco precipitante y del reposo, en 102 pacientes (43,9%) se utilizó el siguiente tratamiento farmacológico: corticoides (67 casos; 28,9%), azatioprina (1 caso), ciclofosfamida (4). Después de un seguimiento medio de 25,4 \pm 3,4 meses, se observaron recaídas en el 18,1% de los pacientes, persistencia crónica de microhematuria (4 casos) e insuficiencia renal leve (7 casos).

Conclusiones: Los fármacos producen mayoritariamente una vasculitis cutánea, aunque puede haber afectación sistémica ésta en general es leve. La evolución final es favorable.

68. ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO MODERADO O GRAVE Y DEPLECIÓN DE LINFOCITOS B

A. Acosta Pereira, B. Magallares López y A. Rodríguez de la Serna
Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Rituximab (RTX) induce una depleción de células B de sangre periférica rápida y casi completa. Se utiliza en pacientes con lupus refractarios a otros tratamientos. El efecto farmacológico del rituximab parece ser independiente de la función del CD20 y

depende de varios factores: lisis mediada por complemento, citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos, e inducción de apoptosis.

Objetivos: 1. Valorar la eficacia definida por la mejoría mediante el índice de actividad de la enfermedad del lupus eritematoso generalizado (SLEDAI) y la evolución de la depleción de los linfocitos B en pacientes tratados con RTX. 2. Comprobar si el SLEDAI se relaciona con el número de infusiones de RTX administradas. 3. Objetivar si se reducen o suspenden las dosis de glucocorticoides por vía oral posterior al tratamiento con RTX.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 13 pacientes, que recibieron tratamiento. Los datos analizados antes y después del tratamiento fueron: anticuerpos anti-DNA (ac. anti-DNA), SLEDAI, y dosis de prednisona. Al final del tratamiento se analizó la media de la depleción de los linfocitos B (definida como linfocitos B < 1%) y la media del número de infusiones de RTX recibidas en cada paciente durante los años analizados.

Resultados: Se evaluaron 13 pacientes (76,92% mujeres y 23,07% hombres), con edad media de 44 a. y con diagnóstico de Lupus eritematoso generalizado (LEG) entre 1,5 y 35 años previos (media de 14,5 años de evolución), quienes presentaban: artritis 30,76%, nefritis lúpica 23,07%, pericarditis recurrente 15,38%, manifestaciones hematológicas 15,38%, pulmón encogido 7,69%. En todos los pacientes se observó una disminución de los ac.anti-DNA y de la valoración del SLEDAI, siendo la disminución del SLEDAI estadísticamente significativa ($p \leq 0,003$: prueba t de datos apareados). La disminución de los ac. Anti-DNA, presentaron una alta variabilidad que le resta potencia para ser estadísticamente significativo ($p = 0,172$: prueba t). Todos los pacientes experimentaron una disminución significativa de las dosis de prednisona utilizadas (mediana de las dosis antes del tratamiento = 10 mg vs mediana de las dosis al final del tratamiento = 5 mg) ($p = 0,004$: prueba Wilcoxon). Aunque todos los pacientes mejoran en la valoración del SLEDAI, ésta fue más importante en los que recibieron mayor número de dosis, pudiéndose establecer que la cuantía en la disminución del SLEDAI depende del número de dosis de RTX recibidas, con significación estadística ($p = 0,003$: ANOVA). No se encontró sin embargo relación entre la depleción de los linfocitos B y la mejoría en la valoración del SLEDAI ($p = 0,532$: ANOVA).

Conclusiones: RTX es una opción terapéutica eficaz en pacientes con LEG moderado a grave y refractario a otros tratamientos. El grado de eficacia medido por el SLEDAI se relaciona con el número de infusiones recibidas y no se relaciona con la depleción de los linfocitos B. El tratamiento con RTX permite disminuir de forma significativa las dosis de prednisona.

69. EFECTOS BENEFICIOSOS SOBRE EL PERFIL LIPOPROTEICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LOS AGENTES BLOQUEANTES DEL TNF α EN COMPARACIÓN CON LOS FAME NO BIOLÓGICOS

J. Calvo-Alén, C. Baamonde, I. Villa, V. Martínez-Taboada, M. Agudo, J.L. Peña y J. Gómez-Gerique

Hospital Universitario Sierrallana. Torrelavega. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Fundación Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tiene un mayor riesgo cardiovascular (CV) que la población general. Diversos factores están implicados en este hecho, entre ellos los cambios cualitativos y cuantitativos en las diferentes lipoproteínas juegan un importante papel.

Métodos: Pacientes con AR en tratamiento estable con anti-TNF α durante al menos 6 meses y controles (pacientes en tratamiento con FAME no biológicos) pareados por edad sexo y factor reumatoide

(FR) fueron evaluados clínicamente mediante: DAS28, como índice de actividad y el cuestionario MHAQ para evaluar el grado de discapacidad. Además de un perfil lipídico estándar, se realizó un análisis extendido de otros parámetros lipoproteicos con el fin de hacer una evaluación más fina y completa del riesgo aterogénico, incluyendo: lipoproteína A, niveles (totales y lipoproteína-específicos) de apolipoproteína A1 (ApoA1) y B (ApoB), niveles de paroxonasa 1 (PON1), HDL, LDL, VLDL y colesterol total, triglicéridos y fosfolípidos, así como el nº de moléculas de estos lípidos (mc, mt and mf respectivamente) en cada lipoproteína, masa total (M) y nº de partículas (np) de las lipoproteínas anteriormente citadas, y niveles del receptor de la proprotein convertasa subtilisin/kexin 9 (PCSK9r). Los resultados de ambas poblaciones fueron comparados con test estadísticos estándar. Análisis multivariantes se utilizaron para eliminar factores de confusión entre las dos poblaciones analizadas.

Resultados: Sesenta y siete pacientes con anti-TNF α y 63 con FAME fueron evaluados. La edad media \pm DE (58,7 \pm 12,3 y 61 \pm 12,1 años), la distribución por sexos (81% mujeres en ambos casos), la duración de la enfermedad \pm DE (140 \pm 165 y 143 \pm 276 meses) y el porcentaje de positividad para el FR (64% en ambos casos) fueron comparables. Los pacientes con FAME tenían mayor actividad clínica (media \pm DE DAS28: 4,42 \pm 1,35 vs 3,57 \pm 1,27 y PCR 9,4 \pm 15,2 vs 3,8 \pm 5,8 mg/l respectivamente). Los principales hallazgos en los análisis lipoproteicos son presentados en la tabla. Se realizaron análisis multivariantes utilizando cada uno de los tres parámetros que habían presentado diferencias significativas en el análisis univariante, utilizando al índice DAS28 como covariante y en los tres casos el uso de tratamiento anti-TNF α se mantuvo como única variable explicativa.

| | Apo-A (mg/dl) | MVLDL (mg/dl) | np VLDL |
|-------------------|---------------|---------------|-----------|
| Anti-TNF α | 169,7 | 913,5 | 89513,1 |
| FAME | 156,2 | 1.360,8 | 112.898,3 |
| p | 0,008 | 0,001 | 0,017 |

Conclusiones: Los pacientes con AR en tratamiento con agentes anti-TNF α , independientemente de que puedan mostrar un mejor control de la actividad inflamatoria, tiene una mejoría en su perfil de riesgo aterogénico mostrando un aumento en los niveles de ApoA1 y por tanto un mayor poder anti-oxidante así como una menor masa total y número de partículas de la VLDL que son factores de riesgo aterogénico.

70. NUEVAS PERSPECTIVAS EN RELACIÓN A LAS BASES MOLECULARES DE LAS ALTERACIONES METABÓLICAS EN LA ARTROSIS

M.E. Vázquez Mosquera¹, E. Cortés Pereira¹, A. Soto Hermida¹, M. Fernández Moreno¹, J. Fernández Tajés¹, S. Relajo Fernández¹, N. Oreiro Villar¹, C. Fernández López¹, I. Rego Pérez¹ y F.J. Blanco^{1,2,3}

¹INIBIC. Hospital Universitario A Coruña. Grupo de Reumatología.

Área de Genómica. A Coruña. ²Proteo-Red/ISCIII. Madrid.

³CIBER-BBN-ISCIII. Madrid.

Objetivos: Analizar la expresión de genes relacionados con el metabolismo glucídico y lipídico, tales como los miembros del transporte facilitado de glucosa (GLUT1, GLUT3 y GLUT5), las isoformas 1 y 2 de la hexoquinasa (HK1 y HK2), el receptor de insulina (InsR), la proteína desacoplante mitocondrial 2 (UCP2) y el receptor de lipoproteínas oxidadas de baja densidad (OLR-1), en muestras de cartilago articular de pacientes artrósicos y controles sanos.

Métodos: Se aisló el ARN total a partir de 12 muestras de cartilago artrósico y 8 sanas mediante el kit RNAeasy (Qiagen) siguiendo las instrucciones del fabricante. La integridad y pureza del ARN se analizó con el bioanalizador 2100 de Agilent. El cDNA se obtuvo tras retrotranscripción con el kit Superscript VILO cDNA synthesis (Invi-

trogen), el cual se amplificó posteriormente por qRT-PCR en el sistema LightCycler 480 II (Roche), utilizando como gen de referencia la hipoxantina fosforibosiltransferasa 1 (HPRT1). Los datos fueron analizados con el software qBase plus (Biogazelle) y SPSS (v19).

Resultados: El ratio de expresión artrósico/sano de GLUT1 ($1,42 \pm 0,6$), GLUT3 ($1,26 \pm 0,06$), GLUT5 ($0,7 \pm 0,2$), HK1 ($1,04 \pm 0,05$), HK2 ($1,6 \pm 0,21$) e INSR ($0,99 \pm 0,08$) no mostró diferencias significativas ($p > 0,05$) salvo en el caso de UCP2, donde las muestras de cartílago artrósico presentaron un ratio de expresión significativamente mayor que las muestras sanas ($3,86 \pm 0,12$) ($p < 0,05$). Además, a diferencia de los cartílagos procedentes de muestras artrósicas, se detectó una correlación positiva (coeficiente de correlación de Pearson 0,917) ($p < 0,05$) entre UCP2 y GLUT3 en los cartílagos sanos. En cuanto a OLR-1, solo las muestras artrósicas expresaron este gen, e incluso se detectaron diferencias significativas entre dos subgrupos de artrósicos (ratio de expresión = 38,6; $p < 0,0001$).

Conclusiones: La sobreexpresión de UCP2 en el cartílago articular artrósico podría ser importante en el daño tisular tanto por su papel en el metabolismo lipídico como por su función desacoplante de la cadena respiratoria mitocondrial. El destacado aumento de expresión de OLR-1 en un subgrupo de muestras patológicas, junto con la falta de expresión de este receptor en muestras sanas, podría ser un factor relevante en el origen de la enfermedad en ciertos individuos y apoyaría la posible participación de las lipoproteínas oxidadas de baja densidad (ox-LDL) en el deterioro del cartílago y en el proceso inflamatorio que tiene lugar.

71. TRATAMIENTO CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN 204 PACIENTES: DESCRIPCIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS

D. Grados¹, M. Martínez-Morillo², A. Erra¹, S. Holgado², B. Tejera², A. Riveros², X. Tena² y M.I. Rotés¹

¹Hospital de Sant Rafael. Barcelona. ²Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: El ácido zoledrónico es un bifosfonato endovenoso indicado en el tratamiento de la osteoporosis y la enfermedad ósea de Paget. En general es un fármaco bien tolerado pero puede tener efectos secundarios, mayoritariamente de carácter leve.

Objetivos: Describir las características clínicas, indicación, parámetros densitométricos y efectos secundarios de los pacientes tratados con ácido zoledrónico.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo (2006-2012) realizado de forma conjunta en dos hospitales con un área de referencia de 900.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que habían recibido tratamiento con ácido zoledrónico y se recogieron datos epidemiológicos y efectos secundarios. Si faltaba algún dato, se completó por vía telefónica.

Resultados: Recibieron tratamiento con 5 mg de ácido zoledrónico 204 pacientes: 146 mujeres (71,6%) y 58 hombres (28,4%), con una edad media de 70,5 años (intervalo: 38-89 años). La enfermedad por la que había sido prescrito fue: osteoporosis en 149 pacientes, enfermedad de Paget en 46 y otras 8 pacientes (5 síndrome SAPHO, 2 osteogénesis imperfecta y 1 osteítis multifocal progresiva). La osteoporosis era posmenopáusica en 93 pacientes (62,4%), secundaria en 42 pacientes (28,2%) –la mayoría debida a tratamiento con glucocorticoides– y del varón en 14 casos (9,4%). Un total de 110 pacientes con osteoporosis (73,8%) habían recibido otros tratamientos previamente (73,6% bifosfonatos orales, 27,3% teriparatida o PTH 1-84, 22,7% ibandronato endovenoso, 18,1% ranelato de estroncio, 10% calcitonina, 9% raloxifeno y 7,3% pamidronato). Presentaban fracturas previas a la infusión 97 pacientes (65,1%): 82 vertebrales, costales (12,3%), de muñeca (9,2%), fémur (8,2%), otras (12,3%) –ramas isquiopúblicas, pie, codo, húmero, falanges–. Únicamente 14 pacientes (9,4%) presentaron fracturas posteriores

al tratamiento. La media del valor T previo al tratamiento fue de -3,1 en columna lumbar (L2-L4) y de -2,4 en fémur total. Del total de pacientes estudiados, 110 (73,8%) habían recibido una única infusión, 46 (30,9%) 2 infusiones, 38 (25,5%) 3 infusiones y 10 (6,7%) 4 infusiones de ácido zoledrónico. Presentaron efectos secundarios 39 pacientes (19,1%), 26 hombres y 13 mujeres, con una edad media de 66,4 años. De éstos, 23 pacientes fueron tratados por osteoporosis, 15 pacientes por enfermedad ósea de Paget y uno por osteogénesis imperfecta. Los efectos secundarios observados fueron: síndrome pseudogripal (69%), artralgias (7,7%), uveítis (5,1%) y artritis, insuficiencia renal, crisis hipertensiva, erupción cutánea, epistaxis, astenia y arritmia ventricular (2,6% cada uno). Se ha empleado el test de ji al cuadrado con corrección de Yates para comparar la incidencia de efectos secundarios en los pacientes con osteoporosis frente a los pacientes con enfermedad ósea de Paget y se ha obtenido un valor de 5,56 con significado estadístico ($p = 0,01$), a favor de esta última.

Conclusiones: La indicación más frecuente para la administración de ácido zoledrónico suele ser la osteoporosis posmenopáusica. Un alto porcentaje de pacientes ha recibido varios tratamientos previamente y ya presentan fracturas. Casi un 20% de los pacientes presentan efectos secundarios y el más frecuente es un síndrome pseudogripal. Los pacientes tratados por enfermedad ósea de Paget tienen una mayor incidencia de efectos secundarios respecto a los tratados por osteoporosis ($p = 0,01$).

72. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA A LOS 3 Y A LOS 6 MESES DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN REMISIÓN MANTENIDA A LOS QUE SE HA REDUCIDO LA DOSIS DE TERAPIA BIOLÓGICA

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

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La eficacia de las terapias biológicas anti-TNF en el tratamiento de pacientes con artritis psoriásica es bien conocida pero se desconocen las dosis más adecuadas en los tratamientos a largo plazo de pacientes en remisión clínica. Nuestro objetivo es evaluar la actividad clínica a los 3 y a los 6 meses de pacientes con artritis psoriásica en remisión mantenida a los que se ha reducido la dosis de terapia biológica.

Métodos: Se seleccionaron 22 pacientes de nuestro servicio con artritis psoriásica con afectación periférica los que se había reducido la dosis de terapia biológica anti-TNF (disminuyendo la dosis o aumentando el intervalo de administración) entre enero de 2008 y septiembre de 2012 por remisión mantenida (puntuación DAS28 igual o inferior a 2,6) durante un mínimo de 6 meses. Las pautas de reducción fueron etanercept 50 mg cada 10 días o 25 mg cada semana y adalimumab 40 mg cada 3 semanas. Se mantuvo estable la terapia concomitante. A los 3 y a los 6 meses se evaluaron el porcentaje de pacientes que seguían en remisión (DAS28 igual o inferior a 2,6) y que habían recidivado (dividiéndolos en actividad de la enfermedad baja, DAS28 entre 2,6 y 3,2, moderada, DAS28 entre 3,2 y 5,1, y alta, DAS28 mayor a 5,2) y requerían volver a la dosis anterior de terapia biológica.

Resultados: De los 22 pacientes en remisión mantenida 8 seguían terapia con etanercept y 14 con adalimumab. Tenían una edad media de 48 ± 13 años, una duración media de la enfermedad de $11,8 \pm 6,3$ años, presentaban erosiones óseas el 41% y solo seguían terapia concomitante con metotrexato el 14%. Los 22 pacientes presentaron un seguimiento mínimo de 3 meses tras la reducción de dosis. A los 3 meses el 72% de los pacientes seguían en remisión (16) y el 28% recidivaron (6), 14% con actividad baja (3) y 14% con actividad moderada (3). Solo en 10 pacientes se alcanzó un seguimiento

de 6 meses tras la reducción. El 50% seguían en remisión y el 50% recidivaron, todos los 3 primeros meses.

Tabla Póster 72

| Número de pacientes (porcentaje) | 3 meses | 6 meses |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| Total | 22 (100%) | 10 (100%) |
| Remisión | 16 (72%) | 5 (50%) |
| Recidivas | 6 (28%) | 5 (50%) |
| Actividad baja | 3 (14%) | 3 (30%) |
| Actividad moderada | 3 (14%) | 2 (20%) |
| Actividad alta | 0 (0%) | 0 (0%) |

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes con artritis psoriásica periférica permanecieron en remisión a los 3 meses de reducir la terapia biológica. A los 6 meses el 50% habían recidivado, todos los 3 primeros meses, aunque el número de pacientes con 6 meses de seguimiento es aún reducido.

73. EFECTO DE CERTOLIZUMAB PEGOL (CZP) SOBRE DIFERENTES FACETAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA (APS) SEGÚN LO INFORMADO POR LOS PACIENTES: RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES EN SEMANA 24 (PRO). RESULTADO DE UN ENSAYO FASE III ALEATORIZADO, DOBLE-CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO

D. Gladman¹, R. Fleischmann², G. Coteur³, F. Woltering⁴, P. Mease⁵ y E. Chamizo⁶

¹División de Cuidados de la Salud e Investigación de Resultados. Toronto Western Research Institute Toronto Western Hospital. Toronto. Canadá. ²Centro de Investigación Clínica Metroplex. Dallas. EE.UU. ³UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. ⁴UCB Pharma. Monheim-am-Rhein. Alemania. ⁵Centro Médico Sueco y Universidad de Washington. Seattle. EE.UU. ⁶Hospital de Mérida.

Introducción: CZP, anti-TNF sin región Fc, mejora los resultados reportados por los pacientes en artritis reumatoide (Strand. Ann Rheum Dis. 2011;70:996-1002) y psoriasis en placas (Reich. Br J Dermatol. 2012;167:180-90). La eficacia y seguridad de CZP en Artritis Psoriásica ha sido recogida en RAPID-PsA (NCT01087788) (Mease. Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl3):150). Este es el primer artículo que recoge el efecto de CZP en los resultados reportados por pacientes en APs. Este es el primer artículo sobre el efecto de CZP en los resultados reportados por pacientes en APs.

Métodos: Los pacientes reclutados tenían PsA activa y habían fallado a = 1 FAME. Los pacientes fueron aleatorizados a placebo (PBO), o dosis de inducción de CZP (DI: 400 mg en semana 0, 2, 4) seguido o bien por 200 mg CZP cada 2 semanas (Q2W) o 400 mg CZP cada 4 semanas (Q4W). Aquellos pacientes del brazo PBO que no consiguieron una disminución = 10% en el número de articulaciones dolorosas/tumefactas tanto en semana 14 como 16, fueron rescatados y aleatorizados a recibir CZP 200 mg Q2W o 400 mg Q4W tras DI. Los PROs incluidos fueron: escala de medida de fatiga (FAS), medida del dolor del paciente (VAS), cuestionario de evaluación de la salud – índice de discapacidad (HAQ-DI), cuestionario genérico de salud relacionados con la calidad de vida (HRQoL) medido por SF-36, específico HRQoL para APs medido por PsAQoL, y HRQoL específico para problemas de piel medido por el Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI). Cambios desde basal (CFB) fueron analizados para la población aleatorizada usando análisis de covarianza, con imputación realizada por la última observación considerada.

Resultados: Las características demográficas basales fueron similares entre los grupos. El dolor mejoró de forma significativa desde semana 1 y la fatiga y HAQ-DI desde semana 2, hasta semana 24 en ambos brazos de CZP vs PBO (tabla). Las mayores mejoras en HRQoL con CZP vs PBO fueron observadas para el componente físico (PCS) y mental (MCS) de SF-36, PsAQoL y DLQI.

Tabla Póster 73

Puntuación BL media y cambios de basal en PRO en Sem12 y Sem24

| Media (DE) | PBO (n = 136) | CZP 200 mg Q2W (n = 138) | CZP 400 mg Q4W (n = 135) |
|------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| FAS | | | |
| BL | 5,8 (2,2) | 6,3 (2,0) | 6,2 (2,1) |
| Sem 12 | -0,3 (2,2) | -2,1 (2,3)* | -1,4 (2,1)* |
| Sem 24 | -0,6 (2,3) | -2,2 (2,6)* | -1,9 (2,3)* |
| Dolor | | | |
| BL | 60,0 (22,0) | 59,7 (20,7) | 61,1 (18,5) |
| Sem 12 | -9,9 (21,0) | -26,9 (28,7)* | -22,5 (23,4)* |
| Sem 24 | -11,2 (21,9) | -28,6 (28,8)* | -28,4 (25,5)* |
| HAQ-DI | | | |
| BL | 1,3 (0,7) | 1,3 (0,7) | 1,3 (0,6) |
| Sem 12 | -0,2 (0,4) | -0,5 (0,6)* | -0,4 (0,5)* |
| Sem 24 | -0,2 (0,4) | -0,5 (0,7)* | -0,4 (0,5)* |
| SF 36# | | | |
| PCS | | | |
| BL | 33,8 (7,9) | 33,1 (7,7) | 33,2 (7,5) |
| Sem 12 | +1,8 (6,1) | +7,5 (9,1)* | +6,7 (7,7)* |
| Sem 24 | +2,1 (7,2) | +8,4 (10,1)* | +7,6 (8,1)* |
| MCS | | | |
| BL | 42,4 (12,5) | 40,7 (11,2) | 41,9 (12,5) |
| Sem 12 | +1,4 (8,6) | +4,9 (10,0)+ | +2,4 (8,7) |
| Sem 24 | +0,7 (9,9) | +5,5 (10,2)* | +3,5 (9,6)† |
| PsAQoL | | | |
| BL | 10,9 (5,6) | 11,1 (5,5) | 11,3 (5,6) |
| Sem 12 | -1,0 (4,1) | -3,6 (4,6)* | -2,8 (4,9)* |
| Sem 24 | -1,3 (4,7) | -4,43 (5,1)* | -3,3 (5,1)* |
| DLQI | | | |
| BL | 7,9 (6,8) | 9,2 (7,4) | 8,5 (7,3) |
| Sem 12 | -1,1 (5,4) | -5,8 (6,9)* | -4,5 (6,2)* |
| Sem 24 | -1,4 (5,2) | -6,3 (7,5)* | -5,2 (6,2) |

†valor p = 0,05; *valor p = 0,001; Todos los análisis estadísticos realizados sobre los mínimos cuadrados promedio (no mostrado); #Para SF-36, CFB positivo indica mejora.

Conclusiones: CZP mejoró los PROs en pacientes con APs a través de las muchas facetas de la enfermedad. Se observaron rápidas mejoras en dolor, fatiga y HAQ-DI. Los beneficios del tratamiento con CZP en HRQoL se observaron tanto en las medidas genéricas, como en las específicas de APs y dermatológicas.

74. EVALUACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y DEL RIESGO DE FRACTURA EN EL PACIENTE PENDIENTE DE TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Heredia, J.M. Nolla, C. Baliellas, L. Lladó y C. Gómez Vaquero

Servicio de Reumatología. Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Los pacientes sometidos a un trasplante hepático ortotópico (THO) presentan una prevalencia elevada de osteoporosis y de fracturas por fragilidad, fundamentalmente durante el año posterior a la intervención. En la actualidad se recomienda realizar a los pacientes que entran en lista de espera, una densitometría (DXA), un análisis de los parámetros del metabolismo óseo y una radiografía en proyección lateral de columna dorsal y lumbar. Suele indicarse tratamiento en caso de fractura por fragilidad o T-score < -1,5 DE en la columna lumbar o en el fémur proximal.

Objetivos: Definir las características clínicas y densitométricas de los pacientes en lista de espera de THO. Evaluar cuántos de éstos cumplen criterios de derivación a una consulta de metabolismo óseo y de tratamiento para prevenir fracturas por fragilidad.

Métodos: Desde el mes de julio de 2010, en los pacientes en lista de espera de THO, se practica de forma sistemática una DXA de columna lumbar y fémur proximal y se recaba información acerca de los factores de riesgo de fractura incluidos en la herramienta FRAX con el fin de calcular el riesgo absoluto de presentar una fractura mayor o de cadera (RFM/RFC) en los siguientes 10 años. Desde junio de 2012 los pacientes con T-score < -1,5 DE en columna lumbar o

fémur proximal o antecedente de fractura por fragilidad se citan en una consulta monográfica de metabolismo óseo. Los pacientes están bien caracterizados respecto a la enfermedad de base y al funcionalismo hepático. En el protocolo de estudio se incluyen parámetros analíticos generales y específicos de metabolismo hepático y una evaluación del funcionalismo del hígado mediante la escala Child-Pugh y el Model for End-Stage Liver Disease (MELD), cuyos valores oscilan entre 6 y 40 (a menor puntuación, mejor pronóstico y, por ende, menor prioridad en la lista de espera).

Resultados: Se identificaron 157 pacientes (80% varones) con una edad media de 55 ± 8 años y un índice de masa corporal (IMC) medio de $26,6 \pm 4,17$ kg/m². Las principales enfermedades que motivaron la entrada en la lista de espera fueron la hepatopatía enólica (58%) y la hepatitis crónica VHC (48%). El 32% de los pacientes se situaban en la clase A de la escala de Child-Pugh, el 35% en la B y el 33% en la C. La puntuación media de la escala MELD fue de $15,32 \pm 6,46$. El 37% tenía una densidad mineral ósea (DMO) normal, el 44% presentaba osteopenia y el 19%, osteoporosis. El 20% había presentado una fractura por fragilidad. El RFM fue de $2,8 \pm 1,5\%$ y el RFC, $0,6 \pm 0,7\%$. Ochenta (51%) pacientes presentaban alguno de los criterios de derivación a la consulta de metabolismo óseo; se indicó tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D a 56 y con bifosfonatos a 31. La herramienta FRAX no resultó útil para determinar a qué pacientes debe realizarse una DXA. Los pacientes que recibieron tratamiento para prevenir una fractura osteoporótica tenían menor DMO que el resto (y por debajo de $-1,5$ DE del T-score) pero no eran diferentes respecto a edad, IMC, clasificación de la OMS ni escalas de Child-Pugh o MELD.

Conclusiones: La prevalencia de osteoporosis y de fractura por fragilidad en los pacientes en situación de lista de espera de THO es elevada. La mitad de los pacientes cumple algún criterio de derivación a una consulta especializada. Ninguno de los parámetros hepáticos analizados ni la herramienta FRAX permite predecir qué pacientes serán tributarios de intervención diagnóstica o terapéutica.

75. LA MONITORIZACIÓN PERSONALIZADA DE FÁRMACO EN LA PRÁCTICA REUMATOLÓGICA PERMITE MANTENER LA EFICACIA TERAPÉUTICA CON MENOR COSTE FARMACÉUTICO

D. Pascual-Salcedo¹, C. Plasencia², L. González del Valle³, M.T. López Casla¹, F. Arribas¹, E. López Granados¹, G. Bonilla², A. Villalba², P. Alcozer², E. Martín Mola² y A. Balsa²

¹Unidad de Inmunología; ²Departamento de Reumatología; ³Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: En la práctica clínica habitual la optimización las terapias biológicas en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas se realiza ajustando la dosis de fármaco según la actividad clínica. Para tomar las decisiones terapéuticas más acertadas sería de gran utilidad disponer de herramientas objetivas, además de las que se utilizan actualmente (metrología, analítica, progresión radiológica). A partir del 2010, en el Servicio de Reumatología de nuestro hospital se usan los valores de niveles séricos de fármaco en las terapias anti-TNF como herramienta complementaria a las habituales para mejorar nuestras actitudes terapéuticas e intentar ser más costo-eficientes.

Objetivos: Analizar la repercusión clínica y económica de la aplicación de la Monitorización Personalizada de Fármaco (MPF), ayudándonos de las medidas de fármaco en el valle, en pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (EspA).

Métodos: Se estudiaron 88 pacientes (43 AR y 45 EspA) tratados con fármacos anti-TNF [31 con infliximab (Ifx), 29 con adalimumab (Ada) y 28 con etanercept (Eta)] entre 2006-2012. Todos los pacientes incluidos estaban en remisión o baja actividad según metrología clínica (DAS28 < 3,2 o BASDAI < 4). En cada paciente se analizaron

dos periodos de tiempo diferentes pre y post uso de la MPF (1ºP: 2006-2009 y 2ºP: 2010-2012) para observar como la monitorización de niveles séricos de fármaco influye en decisiones terapéuticas como reducción de dosis o suspensión de la terapia anti-TNF. Los niveles de los tres fármacos se midieron por ELISA's de captura según métodos descritos (De Vries. Ann Rheum Dis, 2009; Bartelds. Ann Rheum Dis, 2007; Pascual-Salcedo. Rheumatology, 2011).

Resultados: El tiempo de duración de la enfermedad fue de 17,52 años ($\pm 9,38$) y el tiempo medio en terapia con biológico fue de 5,85 años ($\pm 1,33$). Todos los pacientes estaban activos al inicio de la terapia anti-TNF (AR: DAS28 $4,34 \pm 1,39$ y EspA: BASDAI $5,51 \pm 1,61$). A lo largo de ambos periodos todos los pacientes se mantuvieron sin diferencias en la actividad clínica [AR (DAS28): $2,51 \pm 0,85$ en P1º vs $2,31 \pm 0,52$ en P2º, $p = 0,061$; EspA (BASDAI): $1,90 \pm 1,11$ en P1º vs $1,88 \pm 1,12$ en P2º, $p = 0,907$]. El intervalo de administración del anti-TNF fue mayor en 2ºP para los 3 fármacos (Ifx: $8,52$ sem $\pm 1,43$ P1º vs $9,7$ sem $\pm 1,44$ P2º $p < 0,001$; Ada: $2,19$ sem $\pm 0,58$ P1º vs $2,95$ sem $\pm 1,58$ P2º $p = 0,007$; Eta: $1,09$ sem $\pm 0,27$ P1º vs $1,61$ sem $\pm 0,91$ P2º $p = 0,004$). La dosis media semanal recibida de cada tratamiento fue significativamente menor en el P2º [Ifx (mg/kg/sem): $0,51 \pm 0,14$ P1º vs $0,42 \pm 0,12$ P2º, $p < 0,001$; Ada (mg/sem): $19,19 \pm 3,72$ P1º vs $15,52 \pm 4,81$ P2º, $p < 0,001$; Eta (mg/sem) $42,09 \pm 13,25$ P1º vs $35,04 \pm 13,37$ P2º $p = 0,009$]. En función de los precios vigentes en nuestro Hospital para cada fármaco, el ahorro económico mensual por paciente fue de 91,62€ para Ifx (asumiendo peso medio paciente 70 kg), 324€ para Ada, 257€ para Eta. En total se valoró el ahorro anual en este grupo de 88 pacientes en 233.186€.

Conclusiones: La monitorización personalizada de fármaco basada en los niveles circulantes de anti-TNF, aplicada a pacientes reumatológicos, ha resultado ser una herramienta útil de apoyo a la práctica terapéutica además de permitir un ahorro efectivo de costes farmacológicos.

76. SUPERVIVENCIA DE BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE: COHORTE DE 12 AÑOS DE SEGUIMIENTO

C. Lajas¹, Z. Rosales¹, L. León², R. Peña¹, A.B. Rodríguez-Cambrón¹, C. Vadillo¹, E. Pato¹, J.L. Fernández Rueda², L. Rodríguez², B. Fernández-Gutiérrez¹, J. Jover¹ y L. Abásolo²

¹UGC Reumatología; ²Instituto de Investigación Sanitaria. 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 con AR.

Métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo de 12 años de seguimiento. Sujetos: pacientes con AR seguidos en consultas de nuestro hospital, que iniciaron tratamiento con AB, a partir del 1 de enero 2000 hasta el 18 de diciembre de 2012. 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) (requiere suspensión y 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 el 18 de diciembre del 2012. 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: 376 pacientes con AR fueron incluidos en el estudio, los cuales iniciaron 646 cursos diferentes de tratamiento con AB, con un seguimiento total de 1.456 pacientes × año. De ellos el 81% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 53,4 ± 13 años y el tiempo medio hasta el primer AB de 5,7 ± 4,9 años. El fármaco más frecuentemente utilizado fue el ADA (33%), seguido de ETN (26%), IFX (19%), RTX (14%), ABATA (3%), CTZ (2%), TZL (1,5%) y GOL1 (1,5%). El 31,3% de los pacientes seguía con el tratamiento en el momento del fin de seguimiento, un 25% habían suspendido por ineficacia y un 21,3% por evento adverso (EA). Encontramos 387 suspensiones en 224 pacientes: 44% por ineficacia, 39% por EA (1,5% exitus) y 16% otras, incluyendo un 4% por mejoría, 2% decisión del paciente. La mediana de supervivencia de AB fue de 2,3 años (IC95% 1,9-2,7), con una incidencia de suspensión de 26,6 (IC95% 24-29,3). La tasa de suspensión por EA fue de 10,3 (IC95% 8,8-12,1). Las causas más frecuentes de EA fueron infecciones (42,4%), seguidas de alteraciones dermatológicas (17,9%), y reacciones infusionales (8%). El 30% de los EA fueron graves con una incidencia de 2,9 (IC95% 2,2-3,9) siendo la causa más frecuente las infecciones (51%), seguido de cáncer (16%), exitus (13%), e ICC (11%). La tasa de suspensión debido a ineficacia fue de 11,8 (IC95% 10,2-13,7).

Conclusiones: A los 2,3 años de tratamiento, la mitad de los pacientes han suspendido los AB por diferentes motivos. La tasa de suspensión se ha estimado en 26 por 100 pacientes × año, siendo la causa más frecuente la ineficacia, seguida de la aparición de los EA fundamentalmente por infecciones. Este estudio contribuye al aumento del conocimiento de la supervivencia a largo plazo de estos fármacos en la vida real.

77. IMPACTO DE UNA INICIATIVA PARA CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CON LA COLABORACIÓN DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Zacarías, J. Narváez, J. Rodríguez Moreno, I. Sevilla, M. Jordana, J.M. Nolla y C. Gómez Vaquero

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a un riesgo cardiovascular (RCV) incrementado con una prevalencia de eventos cardiovasculares y de mortalidad de causa cardiovascular superior a la de la población general. Un buen control de la actividad de la enfermedad y de los factores de RCV (FRCV) disminuye la morbimortalidad asociada a este aumento del RCV. Mientras que el control de la actividad de la enfermedad lo asume el reumatólogo, el control de los FRCV podría corresponder tanto al reumatólogo como al médico de familia.

Objetivos: Evaluar el impacto de una iniciativa para controlar los FRCV con la colaboración de los médicos de familia en pacientes con AR.

Métodos: Se incluyeron los pacientes con AR seleccionados de forma consecutiva cuando acudían a su visita de monitorización. De cada paciente, se recogieron los FRCV (índice de masa corporal, hábito tabáquico, presión arterial, concentración sérica de glucosa, colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos) y se calcularon el SCORE y el SCORE modificado. Se informó al paciente de la necesidad de corregir sus FRCV y se le entregó una carta dirigida a su médico de familia en la que se le informaba de la importancia del control de los FRCV en el paciente con AR y se le solicitaba su colaboración en el control

de los mismos. Además, se le especificaba el objetivo terapéutico a conseguir respecto al colesterol LDL: 1,8 mmol/L (70 mg/dL) en los pacientes con alto RCV (SCOREm ≥ 5%) o antecedente de evento CV y 2,5 mmol/L (100 mg/dL) en el resto. En la siguiente visita de control, se registró si se había realizado alguna intervención terapéutica y si se había conseguido el objetivo terapéutico.

Resultados: Se incluyeron 211 pacientes (171 (81%) mujeres) con una edad media de 60 ± 12 años y una duración de la AR de 13 ± 9 años. El 72% tenía FR + y el 70%, anti-PCC +. El 70% de los pacientes estaba en tratamiento con glucocorticoides, el 86% con FAME y el 32%, con tratamiento biológico. Por criterios de DAS28, el 71% estaban en remisión o presentaban baja actividad, el 27%, actividad moderada y el 2%, actividad alta. En la visita de inicio, el 25% de los pacientes tenía sobrepeso, el 17% fumaba, el 51% estaba hipertenso, el 6% presentaba hiperglicemia, el 53% tenía una concentración sérica de colesterol total > 5,2 mmol/L (200 mg/dL) y el 23% presentaba hipertrigliceridemia. El 5% no tenía ningún FRCV, el 20% tenía uno; el 34%, dos; el 28%, tres; y el 13%, más de tres. El objetivo LDL fue 1,8 en el 29% de los pacientes. Se realizaron nuevos diagnósticos de FRCV en 100 pacientes (47%): 1 diabetes, 18 HTA, 82 con elevación de colesterol LDL y 27 hipertrigliceridemia. El médico de familia inició un nuevo tratamiento o lo cambió en 2/12 diabetes, 30/84 HTA, 74/167 con elevación del colesterol LDL y 21/51 con hipertrigliceridemia en los que estaba indicado el cambio. El resultado final de la intervención fue que, entre las dos visitas realizadas, el porcentaje de pacientes con FRCV que tenían buen control pasó: a) en diabetes, del 48% al 44%; b) en HTA, del 25% al 73%; c) en elevación del colesterol LDL, del 10 al 17%; y d) en hipertrigliceridemia, del 25% al 38%.

Conclusiones: Mediante la intervención realizada, se ha diagnosticado FRCV no conocidos en un elevado porcentaje de pacientes con AR. La respuesta de los médicos de familia medida por el cambio de pauta farmacológica se considera insuficiente. El control de los FRCV, y fundamentalmente de la dislipemia, es subóptimo.

78. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE CARÓTIDAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RIESGO CARDIOVASCULAR INTERMEDIO

A. Zacarías, C. Moragues, J. Rodríguez Moreno, J. Narváez, M. Jordana, I. Sevilla, J.M. Nolla y C. Gómez Vaquero

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

Introducción: La comorbilidad asociada a patología cardiovascular en la artritis reumatoide (AR) puede ser prevenida actuando sobre el proceso inflamatorio y sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El tratamiento de los FRCV está indicado en pacientes de alto riesgo cardiovascular, identificados mediante tablas de predicción de eventos cardiovasculares como el SCORE. Se plantea la posibilidad de indicar tratamiento de los FRCV también en pacientes sin alto riesgo pero evidencia de aterosclerosis.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de aterosclerosis subclínica y la utilidad de la ecografía de carótidas en pacientes con AR de riesgo cardiovascular intermedio.

Métodos: Estudio prospectivo transversal realizado en un servicio de Reumatología de un hospital universitario de un área urbana del nordeste peninsular. Se incluyeron los pacientes con AR diagnosticados según los criterios de clasificación EULAR/ACR 2010, seleccionados de forma consecutiva cuando acudían a su visita de monitorización habitual en 5 consultas médicas diferentes durante los meses de marzo a julio de 2012. De cada paciente, se recogieron los FRCV (edad, hábito tabáquico, presión arterial, concentración sérica de glucosa, colesterol total) y se calculó el SCORE y el SCORE modificado de acuerdo a un factor multiplicador de 1,5 en los pacientes con al menos dos de los siguientes criterios: a) duración

de la enfermedad > 10 años, b) FR o anti-PCC positivo, c) presencia de manifestaciones extraarticulares. Se solicitó una ecografía de carótidas a aquellos pacientes con SCORE modificado entre 3- 4,5% que no hubieran tenido ningún evento cardiovascular. Se recogieron los datos en una base de datos Access 2003 y se analizaron mediante SPSS-Windows 15.

Resultados: Se incluyeron 211 pacientes (171 (81%) mujeres) con una edad media de 60 ± 12 años y una duración de la AR de 13 ± 9 años. El 72% tenía FR + y el 70%, anti-PCC +. El 70% de los pacientes estaba en tratamiento con glucocorticoides, el 86% con FAME y el 32%, con tratamiento biológico. Por criterios de DAS28, el 71% estaban en remisión o presentaban baja actividad, el 27%, actividad moderada y el 2%, actividad alta. Respecto a los FRCV en la visita de inicio: el 17% fumaba; el 51% estaba hipertenso en el momento de la visita; el 6% estaba hiperglicémico; el 53% tenía una concentración sérica de colesterol total > 5,2 mmol/L (200 mg/dL. Como factores multiplicadores EULAR: el 55% tenía una duración de la enfermedad > 10 años, el 79% presentaba FR o anti-PCC positivo y el 18% tenía manifestaciones extraarticulares. Diez pacientes habían presentado un evento cardiovascular. Cincuenta y dos (25%) pacientes cumplían los criterios de realización de la ecografía. Se practicó ecografía a 30 pacientes (el resto está pendiente de realización): 50% no tenían placas carotídeas, 25% tenía una placa unilateral y 25% poseían placas bilaterales de carótidas. Los pacientes con placas de ateroma carotídeas tenían mayor edad, tiempo de evolución de la AR y positividad del FR y del PCC que el resto de pacientes.

Conclusiones: Dada la elevada prevalencia de aterosclerosis subclínica en los pacientes con AR y riesgo cardiovascular intermedio, recomendamos la determinación del riesgo cardiovascular mediante el SCORE modificado y, si éste se encuentra entre 3-4,5%, la realización de una ecografía de carótidas.

79. UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR SCORE Y REGICOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Zacarías, J. Rodríguez Moreno, J. Narváez, C. Moragues, M. Jordana, I. Sevilla, J.M. Nolla y C. Gómez Vaquero

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a una mayor mortalidad cardiovascular que la población general. La estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) mediante escalas permite identificar a los pacientes tributarios de intervención. La escala SCORE es la más utilizada en Europa (alto RCV si $\geq 5\%$). La escala REGICOR es la versión validada en España de la escala americana de Framingham (alto RCV si $\geq 10\%$).

Objetivos: Evaluar la utilidad de SCORE y REGICOR para calcular el RCV en pacientes con AR.

Métodos: Estudio prospectivo transversal realizado en un servicio de Reumatología de un hospital universitario. Se incluyeron los pacientes con AR diagnosticados según los criterios de clasificación EULAR/ACR 2010, seleccionados de forma consecutiva cuando acudían a su visita de monitorización habitual durante los meses de marzo a julio de 2012. Se recogieron las variables para calcular las escalas (sexo, hábito tabáquico, presión arterial sistólica, concentración sérica de colesterol total y HDL y diabetes mellitus), los antecedentes de eventos cardiovasculares y la presencia de placas de ateroma en la ecografía de carótidas. Siguiendo las recomendaciones EULAR 2011, se aplicó un factor multiplicador de 1,5 a ambas escalas en los pacientes con al menos dos de los siguientes criterios: a) duración de la enfermedad > 10 años, b) FR o anti-PCC positivo, c) presencia de manifestaciones extrarticulares. 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 211 pacientes (171 (81%) mujeres) con una edad media de 60 ± 12 años y una duración de la AR de 13 ± 9 años. El 72% tenía FR + y el 70%, anti-PCC +. El 70% de los pacientes estaba en tratamiento con glucocorticoides, el 86% con FAME y el 32%, con tratamiento biológico. Por criterios de DAS28, el 71% estaba en remisión o presentaba baja actividad, el 27%, actividad moderada y el 2%, actividad alta. Respecto a factores de RCV: el 17% de los pacientes fumaba; el 51% estaba hipertenso; el 53% tenía una concentración sérica de colesterol total > 5,2 mmol/L (200 mg/dL); el 52%, un colesterol HDL > 1,55 mmol/L y 4 pacientes < 0,9 mmol/L; el 11% de los pacientes eran diabéticos. Como factores multiplicadores EULAR: el 55% tenía una duración de la enfermedad > 10 años, el 79% tenía FR o anti-PCC positivo y el 18% tenía manifestaciones extrarticulares; el 42% tenía dos o más factores. Diez pacientes habían presentado algún evento cardiovascular y 15 de los 30 con ecografía realizada, tenían placas de ateroma carotídeas. Cincuenta y cinco pacientes se clasificaron como de alto RCV por SCORE y 18 pacientes, por REGICOR modificado. La sensibilidad y el VPP para la identificación de pacientes con eventos cardiovasculares o placas de ateroma carotídeas fueron muy bajas para ambas escalas. La especificidad es similar para ambas, 86%. El REGICOR modificado tiene un VPN superior al SCORE modificado (91% vs 74%).

Conclusiones: El REGICOR modificado es mucho más restrictivo que el SCORE modificado en la asignación de los pacientes con artritis reumatoide a la categoría de alto riesgo cardiovascular. Por este motivo y por tener una especificidad aceptable, recomendamos la utilización del SCORE modificado para la estratificación del riesgo cardiovascular de los pacientes con artritis reumatoide.

80. ¿INFLUYE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL USO DE TERAPIAS MÁS AGRESIVAS?

L. León^{1,2}, M.M. Redondo¹, L. Abásole², A. García-Vadillo³, I. González-Álvaro³, L. Arrieti⁴, P. Macarrón⁴, M.A. Pérez-Nieto¹ y J.A. Jover⁴

¹Universidad Camilo José Cela. Madrid. ²IdISSC. Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Reumatología. Hospital La Princesa. Madrid. ⁴Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: En la actualidad, los pacientes con artritis reumatoide (AR) desempeñan un papel más activo en relación a su enfermedad, y en la elección de su tratamiento. La personalidad del paciente puede ser una parte importante en este proceso. Pocos estudios asocian las características no médicas de la paciente a su pronóstico y tratamiento. A pesar de ello, para la evaluación de la AR se utilizan cuestionarios auto-administrados (como el HAQ) o la valoración propio paciente (en el DAS28), que están siendo influenciados por características propias del paciente, como la personalidad.

Objetivos: Evaluar la influencia de los factores de personalidad en el tipo de tratamiento que reciben los pacientes.

Métodos: Estudio multicéntrico de una cohorte de pacientes con AR, con un diseño transversal. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo en dos hospitales, con un seguimiento máximo de 18 meses. Todos los pacientes que dieron su consentimiento completaron un formulario que incluyó variables demográficas generales, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-A), un cuestionario de locus de control (MHLC), y el Cuestionario de creencias y autoafirmaciones sobre el dolor (PRCS/PRSS). Asimismo se recogieron medidas de actividad de la enfermedad (DAS28 y proteína C reactiva en el primer año tras el diagnóstico). Se consideró tratamiento agresivo el haber recibido más de dos FAMES, o un biológico, durante el segui-

miento. Se realizó un análisis descriptivo de las variables asociadas con los el tratamiento más agresivo y un análisis de regresión logística para determinar las variables de personalidad asociadas con el tratamiento, ajustando por las características sociodemográficas y clínicas.

Resultados: Un total de 176 pacientes con AR se incluyeron en el estudio. El 80% de la muestra fueron mujeres. La edad media fue de $55,7 \pm 13,2$ años. El 48,8% de la muestra recibió un tratamiento agresivo. El 50,89% de los pacientes tuvo puntuaciones altas en extraversión, y un 28,7% puntuó alto en neuroticismo. No se encontraron diferencias significativas en la edad y sexo para el tratamiento agresivo. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística, encontrando que el rasgo de personalidad de neuroticismo es el único predictor de recibir un tratamiento más agresivo ($p = 0,01$; OR = 0,34).

Conclusiones: Los pacientes con altas puntuaciones en neuroticismo están más preocupados, ansiosos y/o deprimidos, afectando a su valoración de la enfermedad y pudiendo influir en la mayor demanda de recursos terapéuticos.

81. "¿QUIÉN CONTROLA MI SALUD?" SEGÚN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.M. Redondo¹, L. León^{1,2}, L. Abásolo², A. García-Vadillo³, I. González-Álvaro³, L. Arrieti⁴, G. Candelas⁴, M.A. Pérez-Nieto¹ y J.A. Jover⁴

¹Universidad Camilo José Cela. Madrid. ²IdISSC. Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Reumatología. Hospital La Princesa. Madrid. ⁴Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El concepto de locus de control de salud se refiere al grado de control percibido de un individuo sobre su propia salud. La capacidad de control del paciente es importante a la hora de potenciar la autoeficacia y la adherencia al tratamiento.

Objetivos: Describir el locus de control en una muestra de pacientes con artritis reumatoide (AR) y qué factores se asocian al mismo.

Métodos: Estudio multicéntrico de una cohorte retrospectiva de pacientes con AR, con un diseño transversal. Se seleccionaron pacientes con AR de reciente comienzo, en dos hospitales. Todos los

pacientes que dieron su consentimiento completaron un formulario que incluyó variables sociodemográficas, el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-A), y cuestionario locus de control hacia la salud (MHLC), con 3 subescalas: control interno del propio paciente, control externo hacia los profesionales de la salud y control externo hacia la suerte/destino (rango entre 0 = nada de control; 30 = todo el control). Se realizaron análisis de regresión lineal para determinar las variables asociadas a las escalas de control.

Resultados: Un total de 129 pacientes con AR se incluyeron en el estudio. El 78% de la muestra fueron mujeres. La edad media fue de $55,5 \pm 12,8$ años. Las medias para las distintas escalas fueron $16,8 \pm 6,8$ para los profesionales de la salud, $13,3 \pm 5,9$ para el control interno, y $12,5 \pm 6,3$ para la suerte/destino. Cuando analizamos las variables predictoras de los distintos tipos de control, encontramos que los varones son significativamente más propensos al locus de control para los profesionales de la salud ($p = 0,02$), en los pacientes más jóvenes existe una tendencia al locus de control interno ($p = 0,06$), siendo los pacientes con rasgo de personalidad neurótico los pacientes que tienden al locus de control hacia la suerte/destino ($p = 0,00$).

Conclusiones: Los pacientes son un locus de control externo (hacia otros profesionales o hacia la suerte/destino) no atribuyen su mejora o empeoramiento a sus propios recursos o autoeficacia, lo que podría suponer un menor cumplimiento de las prescripciones y menos capacidad para tolerar el dolor.

82. DIFERENTE EXPRESIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN CAUCÁSICOS Y MESTIZOS EN UNA MISMA ÁREA SANITARIA

V. Ruiz-Esquide, S. Cabrera-Villalba, M.V. Hernández, J. Ramírez, J.E. Inciarte, J.D. Cañete y R. Sanmartí

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

Introducción: La prevalencia e impacto de la artritis reumatoide (AR) es diferente según los grupos étnicos o razas. Es conocida la mayor prevalencia y gravedad de AR en indios nativos americanos. Pocos estudios analizan las características de la AR en poblaciones mestizas.

Tabla Póster 82

Parámetros de actividad de la enfermedad y discapacidad en pacientes caucásicos vs mestizos con AR

| | Total N = 123 | Caucásicos N = 82 | Mestizo N = 41 | p |
|--|----------------|-------------------|----------------|-------|
| Edad al diagnóstico | 41,37 ± 11,66 | 42,14 ± 11,63 | 39,85 ± 11,71 | 0,309 |
| Tiempo de evolución (meses) | 93,53 ± 99,8 | 94,3 ± 100 | 92 ± 98,96 | 0,904 |
| Hasta 2 años de evolución | 20,3% | 19,51% | 21,95% | 0,814 |
| Edad actual | 48,56 ± 10 | 49,32 ± 10 | 47,05 ± 9,93 | 0,237 |
| Sexo % (mujeres) | 87% | 86,59% | 87,8% | 1,000 |
| IMC | 26,07 ± 4,76 | 25,52 ± 4,9 | 27,11 ± 4,35 | 0,082 |
| Fumador | 50,4% | 63,41% | 24,39% | 0,000 |
| Factor reumatoide + | 83,3% | 79,75% | 90,24% | 0,198 |
| Anti-CCP + | 72,7% | 70% | 78% | 0,395 |
| NAD | 3,41 ± 5,1 | 2,20 ± 3,28 | 5,83 ± 6,96 | 0,003 |
| NAI | 2,63 ± 3,95 | 2,21 ± 3,38 | 3,46 ± 4,83 | 0,097 |
| VGP | 37,8 ± 18,58 | 34,39 ± 17,08 | 44,63 ± 19,76 | 0,004 |
| DAS28 | 3,45 ± 1,42 | 3,04 ± 1,25 | 4,24 ± 1,39 | 0,000 |
| Remisión % (DAS28 < 2,6) | 31,4% | 42,5% | 9,76% | 0,000 |
| Baja actividad% (DAS < 3,2) | 47,9% | 58,75% | 26,83% | 0,001 |
| Alta actividad% (DAS28 > 5,1) | 15,7% | 8,75% | 29,27% | 0,007 |
| EVA dolor | 36,03 ± 27,67 | 30,68 ± 22,78 | 47,06 ± 33,45 | 0,016 |
| mHAQ | 0,36 ± 0,46 | 0,37 ± 0,45 | 0,33 ± 0,5 | 0,750 |
| PCR | 0,82 ± 1,27 | 0,73 ± 1,24 | 1,01 ± 1,33 | 0,271 |
| VSG | 20,67 ± 17,7 | 17,59 ± 16,87 | 26,68 ± 17,92 | 0,009 |
| Hemoglobina | 130,08 ± 12,53 | 132,14 ± 11,31 | 126,03 ± 13,9 | 0,011 |
| Tratamiento con corticoides % | 53,7% | 50% | 60,98% | 0,338 |
| Tratamiento FAMES % | 82,1% | 78,05% | 90,24% | 0,134 |
| Tratamiento biológico % | 41,5% | 39,02% | 46,34% | 0,445 |
| proporción de tratamiento biológico EV % | 60,8% | 62,5% | 57,89% | 0,774 |
| Enfermedad erosiva % | 51,4% | 50% | 54,55% | 0,681 |

Objetivos: Análisis comparativo de la actividad y gravedad de la AR entre población nativa de origen caucásico y población mestiza latinoamericana seguidos en un mismo centro hospitalario, con el mismo acceso a la sanidad pública.

Métodos: Estudio transversal de casos y controles de pacientes diagnosticados de AR (criterios ACR 1987) con una edad comprendida entre los 18 y 65 años y visitados en hospital de día de reumatología y en una consulta monográfica de AR entre septiembre 2011 y diciembre 2012 de un hospital de tercer nivel. Por cada paciente latinoamericano-mestizo se seleccionaron dos pacientes caucásicos (blanco-europeo) pareados por tiempo de evolución de la enfermedad (± 12 meses). Se recogieron diferentes variables demográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas así como del grado de actividad de la enfermedad y discapacidad que se compararon entre los dos grupos de pacientes.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 123 pacientes (41 mestizos y 82 caucásicos), 87% mujeres, con una edad media de $48,6 \pm 10$ años. Ambos grupos de pacientes mostraron similares tiempo de evolución, edad al diagnóstico y edad actual. El tabaquismo era menos frecuente entre la población mestiza. No se observaron diferencias en el perfil serológico de la enfermedad (presencia y niveles de FR y ACPAs) ni en la frecuencia de enfermedad erosiva. Los pacientes mestizos tenían una mayor actividad de la enfermedad que los pacientes caucásicos, tanto valorada a través del DAS28, como del NAD, VGP y VSG (tabla). Los mestizos presentaron en menor proporción y de forma significativa, menores tasas de remisión (9,76% vs 42,5%, $p = 0,000$, OR 6,84, IC95%: 2,24-21,01) o baja actividad de la enfermedad (26,8% vs 58,75%, $p = 0,001$, OR 3,88, IC95%: 1,71-8,84) medida por el DAS28. La discapacidad medida a través de HAQ fue similar entre ambos grupos. No se observaron diferencias significativas en cuanto al tratamiento recibido por ambos grupos, sin embargo los pacientes mestizos mostraron numéricamente una mayor frecuencia de tratamiento con corticoides y FAMEs, tanto sintéticos como biológicos.

Conclusiones: Los pacientes mestizos presentan una AR clínica y biológicamente más activa que los pacientes caucásicos de una misma área sanitaria, a pesar de recibir una terapia antirreumática similar.

83. DEPLECIÓN DE LINFOCITOS T ANGIOGÉNICOS Y CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES EN PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE: POSIBLE PAPEL DEL IFN α Y LOS AUTOANTICUERPOS

J. Rodríguez Carrión¹, M. Alperi López², S. Alonso Castro², P. López¹, F.J. Ballina García² y A. Suárez¹

¹Área de Inmunología. Departamento de Biología Funcional. Facultad de Medicina y CC de la Salud. Universidad de Oviedo. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Aunque diferentes estudios han mostrado un incremento en el riesgo cardiovascular y el daño endotelial en pacientes de artritis reumatoide (AR), los mecanismos responsables aún no están claros. Recientemente, se ha descubierto una nueva subpoblación de linfocitos T, denominados linfocitos T angiogénicos (Tang), que parecen exhibir un perfil funcional angiogénico y cuya principal función podría ser cooperar con las células progenitoras endoteliales (EPC) en los fenómenos de reparación endotelial. Por tanto, variaciones en los niveles de linfocitos Tang podrían tener un papel en la alteración de la reparación endotelial y el riesgo cardiovascular en pacientes de RA.

Objetivos: El principal objetivo de este estudio es analizar las frecuencias de linfocitos Tang en pacientes de AR y su relación con marcadores de la enfermedad y factores clásicos de riesgo cardiovascular.

Métodos: Se cuantificaron ambas poblaciones celulares, Tang (CD3⁺CD31⁺CD184⁺) y EPC (CD34⁺CD133⁺VEGFR2⁺), por citometría de flujo según sus marcadores característicos a partir de muestras de sangre periférica de 18 individuos controles y 67 pacientes de AR de larga evolución (duración de la enfermedad = $8,41 \pm 5,12$ años). Se recogieron los parámetros clínicos e inmunológicos así como los factores tradicionales de riesgo cardiovascular a partir de las historias clínicas. El índice DAS28 fue empleado como medida de la actividad de la enfermedad. Los niveles de IFN α séricos se cuantificaron mediante Cytometric Bead Array (CBA, BD Biosciences).

Resultados: Ambas poblaciones se encontraron disminuidas en sangre periférica en pacientes de AR respecto a controles (EPC: $p < 0,0001$, Tang: $p = 0,0008$). Los linfocitos Tang se correlacionaron positivamente con las EPC en controles ($r = 0,880$, $p < 0,0001$), no así en pacientes ($r = -0,011$, $p = 0,932$), aunque esta correlación era parcialmente recuperada en pacientes con baja actividad (DAS $< 2,8$) ($r = 0,476$, $p = 0,029$). Asimismo, los linfocitos Tang se asociaron negativamente con el índice de actividad de la enfermedad ($r = -0,536$, $p < 0,0001$), la presencia de autoanticuerpos (FR: $p < 0,001$, CCP: $p = 0,021$, ANA: $p = 0,004$) y los niveles de IFN α ($r = -0,337$, $p = 0,036$). Curiosamente, aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular previa exhibían una mayor disminución de Tang, principalmente aquellos ANA(+) ($p = 0,024$). Paralelamente, estos individuos mostraban mayores niveles de EPC maduras ($p = 0,021$) y mayores niveles de IFN α ($p = 0,007$).

Conclusiones: La depleción de EPC y linfocitos Tang podría tener un papel en el aumento de daño endotelial y el fracaso de la reparación endotelial observados en pacientes de AR. En estos pacientes, los linfocitos Tang parecen asociarse más fuertemente con marcadores específicos de la enfermedad que con factores tradicionales de riesgo CV. Por tanto, teniendo en cuenta el papel de los linfocitos Tang y las asociaciones encontradas, el perfil de autoanticuerpos y los niveles de IFN α podrían ser de interés para determinar el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

84. SEGURIDAD RENAL DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN OSTEOPOROSIS

A.C. Haro Martínez¹, S. Soro Marín¹, D. Palma Sánchez¹ y R. Reyes García²

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Endocrinología. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Introducción: El ácido zoledrónico es un bifosfonato potente usado en el tratamiento de la osteoporosis. Se han notificado casos de alteración en la función renal en pacientes con osteoporosis en tratamiento con este fármaco. Sin embargo, no se han realizado estudios centrados en este aspecto.

Objetivos: Analizar la evolución de la función renal en pacientes con osteoporosis en tratamiento con ácido zoledrónico.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes que recibieron ácido zoledrónico en un hospital de tercer nivel entre 01/01/2008 y 01/01/2012. Se recogieron los siguientes datos: función renal mediante niveles de creatinina sérica y aclaramiento de creatinina basal, a los 6 y a los 12 meses de la infusión, características demográficas, factores de riesgo cardiovascular y medicación concomitante. En todos los pacientes se administraron 5 mg de ácido zoledrónico intravenoso.

Resultados: 78 pacientes recibieron al menos una dosis ácido zoledrónico, de los cuales 71 fueron mujeres y 7 fueron varones. La edad media de los pacientes fue $71,99 \pm 8,41$. Solo 4 pacientes eran fumadores. De los 78 pacientes 50 (64,1%) eran hipertensos, 14 (1,9%) diabéticos y 38 (48,7%) tenían dislipemia. Los niveles de creatinina medios fueron: $0,86 \pm 0,24$ al inicio del tratamiento; $0,85 \pm 0,28$ a los 6 meses y $0,87 \pm 0,2$ a los 12 meses. El aclaramiento de creati-

nina fue: 70,64 ± 8,01 pretratamiento, 69,51 ± 19,17 a los seis meses y 73,05 ± 23,15 al año. La comparación de la función renal a los 6 y 12 meses no mostró cambios significativos. La presencia de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus no afectó a estos resultados. **Conclusiones:** En nuestro grupo de estudio la administración de ácido zoledrónico no indujo cambios en la función renal. Por tanto, nuestros datos sugieren que el ácido zoledrónico es un fármaco seguro a nivel renal para el tratamiento de la osteoporosis.

85. ¿SE DEBE REPETIR EL SCREENING DE TUBERCULOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA?

N. Busquets-Pérez, Y. León Hernández-Rico, T. Mariné Hernández, M. Torres, A. Ponce, V. Ortiz-Santamaría, B. Muñoz González, J. de Agustín de Oro, A.C. Díaz, S. Campos y X. Surís

Hospital General de Granollers. Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Después de la introducción de las terapias biológicas aumentó el número de casos de tuberculosis activa entre los pacientes que estaban recibiendo estos tratamientos. Las normas de quimioprofilaxis previas a la terapia biológica redujeron el número de casos de tuberculosis activa en estos pacientes. Sin embargo, se continúan describiendo pacientes que padecen tuberculosis activa a pesar de las normas de quimioprofilaxis. Algunos autores proponen repetir la prueba de la tuberculina durante el tratamiento anti-TNF alfa.

Objetivos: Establecer la prevalencia de tuberculosis latente de novo, en pacientes reumáticos, durante el tratamiento con anti-TNF alfa.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en el que se incluyeron a 72 pacientes afectados de enfermedades reumáticas que estaban controlados en 2 hospitales diferentes de la misma área geográfica y que estaban recibiendo terapia biológica anti-TNF alfa. Se excluyeron los pacientes que tenían una prueba de la tuberculina positiva previa al tratamiento y los que llevaban menos de tres meses en tratamiento. Se les realizó un nuevo screening de tuberculosis mediante PPD/booster y una Rx de tórax. Se recogieron datos: 1) demográficos, 2) en relación a su enfermedad reumática y 3) en relación a la terapia biológica.

Resultados: La mayor parte de los pacientes eran mujeres (61%), con una edad media de 50 años en el momento del estudio. El 45,83% padecía artritis reumatoide; el 29,16% artritis psoriásica y el 16,66% espondilitis anquilosante. El 34,7% estaban en tratamiento con adalimumab, el 48,61% con infliximab y el 16,66% con etanercept; y en el 75,6% (87/115) se trataba de su primera terapia biológica. Tenían un tiempo de evolución de la enfermedad medio de 4,06 años al empezar el tratamiento biológico y un tiempo de evolución de la enfermedad medio de 11,73 años en el momento del estudio. Un 26,38% de los pacientes estaba en tratamiento con corticoides. El tiempo medio entre el inicio de la terapia biológica y el segundo screening tuberculoso fue de 4,08 (1-10) años. El 5,5% (4/72) de los pacientes fueron diagnosticados de tuberculosis latente y se les

administró quimioprofilaxis. El tiempo medio entre iniciar el biológico y realizar el screening fue de 3,75 (1-8) años.

Conclusiones: La prevalencia de tuberculosis latente, en los pacientes reumáticos de esta cohorte, tratados con anti-TNF para su enfermedad articular, que no han realizado quimioprofilaxis antituberculosa previa, es del 5,5% a los 4,08 años. El tiempo medio hasta el viraje es de 3,75 años. Parece que los pacientes se pueden infectar por TBC al poco tiempo de estar en tratamiento anti-TNF alfa. Se debería repetir la prueba de la tuberculina durante el tratamiento anti-TNF e incluir esta recomendación en las guías clínicas.

86. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL VALOR DE LA ECOGRAFÍA Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR MUSCULOESQUELÉTICAS EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN LA GOTA

V. Villaverde¹, E. Loza² y M.P. Rosario³

¹Hospital Universitario de Móstoles. ²Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. ³Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Introducción: Dado que técnicas de imagen como la ecografía (US) y la resonancia magnética nuclear (RMN) son válidas para determinar el tamaño de los tofos y su localización, resulta de gran interés conocer su utilidad en la evaluación de la eficacia del tratamiento hipouricemiente, que ayudaría a decidir no solo cuándo hay que utilizar fármacos hipouricemiantes en pacientes con gota, sino también cuándo habría que intensificar el tratamiento o si se podría disminuir o llegar incluso a suspender.

Objetivos: Evaluar sistemáticamente la evidencia publicada en relación a la utilidad de los US y la RMN en la evaluación de la respuesta al tratamiento en pacientes con artritis por depósito de cristales de urato monosódico.

Métodos: Revisión sistemática. Se definió una estrategia de búsqueda bibliográfica sensible en MEDLINE (desde 1960), EMBASE (desde 1980) y Cochrane Library (Central) y búsqueda manual en lo publicado en congresos internacionales (EULAR, ACR), seleccionando estudios que evaluaran la respuesta al tratamiento de los pacientes con gota (AINE, hipouricemiantes, etc. independientemente del tipo, dosis y duración del tratamiento e independientemente del criterio seleccionado para el diagnóstico, tipo y número de articulaciones afectadas) mediante pruebas de imagen (US y/o RMN). Se seleccionaron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, cohortes de calidad y estudios de validación. La selección de los artículos tanto por título y abstract como la revisión en detalle la realizaron 2 revisores de forma independiente. Se utilizó la escala de Jadad para evaluar la calidad de los estudios incluidos.

Resultados: Se eligieron para su inclusión 3 estudios, todos eran pequeñas series de casos prospectivas, en las que se analizó un total de 36 pacientes con artritis gotosa (detección de cristales de ácido úrico en el líquido sinovial con microscopio de luz polarizada), y en los que se evaluó la respuesta al tratamiento hipouri-

Tabla Póster 85

| Paciente | Sexo | Edad | Enfermedad | Tiempo de evolución (años) | Tratamiento anti-TNF en el momento del PPD | Tiempo con anti-TNF (años) | Actividad en el momento del PPD | Tamaño del PPD (mm) | Rx tórax | Otros tratamientos (mg) | Corticoterapia (dosis) |
|----------|--------|------|--------------------|----------------------------|--|----------------------------|---------------------------------|---------------------|---|-------------------------|------------------------------|
| 1 | Mujer | 55 | AP periférica | 10,6 | Etanercept | 8,2 | DAS 28 | 3,99 | HAQ 1 10 × 12 | Normal MTX (15) | No |
| 2 | Mujer | 58 | SpA indiferenciada | 7,6 | Adalimumab | 2,1 | BASDAI | 6,9 | BASFI 4,15 12 × 19 | Normal MTX (15) | No |
| 3 | Mujer | 58 | AR seropositivo | 5 | Infliximab | 1,2 | DAS 28 | 5,61 | HAQ 1 10 × 15 | Normal | Leflunomida (20) 4 mg MPD |
| 4 | Hombre | 43 | AR seropositivo | 5,25 | Infliximab | 4,4 | DAS 28 | 2,87 | HAQ 0,875 1 PPD negativo Booster: 19 × 17 | Normal MTX (15) | No |

cemiente mediante US. Se realizaron determinaciones de uricemia cada 3 meses y en uno de los estudios, se recogieron además: dolor mediante escala visual analógica (EVA), valoración global de la enfermedad por el paciente (EVA), número de articulaciones dolorosas y tumefactas, excreción de ácido úrico, PCR y VSG. El tratamiento hipouricemiente fue ajustado en base a las recomendaciones EULAR (uricemia < 6 mg/dl). En cuanto a las variables ecográficas analizadas, en uno de los estudios se evaluó el cambio en el tamaño de los tofos, en otro la persistencia/disminución o desaparición del “doble contorno” ecográfico (depósitos de los cristales de ácido úrico en el cartílago hialino) en función de los niveles séricos de ácido úrico y en el último, además de evaluar el signo ecográfico del “doble contorno”, se analizó la señal doppler, la presencia o no de puntos hiperecoicos en el líquido sinovial y la presencia o no de “imágenes algodonosas” hiperecoicas. Todos los pacientes incluidos tenían basalmente niveles de uricemia por encima de las recomendaciones EULAR. La mejoría en los hallazgos ecográficos como la disminución/desaparición del signo del doble contorno, reducción del tamaño de los tofos, etc., se correlacionó con la reducción de los niveles séricos de ácido úrico en todos los estudios. Además, hubo una correlación inversa entre la reducción del diámetro máximo, diámetro transversal y el volumen del tofo y los niveles séricos medios de ácido úrico durante el tratamiento hipouricemiente. No hubo ningún estudio que analizara la respuesta al tratamiento hipouricemiente con RMN.

Conclusiones: El uso de los US parece útil en la evaluación de la respuesta al tratamiento hipouricemiente en los pacientes con artritis gotosa (nivel de evidencia 3 a; Grado de recomendación B). Actualmente, no se dispone de evidencia robusta suficiente para analizar la utilidad de la RMN en la evaluación del tratamiento de los pacientes con artritis gotosa.

87. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

S. Manrique Arijá¹, C.M. Romero Barco¹, M.C. Ordóñez Cañizares¹, F.G. Jiménez Núñez¹, I. Ureña¹, V. Rodríguez¹, L. Nieves¹, M.V. Irigoyen¹, L. Cano¹, M.A. Belmonte¹, V. Coret¹, A. Ponce¹, M. Rodríguez¹ y A. Fernández Nebro^{1,2}

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

²Departamento de Medicina. Universidad de Málaga.

Objetivos: Conocer y analizar las características clínico-epidemiológicas relacionadas con las distintas variantes de esclerosis sistémica (ES) en una cohorte de pacientes del HRU Carlos Haya, Málaga. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal con 47 pacientes con ES en seguimiento en las consultas externas de Reumatología del HRU Carlos Haya de Málaga. Los datos se obtuvieron de los las historias clínicas de los pacientes siguiendo un formulario prediseñado para identificar las distintas características clínicas, epidemiológicas y pruebas complementarias de los pacientes relacionadas con la enfermedad. La recogida de datos se llevo a cabo en diciembre de 2012 (fecha de protocolo). Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las variables segmentándolas por variante de ES y se realizaron comparaciones cualitativas por Chi-cuadrado y cuantitativas por t-Student o Mann-Whitney, según prueba de normalidad de Kolmogorov.

Resultados: La mayoría de los pacientes de la cohorte eran mujeres [41 (87,2%)] con una edad media de 57 (\pm 13,2) años en la fecha del protocolo y una edad media al diagnóstico de la enfermedad de 40 (\pm 15,4) años. De los 47 pacientes estudiados, un 78,7%, presentaba una ES limitada vs 14,9% que presentaban ES difusa y un 6,4% una ES sine esclerosis. En cuanto a las características clínicas y analíticas, destacar que un 29,3% de la población presentaba fibrosis pulmonar, con unas pruebas funcionales respiratorias con una CVF media del

79,77% (\pm 21,1) y una DLCo media del 80,70% (\pm 29,1). Inmunológicamente, el 100% de los pacientes presentaban unos Anticuerpos antinucleares (ANA) positivos; un 55,8% de los pacientes tenían anticuerpos anticentrómero positivos VS a un 27,9% que presentaba anticuerpos antitopoisomerasa/anti SCL70 positivos (siendo este último porcentaje, mayor en las ES difusas 71% vs 21% de las limitadas). En cuanto al ecocardiograma doppler, la PAPs, fue inferior a 35 mmHg en el 83% de los pacientes). En la tabla se describen las principales características clínico-epidemiológicas de la población a estudio, segmentadas por variante de ES. En el análisis bivariante, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variantes de ES limitada y ES difusa en los anticentrómeros [24 (66,7%) vs 0 (0%), $p = 0,002$], en los anticuerpos antitopoisomerasa [9 (21,2%) vs 5 (71,4%), $p = 0,017$] y en la fibrosis pulmonar respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variantes de ES, con el resto de variables estudiadas.

Características epidemiológicas de los pacientes

| Variable | ES limitada | ES difusa | Sine esclerosis |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| N (%) | 37 (78,7%) | 7 (14,91%) | 3 (6,4%) |
| Sexo n (%) | 32 (86,5%) | 6 (85,7) | 3 (100%) |
| Edad al protocolo (media \pm DE) | 57 (\pm 13,5) | 52 (\pm 11,4) | 69 (\pm 6,3) |
| Edad al dx (media \pm DE) | 40 (\pm 14,7) | 39 (\pm 17,9) | 45 (\pm 23,6) |
| ANA+; n (%) | 37 (100%) | 7 (100%) | 3 (100%) |
| Anticentrómero+; n (%) | 24 (66,7%) | 0 (0%) | 2 (66,7%) |
| Fibrosis pulmonar; n (%) | 9 (21,2%) | 5 (71,4%) | 0 (0%) |
| Fibrosis pulmonar; n (%) | 7 (18,9%) | 3 (42,9%) | 2 (66,7%) |
| FVC% (media \pm DE) | 82,2 (\pm 17,8) | 76,9 (\pm 27,2) | 52 (\pm 32,4) |
| DLCo% (media \pm DE) | 84,8 (\pm 29,2) | 67,1 (\pm 33,5) | 71,3 (\pm 3,1) |
| Ecocardiograma doppler | | | |
| < 35 mmHg mm | 27 (93%) | 6 (100%) | 0 |
| 35-45 mmHg | 1 (3,4%) | - | 1 (50%) |
| | 1 (3,4%) | - | 1 (50%) |

Conclusiones: La mayoría de pacientes con ES son mujeres y la variante más frecuente que presentan es una ES limitada. Observamos un porcentaje mayor de fibrosis pulmonar en los pacientes con ES difusa. La mayoría de los pacientes presenta un ecocardiograma doppler dentro de la normalidad. Sería necesaria una muestra con mayor número de pacientes para sacar mayor número de conclusiones.

88. ALOPURINOL Y FEBUXOSTAT EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA: REDUCCIÓN DE LA URICEMIA EN LA ARTRITIS GOTOSA

E. Toniolo¹, S. Fernández-Sánchez¹, M.A. Pou², P. Moya¹, E. Corica¹, M. Sarmiento¹, C. Díaz-Torné¹ y J.M. Llobet¹

¹Unitat de Reumatologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²EAP Encants. Barcelona.

Introducción: El alopurinol y el febuxostat son dos inhibidores de la xantina oxidasa utilizados como reductores de la uricemia en enfermos con gota. El alopurinol es ampliamente utilizado desde hace medio siglo. Su eficacia es dosis-dependiente y se cifra en una disminución aproximada de 1-1,1 mg/dl de ácido úrico cada 100 mg de alopurinol. Febuxostat es un fármaco comercializado en España desde el 2011 por lo que su manejo y su capacidad reductora de la uricemia en práctica clínica diaria es menos conocida.

Objetivos: Evaluar la magnitud de la reducción del descenso de la uricemia conseguida con alopurinol y febuxostat al inicio del tratamiento en práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de casos consecutivos en práctica clínica. Se recogieron enfermos con gota que iniciaron tratamiento reductor de la uricemia con alopurinol o febuxostat entre enero y diciembre del 2012. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), de comorbilidad (presencia o no de hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus, enolismo crónico u obesidad), clíni-

cos (años de evolución, presencia de tofos, número de episodios de inflamación aguda durante el último año y tratamientos concomitantes), de laboratorio (uricemia, creatinina y filtrado glomerular antes y después del tratamiento), fármaco iniciado y la dosis. Se compararon los datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se calculó la magnitud de la disminución de la uricemia por 100 mg/d de alopurinol y por 80 mg/día de febuxostat de manera proporcional. Se excluyeron aquellos pacientes en los que hubo cambios en tratamientos concomitantes en los que se conoce una afectación sobre la uricemia o que se habían realizado alguna de las analíticas durante un episodio de inflamación aguda.

Resultados: Se recogieron 46 enfermos, 25 tratados con alopurinol y 21 tratados con febuxostat. Las características demográficas, de la enfermedad, analíticas y comorbilidades se muestran en la tabla. Todos los enfermos tratados con febuxostat habían sido tratados anteriormente con alopurinol. En el 62% de los enfermos en los que se inició febuxostat, el paso des de alopurinol se hizo directamente. La dosis inicial de alopurinol fue de 162 ± 100 mg y la reducción de la uricemia fue de $2,39 \pm 1,95$ mg/dl. En nuestros enfermos la disminución calculada por cada 100 mg de alopurinol fue de 1,41 mg/dl. La dosis inicial de febuxostat fue de $66,7 \pm 19,3$ mg y la reducción de uricemia fue de $2,83 \pm 1,78$ mg/dl. La disminución calculada por 80 mg de febuxostat fue de 3,39 mg/dl. El 36% de los enfermos tratados con alopurinol y el 62% de los tratados con febuxostat alcanzaron uricemias por debajo de 6 mg/dl tras la dosis inicial de fármaco. En los enfermos tratados con alopurinol el filtrado glomerular aumento en $5,11 \pm 13,49$ ml/min/1,73 m² y en los enfermos tratados con febuxostat en $3,76 \pm 12,97$ ml/min/1,73 m².

| | Grupo Alopurinol | Grupo Febuxostat | p |
|---|------------------|------------------|--------|
| Edad; años | 70,52 ± 2,5 | 66,9 ± 2,8 | 0,34 |
| Sexo; %hombres | 88 | 71,4 | 0,16 |
| Años de evolución | 3,44 ± 0,8 | 9,06 ± 1,84 | 0,0039 |
| Nº de ataques en el último año | 1,71 ± 0,45 | 3,37 ± 0,91 | 0,09 |
| Presencia de tofos; % | 20 | 19 | 0,93 |
| Uricemia basal; mg/dl | 9,07 ± 2,27 | 8,3 ± 1,76 | 0,22 |
| Filtrado glomerular basal; ml/min/1,73 m ² | 65,2 ± 25,9 | 60,5 ± 22,5 | 0,6 |
| Hipertensión arterial; % | 68 | 76,2 | 0,8 |
| Dislipemia; % | 28 | 57,1 | 0,046 |
| Diabetes mellitus; % | 16 | 9,5 | 0,22 |
| Obesidad; % | 29,4 | 60 | 0,02 |
| Enlismo; % | 44 | 35 | 0,06 |

Conclusiones: Tanto alopurinol como febuxostat resultaron eficaces reduciendo la uricemia. Conocer la magnitud de la disminución de la uricemia que nos pueden proporcionar puede ser útil para planear el tratamiento inicial que podría ser más adecuado en determinadas situaciones en pacientes con gota.

89. FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA A TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA

J. Narváez¹, C. Díaz-Torné², B. Magallares², M.V. Hernández³, D. Reina⁴, H. Corominas⁴, R. Sanmartí³, A. Rodríguez de la Serna², J.M. Llobet² y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Hospital Sant Joan Despí. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la eficacia e identificar factores predictivos de respuesta a tocilizumab (TCZ) en pacientes con artritis reumatoide. **Métodos:** Estudio ambispectivo, observacional y multicéntrico en 126 pacientes con artritis reumatoide activa tratados con TCZ. Las variables asociadas a la consecución del objetivo terapéutico (remisión de la enfermedad definida como un DAS28 < 2,6) a los 3 y

6 meses se identificaron mediante un modelo de regresión logística utilizando la aproximación backward. Toda la gestión y el análisis se llevo a cabo con SAS 9,3.

Resultados: En la tabla se presentan los principales parámetros demográficos y clínicos de los pacientes incluidos en el estudio, así como las tasas de respuesta a los 3 y 6 meses de tratamiento. De los 126 pacientes incluidos, TCZ se administró como primer biológico en 33 casos (26%), mientras que en los 93 enfermos restantes se empleó tras respuesta inadecuada (ineficacia o intolerancia) a uno o más biológicos (la media de fármacos biológicos previos ensayados por paciente fue de $2,18 \pm 1,1$; rango 1- 6). Solo en 43 (35%) pacientes TCZ se administró en monoterapia. De las diferentes variables analizadas en el estudio multivariante, los factores predictivos que aumentan la posibilidad de respuesta DAS28-VSG > 2,6 a los 3 meses fueron la VSG > 30 mm/h (OR = 19,07; IC95%: 2,7, 133,7) y la presencia de manifestaciones extraarticulares de la enfermedad (OR = 15,5, IC95%: 2,3, 102,3). Los factores que la disminuyen fueron la hemoglobina (OR = 0,53, IC95%: 0,32, 0,91), el DAS28-VSG basal (OR = 0,30, IC95%: 0,15, 0,64) y el número de FAME previos ensayados (OR = 0,42, IC95%: 0,22, 0,78). El único factor significativo que disminuyó la posibilidad de respuesta DAS28-VSG < 2,6 a los 6 meses fue el DAS28-VSG basal (OR = 0,55, IC95%: 0,35, 0,88). No se encontró relación con el número de tratamientos biológicos previos, ni con el descenso en la cifra de neutrófilos o la positividad del FR/PCC.

| | |
|--|------------|
| Edad: media (DE), años | 57 (13) |
| Mujeres/Varones | 108/17 |
| Tiempo de evolución: mediana (rango), años | 10 (1-41) |
| Positividad FR/Ac, anti-PCC | 72%/67% |
| Erosiones | 70% |
| Manifestaciones extraarticulares | 17% |
| Nº de FAMES previos: mediana (rango) | 2 (1-7) |
| DAS28-VSG al inicio del tto: media (DE) | 5,5 (1,08) |
| Respuesta a los 3 y 6 meses | |
| Remisión según DAS28-VSG (< 2,6), | 31%/40% |
| Baja actividad según DAS28-VSG (< 3,2) | 48%/64% |
| Remisión según SDAI (< 3,3) | 25%/31% |
| Baja actividad según SDAI (< 11) | 69%/76% |
| Respuesta EULAR buena | 48%/63% |
| Remisión según criterios ACR/EULAR | 15%/16% |

Conclusiones: La elevada actividad inflamatoria de la enfermedad (valorada por VSG, hemoglobina y DAS28), así como la presencia de manifestaciones extraarticulares y el número de FAME ensayados puede ayudar a seleccionar a los mejores candidatos para el tratamiento con TCZ.

90. EVALUACIÓN BIOMECÁNICA COMO HERRAMIENTA PARA LA VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA: ANÁLISIS DEL PASO Y ANÁLISIS DE LA ESTABILIDAD POSTURAL

V. Pérez-Guijo¹, J.L. Garrido-Castro², E. Collantes¹, C. González-Navas¹, J. Gil-Cabezas², M.A. García-Rodríguez², R. Medina-Carnicer², A.M. Galisteo² y P. Font¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Universidad de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: La osteoartritis (OA) de rodilla, es la enfermedad más frecuente de las que afectan al aparato locomotor, y una de las causas más importantes de discapacidad entre la población anciana. De cara a evaluar el estado de salud de este tipo de paciente se utilizan habitualmente cuestionarios (WOMAC, VAS, SF-36, Criterios de OARSI), que pueden estar influidos por cierta subjetividad. En ocasiones es difícil identificar parámetros objetivos para evaluar la función de la articulación para analizar la eficacia de las interven-

Tabla Póster 90

| Análisis del paso | Pre | Post | Estabilidad postural | Pre | Post | Control |
|------------------------------|---------------|----------------|-------------------------|--------------|--------------|----------------|
| Espacio-temporales | | | Ojos abiertos | | | |
| Velocidad paso (m/s) | 0,35 (0,08) | 0,52 (0,10) | Camino CdP (cm) | 54,26 (5,92) | 52,43 (6,09) | 48,37 (14,56)* |
| Longitud paso (m) | 0,41 (0,08) | 0,62 (0,16) | Distancia AP (cm) | 28,74 (3,09) | 27,64 (3,14) | 23,65 (7,33)* |
| Cadencia (pasos/min.) | 50,39 (3,37) | 51,41 (3,59) | Distancia ML (cm) | 40,92 (4,62) | 39,67 (4,81) | 34,11 (11,42)* |
| % doble apoyo | 21% (2%) | 19% (1%)* | Área (cm ²) | 1,49 (1,37) | 1,17 (0,78)* | 0,87 (0,50)* |
| Pierna no intervenida | | | Velocidad (cm/s) | | | |
| % apoyo simple | 68% (5%) | 65% (1%) | Ojos cerrados | | | |
| Ángulo flex. rodilla (o) | 53,70 (9,39) | 68,54 (13,93) | Camino CdP (cm) | 57,05 (5,90) | 55,59 (7,16) | 51,01 (11,58)* |
| Ángulo rotación rodilla (o) | 13,43 (1,38) | 14,00 (1,31) | Distancia AP (cm) | 31,56 (4,12) | 31,39 (5,91) | 27,71 (6,36) |
| Ángulo abducción rodilla (o) | 11,92 (1,62) | 11,80 (1,74) | Distancia ML (cm) | 41,69 (4,51) | 39,92 (5,53) | 34,25 (10,36)* |
| Pierna intervenida | | | Área (cm ²) | | | |
| % apoyo simple | 65% (1%) | 63% (1%)* | Velocidad (cm/s) | 11,41 (1,18) | 11,12 (1,43) | 10,40 (2,32) |
| Ángulo flex. rodilla (o) | 48,21 (12,73) | 71,78 (20,60)* | Test de Romberg | 3,31 (1,45) | 3,22 (0,95)* | 2,14 (0,77)* |
| Ángulo rotación rodilla (o) | 12,97 (1,32) | 13,33 (1,66) | | | | |
| Ángulo abducción rodilla (o) | 10,36 (1,341) | 11,07 (1,71) | | | | |

*Diferencias significativas entre valores pre y post intervención.

ciones. Habitualmente se utilizan diversos tratamientos intraarticulares como el uso de inyecciones de ácido hialurónico. En el presente trabajo, hemos utilizado dos técnicas biomecánicas: el análisis del paso (centrándonos en el movimiento de la rodilla) a través de un sistema de captura de movimiento 3D; y el análisis de la estabilidad postural a través de una plataforma de fuerza.

Objetivos: Evaluar la utilización de diversas técnicas biomecánicas en el análisis de la eficacia de tratamientos en pacientes con OA de rodilla.

Métodos: La estabilidad postural fue analizada en un grupo de 10 pacientes con OA de rodilla y en otro de 6 sujetos sanos como grupo control. Un subgrupo formado por 5 pacientes fue sometido también a análisis del paso. Los pacientes (grado II-III según la escala de Kellgren y Lawrence) se sometieron a inyecciones de ácido hialurónico en la rodilla afectada de forma que se tomaron datos antes y después del tratamiento (4 semanas). Se ha evaluado el equilibrio del primer grupo de pacientes utilizando una placa de fuerza triaxial (Bertec® FP4060). Se calcularon las áreas recorridas por el centro de presiones (CdP), tanto en ojos abiertos y cerrados, y test de Romberg. Para realizar el análisis del paso se ha utilizado el sistema UCOTrack®. Se registraron parámetros espacio-temporales y ángulos de cada rodilla en los tres planos del movimiento. Los pacientes cumplieron formularios en cada medición para calcular los índices VAS general, VAS dolor, WOMAC, SF-36 y Criterios OARSI.

Resultados: La tabla muestra los resultados obtenidos. En el caso del análisis del paso, se indican los valores obtenidos por cada articulación: la más afectada (pierna intervenida) y la otra. Se observaron mejorías en casi todos los parámetros, siendo estas estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el ángulo de flexión de la rodilla y en el tiempo de apoyo de esta misma pierna y del tiempo de doble apoyo. En el análisis de estabilidad postural, se observaron diferencias significativas en el área del CdP, así como en el test de Romberg. Las diferencias entre el grupo de control y el de pacientes fueron significativas prácticamente en su totalidad. En los índices basados en autocuestionarios, se produjeron mejoras, si bien las diferencias no fueron significativas. Se encontraron correlaciones entre la longitud y duración del paso con el dolor según VAS y OARSI ($p < 0,05$), entre el camino recorrido por el CdP con ojos cerrados ($p < 0,05$), el test de Romberg ($p < 0,05$) respecto al dolor según EVA y el índice SF 36 con el camino recorrido por el CdP ($p < 0,05$).

Conclusiones: La mejoría de los pacientes ha sido sensible al tratamiento en ciertos parámetros del análisis biomecánico, no así en los autocuestionarios utilizados habitualmente para el seguimiento de estos pacientes. Futuros estudios con muestras más grandes podrán demostrar nuestra hipótesis, de forma que se pueda utilizar este tipo de tecnología para hacer un seguimiento de pacientes con OA de rodilla y demostrar la eficacia de los tratamientos.

2.ª Sesión

Jueves, 23 de mayo de 2013

91. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE REUMATOLOGÍA A ENFERMERÍA

M. Gobbo¹, J. de la Torre², L. Cano³, N. Martínez⁴, L. Gil⁵, S. García-Díaz⁶, E. Peiró⁷, M. Larrosa⁸, J. Bachiller⁹, M. Tevar¹⁰ y A. Escudero¹¹

¹Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología.

²Hospital General Universitario de Alicante. ³Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ⁴Centro de Especialidades de Elda. ⁵Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ⁶Hospital Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral (CSI). Sant Joan Despí. ⁷Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁸Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

⁹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁰Hospital Vega Baja. Orihuela.

¹¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Las enfermedades reumáticas presentan características propias como son la cronicidad y la incapacidad y el dolor asociados a la mayoría de ellas, que las hacen subsidiarias de beneficiarse de la actuación de otros profesionales, distintos a los reumatólogos, cuya labor complementa y apoya la de éstos. Sin embargo, esta colaboración potencial entre distintas disciplinas se ve mermada por la falta de unos criterios que permitan conocer fácilmente cuándo los pacientes deben ser derivados.

Objetivos: Desarrollar criterios de derivación desde reumatología a enfermería, que permitan: identificar los signos de alerta para la derivación, valorar correctamente estos signos, y establecer los criterios para decidir la derivación.

Métodos: Para el desarrollo de los criterios se utilizó metodología cualitativa (grupo nominal). El grupo estuvo formado por 10 profesionales, 5 reumatólogos y 5 enfermeros, con perfiles representativos en cuanto a distribución geográfica, sexo, edad, años de experiencia profesional, años de experiencia en reumatología y años de colaboración con otros profesionales. El grupo nominal fue moderado por un experto en metodología cualitativa. En la dinámica, cada profesional presentó independientemente sus propuestas de criterios clave. Estos criterios se valoraron y graduaron, también de modo individual, con una escala Likert (0 mínima relevancia-5 máxima relevancia). Posteriormente se realizó un proceso iterativo para: argumentar las discrepancias, descartar los criterios en los que no había acuerdo, consensuar los puntos clave considerados más relevantes para responder a los objetivos propuestos, y sintetizar su redacción. El resultado final fue circulado entre todos los miembros del grupo, y además entre otros 39 profesionales

Tabla Póster 91

| | |
|---|---|
| ¿Qué signos indican que es conveniente derivar al paciente a la consulta de enfermería? | <ul style="list-style-type: none"> – Déficit de auto-cuidado – Falta de adherencia al tratamiento – Paciente que precisa por su patología medir su actividad – Paciente que con necesidad de información-educación sobre su enfermedad, su tratamiento, y los factores que pueden agravar o favorecer la evolución – Paciente que inicia tratamiento subcutáneo – Pacientes con tratamiento biológico – Valoración de riesgo cardiovascular en pacientes con patología inflamatoria |
| ¿Qué debemos preguntar para valorar la conveniencia de derivar a enfermería? | <ul style="list-style-type: none"> – ¿El tratamiento pautado al paciente necesita consejos especiales o controles? – ¿Es conveniente que este paciente reciba información complementaria sobre su enfermedad y/o tratamiento? – ¿Sería de utilidad educar al paciente en auto-cuidado dadas las características de su enfermedad y/o tratamiento? |
| ¿Cuándo se debe derivar un paciente a enfermería? | <ul style="list-style-type: none"> – Al inicio de tratamiento subcutáneo – Al inicio de tratamiento con terapias biológicas – Cuando el paciente por su patología (ej cronicidad), tratamiento (ej monitorización frecuente) y/o factores de riesgo (ej obesidad, tabaquismo) precise una mayor formación y educación para su auto-cuidado |
| ¿En qué pacientes la intervención enfermera obtendrá unos mejores resultados? | <p>Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con nivel cultural medio-alto • demandantes de información • con diagnóstico reciente • con buena adherencia al tratamiento • con actitud positiva para el cambio de hábitos • con buen apoyo familiar |
| ¿Qué medidas facilitan una buena derivación y una colaboración estrecha con enfermería? | <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar el número de profesionales de enfermería o de horas de enfermería dedicadas a reumatología – Integrar a enfermería en el servicio de reumatología – Tener una consulta presencial de enfermería – Facilitar formación específica en reumatología para enfermería – Crear protocolos, guías y/o consensos de enfermería en reumatología – Mejorar el apoyo institucional y la coordinación entre niveles asistenciales – Mejorar el conocimiento de los pacientes sobre el rol de enfermería – Facilitar al paciente la asistencia a las citas (horarios, acceso, coordinación con otras pruebas o visitas a especialista, posibilidad de consulta telefónica) |

(19 reumatólogos, 5 psicólogos, 5 rehabilitadores, 5 terapeutas ocupacionales y 5 fisioterapeutas) que revisaron los contenidos para evitar en lo posible el solapamiento con respecto a los criterios de derivación a otras especialidades. Además de consensuar los objetivos principales, y utilizando la misma metodología, se establecieron los aspectos que identifican qué pacientes podrían beneficiarse más con la intervención de enfermería, y qué medidas optimizarían la derivación.

Resultados: Los resultados se muestran en la tabla.

Conclusiones: La implantación del uso de los criterios de derivación propuestos en los servicios de reumatología podría ser una medida sencilla para facilitar la interacción entre reumatología y enfermería, y mejorar la atención y la satisfacción de los cuidados a los pacientes reumáticos. Sería preciso explorar en futuros estudios la utilidad de estos criterios para ambos profesionales, y su influencia en el estado de salud y la satisfacción de los pacientes.

92. UN PROGRAMA EDUCACIONAL ESTANDARIZADO PARA EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO MEJORA EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR), LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA)

L. Cano-García¹, R. Navas Fernández², F.G. Jiménez-Núñez¹, I. Ureña¹, S. Manrique¹, C.M. Romero-Barco¹, V. Rodríguez-García¹, L. Nieves-Martín¹, M.A. Belmonte¹, V. Coret¹, M.C. Ordóñez¹, M.V. Irigoyen¹ y A. Fernández-Nebro¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Universidad de Málaga.

²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos: Evaluar si una intervención educativa estandarizada mejora el afrontamiento al dolor crónico y el dolor y la percepción de la enfermedad en enfermos de AR, LES y EA.

Métodos: Diseño: estudio de intervención abierto no controlado. Pacientes: 30 AR (criterios ACR), 30 EA (criterios ASAS), y 23 LES (criterios ACR) seguidos en el Servicio de Reumatología del HRU Carlos Haya seleccionados mediante aleatorización simple. Intervención: Actividad formativa grupal impartida por una enfermera, una terapeuta ocupacional y una fisioterapeuta. Los temas tratados fueron: (1) Qué es la AR/EA/LES. (2) El tratamiento. (3) Fomento de conductas saludables y de protección articular. (4) Manejo no farmacológico del dolor. (5) La actividad física. (6) Ayudas técnicas para la vida diaria. Variables de desenlace: la percepción del dolor y de la enfermedad mediante EVA (0-100); la presencia de la comorbilidad depresión mediante el índice de comorbilidad funcional y el afrontamiento ante el dolor crónico el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD). Tanto las variables individuales como las variables de resultado son recogidas antes de la actividad educativa y 3 meses después de la misma. Análisis estadístico: el análisis de las variables cuantitativas antes y después se hizo mediante T-test para muestras pareadas o test de Wilcoxon, según procedió. La relación entre el dolor y la presencia de ansiedad/depresión se analizó usando un t-test para muestras independientes.

Resultados: Participaron 83 enfermos: 30 pacientes de AR (83,3% mujeres), 23 pacientes con LES (100% mujeres) y 30 pacientes con EA (33,3% mujeres). Hubo mejora en la EVA dolor ($p < 0,001$), EVA de la enfermedad ($p < 0,001$) y CAD ($p < 0,001$) en todos los pacientes. Aunque no hubo diferencias por subgrupos diagnósticos en CAD, si se detectó una diferencia en la EA ya que estos pacientes no alcanzaron mejoría en el campo EVA percepción de la enfermedad. El incremento en la mejora del resto de variables fue similar en los distintos subgrupos de pacientes. Los pacientes con depresión presentaban EVA de dolor mayor que los pacientes sin depresión tanto antes como después de la intervención educativa aunque obtuvieron también una mejora del dolor.

Tabla Póster 92

| | Antes* | Después* | Valor p |
|------------------------------|---------------|---------------|---------|
| Edad | 46 ± 12,41 | | |
| EVA ¹ dolor | 56,14 ± 25,32 | 46,01 ± 25,51 | < 0,001 |
| CAD ² | 68,61 ± 18,13 | 80,25 ± 17,75 | < 0,001 |
| EVA enfermedad | 52,77 ± 24,75 | 45,9 ± 26,78 | < 0,001 |
| CAD-Religión | 5,25 ± 6,04 | 5,21 ± 6,04 | 0,859 |
| CAD- Catarsis | 11,84 ± 4,30 | 14,5 ± 4,17 | < 0,001 |
| CAD- Distracción | 12,22 ± 4,21 | 15,31 ± 4,28 | < 0,001 |
| CAD-Autocontrol mental | 12,77 ± 3,83 | 15,09 ± 3,88 | < 0,001 |
| CAD-Autoafirmación | 12,97 ± 3,66 | 14,85 ± 3,97 | < 0,001 |
| CAD- Búsqueda de información | 13,51 ± 3,75 | 15,18 ± 4,04 | < 0,001 |

*Media desviación típica. ¹Escala analógica visual. ²Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico.

Conclusiones: El programa educacional multidisciplinar estandarizado para enfermos de EA, AR y LES que hemos llevado a cabo para el fomento del autocuidado produjo una mejora en el afrontamiento al dolor crónico y la percepción del dolor bastante homogénea en todos los pacientes con independencia del diagnóstico y de la presencia de la comorbilidad depresión.

93. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL DE DÍA Y EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Martín, C. Saura, M.V. Hernández, V. Ruiz-Esquide, J.D. Cañete y R. Sanmartí

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

Introducción: El tabaquismo, además de asociarse al riesgo de desarrollar enfermedades cardiopulmonares, vasculares y neoplasias, se ha identificado como un factor ambiental involucrado en la etiopatogenia de la artritis reumatoide, y puede influir en su curso evolutivo, aumentando su gravedad y disminuyendo la respuesta a los FAMES y fármacos biológicos.

Objetivos: Analizar la prevalencia del consumo de tabaco de los pacientes tratados en nuestro servicio, y realizar educación sanitaria informando a los pacientes de las consecuencias del hábito tabáquico y los beneficios de dejar de fumar.

Métodos: Desde octubre a diciembre de 2012 se realizó una encuesta de consumo de tabaco a los pacientes con artropatías inflamatorias tratados en el Hospital de Día y en la consulta de Enfermería de consultas externas de Reumatología que recogía las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento actual (terapia biológica, FAMES); hábito tabáquico (no fumador, ex fumador, fumador activo). En los pacientes fumadores y exfumadores se analizó: edad inicio tabaco, nº cigarrillos/día, tiempo exposición al tabaco y si eran fumadores activos antes del diagnóstico de su enfermedad; y en los exfumadores se analizó además el tiempo transcurrido desde que abandonaron el hábito tabáquico. Asimismo se les preguntó a todos los pacientes si algún profesional sanitario les había informado de que el tabaco era un factor de riesgo para su enfermedad en el momento de su diagnóstico. A los fumadores activos se les preguntó si querían dejar de fumar, y se les facilitó información verbal y escrita sobre las consecuencias del hábito tabáquico y los beneficios de dejar de fumar.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes: 115 procedentes de Hospital de Día y 83 de consultas externas. El 69,7% eran mujeres; edad media 51,7 ± 13,2. Los principales diagnósticos fueron: artritis reumatoide 58,1%, espondilitis anquilosante 17,2%, artritis psoriásica 12,6%, reumatismo palindrómico 2,5% y artritis idiopática juvenil 2%. El 13,7% de los pacientes recibían FAMES sintéticos en monoterapia y el 86,3% terapia biológica con o sin FAME sintético (62% anti-TNF y 38% no anti-TNF). El 50,5% de los pacientes no eran fumadores, el 30,8% exfumadores y el 18,7% fumadores activos. En

la tabla se describen las características del hábito tabáquico en los fumadores y exfumadores (tabla). La edad media en que los exfumadores abandonaron el hábito tabáquico fue 40,9 ± 11,8 años y en el momento del análisis llevaban 12,4 ± 9,2 años sin fumar. El 91,9% de los pacientes fumadores y el 88,5% de los exfumadores fumaban antes del diagnóstico de la enfermedad. El 35,4% de todos los pacientes referían haber recibido información por un profesional del riesgo del tabaco en el momento de su diagnóstico. El 81,1% de los pacientes fumadores activos querían dejar de fumar.

| | Exfumadores | Fumadores |
|---------------------------------|-------------|-------------|
| Edad inicio tabaco (años) | 17,3 ± 3,8 | 19,4 ± 7,3 |
| Tiempo exposición tabaco (años) | 23,4 ± 12,1 | 24,9 ± 11 |
| Nº cigarrillos/día | 19,9 ± 14,7 | 12,4 ± 11,5 |

Conclusiones: Un 18,7% de los pacientes de nuestro servicio con artropatías inflamatorias son fumadores activos, aunque la mayoría de ellos eran receptivos a la información aportada sobre el riesgo del tabaco y manifestaban su deseo (81,1%) de dejar de fumar.

94. IMPACTO DE LA SEXUALIDAD EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA REUMATOLÓGICA

C. Domínguez Quesada, B. Hernández Cruz, C. León Caro, P. Cejas Cáceres y F. Navarro Sarabia

Unidad de Investigación de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La enfermera de reumatología tiene un papel muy importante en la valoración integral de los pacientes ya que ayuda a promover el bienestar, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. Como un aspecto muy importante a tener en cuenta en este tipo de pacientes, según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, está la interacción de la actividad sexual con la pareja. La enfermedad inflamatoria reumatológica puede tener consecuencias sobre la actividad sexual ya que causa dolor, fatiga, limitación del movimiento, entre otros muchos síntomas.

Objetivos: Valorar el impacto que tienen las enfermedades reumáticas inflamatorias sobre la vida sexual.

Métodos: Diseño transversal. Se solicitó de modo consecutivo a los pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación de manera voluntaria y anónima que participaran en la cumplimentación del test validado de indicadores de sexualidad (Ryan et al. Br J Rheumatol. 1996;35(Suppl. 2):19). El test se compone de 17 ítems clasificados en: a) datos demográficos y evolución clínica de la enfermedad, b) percepción de la sexualidad, c) síntomas que afectan a la sexualidad, d) intervención sanitaria en la sexualidad. Las respuestas fueron almacenadas en una base de datos diseñada ex profeso y se realizó estadística descriptiva no paramétrica. Se respetaron los principios de Guías de Buena Práctica Clínica en investigación (consentimiento verbal, confidencialidad, equidad).

Resultados: Se incluyeron 26 enfermos, con edad mediana (p25-p75) de 51 (42-67) años, y tiempo de evolución de la enfermedad reumática 9 (4-26) años. El diagnóstico reumático más frecuente fue artritis reumatoide, el resto de las características de los pacientes y los resultados de la encuesta se resumen en la tabla. Destaca que la sexualidad fue un aspecto importante o muy importante y que la artritis afecta la relación de pareja y la sexualidad, debido predominantemente al dolor, la disminución del deseo sexual y los síntomas que acompañan a la inflamación (rigidez, dolor, hinchazón, cansancio). La mayoría hablan de ello con su pareja y sobre todo se sienten comprendidos. No obstante hablan poco de ello con el personal sanitario y el reumatólogo es el profesional con el que más hablarían del tema.

Tabla Póster 94

| Variable | N | % |
|--|----|----|
| Sexo femenino | 19 | 73 |
| Diagnóstico reumático | | |
| Artritis reumatoide | 22 | 84 |
| Artritis psoriásica | 2 | 8 |
| Otras | 2 | 8 |
| Pareja estable | 23 | 88 |
| Importancia de la sexualidad | | |
| Nada | 0 | 0 |
| Algo importante | 6 | 23 |
| Importante | 14 | 54 |
| Muy importante | 6 | 23 |
| Problemas de relación de pareja por la artritis | | |
| Sí | 15 | 58 |
| No | 10 | 38 |
| Problemas por su artritis (respuesta afirmativa) | | |
| Dolor | 17 | 65 |
| Disminución del deseo sexual | 15 | 58 |
| Disminución en la capacidad para hacer el amor | 14 | 54 |
| Hinchazón | 14 | 54 |
| Rigidez | 14 | 54 |
| Cansancio | 14 | 54 |
| Disminución de la movilidad | 11 | 54 |
| Sequedad vaginal | 9 | 42 |
| Disminución de sensibilidad de dedos de mano | 14 | 35 |
| Estos problemas afectan para la capacidad de hacer el amor | 16 | 62 |
| Relación de pareja | | |
| Habla de ello con su pareja | 15 | 58 |
| Su pareja entiende los problemas | 17 | 65 |
| Algún fármaco de los que emplea afecta su sexualidad | | |
| Sí | 9 | 35 |
| Metotrexato | 5 | 19 |
| Algún profesional sanitario ha preguntado sobre sexualidad | | |
| No | 19 | 73 |
| Piensa que podría hablarlo con algún profesional sanitario | | |
| Sí | 14 | 54 |
| Médico | 6 | 23 |
| Enfermera | 2 | 8 |

Conclusiones: La sexualidad es un aspecto importante o muy importante para los enfermos reumáticos. La mayoría de los pacientes tienen problemas debidos a la artritis para tener relaciones sexuales.

95. ACTIVIDAD DE LA CONSULTA TELEFÓNICA A DEMANDA DE ENFERMERÍA EN CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA

C. Nájera Herranz, J. Ivorra Cortés, I. Chalmeta Verdejo, J.L. Valero Sanz, E. Grau García, M.D. García Armario, I. Martínez Cordellat, C. Molina Almela, R. Negueroles Albuixech, L. González Puig, M.L. Muñoz Guillén, C. Núñez-Cornejo Piquer, C. Alcañiz Escandell y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: El papel de la consulta de enfermería en el ámbito de la reumatología es cada vez más prevalente, principalmente en el seguimiento y control de los pacientes, disminuyendo la carga asistencial del reumatólogo en muchos casos donde realmente no se requiere de una consulta presencial con el mismo.

Objetivos: Analizar la utilidad de la consulta telefónica a demanda de enfermería en la resolución de dudas y/o incidencias sanitarias del paciente reumático, así como valorar la implicación del médico en la misma.

Tabla Póster 96

| | Numero de infusiones (24) | Diagnóstico | Sexo | Edad | Premedicación | Reacciones adversas precoces | Reacciones adversas tardías | Suspensión |
|------------------|---------------------------|---|----------------------------|-----------------------|---------------|------------------------------|-----------------------------|------------|
| Pauta rtx rápida | 13 | LES (1) Dermatomiositis (1) AR (11) | Varones (4) Mujeres (9) | Entre 54-80 (1) 34 | Si | Ninguna | Ninguna | No |
| Pauta rtx normal | 11 | AR (10) Pénfigo (1) | Varones (3) Mujeres (7) | Entre 57-71 (1) 37 | Si | Ninguno | Ninguna | No |

Métodos: Se han recogido los datos correspondientes al periodo comprendido entre junio 2012 y enero 2013 de todas las consultas telefónicas a demanda recibidas en enfermería: datos clínicos del paciente, nº de llamadas, características de la consulta planteada y resolución de la misma, e implicación del reumatólogo especialista en las consultas.

Resultados: Se han recibido un total de 122 consultas telefónicas a demanda, de las cuales se ha resuelto la consulta por enfermería en un 77% de los casos (el 72% de las mismas requieren de apoyo consultor a la enfermera por parte del reumatólogo) y en el 88,5% del total de consultas se ha requerido de una llamada adicional de enfermería. Del 23% de las consultas no resueltas por enfermería (n = 28), 19 de las mismas requirieron de consulta telefónica del paciente con el reumatólogo, y en 7 casos se derivó a cita presencial con el médico (5 casos al reumatólogo, 1 a Puerta de Urgencias y 1 a Atención Primaria). Los pacientes que han realizado las consultas telefónicas presentan mayoritariamente diagnóstico de artritis reumatoide (40,2%), espondilitis anquilosante (13,1%) y lupus eritematoso sistémico (9,8%). El 49,2% de los pacientes recibe tratamiento con metotrexato, y el 35,3% recibe terapia biológica. Las consultas realizadas por los pacientes son de motivos diversos, pero principalmente el 22,9% de las consultas son por problemas de suministro en la medicación, 19,7% son por brotes de la enfermedad y el 9,8% para consultar resultados analíticos.

Conclusiones: La consulta telefónica a demanda de enfermería contribuye en gran medida a resolver dudas de los pacientes acerca de brotes de la enfermedad, así como de problemas en los tratamientos y/o resultados analíticos, sin necesidad de la presencia del reumatólogo. Además, evita desplazamientos innecesarios de los pacientes, reduciendo el número de consultas presenciales y telefónicas médicas, y ayudando a gestionar eficazmente los recursos sanitarios hospitalarios.

96. TOLERANCIA Y SEGURIDAD DE LA INFUSIÓN RÁPIDA DE RITUXIMAB EN PACIENTES REUMATOLÓGICOS. ESTUDIO PILOTO

B. Cascales García, M.A. Campillo, C. Iniesta, J. Martínez Ferrín y C. Marras

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Debido a los posibles riesgos de reacciones infusionales al rituximab (RTX), se recomienda un ritmo de infusión de unos 255 minutos en pacientes con enfermedades reumáticas, donde la dosis administrada es de 1 g por infusión. No obstante, en pacientes oncológicos se utiliza una pauta de infusión más rápida, aunque la dosis suministrada es de 375 mg/kg por infusión. El objetivo de nuestro estudio consiste en evaluar si una pauta de infusión rápida, similar a la utilizada en Oncología, es segura y bien tolerada en nuestros pacientes con enfermedades Reumáticas.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, comparativo, aleatorizado 1-1 de los dos métodos de administración de RTX en nuestro Hospital de día de Reumatología. Pauta clásica: 255 min/1 g de infusión. Pauta rápida: 120 min/1 g de infusión. Durante la infusión se recogen datos generales de los pacientes, constantes vitales basales, antes, en medio y al final de la infusión; y reacciones adversas precoces y tardías (hasta 24 horas después del tratamiento).

Resultados: Se presentan en la tabla.

Conclusiones: Aunque estos son datos preliminares, el tratamiento con RTX en infusión rápida parece ser segura y podría ser incorporada a la práctica clínica con las ventajas evidentes sobre la carga de ocupación en nuestro Hospital de día.

97. CARTERA DE SERVICIOS DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA

A. Carbonell Jordá, N. Martínez Aberola, J. de la Torre Aboki, C. Nájera Herranz, M.D. Gil Gallego, C. Cano Pérez, N. Llahí Vidal, M. José, S. Fortea Gracia, E. Batlle Gualda, P. Bernabeu González y P. Trenor Larraz

Hospital Universitario de San Juan. Alicante. Hospital Universitario de Elda. Hospital Universitario de Alicante. Hospital Universitario La Fe. Valencia. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Centro de Especialidades de Benidorm. Hospital de Sagunto. Hospital Clínico de Valencia.

Introducción: Presentación de un documento elaborado por nueve enfermeras vinculadas laboralmente a ocho Unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana y consensado con tres reumatólogos. **Objetivos:** Evidenciar ante los gestores de los Departamentos Sanitarios la actividad que se realiza en una Consulta de Enfermería, su rentabilidad y la necesidad de implantar al profesional de Enfermería en las Unidades de Reumatología.

Métodos: Se ha recogido, evaluado y consensado todas aquellas actividades realizadas por Enfermería en un servicio de reumatología de acuerdo a criterios de efectividad, viabilidad y respaldo científico, agrupándolas en 11 líneas de trabajo que el profesional puede desarrollar en función de la formación post-graduada y de los recursos o infraestructura de cada Unidad de Reumatología: 1) Reumatología clínica y Enfermería. 2) Fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias por Enfermería. 3) Seguimiento de fármacos orales, subcutáneos y biológicos. Entrenamiento y autoadministración. 4) Consulta telefónica. Gestión de efectos adversos. Incidencias. Adherencia terapéutica. 5) Consulta de Enfermería en Osteoporosis. 6) Promoción de salud. 7) Educación en higiene postural y terapias para mejorar la movilidad y disminuir el grado de dolor muscular y articular. 8) Procedimientos y técnicas diagnósticas en reumatología. 9) Procedimientos enfermeros básicos. 10) Gestión y estructura de agendas propias de Enfermería. 11) Docencia e investigación en Enfermería.

Conclusiones: 1) La actividad laboral se desarrolla en un espacio propio y agrupa las 4 funciones básicas de Enfermería: Asistencial, gestora, docente e investigadora. 2) Esta cartera de servicios facilita la visibilidad y el alcance de toda la potencial actividad que se puede desarrollar en una Consulta de Enfermería en Reumatología (CER). 3) Es esencial una formación estipulada y específica a Enfermería para cubrir la demanda de las Unidades de Reumatología. 4) Resulta necesario la implementación de una Consulta de Enfermería en todas las Unidades de Reumatología.

98. MANEJO DE REACCIONES INFUSIONALES EN UN HOSPITAL DE DÍA

A. López Esteban, A. Beltrán López, F. García Calle, T. del Río Blasco, I. Vincens Tomás y M. Montoro Álvarez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Los tratamientos biológicos (TB) un avance importante en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. Su objetivo es frenar el progreso de la enfermedad manteniendo la calidad de vida del paciente. Los fármacos administrados por vía intravenosa (IV) pueden producir reacciones infusionales de gravedad variable.

Objetivos: Describir las reacciones más frecuentes durante la administración iv de TB a pacientes con enfermedades reumáticas en un Hospital de Día de Reumatología.

Métodos: Se registran durante 18 meses todas las reacciones infusionales que se producen durante la administración iv de TB a pacientes con enfermedades reumatológicas. La recogida de la reacción y de sus características se realiza mediante un protocolo de registro de reacciones infusionales, donde se registran las características de la reacción, el tratamiento recibido, la necesidad de asistencia en urgencias o de valoración por UCI, si se reintroduce el tratamiento, así como fármaco administrado, dosis, y tiempo transcurrido entre el inicio de la administración y producción de la reacción. La patología del paciente y el uso de FAME concomitante se recoge de la historia clínica.

Resultados: En un total de 371 pacientes con distintas patologías (AR 187; EA 99; APS 31; LES 17; otros 39) con TB (abatacept 40; infliximab 208; rituximab 81, tocilizumab 42) se produjeron 67 reacciones infusionales (67/371; 18%). Las reacciones se han producido durante el tratamiento con rituximab (20/81; 24%), infliximab (42/208; 20,2%), abatacept (2/40; 5%) y tocilizumab (3/42; 7%). Fue necesario suspender el tratamiento en 36 pacientes (53,7%) por repetición de la reacciones y por reacciones moderadas-graves. En los restantes 31 casos (46,35%) se presentaron reacciones leves, que sí permitieron continuar el tratamiento. Destacar también que 16 pacientes (16/67) presentaron reacciones tardías, a las 24-48 horas de la administración del tratamiento. Los síntomas más frecuentes en las reacciones leves fueron prurito, calor, rash cutáneo, y sensación de ocupación faríngea. En las reacciones graves fueron opresión torácica, disnea y angioedema. Las reacciones fueron manejadas inicialmente por el personal de enfermería, avisándose al médico responsable con disponibilidad inmediata. En todos los casos con suspensión temporal del tratamiento, administración de dexclorfeniramina, hidrocortisona. Oxígeno si existían síntomas respiratorios. En dos pacientes fue necesaria la administración de adrenalina subcutánea y posterior monitorización en observación de urgencias. La utilización de otros fármacos se valoró según sintomatología.

Conclusiones: Las reacciones infusionales durante la administración de terapia biológica intravenosa son frecuentes. Muchas de estas reacciones son leves y no obligan a la suspensión del tratamiento. Es imprescindible una adecuada descripción de la reacción adversa y el manejo y tratamiento precoz de estas reacciones por la enfermería del Hospital de día. El conocimiento de las reacciones permite en determinados pacientes mantener un tratamiento que está siendo eficaz, por consiguiente, mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

99. EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON DENOSUMAB MANTIENE UNA BAJA INCIDENCIA DE FRACTURAS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE 75 AÑOS O MÁS CON OSTEOPOROSIS

J. Farrerons¹, S. Papapoulos², M.R. McClung³, N. Franchimont⁴, J.D. Adachi⁵, C.L. Benhamou⁶, J.C. Gallagher⁷, J. Halse⁸, K. Lippuner⁹, S. Minisola¹⁰, O. Törring¹¹, N. Daizadeh⁴, A. Wang⁴, R.B. Wagman⁴ y S. Boonen¹²

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda. ³Oregon Osteoporosis Center. Portland, OR. EE.UU. ⁴Amgen Inc. Thousand Oaks, CA. EE.UU. ⁵Charlton Medical Centre. Hamilton. Canadá. ⁶INSERM U658. Orleans. Francia. ⁷Creighton University Medical Center. Omaha, Nebraska. EE.UU. ⁸Osteoporose-klinikken. Oslo. Noruega. ⁹University Hospital. Bern. Suiza. ¹⁰Sapienza. Università di Roma. Roma. Italia. ¹¹Karolinska Institutet Sodersjukhuset. Stockholm. Suecia. ¹²Leuven University. Leuven. Bélgica.

Introducción: En el ensayo pivotal de fracturas, el FREEDOM, denosumab (DMAb) aumentó la densidad mineral ósea (DMO) y redujo la incidencia de nuevas fracturas vertebrales, no vertebrales y de

cadera en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis (Cummings 2009). En las mujeres con alto riesgo de fractura debido a una edad ≥ 75 años, DMAB redujo el riesgo de fracturas de cadera en un 62% (Boonen 2011). Los efectos del tratamiento a largo plazo (hasta 10 años) con DMAB están siendo evaluados en el estudio de extensión del FREEDOM. A medida que aumenta la incidencia de fracturas con la edad, y en particular, la de fractura de cadera en mujeres ≥ 75 , se ha podido caracterizar de forma más específica la incidencia de fracturas e incremento de la DMO en mujeres ≥ 75 años de edad que han sido tratadas con DMAB durante un total de 6 años.

Métodos: Durante la fase de extensión, cada mujer se asigna a recibir 60 mg DMAB cada 6 meses y suplementos de calcio y vitamina D diarios. Se evaluó la incidencia de fracturas e incremento de la DMO en las mujeres que completaron los 6 años de tratamiento con DMAB (grupo total a largo plazo) y en el subgrupo de dichas mujeres que al inicio del FREEDOM tenían ≥ 75 años (grupo de alto riesgo).

Resultados: Las características al inicio del FREEDOM para el total del grupo a largo plazo con DMAB (N = 2343) y el grupo de alto riesgo (N = 662) fueron similares, excepto que los sujetos en el grupo de alto riesgo eran mayores (edad media: 72 años para el total y 78 para los de alto riesgo), y tenían una menor DMO total de cadera (T-score = -1,9 para el total y -2,1 para los de alto riesgo). A pesar del aumento de la edad de las mujeres, el tratamiento con DMAB durante 4-6 años continuó estando asociado con una baja incidencia de nuevas fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera. Por otra parte, la incidencia de fracturas en el grupo de alto riesgo durante los años 4-6 (3,6% de fracturas vertebrales nuevas, 5,4% de fracturas no vertebrales y 1,0% de fracturas de cadera) fue similar a la observada originalmente entre los años 1-3 las en mujeres ≥ 75 años tratadas con DMAB (3,1%, 7,9% y 0,9%, respectivamente). La DMO aumentó progresivamente durante 6 años en la columna lumbar y en la cadera total, y fue similar en las mujeres ≥ 75 años en comparación con el conjunto de mujeres del grupo a largo plazo. A pesar de la edad avanzada, los acontecimientos adversos (AA) y los AA graves en el grupo de alto riesgo durante la fase de extensión fueron similares a los del grupo de alto riesgo en el FREEDOM, sin aumentar con el tiempo de tratamiento con DMAB.

Conclusiones: Estos resultados corroboran la robusta y consistente eficacia anti-fractura y el buen perfil de seguridad del tratamiento continuado con denosumab durante 6 años. Denosumab es una opción terapéutica para las mujeres con elevado riesgo de fractura, especialmente aquellas con edad ≥ 75 años, en las que las fracturas como las de cadera aumentan exponencialmente debido al deterioro del hueso cortical.

100. RELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y LA INCIDENCIA DE FRACTURAS CON 6 AÑOS DE TRATAMIENTO CON DENOSUMAB

F. Hawkins¹, P.D. Miller², S.R. Cummings³, J.Y. Reginster⁴, N. Franchimont⁵, G. Bianchi⁶, M.A. Bolognese⁷, D.L. Kendler⁸, B. Oliveri⁹, J.R. Zanchetta¹⁰, N. Daizadeh⁵, A. Wang⁵, R.B. Wagman⁵ y S. Papapoulos¹¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²University of Colorado Health Sciences Center and Colorado Center for Bone Research. Lakewood, CO. EE.UU. ³San Francisco Coordinating Center. San Francisco, CA. EE.UU. ⁴University of Liège. Bélgica. ⁵Amgen Inc. Thousand Oaks, CA. EE.UU. ⁶Azienda Sanitaria Genovese. Genova. Italia. ⁷Bethesda Health Research Center. Bethesda, MD. EE.UU. ⁸University of British Columbia. Vancouver. BC. Canadá. ⁹Sección de Osteopatías Médicas. Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires. Argentina. ¹⁰Instituto de Investigaciones Metabólicas and University of Salvador. Buenos Aires. Argentina. ¹¹Leiden University Medical Center. Leiden. Holanda.

Introducción: En el ensayo FREEDOM hubo aumentos continuos en la densidad mineral ósea (DMO) y una importante reducción en el

riesgo de fractura durante los 3 primeros años de tratamiento con denosumab (DMAB) (Cummings et al. NEJM, 2009). Los cambios en la DMO de cadera total explican una proporción considerable de la reducción del riesgo de nuevas fracturas vertebrales y no vertebrales o empeoramiento de las ya existentes (Austin et al. JBMR, 2011). En el presente análisis se evaluó la respuesta según DMO y se analizó si los aumentos progresivos de DMO durante los 6 años de tratamiento continuado con DMAB se relacionaban con la incidencia observada de fracturas.

Métodos: La fase de extensión abierta del ensayo FREEDOM de 3 años está evaluando la eficacia y seguridad de DMAB a largo plazo, hasta un total de 10 años. Durante la extensión, todas las participantes reciben 60 mg de DMAB cada 6 meses. En los análisis que se presentan, las mujeres del grupo de DMAB del estudio FREEDOM recibieron DMAB durante 3 años más, hasta un total de 6 años. Se determinaron los porcentajes de mujeres tratadas con DMAB que alcanzaron aumentos en la DMO desde la visita basal del FREEDOM en la columna lumbar, cadera total y cuello femoral. Se utilizó un modelo de regresión logística para examinar la relación entre el cambio en la DMO de cadera total y la aparición o empeoramiento de fracturas vertebrales. Se utilizó un enfoque similar para la fractura no vertebral mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Las mujeres que recibieron 3 años adicionales de tratamiento con DMAB (N incluidas = 2.343) presentaron nuevos aumentos significativos en la DMO, alcanzando ganancias acumuladas durante 6 años del 15,2% (columna lumbar), 7,5% (cadera total), y 6,7% (cuello femoral). En la evaluación del año 6, casi todas las mujeres tratadas con DMAB tuvieron ganancias en la DMO de columna lumbar (98%), cadera total (96%) y cuello femoral (91%). Además, el 99% de las mujeres tuvieron aumentos en la DMO en alguna de estas localizaciones, y de éstas, las ganancias fueron $> 3\%$ en el 98% de las mujeres y $> 6\%$ en el 95% de las mujeres. La incidencia de fracturas se mantuvo baja durante la fase de extensión. Se observó una asociación significativa entre la ganancia total en la DMO de cadera durante 6 años de tratamiento con DMAB y la incidencia de nuevas fracturas vertebrales o empeoramiento de las ya existentes (a mayor ganancia en la DMO, menor incidencia de fracturas vertebrales), así como una tendencia hacia una asociación significativa entre la ganancia en la DMO de cadera y la incidencia de fracturas no vertebrales.

Conclusiones: Casi todas las mujeres que recibieron 6 años de tratamiento con DMAB tuvieron ganancias en la DMO de columna lumbar, cadera total y cuello femoral; dichas ganancias fueron $> 6\%$ en el 95% de los casos. Durante el tratamiento con denosumab, el riesgo de nuevas fracturas vertebrales y no vertebrales, o empeoramiento de las ya existentes, disminuyó de forma proporcional al aumento porcentual de la DMO de cadera total a los 6 años. Esta asociación proporciona una relevancia clínica a las ganancias progresivas y continuas de DMO observadas con DMAB a lo largo del tiempo.

101. DESCRIPCIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Sarmiento¹, I. Castellví¹, C. Díaz-Torné¹, C. Geli¹, A. Laiz¹, P. Moya¹, M.E. Córca¹, E. Toniolo¹, J. Casademont² y J.M. de Llobet¹

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La malnutrición es una complicación relativamente frecuente (15%-30%) en pacientes con esclerosis sistémica (ES) relacionándose con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Dentro de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, la afectación gastrointestinal se ha relacionado con el riesgo de malnutrición. Sin embargo no se han realizado estudios que evalúen el impacto del riesgo de malnutrición (RM) en las otras manifestaciones relevantes.

Objetivos: Determinar si enfermos con ES presentan diferencias en las manifestaciones extragastrointestinales relevantes según el riesgo nutricional.

Métodos: Revisión retrospectiva de una cohorte de pacientes con ES del servicio de Reumatología de un hospital universitario de nivel terciario. Se estableció el riesgo nutricional de los pacientes con ES utilizando la herramienta MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) para establecer el RM: riesgo bajo si es 0, riesgo medio si es 1 y riesgo alto si es ≥ 2 . Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, edad al diagnóstico, peso al diagnóstico, talla al diagnóstico, peso en el último control, talla en el último control, tipo de ES (limitada, difusa, pre esclerodermia, sin esclerodermia), presencia o ausencia de: úlceras digitales (UD), crisis renal esclerodérmica (CRE), enfermedad intersticial pulmonar (EPI), hipertensión pulmonar (HP), anticuerpos específicos (antitopoisomerasa I, anti centrómero, RNA polimerasa, U3RNP,Th/To,U1RNP, Pm/scl). También se recogieron las cifras de función renal, parámetros de función respiratoria, parámetros ecocardiográficos y variables capilaroscópicas (patrón esclerodermiforme en fase inicial (PEFI), activo (PEFA) o tardío (PEFT), cambios inespecíficos o capilaroscopia compatible con la normalidad, presencia o no de megacapilares, fenómenos de angiogénesis y pérdida de densidad capilar). No se tuvo en cuenta la afectación gastrointestinal por ser frecuente en estos pacientes y que influye directamente en el riesgo de malnutrición. Para la comparación entre grupos de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado y t de Student para comparación de variables cuantitativas. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se pudo calcular el RM a 116/136 pacientes. La edad al diagnóstico fue de $51,12 \pm 15,49$ años. 93,4% fueron mujeres. 95 presentaban ES limitada, 21 ES difusa, 19 preES y 1 ES sin esclerodermia. 31,6% de pacientes habían presentado UD en alguna ocasión, 28,1% afectación intersticial, 21,3% HP y 2,2% CRE. 28/116 (24,1%) presentaba RM, siendo medio en 23 (19,8%) y elevado en el 4,3% de los casos. No se hallaron diferencias entre las afectaciones clínicas y la presencia o no de RM. Sin embargo sí se observó que los pacientes con anticuerpos antitopoisomerasa I estaban presentes más frecuentemente en los enfermos con riesgo bajo de malnutrición de forma estadística-

mente significativa (4% vs 21,1% $p 0,048$). No se observaron diferencias con los enfermos con o sin ACA o según si la forma cutánea era limitada o difusa. El hallazgo capilaroscópico patológico más común fue la pérdida de densidad (69%) seguido de la presencia de megacapilares (65,8%) y por último la presencia de angiogénesis (51,6%). No se relacionó la presencia de riesgo malnutricional con la presencia de patrón esclerodermiforme, sin embargo de manera significativa los pacientes con angiogénesis presentaban mayor riesgo de malnutrición ($p < 0,02$). Los resultados de la muestra se resumen en la tabla.

Conclusiones: El RM no se relaciona con las afectaciones orgánicas más relevantes de la enfermedad independientemente del grado de afectación gastrointestinal. Los pacientes con antitopoisomerasa I presentan menor riesgo de malnutrición. La capilaroscopia periungueal se relaciona con el riesgo de malnutrición en los pacientes con ES.

102. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA CASUÍSTICA OBSERVADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

M. Medrano San Ildefonso, M.T. Ayala Ortiz de Solórzano y A. Román Pascual

Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Reumatología. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una enfermedad crónica relativamente frecuente en la población infantil. Su incidencia y prevalencia es muy variable en función de los estudios. La Sociedad Española de Reumatología maneja cifras de incidencia y de prevalencia de 8-22/100.000 y de 0,7-40/100.000 respectivamente.

Objetivos: Calcular la incidencia y prevalencia de AIJ en Zaragoza y Aragón en el 2010, el porcentaje de pacientes con AIJ y la distribución por categorías (en función de la edad, el sexo y los valores analíticos) en la Consulta de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Miguel Servet.

Tabla Póster 101

| | Riesgo medio y alto (n = 28) | Riesgo bajo (n = 89) | p |
|---|------------------------------|----------------------|---------|
| Sexo femenino (%) | 92,85 | 92,04 | ns |
| Edad (años) | 63,00 \pm 15,42 | 64,70 \pm 14,69 | ns |
| Edad diagnóstico (años) | 49,67 \pm 16,59 | 51,84 \pm 15,30 | ns |
| Presencia de HP (%) | 32,14 | 17,97 | ns |
| Úlceras digitales (%) | 35,71 | 29,21 | ns |
| Crisis renal esclerodérmica (%) | 3,57 | 1,12 | ns |
| Enfermedad pulmonar intersticial (%) | 14,28 | 31,46 | ns |
| ES difusa % | 14,28 | 13,48 | ns |
| ES limitada % | 75 | 67 | ns |
| Anti topoisomerasa I % | 4,00 | 21,12 | 0,048 |
| Anti centrómero % | 68,00 | 64,78 | ns |
| Creatinina (umol/l) | 80,11 \pm 35,91 | 75,48 \pm 18,92 | ns |
| PAPs (mmHg) | 36,38 \pm 9,57 | 32,02 \pm 9,80 | ns |
| Velocidad de reflujo tricuspídeo (VRT) (cm/s) | 249,89 \pm 45,70 | 251,25 \pm 47,24 | ns |
| TAPSE (cm) | 3,22 \pm 2,75 | 2,51 \pm 1,97 | ns |
| %DLCO | 72,86 \pm 24,44 | 76,49 \pm 20,38 | ns |
| %FVC | 93,00 \pm 23,09 | 92,21 \pm 19,20 | ns |
| FVC/DLCO | 1,36 | 1,26 | ns |
| Peso inicio (kg) | 57,82 \pm 9,56 | 65,24 \pm 9,22 | 0,001 |
| Talla inicio (m) | 1,58 \pm 0,06 | 1,57 \pm 0,07 | ns |
| IMC inicio | 23,14 | 26,48 | < 0,001 |
| Peso control (kg) | 54,96 \pm 8,46 | 65,80 \pm 9,29 | < 0,001 |
| Talla control (m) | 1,57 \pm 0,06 | 1,57 \pm 0,08 | ns |
| IMC control | 22,10 | 26,76 | < 0,001 |
| PEFI (%) | 5 (33,4) | 9 (17) | ns |
| PEFA (%) | 5 (33,4) | 24 (45,2) | ns |
| PEFT (%) | 4 (27) | 10 (19) | ns |
| Sin patrón esclerodermiforme (%) | 1 (6,7) | 10 (19) | ns |
| Megacapilares (%) | 14 (82,3) | 34 (60,7) | ns |
| Pérdida de densidad (%) | 12 (70,6) | 37 (68,5) | ns |
| Angiogénesis (%) | 13 (76,5) | 20 (42,6) | 0,016 |

Métodos: Estudio descriptivo de los de pacientes diagnosticados de AIJ en la Consulta de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Miguel Servet en el período comprendido entre el 01 de enero 1997 y el 31 de marzo de 2012. Se realizó una revisión y recogida de datos retrospectiva y sistemática de las historias clínicas. Se ha hecho el análisis bivariante por categoría diagnóstica y en función del sexo, edad y resultados analíticos; analizando mediante el estadístico χ^2 la independencia de las variables categóricas, la prueba Z (prueba binomial) y mediante la prueba estadística t de Student o U de Wilcoxon la diferencia de medias de las variables cuantitativas, considerando un nivel de significación del 95%. El análisis de los resultados se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados: Del total de pacientes vistos en la consulta de Reumatología Pediátrica se identificaron 132 con el diagnóstico de AIJ según criterios ILAR, de ellos 81 son niñas (61,4%) y 51 niños (38,6%). Hubo 20 pacientes de nuevo diagnóstico procedentes de Zaragoza, que constituye una incidencia para el año 2010 de 14,18/100.000 menores de 16 años en Zaragoza. En Aragón se registraron 23 casos nuevos, que constituye una incidencia para el año 2010 de 11,89/100.000 menores de 16 años en Aragón. La prevalencia para ese mismo año en Aragón sería de 34,64/100.000 menores de 16 años. La media de edad al diagnóstico fue de 7,54 años (IC95%: 6,82-8,25). Las categorías diagnosticadas por orden de frecuencia son: oligoarticular, artritis-entesitis, psoriásica, poliarticular seronegativa, indiferenciada, sistémica y poliarticular seropositiva. En el análisis por sexos la categoría más frecuente en niños ha sido la AIJ artritis-entesitis (n = 28, 54,9%) y en niñas la AIJ oligoarticular (n = 55, 67,9%). En cuanto a la edad al diagnóstico, los diagnosticados a menor edad corresponden a la categoría oligoarticular con una edad media al diagnóstico de 6,4 años y los diagnosticados a mayor edad corresponden a la categoría poliarticular seropositiva con una edad media al diagnóstico de 10,74 años.

| Diagnóstico | Niños | Niñas | Total |
|--------------------------------|-------------|--------------|------------|
| AIJ sistémica | 2 (50%) | 2 (50%) | 4 (100%) |
| AIJ oligoarticular | 15 (21,4%) | 55 (78,6%)* | 70 (100%) |
| AIJ poliarticular seropositiva | | 2 (100%) | 2 (100%) |
| AIJ poliarticular seronegativa | 2 (33,3%) | 4 (66,7%) | 6 (100%) |
| AIJ psoriásica | 2 (22,2%) | 7 (77,8%) | 9 (100%) |
| AIJ artritis-entesitis | 28 (77,8%)* | 8 (22,2%) | 36 (100%) |
| AIJ indiferenciada | 2 (40%) | 3 (60%) | 5 (100%) |
| Total (p < 0,05) | 51 (38,6%) | 81 (61,4%) | 132 (100%) |
| Diagnóstico | Media edad | IC95% | |
| AIJ sistémica | 9,3 | (2,53-16,08) | |
| AIJ oligoarticular | 6,40 | (5,49-7,31) | |
| AIJ poliarticular seropositiva | 10,74 | | |
| AIJ poliarticular seronegativa | 9,9 | (6,69-13,1) | |
| AIJ psoriásica | 7,01 | (3,47-10,55) | |
| AIJ artritis entesitis | 9 | (7,52-10,47) | |
| AIJ indiferenciada | 8,33 | (5,84-10,82) | |

Conclusiones: Tanto en lo referente a incidencia, prevalencia, % de casos, sexo y edad en las diferentes categoría diagnósticas nuestros datos son semejantes a los del Registro Español. Dada la gran variabilidad de resultados en la literatura se precisan más estudios colaborativos para obtener datos fiables.

103. EFECTO DEL DÉFICIT DE VITAMINA D SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

A. Cuervo¹, A. Monegal¹, M. Navasa², P. Peris¹, J. Colmenero², L. Gifré¹ y N. Guañabens¹

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea. Servicio de Reumatología.

²Servicio de Hepatología. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERehd. IDIBAPS.

Introducción: Los pacientes cirróticos candidatos a trasplante presentan alteraciones del metabolismo mineral y óseo que pueden

condicionar el desarrollo de fracturas después del trasplante hepático (TH).

Objetivos: Analizar los valores de 25 hidroxivitamina D (25 OH D) en los pacientes candidatos a TH y su relación con la densidad mineral ósea.

Métodos: Se incluyeron 116 pacientes (85 hombres y 31 mujeres) candidatos a trasplante hepático (edad $56,4 \pm 8$ años), remitidos al programa de evaluación de patología metabólica ósea. En todos los pacientes se analizaron las características clínicas (incluyendo las escalas Child y MELD) y analíticas (incluyendo PTH, 25 OH D y calcemia en orina de 24 horas); densitometría de columna lumbar y fémur (DXA) y radiografía de columna dorsal y lumbar en proyección lateral. La comparación de las medias se realizó mediante la t de Student o ANOVA y para las frecuencias se utilizó la chi cuadrado.

Resultados: Los pacientes candidatos a trasplante presentaban valores medios de 25 OH D de $14,1 \pm 10,3$ ng/ml. Los valores de 25 OH D eran inferiores a 10 ng/ml en el 48%, inferior a 20 ng/ml en el 81,9% e inferior a 30 en el 93% de los candidatos a TH. A pesar de ello solo el 9% de los pacientes recibían suplementos de calcio y vitamina D. Los valores de 25 hidroxivitamina D se relacionaron con la gravedad de la enfermedad hepática. Así, los pacientes Child A presentaban valores superiores de 25 OH D a los Child B y C (A: $18,5 \pm 12$; B: $12,65 \pm 8,9$; C: $9,36 \pm 5,2$ ng/ml; $p < 0,001$). El 25% de los pacientes Child A, el 59% de los Child B y el 68% de los Child C presentaban valores inferiores a 10 ng/ml de 25 OH D ($p < 0,001$). En consecuencia los pacientes con valores de 25 OH D inferiores a 10 ng/ml presentaban valores de MELD superiores ($p < 0,01$). Además, los pacientes con déficit grave de vitamina D (25 OH D < 10 ng/ml) presentaban valores de la escala-Z inferiores en columna lumbar (< 10 ng/ml: $-1,35 \pm 1,5$ vs > 10 ng/ml: $-0,6 \pm 1,5$; $p < 0,05$), cuello femoral (< 10 ng/ml: $-0,5 \pm 1,2$ vs > 10 ng/ml: $-0,1 \pm 1$; $p < 0,05$) y fémur total (< 10 ng/ml: $-0,7 \pm 1,2$ vs > 10 ng/ml: $-0,2 \pm 1,1$; $p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes candidatos a trasplante hepático presentan con frecuencia déficit muy grave de vitamina D. A pesar de ello, solo un 9% reciben suplementos de calcio y vitamina D. El déficit de vitamina D es más frecuente en los pacientes con cirrosis hepática en estadios más avanzados. Además, los pacientes con déficit de vitamina D presentan valores más bajos de masa ósea en columna lumbar y fémur proximal.

104. TOCILIZUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN CON FALLO A TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE BASURTO

E. Ruiz-Lucea, E. Galíndez, M.L. García, I. Torre, O. Fernández, C. Pérez, L. Estopiñán, C. Gómez, J. Blanco, J.M. Gorordo, E. Ucar, N. Rivera y M.J. Allande

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Objetivos: Evaluar la eficacia de tocilizumab (TCZ) en artritis reumatoide (AR) de larga evolución con fallo a uno o varios tratamientos biológicos previos.

Métodos: estudio retrospectivo de los pacientes de hospital de día con AR con fallo a tratamiento (TTO) biológico que han recibido TTO con tocilizumab a dosis de 8 mg/kg cada 4 semanas entre abril 2010 y octubre 2012 en nuestro hospital. Se recogieron datos de filiación, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, positividad del factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (CCP), nodularidad, número de articulaciones dolorosas (NAD), tumefactas (NAT), DAS 28, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína c reactiva (PCR), hemograma, y bioquímica previos y tras el tratamiento, tratamiento previo recibido, así como complicaciones y motivos de retirada.

Resultados: 20 pacientes (PAC) (19 mujeres); diagnósticos: 16 AR, 3 artritis idiopática juvenil de inicio sistémico (AIJ), 1 Still del adulto; edad (mediana): 61 años (17-84); años evolución: 3-45 (85% más de 12 años evolución); 15 pacientes (75%) FR (+); 10 pac (50%) CCP(+); 6 pac (30%) AR nodular; hepatitis B: 1 pac; hepatitis C: 1 pac; TTO fondo previo recibido: metotrexato 18 pac, leflunomida 8 pac, hidroxiquina 3 pac, corticoide 20 pac; TTO fondo actual: metotrexato 11 pac, leflunomida 4 pac, hidroxiquina 0 pac, corticoide 15 pac, monoterapia 5 pac; tto biológico previo: infliximab 8 pac, etanercept 10 pac, adalimumab 7 pac, abatacept 6 pac, anakinra 2 pac, rituximab 8 pac; 12 pac fallo a uno o dos biológicos, 8 pac fallo a tres o más biológicos; dosis recibidas: 15 (3-30). Resultados de recuento articular (mediana), DAS 28 (mediana) y de análisis estadísticamente significativos ($p < 0,005$) en la tabla 17 pac (85%) alcanzan DAS 28 $< 3,2$ y 11 pac (55%) DAS 28 $< 2,4$. Complicaciones: ninguna reacción infusional; 2 pac con elevación transaminasas < 3 uln; 1 pac neutropenia grave < 500 neutrófilos; infecciones en 6 pac (infección tuberculosa pulmonar TBC, derrame pleural, sinusitis, flemón dentario, neumonía, infección por parainfluenza). Incidencias durante el tratamiento: 1 fractura de húmero, 1 fractura vertebral, 1 fractura odontoides, 1 diagnóstico adenocarcinoma gástrico (había recibido tres dosis de TCZ). Retirada en 3 pacientes (TBC, adenocarcinoma y fractura odontoides).

| | Previo | Tras tocilizumab |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|
| NAT | 6 (0-10) | 0 (0-4) |
| NAD | 4 (0-21) | 0 (0-5) |
| DAS 28 | 4,84 (1,39-7,08) | 2,14 (0,91-5,29) |
| VSG (mm 1ª hora) | 25 (2-79) | 5 (2-30) |
| PCR (mg/dl) | 1,07 (0,1-15,09) | 0,1 (0,1-1) |
| Hemoglobina (g/dl) | 12,3 (9-15,7) | 13,5 (10,5-16,1) |
| Leucocitos/mm ³ | 7.500 (3.800-11.800) | 5.200 (3.200-10.500) |
| Neutrófilos/mm ³ | 4.050 (800-8.600) | 2.600 (400-5.300) |

Conclusiones: TCZ es eficaz y bien tolerado en pacientes con AR de larga evolución (más de 10 años) y artritis idiopática juvenil con fracaso a múltiples tratamientos biológicos. Se consigue remisión (DAS 28 $< 2,4$) en 55% de los pacientes y baja actividad (DAS 28 $< 3,2$) en 85%. Los efectos secundarios en general son leves, siendo los más frecuentes las infecciones, y dan lugar a retirada en escasas ocasiones.

105. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS CORTICOSTEROIDES ORALES EN PACIENTES CON HERNIA DISCAL CERVICAL FRENTE A LA PAUTA DE DEXAMETASONA INTRAMUSCULAR

J. Rubio García^{1,2}, A. Quesada Muñoz¹, A. Morales Belmonte¹, E. Jiménez Rosendo¹ y S. Navarro Martínez¹

¹FREMAP Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales N.º 61 de la S.S. Hospital FREMAP Sevilla.

²Reumatología. ADESLAS Córdoba.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad del uso de corticosteroides orales (deflazacort) en el tratamiento de hernia discal cervical y comparar los resultados con el tratamiento clásico con dexametasona 4 mg intramuscular (Inzitan®).

Métodos: Estudio descriptivo y observacional. Revisamos muestra representativa de 100 pacientes valorados en el ámbito de una Mutua Laboral y con diagnóstico mediante RNM selectiva de hernia discal cervical con afectación de la raíz emergente, desde año 2011 a la actualidad. La muestra presenta edades comprendidas entre 28 y 55 años, de ambos sexos y sin patología metabólica ni HTA conocida. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con AINEs y analgésicos. La mitad de los pacientes recibieron pauta de dexametasona im durante 6 días más una segunda tanda de dexametasona a días alternos (total de tratamiento 17 días). La otra mitad fue tra-

tada con dosis equivalente de corticosteroides orales: deflazacort 30 mg con dosis descendente a razón de 7,5 mg cada 5 días (total de tratamiento 20 días).

Resultados: De los 100 pacientes evaluados hubo repuesta satisfactoria en 74 basado en un descenso de la Escala analógica visual (EAV), desaparición de signos patológicos en la exploración y reincorporación laboral sin recaídas inmediatas. Los 26 pacientes que no respondieron precisaron otras técnicas invasivas. De los tratados con dexametasona im: 2 suspendieron el tratamiento por dolor tras la punción (todos los pacientes manifestaron sensación dolorosa a la punción). Hubo 1 absceso local adyacente a la zona de punción en los que se suspendió tratamiento. 5 reacciones eritematosas locales que no obligaron a suspender tratamiento y 1 caso sospechoso de cuadro urticarial que si requirió suspensión. De un total de 5 elevaciones tensionales, 4 fueron en los tratados con dexametasona im, suspendiéndose el tratamiento en 3 de ellos por tratarse de cifras catalogadas de crisis hipertensiva. Hubo 2 casos de hiperglucemia en pacientes no diabéticos conocidos: Uno de ellos tratado con dexametasona im. Ambos se controlaron con insulina rápida sc sin requerir suspensión. Como otros eventos achacables al tratamiento con dexametasona, se objetivaron euforia y miopatía (este último requirió suspensión). No hubo síndrome de supresión corticoidea en ninguno de los casos.

| | Deflazacort 30 mg oral | Dexametasona 4 mg im |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| Tasa de respuesta | 44 | 30 |
| Suspensión tratamiento | 0 | 8 |
| Eventos adversos | | |
| Dolor punción | 0 | 50 |
| Reacción local | 0 | 5 |
| Reacción urticarial | 0 | 1 |
| Infección local | 0 | 1 |
| Crisis hipertensiva | 1 | 4 |
| Hiperglucemia | 1 | 1 |
| Otros eventos | 1 (euforia) | 2 (euforia y miopatía) |

Conclusiones: 1. Se observan diferencias estadísticamente significativas de respuesta al tratamiento oral con deflazacort 30 mg oral con respecto a dexametasona 4 mg intramuscular, en el tratamiento de Hernia discal cervical con efecto masa. 2. Se objetiva una menor tasa de eventos adversos con el tratamiento oral respecto al intramuscular, sobre todo a nivel local. 3. En nuestro estudio, las causas de suspensión del tratamiento se ligaron exclusivamente al uso de dexametasona im. 4. Serán necesarios estudios aleatorizados para confirmar perfiles de efectividad y seguridad de los corticosteroides orales con respecto a terapia clásica con dexametasona im.

106. ANÁLISIS DE LA ESTANCIA PREQUIRÚRGICA EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

I. Martín-Esteve, M. Aparicio, L. López-Vives, M. Jordana, A. Coscujuela, A. Montero y C. Gómez-Vaquero

Servicios de Reumatología. Traumatología y Medicina Interna. IDIBELL-Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La estancia prequirúrgica (EPQ) de los pacientes con fractura de cadera por fragilidad se ha relacionado clásicamente con la morbimortalidad final del proceso. Como consecuencia, las guías de práctica clínica recomiendan que la EPQ sea inferior a 2 días. Comunicaciones más recientes cuestionan estos postulados.

Objetivos: Estudiar los factores presentes en el momento del ingreso de los pacientes con fractura de cadera que determinan la duración de la EPQ. Analizar la relación de la duración de la EPQ con la morbimortalidad resultante.

Métodos: Se visitaron de forma prospectiva y protocolizada todos los pacientes ingresados por fractura de cadera por fragilidad en un hospital universitario desde el 1 de marzo de 2009 al 31 de

diciembre de 2011. Se recogieron datos socio-demográficos, clínicos y analíticos referentes al estado del paciente previo a la fractura, las complicaciones surgidas durante el ingreso y durante el seguimiento a los 3 meses y al año. Para este estudio, se analizaron las relaciones entre la duración de la EPQ, las variables presentes en el momento del ingreso [edad y sexo, índice de masa corporal (IMC), tipo de fractura, concentraciones séricas de hemoglobina, creatinina y calcidiol, día de la semana de ingreso, índice de comorbilidad de Charlson (IC), test de Pfeiffer (TP), índice de Barthel (IB)], el tipo de intervención quirúrgica y las variables de desenlace [estancia posquirúrgica, estancia total, mortalidad y cambio de IB y TP al año]. Las variables se introdujeron en una base de datos y se analizaron con el programa estadístico SPSS Windows versión 15.0.

Resultados: Se incluyeron 631 pacientes (70% mujeres) con una edad media de 83 ± 8 años. Al ingreso, el IMC medio era de $25,6 \pm 4,5$ kg/m². El IC medio fue $1,8 \pm 2,0$ y el IB 75 ± 29 puntos. El TP fue normal en el 54% de los pacientes y mostró deterioro leve en el 17%, moderado en el 15% y grave en el 14%. Los tipos de fractura más prevalentes fueron la pertrocantérea y la subcapital (48% y 39%, respectivamente). Respecto a los parámetros analíticos, la concentración sérica de hemoglobina media fue de $11,6 \pm 1,9$ g/dL, la de creatinina, $100,9 \pm 77,4$ μmol/L y la de calcidiol, $31,6 \pm 22,8$ nM/L. La osteosíntesis fue el procedimiento quirúrgico más empleado (60%); se realizó recambio protésico en el 38%. La duración de la EPQ media fue de 4,25 días, la estancia posquirúrgica y total, de 13,4 y 17,4 días, respectivamente. Ciento sesenta y cinco pacientes (26%) habían fallecido al año de producirse la fractura. Ninguna de las variables presentes en el momento del ingreso ni el tipo de intervención quirúrgica se relacionaron con la duración de la EPQ. Una mayor EPQ se asoció a un alargamiento de la estancia posquirúrgica y de la estancia total. La duración de la EPQ no determinó un aumento de la mortalidad. Al año de la fractura, el IB medio fue de 61 ± 33 puntos. El TP fue normal en el 52% de los pacientes y mostró deterioro leve en el 15%, moderado en el 15% y grave en el 18%. La duración de la EPQ no se relacionó con el cambio del IB ni del TP.

Conclusiones: La duración de la EPQ en los pacientes con fractura de cadera por fragilidad no se relaciona con la morbimortalidad final del proceso. No se han identificado factores que determinen la duración de la EPQ. El alargamiento de la EPQ incrementa la duración de la estancia posquirúrgica y la estancia hospitalaria total.

107. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL TRAS UNA FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD

M. Aparicio, I. Martín-Esteve, P. Estrada, M. Jordana, A. Montero, A. Coscujuela y C. Gómez-Vaquero

Servicios de Reumatología, Medicina Interna y Traumatología. IDIBELL. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la capacidad funcional tras una fractura de cadera por fragilidad en los pacientes ingresados en un hospital universitario.

Métodos: Se visitaron de forma prospectiva y protocolizada todos los pacientes ingresados por fractura de cadera por fragilidad en el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2009 y el 31 de diciembre de 2011. De cada paciente se obtuvieron sus datos socio-demográficos y clínicos referentes al estado del paciente previo a la fractura, las complicaciones surgidas durante el ingreso y durante el seguimiento a los 12 meses. En relación con el objetivo de este estudio, evaluamos el cambio respecto al estado basal de: índice de Barthel (IB), deambulación (autónoma o asistida), lugar de residencia (domicilio o institución), convivencia previa (solo o acompañado) y cuidador principal (paciente o cuidador). Las variables se introdujeron en una base de datos y se analizaron con el programa estadístico SPSS Windows versión 15.0.

Resultados: Se incluyeron 631 pacientes (70% mujeres) con una edad media de 83 ± 8 años. Al ingreso, el IMC medio era de $25,6 \pm 4,5$ kg/m². El índice de Charlson medio fue $1,8 \pm 2,0$. El test de Pfeiffer fue normal en el 54% de los pacientes y mostró deterioro leve en el 17%, moderado en el 15% y grave en el 14%. Los tipos de fractura más prevalentes fueron la pertrocantérea y la subcapital (48% y 39%, respectivamente). Respecto a los parámetros analíticos, la concentración sérica de hemoglobina media fue de $11,6 \pm 1,9$ g/dL, la de creatinina, $100,9 \pm 77,4$ μmol/L y la de calcidiol, $31,6 \pm 22,8$ nM/L. La osteosíntesis fue el procedimiento quirúrgico más empleado (60%); se realizó recambio protésico en el 38%. La duración de la EPQ media fue de 4,25 días, la estancia posquirúrgica y total, de 13,4 y 17,4 días, respectivamente. Ciento sesenta y cinco pacientes (26%) habían fallecido al año de producirse la fractura. La evolución de las variables relacionadas con la recuperación funcional se presenta en la tabla. En todas las variables incluidas en la tabla, la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El 80% de los pacientes presenta empeoramiento en alguna de las variables evaluadas.

| Índice de Barthel, puntos | | Al ingreso | Al año |
|---------------------------|-----------------|------------|---------|
| | | 75 ± 29 | 61 ± 33 |
| Deambulación | Autónoma | 55% | 19% |
| | Un apoyo | 33% | 38% |
| | Dos apoyos | 8% | 27% |
| | Silla de ruedas | 4% | 16% |
| Lugar de residencia | Domicilio | 88% | 74% |
| | Institución | 12% | 26% |
| Convivencia | Solo | 23% | 12% |
| | Acompañado | 77% | 88% |
| Cuidador principal | Paciente | 61% | 34% |
| | Cuidador | 39% | 66% |

Conclusiones: La presentación de una fractura de cadera por fragilidad produce un empeoramiento de la capacidad funcional, evaluada por el índice de Barthel, que determina una mayor dependencia para la deambulación y una pérdida de autonomía global en la mayoría de pacientes.

108. VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA: ESTUDIO DE 34 PACIENTES DE UN MISMO CENTRO SEGÚN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE CHAPEL HILL 2012

V. Calvo-Río¹, J. Loricera¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, J. Crespo², L. Martín Penagos³, J. Rueda-Gotor¹, V.M. Martínez-Taboada¹, M.A. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Digestivo; ³Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander.

Objetivos: La vasculitis crioglobulinémica (Vcrio) se caracteriza por la presencia de crioglobulinas circulantes y por la afectación habitualmente de vasos pequeños. La clasificación de Chapel Hill-1993 (Jennette et al. A&R. 1994;37:187) consideraba todas las Vcrio de forma genérica. Sin embargo, la Vcrio puede ser idiopática (esencial) o asociarse a infecciones crónicas, principalmente al virus de la hepatitis C (VHC), enfermedades autoinmunes y hematológicas. La nueva clasificación de Chapel Hill-2012 (Jennette et al. A&R. 2013.65:1) considera como Vcrio únicamente a las esenciales, y al resto como Vcrio asociadas a otros procesos. Nuestro objetivo fue estudiar las Vcrio en una población definida según esta nueva clasificación.

Métodos: Estudio de una serie de Vcrio de un Hospital Universitario. Para el diagnóstico de Vcrio fue obligatoria la presencia de crioglobulinas circulantes (criocrito > 1%) y la afectación vasculítica de algún órgano diana, especialmente piel, nervio periférico y/o riñón. Los criterios utilizados fueron los mencionados anteriormente

(Chapel Hill-2012). Según estos criterios, dividimos las VCrio en 1ª (o esenciales) y en asociadas a otros procesos y hacemos un estudio comparativo entre ambas.

Resultados: Estudiamos 34 pacientes (15 hombres/19 mujeres), con una edad media de 53 ± 15 años (rango, 27-81). La VCrio esencial se observó en 12 casos. En el resto se asoció a uno o más de los siguientes a) VHC (15 casos), b) VHB (2), c) enfermedad autoinmune (6 casos; 4 síndrome de Sjögren, 1 AR, 1 sarcoidosis, 1 LES y 1 cirrosis biliar primaria) y d) trastorno hematológico (4 casos; 2 linfomas de Hodgkin, 1 linfoma no Hodgkin y 1 linfoma tipo MALT). En el estudio comparativo de las VCrio 1ª con las VCrio 2ª (expresado siempre en este orden) se observa que las manifestaciones clínicas vasculíticas más frecuentes son similares en ambos grupos: cutáneas (92% vs 86%; $p = 0,6$), articulares (75% vs 55%; $p = 0,2$), renales (33% vs 41%; $p = 0,6$), neuropatía periférica (25% vs 36%; $p = 0,5$), Raynaud (17% vs 14%; $p = 0,8$), y digestivas (8% vs 18%; $p = 0,4$). Los principales datos de laboratorio fueron la elevación de la VSG (75% vs 95%; $p = 0,1$), leucocitosis (8% vs 5%; $p = 0,6$), anemia (17% vs 50%; $p = 0,05$). Los test inmunológicos se determinaron en 29 casos y fueron similares en ambos grupos; FR positivo (82% vs 83%; $p = 0,9$) y disminución de C3 y/o C4 (64% vs 56%; $p = 0,6$). Los ANA positivos fueron más frecuentes en las VCrio 2ª (0% vs 35%; $p = 0,02$). El rango del criocrito osciló entre el 0% y el 50%, siendo la mediana (25,5% vs 3%; $p = 0,02$). En el momento del diagnóstico, la mediana (25-75 IQ) de replicación de los pacientes con VHC fue de 2.405.000 (4.544-5.000.000) copias. La comparación del tratamiento de la VCrio 1ª frente a la 2ª fue a) AINEs (67% vs 20%; $p = 0,01$), b) Corticoides (50% vs 71%; $p = 0,2$), c) citotóxicos (40% vs 48%; $p = 0,7$) y d) plasmaféresis (0% vs 18%; $p = 0,1$). En 13,3% de los pacientes con VCrio asociada a VHC recibieron tratamiento antiviral combinado (interferón y ribavirina). Después de una mediana (IQ) de seguimiento de 42 (8-99) meses, se observaron recaídas (45% vs 67%; $p = 0,3$) y recuperación completa (42% vs 13%; $p = 0,09$).

Conclusiones: La mayoría de las manifestaciones clínicas y analíticas debidas a la vasculitis per se en la VCrio 1ª o asociada a otros procesos son similares. En cualquier caso su diferenciación siguiendo la clasificación de Chapel Hill-2012 es muy útil desde el punto de vista terapéutico.

109. SÍNDROME IGG4: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

M. Andrés¹, P. Vela^{1,2}, A. Begazo¹ y E. Pascual^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Introducción: Bajo el síndrome IgG4 se ha agrupado recientemente a una serie de trastornos caracterizados por ser fibroinflamatorios, ricos en células plasmáticas IgG4+, poder afectar virtualmente a casi cualquier órgano, y originar infiltración persistente, disfunción y fenómenos estenóticos. De baja incidencia, aún quedan por dilucidar múltiples aspectos del síndrome, como su etiopatogenia o un esquema de manejo óptimo.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el manejo de pacientes con síndrome IgG4.

Métodos: Se han revisado de forma retrospectiva los casos de síndrome IgG4 diagnosticados y tratados en nuestra Sección, todos ellos con confirmación histopatológica según los criterios actualmente aceptados (Deshpande. Mod Pathol. 2012;25:1181-92). Variables demográficas, clínicas, patológicas, radiológicas y terapéuticas se han recogido en esta revisión.

Resultados: Hemos identificado 3 pacientes con síndrome IgG4, 2 mujeres y un varón, con edades comprendidas entre los 44 y 58 años. La presentación clínica ha sido como fibrosis retroperi-

toneal, pseudotumor orbitario y aneurisma inflamatorio de aorta abdominal. El tiempo de seguimiento es de 30, 3 y 1 meses. No se ha identificado enfermedad autoinmune sistémica acompañante. En todos los casos la TAC evidenció la masa inflamatoria, y en uno el PET con 18FDG descubrió afectación a distancia. Los niveles de IgG4 séricos fueron normales (mediana 83,7 mg/dL, normal < 140). Han recibido tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día asociada a micofenolato mofetil, con limitación del proceso inflamatorio. Los tres casos han precisado cirugía al debut: la paciente con afectación retroperitoneal requirió ureterolisis y bypass de íliaca externa, la paciente con pseudotumor orbitario resección del mismo por exoftalmos maligno, y el paciente con aneurisma de aorta abdominal resección y bypass por alto riesgo de rotura.

Conclusiones: El síndrome IgG4 es un trastorno autoinmune de reciente identificación, probablemente en la actualidad infradiagnosticado, y en el que futuros estudios deben ayudar a esclarecer múltiples aspectos aún no bien establecidos. Dada su rareza, la comunicación de casos puede ayudar a tal fin.

110. DISMINUCIÓN DE LA EFICACIA Y DE LA SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE DESARROLLAN ANTICUERPOS CONTRA EL FÁRMACO

A. Villalba¹, C. Plasencia¹, D. Peiteado¹, L. Lojo¹, L. Nuño¹, G. Bonilla¹, D. Pascual-Salcedo², P. Alcocer¹, S. García-Carazo¹, K.N. Franco¹, D. Cajigas¹, R. del Moral², M. López-Casla², E. Martín-Mola¹ y A. Balsa¹

¹Departamento de Reumatología; ²Unidad de Inmunología Hospital La Paz-Idipaz. Madrid.

Introducción: La utilización de la terapia biológica (TB) en la artritis reumatoide (AR) ha supuesto un importante avance en el tratamiento de esta enfermedad. Sin embargo, en determinados pacientes se ha observado disminución o pérdida de eficacia, obligando al cambio o a la suspensión del mismo. Recientes trabajos relacionan el desarrollo de anticuerpos contra el fármaco (Ac) con estos hechos.

Objetivos: Evaluar en pacientes con AR en tratamiento con infliximab (Ifx) o adalimumab (Ada) si el desarrollo de Ac influye en la eficacia y duración del mismo y su magnitud.

Métodos: Se estudian 166 pacientes del H.U. La Paz con AR y que recibieron entre 2000 y 2012 Ifx o Ada en combinación con FAMES no biológicos o en monoterapia. La evaluación de la actividad de la enfermedad se realizó mediante Disease Activity Index de 28 articulaciones (DAS28), los cambios en ésta mediante delta-DAS28. Las mediciones se realizaron al 1º, 2º y 3º o más años del inicio de la TB. La determinación de Ac se realizó mediante ELISA, con valor positivo para cualquier título > 0 y negativo si había ausencia de Ac. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 11.0.

Resultados: De los 166 pacientes, 140 (84,3%) fueron mujeres. La media de edad fue de $57 \pm 13,2$ años y la de la duración de la enfermedad fue de $14,7 \pm 8,0$ años. 128 (79,0%) fueron FR positivo. La duración media del TB fue de $5,0 \pm 3,0$ años. Recibían metotrexate 115 (70,1%), otros FAMES 98 (59,8%) y 11 (6,62%) monoterapia. El DAS28 basal medio fue $5,58 \pm 1,26$. No hubo diferencias significativas entre los pacientes con o sin Ac respecto al DAS28 basal ($5,27 \pm 1,47$ vs $5,25 \pm 1,19$; $p = 0,918$) ni tiempo de evolución de la AR ($13,23 \pm 7,51$ vs $15,15 \pm 8,21$; $p = 0,128$). Desarrollaron Ac: 57 pacientes en total (34,5%); de los tratados con Ifx: 43,8% (42/96) y de los tratados con Ada: 21,7% (15/69), siendo la diferencia significativa entre ambos fármacos ($p = 0,003$). Abandonaron el tratamiento 96 (58,2%) pacientes, y este abandono fue significativamente mayor

si presentaban Ac (47/57 (82,5%) vs 49/108 (45,4%), p: 0,000); si la ineficacia fue la causa del mismo, también fue significativamente mayor en pacientes con Ac (25/39 (64,1%) vs 14/39 (35,9%), p: 0,039). La duración del tratamiento fue significativamente menor si presentaban Ac (8,02 (7,03-9,02) vs 5,01 (4,09-5,94) años, p: 0,0001). La reducción en la actividad fue significativamente menor en los pacientes que desarrollaron Ac en todos los periodos analizados: DAS28 y delta-DAS28 medios en 1º año (4,69 ± 1,15 vs 3,43 ± 1,22; p: 0,000 y 0,94 ± 1,06 vs 1,63 ± 1,32; p: 0,045), en 2º año (3,96 ± 1,40 vs 3,08 ± 1,09; p: 0,015 y 0,72 ± 1,05 vs 1,83 ± 1,59; p: 0,021) y en 3º o más años (4,34 ± 1,26 vs 3,21 ± 1,56; p: 0,001 y 0,44 ± 1,26 vs 2,02 ± 1,87; p: 0,000).

Conclusiones: El desarrollo de anticuerpos contra el fármaco en pacientes tratados con infliximab o adalimumab influye negativamente de forma significativa en la eficacia y supervivencia del tratamiento.

111. DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS EN LA REDUCCIÓN DE LA MOVILIDAD ESPINAL PRODUCIDA POR LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN EL MEDIO Y LARGO PLAZO UTILIZANDO UN SISTEMA DE CAPTURA DEL MOVIMIENTO BASADO EN VÍDEO

E. Collantes¹, J.L. Garrido-Castro², C. González-Navas¹, J. Calvo-Gutiérrez¹, M. Guardia¹, P. Font¹, J. Gil-Cabezas², M.A. García-Rodríguez², R. Medina-Carnicer², A.M. Galisteo² y V. Pérez-Guijo¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Universidad de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que produce una reducción de la movilidad en el paciente, determinada por la inflamación y el daño estructural. Diversos estudios demuestran que a nivel radiológico la afectación es mucho mayor en hombres, siendo esta muy relevante transcurridos una serie de años. En el caso de la movilidad espinal, no existen muchos estudios al respecto. Recientemente se han introducido diversas tecnologías para evaluar la movilidad espinal, como la captura del movimiento (Garrido-Castro et al. Manual Therapy. 2012;17:422-6), la cual permite unos elevados niveles de precisión, objetividad y baja variabilidad en la medida del movimiento humano.

Objetivos: Analizar, utilizando las medidas obtenidas por un sistema de captura de movimiento, las diferencias entre sexos en pacientes con espondilitis anquilosante en el medio y largo plazo.

Métodos: Un total de 70 pacientes fueron analizados (76,7% hombres y 24,3% mujeres) con una media de edad de 44,69 ± 11,52 años (rango 20-79 años). Se definieron dos grupos de pacientes de media y larga evolución (años de actividad mayor a 10 años). Se ha evaluado la movilidad cervical y de la columna en los tres planos de movimiento utilizando un sistema de captura de movimiento denominado UCOTrack. También se obtuvieron la evaluación de la función y actividad (BASDAI, ASQoL, BASFI), y evaluación metrológica convencional (BASMI), junto a VSG, PCR y mSASSS de los pacientes. De las medidas de movilidad proporcionadas por el sistema se seleccionaron la distancia dedo-suelo, la inclinación de la espalda, la flexión lateral según la orientación de hombros y caderas, la rotación troncular y la flexión/extensión cervical. Además se utilizó un índice denominado UCOASMI que aglutina diversas medidas obtenidas en la captura del movimiento.

Resultados: La tabla muestra los resultados del grupo completo, por género y según tiempo de evolución. No aparecieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los cuestionarios autoevaluados si bien éstas obtuvieron puntuaciones más altas, sobre todo en el medio plazo. La diferencia más significativa entre sexos fue en el occipucio-pared que fue más evidente en el largo plazo. Las diferencias entre los dos grupos, independientemente del sexo, fueron significativas excepto para el índice BASDAI. Algunas medidas obtenidas por el sistema fueron diferentes entre hombres y mujeres: UCOASMI, flexión lateral de espalda y flexión cervical. El daño estructural fue diferente entre ambos grupos, y entre los hombres se vio una progresión que no apareció en las mujeres.

Conclusiones: Los resultados obtenidos por el sistema de análisis de movimiento corroboran las semejanzas entre ambos grupos, en cuanto a movilidad espinal, ya anticipadas por algunos autores. Los hombres poseen una mejor movilidad con tiempo de evolución medio, invirtiéndose esta diferencia en el largo plazo debido al daño estructural. En el caso de las mujeres, es la inflamación la principal causa de pérdida de movilidad manteniéndose en niveles similares en el medio y largo plazo. El sistema de captura de movimiento aporta información sensible adicional que puede ser útil en el diagnóstico y en el manejo terapéutico de la enfermedad.

Tabla Póster 111

| | Total | | Tiempo evolución medio | | Tiempo evolución largo | | Diferencia |
|---|----------------|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|------------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | |
| BASMI | 3,06 (2,16) | 3,24 (1,52) | 2,90 (0,69) | 2,83 (1,29) | 3,85 (2,46) | 3,45 (1,64) | |
| BASDAI | 4,00 (2,42) | 4,23 (2,59) | 3,44 (2,32) | 4,44 (2,68) | 4,39 (2,44) | 4,12 (2,66) | |
| BASFI | 3,51 (2,99) | 3,42 (2,84) | 1,79 (1,62) | 2,55 (2,51) | 4,67 (3,16) | 3,85 (2,99) | B |
| ASQoL | 3,36 (2,75) | 3,64 (2,73) | 2,39 (2,27) | 2,59 (2,74) | 4,01 (2,88) | 4,17 (2,68) | B |
| Distancia occipucio-pared (cm) | 3,69 (4,87) | 1,11 (2,42) | 1,43 (2,31) | 0,00 (0,00) | 5,23 (5,55) | 1,67 (2,84) | A-B-E |
| Schober (cm) | 4,58 (1,66) | 5,22 (1,34) | 5,12 (0,93) | 5,50 (1,38) | 4,21 (1,94) | 5,08 (1,36) | B |
| UCOASMI * | 4,54 (2,17) | 4,86 (1,89) | 3,40 (1,24) | 4,19 (1,51) | 5,31 (2,33) | 5,20 (2,03) | B |
| Distancia dedo-suelo (cm) * | 16,37 (13,30) | 15,84 (13,08) | 12,26 (10,97) | 8,64 (6,09) | 19,16 (14,17) | 19,44 (14,33) | |
| Flexión frontal cervical (o) * | 110,14 (59,81) | 102,44 (22,58) | 131,00 (53,61) | 109,51 (25,41) | 96,00 (60,45) | 98,91 (21,29) | B-D |
| Ángulo inclinación flexión frontal (o) * | 114,76 (26,30) | 112,14 (37,98) | 126,33 (15,44) | 127,35 (27,84) | 106,92 (29,32) | 104,53 (41,08) | B |
| Ángulo hombro-cadera en flexión lateral (o) * | 71,29 (24,51) | 65,05 (20,23) | 86,18 (13,88) | 66,62 (18,87) | 61,20 (25,15) | 64,26 (21,65) | B-D |
| Rotación troncular (o) * | 87,14 (30,44) | 77,06 (19,74) | 103,42 (22,06) | 84,63 (17,19) | 76,11 (30,65) | 73,28 (20,52) | B |
| mSASSS | 28,29 (20,96) | 18,63 (4,31) | 16,19 (6,89) | 18,00 (2,26) | 35,79 (23,29) | 19,67 (7,22) | A-B-E |
| VSG | 14,12 (15,22) | 18,25 (15,39) | 9,23 (10,71) | 22,20 (18,70) | 17,14 (16,97) | 11,67 (5,03) | |
| Proteína C Reactiva | 3,72 (3,58) | 3,94 (2,85) | 3,71 (3,53) | 4,32 (2,40) | 3,73 (3,70) | 3,30 (3,98) | |

*Parámetros obtenidos por el sistema de captura del movimiento. Diferencias significativas.

112. PRESENTEÍSMO Y AUSENTISMO EN PACIENTES CON REUMATISMOS CRÓNICOS INFLAMATORIOS

R. Ariza Ariza, B. Hernández Cruz, C. Leyva, V. Navarro-Compán y F. Navarro Sarabia

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades reumáticas se asocian con discapacidades diferentes. Una de las más prevalentes es la discapacidad laboral. Dado la crisis económica y laboral en España con la pérdida de trabajo subsecuente, los discapacitados son quienes más sufren sus consecuencias.

Objetivos: investigar y comparar la incapacidad laboral en pacientes con AR, EA y PsA mediante la versión validada al castellano del cuestionario WPAL.

Métodos: Diseño: transversal con aprobación por el Comité de Ética e Investigación en Humanos Autonómico. Un reumatólogo solicitó el CI de los pacientes que acudieron de modo consecutivo a la consulta de reumatología del Área Virgen Macarena durante julio de 2009 a abril de 2011. Tras obtener el CI, se realizó una encuesta prediseñada que incluía diferentes cuestionarios para evaluar actividad, función física, calidad de vida y WPAL. Los datos fueron vertidos a una hoja de cálculo y analizados con el programa STATA. Se empleó estadística descriptiva no paramétrica para el análisis. El ausentismo laboral es toda aquella ausencia del puesto de trabajo. El presenteísmo es la incapacidad de hacer el trabajo que se debe hacer, estando presente en el trabajo.

Resultados: se incluyeron 116 pacientes, 60 (52%) varones, 56 (42%) con EA, 40 (34%) con AR y PsA 20 (17), edad 45,6 ± 21,3 años, enfermedad reumática de 19,2 ± 11,8, escolaridad de 7,9 (± 3,6) años, HAQ de 1,01 ± 0,82 y BASDAI en los pacientes con EA de 3,6 ± 2,54 y DAS en los enfermos con AR 3,7 ± 1,3 y PSA de 4,9 ± 2,5. El 34% de los pacientes tenían un trabajo remunerado en los últimos 7 días. El absentismo fue de 31% y el presenteísmo de 51%. El número de horas de trabajo perdidas fue de 8 (2-32). El porcentaje de trabajo no realizado por problemas de salud, estando presente fue de 50% (10-100). El deterioro en la escala visual numérica (0 = ninguno, 10 = deterioro máximo) de productividad laboral en los asalariados fue de 0 (0-8). El deterioro en la escala visual numérica (0 = ninguno, 10 = deterioro máximo) para las actividades diarias fue de 4 (0-10). No hubo diferencias estadísticas en el grado y tipo de discapacidad laboral entre los tres grupos de enfermos, pero el tamaño de muestra no asegura la ausencia de un error tipo II.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes reumáticos que realizan un trabajo remunerado es bajo, pese a encontrarse en edad laboral. Se encontró un subgrupo con nivel elevado de ausentismo y presenteísmo. Se requiere de un tamaño de muestra mayor para identificar diferencias entre los grupos de enfermos.

113. LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRESENTAN DIVERSAS ALTERACIONES LIPÍDICAS QUE SE ASOCIAN A UN MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR: RESULTADOS PRELIMINARES

J. Calvo-Alén, C. Baamonde, I. Villa, J.L. Peña, V. Martínez-Taboada, M. Agudo y J. Gómez-Gerique

Hospital Universitario Sierrallana. Torrelavega. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV-Fundación Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Los mecanismos causales del elevado riesgo cardiovascular (CV) en la artritis reumatoide (AR) no están totalmente clarificados. Es posible que la enfermedad pueda influenciar negativamente el perfil lipídico de estos pacientes, pero generalmente los tests rutinarios sobre el metabolismo lipídico no suelen mostrar grandes diferencias con lo de la población general. El objetivo del presente estudio es analizar esta cuestión con mayor profundidad utilizando nuevos y más específicos parámetros no utilizados en práctica clínica habitual. Se reportan resultados preliminares de un trabajo actualmente en progreso.

Métodos: Pacientes con AR y controles sanos, fueron trasversalmente evaluados incluyendo: evaluación de la enfermedad (únicamente para los pacientes) mediante recuentos articulares, índice DAS28, y cuestionario MHAQ, marcadores biológicos de inflamación (VSG, PCR, Pentraxina 3 y SSA), y específicamente una completa evaluación lipídica y lipoproteica que además de los tests rutinarios incluyó las siguientes determinaciones: Lipoproteína A, niveles de apolipoproteína A1 (ApoA1) y B (ApoB) niveles (totales y específicos de cada lipoproteína), niveles de paroxonasa 1 (PON1), HDL, LDL, VLDL y colesterol total, triglicéridos y fosfolípidos así como nº de moléculas de estos lípidos (mc, mt y mf respectivamente) en cada lipoproteína, masa total (M) y nº de partículas (np) de las lipoproteínas mencionadas, y niveles del receptor de la proprotein convertasa subtilisin/kexin 9 (PCSK9r).

Resultados: Ciento veintisiete RA pacientes (edad media ± DE: 59,9 ± 12,2 años; 81% mujeres y 63% seropositivos) y 30 controles (56,14 ± 9,8; p = NS; 81% mujeres) fueron evaluados. Como era esperado, los pacientes mostraron niveles más elevados de los reactantes de fase aguda. Las determinaciones lipídicas rutinarias HDL, LDL and VLDL colesterol, triglicéridos y otras como lipoproteínas, fosfolípidos o Apo-B fueron comparables. Sin embargo, los pacientes con AR presentaron diversos factores de riesgo aterogénico como: niveles bajos de Apo-A1-HDL (p = 0,032) y elevados de mc LDL y VLDL (p = 0,023 y 0,002 respectivamente), mt LDL y VLDL (p = 0,042 y = 0,001) y np VLDL (p = 0,007). Inesperadamente, los niveles de PON 1 fueron significativamente mayores en los pacientes con AR (p = 0,0001).

Tabla Póster 112

| | EA | AR | PSA | Total | p |
|--|---------------|-------------|-------------|--------------|-----|
| Total de pacientes, n (%) | 56 (48) | 40 (34) | 20 (17) | 116 (100) | |
| Pacientes asalariados, n (%) | 21 (38) | 11 (28) | 7 (35) | 39 (34) | 0,6 |
| Ausentismo (trabajo perdido debido a problemas de salud) | | | | | |
| Número de pacientes, n (%) | 6 (29) | 4 (36) | 2 (29) | 12 (31) | 0,8 |
| Horas de trabajo perdidas debido a la enf. reumática, mediana (p25-p75) | 10 (3-12) | 13,5 (3-24) | 40 (NA) | 11 (3-20) | 0,5 |
| Horas de trabajo perdidas por otros problemas de salud, mediana (p25-p75) | 2 (1-14) | 14 (6-26) | 23,5 (7-40) | 8 (2-32) | 0,8 |
| Porcentaje de trabajo perdido debido a problemas de salud, mediana (p25-p75) | 14,2 (7,8-21) | 75 (25-75) | 100 (100) | 21 (7,8-100) | 0,9 |
| Pacientes asalariados en los 7 últimos días | | | | | |
| Horas realmente trabajadas, mediana (p25-p75) | 45 (35-50) | 20 (10-32) | 49 (40-50) | 40 (26-50) | 0,9 |
| Presenteísmo | | | | | |
| Número de pacientes (n, %) | 11 (52) | 5 (45) | 4 (57) | 20 (51) | 1 |
| Porcentaje de trabajo no realizado debido a problemas de salud, mediana (p25-p75) | 50 (30-36) | 75 (50-80) | 50 (10-100) | 50 (10-100) | 0,5 |
| Escala visual numérica del grado de deterioro en la productividad laboral, mediana (p25-p75) | 1 (0-5) | 0 (0-7) | 0,5 (0-5) | 0 (0-8) | 0,9 |
| Escala visual numérica del grado de deterioro en las actividades diarias, mediana (p25-p75) | 3,5 (0-9) | 5 (2-10) | 5 (0-8) | 4 (0-10) | 0,8 |
| Porcentaje de incapacidad en las actividades diarias debido a problemas de salud (de aquellos con % de incapacidad en las actividades > 0) | 0,1 (0-0,5) | 0 (0-7) | 0,5 (0-5) | 0 (0-0,8) | 0,9 |

Conclusiones: Los pacientes con AR presentan una serie de alteraciones lipídicas y lipoproteicas que les pueden conferir un mayor riesgo aterogénico. Los niveles elevados de PON 1 parecen chocar con esta idea. La razón de este hallazgo podría residir en la competitividad de las moléculas inflamatorias como la SAA por el HDL que desplazaría al PON 1 a sangre periférica donde estaría elevado pero no cumpliría su función antioxidante.

114. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET CON UVEÍTIS COMO PRINCIPAL MANIFESTACIÓN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 5 HOSPITALES TERCARIOS

M.V. Hernández¹, M. Mesquida², G. Espinosa³, D. Díaz Valle⁴, M. Cordero Coma⁵, A. Fonollosa⁶, N. Ortego⁷, J.L. Calleja⁷, V. Llorenç², L. Pelegrín², B. Molins², A. Adán² y R. Sanmartí¹

¹Servicio de Reumatología; ²Oftalmología; ³Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Servicio de Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁵Servicio de Oftalmología. Hospital de León. ⁶Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Cruces. Bilbao. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: En la última década, la utilización de los fármacos anti-TNF ha mejorado las posibilidades terapéuticas de los pacientes con uveítis autoinmune refractaria, particularmente con uveítis asociada a enfermedad de Behçet.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad a largo plazo de los fármacos anti-TNF (infliximab, [IFX]; adalimumab, [ADA]; y golimumab [GLM]) en el tratamiento de pacientes con uveítis asociada a enfermedad de Behçet (EB) que no han respondido o han presentado intolerancia a tratamiento inmunosupresor (IMS).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con uveítis asociada a EB tratados con anti-TNF en 5 hospitales terciarios de España. Se analizaron las siguientes variables: características demográficas; duración de la enfermedad; positividad de HLA-B51 y tipo de uveítis; tratamientos previos; tipo y duración del fármaco anti-TNF utilizado; agudeza visual y número de brotes de uveítis antes y después de la terapia biológica; tiempo de seguimiento y evolución posterior.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes, 55,5% mujeres, edad media 38,6 ± 9,7 años con uveítis asociada a EB. La duración media de la enfermedad fue 9,8 ± 7,2 años, y 21 pacientes (58,3%) eran HLA-B51 positivo. El tipo de uveítis era: 66,7% panuveítis, 25% uveítis posterior, 5,6% uveítis anterior y 2,7% uveítis intermedia. El 80,5% de los pacientes tenían afectación ocular bilateral. Antes de iniciar la terapia biológica, todos los pacientes recibían tratamiento con glucocorticoides (GC) orales y el 63,8% habían recibido = 2 IMS. Veintiséis pacientes (72,2%) recibieron IFX y 10 (27,8%) ADA como fármaco inicial. Once de los 26 pacientes tratados inicialmente con IFX cambiaron a otro agente anti-TNF debido a: efectos adversos (2 pacientes), pérdida de eficacia (3), decisión del paciente (2) y recidiva de uveítis tras retirada de IFX por remisión (4). De los 11 pacientes que discontinuaron IFX, 9 cambiaron a ADA y 2 a GLM. En conjunto, 18 pacientes fueron tratados con ADA y 2 con GLM. El tiempo medio de administración de IFX fue 16,6 meses (rango, 2-48), de ADA 30,2 meses (rango, 3-52), y de GLM 4 meses (rango, 3-6). La agudeza visual presentó una mejoría significativa desde su valor basal (0,51 ± 0,35) a su valor al final del seguimiento (0,72 ± 0,37) (p < 0,001). Asimismo, el número de brotes de uveítis por paciente y año disminuyó significativamente tras el inicio de la terapia biológica de 3,4 ± 1,5 (basal) a 0,68 ± 0,88 (p < 0,05). El tiempo medio de seguimiento fue 76,6 meses (rango 8-276). Treinta y tres pacientes

(91,6%) alcanzaron la remisión y 16 (44,4%) discontinuaron el tratamiento sistémico con IMS y GC. Se reportaron 5 efectos adversos graves que requirieron la retirada del fármaco: reacción infusional grave (2 pacientes), tuberculosis pulmonar (1) y prostatitis (1) en el grupo de IFX; y un caso de encefalopatía posterior reversible en el grupo de ADA.

Conclusiones: Los anti-TNF son fármacos eficaces en el tratamiento de la uveítis asociada a EB, consiguiendo la remisión en el 91,6% de los pacientes.

115. REGISTRO PROSPECTIVO DE INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

L. Mateo¹, F. Sala², M. Giménez³, I. Carrasco³, M. Martínez Morillo¹, S. Holgado¹, B. Tejera¹, A. Riveros¹, S. Rodríguez Muguruza¹, J. Cañellas¹, A. Olivé¹ y X. Tena¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia; ³Servicio de Microbiología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivos: Realizar un registro activo y prospectivo de las infecciones graves que acontecen en los pacientes tratados con fármacos biológicos en un hospital universitario.

Métodos: Desde mayo de 2010 se está realizando un trabajo de colaboración entre los servicios de Microbiología, Farmacia y Reumatología de un hospital universitario de Barcelona, con la finalidad de detectar y conocer el perfil de las infecciones en los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos. Para ello se dispone de un registro mensual de todos los cultivos con aislamiento de microorganismo en cualquiera de las muestras biológicas procesadas en el servicio de Microbiología, así como de un registro del servicio de Farmacia del hospital (actualizado mensualmente) de los pacientes en terapia biológica, con independencia de la especialidad que hubiese indicado dicho tratamiento. Mediante un cruce mensual de los datos de ambos registros, se detectan los pacientes con infección confirmada.

Resultados: Durante el periodo de mayo de 2010 a noviembre de 2012 se detectaron 84 cultivos bacterianos positivos (51 de Reumatología, 31 de Gastroenterología, 2 Dermatología) procedentes de 40 enfermos infectados (25 Reumatología, 14 Gastroenterología, 1 Dermatología). La enfermedad que fundamentó la indicación de terapia biológica fue: artritis reumatoide (16), espondilitis anquilosante (5), artritis psoriásica (1), artritis seronegativa (1), LES (1), amiloidosis (1), enfermedad de Crohn (12), colitis ulcerosa (2), psoriasis (1). Los fármacos biológicos que recibían en el momento de la infección fueron: infliximab 19 pacientes (42,2%), adalimumab 12 (26,7%), etanercept 6 (13,3%), abatacept 1(2,2%), tocilizumab 3 (6,7%) y rituximab 4 (8,9%). Entre los enfermos reumáticos se registró infección en 25 de los 229 pacientes en terapia biológica activa (10,9%). Por fármacos, se observaron las siguientes frecuencia de infecciones: infliximab 59,4%, adalimumab 20,3%, etanercept 7,0%, rituximab 18,2%, tocilizumab 10% y abatacept 6,6%. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron: *E. coli* en 17 muestras (20,2%), *S. aureus* 8 (9,4%), *Klebsiella pneumoniae* 8 (9,5%), *Pseudomonas aeruginosa* 7 (8,3%), *Streptococcus agalactiae* 6 (7,1%), *Enterococcus faecalis* 5 (6%), *Cryptococcus neoformans* 4 (4,8%), *Haemophilus influenzae* 4 (4,8%) y *Candida albicans* 3 (3,6%). Además se registraron 1 caso de infección por *Listeria monocytogenes*, 1 por *Leishmania* y 3 por *M. tuberculosis* (3,6%). La tabla recoge las infecciones por servicio prescriptor de la terapia biológica. Las infecciones más frecuentes fueron: del tracto urinario (15), respiratorias (9), sepsis (9), piel y tejidos blandos (9), exudado perianal y rectal (4), líquido cefalorraquídeo (2), líquido pleural (2) y líquido peritoneal (2).

Tabla Póster 115

| Agente infeccioso aislado | Gastroentero- logía | Reumato- logía | Dermato- logía | Total general |
|--|------------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| <i>Aspergillus</i> spp | | 1 | | 1 |
| <i>Candida albicans</i> | 3 | | | 3 |
| <i>Citrobacter</i> spp | | 2 | | 2 |
| <i>Cryptococcus neoformans</i> | 4 | | | 4 |
| Enterobacterias diversas | 2 | | | 2 |
| <i>Enterococcus faecalis</i> | | 5 | | 5 |
| <i>Escherichia coli</i> | 4 | 13 | | 17 |
| Estafilococo coagulasa negativo | 2 | | | 2 |
| Estreptococo del grupo viridans | 2 | | | 2 |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | | 4 | | 4 |
| Herpes zóster | | 1 | | 1 |
| <i>Klebsiella catarrhalis</i> | 5 | 3 | | 8 |
| <i>Leishmania</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Listeria monocytogenes</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Moraxella catarrhalis</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 1 | 6 | | 7 |
| <i>Salmonella enterica</i> serovar <i>Typhimurium</i> | 1 | 1 | | 2 |
| <i>Serratia marcescens</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | | 6 | 2 | 8 |
| <i>Streptococcus agalactiae</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Streptococcus milleri</i> (grupo) | 2 | | | 2 |
| <i>Streptococcus agalactiae</i> | 3 | 3 | | 6 |
| <i>M. tuberculosis</i> | 1 | 2 | | 3 |
| Total general | 31 | 51 | 2 | 84 |

Conclusiones: Aproximadamente un 10% de los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos presentan alguna infección clínicamente relevante. Infliximab es el agente relacionado con una mayor tasa de infecciones y abatacept el fármaco con menor registro de infecciones.

116. OPTIMIZACIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE BIOLÓGICOS

S. Alonso, P. Tejón, S. Rodríguez, M. Alperi, R. Queiro, J.L. Riestra, L. Arboleya y J. Ballina

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La aparición de la terapia biológica supone una revolución en el tratamiento de las enfermedades reumatológicas, siendo la remisión o la baja actividad de dichas enfermedades un objetivo de tratamiento real en la consulta de reumatología. No obstante, la limitación de estos fármacos radica en su alto coste económico. Recientemente, ciertos estudios pretenden arrojar evidencia científica en la práctica de optimizar o incluso suspender estas terapias una vez se ha alcanzado la baja actividad o la remisión de la enfermedad.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos en la práctica de la optimización de fármacos biológicos, en pacientes seguidos durante un año en nuestra consulta monográfica de biológicos.

Métodos: incluimos 243 pacientes en seguimiento en la consulta monográfica de biológicos durante el periodo desde el 15 de septiembre de 2011 hasta el 15 de septiembre de 2012. Los pacientes incluidos fueron evaluados en consulta trimestral por el mismo reumatólogo, quien realizaba la exploración física, índices de valoración de la actividad de la enfermedad, cuestionarios de calidad de vida y realizaba los cambios terapéuticos. La optimización se realizó en el caso de los fármacos de administración subcutánea, espaciando el tiempo de administración, y en el caso de los fármacos de administración intravenosa disminuyendo la dosis ajustada por peso. Los criterios de optimización fueron el mantenimiento, al menos durante 6 meses, de mínima actividad de la enfermedad o remisión de la misma. Por tanto en Artritis Reumatoide

empleamos como criterio de mínima actividad un DAS 28 < 3,2 y de remisión un DAS28 < 2,6; en espondilitis anquilosante un BASFI y BASDAI < 4 para mínima actividad y un BASFI y BASDAI < 2 para remisión, y en artritis psoriásica definimos como mínima actividad un DAS 28 < 3,2 junto con BASFI y BASDAI < 4 y remisión como DAS28 < 2,6 junto con BASDAI y BASFI < 2.

Resultados: Se obtienen un total de 243 pacientes con edades comprendidas entre los 24 y los 85 años. De ellos, 140 (55%) son mujeres. La edad media fue de 52 años y los hombres fueron, en media, 8 años más jóvenes (p-valor < 0,001). Del total de pacientes, 129 son artritis reumatoide (AR), 71 espondilitis anquilosante (EA) y 46 artritis psoriásica (APs). El 74% de los pacientes con AR son mujeres; mientras que el 72% y el 60% de los pacientes con EA y APs respectivamente, son varones. De los 243 pacientes con AR, APs o EA, 120 (49%) obtienen una mínima actividad o remisión mantenida durante el seguimiento, por lo tanto son optimizados. En el análisis por grupos de enfermedades, se evidencia una cierta tendencia positiva para la optimización en pacientes con EA (55%), frente a 48% en AR y 46% en APs, sin encontrar diferencias significativas (p-valor 0,11). Como características clínicas, los pacientes que fueron optimizados son: 6 años más jóvenes (p-valor < 0,001), son más pacientes de género masculino (p-valor 0,004), y tienen un mayor nivel de estudios (p-valor < 0,01). De los 120 pacientes optimizados, 40 (33%) vuelven a la dosis previa de fármaco biológico, por aumento de actividad de su enfermedad, sin poder mantenerse la optimización, en una mediana de tiempo de 176 días.

Conclusiones: En un porcentaje de nuestros pacientes es posible la remisión o la mínima actividad mantenida de la enfermedad tras la optimización de terapia biológica. Existe una cierta tendencia positiva para mantener la optimización en el grupo de pacientes con espondilitis anquilosante. Los pacientes que mantienen la optimización en nuestro grupo, son más jóvenes, predomina el sexo masculino y presentan un mayor nivel de estudios.

117. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS 2 VERSIONES DE UN INMUNOENSAYO COMERCIALIZADO PARA LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ADALIMUMAB

F. Llinares-Tello, J. Rosas¹, I. de la Torre², L. Valor², X. Barber³, J.M. Senabre¹, C. Santos-Ramírez⁴, D. Hernández², L. Carreño², G. Santos-Soler¹, E. Salas¹, M. Sánchez-Barrioluengo⁵, J. Molina-García y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Laboratorio y Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Marina Salud. Denia. ⁵INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València.

Introducción: Adalimumab (ADA) es uno de los fármacos biológicos más comúnmente empleados en el tratamiento de enfermedades reumáticas. A pesar de su eficacia, algunos pacientes no responden o presentan una pérdida de respuesta en el tiempo. Hasta ahora, la decisión en estos casos se basaba únicamente en la evolución clínica del paciente. Desde hace dos años se encuentra comercializado en nuestro país un enzoinmunoensayo (ELISA) para la cuantificación de la concentración sérica libre de ADA, así como de anticuerpos anti-adalimumab (Ac anti-ADA). Recientemente el fabricante (Promonitor®, Proteomika S.L., distribuido por Menarini Diagnósticos S.A.) ha lanzado una nueva versión de este ELISA con cambios significativos en cuanto a practicabilidad analítica del ensayo.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos del estudio comparativo entre las dos versiones del ELISA comercializado para monitorización terapéutica de ADA.

Métodos: Se han seleccionado muestras de suero de pacientes con artritis reumatoide tratados con ADA, con diferentes concentracio-

nes de fármaco y Ac anti-fármaco de modo que se cubra todo el rango analítico de la técnica. Las muestras fueron extraídas justo antes de la administración del fármaco (nivel valle) y se conservaron congeladas a -80°C hasta su posterior análisis por duplicado con las dos versiones disponibles del ELISA. Se utilizaron lotes de reactivo distintos en cada tanda de análisis. Se realizó la prueba t de Student de muestras apareadas para comparar las concentraciones medias de ADA entre los dos análisis realizados con la misma versión del ensayo. Mediante el estadístico kappa se evaluó la concordancia entre los resultados obtenidos con la misma versión. Se ha calculado el coeficiente de correlación de concordancia (CCC) y su intervalo de confianza para conocer si las mediciones con las dos versiones (v1 o anterior y v2 o actualizada) del ensayo muestran concordancia. **Resultados:** No se observan diferencias estadísticamente significativas en la comparación de medias para las concentraciones de ADA entre las dos mediciones de 24 muestras con la versión 1 ($7,62 \pm 6,15$ y $7,13 \pm 4,08$ mg/L, $p = 0,59$), ni entre las dos mediciones de 20 muestras con la versión 2 ($6,94 \pm 4,37$ y $7,20 \pm 4,57$ mg/L, $p = 0,08$) del ELISA. Al categorizar las mediciones por rangos (de 0 a 3, de 3 a 7, de 7 a 12 y mayor de 12 mg/L), se observa una concordancia moderada entre las concentraciones de ADA obtenidas con la v1 (Kappa 0,55; 0,18-0,79) y una concordancia muy buena entre las concentraciones de ADA obtenidas con la v2 (Kappa 0,91; 0,65-1,00), con una mayor discrepancia para las concentraciones más altas, mientras que por debajo de 7 mg/L el grado de asociación es mayor, por tener un número de casos clasificados en diferente rango prácticamente nulo en las diferentes muestras realizadas. En el ELISA para la detección de Ac anti-ADA se obtuvo una concordancia del 100%, los 4 pacientes con Ac anti-ADA dieron positivos en las dos versiones evaluadas ($n = 40$).

Conclusiones: 1. En general, la versión 2 del ensayo proporciona resultados más altos de concentración de ADA que la versión 1. Sin embargo, se observa una mayor precisión en el rango de concentraciones próximas al nivel de decisión clínica. 2. La nueva versión del ELISA permite la automatización completa, lo cual simplifica mucho el análisis, y reduce significativamente la variabilidad en las repeticiones de las muestras.

118. SÍNDROME SAPHO Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

J.E. Naves¹, M. Martínez-Morillo², E. Cabré¹, M. Mañosa¹, E. Domènech¹, B. Tejera², D. Grados² y A. Olivé²

¹Servicio de Gastroenterología; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La aparición simultánea del síndrome de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis (SAPHO) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) fue descrita por primera vez en 1992. Desde entonces se han comunicado casos aislados y pequeñas series de pacientes con esta asociación.

Objetivos: Describir los casos de pacientes con síndrome SAPHO y EII presentes en nuestro centro; y realizar una revisión sistemática de casos publicados con esta asociación.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes con diagnóstico simultáneo de SAPHO y EII registrados en las bases de datos de los servicios de Gastroenterología y Reumatología de un hospital universitario con un área de referencia de 800000 habitantes. Se realizó asimismo una búsqueda sistemática de todos los casos publicados con estos diagnósticos en Medlars Online International Literature (MEDLINE) a través de PubMed. Se registraron los datos relevantes de cada resultado positivo, y se estableció contacto con los autores de aquellos casos en los que consideramos que faltaba información.

Resultados: Se identificaron 3 nuevos casos con diagnóstico simultáneo de síndrome SAPHO y EII entre los 62 pacientes con síndrome

SAPHO (4,8% de la cohorte SAPHO) y los 1.309 pacientes con EII (0,2% de la cohorte EII) tratados en nuestro centro hospitalario. Tras una exhaustiva revisión sistemática se encontraron otros 36 casos con la asociación EII y SAPHO o su variante osteomielitis crónica multifocal recurrente (CRMO). En la serie total de 39 pacientes se evidenció un predominio del sexo femenino (64%) y una temprana edad al diagnóstico de ambas enfermedades (18 años para EII y 24 años para síndrome SAPHO). El diagnóstico de síndrome SAPHO precedió al de la EII en el 55% de los casos, y fue simultáneo o posterior en el resto. Se encontró un predominio de enfermedad de Crohn (69%), y en la mayoría de casos se constató afectación de colon. La localización de la afectación osteoarticular más frecuentes fueron la de articulaciones periféricas (61%); pared anterior del tórax (56%), articulación sacroilíaca (20%), y columna vertebral (18%). Aproximadamente un 41% de los pacientes desarrolló manifestaciones cutáneas típicas, siendo la pustulosis palmoplantar la más común de ellas. Teniendo en cuenta el subgrupo de casos publicados después del año 2000 (19 pacientes), los tratamientos más utilizados para la EII fueron los glucocorticoides (68%), salicilatos (52%), inmunomoduladores (37%), anti-TNF (16%); y para el síndrome SAPHO, los AINEs (63%), glucocorticoides (37%); salicilatos (31%), inmunomoduladores (21%), pamidronato intravenoso (16%) y anti-TNF (16%).

Conclusiones: El síndrome SAPHO suele preceder a la EII y es más frecuente en el sexo femenino y en edad temprana. La enfermedad de Crohn se asocia más a síndrome SAPHO que la colitis ulcerosa. Curiosamente la afectación colónica es muy frecuente. Ambas enfermedades responden a tratamiento similares, pero se deberían evitar los antiinflamatorios no esteroideos por su potencial capacidad para desencadenar brotes de EII.

119. APARICIÓN DE NÓDULOS PULMONARES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN EN TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA

M.M. Ruiz Tudela, R. Menor Almagro, M.J. Rodríguez Valls, J.L. de la Iglesia Salgado y J.J. Pérez Venegas

Sección de Reumatología. Hospital de Jerez.

Introducción y objetivos: La prevalencia de nódulos pulmonares en pacientes con AR depende del método de estudio, variando entre menos del 1% en Radiología simple, un 4-10% en TACAR, hasta en un 30% de autopsias. Son más frecuentes en pacientes varones, con poliartritis, FR + y de larga evolución. Generalmente cursan de forma asintomática y se han asociado a FAMES y anti TNF. Presentamos la aparición de nódulos reumatoides a nivel pulmonar en pacientes con artritis reumatoide FR y anti-CCP positivo, en remisión DAS y sin nódulos a otro nivel. Una característica común de los pacientes es que todos recibían tratamiento con leflunomida.

Métodos: Paciente 1: mujer de 50 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Fumadora. Diagnosticada de artritis reumatoide factor reumatoide positivo y anti-CCP positivos en 2004. En tratamiento con etanercept y leflunomida desde 2007, estando en remisión. En Rx y TACAR de tórax se aprecian pequeños nódulos pulmonares subpleurales en ambos hemitórax de distinto tamaño, el mayor de 16 mm. Dos de ellos necrosados. Paciente 2: mujer de 57 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial. Fumadora. Diagnosticada de artritis reumatoide factor reumatoide positivo y anti-CCP positivos en 2001. Desde 2007 en tratamiento con leflunomida, en la actualidad en remisión clínica. En Rx y TAC de tórax se confirma la existencia de nódulo de 4,2 cm en íntimo contacto con la pleura, a nivel basal posterior derecho. Paciente 3: mujer de 44 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo. Fumadora. Diagnosticada de artritis reumatoide factor reumatoide positivo y anti-CCP positivos en 1998. En tratamiento con leflunomida desde 2010. Actualmente en tratamiento

con abatacept (además de leflunomida 10 mg). En Rx de tórax previa al inicio del tratamiento, se aprecia nódulo en lóbulo superior derecho. Con TAC de tórax se confirma la existencia de nódulo de 7 mm subpleural cavitado. Paciente 4: mujer de 65 años de edad. No fumadora. Diagnosticada de artritis reumatoide factor reumatoide positivo y anti-CCP positivos en 2001. Síndrome de Sjögren secundario. En tratamiento con leflunomida 20 mg, en remisión. Se realiza Rx y TAC de tórax en la que se aprecia condensación basal derecha y nódulos pulmonares cavitados en lóbulo inferior derecho de unos 4-5 cm de diámetro. En todos los casos se realizó fibrobroncoscopia y PAAF de las lesiones con estudio microbiológico negativo y anatomopatológico negativo para malignidad. En el intento de descartar patología tumoral se discutieron los casos en la comisión de tumores de nuestro hospital y se acordó realizar seguimiento radiológico con TAC cada 6 meses. En los pacientes con tratamiento biológico se suspendió el tratamiento con leflunomida y en las que estaban en monoterapia se ha mantenido. Las lesiones tras 6 meses o 1 año de seguimiento (según el caso) se han mantenido sin cambios.

Resultados y conclusiones: Se describen 4 casos de pacientes con nódulos reumatoides a nivel de parénquima pulmonar de diferente morfología y distribución. Los 4 casos son artritis reumatoides seropositivas, erosivas de larga evolución sin que presenten nódulos reumatoides subcutáneos ni otra manifestación extraarticular. Además, en todos ellos la enfermedad articular estaba en remisión con tratamiento.

La evaluación diagnóstica de la aparición de nódulos en pacientes con AR es compleja, siendo necesario descartar el origen infeccioso de los mismos, la presencia de tumores o que sean de origen vasculítico o asociados a fármacos. Los nódulos reumatoides pulmonares generalmente son asintomáticos, y se encuentran en pacientes con artritis reumatoide seropositiva, que presentan poliartrosis y además, nódulos en otras localizaciones y suelen ser periféricos. Entre los fármacos asociados al desarrollo de nódulos pulmonares se encuentran metotrexate, leflunomida y anti TNF.

120. ¿EXISTE SINOVITIS SUBCLÍNICA EN EL REUMATISMO PALINDRÓMICO? UN ESTUDIO ECOGRÁFICO EN 40 PACIENTES

S. Cabrera-Villalba¹, J. Ramírez¹, G. Salvador², V. Ruiz-Esqueda¹, M.V. Hernández¹, C. Saura¹, J. Martín¹, J.D. Cañete¹ y R. Sanmartí¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Hospital Universitario Mutua Terrassa.

Introducción: El reumatismo palindrómico (RP) es una forma de artritis intermitente que evoluciona con frecuencia a artritis reumatoide (AR), especialmente los pacientes con anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA), aunque un número significativo no evoluciona a esta enfermedad después de varios años de seguimiento. Se desconoce si en la fase intercrítica de la enfermedad, los pacientes pueden tener una sinovitis subclínica y si su presencia es un factor de riesgo para su evolución a AR.

Objetivos: Analizar de forma sistemática la presencia de sinovitis subclínica (medida por ecografía power doppler) en pacientes con RP puro en fase asintomática. Comparar los hallazgos ecográficos entre pacientes ACPA(+) y ACPA(-).

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, en el que se incluyeron pacientes con el diagnóstico de reumatismo palindrómico "puro" (que no hayan evolucionado a ninguna enfermedad del tejido conjuntivo), en el momento del estudio. Se han analizado datos clínicos, epidemiológicos, demográficos, serológicos y terapéuticos. En todos los pacientes se realizó en la fase asintomática de la enfermedad y de manera sistemática ecografía de ambas manos, incluyendo carpos, metacarpofalángicas (MCF) e interfalángicas (IFP) proximales, así como tendones flexores y extensores en carpos y manos.

Se utilizó un ecógrafo Esaote modelo MyLab25 con sonda lineal de 12 MHz y todas las ecografías fueron realizadas por el mismo reumatólogo, experimentado en ecografía del aparato locomotor. El estudio ecográfico se dirigió a la búsqueda de sinovitis subclínica definida como la coexistencia de hipertrofia sinovial y señal power doppler en las articulaciones mencionadas, con cuantificación de las mismas (grados 0-1-2-3).

Resultados: Se incluyeron un total de 40 pacientes (70% mujeres), con una edad media de $51,1 \pm 11,9$ años y de duración media de inicio de los síntomas de $12,4 \pm 11,3$ años. Las articulaciones más afectadas fueron: MCF (47,5%), muñecas (27,5%), IFP (17,5%), hombros (5%) y codos (2,5%). En el 47% de los casos el brote se autolimitó en 48 horas y ninguno superó la semana de duración. El 52,5% fueron seropositivos para el FR y el 72,5% para los anti-CCP (test comercial CCP2). La mayoría de los pacientes estaba en tratamiento con FAMES (70%), siendo la Hidroxicloroquina el fármaco más utilizado. En el estudio ecográfico se evidenció señal power doppler en 13 pacientes (32,5%). Las articulaciones del carpo fueron las más frecuentemente afectadas (30%). El 87,5% de los pacientes presentaba algún grado de hipertrofia sinovial. Las articulaciones del carpo fueron las que presentaron mayor grado de hipertrofia sinovial (35%), seguidas de la 1ª y 2ª metacarpofalángicas (34,3%). No se observaron diferencias significativas en los hallazgos ecográficos entre pacientes ACPA(+) o ACPA(-) (tabla). En 4 pacientes se realizaron ecografías durante un brote de RP, de los cuales 3 presentaron sinovitis activa (hipertrofia sinovial más señal doppler).

Hallazgos ecográficos en pacientes con RP puro en fase asintomática

| | Total n: 40 | ACPA (+) n: 29 | ACPA(-) n: 11 | p |
|------------------------------|----------------|-------------------|------------------|----|
| Señal Doppler grado 0 | 27 (67,5%) | 19 (65,5%) | 8 (72,7%) | ns |
| Señal Doppler grado 1 | 11 (27,5%) | 8 (27,6%) | 3 (27,3%) | ns |
| Señal Doppler grado 2 | 1 (2,5%) | 1 (3,4%) | 0 | ns |
| Señal Doppler grado 3 | 1 (2,5%) | 1 (3,4%) | 0 | ns |
| Hipertrofia sinovial grado 0 | 5 (12,5%) | 4 (13,8%) | 1 (9,1%) | ns |
| Hipertrofia sinovial grado 1 | 18 (45%) | 13 (44,8%) | 5 (45,5%) | ns |
| Hipertrofia sinovial grado 2 | 14 (35%) | 10 (34,5%) | 4 (36,4%) | ns |
| Hipertrofia sinovial grado 3 | 3 (7,5%) | 2 (6,9%) | 1 (9,1%) | ns |

Conclusiones: La mayoría de pacientes con RP tienen algún grado de hipertrofia sinovial en articulaciones de la mano por ecografía en la fase intercrítica, pero solo un tercio presentan sinovitis subclínica definida por la presencia de señal power doppler, sin diferencias entre los pacientes ACPA(+) y ACPA(-).

121. BLOQUEO CARDÍACO EN JÓVENES. ¿SE DEBEN CONSIDERAR LOS REUMATISMOS INFLAMATORIOS?

M. Martínez-Morillo¹, G. Juncà², I. Santos², I. Salvador-Corres³, R. Villuendas², D. Pereferrer², B. Tejera¹, A. Riveros¹, S. Rodríguez-Muguruza¹ y A. Olivé Marqués¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Cardiología; ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: El bloqueo cardíaco en menores de 50 años es muy infrecuente y en ocasiones no se encuentra una causa desencadenante. Varias enfermedades reumáticas pueden producir trastornos de la conducción. Algunas están bien descritas, como las alteraciones de la conducción en los pacientes con espondilitis anquilosante; sin embargo otras son controvertidas. Los autoanticuerpos anti-Ro se han relacionado tradicionalmente con el lupus neonatal y el bloqueo cardíaco congénito, investigaciones recientes han demostrado su implicación en el mecanismo etiopatológico. Se ha intentado relacionar la aparición de estos autoanticuerpos con alteraciones electrocardiográficas en adultos con resultados controvertidos.

Objetivos: Determinar si el bloqueo aurículo ventricular (BAV) del paciente joven de causa no aclarada puede estar asociado a reumatismos inflamatorios.

Métodos: Diseño retrospectivo observacional (1973-2011) en un hospital universitario con un área de referencia de 800.000 habitantes. Se revisaron las historias de los pacientes portadores de marcapasos del servicio de Cardiología, un total de 3359 pacientes. Se seleccionaron aquellos menores de 50 años que habían presentado un bloqueo cardíaco de causa no aclarada: 24 pacientes. Uno había fallecido en el momento de la realización del estudio, y 3 se negaron a participar. A los 20 restantes, se les realizó una analítica con estudio inmunológico: anticuerpos antinucleares (ANA) en Hep2 y antígenos extraíbles del núcleo (ENA) por inmunoensayo e inmunoblot, así como una entrevista clínica por un reumatólogo para buscar signos y síntomas clínicos de reumatismos inflamatorios.

Resultados: Se estudiaron 20 pacientes: 7 hombres (35%) y 13 mujeres (65%). La media de edad en el momento del implante del marcapasos fue de $37,5 \pm 10$ años (rango: 17-49). El motivo de la implantación fue: BAV completo 14 pacientes (70%), BAV avanzado 3 (15%), BAV tipo Wenckebach 1 (5%) y se desconoce el tipo de BAV en 2 casos. Dos pacientes presentaban antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes: 1 artritis reumatoide y 1 tiroiditis autoinmune. Se halló una paciente Ro52 positivo sin conectivopatía asociada y una paciente Ro 60 positivo afecta de lupus eritematoso sistémico; ningún otro ENA fue encontrado. Otro paciente presentaba una espondilitis anquilosante HLA B27 positiva. Tanto el diagnóstico de lupus sistémico como el de espondilitis eran previos al bloqueo cardíaco. En los otros pacientes no se hallaron signos ni síntomas de reumatismos inflamatorios. El test de la lágrima fue patológico en 5 (20%) de los pacientes. Los 2 pacientes con lupus sistémico y espondilitis anquilosante tenían un síndrome seco secundario a su enfermedad de base.

Conclusiones: Un 15% de pacientes tenían rasgos de enfermedad reumática inflamatoria; en 2 casos el BAV aconteció en un paciente con lupus y otro con espondilitis, en un tercer caso se detectaron anticuerpos anti-Ro52 en una mujer sin rasgos clínicos de conectivopatía. Debido a la baja prevalencia de los autoanticuerpos frente a Ro en los pacientes con bloqueo cardíaco no creemos justificada la búsqueda rutinaria de alteraciones de la conducción en los pacientes seropositivos para este marcador. Sin embargo la realización de un estudio inmunológico básico y la valoración por Reumatología de los pacientes con bloqueos cardíacos en el adulto joven de causa no filiada, puede ser útil para aclarar su origen y desenmascarar otras patologías subyacentes.

122. VALIDEZ DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTERITIS DE LA TEMPORAL

S. García Carazo, E. de Miguel, C. Castillo, P. Alcocer Amores y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) o arteritis de la temporal es la vasculitis sistémica más frecuente del adulto. Habitualmente el diagnóstico se basa en el uso de los criterios del American College of Rheumatology (ACR) publicados en 1990, y en la biopsia de arteria temporal. El problema radica en que, según la literatura, la biopsia puede llegar a ser negativa en hasta un 68% de pacientes con ACG.

Objetivos: Evaluar la validez de la ecografía Doppler en el diagnóstico de ACG, comparando con criterios ACR y biopsia, tomando como patrón oro el diagnóstico clínico definitivo del paciente.

Métodos: Se estudiaron 276 pacientes con sospecha de ACG a los que se realizó una ecografía Doppler de arterias temporales. Solo se

practicó biopsia a 92 pacientes, y como patrón oro se utilizó el diagnóstico final al menos tres meses después del juicio clínico e inicio del tratamiento. Se registró la afectación topográfica (n° de ramas afectas en ecografía) de 267 pacientes.

Resultados: De los 276 pacientes estudiados, 189 (68,5%) eran mujeres y 87 (31,5%) varones, con una edad media de $75,8 \pm 9,02$ años. El 48% tuvo diagnóstico definitivo de ACG, mientras que el 55,79% cumplía criterios ACR y el 45,2% tenía signos ecográficos compatibles. De las 92 biopsias realizadas, 24 (26%) fueron positivas. La validez (sensibilidad y especificidad) y seguridad (valor predictivo positivo [VPP], Valor predictivo negativo [VPN], Likelihood Ratio [LR] positivo y LR negativo) de las pruebas diagnósticas utilizadas fue la siguiente: Según afectación topográfica, 17 pacientes tenían una única rama afectada, con un 23,5% de falsos positivos. En los 100 pacientes con afectación de 2 o más ramas, solo se encontró un 2% de falsos positivos. El único falso positivo en el grupo de 4 ramas afectas fue una Osteomielitis de base de cráneo. Los datos bioquímicos mostraron una variación de VSG entre pacientes con ACG y aquellos con otros diagnósticos no significativa ($64,05 \pm 29,8$ vs $58,15 \pm 32,3$, $p = 0,12$), mientras que la variación de PCR sí fue significativa entre pacientes con y sin ACG ($59,51 \pm 63,4$ vs $31,6 \pm 53,7$, $p = 0,016$).

| | Sensibilidad | Especificidad | VPP | VPN | LR+ | LR- |
|---------------|--------------|---------------|-------|--------|-------|------|
| Criterios ACR | 74,07% | 61,7% | 64,9% | 71,31% | 1,93 | 0,42 |
| Biopsia | 36,36% | 100% | 100% | 38,23% | | 0,63 |
| Ecografía | 88,15% | 95,74% | 95,2% | 89,4% | 20,69 | 0,12 |

Conclusiones: La ecografía muestra una gran validez y seguridad como prueba diagnóstica de ACG, por lo que debería incluirse en la práctica clínica y en los criterios diagnósticos de la enfermedad.

123. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS EN EDAD PEDIÁTRICA DE UN ÁREA URBANA Y COMPARACIÓN CON UNA SERIE DE CASOS EN EDAD ADULTA

V. Torrente-Segarra¹, E. Iglesias¹, R. Bou¹, S. Ricart¹, J. Sánchez¹, L. López Vives¹, T.C. Salman-Monte², J. Carbonell² y J. Antón¹

¹Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ²Parc de Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Describir las características clínicas y serológicas de una serie de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico juvenil (LESj); comparar las principales diferencias entre el LESj y una serie de LES en edad adulta (LESa).

Métodos: Recogimos datos clínicos y serológicos de nuestra serie de pacientes con LESj del Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues. Definimos las siguientes variables: enfermedad cutánea (presencia de lupus discoide, fotosensibilidad,y/o rash malar), articular (artritis), hematológica (anemia, leucopenia, y/o plaquetopenia), renal ($> 0,5$ g/d proteinuria y, si disponible, clasificación histológica WHO), neurolupus (psicosis y/o convulsiones). Recogimos los siguientes datos: edad al debut, tiempo de evolución, y sexo. Con respecto a los marcadores serológicos: positividad DNAs. También recogimos los datos de una cohorte bien conocida de pacientes con LESa en la misma área urbana y Mediterránea del Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Analizamos los datos y comparamos entre las 2 cohortes.

Resultados: Incluimos 42 LESj, y los comparamos con 124 LESa. 90% de los LESj fueron mujeres, comparado con el 95% de LESa. La edad al debut en LESj fue de 12,1 años. En el grupo de LESj, 81% tenían enfermedad cutánea, 62% hematológica, 44% artritis, 40% nefropatía (60% clase IV, 20% clase III, 10% clase II y 10% clase V de la WHO classification). En el grupo de LESa, 80% tenían enfermedad cutánea, 54% hematológica, 29% artritis, 14% nefropatía y 3,2% neurolupus. DNAs fue positivo en 68% de LESj y en 54,8% de LESa.

Conclusiones: Encontramos ligeras diferencias entre estas 2 cohortes mediterráneas de LESj y LESa. La mayoría de casos eran mujeres y las principales características clínicas y serológicas eran similares entre ambos grupos. Los pacientes con LESj tuvieron más frecuentemente nefropatía (la mayoría clase IV-WHO), y positividad para DNAds. Un mayor tiempo de seguimiento y futuros análisis de nuestra cohorte pediátrica podrán aportar más datos.

124. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS PROCEDENTE DE UN REGISTRO DE DENSITOMETRÍA ÓSEA DE REUMATOLOGÍA

M. Sánchez-Barrioluengo¹, X. Barber², J. Rosas³, E. Salas³, J.M. Senabre³, G. Santos-Soler³, C. Santos-Ramírez⁴, C. Cano⁵, M. Lorente⁵, N. Llahí⁵ y Grupo AIRE-MB

¹INGENIO (CSIC-UPV) Universitat Politècnica de València. ²CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche. ³Servicio de Reumatología; ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁵Hospital Marina Salud. Denia.

Introducción: La osteoporosis (OP) afecta al 8% de las mujeres españolas, alcanzando al 23% a partir de los 65 años. El análisis de los factores de riesgo (FR), se considera de gran relevancia para la evaluación de los pacientes con sospecha de OP.

Objetivos: Conocer el patrón de FR de OP a través de la combinación de los factores que más incrementan el riesgo de esta enfermedad en una población de mujeres posmenopáusicas procedentes de un registro de densitometría ósea (DMO) de Reumatología, de columna lumbar (CL).

Métodos: Estudio transversal con 3.049 mujeres posmenopáusicas, remitidas para DMO en CL, a la Unidad de Densitometría Ósea de Reumatología de la Marina Baixa, entre los años 2010 y 2012. Se recogieron características epidemiológicas (edad, sexo), FR para OP, localización de fracturas en edad adulta, enfermedades y fármacos osteopenizantes. Mediante una regresión logística ordinal se han calculado las Odds Ratio (ORs) asociadas a la combinación de FR e IC95%. Los análisis fueron realizados mediante el programa R.

Resultados: Con DMO en CL, el 42,9% de la pacientes sufría osteopenia y el 25,6% osteoporosis. La edad media es 63,08 ± 0,34 años (mediana: 62, rango: 32-93). De los FR: IMC < 25: 30,3%; menopausia precoz: 25%; fractura previa en edad adulta: 31%, siendo de tipo osteoporótica la más frecuente (19,8%); Entre las enfermedades osteopenizantes, el 6,1% estaba diagnosticada de algún tipo de artritis crónicas (artritis reumatoide, espondiloartropatías o LES) o colagenopatías (polimialgia reumática, arteritis temporal, escleroderma, dermatomiositis o vasculitis) y un 22,4% algún otro tipo de enfermedad no reumática. En la tabla, se reflejan los FR aislados o combinados por intervalo de edad, con OR > 2 (todas las regresiones han sido controladas por otros FR: IMC, tabaco, alcohol, frac-

tura materna, diagnóstico previo y tratamiento previo). Del 23,3% de mujeres con DMO con 55 o menos años, solo se detecta como patrón de riesgo de OP, a la combinación de delgadez (IMC < 25) con una fractura osteoporótica. En las mujeres entre 56-65 años (35,1%), la delgadez, menopausia precoz o la fractura osteoporótica implican un aumento del riesgo de entre un 51% y un 96%. La combinación de dos de estos FR aumenta el riesgo de OP de dos a tres veces. Si se le agrega una enfermedad osteopenizante, aumenta el riesgo inicial entre un 53% y un 64%. En mujeres > 65 años (35,8%), es la combinación entre menopausia precoz y fractura previa del paciente la que implica un mayor aumento del riesgo de OP: 1,63 si es osteoporótica y un 2,10 si no lo es. Ser delgado y tener una enfermedad no reumática aumenta el riesgo en un 91%. Con independencia de la edad, la menopausia precoz implica un riesgo, desde 1,52 cuando se combina con una fractura no osteoporótica hasta 1,86 cuando lo hace con un IMC < 25. Sin embargo, una fractura previa unida a enfermedad osteopenizante incrementa el riesgo de OP entorno al 70%. Ser delgado combinado con otros FR da lugar a los mayores riesgos de OP (tabla).

Conclusiones: 1. El análisis de los FR de OP, es útil para orientar el riesgo de la enfermedad. 2. Ser delgado combinado con otros FR da lugar a los mayores riesgos de OP. 3. La presencia de dos FR aumenta el riesgo de OP en un 65% de media. 4. Tres FR combinados implican un riesgo promedio de 2,35, aumentando hasta un 3,12 en mujeres entre los 56-65 años que son delgadas y han tenido menopausia precoz.

125. UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Rosas, F. Llinares-Tello¹, I. de la Torre², L. Valor², X. Barber³, C. Santos-Ramírez⁴, D. Hernández², J.M. Senabre, L. Carreño², G. Santos-Soler, E. Salas, M. Sánchez-Barrioluengo⁵, J. Molina-García¹ y Grupo AIRE-MB

¹Servicio de Reumatología y Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Marina Salud. Denia. ⁵INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València.

Objetivos: 1. Evaluar en pacientes con AR en tratamiento con ADA, la utilidad de conocer los niveles séricos de adalimumab (ADA) y de anticuerpos anti-ADA (Ac anti-ADA). 2. Conocer si existe relación entre el nivel sérico de ADA y el DAS28. 3. Averiguar el nivel sérico de ADA mínimo adecuado para mantener a los pacientes en remisión o en baja actividad clínica.

Métodos: Se determinaron los niveles séricos de ADA y Ac anti-ADA, mediante técnica de ELISA (Promonitor®-ADA, Proteomika, Derio,

Tabla Póster 124

| Edad en DMO | Delgado (IMC < 25) | Menopausia precoz | Fractura osteoporótica previa | Fractura previa no osteoporótica | Enfermedad osteopenizante | OR | IC | N |
|-------------|--------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------|-----------|-----|
| 55 años | X | | X | | Enf. no reumática | 2,17 | 1,01-4,67 | 26 |
| | | | X | | | 2,49 | 1,31-4,76 | 41 |
| 56-65 años | X | X | X | | Enf. no reumática | 2,15 | 1,21-3,84 | 49 |
| | | X | | | | 2,30 | 1,32-4,02 | 54 |
| | | X | | | | 2,74 | 1,33-5,65 | 33 |
| > 65 años | X | X | X | X | | 3,12 | 1,84-5,27 | 67 |
| | | X | | | | 2,10 | 1,13-3,89 | 42 |
| | | X | | | | 2,14 | 1,53-2,98 | 174 |
| | | X | | | | 2,64 | 1,41-4,95 | 47 |
| | X | X | | X | | 2,93 | 1,36-6,31 | 31 |

Vizcaya), de pacientes con AR, en tratamiento con ADA más de 6 meses. Se recogieron características clínicas de los pacientes y de la AR. Su utilizó el DAS28 VSG como índice de actividad de la enfermedad. Todos los pacientes recibían algún fármaco inductor de la enfermedad (FAME), asociado a ADA. Los niveles séricos de corte para niveles séricos de ADA fueron $< 0,004$ mg/L y para Ac anti-ADA > 32 U/mL. Las muestras se recogieron el mismo día de la administración de ADA, previamente a la misma. Los pacientes se consideraron respondedores si DAS28-VSG $< 2,6$ (remisión). Se consideró baja actividad clínica si DAS28-VSG: 2,7-3,2. Se distribuyeron a los pacientes en tres grupos según terciles del nivel sérico de ADA: $< 2,8$; 2,9-7,3; $> 7,3$. Se utilizaron curvas ROC para encontrar el punto de corte óptimo del nivel de ADA para mantener a los pacientes en remisión o en baja actividad clínica. Se valoró la relación del resultado del DAS28, con el nivel sérico de ADA.

Resultados: Se incluyeron 63 determinaciones de 48 pacientes. El 75% son mujeres, con edad media: 62 años. El tiempo medio de evolución de la AR era de 156 ± 122 meses y el tiempo medio en tratamiento con ADA fue de $32,26 \pm 18,31$ meses. ADA fue el primer fármaco biológico utilizado en el 80% de los pacientes. El 65% de los pacientes utilizaba metotrexato (dosis media semanal; 15 mg), leflunomida 21% (dosis media diaria: 18 mg) y antipalúdicos el 14% restante (dosis media diaria: 200 mg). En 4 de los 56 pacientes (7%), se detectaron Ac anti-ADA, todos ellos en el grupo de pacientes con nivel de ADA $< 2,8$. Existe una relación negativa entre el nivel sérico de ADA y el resultado del DAS28 ($r = -0,46$. IC95%: $-0,66, -0,21$). En los resultados de curvas ROC, para DAS28 = 2,6, el punto de corte de ADA fue 3,01 (AUC: 65,77%; sensibilidad: 50% y especificidad: 77,77%); para DAS28 2,7-3,2 de 3,48 (AUC: 83,18%; sensibilidad: 83,33% y especificidad: 77,80%).

Relación del nivel de ADA, Ac anti-ADA y DAS28-VSG, según terciles de ADA

| AR (N: 56) | Grupo 1 (N: 22) ADA $< 2,8$ mg/L | Grupo 2 (N: 13) ADA 2,8-7,3 mg/L | Grupo 3 (N: 21) ADA $> 7,3$ mg/L |
|------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Nivel ADA (mg/L) | $1,56 \pm 1,18$ | $4,64 \pm 1,15^{(1)}$ | $12,24 \pm 4,45^{(3,5)}$ |
| Ac anti-ADA (%) | 4 (18%) | 0 | 0 |
| DAS28-VSG | $3,81 \pm 1,33$ | $2,64 \pm 0,92^{(2)}$ | $2,53 \pm 0,68^{(4,6)}$ |

(A): Grupo 2 vs grupo 1: (1) $p < 0,01$. (2) $p = 0,006$. (B): Grupo 3 vs grupo 1: (3) $p < 0,01$. (4) $p < 0,001$. (C): Grupo 3 vs grupo 2: (5) $p < 0,01$. (6) $p = 0,5$.

Conclusiones: 1. Es 3,45 el punto de corte que obtiene mejor sensibilidad y especificidad en curva ROC, para mantener a los pacientes en baja actividad. 2. Existe correlación negativa entre el nivel sérico de ADA y el resultado del DAS28: a mayor nivel de ADA menor resultado del DAS28. 3. Niveles séricos de ADA $> 7,3$ no incrementa mejoría en el resultado del DAS28.

126. ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Ricse, G. Albert, M. Aparicio, I. Martín, X. Juanola, J.M. Nolla y J. Rodríguez Moreno

Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Los pacientes con una enfermedad inflamatoria crónica presentan aumento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Este hecho parece estar relacionado entre otros factores con la actividad inflamatoria de la enfermedad. Este fenómeno está cada vez más definido en la artritis reumatoide (AR) pero hay muchos menos estudios en la Artritis psoriásica (APs). Además, en la APs y en la psoriasis, a diferencia de la AR y la espondilitis anquilosante, se da una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos (dislipemia diabetes mellitus, hipertensión arterial y síndrome metabólico). Por estas razones es posible que el riesgo cardiovascular esté aumentado en la APs.

Objetivos: Determinar la prevalencia de eventos cardiovasculares en los pacientes con APs y valorar su asociación con diferentes variables de la propia enfermedad, entre ellas las relacionadas con una mayor actividad inflamatoria.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte observacional de pacientes afectados de APs controlados en un hospital universitario de forma protocolizada. Todos los pacientes cumplían los criterios diagnósticos CASPAR. Se incluyeron en el estudio de forma prospectiva 226 pacientes que fueron visitados en 2012. Se recogieron los datos referentes a 1) Factores de riesgo tradicionales como sexo, edad, IMC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo y niveles de lípidos séricos (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos); 2) Criterios de actividad inflamatoria como tiempo de evolución de psoriasis y artritis, severidad de afectación, patrón de afectación articular, uso de corticoides y PCR media de los últimos 5 años o de toda la evolución de la enfermedad si era de menor duración; 3) Eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, isquemia arterial periférica). Para determinar la asociación de los efectos cardiovasculares con cada una de las variables se utilizó el programa SPSS versión 15.0 para Windows, se hizo uso de los modelos estadísticos ANOVA, chi-cuadrado y el test de Fisher de acuerdo a la distribución de las variables.

Resultados: De los 226 pacientes 103 eran hombres (46%). La edad media era de 66 ± 14 años y la evolución media de artritis de 16 ± 12 años. 17 pacientes (7,2%) tenían historia de algún evento cardiovascular (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, isquemia arterial aguda). Se encontró una asociación significativa ($p < 0,05$) de estos eventos con el patrón poliarticular, la duración de la psoriasis y la PCR media durante los últimos 5 años. No se encontró asociación significativa con la afectación axial, dactilitis, presencia de HLA B27 (+), psoriasis moderada-grave, duración de la artritis ni uso de corticoides.

Conclusiones: En nuestra serie hemos encontrado una asociación entre algunos parámetros que reflejan una mayor actividad inflamatoria de la APs y la presencia de enfermedad cardiovascular. La limitación de nuestro estudio radica en el tamaño muestral un poco justo para la prevalencia de eventos cardiovasculares esperados.

127. MANEJO DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

C. Martínez, Z. Rosales, L. Airetti, A.B. Rodríguez, E. Toledano, C. Morado, L. León, J.L. Rueda, M. Blanco y J.A. Jover

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con artritis reumatoide en seguimiento en consultas de Reumatología, así como el tratamiento administrado durante el período de seguimiento.

Métodos: Estudio prospectivo observacional del 1 de octubre del 2010 al 1 de octubre del 2011. Sujetos: todos los pacientes vistos durante este período en un Servicio de Reumatología de un hospital terciario de Madrid con diagnóstico clínico de AR y que estén en tratamiento con FAME (fármacos modificadores de la enfermedad tradicionales) y/o AB (agentes biológicos). Variables: regímenes de tratamiento administrados. Variables secundarias: edad, sexo, duración de la enfermedad, VSG, discapacidad mediante el índice de Rosser. Análisis: descriptivo de la población. Análisis mediante distribución de frecuencias, media y desviación estándar o mediana y percentiles.

Resultados: Los pacientes con AR fueron 1.202 (78% mujeres, con una edad media de 62 ± 5 años y una duración media de la enfermedad de $10 \pm 8,6$ años, discapacidad y VSG). Hubo 249 pacientes (20,7%) que tomaban agentes biológicos y 1.171 (97,4%) pacientes tomaban FAMES. 405 pacientes utilizaron terapia combinada (34,2%). El metotrexato (MTX) (69,4%) fue el FAME más utilizado

tanto en monoterapia como en tratamiento combinado (69,4%), seguido de los AM y la LEF. La doble terapia más frecuente fue MTX + antipalúdico en casi el 40%, seguido de MTX + biológico en el 27% y MTX + leflunomida en el 10% de los casos. Había un 31,3% que utilizaban AINEs y un 77,3% corticoides. De las AR de inicio (menos de un año), 82% de los pacientes utilizaban monoterapia como primer escalón, siendo el MTX el más utilizado (70%) normalmente en combinación con dosis bajas de corticoides (87%). El 18% de los pacientes estaban con tratamiento combinado y en el 86% de los casos era MTX con otro FAME. El MTX+ antipalúdico fue la más utilizada también (67%), seguida de MTX + LEF en un 10%. Solo un paciente recibía MTX + biológico.

Conclusiones: El MTX es el FAME tradicional más utilizado tanto en monoterapia como en terapia combinada concordante con la mayoría de la evidencia disponible. Existe un gran número de pacientes que se encuentran en tratamiento combinado, en especial doble terapia con FAME tradicionales. El tratamiento biológico se utiliza como segundo escalón. Existe un gran número de guías y consensos de manejo de tratamiento en pacientes con AR con FAME y AB. No obstante, el tratamiento suele individualizarse en función de las características del paciente y de otros factores asociados.

128. OSTEOPOROSIS ASOCIADA A MASTOCITOSIS SISTÉMICA: REVISIÓN DE CASOS

J.M. Blanco Madrigal, C. Gómez Arango, L. Estopiñan Fortea, I. Torre Salaberri, J.M. Gorordo Olaizola, M.L. García Vivar, C.E. Pérez Velásquez, E. Úcar Angulo, E. Ruiz Lucea, E. Galíndez Aguirregoikoa y O. Fernández Berrizbeitia

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: La mastocitosis sistémica es una enfermedad clonal de los progenitores mastocíticos en la médula ósea que provoca crecimiento anormal y acumulación de mastocitos en piel y otros órganos. La afectación ósea sucede en un 70% de los casos, y están descritas lesiones escleróticas, líticas, y osteoporosis, pero es rara como presentación de la enfermedad.

Objetivos: Describir las principales características epidemiológicas y clínicas de la mastocitosis sistémica, centrándonos especialmente en la afectación ósea que se produce en dicha enfermedad.

Métodos: Realizamos una búsqueda de pacientes diagnosticados de mastocitosis sistémica en nuestro hospital (lo fueron en los servicios de Reumatología, Alergología y Hematología) y describimos sus principales características epidemiológicas y clínicas.

Resultados: Encontramos 5 casos de mastocitosis sistémica diagnosticados en un período de 22 años. Se incluyen 3 mujeres y 2 varones con edades comprendidas entre los 27 y los 59 años de edad. El tiempo transcurrido desde el inicio los síntomas hasta el diagnóstico varía entre 3 y 13 años. Se presenta con afectación respiratoria en 2 casos, digestiva en 1 caso, cutánea en 1 caso, y ósea en tan solo 1 caso. 3 pacientes tuvieron reacciones alérgicas en algún momento de la evolución, 3 síntomas cutáneos, 3 pacientes presentaron episodios de hipotensión arterial, mareo, palpitaciones y síncope. En cuanto al aparato locomotor, 4 pacientes presentaban afectación ósea, 1 paciente diagnosticado de osteomielitis crónica previa y 3 pacientes con osteoporosis y múltiples aplastamientos vertebrales; uno tuvo además múltiples fracturas costales. El estudio radiográfico de serie ósea, mostró en 3 pacientes lesiones óseas líticas y en 2 pacientes lesiones escleróticas. Los niveles de triptasa fueron elevados en 4 pacientes, mientras que los niveles de histamina en orina estaban elevados en los 5 pacientes. Los 5 pacientes tenían una biopsia de médula ósea compatible con el diagnóstico de mastocitosis sistémica.

Conclusiones: La mastocitosis sistémica es una enfermedad muy poco frecuente en nuestro medio, de diagnóstico tardío y que

requiere alto índice de sospecha. La osteoporosis asociada a mastocitosis suele ser por lo general, grave, y es muy rara como primera manifestación de la enfermedad. Dos de los casos revisados en esta serie habían ingresado en nuestro servicio por aplastamientos vertebrales, y realizamos el diagnóstico en uno de ellos, varón de edad media sin otra causa de osteoporosis, con aspirado de médula ósea inicial aparentemente normal. Se ha descrito que hasta el 9% de los casos de osteoporosis "idiopática" del varón pueden ser debidos a mastocitosis. Consideramos que se debería incluir la realización de niveles de triptasa e histamina en estudios de osteoporosis con fracturas tras descartar otras causas más habituales.

129. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO

L. Nuño, D. Peiteado, A. Villalba y A. Balsa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Existe amplia evidencia científica acerca de la implicación del tabaquismo en la susceptibilidad para la aparición de artritis reumatoide. Sin embargo, el efecto del tabaco sobre la actividad de la enfermedad y su curso clínico es controvertido.

Objetivos: Analizar el impacto del tabaquismo en la actividad de la enfermedad en una cohorte de pacientes de una Unidad de Artritis de reciente inicio.

Métodos: Estudio longitudinal de inicio 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 2012. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado para el estudio. Se incluyó a pacientes con inicio de la artritis de menos de 1 año de evolución, que en algún momento de la evolución cumplieren los criterios del American College of Rheumatology (ACR) de 1987 de AR, excluyendo las artritis microcristalinas y las infecciosas, y que no hubieran sido tratados previamente con fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad. Los pacientes 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 estudió la influencia del tabaquismo activo en las variables de actividad de la enfermedad: número de articulaciones dolorosas sobre 68 articulaciones (NAD), número de articulaciones tumefactas sobre 68 articulaciones (NAT), DAS, cambio en el DAS (Δ DAS).

Resultados: Se han incluido 398 pacientes en el tiempo de seguimiento del estudio, con una edad media al inicio de los síntomas de 51,8 años (\pm 16,1 DE) y un predominio de mujeres (77,6%). Los pacientes fueron remitidos a la Unidad de Artritis Precoz con una media de 17,7 semanas (\pm 13,1DE) desde el inicio de los síntomas. Un 27,6% eran fumadores activos. La mayor parte de los pacientes al inicio tenían una poliartritis (83,1%), de inicio subagudo (88,7%), simétrica (88,9%), FR positivo (81,3%) y ACCP positivo (67,5%). Los pacientes fumadores eran más jóvenes al inicio de la enfermedad ($49 \pm 13,4$ años en fumadores vs $52,9 \pm 13,4$ años en no fumadores; $p = 0,022$), con un predominio de varones (43% varones vs 23% mujeres; $p < 0,001$), FR positivo (30,5% FR positivo vs 13,4% FR negativo; $p = 0,005$), ACCP positivo (35,2% ACCP positivo vs 16,2% ACCP negativo; $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en relación al tabaco en cuanto a la extensión, curso, simetría, NAD, NAT, DAS, HAQ o VSG en los meses 0, 6, 12, 18 o 24. Sin embargo, los pacientes fumadores mejoraron más lentamente en la actividad de la enfermedad a los 12 meses (Δ DAS $1,29 \pm 0,99$ en fumadores vs $1,66 \pm 1,30$ en no fumadores; $p = 0,032$) y a los 24 meses (Δ DAS $1,28 \pm 1,20$ vs $1,9 \pm 1,22$; $p = 0,004$).

Conclusiones: El tabaquismo activo produce un impacto negativo en la actividad de los pacientes con Artritis Reumatoide de reciente comienzo, con una mejoría más lenta respecto de los pacientes no fumadores.

130. ANÁLISIS DE LOS GENES NLRP3 Y NOD2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

E. García Melchor¹, D. Grados², E. González-Roca¹, E. Riera³, M. Juan¹, J. Yagüe¹, J.I. Aróstegui¹, J. Narváez⁴ y A. Olivé²

¹Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

³Servicio de Reumatología. Hospital Mutua de Terrassa. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto es una patología inflamatoria sistémica caracterizada clínicamente por la presencia de fiebre, rash cutáneo, afectación articular, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y serositis. Debido a la ausencia de autoanticuerpos o células T autoantígeno específicas y a la eficacia del tratamiento con fármacos que bloquean la citocina IL-1 β ha sido considerada una enfermedad autoinflamatoria. Dentro de este grupo encontramos enfermedades hereditarias causadas por mutaciones en genes relacionados con el procesamiento de IL-1 β . Las criopirinasopatías son causadas por mutaciones heterocigotas en el gen NLRP3 (Nucleotide-binding domain Leucine Rich repeat family Pyrin domain containing 3) y comparten algunas manifestaciones clínicas con la Enfermedad de Still tales como la presencia de fiebre, la afectación cutánea y musculoesquelética y la serositis. Mutaciones en el gen NOD2 (Nucleotide Oligomerization Domain 2) se asocian con el síndrome de Blau, que se caracteriza por uveítis, fiebre y artritis crónica. El objetivo de este estudio es analizar la presencia de mutaciones en los genes NLRP3 y NOD2 en pacientes con enfermedad de Still del adulto.

Métodos: Dieciocho pacientes diagnosticados de enfermedad de Still del adulto procedentes de dos hospitales españoles fueron incluidos en el estudio. Todos cumplían los criterios de Yamaguchi y dieron su consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. El DNA genómico se extrajo de muestras de sangre periférica mediante el kit MagNA Pure Compact Nucleic Acid Isolation Kit (Roche Diagnostics, Indianapolis, IN). El exon 4 del gen NOD2 (GeneBank NM 022162.1) y el exon 3 del gen NLRP3 (GeneBank NM 001243133.1) fueron amplificados mediante PCR (Polymerase Chain Reaction). Se realizó una secuenciación fluorescente bidireccional en un 3730XL DNA Analyzer. Como población control se consideraron los individuos caucásicos europeos del 1000 Genome Project (n = 379). Se analizaron las diferencias en frecuencias alélicas y genotipos entre los pacientes con enfermedad de Still y el grupo control mediante chi-cuadrado, test de Fisher y regresión logística con el software de análisis estadístico SAS (Statistical Analysis Software).

Resultados: La mayor parte de los pacientes no presentaron variantes patogénicas de los genes NLRP3 o NOD2. Respecto al gen NOD2 cabe destacar dos pacientes portadores de un polimorfismo en el gen NOD2 asociado con enfermedad de Crohn (p.R702W, rs206684) sin presentar síntomas sugestivos de enfermedad inflamatoria intestinal, y otro paciente portador de una variante de significado incierto previamente reportada en pacientes con espondiloartritis (p.R791Q, rs104895464). En el análisis del gen NLRP3 un paciente era portador de la variante de significado incierto p.V198M (rs121908147).

Conclusiones: La enfermedad de Still del adulto comparte algunas características con los síndromes autoinflamatorios hereditarios tales como la presentación clínica y la eficacia del tratamiento con fármacos que bloquean IL-1 β . Aunque en nuestra cohorte de pacien-

tes ninguno de ellos era portador mutaciones asociadas a enfermedad, la posibilidad de una enfermedad autoinflamatoria hereditaria debe considerarse en el diagnóstico diferencial de estos pacientes y descartarse mediante análisis genético.

131. CONTRIBUCIÓN A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DESDE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, M.I. González-Cruz, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo y E. Beltrán Catalán

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: La Sanidad Española es universal, pública y gratuita, términos que en estos momentos resultan difíciles de mantener. Evidentemente, la administración debe buscar y busca nuevas fórmulas de gestión para aumentar la sostenibilidad del sistema sanitario: gestión compartida público-privada, centrales de compras, áreas clínicas, etc., pero potenciando la participación del médico en la gestión. Hemos de añadir la formación de los pacientes, ya que un paciente bien informado va a contribuir positivamente en todos los aspectos de la asistencia, pero también en mejorar la costo-efectividad. ¿Cómo puede contribuir un Servicio de Reumatología?

Objetivos: Nos hemos planteado dos intervenciones: mejorar la calidad asistencial (aquí es un punto fundamental eliminar las demoras) y disminuir los costes de nuestra actuación, tanto con un uso racional de técnicas como de fármacos.

Métodos: Hemos potenciado cuatro puntos: 1. Establecimiento de "criterios de derivación" entre asistencia primaria y especializada. Objetivo principal: evitar demora en la asistencia de los pacientes reumatológicos, mejorando así la calidad asistencial de nuestro Servicio. Potenciar los limitados recursos humanos existentes, evitando todo aquello que no mejore la actividad asistencial (desperdicios). Deben ser consensuados con Asistencia Primaria, nunca impuestos. Debe derivarse todo aquello que beneficie al paciente. Deben derivarse las patologías que requieran para su diagnóstico técnicas especiales o cuyo tratamiento precise alguna preparación especial por el médico. Los acuerdos tomados, deben ser refrendados por la Dirección. 2. Aplicación de la ecografía en la consulta diaria. Objetivo principal: mejorar la calidad asistencial (rapidez de diagnóstico) y evitar una técnica de alto coste (RMN) mediante la realización de eco-doppler en la consulta, fundamentalmente para valorar artritis precoz y patología partes blandas de hombro. 3. Uso racional de fármacos en el tratamiento de la osteoporosis. Objetivo principal: realizar el tratamiento basándonos en factores de riesgo (FRAX) y no solo en una baja masa ósea. Utilizar los fármacos adecuados en cada caso. Aplicar las recomendaciones de la American Society for Bone and Mineral Research. 4. Terapia biológica: Instauración de una "Comisión de uso de terapia biológica", pautas de ajuste de dosis y potenciar los estudios sobre terapia patológica.

Resultados: 1. Mejora de la calidad asistencial y eliminación de demoras. A pesar de ser deficitarios en recursos humanos (6 reumatólogos y 376.000 ciudadanos), coordinando nuestra actuación con Medicina de Familia, Rehabilitación y COT, hemos conseguido eliminar por completo las demoras (5,6 días de media). Es fundamental hacer partícipe al paciente, formándole y colaborando. 2. Mejora asistencial (rapidez diagnóstica) y ahorro económico al realizar eco-doppler en nuestras consultas, evitando la realización de RMN. Anualmente se ahorran 150.000€. 3. Uso racional de fármacos en el tratamiento de la osteoporosis. Con los datos obtenidos, en los 11 primeros meses de 2012, comparando con el mismo periodo de 2011, se han ahorrado 439.582€. Es previsible que esta disminución se prolongue en meses siguientes, aunque no tenemos datos oficiales. 4. Uso racional de las terapias biológicas. Con los puntos que nosotros venimos desarrollando y que actualmente se han adoptado

de obligado cumplimiento en todos los Hospitales de la Comunidad Valenciana, se pueden ahorrar 250.000€ anuales.

Conclusiones: Aplicando unos puntos no complicados conseguimos mejorar nuestra actividad y con mayor calidad, consiguiendo un ahorro considerable sin repercutir en la calidad de nuestra asistencia. El contenido de este poster ha recibido el primer premio a las Mejores Ideas de la Cátedra Pfizer en Gestión Clínica. Calidad Asistencial en servicios de Reumatología. Innovación Sanitaria. Sitges, enero 2013.

132. EL TRATAMIENTO CON AGENTES ANTI-TNF INDUCE CAMBIOS POSITIVOS EN EL PERFIL LIPOPROTEICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO

J. Calvo-Alén, C. Baamonde, I. Villa, J.L. Peña, V. Martínez-Taboada, M. Agudo y J. Gómez-Gerique

Hospital Universitario Sierrallana. Torrelavega. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV-Fundación Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción y objetivos: Los agentes anti-TNF α producen elevaciones en el colesterol total aunque no parecen modificar el índice aterogénico. Por otro lado, parece tener un efecto cardioprotector en los pacientes con artritis reumatoide (AR). Nuestro objetivo ha sido estudiar más en profundidad los efectos de esta terapia en el metabolismo lipídico y lipoproteico.

Métodos: Pacientes con AR naïve a cualquier tipo de terapia biológica y que iban a comenzar tratamiento con anti-TNF α fueron evaluados dos veces de forma prospectiva: primero justo antes de iniciar el tratamiento biológico y tras al menos seis meses de tratamiento anti-TNF α estable de acuerdo a un protocolo pre-establecido que incluía las siguientes variables lipoproteicas: lipoproteína A, niveles de apolipoproteína A1 (ApoA1) y B (ApoB) niveles (totales y específicos de cada lipoproteína), niveles de paroxonasa 1 (PON1), HDL, LDL, VLDL y colesterol total, triglicéridos y fosfolípidos así como nº de moléculas de estos lípidos (mc, mt y mf respectivamente) en cada lipoproteína, masa total (M) y nº de partículas (np) de las lipoproteínas mencionadas, y niveles del receptor de la proteína convertasa subtilisin/kexin 9 (PCSK9r). También se determinaron marcadores de inflamación (VSG, PCR, Pentraxina 3 y SAA) así como el grado de actividad clínica mediante recuentos articulares y el índice and DAS28. Se utilizaron estándar tests estadísticos para realizar las comparaciones pertinentes.

Resultados: Diecinueve pacientes con AR (edad media \pm DE: 60,7 \pm 13,2 años; duración de la enfermedad \pm DE: 124,3 \pm 296,8 meses; 68% mujeres; 47% seropositivos y media \pm DE DAS28 a la primera evaluación: 5,5 \pm 1,2) fueron evaluados. Como era de esperar los pacientes mostraron a la segunda evaluación un descenso de la actividad (media \pm DE DAS28: 4,6 \pm 1,4; $p = 0,08$). Respecto a las determinaciones lipídicas aunque el colesterol total se incrementó (191 mg/dl \pm 25 vs 208 mg/dl \pm 24; $p = 0,07$) sin modificar el índice aterogénico, los anti-TNF indujeron diversos cambios bioquímicos y estructurales en las lipoproteínas de carácter positivo, incluyendo: niveles elevados ApoA1 total y HDL específica ($p = 0,05$ y $0,04$), descenso de ApoB LDL específica ($p = 0,08$) e incremento de ApoB VLDL específica ($p = 0,08$) aumento de la MHDL ($p = 0,003$) y de la concentración de triglicéridos y proteínas en la HDL ($p = 0,035$ y $p = 0,0003$), descenso en el np LDL ($p = 0,08$) e incremento del np VLDL los cuales son menos aterogénicos.

Conclusiones: El tratamiento anti-TNF α induce globalmente cambios positivos en el perfil lipoproteico con aumentos de los niveles de ApoA1 y un balance lipoproteico con predominio de HDL y VLDL sobre LDL. Próximos estudios con un mayor número de pacientes así como del tiempo de seguimiento permitirán definir mejor estos efectos.

133. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA JUVENIL: ESTUDIO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL

J.G. Ovalles-Bonilla¹, F.J. López-Longo^{1,3}, I. Monteagudo², E. Naredo¹, C.M. González¹, I. de la Torre¹, M. Montoro¹, L.P. Martínez¹, J.C. Nieto¹, J. Martínez-Barrio¹, M. Hinojosa¹, N. Bello¹, B. Serrano¹, C. Mata¹ y L. Carreño^{1,3}

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción y objetivos: La esclerosis sistémica juvenil (ESJ) es una enfermedad de muy baja prevalencia. Gran parte de la información disponible sobre el pronóstico de la enfermedad a largo plazo es escasa y basada en datos retrospectivos. El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas y serológicas de los pacientes con ESJ y compararlas con la Esclerosis Sistémica del Adulto (ESA). **Métodos:** Se recogieron datos demográficos, clínicos, inmunológicos y la mortalidad en pacientes con ESJ, seguidos prospectivamente desde 1986 hasta el 2011, en el Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Los resultados se expresan en medias y desviaciones estándar (DE) para las variables cuantitativas y como porcentajes para las cualitativas. Se aplicaron las pruebas de χ^2 y t-Student usando el paquete estadístico IBM SPSS v20.

Resultados: Se reclutaron 17 pacientes con ESJ y se compararon con 120 casos de adultos. En el grupo de ESJ la edad media al momento del diagnóstico fue de 11,7 \pm 3,9 años, y el tiempo de evolución promedio fue de 19,3 \pm 7,8 años. La proporción de género femenino/masculino fue de 7,5:1. El 58,8% de los pacientes con ESJ presentaban una forma difusa de la enfermedad, mientras que el 41,2% presentó la forma limitada; el 100% desarrolló manifestaciones articulares (artralgias, artritis, contracturas y debilidad); el 94% presentó fenómeno de Raynaud; el 53% úlceras digitales y telangiectasias. Se registró una mortalidad del 17,6%. Al comparar los casos de ESJ con los casos de ESA se evidencia que el grupo juvenil presentó con más frecuencia manifestaciones articulares ($p < 0,05$), pero significativamente menos esclerodactilia y fibrosis pulmonar ($p < 0,05$). En la tabla se reporta la comparación detallada de manifestaciones clínicas y serológicas entre los 2 grupos.

Características clínicas y serológicas de la esclerosis sistémica juvenil en comparación con la esclerosis sistémica del adulto

| Características (%) | Esclerosis sistémica juvenil (n = 17) | Esclerosis sistémica del adulto (n = 120) | p |
|--|---------------------------------------|---|---------|
| Edad al inicio de la enfermedad \pm DE | 11,7 \pm 3,9 | 46,5 \pm 14,4 | < 0,001 |
| Sexo F:M | 7,5:1 | 8,2:1 | 0,91 |
| Tiempo de evolución \pm DE | 19,3 \pm 7,8 | 14,6 \pm 10,5 | 0,07 |
| ES difusa | 10 (58,8) | 52 (43,3) | 0,23 |
| ES limitada | 7 (41,2) | 68 (56,7) | 0,23 |
| Microstomia | 6 (35,3) | 32 (26,7) | 0,46 |
| Esclerodactilia | 5 (29,4) | 68 (56,7) | 0,03 |
| Telangiectasias | 9 (52,9) | 74 (61,7) | 0,49 |
| Calcinosis | 6 (35,3) | 27 (22,5) | 0,25 |
| Úlceras digitales | 9 (52,9) | 80 (66,7) | 0,27 |
| Fenómeno de Raynaud | 16 (94,1) | 111 (92,5) | 0,81 |
| Hipomotilidad esofágica | 10 (58,8) | 61 (50,8) | 0,53 |
| Hipertensión pulmonar | 2 (11,8) | 9 (7,5) | 0,54 |
| Fibrosis pulmonar | 2 (11,8) | 49 (40,8) | 0,02 |
| Manifestaciones articulares | 17 (100) | 71 (67,5) | 0,005 |
| Manifestaciones renales | 3 (17,6) | 17 (14,2) | 0,70 |
| Anti centrómero | 3 (17,6) | 36 (30) | 0,29 |
| Anti Scl-70 | 2 (11,8) | 30 (26,1) | 0,19 |
| ANA | 17 (100) | 109 (90,8) | 0,19 |
| Anti-DNA | 5 (31,2) | 11 (9,9) | 0,106 |
| Anti-U1RNP | 11 (64,7) | 13 (12,9) | < 0,001 |
| Anti-Ro | 3 (17,6) | 18 (15,1) | 0,79 |
| Mortalidad | 3 (17,6) | 31 (25,8) | 0,46 |

DE: desviación estándar, ES: Esclerosis sistémica, ANA: Anticuerpos antinucleares.

Conclusiones: En los pacientes con esclerosis sistémica juvenil se observa que los subtipos de enfermedad y la mortalidad son similares a los observados en los adultos. Destacan la menor afectación fibrótica pulmonar y esclerodactilia, mayores manifestaciones articulares, y la mayor expresión de anticuerpos anti-DNA y Anti-U1RNP. La predominancia del sexo femenino, calcinosis, úlceras digitales, hipertensión pulmonar, expresión de anticentrómero y anti-SCL-70 no difieren significativamente entre las variantes de ESJ y ESA.

134. SÍNDROME DE MUCKLE WELLS. UNA SERIE DE CASOS

V. Moreira Navarrete, C. Vargas Lebrón, F.J. Toyos Sáenz de Miera, C. Prieto Candau y F. Navarro Sarabia

Hospital Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El síndrome de Muckle-Wells (SMW) es una rara enfermedad autosómica dominante perteneciente al grupo de síndromes de fiebre periódica hereditaria. Se caracteriza por episodios recurrentes y autolimitados de fiebre, urticaria, artromialgias y conjuntivitis desde la infancia. La hipoacusia neurosensorial y la amiloidosis aparecen posteriormente y determinan el pronóstico de la enfermedad. Se ha demostrado que existe una asociación con mutaciones en el gen NLRP3, que codifica la criopirina, una proteína responsable de la regulación de la producción de citocinas proinflamatorias, tales como la interleuquina-1 beta.

Objetivos: Describir una serie de casos de SMW de un hospital terciario.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados mediante estudio genético de fiebres periódicas en un mismo laboratorio, en seguimiento en el Servicio de Reumatología de un hospital terciario.

Resultados: Se incluyen un total de 9 pacientes diagnosticados de SMW por medio de estudio genético, en seguimiento por nuestro servicio. El primero de ellos es un varón de 46 años, diagnosticado y tratado desde los 27 de Artritis Reumatoide, con hipoacusia neurosensorial bilateral grave, mal control de la enfermedad a pesar de haber recibido tratamiento con distintos FAMES y anti-TNF, brotes de fiebre y urticaria recurrentes, anemia y elevación de reactantes de fase aguda. Ante las dudas diagnósticas se le solicita estudio genético que demuestra la mutación p.Thr-348-Met en el exón 3 del gen NLRP3 en heterocigosis. Se inicia canakinumab 150 mg por vía subcutánea cada 8 semanas y el paciente entra en remisión clínica y analítica. En segundo lugar, presentamos una familia con 6 individuos afectados, dos de ellos fallecidos por insuficiencia renal terminal secundaria a amiloidosis, y 4 pacientes vivos, un varón, su hermana y dos hijos de esta. En todos se ha demostrado la presencia de la mutación D303N en el gen NLRP3. Todos ellos presentan crisis de fiebre, urticaria y conjuntivitis, con hipoacusia neurosensorial, pero solo uno recibe tratamiento con canakinumab, con excelente respuesta. El siguiente caso, un varón de 29 años que, desde los 17, presenta cuadros de fiebre de dos semanas de duración, con una frecuencia bianual, asociados a conjuntivitis. Tras descartar infección y enfermedades linfoproliferativas, se realiza análisis mutacional de los genes asociados a enfermedades autoinflamatorias sistémicas, detectándose una delección de una bp (A) en el exón 3 del gen NLRP3 en heterocigosis, una mutación que no había sido descrita previamente. Presenta un fenotipo intermedio entre la urticaria por frío y el SMW, más leve y con brotes aislados. Actualmente está asintomático y no precisa tratamiento. Por último, presentamos el caso de un paciente con fiebre y urticaria recurrentes, con sordera neurosensorial bilateral, con un hermano afecto de SMW en seguimiento en otro centro. Se

solicitó el análisis genético demostrándose la mutación pR260W en el gen NLRP3. Pendiente de iniciar tratamiento con canakinumab.

Conclusiones: El SMW es una entidad rara pero con un pronóstico potencialmente fatal, que puede diagnosticarse con certeza mediante estudio genético cuando la sospecha es alta y una vez se hayan descartado otros procesos. Una vez se ha establecido el diagnóstico la enfermedad tiene un tratamiento eficaz y seguro mediante la inhibición de la IL-1beta. En nuestro conocimiento, esta se trata de una de las series de SMW más extensas publicadas.

135. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE ENTESIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA

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. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: La entesitis es la inflamación en la zona de inserción de tendones, ligamentos o cápsulas articulares en el hueso. Es una característica común en las diferentes enfermedades que forman el grupo de las espondiloartropatías (SpA). La entesitis es menos accesible para la valoración clínica que la sinovitis, mostrando una reproducibilidad y sensibilidad bajas. Pueden ser asintomáticas y ser solo detectables por técnicas de imagen. En los últimos años, la ecografía ha demostrado una alta sensibilidad en el estudio de la alteración de la entesis, mayor que la exploración clínica.

Objetivos: Evaluar la presencia de actividad inflamatoria de la entesis mediante ecografía en escala de grises y con Power Doppler (PD) en pacientes con SpA que inician tratamiento biológico.

Métodos: Se estudiaron 15 pacientes con SpA activa y con falta de respuesta a tratamientos previos en los que se planteó iniciar tratamiento biológico. Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el BASDAI, BASFI, valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico, dolor a la palpación en entesis. Se realizó una exploración ecográfica en escala de grises y con Power Doppler (PD) en 5 entesis de forma bilateral (inserción del tendón cuadriceps en la rótula, proximal del tendón rotuliano, distal del tendón rotuliano, Aquileo en el calcáneo y fascia plantar en el calcáneo con un ecógrafo Esaote MyLab 70. Se buscaba la presencia de entesopatía: engrosamiento hipoecoico con pérdida de la ecoestructura fibrilar normal en la entesis, con o sin focos hiperecocos (calcificaciones intratendinosas), irregularidades, erosiones o entesofitos corticales y bursitis adyacentes. Se utilizó la función PD valorando la presencia de señal intraentesis y/o perientesis.

Resultados: Se estudiaron 15 pacientes con SpA activa (12 hombres y 3 mujeres) con una edad media de 54.3 que iniciaban tratamiento biológico (5 con adalimumab, 5 con etanercept y 5 con golimumab). Al inicio la media de BASDAI fue de 6,2 y del BASFI de 4,8. Al año la media del BASDAI era de 2,6 y del BASFI de 2,2. Doce de los pacientes presentaban alteraciones ecográficas en escala de grises en las entesis exploradas y 8 señal PD. Al año de tratamiento solo en un paciente persistía señal PD. No había correlación entre la clínica y el laboratorio con los hallazgos ecográficos

Conclusiones: Los estudios demuestran una alta prevalencia de alteraciones en la entesis en los pacientes con espondiloartropatía. La ecografía ha demostrado mayor sensibilidad para detectar entesitis que la exploración clínica en las espondiloartropatías. La ecografía ha demostrado una alta sensibilidad en el estudio de la

entesis: permite la valoración de la actividad inflamatoria y la respuesta al tratamiento.

136. TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS EN PACIENTES CON NEOPLASIA DE MAMA Y BAJA DENSIDAD MINERAL ÓSEA: RESULTADOS A 2 AÑOS

S. Muñoz Gil¹, T. Mut Dólera², B.C. Garrido López¹, M.D. Torregrosa Maicas³, R. Girones Sarrio³, P. López Tendero³, M.D. García Armario⁴ y P. Muñoz Mira⁴

¹Hospital de Manises. ²Hospital de La Ribera. Alzira.

³Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. ⁴Hospital General de Ontinyent. Valencia.

Objetivos: Evaluación clínica y densitométrica de pacientes con neoplasia de mama y baja densidad mineral ósea tras 2 años de tratamiento con bifosfonatos.

Métodos: Se realiza un estudio longitudinal de 2 años de duración, en pacientes con diagnóstico de neoplasia de mama derivadas a la Unidad de Osteoporosis de Reumatología del Hospital de Ontinyent y que han precisado inicio de tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D + bifosfonatos tras el estudio del riesgo de fracturas. Se realiza un registro y descripción de los datos socio-demográficos, las características de la neoplasia de mama, los factores de riesgo para osteoporosis y fracturas por fragilidad, el diagnóstico definitivo y el tratamiento iniciado en estas pacientes. Se evalúan las diferencias entre las medias obtenidas de los valores de densidad mineral ósea en cuello de fémur, fémur total y lumbar mediante el método estadístico de la t-Student. Se utiliza para esto el sistema estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se estudiaron los datos de 61 pacientes, con una edad media de 59 años (37-79 años). Todas ellas presentaban neoplasia de mama unilateral y ninguna presentaba metástasis. El tratamiento recibido fue: mastectomía radical 55,7%, radioterapia 63,9%, quimioterapia 70,5%, hormonoterapia 29,5%, tamoxifeno 41%, análogos GnRH 13% e inhibidores de la aromatasa 90,2%. Los factores de riesgo para osteoporosis se presentan en la tabla 1. Se diagnosticó osteoporosis de alto riesgo a 6 pacientes (9,4%), osteoporosis en 19 pacientes (31,1%) y osteopenia en 26 pacientes (42,6%). En radiografías de columna, 26 pacientes presentaban > 1 acuñaamiento vertebral y 4 de ellas > 1 fractura vertebral. Se inició tratamiento con suplementos de calcio + vitamina D en el 85,2% de pacientes y bifosfonatos orales o endovenoso en 41 pacientes (67,2%): ibandronato 15 pacientes, risedronato 16 pacientes, alendronato 8 pacientes y zoledronato 2 pacientes. A los 2 años del seguimiento solo 1 paciente presentaba metástasis y el 75,4% continuaba con los inhibidores de la aromatasa. Ninguna presentó nuevos acuñaamientos ni fracturas vertebrales y solo 1 paciente padeció otro tipo de fracturas. Tras los 2 años de tratamiento para la osteoporosis solo 2 pacientes lo habían abandonado. Los resultados densitométricos previo y tras 2 años de tratamiento, así como las diferencias estadísticas tras aplicar test t-Student se muestran en la tabla 2.

Tabla 1

Factores de riesgo para osteoporosis de las pacientes con neoplasia de mama y riesgo de fractura por fragilidad

| Factor | n | % | Factor | n | % |
|-----------------------|----|------|-------------------------------|----|------|
| Menopausia precoz | 14 | 23,7 | AP fractura cadera | 0 | 0 |
| Menopausia inducida | 23 | 37,7 | AP otras fracturas | 8 | 13 |
| IMC < 22 | 6 | 10,3 | AF osteoporosis | 13 | 21,3 |
| AP > 1 fracturas | 8 | 13 | AF fractura cadera | 13 | 21,3 |
| AP fractura vertebral | 1 | 1,63 | Tratamiento corticoesteroides | 2 | 3,3 |
| AP fractura Colles | 6 | 9,9 | Tabaquismo | 4 | 6,6 |

Tabla 2

Valores densitométricos obtenidos (media; desviación estándar) y diferencias estadísticas

| DXA | Lumbar | Cuello fémur | Fémur total |
|----------------|---------------|---------------|---------------|
| DMO basal | 0,976 ± 0,15 | 0-846 ± 0,11 | 0,879 ± 0,12 |
| DMO 2 años | 0,985 ± 0,12 | 0,864 ± 0,10 | 0,891 ± 0,11 |
| p | 0,5 | 0,025 | 0,297 |
| T-Score basal | -1,79 ± 1,32 | -1,09 ± 0,89 | -0,926 ± 0,92 |
| T-Score 2 años | -1,747 ± 0,94 | -0,972 ± 0,87 | -0,841 ± 0,88 |
| p | 0,645 | 0,02 | 0,162 |
| Z-Score basal | -0,55 ± 1,19 | -0,193 ± 0,77 | -0,277 ± 0,82 |
| Z-Score 2 años | -0,297 ± 0,94 | -0,492 ± 0,79 | -0,117 ± 0,75 |
| p | 0,015 | 0,001 | 0,002 |

Conclusiones: Las pacientes con neoplasia de mama que precisan iniciar tratamiento con bifosfonatos por el riesgo de fractura por fragilidad presentan una muy buena adherencia al tratamiento. El tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D + bifosfonatos durante 2 años en estas pacientes mejora la densidad mineral ósea, encontrándose diferencias significativas en cuello de fémur (DMO, t-score y z-score) y en todas las localizaciones (lumbar, cuello fémur y fémur total) cuando utilizamos el z-score.

137. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB

C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, M.D. Pastor Cubillo, E. Beltrán Catalá, M.I. González-Cruz Cervellera y J. Calvo Catalá

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo.

Consortio 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 que iniciaban tratamiento con tocilizumab.

Métodos: Se estudiaron pacientes con AR activa y con falta de respuesta a tratamientos previos en los que se planteó iniciar tratamiento con otra diana terapéutica, tocilizumab (inhibidor de IL-6). Se realiza una valoración de la actividad clínica mediante el DAS 28 al inicio y al año. Se realizó una exploración ecográfica de 28 articulaciones (hombros, codos, carpos, MCF, IFP y rodillas) con un ecógrafo Esaote MyLab 70, buscando presencia de derrame articular y/o hipertrofia sinovial y señal PD antes de comenzar el tratamiento y al año.

Resultados: Se estudiaron 16 pacientes (mujeres) con AR con una edad media de 56,8 ± 8,4 años y con una duración media de la enfermedad de 9,5 años ± 3,7 años que iniciaron tratamiento con tocilizumab (dosis de 8 mg/kg) asociado a FAME (3 leflunomida y 10 metotrexate). Once de las pacientes habían llevado previamente tratamiento biológico (4 infliximab, adalimumab y etanercept; 4 adalimumab y etanercept; 1 adalimumab e infliximab; 1 etanercept; 1 adalimumab). Las cinco pacientes restantes, habían sido tratadas con metotrexato, sin asociar biológico. Al inicio, todos los pacientes presentaron actividad clínica definida por un DAS28 de 4,8 ± 0,9 y alcanzaron al año un DAS28 de 1,64 ± 0,53, con descenso de los reactantes de fase aguda. Se detectó algún grado de derrame articular y de señal PD en las 16 pacientes antes de iniciar el tratamiento. Al año persistía algún grado de derrame articular en 5 pacientes, pero no encontramos señal PD en ninguna de ellas.

Conclusiones: Tocilizumab es un tratamiento efectivo en pacientes con AR, mejorando la actividad clínica definida por DAS28, parámetros analíticos y actividad valorada por ecografía. Tocilizumab

ha demostrado su efectividad tanto en pacientes que habían llevado previamente tratamiento antiTNF α como en pacientes naïve. La ecografía permite una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular. La ecografía permite valorar la respuesta al tratamiento.

138. PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA FIBROMIALGIA

S. Martínez Pardo¹, F. Moyá Ferrer², C. Martí Sierra³, M. Pujol Busquets¹, E. Riera Alonso¹, J. Rovira Aguilar¹, G. Salvador Alarcón¹, V. Navarro Ángeles¹ y M. Vasques Rocha¹

¹Servicio de Reumatología; ²Subdirección Médica; ³CAP Sant Cugat. Mutua Terrassa.

Introducción: En el año 2009, Mutua Terrassa (MT) desplegó un programa de atención a la fibromialgia (FBM), con el Hospital Universitario Mútua Terrassa (HUMT) como Unidad Hospitalaria Especializada (UHE). Los objetivos de dicho programa eran mejorar la asistencia a los pacientes, racionalizar los recursos de atención primaria (AP) y especializada (AE), aumentar la capacidad resolutoria en AP y garantizar la accesibilidad a la AE. El programa dispone de un equipo multidisciplinar de profesionales de diferentes niveles asistenciales (AP, AE y salud mental), que trabajan en lugares diversos (CAP y Hospital) y que se estructuran en torno al Equipo de Atención Primaria (EAP) cuyo papel es el de gestor del paciente. Existen circuitos bien definidos tanto para el tratamiento grupal multidisciplinar en AP, como para la derivación al especialista, a través de la consultoría de Reumatología.

Objetivos: El objetivo del presente estudio ha sido analizar los resultados asistenciales del programa de atención a la FBM en términos de accesibilidad y resolución a corto-medio plazo.

Métodos: Se describe el plan funcional y se analiza la actividad del programa en los EAP de MT durante el año 2012, así como la evolución de la actividad y la lista de espera de la UHE del HUMT durante 3 años consecutivos.

Resultados: Según el plan funcional establecido, el EAP evalúa al paciente con sospecha de FBM, confirma el diagnóstico, prescribe el tratamiento y hace el seguimiento. Aquellos casos complejos o que generan dudas diagnósticas, son derivados a la UHE a través de la consultoría. Una vez evaluados por el/los especialista/s precisos, son nuevamente enviados a su EAP, acompañados del informe correspondiente, para que éste proceda al seguimiento posterior. Durante el año 2012, los EAP realizaron 52.809 visitas a 6.841 pacientes diagnosticados de FBM, aunque solo en 1.407 el motivo de consulta había sido la FBM (2.258 visitas). En 104 de estos pacientes (7,3%) se llevó a cabo una terapia grupal en AP (54 habían participado en este tipo de terapia durante el 2009, 105 durante el 2010 y 119 durante el 2011). Del total, 100 pacientes (7,1%) requirieron derivación a la UHE durante el 2012, mientras que en el 2011 habían sido derivados 97 (5,7%). La actividad de la UHE, que recibe también derivaciones de pacientes procedentes de CAP que no pertenecen a MT, fue de 40 primeras visitas en 2009, 222 en 2010, 183 en 2011, y 154 en 2012 (100 de las cuales, como ya se ha dicho, procedían de EAP de MT). La mayor parte de estas visitas se realizaron en el primer nivel, derivándose solo 11 (7%) al hospital. El tiempo de demora para la primera visita osciló durante los 4 años entre 7 y 46 días. No se han registrado incidencias de interés.

Conclusiones: El Programa de Atención a la FBM está totalmente implantado en MT, con buenos resultados en términos de resolución por parte de AP (solo 7,1% de derivaciones a la UHE), de accesibilidad a la UHE (tiempo de espera mantenido para primera visita inferior a 2 meses), y de aceptación de los usuarios. Los instrumentos clave del presente modelo asistencial transversal y multidisciplinar son la consultoría y el abordaje grupal, elementos que han sido ya utiliza-

dos en nuevos programas de mejora de la accesibilidad y resolución en el ámbito de la relación entre AP y AE ambulatoria de MT.

139. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE ARTROSIS CONCOMITANTE DE MANOS SOBRE LA CANTIDAD DE DERRAME Y/O HIPERTROFIA SINOVIOL DE PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA

C. Orellana, N. Navarro, J. Calvet, A. Gómez, J. Gratacós y M. Larrosa

Servei de Reumatologia. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: Una importante proporción de pacientes con artrosis de rodilla presentan signos locales de inflamación como derrame articular y/o hipertrofia sinovial. Por otro lado en los últimos años se ha evidenciado la existencia de una asociación la artrosis de manos e inflamación sistémica.

Objetivos: Valorar la posible influencia de la presencia de artrosis concomitante de manos sobre el componente inflamatorio medido por ecografía articular en pacientes con artrosis sintomática de rodilla.

Métodos: Estudio transversal con inclusión consecutiva de pacientes de ≥ 50 años de edad con artrosis sintomática de rodilla con afectación radiológica moderada (Kellgren-Lawrence II-III) y derrame articular. Se analizaron edad, sexo, IMC, tiempo de evolución, dolor medido por EVA (0-100 mm) e índice algofuncional de Lequesne. Se realizó ecografía articular de rodilla valorando y midiendo la presencia de derrame y/o hipertrofia sinovial a nivel de la línea media suprapatelar.

Resultados: Se han analizado 50 pacientes, M/H 39/11, edad $61,8 \pm 10,1$ años, tiempo de evolución $44,6 \pm 44,7$ meses, IMC $31,4 \pm 5,1$ kg/cm². Diez pacientes (20%) presentaban de forma concomitante artrosis de manos. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo con artrosis concomitante de manos y el de artrosis únicamente localizada en rodillas en relación a edad, sexo, IMC, duración de la enfermedad o grado radiológico. Ecográficamente el grupo de pacientes con artrosis concomitante en manos presentaba una tendencia a presentar un mayor derrame articular ($7,4 \pm 3$ vs $7,05 \pm 2,3$ mm) y una mayor hipertrofia sinovial ($3,6 \pm 2,6$ vs $2,83 \pm 2,5$ mm), aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística. También se encontró una tendencia no significativa entre los pacientes con artrosis de rodilla y manos a presentar mayor dolor en rodilla (EVA $70,3 \pm 12,5$ vs $60,3 \pm 18,1$ mm) y mayor puntuación en el índice de Lesquesne ($11,5 \pm 3,3$ vs $9,8 \pm 2,9$).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio sugieren que la coexistencia de artrosis de manos parece asociarse a una artrosis de rodilla con características inflamatorias más acusadas, si bien los resultados no mostraron significación estadística probablemente debido al pequeño tamaño muestral.

140. PREVALENCIA DE LA OSTEOPOROSIS EN LA POBLACIÓN CANARIA: ESTUDIO EPIRCAN

F. Álvarez¹, J.J. Bethencourt², A. Álvarez³, C. Luna¹, V. Hernández², A. Arteaga¹, S. Machín⁴, M. Hernández² y S. Bustabad²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria. Tenerife. ²Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Hospital General de La Palma.

⁴Complejo Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria.

Objetivos: Estimar en la población canaria adulta mayor de 20 años la prevalencia de osteoporosis, así como conocer hasta qué punto la población tiene información de la osteoporosis, su variabilidad en función del umbral.

Métodos: Sujetos residentes en Canarias seleccionados mediante un muestreo aleatorio polietápico de la población canaria a partir del padrón de 8 municipios, 4 de la provincia de Las Palmas y 4 de la de Santa Cruz de Tenerife, correspondiendo en cada provincia 2 muni-

cipios de ámbito rural y 2 urbanos. Reumatólogos entrenados en técnicas de reclutamiento pasaban un cuestionario estructurado, basado en el estudio EPISER, en el que constaban apartados sobre aspectos sociodemográficos, estado general de salud, aspectos de calidad de vida (versión española del SF-12), grado de capacidad funcional (versión española de HAQ) y consumo de fármacos. Se le preguntaba si conoce lo que es la osteoporosis, si ha sido diagnosticado y si tenía antecedentes de fracturas. Se utilizó para la determinación de la densidad mineral ósea un AccuDEXA (versión periférica de DEXA que mide la densidad mineral ósea en la segunda falange del dedo medio de la mano no dominante) que es una técnica validada y de fácil realización. Los umbrales de puntos de corte de la T-score se consideraron los de la OMS (-2,5 DE) y los de Fiter (-1,65 DE).

Resultados: La tasa de reclutamiento obtenida fue del 70%. El 30,6% de los encuestados conocían lo que era la osteoporosis y el 5,9% referían haber sido diagnosticados de osteoporosis, siendo la densitometría ósea la técnica más realizada (58,5%) junto con la radiografía simple (51,4%). Solo el 14,3% refiere que su médico de osteoporosis es un reumatólogo. La prevalencia global se estima en 2,1% según la OMS y del 7,2% según el umbral de punto de corte de Fiter, y aumenta con la edad siendo máxima en mayores de 60 años.

Conclusiones: La prevalencia de osteoporosis en la población general depende del umbral utilizado para designar un caso de osteoporosis. Este estudio aporta datos poblacionales válidos de la prevalencia de osteoporosis en la población adulta de Canarias, reflejando una prevalencia menor en esta población que en la del estudio EPISER (3,6% en el umbral del -2,5 DE y 10,5% en el umbral de -1,65 DE).

141. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LAS TERAPIAS CON INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL-A EN UNA COHORTE ESPAÑOLA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.A. Ferrer, M.J. Soto, A. García, A. Utrilla, P. Salas, M. López-Sidro, L. Romaní, Z. Acevedo, I. Notario y R. Cáliz

Grupo "Factores Pronóstico, Clínico e Inmunopatológicos de las Enfermedades Reumáticas" (CTS-565). Complejo Hospitalario de Granada.

Introducción: Numerosos estudios europeos han demostrado diferencias en la supervivencia a largo plazo entre los distintos tratamientos anti-TNFs. Estas diferencias se han observado en nuestra práctica clínica.

Objetivos: Estudiar la seguridad y supervivencia de los inhibidores del factor de necrosis tumoral-a (TNFa): infliximab (INF), adalimumab (ADA) y etanercept (ETN) en una población de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo realizado en pacientes con AR tratados con inhibidores de TNF-a entre los años 2005 y 2011 en nuestro hospital. Se obtuvieron datos de seguridad, se analizaron las causas de las interrupciones en el tratamiento debido a cualquier causa o a eventos adversos en los años 1, 2 y 5. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para calcular la supervivencia de cada anti-TNF. La interrupción por cualquier causa de uno de los tres anti-TNF-a fue definido como evento final.

Resultados: 297 pacientes se incluyeron en el estudio, 246 son mujeres (77,6%), la media de edad fue 45 años: 85 pacientes (28,61%) recibieron INF, 73(24,57%) ETN y 139 (46,80%) ADA y de ellos tratados con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) (46,4%): metotrexato; 42,9%, leflunomida, sulfasalazina 10,1%). Los pacientes tratados con anti-TNF presentaron diferencias estadísticamente significativas en la línea de base HAQ y DAS-28. El tratamiento con un inhibidor de TNF-a dio lugar a una rápida mejoría clínica asociada a una reducción en los marcadores inflamatorios ya en el primer año. Después de 5 años la tasa de retención global de los inhibidores de TNF-a fue de 57,3%. La tasa media de supervivencia en los pacientes tratados con ETN (42,6%) fue significativamente mayor que aquellos

pacientes que se trataron con INF (23,2%) o ADA (34,1%). La duración media del tratamiento fue significativamente mayor en los pacientes tratados con ETN (4,5 años: $p < 0,05$) en comparación con aquellos tratados con ADA (3,25 años $p < 0,05$) o con INF (2,5 años: $p < 0,05$). Los principales motivos descritos para la interrupción en el tratamiento fueron eventos adversos (35 pacientes: 5 ETN, 15 INF, 15 ADA) e ineficacia (133 pacientes: 38/85 INF, 61/139 ADA y 34/73 ETN).

Tasas de supervivencia a los años 1, 2 y 5 años

| | Adalimumab | Etanercept | Infliximab |
|----------|------------|------------|------------|
| 12 meses | 66,3% | 78,9% | 79,8% |
| 24 meses | 54,6% | 66,1% | 61,3% |
| 60 meses | 34,1% | 42,6% | 22,2% |

Conclusiones: Los fármacos inhibidores de TNF-a constituyen una opción terapéutica eficaz para los pacientes con AR refractaria a FAME. En nuestra práctica clínica, a los cinco años de tratamiento ETN presenta una tasa de supervivencia significativamente mayor en comparación con ADA y INF. Todos los anti-TNF muestran un perfil de seguridad aceptable, pero los pacientes tratados con ETN mostraron menores tasas de EAs e ineficiencia, a diferencia de los presentados por ADA e INF desde el segundo año de tratamiento. Su tasa de supervivencia sigue siendo alta en los primeros años de tratamiento, disminuyendo considerablemente después del segundo año.

142. PREVALENCIA DEL EMPLEO DE BIOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMOS CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL ADULTO EN ANDALUCÍA

B. Hernández Cruz¹, F. Navarro Sarabia¹, R. Cáliz Cáliz², E. Márquez Saavedra³ y Grupo de Estudio de Terapias Biológicas en Artritis Reumatoide del Servicio Andaluz de Salud

¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.

Objetivos: Conocer la prevalencia de empleo de tratamientos biológicos en artritis reumatoide en los diferentes hospitales del Servicio Andaluz de Salud a través del Registro de Terapias Biológicas.

Métodos: Diseño: estudio observacional, longitudinal y prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con AR del adulto según criterios ACR (1987) que iniciaron un primer biológico aprobado para uso comercial según el II Documento de consenso ser para la prescripción de biológicos en AR, en los hospitales del SAS desde mayo de 2006 a marzo de 2010. En una base de datos centralizada mediante una página Web se incluyeron de modo basal los datos demográficos, de los tratamientos previos, la comorbilidad y de la AR de todos los pacientes que iniciaron un biológico. Análisis estadístico: estimación de la prevalencia (IC95%) de AR según los datos del estudio EPISER 0,5 (0,2 a 0,8). La población diana se estimó con base a la población de más de 18 años atendida en cada centro, durante el mismo período según datos de Servicios Centrales de SAS.

Resultados: El número total de pacientes tratados con un primer biológico fue 1.150. La población total de mayores de 17 años fue de 7.206.980. El número de enfermos con AR estimado fue de 36.034 (14.413-57.655) y el porcentaje de pacientes con un primer biológico para dicha estimación fue de 3,2 (2,0-8,0) Por provincias, los porcentajes estimados fueron de 5,0% (3,1-12,6) para Granada; 4,7 (1,8-29,5) para Sevilla; 3,8 (2,3-9,5) para Cádiz; 3,2 (2,0-8,2) para Jaén; 2,7 (1,7-7,0) para Almería; 2,7 (1,7-6,9) para Huelva; 2,6 (1,7-6,6) para Málaga y 2,5 (1,6-6,3) para Córdoba, durante el período estudiado. El análisis por hospitales reveló diferencias significativas entre la proporción estimada de pacientes tratados con biológicos entre cada uno de ellos, que variaron desde 7,2 (4,5-18,1)

para el Hospital Virgen de las Nieves hasta 0,1 (0,1-0,4) en el Hospital Infanta Margarita.

Conclusiones: La prevalencia de empleo de biológicos en Andalucía en el periodo estudiado fue baja o muy baja comparada con otras comunidades como Madrid con prevalencia de hasta 25%. Al igual que con los FME sintéticos existe gran variabilidad en la prescripción entre provincias y hospitales.

143. PREVALENCIA DE LA ARTROSIS DE MANOS EN LA POBLACIÓN CANARIA. ESTUDIO EPIRANC

C. Luna¹, J.J. Bethencourt², F. Álvarez¹, A. Álvarez³, V. Hernández², A. Arteaga¹, S. Machín⁴, M. Hernández² y S. Bustabad²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife.

²Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Hospital General de La Palma.

⁴Complejo Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria.

Introducción: La artrosis es la enfermedad articular más frecuente y, aunque existen pocos estudios sobre su impacto poblacional comparado con el de otras patologías, podría ser una de las causas más importante de discapacidad.

Objetivos: Estimar en la población canaria adulta mayor de 20 años de la prevalencia de la artrosis de manos.

Métodos: Sujetos residentes en Canarias seleccionados mediante un muestreo aleatorio polietápico de la población canaria a partir del padrón de 8 municipios, 4 de la provincia de Las Palmas y 4 de la de Santa Cruz de Tenerife, correspondiendo en cada provincia 2 municipios de ámbito rural y 2 urbanos. Reumatólogos entrenados en técnicas de reclutamiento administraron un cuestionario estructurado, basado en el estudio EPISER, en el que constaban apartados sobre aspectos sociodemográficos, estado general de salud, aspectos de calidad de vida (versión española del SF-12) y grado de capacidad funcional (versión española de HAQ). En la encuesta se preguntaba acerca de la presencia de dolor en manos y se exploraba a los sujetos en busca de signos de artrosis. Se utilizaron los criterios clínicos de Altman et al previamente validados para el diagnóstico.

Resultados: La tasa de reclutamiento obtenida fue del 70%. La prevalencia global se estima en el 6,4%. Se observa un aumento de la proporción de la artrosis de manos con la edad, mayor frecuencia en las décadas 50-60 y 60-70 años, con un predominio en las mujeres (77,5%) y relacionándose con el tipo de trabajo realizado.

Conclusiones: Este estudio aporta datos poblacionales válidos de la prevalencia de artrosis de manos en Canarias y se observa una prevalencia de la artrosis de manos (6,4%) similar a la observada en el estudio EPISER (5,34%). Se encuentra una relación con la edad y el sexo femenino.

144. EVOLUCIÓN DE LA XEROSTOMÍA Y XEROFTALMIA DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO DURANTE EL EMBARAZO

E. Trujillo, M.M. Trujillo, B. Rodríguez-Lozano, J. Viotti, L. Expósito, V. Hernández, A.I. Rodríguez, S. Bustabad, I. Ferraz, M.A. Gantes, J.J. Bethencourt y E. Delgado

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Servicio de Evaluación y Planificación. Fundación Canaria de Investigación y Salud.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS), una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes, es un proceso crónico y sistémico que predomina en las mujeres y se caracteriza por la infiltración de linfocitos T a nivel de las glándulas exocrinas. Sus señas de identidad son la sequedad oral y ocular debido a la afectación de las glándulas salivales y lagrimales. Aunque la edad media del diagnóstico está entre los 40 y 50 años, se observa también en mujeres jóvenes en plena edad fértil. Por eso es frecuente el embarazo en pacientes con

SS. El efecto del embarazo sobre la xeroftalmia y la xerostomía del SS no ha sido evaluado.

Objetivos: El propósito de este estudio fue estudiar el efecto del embarazo sobre la sequedad ocular y bucal de las pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP).

Métodos: Se realizó estudio prospectivo durante todo el embarazo de 12 pacientes mujeres con diagnóstico de SSP (criterios de la Comunidad Europea para el diagnóstico de SS (Vitali et al, 1997) del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias. A todas las pacientes se les realiza en la primera visita y luego de forma mensual hasta la finalización del embarazo medición de las siguientes variables: 1. Test de Schirmer (mm/min). 2. Test de Saliva Global en reposo-TSG (técnica de Heintze et al) (ml/min). 3. Cuestionario de sintomatología bucal (Neidermaier 1998). 4. Cuestionario de síntomas de ojo seco-DEQ (Begley et al). Para el análisis de los índices y test se determinaron los promedios y la desviación estándar. La diferencia de los parámetros fue evaluada utilizando el test de Student.

Resultados: No hubo cambios significativos del test de Schirmer ni del test de saliva global durante el embarazo de las pacientes de SSP. Tampoco hubo modificaciones significativas en los resultados de los dos cuestionarios administrados (cuestionario de síntomas de ojo seco de Begley y cuestionario de sintomatología bucal de Neidermaier) durante las visitas mensuales de las pacientes.

Conclusiones: El embarazo no modifica la xeroftalmia y xerostomía características del SSP.

145. CTX-II URINARIO COMO BIOMARCADOR DE PRONÓSTICO EN LA ESPONDILOARTRITIS PRECOZ

E. Trujillo, M.M. Trujillo, I. Ferraz, J.J. Bethencourt, J. Viotti, L. Expósito, A.I. Rodríguez, E. Delgado y V. Hernández

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Evaluación y Planificación. Fundación Canaria de Investigación y Salud.

Introducción: En los últimos años se ha visto que el cartílago también es un órgano diana importante en las EsA. Los biomarcadores de la síntesis y degradación de cartílago son índices potenciales que reflejan actividad de la enfermedad y pueden ser relevantes en EsA. En la degradación del cartílago se liberan fragmentos de colágeno tipo II a la circulación que posteriormente son excretados por la orina, pudiendo emplearse como marcadores biológicos de la destrucción del cartílago.

Objetivos: Determinar el posible valor pronóstico de la excreción urinaria de CTX-II en la espondiloartritis precoz. 1. Comparar el nivel urinario de CTX-II de los pacientes con datos de EsA precoz respecto a la población sana de sus mismas características de edad y género. 2. Analizar la existencia de asociación con variables de seguimiento y de diagnóstico a los 3 años.

Métodos: Se reclutaron 68 pacientes mayores de 18 años y menores de 45 años, que acudieron al Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias, con alguno/s de los datos sugestivos de EsA de la tabla y que posteriormente completaron tres años de seguimiento en el servicio de reumatología y cumplen actualmente criterios para la clasificación de las espondiloartritis del Grupo Europeo de Estudio de las EsA (ESSG): 1. Lumbalgia inflamatoria. 2. Artritis asimétrica preferentemente en MMII. 3. Raquialgia o artralgias, + 1 de los siguientes: psoriasis, EII, uveítis anterior, historia familiar de EsA, uretritis/cervicitis/diarrea en el mes anterior, sacroileítis radiológica, HLA B27, entesitis. Para comparar los niveles de uCTX-II se utilizó un Grupo control sano de similar edad y sexo (n = 30), obtenido de personal sanitario que voluntariamente aceptó participar en el estudio. Se tomaron muestras de orina de todos los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de reumatología con sospecha de EsA precoz y se determinó la excreción urinaria de CTX-II (uCTX-II) mediante inmunoensayo (ELISA)

(ng/ml). Se realizó análisis de asociación con las siguientes variables de seguimiento a los 3 años: Diagnóstico a los 3 años, HLA-B27, EsA axial/periférica de ASAS, afectación precoz de grandes articulaciones, presencia de manifestaciones extra-articulares (uveítis anterior, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal) y tratamiento con anti-TNF. Debido a que los niveles urinarios no se encuentran normalmente distribuidos, todos los datos fueron transformados en logaritmos para obtener así una distribución normal. Las diferencias de los niveles de CTX-II en la orina entre los controles y los pacientes se evaluaron mediante t de Student no pareada. Las correlaciones se hicieron por análisis de correlación lineal.

Resultados: Los valores de la excreción urinaria de CTX-II de los pacientes que acuden por primera vez y cumplen criterios de derivación a la unidad de EsA precoz son significativamente superiores a los del grupo control sano de similar edad y sexo ($p < 0,001$). Los niveles de uCTX-II de los pacientes con EsA precoz en la consulta inicial fueron significativamente más altos en aquellos que a los 3 años de seguimiento presentaron predominio de afectación periférica, desarrollaron afectación precoz de grandes articulaciones y en los que necesitaron tratamiento biológico. No se encontró asociación con el HLA B27 ni la presencia de manifestaciones extra-articulares. Los pacientes que a los 3 años de seguimiento cumplen criterios diagnósticos de artritis psoriásica y de espondiloartritis indiferenciada tienen niveles urinarios de CTX-II más elevados en la consulta inicial que los pacientes con diagnóstico de espondilitis anquilosante, artritis asociada a EII y artritis reactiva.

Conclusiones: La excreción urinaria de CTX-II en los pacientes con EsA precoz podría ser un biomarcador de pronóstico puesto que en nuestra serie se ha relacionado con la afectación periférica, la afectación precoz de grandes articulaciones y con la necesidad de tratamiento biológico en los primeros tres años de seguimiento.

146. REDUCCIÓN DE DOSIS Y SUSPENSIÓN DE INFILIXIMAB, ADALIMUMAB Y ETANERCEPT EN ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA

L. Lojo¹, J. Díez², C. Plasencia¹, G. Bonilla¹, D. Peiteado¹, A. Villalba¹, L. Nuño¹, A. Balsa¹ y E. Martín-Mola¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Bioestadística. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La remisión a largo plazo en artritis reumatoide (AR) es una realidad con la terapia biológica. Publicaciones recientes demuestran que la reducción de dosis y suspensión es posible en pacientes con remisión persistente. Sin embargo, son necesarios más estudios que avalen estos resultados y estandaricen las pautas de ajuste de dosis.

Objetivos: Evaluar en práctica clínica la frecuencia de reducción de dosis y suspensión de infliximab (Ifx), adalimumab(Ada) y etanercept (Eta) en pacientes con AR en baja actividad o remisión y su efecto en la actividad de la enfermedad.

Métodos: Se analizaron los datos de la cohorte prospectiva de pacientes con AR que iniciaron tratamiento con Ifx, Ada y Eta como primer biológico entre 2000 y 2012. Se diseñó un protocolo de

reducción y suspensión de biológicos en el que se estableció que en los pacientes que estuviesen en remisión o en baja actividad durante al menos 6 meses se iniciaría el descenso de dosis aumentando el intervalo de administración de forma progresiva. Para valorar la estrategia de reducción se analizó el incremento medio de DAS28 y el incremento medio de HAQ así como el porcentaje de fracasos. El análisis estadístico se realizó mediante el SPSS 11.5.

Resultados: Se incluyeron 276 pacientes, 124 con Ifx, 85 con Ada y 67 con Eta. No había diferencias basales entre los 3 grupos en cuanto a la edad, la distribución por sexo, la duración media de la enfermedad ni en el porcentaje de pacientes en monoterapia. Sí había diferencias en el DAS28 medio, HAQ medio, VSG media y porcentaje de pacientes seropositivos, que eran mayores en el grupo de pacientes que iniciaban Ifx. En el grupo de Ifx se redujo la dosis en el 16,9% de los pacientes (21/124). Ninguno de los pacientes sufrió recaída de la enfermedad. Del grupo de Ada se disminuyó la dosis en el 40% (34/85). De los 34 pacientes, 30 (88,24%) no presentaron recaída y 4 (11,76%) empeoraron y recibieron nuevamente la dosis estándar. En cuanto al Eta se disminuyó la dosis en el 44,77% de los pacientes (30/67). De éstos, 28 (93,33%) no presentaron empeoramiento, y en 2 (6,67%) se restauró la dosis por recaída. La reducción de dosis fue posible en un porcentaje menor de pacientes con Ifx que con Eta y Ada ($p = 0,000$). El tiempo medio de seguimiento desde la reducción fue de $27,74 \pm 22,44$ meses en los pacientes con Ifx, de $31,56 \pm 19,90$ meses con Ada y de $14,43 \pm 9,37$ meses con Eta, $p = 0,020$. En los pacientes con reducción de dosis no se encontraron diferencias en la variación media del DAS28 (deltaDAS28m) entre la última visita y el momento en el que se inició la reducción (Ifx: $-0,06 \pm 0,69$; Ada: $0,09 \pm 0,92$; Eta: $0,37 \pm 0,65$, $p = 0,293$). Tampoco se detectaron variaciones significativas en la discapacidad al valorar el deltaHAQ: Ifx: $0,03 \pm 1,05$; Ada: $-0,04 \pm 0,57$; Eta: $0,11 \pm 0,11$; $p = 0,744$. Se suspendió el tratamiento en 2 pacientes con Ada con una media de $29,6 \pm 14,84$ meses desde la suspensión sin presentar recidiva de la enfermedad (deltaDASm $0,19 \pm 0,62$). Y en 2 pacientes con Ifx sin tiempo suficiente de seguimiento.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes la reducción de dosis de Ifx, Ada y Eta sin empeoramiento clínico ni funcional es factible en una parte importante de los pacientes con AR, presentando una baja proporción de fracasos. Los pacientes tratados con Ifx presentan un menor porcentaje de reducción de dosis que los tratados con Ada y Eta.

147. EFICACIA A LARGO PLAZO DE ABATACEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA Y ANÁLISIS DE SU POSIBLE RELACIÓN CON LAS DISTINTAS VARIABLES CLÍNICAS

M.A. Ferrer González, M.J. Soto Pino, M. López-Sidro Ibáñez, L.O. Romaní Córdor, Z. Acevedo Zanabria, I. Notario Ferreira, A. García Sánchez, A. González Utrilla y R. Cáliz Cáliz

Grupo "Factores Pronóstico, Clínico e Inmunopatológicos de las Enfermedades Reumáticas" (CTS-565). Complejo Hospitalario Granada.

Introducción: Abatacept (ABA) es una proteína de fusión recombinante humana CTLA-4 Ig que inhibe la coestimulación del linfocito

Tabla Póster 146

| | IFX | ADA | ETN | Total | p |
|----------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|-------|
| Edad media | 54,86 ± 14,4 | 53,83 ± 14,78 | 49,80 ± 14,98 | 53,36 ± 14,7 | 0,108 |
| % mujeres | 84,4% | 80% | 75% | 80,8% | 0,340 |
| Duración media enfermedad (años) | 11,25 ± 9,13 | 9,8 ± 6,93 | 10,16 ± 10,53 | 10,57 ± 8,80 | 0,534 |
| % monoterapia al inicio | 11,92% | 8% | 16,07% | 11,66% | 0,389 |
| DAS 28 medio basal | 5,42 ± 1,33 | 5,07 ± 1,26 | 4,63 ± 1,46 | 5,13 ± 1,37 | 0,003 |
| HAQ medio basal | 1,35 ± 0,79 | 1,08 ± 0,67 | 0,97 ± 0,75 | 1,18 ± 0,76 | 0,007 |
| VSG media basal | 40 ± 24,81 | 34,06 ± 19,65 | 25,69 ± 14,99 | 34,75 ± 21,93 | 0,000 |
| FR+ n (%) | 88 (80,7%) | 55 (73,3%) | 35 (62,5%) | 178 (72,7%) | 0,060 |
| ANTICCP+ n (%) | 84 (77,1%) | 52 (69,3%) | 36 (64,3%) | 172 (77,4%) | 0,047 |

T, con indicación para el tratamiento de la artritis reumatoide. Se presentan los resultados de nuestra experiencia en términos de eficacia a largo plazo, así como su tasa de supervivencia y análisis de las causas de discontinuación.

Objetivos: Valorar la eficacia de Abatacept en nuestros pacientes con artritis reumatoide, y valoración de la posible influencia de distintas variables clínicas en la predicción de respuesta a ABA.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y abierto en el que se incluyen 32 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, según los criterios de la ACR, para valorar la respuesta a tratamiento con abatacept en condiciones de práctica clínica. A todos los pacientes se les administró abatacept según esquema de dosificación de la ficha técnica, y se realizó un seguimiento a los 6, 12 y 24 meses. Al inicio del tratamiento y en cada visita se determinaron las siguientes variables: Recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, EVA del dolor y de su enfermedad por el paciente, EVA de la enfermedad por parte del médico, analítica sanguínea y de orina, determinación de VSG, FR, PCR, anti-CCP e inmunoglobulinas, y se realizó cuestionario de calidad de vida HAQ para valoración de capacidad funcional. Se recogen datos demográficos y tratamientos recibidos por cada paciente con anterioridad, incluidos FAMES y terapias biológicas. La respuesta al tratamiento se evalúa utilizando el índice DAS 28 (criterios de respuesta y de actividad baja y remisión de la EULAR).

Resultados: A los 6 meses de tratamiento (n = 32) el 71,9% de los pacientes cumplen criterios de respuesta EULAR, siendo las tasas de respuesta a los 12 meses (n = 25) y a los 24 meses (n = 12) de 84% y 83,3% respectivamente. La tasa de remisión clínica (DAS 28 < 2,6) a los 6, 12 y 24 meses fue del 9,37%, 24% y 41,6% respectivamente, y de actividad baja de la enfermedad (DAS 28 < 3,2) el 18,75%, 52% y 50% a los 6, 12 y 24 meses respectivamente. Al realizar el análisis por grupos, se obtuvieron los siguientes resultados: hubo más pacientes que recibieron tratamiento con ABA en monoterapia (52,5% vs 47,5%) siendo estos pacientes más evolucionados (mayor tiempo de evolución, presencia de erosiones, nº de DMARDs y TB previas, DAS 28 basal más alto) que los que recibieron tratamiento con ABA en terapia combinada con DMARDs. Los pacientes que recibieron ABA en terapia combinada presentan mayores tasas de remisión clínica a largo plazo (60% vs 28% a los 24 meses), siendo las diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05). No hubo diferencias en las tasas de remisión clínica a corto plazo entre los dos grupos (22,2% vs 15% a los 6 meses, 30% vs 33% a los 12 meses). Tampoco hubo diferencias entre los pacientes seropositivos para FR y/o Anti-CCP (n = 23) respecto a los pacientes FR y Anti-CCP negativos (n = 9), en las tasas de respuesta, actividad baja ni remisión clínica. No se pudo analizar la diferencia de respuesta entre los pacientes que recibieron ABA tras fallo a DMARD respecto a los que habían recibido tratamiento previo con otra TB por el escaso nº de pacientes en el primer grupo (solo 2 pacientes). La tasa de supervivencia del fármaco a los 12, 24 y 48 meses fue del 77,7%, 69,1% y 59,2% respectivamente, siendo la causa de discontinuación más frecuente la ineficacia.

Características basales de los pacientes

| Variable | % |
|---------------------|---------------|
| Sexo | |
| Varón | 20 |
| Mujer | 80 |
| FR + | 70 |
| Anti-CCP | 60 |
| Erosiones | 82,5 |
| | Media ± DE |
| Edad | 57,25 ± 12,45 |
| Tiempo de evolución | 10,85 ± 5,48 |
| Nº TB previos | 2,37 ± 1,19 |
| DAS 28 | 5,20 ± 1,38 |
| PCR | 1,85 ± 2,61 |
| VSG | 34,91 ± 27,83 |
| Nº FAMES previos | 2 ± 0,72 |

Conclusiones: El tratamiento con ABA es efectivo a largo plazo en pacientes con artritis reumatoide evolucionada. Abatacept es efectivo en monoterapia, presenta altas tasas de supervivencia y es seguro (muy baja incidencia de efectos adversos).

148. PREVALENCIA DE LA FIBROMIALGIA EN LA POBLACIÓN CANARIA. ESTUDIO EPIRCAN

A. Álvarez¹, J.J. Bethencourt², V. Hernández², F. Álvarez³, C. Luna³, A. Arteaga³, S. Machín⁴, M. Hernández² y S. Bustabad¹

¹Hospital General de La Palma. ²Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. ⁴Complejo Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria.

Objetivos: Estimar en la población canaria adulta mayor de 20 años de la prevalencia de la fibromialgia, así como conocer su variabilidad en función de la edad, sexo y actividad laboral

Métodos: Sujetos residentes en Canarias seleccionados mediante un muestreo aleatorio polietápico de la población canaria a partir del padrón de 8 municipios, 4 de la provincia de Las Palmas y 4 de la de Santa Cruz de Tenerife, correspondiendo en cada provincia 2 municipios de ámbito rural y 2 urbanos. Reumatólogos entrenados en técnicas de reclutamiento administraron un cuestionario estructurado, basado en el estudio EPISER, en el que constaban apartados sobre aspectos sociodemográficos, estado general de salud, aspectos de calidad de vida (versión española del SF-12), grado de capacidad funcional (versión española de HAQ) y consumo de fármacos. En el cuestionario se consideraba que el sujeto tenía criterios de fibromialgia si refería dolor generalizado de más de 3 meses sin traumatismo previo y con una escala del dolor superior a 1. A estos sujetos se le exploraba en busca de puntos gatillos que confirmaran el diagnóstico (11 o más puntos gatillos). Se utilizaron los criterios clínicos ACR de fibromialgia.

Resultados: La tasa de reclutamiento obtenida fue del 70%. La prevalencia global de la fibromialgia en la población canaria adulta se estima en el 3,6% con un predominio en mujeres en edades comprendidas entre 40-49 años. El nivel de estudios en los sujetos que reunían criterios de fibromialgia era bajo y referían un estado de salud regular o malo, con alto consumo de fármacos.

Conclusiones: La prevalencia de la fibromialgia en la población canaria adulta mayor de 20 años fue algo más elevada (3,6%) que la observada en el estudio EPISER (2,37%).

149. PREVALENCIA DE LA ARTROSIS DE RODILLAS EN LA POBLACIÓN CANARIA. ESTUDIO EPIRCAN

V. Hernández¹, J.J. Bethencourt¹, A. Álvarez², F. Álvarez³, C. Luna³, A. Arteaga³, S. Machín⁴, M. Hernández¹ y S. Bustabad¹

¹Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²Hospital General de La Palma. ³Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. ⁴Complejo Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria.

Introducción: La artrosis es la enfermedad articular más frecuente y, aunque existen pocos estudios sobre su impacto poblacional comparado con el de otras patologías, podría ser una de las causas más importante de discapacidad.

Objetivos: Estimar en la población canaria adulta mayor de 20 años de la prevalencia de la artrosis de rodillas, así como conocer su variabilidad en función de la edad, sexo y actividad laboral.

Métodos: Sujetos residentes en Canarias seleccionados mediante un muestreo aleatorio polietápico de la población canaria a partir del padrón de 8 municipios, 4 de la provincia de Las Palmas y 4 de la de Santa Cruz de Tenerife, correspondiendo en cada provincia 2 muni-

cipios de ámbito rural y 2 urbanos. Reumatólogos entrenados en técnicas de reclutamiento administraron un cuestionario estructurado, basado en el estudio EPISER, en el que constaban apartados sobre aspectos sociodemográficos, estado general de salud, aspectos de calidad de vida (versión española del SF-12), grado de capacidad funcional (versión española de HAQ) y consumo de fármacos. Exploración de rodillas en sujetos que presentaban dolor en estas localizaciones para identificación de casos de artrosis de rodillas. Se utilizaron los criterios clínicos de Altman y cols previamente validados para el diagnóstico.

Resultados: La tasa de reclutamiento obtenida fue del 70%. La prevalencia global se estima en el 10,6% (IC95%: 8,9-11,5). Se observa un aumento de la proporción de la artrosis de rodillas con la edad, mayor frecuencia en las décadas 50-60 y 60-70 años, con un predominio en las mujeres (69,2%) con un índice de masa corporal elevada. El nivel de estudios se correlaciona inversamente con la prevalencia de la artrosis de rodillas.

Conclusiones: Este estudio aporta datos poblacionales válidos de la prevalencia de artrosis de rodillas en Canarias, reflejando una prevalencia similar a la del estudio EPISER, de predominio en mujeres con un mayor índice de masa corporal.

150. MODIFICACIONES EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA TRAS LA REALIZACIÓN DE TERAPIA MULTIDISCIPLINAR

A. Pàmies^{1,2}, A. Castel³, S. Castro¹, M.J. Poveda¹, R. Qanneta⁴, M. Rull³, S. Montull³ y R. Fontova¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. ²Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

³Unidad de Fibromialgia; ⁴Unidad de Fatiga Crónica. Hospital Universitari Joan XXIII. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica, caracterizada por dolor generalizado y diversos síntomas como fatiga, alteración del estado de ánimo o insomnio. Los pacientes requieren múltiples tratamientos farmacológicos, especialmente analgésicos, que en la mayoría de los casos se administran a demanda. El manejo y el control farmacológico de los pacientes con FM es complejo. El tratamiento multidisciplinar ha demostrado eficacia en el control de la sintomatología.

Objetivos: Evaluar los cambios en el consumo de analgésicos e hipnóticos en pacientes con FM tras la realización de un programa multidisciplinar de tratamiento de la FM.

Métodos: En las Consultas Externas de Reumatología del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona se seleccionaron a pacientes mujeres que cumplieron los criterios ACR 1990 para el diagnóstico de FM. Se excluyeron del estudio pacientes con otros diagnósticos de enfermedades inflamatorias o degenerativas asociadas. Las pacientes se distribuyeron aleatoriamente en 2 grupos: 1) Grupo Tratamiento (GT) en el que se realizó terapia multidisciplinar que incluyó tratamiento farmacológico convencional, terapia cognitivo conductual (TCC) y fisioterapia (hidrocinesiterapia y quinesiterapia) que fueron realizados en 24 sesiones y por un periodo de tres meses. 2) Grupo Control (GC), que incluyó tratamiento farmacológico convencional, consejos generales sobre hábitos de vida saludables y pautas para el ejercicio físico. Todos los pacientes fueron evaluados al inicio del programa y tras finalizar el tratamiento, a los 3 y 12 meses. Se registró la administración de los siguientes fármacos: paracetamol, ibuprofeno, tramadol, comprimidos de paracetamol y tramadol asociados y zolpidem. Se registraron las dosis (mg/día) de estos fármacos al inicio del tratamiento (T-0) y en el seguimiento a los 3 (T-1) y 12 meses (T-2). La muestra de estudio estuvo formada por 88 pacientes (54 del GT y 34 del GC). La media de edad fue de 48,9 (± 7) años y la duración de los síntomas de 11,6 (± 9) años. Los

resultados fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS v20.

Resultados: En la tabla se expone el consumo de analgésicos en ambos grupos en T-0, T-1 y T2.

| Fármaco | Grupos | T-0 | T-1 | T-2 |
|------------------------|--------|------------------|--------------------|--------------------|
| Paracetamol | GC | 904,7 (± 1262,8) | 1.017,6 (± 1428,9) | 1.014,7 (± 1406,1) |
| Paracetamol | GT | 800 (± 1189,8) | 748,4 (± 1082,6) | 727,8 (± 1046,9) |
| Ibuprofeno | GC | 424,5 (± 653,6) | 176,5 (± 509,7) | 105,8 (± 303,4) |
| Ibuprofeno | GT | 436,8 (± 809,9) | 161,5 (± 411,0)** | 198,1 (± 448,7) |
| Tramadol | GC | 27,8 (± 74,6) | 31,4 (± 81,8) | 30,9 (± 81,6) |
| Tramadol | GT | 5,2 (± 29,4) | 11,5 (± 38,3) | 15,7 (± 47,4) |
| Tramadol + Paracetamol | GC | 15,2 (± 37,3) | 36,4 (± 53,1)* | 46,9 (± 53,1)** |
| Tramadol + Paracetamol | GT | 17,7 (± 36,7) | 27,9 (± 40,9) | 23,6 (± 37,7) |
| Zolpidem | GC | 0,75 (± 2,6) | 0,78 (± 3,4) | 1,47 (± 3,6) |
| Zolpidem | GT | 0,0 (± 0,0) | 0,15 (± 1,2) | 0,19 (± 1,3) |

Dosis de los fármacos expresadas en mg/día, * p < 0,05; ** p < 0,01.

Conclusiones: Las pacientes que siguieron el tratamiento multidisciplinar de la FM: a) Disminuyeron el consumo de ibuprofeno en el seguimiento a los 3 meses. b) No incrementaron el consumo de ninguno de los fármacos incluidos en el estudio. En cuanto a las pacientes del grupo control: c) Aumentaron el consumo de paracetamol + tramadol a los 3 (T-1) y 12 meses (T-2) de seguimiento. Por todo ello, podemos concluir que el tratamiento multidisciplinar de la FM consigue una estabilización en el consumo de analgésicos e hipnóticos y que esta diferencia se mantiene a largo plazo.

151. EFICACIA A LARGO PLAZO DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA Y ANÁLISIS DE SU POSIBLE RELACIÓN CON LAS DISTINTAS VARIABLES CLÍNICAS

M.A. Ferrer González, M.J. Soto Pino, M. López-Sidro Ibáñez, L.O. Romaní Córdor, Z. Acevedo Zanabria, I. Notario Ferreira, A. García Sánchez, A. González Utrilla y R. Cáliz Cáliz

Grupo "Factores Pronóstico, Clínico e Inmunopatológicos de las Enfermedades Reumáticas" (CTS-565). Complejo Hospitalario Granada.

Introducción: Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 recombinante humanizado dirigido contra el receptor de la IL-6, incorporado al arsenal terapéutico para el tratamiento de la artritis reumatoide. Se presentan los resultados de nuestra experiencia en términos de eficacia a largo plazo, así como su tasa de supervivencia y análisis de las causas de discontinuación.

Objetivos: Valorar la eficacia de tocilizumab en nuestros pacientes con artritis reumatoide, y valoración de la posible influencia de distintas variables clínicas en la predicción de respuesta a tocilizumab (TCZ).

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y abierto en el que se incluye 36 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, según los criterios de la ACR, para valorar la respuesta a tratamiento con TCZ. De los 36 pacientes incluidos, 10 lo son en condiciones de ensayo clínico (ACT-SURE) y 26 en condiciones de práctica clínica. A todos los pacientes se les administró TCZ a dosis de 8 mg/kg/mes, y se realizó un seguimiento a los 6, 12 y 24 meses. Al inicio del tratamiento y en cada visita se determinaron las siguientes variables: Recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, EVA del dolor y de su enfermedad por el paciente, EVA de la enfermedad por parte del médico, analítica sanguínea y de orina, determinación de VSG, FR, PCR, anti-CCP e inmunoglobulinas, y se realizó cuestionario de calidad de vida HAQ para valoración de capacidad funcional. Se recogen datos demográficos y tratamientos recibidos por cada paciente con anterioridad, incluidos FAMES y terapias biológicas. La respuesta al tratamiento se evalúa utilizando el índice DAS 28 (criterios de respuesta y de actividad baja y remisión de la EULAR).

Resultados: A los 6 meses de tratamiento (n = 36) el 100% de los pacientes cumplen criterios de respuesta EULAR, siendo las tasas de respuesta a los 12 meses (n = 25) y a los 24 meses (n = 15) de 92% y 93% respectivamente. La tasa de remisión clínica (DAS 28 < 2,6) a los 6, 12 y 24 meses fue del 52,7%, 52% y 60% respectivamente. Se produce un descenso de las variables biológicas (PCR y VSG) a límites normales a los 6 meses, y se mantiene a lo largo de los 2 años de seguimiento (PCR < 0,3 mg/dl y VSG < 10 mm de media). Al realizar el análisis por grupos, se obtuvieron los siguientes resultados: los pacientes a los que se inició tratamiento tras fallo a DMARD no biológico, presentan mayores tasas de remisión clínica (87,5%, 66%, y 83% a los 6, 12 y 24 meses) que los que habían sido tratados previamente con otro fármaco biológico (37%, 45% y 55%), siendo las diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05). No hubo diferencias en las tasas de respuesta y remisión clínica entre los pacientes que recibieron TCZ en monoterapia y los que recibieron TCZ más DMARD, ni tampoco hubo diferencias entre los pacientes seropositivos para FR y/o Anti-CCP respecto a los pacientes FR y Anti-CCP negativos. La tasa de supervivencia del fármaco a los 12 y 24 meses fue del 85,7% y 78,6% respectivamente, siendo la causa de discontinuación más frecuente los efectos adversos.

Características basales de los pacientes

| Variable | % |
|----------------------------|---------------|
| Sexo | |
| Varón | 14,9% |
| Mujer | 85,1% |
| FR | 68,1% |
| Anti-CCP | 68,1% |
| Erosiones | 63,8% |
| | Media ± DE |
| Edad (años) | 55,36 ± 11,76 |
| Tiempo de evolución (años) | 11,59 ± 6,74 |
| Nº DMARDs (no TB) | 2,15 ± 0,83 |
| Nº TB | 1,94 ± 1,67 |
| DAS 28 | 5,76 ± 1,28 |
| PCR (mg/dl) | 2,08 ± 2,83 |
| VSG (mm) | 37,35 ± 20,26 |

Conclusiones: El tratamiento con TCZ es efectivo en pacientes con artritis reumatoide evolucionada. Los pacientes que no han recibido tratamiento previo con DMARD biológico presentan mejor respuesta terapéutica (mayores tasas de remisión clínica). TCZ es también efectivo en monoterapia, tiene un efecto rápido y mantenido, produce un marcado descenso de los parámetros biológicos, y presenta altas tasas de supervivencia.

152. REDUCCIÓN Y RETIRADA DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES AFECTOS DE ESPONDILOARTRITIS

M. Aparicio, I. Martín-Esteve, M. Ricse, G. Albert, M. Jordana, J. Rodríguez-Moreno, J.M. Nolla y X. Juanola

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

Introducción: La reducción y/o retirada de fármacos biológicos (FB) en las enfermedades reumáticas inflamatorias es un hecho frecuente en la práctica clínica diaria, pero existen pocos datos sobre sus indicaciones y su eficacia.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes afectados de espondiloartritis (SpA) tratados con FB, a los que se ha modificado la pauta habitual de antiTNF con reducción o retirada debido a una mejoría clínica. Estudiar las diferencias entre estos pacientes y los que han seguido una pauta convencional, analizar los tratamientos previos o los biológicos que hayan podido influir en el cambio de tratamiento y valorar la eficacia de las distintas pautas modificadas.

Métodos: Se revisaron todos los pacientes afectados de SpA en tratamiento con FB controlados en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: datos de filiación, diagnóstico, tipo de afectación, tiempo de evolución, HLA B27, fármacos no biológicos y biológicos, duración de los distintos tratamientos en pauta habitual y en dosis modificada (meses) y BASFI y BASRI axial al inicio del FB. Se determinó también el BASDAI, la Valoración Global del Paciente (VGP), la PCR y la VSG al inicio del último biológico, a los 3 y 6 meses y al modificar el FB. La reducción o retirada del FB por mejoría clínica se hizo a criterio médico aunque en todos los casos los pacientes tenían un BASDAI y una VGP por debajo de 4.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (79% varones, 84% HLA B27 positivo, edad 44,1 + 13,15 años). El tiempo de evolución de la enfermedad antes del inicio del FB fue de 12,5 + 12,2 años, el 38,5% tenían un tiempo de evolución menor de 5 años y el 7,7% no cumplían criterios de espondilitis anquilosante (EA). La distribución por FB fue: etanercept (ETN) 37%, adalimumab (ADA) 30%, infliximab (INF) 24% y golimumab (GOL) 9%. Se realizó reducción de dosis en 12 pacientes, retirada en 5 y en 61 se mantuvo la pauta habitual. Las reducciones y retiradas se realizaron solo con ETN (5 y 2) o con INF (7 y 3). Para ETN la reducción se hizo aumentando el intervalo cada 10 días o reduciendo la dosis a 25 mg y para INF se redujo la dosis a 3 mg/kg cada 8 semanas. No se observaron diferencias entre los tres grupos en relación al sexo, la edad, la positividad del HLA B27, el BASFI y el BASRI al inicio del FB. Para BASDAI, PCR, VSG y VGP tampoco se observaron diferencias al inicio, ni a los 3 y 6 meses. En 2 de los 5 casos en que se retiró el fármaco éste tuvo que reintroducirse a los 2 y a los 6 meses. En los otros tres casos (2 de ellos solo con afectación periférica) el intervalo de la retirada fue de 9-24 meses. En 8 de los 12 pacientes se pudo mantener la reducción con un intervalo entre 2 y 41 meses. No se observaron efectos secundarios significativos relacionados con la reintroducción del FB.

Conclusiones: La reducción de dosis de FB (fundamentalmente ETN e INF) es una medida posible en un número significativo de pacientes afectados de SpA y puede suponer una mejoría en la eficiencia de estos tratamientos. La retirada de los FB suele suponer una reactivación de la enfermedad por lo que debe considerarse con mucha más cautela. Son necesarios estudios controlados bien diseñados para establecer las características de los pacientes a los que se pueda contemplar una reducción de dosis de una manera segura.

153. RELACIÓN ENTRE REMISIÓN CLÍNICA Y BIOMARCADORES EN ARTRITIS REUMATOIDE

R. Hernández Sánchez, P. González, J. Uceda, A. Muñoz Jiménez y J.L. Marengo

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los anticuerpos anti-péptido citrulinado (ACPA) son biomarcadores altamente específicos en el diagnóstico de la artritis reumatoide (AR). La asociación entre la presencia de ACPA y la respuesta al tratamiento es controvertida. Evaluamos la respuesta clínica en pacientes con AR en tratamiento y su relación con los niveles de ACPA.

Métodos: estudio observacional, longitudinal retrospectivo por revisión de historias. Se incluyeron pacientes vistos en nuestra unidad que cumplieran los siguientes criterios: 1) Diagnóstico de AR por un reumatólogo de acuerdo con los criterios de clasificación del ARA, 1987; 2) Determinaciones seriadas de ACPA, (ACPA 2ª generación) disponibles; 3) Seguimiento durante al menos un año. La variable principal fue la remisión clínica, definida por DAS 28 ≤ 2,6. Se utilizó un modelo de regresión logística ajustada por edad y sexo para valorar factores predictores independientes de la variable principal.

Resultados: Incluimos 71 pacientes, el 79% mujeres. Encontramos remisión clínica en 42 pacientes (59%) durante el primer año de seguimiento. Los niveles medios y el rango intercuartílico (IQR) para los niveles de ACPA fueron, 363 U/ml (27,7-500) en pacientes sin remisión clínica vs 91,7 U/ml en los pacientes con remisión ($p = 0,045$). En 19 (66%) pacientes sin remisión vs 15 (36%) con remisión los niveles de ACPA fueron ≥ 200 ($p = 0,013$). En 6 (20%) de los pacientes sin remisión vs 18 (42%) con remisión encontramos títulos de ACPA negativos ($p = 0,050$). Como factores independientes asociados con la remisión clínica encontramos: artritis de reciente comienzo (Odds ratio ajustada [(AOR) 5; IC95% 1,01-25; $p = 0,049$], Niveles basales de ACPA ≥ 200 [AOR 0,13; IC95% 0,03-0,5; $p = 0,004$], niveles basales de PCR [por incremento de unidad AOR 0,94; IC95% 0,91-0,99; $p = 0,024$], DAS 28 basal [por incremento de unidad; AOR 0,47; IC95% 0,25-0,89; $p = 0,021$].

Conclusiones: Los niveles de ACPA podrían servir para predecir la remisión clínica en condiciones reales en pacientes con AR en tratamiento. Los pacientes con títulos elevados de ACPA se beneficiarían de un tratamiento más agresivo. Finalmente los niveles de ACPA podrían servir como biomarcadores de actividad en la AR.

154. DIFERENCIAS ENTRE LAS MEDICIONES CLINIMÉTRICAS REALIZADAS POR LOS PACIENTES CON EA Y PSA EN UNA CONSULTA DE ENFERMOS CON ESPONDILOARTRITIS

B. Hernández Cruz, R. Ariza Ariza, C. Leiva, V. Navarro Compán y F. Navarro

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos: Explorar diferencias en las evaluaciones clinimétricas realizadas por el paciente entre enfermos con espondilitis anquilosante y artritis psoriásica en seguimiento en una Consulta monográfica de Espondiloartritis en el Hospital Universitario Virgen Macarena en Sevilla.

Métodos: Diseño: transversal con aprobación por el Comité de Ética e Investigación en Humanos Autonómico. Un reumatólogo solicitó el CI de los pacientes que acudieron de modo consecutivo a la consulta de reumatología del Área Virgen Macarena durante julio de 2010 a abril de 2011. Tras obtener el CI, se realizó una encuesta prediseñada que incluía diferentes cuestionarios con mediciones clinimétricas relevantes para el paciente para evaluar actividad (BASDAI), función física (HAQ y BASFI), calidad de vida (SF-12, EuroQol y AsQol). Las variables se almacenaron en una hoja de cálculo y el análisis se realizó con el programa STATA. Se empleó estadística descriptiva no paramétrica para el análisis.

Resultados: De junio de 2009 a marzo de 2010 se incluyeron 76 pacientes, 56 con EA y 20 con PSA. Los pacientes fueron predominantemente varones de mediana edad, con una enfermedad de larga duración, actividad moderada y 8 años de escolaridad. Hubo diferencias importantes en las escalas visuales de dolor, salud global, BASDAI, HAQ entre ellos, con peores puntajes en los enfermos con PsA, 30% de ellos tenían afectación axial y periférica. Los datos se resumen en la tabla.

Conclusiones: Los enfermos con EA y PsA presentan diferencias en las variables clinimétricas evaluadas por el paciente. Destacan más dolor y peor función física en los enfermos con PsA.

155. PREVALENCIA DE LUMBALGIA INFLAMATORIA EN LA POBLACIÓN CANARIA. ESTUDIO EPISCAN

J.J. Bethencourt¹, A. Álvarez², V. Hernández¹, F. Álvarez³, C. Luna³, A. Arteaga³, S. Machín⁴, M. Hernández¹ y S. Bustabad¹

¹Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²Hospital General de La Palma. ³Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. ⁴Complejo Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo ha sido estimar en la población canaria adulta la prevalencia de la lumbalgia de características inflamatorias, puntual, y durante los últimos seis meses, de individuos con lumbalgia, conocer el tipo de médico consultado y el tipo de pruebas realizadas para enfocar el diagnóstico.

Métodos: Sujetos residentes en Canarias seleccionados mediante un muestreo aleatorio bietápico de la población canaria a partir del padrón de 8 municipios, 4 de la provincia de Las Palmas y 4 de la de Santa Cruz de Tenerife, correspondiendo en cada provincia 2 municipios de ámbito rural y 2 urbanos. Reumatólogos entrenados en técnicas de reclutamiento pasaban un cuestionario estructurado, basado en el estudio EPISER, en el que constaban apartados sobre aspectos sociodemográficos, estado general de salud, aspectos de calidad de vida (versión española del SF-12), grado de capacidad funcional (versión española de HAQ) y consumo de fármacos. Se definió lumbalgia inflamatoria si presentaban dolor lumbar al levantarse acompañado de rigidez de 30 minutos o más y que le despertara por la noche.

Resultados: La tasa de reclutamiento obtenida fue del 70%. La prevalencia de la lumbalgia puntual fue del 16,6%, y el 40,4% había presentado lumbalgia en los 6 meses previos a la encuesta. La causa más frecuente de la lumbalgia fue la artrosis seguido por las hernias discales y la escoliosis. Presentaban dolor lumbar al levantarse el 11,3%, dolor que despierta por la noche el 10,4%, rigidez por la mañana el 15,9% y que ésta durara más de 30 minutos fue el 6%

Tabla Póster 154

| Variable | Espondilitis anquilosante | | Artritis psoriásica | | p |
|--------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|------|
| | n = 56 | % = 74 | n = 20 | % = 26 | |
| Sexo masculino | 44 | 79 | 11 | 55 | 0,04 |
| Trabajadores asalariados | 22 | 39 | 7 | 35 | 0,8 |
| | Mediana \pm desviación estándar | Media (Q1-Q3) | Mediana \pm desviación estándar | Media (Q1-Q3) | |
| Edad, años | 48,3 \pm 12,5 | 51 (40,8-59,8) | 50,7 \pm 13,0 | 48,5 (43-60) | 0 |
| Duración de la EsP, años | 21,2 \pm 10,3 | 21 (15-27) | 20,3 \pm 13,6 | 16 (11,2-26,7) | 0,2 |
| Escala numérica de dolor | 3,8 \pm 2,8 | 3 (1-6) | 5,5 \pm 2,6 | 5,5 (4-7) | 0,02 |
| Escala numérica de salud | 3,8 \pm 2,4 | 5 (2-7,5) | 5,7 \pm 2,8 | 5 (2,5-7,5) | 0,3 |
| BASDAI | 3,5 \pm 2,5 | 3,6 (1,2-6,0) | 5,0 \pm 2,5 | 4,6 (3,2-6,6) | 0,9 |
| Función física | | | | | |
| BASFI | 3,6 \pm 2,7 | 3,3 (1,4-5,1) | 2,9 \pm 2,3 | 3,1 (0,2-5,1) | 0,2 |
| HAQ | 0,71 \pm 0,71 | 0,5 (0,1-1,0) | 1,1 \pm 0,59 | 1 (0,5-1,6) | 0,01 |
| Calidad de vida | | | | | |
| EuroQol | 0,68 \pm 0,25 | 0,64 (0,54-0,79) | 0,61 \pm 0,37 | 0,70 (0,3-0,70) | 0,8 |
| AsQol | 6,2 \pm 5,3 | 6 (2-10) | 6,4 \pm 5,5 | 4 (1-12) | 0,9 |
| Escolaridad | 8,7 \pm 3,7 | 8,5 (6-11) | 7,4 \pm 4,2 | 7 (6-10) | 0,2 |

de los sujetos. Cumplían los 4 criterios de lumbalgia inflamatoria el 2,44% de los sujetos y siendo de predominio en varones como sería de esperar. Los sujetos consultaron con mayor frecuencia por su lumbalgia al médico de atención primaria (87,4%), seguido del traumatólogo (36,2%), Servicio de Urgencias (19,2%), neurocirujano (10,4%), rehabilitador (6,6%) y el reumatólogo (3,7%)

Conclusiones: Las prevalencias encontradas tanto en la lumbalgia en el momento de la entrevista como en los 6 meses previos fueron similares a las encontradas en el estudio EPISER. En cuanto a los resultados de la lumbalgia inflamatoria hemos encontrado una prevalencia más alta en nuestra población que en el resto de la población española.

156. UTILIDAD DE LOS UMBRALES DE TRATAMIENTO EN FRAX PROPUESTOS POR LA NOF Y LA NOGG EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ADYUVANTE CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

I. Torre¹, C. Pérez¹, L. Estopiñán¹, C. Gómez¹, J. Blanco¹, O. Fernández¹, E. Galíndez¹, E. Ruiz¹, E. Galve², V. Arrazubi², M.A. Sala², P. Novas², S. Fernández², P. Martínez del Prado², E. Ucar¹, J.M. Gorordo¹ y M.L. García¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción: Los Inhibidores de la aromatasa (IA) son un importante componente de la terapia adyuvante en las mujeres posmenopáusicas con receptores estrogénicos positivos en el cáncer de mama. Inhiben la enzima citocromo P450 CYP-19, responsable de la conversión periférica de andrógenos a estrógenos; lo que provoca una pérdida de DMO y consecuentemente un aumento del riesgo de fractura. En pacientes con cáncer de mama precoz (CMP) en tratamiento con IA, se estima que el riesgo de fractura es del 11% a los 5 años. La herramienta WHO Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) está destinada a calcular la probabilidad de fractura a 10 años en varones y mujeres de entre 40 y 90 años que no han recibido tratamiento para la osteoporosis. Dentro de sus limitaciones, destacar que no recoge entre sus factores de riesgo medicaciones como los IA y que no está validado actualmente el umbral de tratamiento adecuado en pacientes de población española.

Objetivos: Determinar si los umbrales de intervención terapéutica según el FRAX propuestos por la NOF (National Osteoporosis Foundation) así como de la NOGG (National Osteoporosis Guidelines Group) identifican de forma adecuada si tienen alto riesgo de fractura pacientes con cáncer de mama precoz al inicio de tratamiento con IA.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo, de 73 pacientes con CMP en tratamiento con IA remitidas de la consulta de oncología médica de un hospital terciario (hospital Universitario de Basurto) a una consulta monográfica de osteoporosis para su diagnóstico, control y seguimiento en el periodo de 01/01/2006 al 31/12/2010. Se realiza cuestionario de factores de riesgo, DMO DXA y FRAX. Se describe los resultados FRAX en la visita basal y la incidencia de fracturas en esta población a diciembre de 2012 (periodo de seguimiento de 2 a 7 años). Las pacientes con osteopenia densitométrica y alto riesgo de fractura según el FRAX y los pacientes con osteoporosis tanto densitométrica como establecida, recibieron tratamiento con agente óseo por parte de la U. de Osteoporosis.

Resultados: La edad media de nuestra serie es de 63 años (40-83). La mediana de tiempo desde el inicio del IA y realización de la DMO basal es de 4 meses. La densitometría inicial identificaba a 36 pacientes (49%) con osteoporosis, 35 pacientes (48%) osteopenia y 2 pacientes (3%) normal. Según FRAX aplicando los umbrales de tratamiento de la NOF (FMO \geq 20% y FC \geq 3%): 19 pacientes

(25%) tienen riesgo alto de fractura: 16 pacientes (21%) de FMO y 18 pacientes (23.6%) de FC. Aplicando los umbrales de tratamiento de la NOGG en los que varían los valores según edad: 3 pacientes (4%) tienen riesgo alto de fractura, 1 paciente (1%) de FMO y 3 pacientes (4%) de FC. De las 73 pacientes presentan fractura 15 (20%), todas vertebrales siendo 5 (33%) de alto riesgo por FRAX según NOF y solo 1 (6%) según NOGG.

Conclusiones: En nuestra serie, los umbrales de tratamiento para el FRAX de la NOF son más sensibles al identificar mayor número de pacientes con riesgo alto de fractura (25%) que la NOGG (6%). De las pacientes fracturadas del estudio (20%), solo un 33% de las mismas se identificaron previamente como de alto riesgo según NOF y un 6% según NOGG. Ambos umbrales infraestiman claramente el riesgo de fractura. Es necesario validar FRAX en series prospectivas que incluyan IA como factor de riesgo y aplicar nuevos puntos de corte validados en nuestra población.

157. TOCILIZUMAB EN ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO REFRACTARIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 20 PACIENTES

F. Ortiz-Sanjuán¹, R. Blanco¹, F.J. Narváez², S. Castañeda³, M.V. Hernández⁴, R. Sanmartí⁴, W.A. Sifuentes Giraldo⁵, A. Zea Mendoza⁵, I. Ros Vilamajó⁶, S. Manrique Arijá⁷, A. Fernández-Nebro⁷, C. Gómez Arango⁸, R. Roselló⁹, C. Marras¹⁰, C. Plasencia Rodríguez¹¹, J. Llobet¹², M.L. Velloso Feijoo¹³, J.L. Marengo¹³, M. Freire¹⁴, J. Loricera¹, V. Calvo-Río¹ y M.A. González-Gay¹

Servicios de Reumatología. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander. ²Hospital de Bellvitge. Barcelona. ³Hospital de la Princesa. Madrid. ⁴Hospital Clínic. Barcelona. ⁵Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁶Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁷Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ⁸Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁹Hospital San Jorge. Huesca. ¹⁰Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹²Hospital Sant Pau. Barcelona. ¹³Hospital de Valme. Sevilla. ¹⁴HUCA. A Coruña.

Objetivos: La enfermedad de Still del adulto (ESA) con relativa frecuencia es refractaria al tratamiento inmunomodulador habitual y puede requerir la utilización de terapia biológica. El tocilizumab (TCZ) ha demostrado eficacia en casos clínicos aislados o en series pequeñas de enfermos. Nuestro objetivo fue hacer una revisión de la eficacia del TCZ en la ESA.

Métodos: Estudio multicéntrico de 20 pacientes con ESA procedentes de 14 hospitales y diagnosticados según los criterios de clasificación de Yamaguchi (J Rheumatol. 1992;19:424-30). Los pacientes recibieron TCZ debido a refractariedad al tratamiento inmunosupresor tradicional y en ocasiones también a otros biológicos.

Resultados: Los 20 pacientes (15 mujeres/5 hombres), con una edad media de $35,8 \pm 12,2$ años (rango 16-65) y con una duración media de la enfermedad de $5,4 \pm 3,9$ años (rango 0,9 a 13) hasta el inicio del biológico. Previamente al TCZ además de corticosteroides habían recibido: MTX (20 pacientes), anakinra (10 pacientes), etanercept (4 pacientes), adalimumab (3 pacientes) e infliximab (2 pacientes). El TCZ se utilizó a una dosis estándar de 8 mg/kg/ev/4 semanas. En el momento del inicio del TCZ, las manifestaciones clínicas más frecuentes eran articulares (20 casos), cutáneas (10 casos) y fiebre (11 casos), con alteraciones analíticas, aumento de VSG o PCR (17 casos), anemia (9 casos) o leucocitosis (14 casos). Ya desde el primer mes pudo observarse una respuesta eficaz clínica-analítica, que fue mantenida (tabla). Tras un seguimiento medio de $19,9 \pm 12,4$ meses, la clínica cutánea desapareció en todos los pacientes, la fiebre en 10 de 11 pacientes (90,9%) y en 14 de 20 (70%) desaparecieron las manifestaciones articu-

Tabla Póster 157

| | Basal | Mes 1 | Mes 3 | Mes 6 | Mes 12 |
|---|--------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Pacientes con clínica articular, % | 100% | 80% | 50% | 35% | 45% |
| Pacientes con fiebre, % | 55% | 5% | 5% | 5% | 0% |
| Pacientes con lesión cutánea, % | 50% | 15% | 15% | 0% | 5% |
| Leucocitos/mm ³ , media ± DE | 13.993,5 ± 5.936,7 | 8.827,7 ± 4.466,8 | 8.418,2 ± 4.467 | 7.444,1 ± 3.614,5 | 8.579,3 ± 3.868,3 |
| VSG, media ± DE | 49,6 ± 20,5 | 8,4 ± 10,9 | 5,9 ± 5,5 | 6,4 ± 5,8 | 8,4 ± 9,9 |
| PCR, mg/L media ± DE | 26,3 ± 41,2 | 3,2 ± 5,5 | 1,0 ± 2,5 | 1,0 ± 3,0 | 1,0 ± 1,7 |
| Dosis de prednisona, media ± DE | 16,1 ± 10,8 | 10,9 ± 6,9 | 7,3 ± 4,8 | 5,7 ± 5,6 | 6,1 ± 8,9 |

lares. En cuanto a los parámetros analíticos, hubo una mejoría en casi todos los casos con normalización de la leucocitosis en 9 de 13 (69,2%), anemia en 9 de 9 (100%), VSG en 14 de 16 (87,5%), PCR en 14 de 16 pacientes (87,5%), enzimas hepáticas (GOT/GPT) en 3 de 4 pacientes (50%), ferritina sérica en 4 de 10 (40%). La dosis media de prednisona se redujo de 16,1 ± 10,8 mg/día hasta 6,6 ± 6,8 mg/día.

Conclusiones: El tratamiento con TCZ en pacientes con ESA refractaria tiene una respuesta clínica-analítica eficaz, precoz y mantenida, incluso en los casos refractarios a otros biológicos. Siendo el TCZ globalmente muy eficaz, las manifestaciones articulares son más refractarias que las sistémicas.

158. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA RETIRADOS DE FORMA PERMANENTE DE LA TERAPIA BIOLÓGICA. REGISTRO DE PACIENTES REUMÁTICOS EN TERAPIA BIOLÓGICA DEL DEPARTAMENTO DE LA MARINA BAIXA

J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, J. Rosas¹, E. Salas¹, X. Barber², M. Sánchez-Barrionuovo³ y C. Cano¹

¹Sección de Reumatología y Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche. ³INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València.

Introducción: La terapia biológica es de gran utilidad en algunas enfermedades reumáticas y generalmente es necesario mantenerla de forma continua para controlar su actividad. Sin embargo en algunos pacientes el tratamiento es interrumpido de forma permanente por diversos motivos.

Objetivos: Analizar las causas de retirada permanente de la terapia biológica en pacientes con patología reumática en nuestra área. Estudiar las diferencias con los pacientes que continúan en tratamiento.

Métodos: Se revisó el Registro de Pacientes Reumáticos en Terapia Biológica del Departamento de la Marina Baixa, que incluye datos de forma prospectiva desde el año 2000. Población: Pacientes con patología reumática que han recibido terapia biológica en alguna ocasión. Para clasificar como "interrupción permanente" se requirió un seguimiento posterior de al menos 6 meses. Variables: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, fecha de inicio y fin del tratamiento, así como los motivos de retirada y de no reinicio del mismo. El análisis de frecuencias, así como la comparación de medias y proporciones se realizó con el programa estadístico EPIDAT 3.1.

Resultados: En total se ha pautado terapia biológica por patología reumática a 267 pacientes en nuestra área, de los cuales 187 (70%) continúan a tratamiento y 51 (19%) lo interrumpieron de forma permanente; en los 29 restantes (11%) se perdió el seguimiento. Las causas de retirada definitiva de la terapia biológica fueron las siguientes: comorbilidad 18 (35%), rechazo del paciente 13 (25%), remisión 10 (20%), exitus 5 (10%), cambio de diagnóstico 3 (6%) y causa desconocida 2 (4%). Las comorbilidades consistieron en 6 infecciones (2 celulitis, absceso muscular, absceso perianal, condilomas acuminados y empiema) 4 neoplasias (melanoma, vesícula

biliar, recto y próstata), 4 pancitopenias y otras (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, vasculitis cutánea y fibrosis pulmonar). Las pérdidas de seguimiento se clasificaron como: no justificadas 14 (5%), traslados de domicilio 13 (5%) y cambios de servicio 2 (1%). Al comparar las características basales de los pacientes que ya no reciben terapia biológica frente a los que continúan, no hubo diferencias significativas, excepto en el porcentaje de pacientes que habían recibido más de 1 biológico, que fue mayor en el grupo que continúa en tratamiento (51 frente al 34%; p < 0,001), y el tiempo en terapia biológica que fue superior en el grupo que continúa en tratamiento (50 frente a 29 meses; p < 0,01) (tabla).

| | Retiradas definitivas | Continúan en tratamiento | Valor p |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------|
| Edad (años) | 57,23 | 54,48 | 0,2 |
| Mujeres (%) | 61,25 | 68,45 | 0,32 |
| Evolución de la enfermedad (meses) | 13,48 | 13,42 | 0,96 |
| Tiempo en biológico (meses) | 28,96 | 49,64 | < 0,01 |
| Más de 1 biológico (%) | 33,75 | 51,87 | < 0,001 |

Conclusiones: Un 19% de los pacientes que han iniciado terapia biológica en nuestra área la interrumpieron de forma permanente, principalmente por comorbilidad (35%), rechazo (25%) o remisión (20%). Los pacientes que continúan en tratamiento han estado con biológico durante más tiempo y han recibido más de un biológico en mayor porcentaje.

159. FACTORES DE CRECIMIENTO PLAQUETARIO EN EL TRATAMIENTO DE EPICONDILITIS REFRACTARIAS

P. González Moreno, R. Hernández-Sánchez, J. Uceda-Montañés y J.L. Marengo

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las epicondilitis, inflamación del tendón lateral del codo, también llamada codo de tenista, es una patología común y en ocasiones de difícil manejo. Estudios recientes se centran en el uso de terapias regenerativas, basadas en las inyecciones con factores de crecimiento autólogos de plaquetas (PRGF). En dos ensayos clínicos aleatorizados que incluyeron pacientes con tendinopatía en tratamiento con infiltraciones con PRGF encontramos resultados contradictorios. El beneficio potencial de las inyecciones de PRGF en pacientes sin respuesta a la terapia estándar no está establecido.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de las inyecciones locales con PRGF autólogo para el tratamiento de la epicondilitis en pacientes refractarios a la terapia estándar.

Métodos: Estudio experimental no controlado, longitudinal y prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con epicondilitis lateral refractaria a tratamiento estándar (inyecciones locales de corticosteroides, NSAID, con o sin hielo local u ortesis). Criterios de exclusión: tratamiento con fisioterapia. Los pacientes fueron sometidos a una inyección PRGF mensual durante tres meses. En cada visita se registraron los síntomas, posibles efectos secundarios de las inyecciones y escala analógica visual de dolor (VAS). Para comparar el VAS entre visitas se utilizó el test de Friedman.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, 12 (57%) eran hombres. La mediana de edad fue de 52 (rango: 42-61) años. Un total de 8 personas han completado la terapia programada y 17 han cumplido el primer mes. La mediana y el rango intercuartílico (IQR) del VAS fueron: al inicio del estudio 7 (6-9); al mes 6 (4-8), a los 2 meses 5 (3-9,5) ($p < 0,001$). Una mejora en el VAS se observó en 14 (82%) de los pacientes en el primer mes, y en 6 (75%) a los 2 meses. No se observaron efectos secundarios significativos.

Conclusiones: Las inyecciones locales de PRGF fueron eficaces y bien toleradas para el tratamiento de las lesiones del tendón epicondilo lateral en pacientes sin respuesta a la terapia estándar anterior.

160. VASCULITIS DE GRAN VASO REFRACTARIAS AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL. EXPERIENCIA CON TOCILIZUMAB

L. Sala Icardo, S. Pérez, A. Fernández, A. Humbría, E. Vicente, I. Llorente, R. García de Vicuña y S. Castañeda

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción: Las vasculitis de grandes vasos (VGV) son un grupo de enfermedades inflamatorias granulomatosas que afectan la pared de los grandes vasos, que incluyen a la arteritis de Takayasu (AT) y la arteritis de células gigantes (ACG). El tratamiento estándar de ambas entidades es a base de glucocorticoides (GC) e inmunosupresores (IS). En los últimos años se han ensayado otras alternativas terapéuticas para los casos que no responden a la combinación de GC e IS. Dentro de éstas, los antagonistas del TNF y el antagonista del receptor de IL-6 (tocilizumab, TCZ) son los que han mostrado una mayor eficacia. A continuación describimos 3 casos de VGV con buena respuesta a TCZ.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 16 años que presenta AT con afectación severa de aorta torácica, abdominal y arteria carotídea. Ha realizado tratamiento con GC a dosis elevadas combinados con metotrexato (MTX) a dosis de hasta 25 mg semanales y adalimumab 40 mg/15 días con respuesta parcial. En Enero de 2012 se decide tratamiento con TCZ 8 mg/kg fuera de indicación, consiguiendo la remisión de la actividad mediante PET-TAC y la privación de esteroides hasta 7,5 mg diarios que mantiene tras 1 año de seguimiento. Caso 2: paciente de 65 años con cuadro de ACG confirmada mediante biopsia de arteria temporal en 2001. Inicialmente tratada con monoterapia de prednisona a dosis elevadas presentando reactivación posterior, por lo que se decidió asociar azatioprina, que resultó ineficaz. Se ensayaron además MTX, leflunomida y ciclofosfamida sin respuesta adecuada. En noviembre de 2010 se inició tratamiento con etanercept con buena respuesta inicial y posterior pérdida de eficacia. En febrero de 2012 se inició tratamiento con TCZ 8 mg/kg con muy buena respuesta clínica y analítica. Caso 3: mujer de 74 años con diagnóstico de ACG confirmada histológicamente en 2006. Buen control inicial con prednisona a dosis de 60 mg, con recidiva posterior al privar corticoides. En 2007 se inició MTX 10 mg/semana que tuvieron que ser suspendidos por hepatotoxicidad, por lo que se inició tratamiento sucesivo con infliximab, rituximab (2 ciclos) y finalmente abatacept 750 mg, sin eficacia con ninguno de ellos. En 2010 se inició tratamiento con TCZ 560 mg/4 semanas con buen control clínico y analítico desde su inicio hasta la actualidad. Presentamos 3 pacientes con VGV con mala respuesta a GC, IS, fármacos anti-TNF subcutáneos e intravenosos y rituximab, que respondieron satisfactoriamente al tratamiento con TCZ. Se discuten las alternativas terapéuticas en pacientes con VGV que han fracasado a la terapia antagonista del TNF. La utilidad de los anti-TNF en la AT es ya conocida, pero los resultados obtenidos en ACG no son tan favorables. Por el contrario,

los resultados de las escasas series publicadas hasta hoy con TCZ han mostrado resultados más favorables. En cuanto a seguridad, los pacientes descritos no han presentado en ningún caso acontecimientos adversos clínicamente relevantes hasta el momento actual.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento con TCZ ha demostrado ser una valiosa y segura alternativa en las VGC que han fracasado a otros inmunosupresores y a los anti-TNF, así como en casos de corticorresistencia. No obstante, hacen falta series más amplias para confirmar estos hallazgos preliminares, pero las series de casos descritas hasta ahora apoyan su eficacia.

161. SENSIBILIDAD DE LOS CRITERIOS ACR/EULAR 2010: COMPARACIÓN CON LOS CRITERIOS ACR 1987 EN UNA COHORTE DE ARTRITIS PRECOZ

M. Alperi López, S. Alonso Castro, P. Tejón Menéndez, S. Rodríguez Caminero, R. Queiro Silva, J.L. Riestra Noriega, L. Arboleya Rodríguez y J. Ballina García

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para artritis reumatoide (AR) han sido desarrollados con el objetivo de identificar precozmente pacientes con artritis indiferenciada con alto riesgo de desarrollar enfermedad persistente/erosiva). Desde su publicación, han sido validados en diferentes cohortes de artritis precoz, con una amplia variación en su sensibilidad.

Objetivos: Comparar la sensibilidad de los criterios ACR/EULAR 2010 frente a los criterios ACR 1987 para la clasificación de artritis reumatoide.

Métodos: Pacientes reclutados de la consulta de Diagnóstico Precoz de artritis del Hospital Universitario Central de Asturias. Se consideró como gold estándar para la clasificación de AR, el empleo de FARME durante el primer año de seguimiento. El cumplimiento de los criterios ACR 1987 y 2010 se evaluó en la visita inicial. Fueron eliminados del análisis aquellos pacientes que inicialmente cumplían criterios para AR y posteriormente desarrollaron características de otras enfermedades.

Resultados: Características de la cohorte: desde junio de 2002 a diciembre de 2012, fueron valorados 2277 pacientes. De ellos, 1435 (63%) fueron diagnosticados de artritis de inicio. De éstos, 781 pacientes (54%) presentaron diagnósticos alternativos en la visita basal y fueron excluidos de la clasificación de AR. Los restantes 654 pacientes (46%) precisaron FARME durante el primer año de seguimiento y fueron clasificados como AR. Clasificación de los pacientes utilizando criterios ACR 1987 y ACR/EULAR 2010: fueron incluidos en el estudio 654 pacientes clasificados como AR. El 75% fueron mujeres. La edad media fue de 55 años, y fue menor en los pacientes que no cumplían ninguno de los criterios (46 vs 56) ($p < 0,001$). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 21 semanas y el 50% de los pacientes presentaban una evolución inferior a 16 semanas. En la visita basal, 542 pacientes (83%) cumplieron los criterios 1987 y/o 2010 para AR y 112 pacientes (17%) no cumplió ninguno de ellos. De entre los 654 pacientes, ambos criterios 1987 y 2010 se cumplieron simultáneamente en 402 pacientes (61%). Se detectaron 140 pacientes (22%) que fueron clasificados como AR utilizando uno u otro criterio. De éstos, 15 de 654 (3%) pacientes fueron clasificados como AR solo por criterios ACR 1987, mientras que un número mayor de pacientes (125 de 654 (19%)) fueron identificados utilizando solo los criterios 2010, en la visita inicial. La concordancia entre los dos criterios fue moderada (coeficiente κ : 0,49). Se realizó una comparación directa entre los pacientes clasificados como AR utilizando los criterios 1987 y 2010. Entre los 654 pacientes que precisaron FARME, los criterios 2010 identifi-

caron más pacientes en la visita inicial comparados con los criterios 1987 (518 (79%) vs 408 (62%), respectivamente; $p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de artritis precoz, los criterios ACR/EULAR 2010 han mostrado mayor sensibilidad a la hora de detectar pacientes con enfermedad persistente subsidiaria de tratamiento FARME comparados con los criterios ACR 1987 cuando son aplicados en la visita inicial. La edad media de los pacientes fue menor en aquellos que no cumplían ninguno de los criterios, lo que sugiere que en pacientes jóvenes el diagnóstico tiene mayor dificultad.

162. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: ¿REDUCIR O RETIRAR?

M. Sallés, S. Mínguez, R. Tuneu y S.M. Gelman

Sección de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Introducción: Actualmente existen muchas guías de práctica clínica para el control de las artropatías inflamatorias crónicas así como para la introducción de los tratamientos biológicos, pero no disponemos de ninguna guía ni protocolo oficial para la reducción de estos tratamientos en pacientes en remisión. A raíz de los recortes presupuestarios en sanidad en nuestra región, nos propusimos revisar los pacientes que teníamos en tratamiento biológico para intentar reducir el gasto farmacéutico.

Objetivos: Evaluar la supervivencia al año de la retirada o reducción del tratamiento biológico en pacientes en remisión clínica y biológica.

Métodos: Estudio de intervención pre-post mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes reumáticos crónicos que reciben agentes biológicos controlados en Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, con una población de referencia de 206.129 habitantes. Se seleccionan los pacientes que en junio de 2011 estaban en remisión mínima de un año y se reduce o retira el fármaco según decisión del médico responsable. Un año después se evalúa cuantos pacientes continúan en remisión y si se ha aumentado o reintroducido el tratamiento.

Resultados: Se revisa una cohorte de 87 pacientes en tratamiento biológico: 36 artritis reumatoide (AR), 28 espondilitis anquilosante (EA), 18 artritis psoriática (A.Ps), 3 artritis indiferenciada y 2 artropatía relacionada con enfermedad inflamatoria intestinal. Treinta y cuatro pacientes (39%) estaban en remisión clínica y biológica: 12 AR, 11 EA y 11 A.Ps. Todos ellos recibían algún agente anti TNFalfa. Se retiraron 9 tratamientos (3 AR, 2 EA, 4 A.Ps) y se modificó dosis y/o aumentó el intervalo en 25 casos (9 AR, 9 EA, 7 A.Ps). Un año después, de los 9 pacientes que estaban sin tratamiento uno seguía en remisión (AR), en cuatro se había reintroducido el anti TNFalfa, dos a pesar de tener actividad inflamatoria rechazaron nuevo tratamiento biológico y dos no siguieron controles. Del grupo que se modificó la dosis/intervalo del fármaco, en 8 fue necesario volver a la dosis normal y 18 (72%) seguían en remisión (5 AR, 7 EA y 6 A.Ps). De estos últimos en dos (2 AR) fue posible retirar el fármaco y en seis (3 AR y 3 A.Ps) se pudo aumentar de nuevo el intervalo.

| | | Intervención | Remisión al año |
|--|------|--------------|-----------------|
| Stop | AR | 3 | 1 |
| | EA | 2 | 0 |
| | A.Ps | 4 | 0 |
| Aumento intervalo y/o reducción de dosis | AR | 9 | 5 |
| | EA | 9 | 7 |
| | A.Ps | 7 | 6 |

Conclusiones: En esta serie todos los pacientes que estaban en remisión recibían un agente anti TNFa. Según nuestra experiencia, independientemente de la patología de base, es más fácil mantener

la remisión reduciendo la dosis o aumentando el intervalo que retirando el fármaco.

163. REUMASEX: ASSESSMENT OF SEXUAL IMPACT OF RHEUMATIC DISEASE IN SPONDYLARTHROSIS PATIENTS

R. Aguiar, C. Ambrósio, I. Cunha y A. Barcelos

Serviço de Reumatologia. Aveiro. Portugal.

Introduction: The impact of rheumatic diseases on patients' sexual life has been gathering the attention of the scientific community over the last decade. However, the scarcity of specific assessment tools complicates the approach of such topic. The existing studies are scarce, especially related to spondylarthritis (Spa), and particularly to psoriatic arthritis. Several factors associated with the disease may conditionate sexual function: pain, stiffness, decreased range of motion, joint swelling and extraarticular features, enthesopathy and cutaneous lesions in psoriatic arthritis.

Objectives: Assess sexual satisfaction and limitations in sexual activity in a cohort of patients with Spa.

Methods: An anonymous questionnaire was performed, consisting in two parts. One part consisted in a questionnaire filled by the doctor with data on the disease – affected joints, extraarticular features, comorbidities, treatment and, according to the involvement, metrology (if axial involvement), disease activity and functions indexes (BASDAI and/or DAS28; BASFI) and quality of life indexes (ASQoL and HAQ). The other part was filled by the patient, with demographic data, multiple choice questions and questions to be answered through a visual analogic scale, including items approached in some validated indexes of sexual function and satisfaction assessment.

Statistical treatment was performed using SPSS system, version 17.0.

Results: 95 patients with the diagnosis of Spa were enrolled and 76 answered the questionnaire; 31 had psoriatic arthritis, 30 had ankylosing spondylitis, 9 had undifferentiated Spa and 6 had inflammatory bowel disease Spa; 40 were male. Mean age was 46.08 ± 12.08 years old and mean disease duration was 12.17 ± 10.32 years. Most of patients were married (56). In a visual analogic scale, mean importance given to sexual capacity was 74.67 ± 24.55 ; mean sexual satisfaction level was 52.28 ± 30.99 ; the perception of conditioning in the conjugal relationship was 33.68 ± 31.56 ; limitation on sexual activity was 32.72 ± 31.06 ; limitation imposed by pain, joint swelling, fatigue, stiffness, decreased range of motion, decreased libido and cutaneous lesions varied from 29.17 ± 28.51 (swelling) to 46.94 ± 32.31 (fatigue); there was no significant difference between sexes, diagnoses and type of involvement. A strong correlation was found between most of these factors and ASQoL and HAQ values, but not with function and activity indexes. Only 35 patients stated they talked about the subject with their partner; however, the great majority (66 patients) said they had the partner's understanding towards their limitations in sexual activity; 58 patients had never talked about it with anyone else and 65 had never been questioned by any health professional.

Conclusions: The present work highlights the impact of Spa on patients' sexual function. Fatigue was mentioned as the most limiting factor in sexual activity, and the values obtained had a strong correlation with quality of life index in ankylosing spondylitis and with function index in psoriatic arthritis. The type of disease and joint involvement didn't imply statistically significant differences on the analyzed parameters in this cohort. This work also emphasizes the alienation of health professionals towards this subject, whose approach is equally difficult to the patients, and might deserve greater attention.

164. ESTIMACIÓN DE LOS PUNTOS DE CORTE PARA EL ÍNDICE HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCESA (HUPI) EN UNA COHORTE LONGITUDINAL DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

L. Sala¹, I. Castrejón², L. Carmona³, A.M. Ortiz¹, E. Toledano⁴, S. Castañeda¹, J.A. García-Vadillo¹ e I. González-Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²Division of Rheumatology. Department of Medicine. NYU Hospital for Joint Diseases. New York. EE.UU. ³Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad Camilo José Cela. Madrid. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

Introducción: Recientemente nuestro grupo ha descrito un nuevo índice para valorar la actividad de la artritis, el Índice Hospital Universitario Princesa (HUPI), fácil de calcular y que evita alguno de los sesgos existentes en los índices actualmente disponibles (Castrejon et al. Arthritis Care Res. (Hoboken). 2012. PMID: 23002022). El HUPI es la suma simple de la puntuación asignada para cada una de las variables incluidas en el DAS (recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas, valoración global de la enfermedad por el paciente y reactantes de fase aguda) según su distribución en cuartiles en la población estudiada (de 0 a 3 según el cuartil). El índice permite emplear la VSG y/o la PCR según su disponibilidad. Nuestro grupo ha demostrado previamente que HUPI es igual de preciso que otros índices actualmente aceptados (DAS28, SDAI), con la ventaja de tener una mayor sensibilidad al cambio.

Objetivos: Estimar los puntos de corte para HUPI que permitan establecer los estados de remisión, actividad leve, moderada o alta.

Métodos: Se han utilizado los datos clínicos correspondientes a 568 visitas de 207 pacientes de la cohorte prospectiva de artritis reciente comienzo de nuestro centro. Seis reumatólogos estimaron el grado de actividad del paciente en cada visita basándose en los datos registrados en la historia clínica y en caso de discordancia en la estimación se decidió el grado de actividad por consenso. Los puntos de corte se han seleccionado considerando la mejor relación sensibilidad-especificidad para cada uno de ellos utilizando análisis ROC.

Resultados: Los puntos de corte obtenidos durante el análisis han sido 2,5 para remisión (sensibilidad 89%; especificidad 89%), 5 para discriminar entre actividad leve y moderada (S 67%, E 92%) y 9 para discriminar entre moderada y alta (S 93%, E 89%). El área bajo la curva fue mayor en los puntos de corte para valorar remisión y actividad alta que en el punto que discrimina entre actividad baja y media.

Conclusiones: Los puntos de corte obtenidos para el HUPI muestran alta sensibilidad y especificidad para cada grado de actividad de la enfermedad, como se demuestra en el análisis ROC, por lo que es un índice viable en la práctica clínica habitual siendo necesaria su validación en otras poblaciones, especialmente de artritis de larga evolución.

Este estudio ha sido financiado con las ayudas del ISCIII FIS PI11/00551, PI11/00505 y RETICS RD08/0075 (RIER).

165. SARCOSPA – EVALUATION OF SARCOPENIA IN PATIENTS WITH SPONDYLARTHROSIS, A CASE-CONTROL STUDY

J. Sequeira¹, C. Ambrósio², R. Aguiar², J. Dias¹ y A. Barcelos¹

¹USF Flor do Sal. Aveiro. ²Serviço de Reumatologia. CHVB. EPE. Aveiro. Portugal.

Introduction: The loss of muscle mass (MM) is a serious problem which may cause serious illness and premature death. Several studies show that about two-thirds of Rheumatoid Arthritis (RA) patient's have loss of MM, known as Rheumatoid Cachexia. Many factors were identified in the pathogenesis of this process: excessive production of cytokines TNF- α , low physical activity and reduction

of the peripheral action of insulin. It is known that RA patients have higher rates of proteins degradation and it is thought that the TNF- α stimulates muscle catabolism, been described as a "sarcoactive" cytokine. The elevation of pro-inflammatory cytokines is also present in spondyloarthritis (Spa) so, like in RA, loss of MM may occur. There are few studies about the association between loss of MM and Spa and the results are discrepant so, the effect of chronic inflammation and disease activity in body composition is still unknown.

Objectives: Assess muscle mass index (MMI) in patients with Spa; verify if they have higher risk of sarcopenia and if the MMI is related with disease activity, functional impairment and duration of the illness.

Methods: Case-control study, in a population of patients with Spa (axial or peripheral). The control group were users of a Family Health Unit. Variables: sex; age; height; weight, duration of disease, pathological antecedents, chronic medication, MMI, disease activity (BASDAI and/or DAS28); BASFI and HAQ. The MMI was determined, from the value of MM, using Lee's equation.

Results: A sample of 60 patients was obtained; 52% were female. The average age was 45.5 years (± 13.4), and the average duration of the disease 10.9 years (± 11.6), 40% of patients met criteria for psoriatic arthritis (PsA). According to the classification of the MMI, 62% of the patients had sarcopenia. There was a statistically significant difference between MMI of the Spa group and the control group (7.12 ± 0.99 vs 7.8 ± 0.93 ; $p < 0.05$). The Odds ratio between cases and controls with and without sarcopenia was 2.1. In the group of patients with ankylosing spondylitis no association was found between MMI and BASFI, BASDAI, or duration of the disease. However, in the subgroup of patients with PsA with axial involvement, a very strong negative correlation was found between MMI and the BASFI ($\rho = -0.823$; $p < 0.05$). Sex, concomitant medication and pathological history doesn't seem to influence the degree of sarcopenia.

Conclusions: This study shows that the risk of sarcopenia in Spa patients is twice than in the control group. It hasn't possible to identify the factors associated with that loss of MM, with the exception of a small group of patients with axial PsA, where a worse functional capacity was related with higher levels of sarcopenia. The limitations of this study were: use of a non validated equation to calculate MM, small number of the sample and the bias of measurement.

166. ANÁLISIS DE INMUNOGENICIDAD EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-TNF

M.V. Hernández¹, S. Palasti¹, J. Inciarte¹, S. Cabrera-Villalba¹, V. Ruiz-Esqueda¹, J. Ramírez¹, J.D. Cañete¹, J. Yagüe² y R. Sanmartí¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: A pesar de que la terapia biológica ha demostrado su eficacia en diversas artropatías inflamatorias crónicas, un porcentaje de los pacientes presentan pérdida de eficacia al tratamiento a lo largo del tiempo, habiéndose sugerido el desarrollo de inmunogenecidad frente al fármaco como una de sus posibles causas.

Objetivos: Análisis del desarrollo de anticuerpos frente al fármaco biológico, y de los niveles séricos del mismo, en una serie de pacientes que desarrollaron pérdida de eficacia o efectos adversos.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes visitados en el Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel entre febrero y diciembre del 2012, en los que se determinó la presencia de anticuerpos (AC) anti-fármaco y niveles del mismo a los que presentaban ineficacia o pérdida de eficacia al tratamiento o efectos adversos. La decisión del análisis se basó en el juicio clínico de los reumatólogos responsables y no en base a un protocolo esta-

blecido. Solo se analizaron los pacientes que recibían tratamiento con infliximab (IFX), etanercept (ETN) o adalimumab (ADA). Los niveles séricos de fármaco y la determinación de AC anti fármaco se realizaron mediante inmunoensayo ELISA de Promonitor®. Todas las extracciones se realizaron 24 horas antes de la siguiente dosis de tratamiento programada. Del total de pacientes analizados, se seleccionaron aquellos con presencia de AC. Se analizaron las siguientes variables: datos demográficos; diagnóstico y duración de la enfermedad; tratamiento previo y actual; motivo de realización del análisis; presencia de anticuerpos y niveles de fármaco y decisión clínica.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes; 67% mujeres; edad media 51 ± 14 años. Los principales diagnósticos fueron: artritis reumatoide (AR) (52,8%); espondilitis anquilosante (EA) (18,6%); artritis psoriásica (APs) (10%); y mixta (18,6%) que incluía, entre otros, enfermedad de Behçet (EB), espondiloartropatía indiferenciada y artritis idiopática juvenil (AIJ). El motivo del análisis fue: pérdida de eficacia en el 78,6%, efecto adverso (11,4%), respuesta parcial (7,2%), fallo primario (2,8%). Doce pacientes (17,1%) presentaron AC positivos: 7 anti ADA y 5 INF, que representaban el 24% y el 31%, respectivamente, de los pacientes incluidos en este análisis tratados con estos fármacos. En 9 de los 12 pacientes los AC se hallaron directamente y en 3 por disociación. En 10 casos el nivel de fármaco fue indetectable y en 2 casos (1 ADA y otro IFX), ambos detectados por disociación, subóptimo (nivel subóptimo ADA: 0,04-0,80 ng/ml e IFX: 0,05-1,50 ng/ml). Los diagnósticos fueron: 6 AR; 3 EA; 1 APs; 1 AIJ y 1 EB. Siete de ellos recibían FAME concomitante (4 leflunomida y 3 metotrexato), y el resto recibían el biológico en monoterapia. Cinco pacientes habían recibido biológico previo (2 anti-TNF y 3 no anti-TNF), en los cuales se había retirado el fármaco por efecto adverso o por ineficacia primaria. En 10 pacientes se discontinuó el biológico: en 7 se inició tratamiento con otro anti-TNF, con buena respuesta, y en 2 con un fármaco no anti-TNF.

Conclusiones: El desarrollo de AC tras tratamiento anti-TNF se observa, en nuestro estudio, en cerca del 20% de los casos que presentan pérdida de eficacia al tratamiento o efectos adversos, observándose únicamente con antagonistas del TNF monoclonales.

167. COMPOSICIÓN CORPORAL Y ADIPOSIDAD ABDOMINAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO TRANSVERSAL DE PACIENTES Y CONTROLES

E. Delgado-Frías¹, I. Ferraz-Amaro¹, V. Hernández-Hernández¹, J.R. Muñiz², A. González-Díaz³, M.A. Gómez Rodríguez-Bethencourt³ y F. Díaz-González¹

¹Servicio de Reumatología; ²IMETISA; ³Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia con cambios en la composición corporal y en la adiposidad abdominal (sarcopenia y patrón overfat) que tienen repercusiones sobre la morbilidad y mortalidad de la enfermedad. La relación de esta composición corporal alterada con la actividad de la enfermedad, el daño radiológico y la disfunción endotelial en la AR no ha sido completamente explorada.

Métodos: 216 sujetos, 111 pacientes con AR y 105 controles sanos, de la misma edad y sexo, fueron incluidos en este estudio transversal. Se recogieron en pacientes y controles características antropométricas y demográficas, así como medición de riesgo cardiovascular mediante SCORE. Se determinaron proteína C reactiva (PCR), actividad de la enfermedad mediante DAS28, y funcionalidad mediante HAQ. Se midió grasa abdominal visceral y parietal mediante resonancia magnética. La composición corporal se midió mediante DEXA determinándose masa grasa y magra corporal total, en miembros y tronco, así como índice de masa libre de grasa, pre-

sencia de sarcopenia o de patrón overfat. La disfunción endotelial se determinó mediante ecografía braquial tras estímulo isquémico y tras nitroglicerina sublingual. Se realizó análisis multivariante para determinar la relación entre composición corporal y resto de factores asociados con la enfermedad.

Resultados: 1) Diferencias de composición corporal. El índice de grasa visceral/subcutánea mediante resonancia magnética no fue diferente entre pacientes y controles femeninos, solo en los varones tuvo una tendencia a ser inferior (beta coef. $-0,23 [-0,50-0,04]$, $p = 0,08$). Los valores de masa grasa fueron inferiores en pacientes femeninos (beta coef. $-2,4 [-4,7-0,07]$, $p = 0,04$) en comparación con controles. La masa libre de grasa no mostró diferencia entre controles y pacientes femeninos, pero sí una tendencia a ser inferior en los pacientes varones (beta coef. $-1,4 [-3,0-0,1]$, $p = 0,06$). La relación masa magra miembros/total y masa magra miembros/tronco fue inferior en pacientes femeninos (beta coef. $-0,013 [-0,020-0,005]$, $p = 0,00$). No hemos encontrado mayor presencia de sarcopenia, patrón overfat o obesidad sarcopénica en pacientes. 2) Daño radiológico. Los pacientes con sarcopenia mostraron un peor índice Sharp (beta coef. $11,5 [0,24-22,7]$, $p = 0,04$) tras ajustar por DAS28, tiempo de evolución y edad. Esto no tuvo lugar con el patrón overfat ni con obesidad sarcopénica. 3) Actividad de la enfermedad. La presencia de patrón overfat en pacientes se asoció con niveles superiores de DAS28 (beta coef. $0,53 [0,10-0,96]$, $p = 0,02$) y PCR (beta coef. $6,2 [-1,4-13,8]$, $p = 0,04$). Por el contrario, la presencia de sarcopenia en pacientes con AR no demostró datos de mayor actividad de la enfermedad. Aquellos pacientes con obesidad sarcopénica mostraron niveles superiores de PCR (beta coef. $9,9 [0,5-19,4]$, $p = 0,04$) pero no así de DAS28. 4) Disfunción endotelial. Aunque los pacientes con AR mostraron una dilatación mediada por flujo estadísticamente inferior en relación con controles ($6,5 \pm 11,7$ vs $11,7 \pm 9,5$ mm, $p = 0,01$), esta no se relacionó con los patrones de alteración de composición corporal o adiposidad abdominal. Por el contrario, la presencia de sarcopenia (beta coef. $4,7 [0,2-9,1]$, $p = 0,04$) y obesidad sarcopénica (beta coef. $5,5 [0,3-10,8]$, $p = 0,04$) se asociaron con mayores valores SCORE.

Conclusiones: Los cambios en la composición corporal y adiposidad que tienen lugar en la AR se relacionan con el daño radiológico, la actividad de la enfermedad y el riesgo cardiovascular asociado a la enfermedad.

168. ESTUDIO DE 63 CASOS DE ARTRITIS SÉPTICA DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA) (2002-2012)

S. Rodríguez Caminero¹, V. Asensi², M. Telenti², S. Alonso¹, P. Tejón¹ y J. Ballina¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La artritis séptica es una infección grave, con alta morbilidad y capaz de provocar importante discapacidad. Requiere un diagnóstico precoz, basado en la sospecha clínica y en el estudio del líquido sinovial, y un tratamiento preciso basado en antibioterapia prolongada IV y limpieza articular.

Objetivos: Revisión de las características clínicas de los casos de artritis séptica diagnosticados en un hospital universitario de tercer nivel en un periodo de 11 años.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos entre enero-2002 y diciembre-2012 en el HUCA con diagnóstico de artritis séptica confirmada con cultivo de líquido sinovial. Se recogieron datos clínicos incluyendo: edad, sexo, factores de riesgo, articulación afectada, tiempo hasta el diagnóstico, microorganismo, otros datos de laboratorio y tratamiento recibido.

Resultados: Se identificaron 63 casos de artritis séptica con cultivo de líquido sinovial positivo de un total de 85 pacientes con diagnóstico clínico de artritis séptica 58,7% varones y 41,2%, mujeres. La mediana de la edad fue de 73 años (rango: 1-93) para mujeres y 59 años (rango: 1-81) para varones ($p = 0,1$). El retraso diagnóstico medio fue mayor en las mujeres (35 vs 16 días). Las articulaciones más frecuentemente afectas fueron la rodilla (41%), cadera (15%) y hombro (14%). El 60% de los pacientes presentaron algún factor de riesgo (diabetes mellitus, hepatopatía, insuficiencia renal crónica, artropatía, neoplasia). El 28,5% de los casos estaban recibiendo tratamiento inmunosupresor. Se detectó una puerta de entrada de la artritis en el 19% de los pacientes y se asociaba con una prótesis articular en el 10% de los casos. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue *S. aureus* (51%), de ellos 6% fueron MRSA, *E. coli* (8%), *S. pneumoniae* (6%) y *P. aeruginosa* (6%). Requirieron tratamiento antibiótico durante una mediana de 37 días (15-270) y quirúrgico con limpieza articular y/o retirada protésica el 46% de los pacientes. Tuvieron complicaciones Un el 22% de los pacientes: sepsis (18,1%), rigidez articular (18,1%) y fallecimiento (4,5%).

Conclusiones: Nuestros datos confirman a la artritis séptica como una entidad no infrecuente, potencialmente mortal y con una alta tasa de complicaciones. Destacamos el papel protagonista del *S. aureus*, y la ausencia de artritis gonocócica en nuestra serie. La elevada frecuencia de artritis séptica en pacientes con enfermedades crónicas y en tratamiento inmunosupresor nos obliga a realizar un diagnóstico precoz de artritis séptica en estos grupos de riesgo.

169. UNIDADES INTERDISCIPLINARES EN EL MANEJO DE LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULÍ DE SABADELL

J. Gratacós¹, J. Luelmo², M. Moreno¹, E. Graell¹ y M. Larrosa¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: El concepto actual de artropatía psoriásica (APS) es de enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que incluye de forma constante el aparato locomotor y la piel. En las recomendaciones de EULAR de 2012 se aconseja el manejo multidisciplinar de estos pacientes. A mediados del 2009 decidimos crear una unidad multidisciplinar para mejorar el manejo de los pacientes con APS.

Objetivos: Facilitar el diagnóstico precoz de APS, mejorar el manejo de pacientes con APS y fomentar la colaboración entre los dos servicios.

Métodos: Elaboración de un programa que se desarrolló en dos etapas. En una primera etapa se designaron los responsables del proyecto (J. Gratacós y J. Luelmo), se consensuaron los criterios de derivación desde RMT y desde DMT a la futura unidad multidisciplinar y se establecieron varias reuniones conjuntas para formar y concienciar a los especialistas. En una segunda fase se elaboró una agenda de visitas conjunta (PSORD) con periodicidad mensual. A partir del 2011 y dada la experiencia acumulada, se desarrolló un programa formativo acreditado y se abrió la unidad a otros especialistas interesados en crear un modelo de colaboración entre RMT y DRM similar en otros hospitales.

Resultados: Durante el período de 2009-2012 se han efectuado 259 visitas (71% primeras, 8% no presentados) con una media de 8 (2-14) visitas por sesión. El 63% de estas visitas eran derivaciones de RMT. En 41% de casos hubo algún cambio en el diagnóstico y en un 47% cambios en el tratamiento (43% en tratamiento local, 45% en FAME y 12% en biológico). Desde 2011 se han hecho 2 cursos acreditados con participación de 9 reumatólogos de 5 hospitales. En 2 hospitales se han creado unidades multidisciplinarias similares.

Conclusiones: La Unidad multidisciplinar para el manejo de APS del Hospital de Sabadell se ha mostrado como un proyecto útil que puede mejorar el manejo de estos pacientes, facilitar la colaboración entre especialidades (RMT-DMT), y finalmente ser un modelo exportable a otros hospitales y situaciones médicas similares.

170. ALTERACIONES CAPILAROSCÓPICAS EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES MICROANGIOPÁTICAS DE LA ENFERMEDAD

P. Santo Panero, E.L. Sirvent Alierta, G. Sáenz Navarrete y A. Rozadilla Sacanell

Servicios de Reumatología y Endocrinología. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat.

Objetivos: Definir si existe un patrón capilaroscópico específico en la diabetes tipo 2. Relacionar la existencia de alteraciones capilaroscópicas con la presencia de complicaciones microvasculares.

Métodos: En un hospital de tercer nivel se obtuvo una muestra de 37 pacientes diabéticos tipo 2 derivados por el servicio de endocrinología para su inclusión en el estudio. Se recogieron datos epidemiológicos, años de evolución de la diabetes y la presencia de alteraciones microvasculares: retinopatía, microalbuminuria y polineuropatía. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que habían presentado en algún momento fenómeno de Raynaud. A todos los pacientes se les realizó una capilaroscopia, estudiando la presencia de los siguientes parámetros: pérdida capilar, áreas avasculares, tortuosidades, ramificaciones, capilares dilatados y megacapilares. Cada parámetro capilaroscópico se dividió a su vez en cuatro categorías: ausencia y presencia de un número leve, moderado o abundante del mismo. Se consideró que la capilaroscopia estaba alterada cuando se objetivaba la presencia de al menos uno de los parámetros evaluados excluyendo las tortuosidades, que se observan frecuentemente en la población general. Posteriormente se analizó mediante distribución de frecuencias la presencia de los diferentes parámetros capilaroscópicos. Se utilizó el análisis descriptivo mediante chi cuadrado para valorar la relación entre los parámetros capilaroscópicos y las alteraciones microvasculares.

Resultados: Se estudiaron 37 pacientes con DM tipo 2, con una edad media de 63,5 años (DT 12,03). La muestra estaba compuesta por 19 hombres y 18 mujeres. Un 44,7% de los pacientes tenían microangiopatía asociada a la diabetes: el 28,9% tenía retinopatía, el 28,9% microalbuminuria y el 2,6% polineuropatía. El 68,4% de los pacientes estudiados presentaban alteraciones en la capilaroscopia. La frecuencia en sentido decreciente de los parámetros capilaroscópicos evaluados fue: tortuosidades (92%); ramificaciones (49,9%); capilares dilatados (28,9%); megacapilares (21,1%); pérdida capilar (21%); fenómenos de trombosis/hemorragia (7,9%) y áreas avasculares (5,2%). Las alteraciones capilaroscópicas estaban presentes en el 76,5% de los pacientes diagnosticados de microangiopatía diabética y en el 57% de los que no padecían afectación microangiopática. Se objetivó una relación estadísticamente significativa entre la disminución del número de capilares y la presencia de microalbuminuria. Los años transcurridos desde el diagnóstico de la diabetes se relacionaban de manera estadísticamente significativa con la presencia de retinopatía, pero no con la observación de alteraciones capilaroscópicas. Los datos descritos eran independientes del sexo de los pacientes.

Conclusiones: Las alteraciones capilaroscópicas son frecuentes en los pacientes con DM tipo 2. No nos es posible definir un patrón específico asociado a la diabetes, pero se observan frecuentemente tortuosidades y ramificaciones. La disminución de la numerosidad capilar se relaciona de manera estadísticamente significativa con la presencia de microalbuminuria en nuestra muestra.

171. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES SOBRE LOS INHIBIDORES DE LA VÍA WNT (ESCLEROSTINA Y DKK-1) Y SU RELACIÓN CON EL REMODELADO ÓSEO Y LA MASA ÓSEA

L. Gifré¹, P. Peris^{1,2}, S. Ruiz-Gaspà², A. Monegal¹, B. Nomdedeu³, M. Dubrueil² y N. Guañabens^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Unidad de Patología Metabólica Ósea;

²Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd); ³Servicio de Hematología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La vía Wnt y sus inhibidores (esclerostina y Dkk-1) tienen un papel primordial en la regulación de la masa ósea y la osteoblastogénesis. El tratamiento con glucocorticoides (GCC) se asocia a una marcada pérdida de masa ósea y a un aumento de la apoptosis de los osteocitos. El objetivo de este estudio ha sido analizar el efecto del tratamiento con GCC sobre los inhibidores de la vía Wnt y su relación con la masa ósea y los parámetros de recambio óseo.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 22 pacientes al inicio del tratamiento con GCC (> 7,5 mg/día, < 6 meses). Los pacientes con enfermedades metabólicas óseas y/o tratamiento antiosteoporótico fueron excluidos. En todos ellos se determinó (al inicio y a los 12 meses): esclerostina y Dkk-1 séricos, marcadores del recambio óseo (P1NP, FA ósea y sCTX) y parámetros del metabolismo mineral (Ca, P, PTH, 25-OHD). Además, se realizó una densitometría ósea en columna lumbar y fémur analizando la densidad mineral ósea (DMO) y la presencia de osteoporosis. Los resultados se compararon con 20 individuos sanos de edad y sexo similar.

Resultados: Se incluyeron 11H y 11M con una edad media de 48 ± 20 años y una dosis media de GCC de 66 ± 16 mg/día. Las causas más frecuentes de tratamiento con GCC fueron: púrpura trombocitopenia idiopática (73%) y anemia hemolítica (14%). Los pacientes tratados con GCC tenían una disminución de los marcadores de formación ósea (P1NP 19,6 ± 9,4 vs 44,1 ± 8,9 ng/ml, p = 0,001) y un aumento de los marcadores de resorción (sCTX 0,58 ± 0,23 vs 0,4 ± 0,17 ng/mL, p = 0,049) comparado con el grupo control. Asimismo, tenían una disminución del Dkk-1 (31,8 ± 28,1 vs 46,8 ± 15,3 pmol/L, p = 0,028) sin observarse diferencias significativas en los valores de esclerostina (39,7 ± 21,3 vs 32,9 ± 19,3 pmol/L, p = 0,399); el 18% tenía una osteoporosis densitométrica. Los valores de esclerostina se relacionaron de forma positiva con la dosis de GCC (r = 0,505, p = 0,016) y la DMO lumbar (r = 0,554, p = 0,008), y de forma negativa con la FA ósea (r = -0,510, p = 0,015). A los 12 meses el Dkk-1 sérico disminuyó significativamente comparado con el valor basal (16,6 ± 13,8, p = 0,02); los valores de esclerostina tendieron a aumentar de forma no significativa (49,2 ± 12,0, p = ns).

Conclusiones: El efecto del tratamiento con GCC en los parámetros de la vía Wnt difiere en función del inhibidor evaluado. Mientras que los valores de Dkk-1 disminuyen de forma progresiva, los valores de esclerostina tienden a aumentar y se relacionan con la dosis de GCC y los marcadores de formación ósea.

Estudio financiado por la Societat Catalana de Reumatologia.

172. ARTRITIS PIÓGENAS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE 101 CASOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Riveros Frutos, L. Mateo Soria, M. Martínez-Morillo, B. Tejera Segura, S. Rodríguez Muguruza, J. Sanint Sierra, S. Holgado Pérez, J. Cañellas, X. Tena Marsà y A. Olivé Marqués

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

Objetivos: Describir las características clínicas, el tratamiento y la evolución de los pacientes diagnosticados de artritis séptica.

Métodos: Estudio retrospectivo (1984-2012) en un hospital universitario con un área de referencia de 800.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con artritis piógena procedente de la base de datos del servicio de Reumatología. Criterio de inclusión: aislamiento del germen bacteriano en el líquido articular o hemocultivos. Se excluyeron los pacientes con infección de partes blandas, infección protésica, artritis sépticas por hongos y micobacterias y espondilodicitis infecciosa.

Resultados: Se recogieron 101 pacientes, 66 varones y 35 mujeres, con una media de edad de 54,5 ± 21,2 años. Como factores de riesgo de infección se identificaron: enolismo (24), cirrosis (12), diabetes mellitus (18), insuficiencia renal crónica (17), neutropenia (6), inmunosupresión (10), VIH (10), SIDA (5), adicción a droga parenteral (12), neoplasias (6), artritis reumatoide (4), artritis microcristalinas (17). En 17 pacientes se había realizado una manipulación articular previa al inicio de la infección: 9 artrocentesis con infiltración, 6 artrocentesis y 2 artroscopias. La afectación fue monoarticular en el 71,3% de los casos: rodilla 38 casos (36,8%), hombro y tobillo 8 (8%) respectivamente. La afectación politópica se constató en 29 pacientes (28,7%). El 58,4% de los pacientes (59) presentó fiebre. Se observó celulitis local en 17 casos (17%) y uretritis en un caso de artritis gonocócica. El promedio de días entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue 7,9 ± 8,2 días, y la media de estancia hospitalaria fue de 30,4 ± 28 días. Los hemocultivos fueron positivos en 40 casos (39,7%) y en el 85% de ellos se aisló el mismo germen en líquido articular. El 79% de las artritis sépticas fueron causadas por gérmenes gram positivos, 19% por gram negativos y 2% fue polimicrobiana. Los gérmenes más frecuentes fueron: *S. aureus* meticilin sensible (45), *S. aureus* meticilin resistente (MARSA, en 5 casos), *S. agalactiae* (6), *S. pyogenes* (3), *S. pneumoniae* (9), *E. coli* (9), *P. aeruginosa* (3), *Enterobacter cloacae* (2), *Salmonella* (2). La VSG media fue de 89,5 ± 29,6 mm/1^h y la PCR de 162 ± 122 mg/dl. El recuento medio leucocitario del líquido articular fue de 65.602 ± 62.477/mm³, con glucosa consumida en más del 50%. Se instauró antibiótico endovenoso específico en todos los casos con una duración media de 3 semanas. Treinta y cuatro pacientes (33,6%) requirieron tratamiento quirúrgico (bursectomía 2 casos, artrotomía 30 casos, un caso requirió amputación). En 3 pacientes fue necesaria una segunda artrotomía. Las complicaciones más frecuentes fueron: shock séptico (20), neumonías intrahospitalarias (6), distrofia simpática refleja (2), osteonecrosis (2), endocarditis (3), distrés respiratorio (1). La mayoría de los casos evolucionaron a la curación. Fueron exitos 15 casos (15%): 8 casos con afectación monoarticular y 7 politópica. Los gérmenes implicados fueron: *S. aureus* (10 casos), MARSA (3 casos), Neumococo (1 caso), polimicrobiano (1 caso de *S. aureus* más *E. coli*).

Conclusiones: Las artritis piógenas son infecciones graves. *S. aureus* es el patógeno más común. La diseminación hematológica y la afectación poliarticular son factores de mal pronóstico. El tratamiento antibiótico prolongado y el desbridamiento quirúrgico son claves en su curación.

173. PAPEL DE LA ESCLEROSTINA Y EL DKK-1 EN LA PÉRDIDA DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA TRAS LA LESIÓN MEDULAR COMPLETA. RESULTADOS PRELIMINARES

L. Gifre¹, J. Vidal², S. Ruiz-Gaspà³, E. Portell², A. Monegal¹, A. Muxi⁴, N. Guañabens^{1,3} y P. Peris^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Unidad de Patología Metabólica Ósea. Hospital Clínic. Barcelona. ²Unidad de Lesionados Medulares. Instituto Guttmann. Badalona. ³CIBERehd; ⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La lesión medular (LM) se asocia a una marcada pérdida de densidad mineral ósea (DMO). El objetivo de este estudio

ha sido analizar el efecto de la LM en los antagonistas de la vía Wnt (esclerostina y Dkk-1) y su relación con los cambios en los marcadores del recambio óseo y con la evolución de la DMO.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes con LM motora completa traumática reciente (< 6 meses). En todos ellos se determinó (en la visita basal y a los 6 meses): esclerostina y Dkk-1 séricos, marcadores del recambio óseo (P1NP, FA ósea y sCTx) y DMO en columna lumbar y fémur (se consideró DMO baja: escala Z < -1 [edad < 50 años] o escala T < -1 [edad > 50 años]). Los resultados se compararon con 23 individuos sanos de edad y sexo similar.

Resultados: Se incluyeron 25 varones con LM reciente con una edad media de 37 ± 15 años, tiempo medio de evolución de la LM de 101 ± 33 días, 56% con paraplejía. 13 pacientes fueron re-evaluados a los 6 meses de su inclusión en el estudio. Tras la LM se observó un marcado aumento de los marcadores de recambio óseo comparado con el grupo control (P1NP 194 ± 87 ng/ml vs 49 ± 15, p < 0,001; sCTx 1,39 ± 0,47 ng/ml vs 0,48 ± 0,21, p < 0,001) así como un aumento del Dkk-1 (63,5 ± 32,8 vs 39,9 ± 15,7 pmol/L, p = 0,003). No se observaron diferencias significativas en los valores de esclerostina (39,7 ± 15,4 vs 35,9 ± 20,5 pmol/L, p = ns). El 60% de los pacientes tenía una DMO baja tras la LM. A los 6 meses de la inclusión se observó un aumento significativo de los valores de esclerostina sérica (40%, p = 0,013), una disminución de los marcadores de recambio óseo (P1NP - 37%, p = 0,003 y sCTx - 32%, p = 0,007) y una pérdida de DMO en fémur (-11% en fémur total, p = 0,002) respecto a los valores basales. El Dkk-1 sérico disminuyó de forma significativa (-35%, p = 0,041). Se observó una correlación positiva entre el cambio de los valores de Dkk-1 y la evolución de la DMO en fémur total (r = 0,6, p = 0,05) y negativa entre el cambio de esclerostina y el de la FA ósea (r = -0,668, p = 0,025).

Conclusiones: Los pacientes con LM completa presentan un marcado aumento del recambio óseo y una pérdida de la DMO en fémur proximal superior al 10% de forma precoz. Los antagonistas de la vía Wnt parecen estar relacionados con la pérdida ósea en este proceso. Estudio financiado por la Fundació La Marató de TV3.

174. RELACIÓN DEL POLIMORFISMO PRO12ALA DE PPARGAMMA CON ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y DAÑO RADIOGRÁFICO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

N. Cubino, C. Montilla, A. Romero, I. Calero, P. Miramontes, E. Puerto, I. González, T. Carranco, M. Sánchez y J. del Pino-Montes

Unidad de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: Los receptores PPARgamma pertenecen a la familia de receptores activadores de la proliferación de peroxisomas. PPARgamma se asocia a inflamación debido a que inhibe la maduración y función de las células dendríticas y macrófagos. Además su estimulación inhibe la síntesis de TNF y la proliferación de los linfocitos T helper. En modelos animales, se ha comprobado que los agonistas PPARgamma pueden estar implicados en la progresión radiográfica de la artrosis. Existen varios polimorfismos de PPARgamma, de los cuales Pro12Ala se ha asociado a pacientes con Artritis psoriásica (APs).

Objetivos: Estimar la presencia del polimorfismo Pro12Ala de PPARgamma en pacientes con APs. Relacionar su presencia con actividad de la enfermedad y daño radiográfico.

Métodos: Se incluyeron 82 pacientes diagnosticados de APs según los criterios CASPAR. Medimos la actividad de la enfermedad por el número de articulaciones tumefactas, número de articulaciones dolorosas, VSG, PCR, DAS. El daño radiográfico lo calculamos por el método de Van der Heide Modificado en pacientes con afectación periférica y por SASSSm en las formas axiales. El polimorfismo

Pro12Ala de PPARgamma se realizó por reacción en cadena de la polimerasa con sondas marcadas con fluorocromos.

Resultados: El 84,1% de los pacientes fueron Homocigotos en el polimorfismo Pro12Ala de PPARgamma (C/C). El 59,3 pacientes tenían una afectación exclusivamente periférica. La edad media de los pacientes fue de 51,45 (DE: 13,2). No hubo diferencias de tratamiento entre los dos grupos. La media desde el inicio del diagnóstico de 7,8 años (DE: 6,3). El tipo de tratamiento entre los grupos fue homogéneo. El resto de resultados se expone en la tabla.

| | C/C | C/G | P |
|--------------------|------------------------|------------------------|------|
| Años de enfermedad | 8,4889 (DE: 5,99099) | 5,8889 (DE: 5,62238) | NS |
| NAD | 0,5122 (DE: 1,20669) | 1,8889 (DE: 3,21887) | NS |
| NAT | 0,3902 (DE: 0,97155) | 0,6667 (DE: 1,65831) | NS |
| VSG | 23,0469 (DE: 19,05333) | 22,5833 (DE: 19,34123) | NS |
| DAS | 2,5284 (DE: 0,84084) | 2,9300 (DE: 1,01876) | NS |
| PCR | 0,6060 (DE: 0,94434) | 0,5925 (DE: 1,08661) | NS |
| BASDAI | 4,4691 (DE: 7,19984) | 2,8225 (DE: 0,58860) | NS |
| Van der Heijde | 16,9412 (DE: 20,49677) | 9,6667 (DE: 8,82421) | NS |
| SASSSm | 8,4565 13,22070 | 3,0000 4,07080 | 0,03 |

Conclusiones: El polimorfismo PPARgamma no se asoció con parámetros de actividad en los pacientes con APS. Solo encontramos que los pacientes con manifestaciones axiales heterocigotos para el polimorfismo Pro12Ala de PPARgamma presentaron una menor progresión radiográfica. Evidentemente estudios con un mayor número de pacientes son necesarios para apoyar estos resultados.

175. DESCRIPCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI RO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Sarmiento¹, I. Castellví¹, C. Díaz-Torné¹, C. Geli¹, A. Laiz¹, P. Moya¹, M.E. Córca¹, E. Toniolo¹, J. Casademont² y J.M. de Llobet¹

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Los autoanticuerpos son de gran importancia en el diagnóstico y el pronóstico de la esclerosis sistémica (ES). La relación de antiRo (52 kd y 60 kd) en conectivopatías como el lupus eritematoso sistémico y el síndrome de Sjögren es bien conocida. Sin embargo, aunque se ha descrito una posible relación entre la presencia de antiRo52 y la afectación intersticial pulmonar en la ES, no se ha establecido claramente su papel.

Objetivos: Determinar la frecuencia de anticuerpos anti Ro en una cohorte de pacientes con ES. Determinar si la presencia de anti Ro y anti Ro52 en pacientes con ES está asociada con las diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Métodos: Revisión retrospectiva de una cohorte de pacientes con ES del servicio de Reumatología de un hospital universitario de nivel terciario. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, edad al diagnóstico, tipo de ES (limitada, difusa, pre esclerodermia, sin esclerodermia), anticuerpos Anti Ro y otros anticuerpos específicos (anti topoisomerasa I, ACA, RNA polimerasa, U3RNP, Th/To, U1RNP, Pm/scl) presencia o ausencia de: úlceras digitales (UD), crisis renal esclerodérmica (CRE), enfermedad intersticial pulmonar (EPI), hipertensión pulmonar (HP). También se recogieron las cifras de función renal, parámetros de función respiratoria y parámetros ecocardiográficos. Para la comparación entre grupos de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi-cuadrado y t de Student para comparación de variables cuantitativas. El nivel de significación estadística se estableció para valores de p ≤ 0,05.

Resultados: Se incluyeron un total de 136 pacientes con ES. 93,4% fueron mujeres. La edad al diagnóstico fue de 51,12 ± 15,49 años. 95 presentaban ES limitada, 21 ES difusa, 19 preES y 1 ES sin escler-

rodermia. De los 136 pacientes, 20 (17,7%) fueron anti Ro positivo y 12 (11,2%) anti Ro52 positivo. 71/136 (52,20%) tenían ACA, 20/136 (14,7%) tenían anticuerpos antitopoisomerasa I, 11/136 (8,08%) anti U1RNP, 3/136 (2,2%) anti RNA polimerasa, 2/136 (1,5%) anti pm/Scl, 1/136 (0,7%) anti U3 RNP y 1/136 (0,7%) anti Th/To. 31,6% de pacientes habían presentado UD en alguna ocasión, 28,1% afectación intersticial, 21,3% HP y 2,2% CRE. Después de ACA, el Anti Ro fue el segundo anticuerpo más frecuente en la serie. Los pacientes con anti topoisomerasa I y ACA presentaban una proporción similar de antiRo y antiRo52 (25% vs 23,72% y 12,5% vs 18,18 p ns). Tampoco se observaron diferencias entre los pacientes que presentaban la forma limitada o difusa de la enfermedad (20,25% vs 23,52% y 13,69% vs 11,76% p ns). No se encontró relación entre las diferentes manifestaciones clínicas incluida la EPI y la presencia de anticuerpos AntiRo52. Sin embargo, los pacientes con UD tienen tendencia a presentar con mayor frecuencia anticuerpos AntiRo que los que no (10/36 vs 10/77 con p = 0,055). Los resultados de la muestra se resumen en la tabla.

| | Anti Ro(n = 20) | p | Anti Ro52 (n = 12) | p |
|--|-----------------|-------|--------------------|----|
| Edad (años) | 64,20 ± 14,87 | ns | 67,75 ± 12,95 | ns |
| Edad diagnóstico (años) | 51,20 ± 18,83 | ns | 55,92 ± 17,49 | ns |
| Presencia de HP (%) | 25 | ns | 16,66 | ns |
| Úlceras digitales (%) | 50 | 0,055 | 41,66 | ns |
| Crisis renal esclerodérmica (%) | 0 | ns | 0 | ns |
| Enfermedad pulmonar intersticial (%) | 20 | ns | 25 | ns |
| ES difusa (%) | 20 | ns | 16,66 | ns |
| ES limitada (%) | 80 | ns | 83,33 | ns |
| Anti topoisomerasa I (%) | 22,22 | ns | 16,66 | ns |
| Anti centrómero (%) | 77,77 | ns | 83,33 | ns |
| PAPs (mmHg) | 34,38 ± 9,94 | ns | 38,50 ± 12,12 | ns |
| Velocidad de reflujo tricuspídeo (VRT)(cm/s) | 262,68 ± 51,18 | ns | 268,98 ± 59,04 | ns |
| TAPSE (cm) | 3,66 ± 3,62 | ns | 2,06 ± 0,72 | ns |
| % DLCO | 73,50 ± 20,12 | ns | 76,00 ± 18,73 | ns |
| %FVC | 93,55 ± 22,51 | ns | 91,58 ± 22,71 | ns |
| FVC/DLCO | 1,37 | ns | 1,28 | ns |

Conclusiones: A diferencia de otros trabajos, en nuestra cohorte la presencia de anti Ro52 no se relaciona con la EPI u otras manifestaciones clínicas de la enfermedad (Hudson. Arthritis Research & Therapy. 2012,14:R50). Sí se observó en los pacientes con historia de UD una tendencia a presentar con mayor frecuencia anticuerpos anti Ro.

176. MANEJO ANALGÉSICO DE LOS APLASTAMIENTOS OSTEOPORÓTICOS EN URGENCIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE ACTITUDES TERAPÉUTICAS

C. Guillén Astete, D. Botello Corzo, C. Sobrino Grande y V. García Coca

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Dentro del grupo de motivos de consulta por dolor axial mecánico, el diagnóstico de aplastamientos vertebrales ocupa

uno de los primeros lugares entre quienes consultan por el mismo motivo en menos de un mes o que son hospitalizados por inapropiado control analgésico. El propósito del presente estudio es describir el abordaje analgésico de esta patología en urgencias y su impacto asistencial según cada terapia.

Métodos: Se revisaron los informes de urgencias generados entre Ene-10 y Dic-11. Utilizando el programa Excalibur® se identificaron los juicios clínicos con la composición de palabras “aplastamiento”, “colapso”, “fractura” y las palabras “vertebral”, “espinal”, “dorsal”, “lumbar” así como sus variantes o aproximaciones. Se comprobaron los diagnósticos mediante la revisión de las pruebas de imagen. Se recogieron el perfil epidemiológico de los pacientes, sus comorbilidades, la terapia analgésica indicada según la escala analgésica OMS [disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en>], el número de veces que se consultó en urgencias, la necesidad de hospitalización y la realización de vertebroplastia o cifoplastia.

Resultados: Noventa y siete paciente fueron diagnosticados de al menos un aplastamiento vertebral nuevo en el periodo de tiempo señalado de los cuales 81 (83,5%) fueron diagnosticados en la primera consulta. La media de edad fue 78,1 ± 8,3 años, el 82,4% fueron mujeres y 19,5% habían tenido una fractura vertebral previa. Diecinueve (19,5%) eran usuarios de anticoagulantes orales, 20 (20,6%) tenían antecedentes de insuficiencia renal, 12 (12,3%) tenían un diagnóstico previo de enfermedad ulco-péptica y 49 (50,5%) eran hipertensos que recibían al menos un fármaco antihipertensivo. Dos pacientes tenían alergias documentadas a AINEs. Treinta y cinco pacientes (36,0%) fueron tratados con fármacos del primer escalón OMS, 49 (50,5%) con fármacos del segundo escalón y 13 (13,4%) con fármacos del tercer escalón. Los pacientes que recibieron terapia con el tercer escalón OMS tuvieron una proporción de re-consultas a urgencias en menos de un mes fue del 7,7% mientras que en el resto de pacientes fue de 41,6% (p < 0,05). La necesidad de ingresos hospitalarios y la proporción de pacientes a quienes se les practicó una vertebroplastia no fue significativamente diferente entre los tres grupos de terapias utilizadas. Resultados completos en la tabla. No identificamos asociación entre la escala analgésica recibida y el tipo de comorbilidad descrita (Insuficiencia renal, uso de anticoagulantes, antecedente de enfermedad ulcopéptica o hipertensión arterial) con excepción de la alergia documentada (p > 0,05, en todas las comparaciones, chi cuadrado).

Conclusiones: Pese al beneficio observado en términos asistenciales, el uso del tercer escalón analgésico es el menos indicado en nuestras urgencias. Probablemente el temor a caídas u otros efectos de los fármacos que componen este grupo justifique esta conducta. No obstante ello, el uso del tercer escalón analgésico redujo la necesidad de ingresos hospitalarios y de visitas repetidas a urgencias. Finalmente, llama la atención que las comorbilidades más relevantes al momento de decidir analgesia no se relacionan con los distintos tipos de tratamientos administrados por lo que da la impresión que estas consideraciones no están siendo suficientemente valoradas.

Tabla Póster 176

| Escalón Analgésico OMS | Primero | Segundo | Tercero | Sig. estadístico |
|--|------------|------------|------------|-------------------------------|
| Número de pacientes (proporción respecto del total) | 35 (36,0%) | 49 (50,5%) | 13 (13,5%) | |
| Número de consultas generadas por el mismo motivo antes del primer mes de la previa (Proporción respecto del total de pacientes del grupo) | 10 (28,5%) | 15 (30,6%) | 1 (7,7%) | P; T, exacto Fisher |
| Necesidad de ingreso hospitalario (Proporción respecto del total de pacientes del grupo) | 6 (17,1%) | 9 (18,3%) | 2 (15,3%) | p > 0,05; T, exacto de Fisher |
| Número de vertebroplastias o cifoplastias realizadas (Proporción respecto del total de pacientes del grupo) | 6 (17,1%) | 8 (16,3%) | 3 (20,0%) | p > 0,05; T, exacto de Fisher |

177. REPLICABILIDAD DE LA ASOCIACIÓN ENTRE INTERACCIONES DE POLIMORFISMOS Y SUSCEPTIBILIDAD A ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

A. González¹, A. Ferreira-Iglesias¹, M. Calaza¹, E. Pérez-Pampín¹, F.J. López Longo², J.L. Marengo³, F.J. Blanco⁴, J. Narváez⁵, F. Navarro⁶, J.D. Cañete⁷, A. Rodríguez de la Serna⁸, I. González-Álvaro⁹, G. Herrero-Beaumont¹⁰, J.L. Pablos¹¹, A. Balsa¹², B. Fernández-Gutiérrez¹³, R. Cáliz¹⁴ y J.J. Gómez-Reino^{1,15}

¹Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ²Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ⁴Hospital Universitario de A Coruña. ⁵Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁷Hospital Clínic. Barcelona. ⁸Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁹Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ¹⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹¹Hospital 12 de Octubre. Madrid. ¹²Hospital La Paz. Madrid. ¹³Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹⁴Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁵Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción: En la AR ya se han validado más de 40 asociaciones con polimorfismos comunes. Sin embargo, solo explican una pequeña fracción de la heredabilidad de la AR. Una de las hipótesis más atractivas para explicar el resto implica a interacciones entre polimorfismos. Sin embargo, no tenemos todavía pruebas de que esta hipótesis sea correcta. Ya se han descrito numerosas asociaciones, pero solo la interacción entre el epítipo compartido (SE) y el alelo de riesgo de PTPN22 se ha confirmado suficientemente en la AR. Hay varios factores que pueden influir en esta falta de confirmación. Entre ellos, la dificultad de replicar asociación con interacciones que es mayor que con polimorfismos, laxitud y falta de consenso en el concepto de interacción, así como la escasez de estudios de replicación independientes. Dos estudios recientes destacan por la calidad de las interacciones descritas: el estudio de Briggs et al (Genes Immun. 2010;11:199-208) que identificó interacciones entre el alelo de riesgo de PTPN22 y otros 7 SNPs asociadas con AR; y el estudio de Mikuls et al (Arthritis Res Ther. 2010;12:R213) que encontró asociación de la AR en pacientes con anticuerpos anti-péptidos citrulinados (ACPA) con la interacción entre el SE y el alelo nulo de GSTM1.

Objetivos: Replicar las asociaciones de AR con interacciones entre polimorfismos a partir de dos estudios de calidad que incluían replicación en una segunda colección de muestras.

Métodos: Se incluyeron 1.744 pacientes con AR y 1.650 controles sanos, todos ellos de ascendencia española. En todos los sujetos se estudiaron los 8 SNPs del estudio de Briggs et al mediante miniselección. La interacción descrita por Mikuls et al se analizó en los 725 pacientes con genotipos del SE en los que se genotipó GSTM1 como presente o nulo mediante miniselección. El análisis de la asociación con la interacción se realizó con tres métodos que incluyen el utilizado en cada una de las publicaciones originales: análisis del término interacción de una regresión logística, análisis comparativo de una serie de modelos de regresión logística anidados implementado en el software LRASSOC y análisis de la desviación de la aditividad siguiendo a Hosmer & Lemeshow (Epidemiology. 1992;3:452-6) implementado en R.

Resultados: Se obtuvieron un 99,9% de genotipos válidos una vez excluido rs4695888 que no pasó el filtro de control de calidad. Todos los polimorfismos estuvieron en HWE y no se observaron diferencias entre pacientes con AR y controles, excepto para PTPN22. No se observó ninguna interacción con PTPN22 de los 6 SNPs del estudio de Briggs et al ni como término de interacción de la regresión logística, ni con los otros dos métodos aplicados. Tampoco se observó interacción significativa entre el genotipo nulo de GSTM1 y el SE como desviación de la aditividad, ni con los otros dos métodos utilizados.

Conclusiones: No hemos podido confirmar las interacciones analizadas a pesar de haber escogido aquellas que incorporaban replicación en una colección de muestras adicional y entre polimorfismos de frecuencia elevada. Este resultado negativo apoya la necesidad de prudencia al considerar las nuevas interacciones descritas y la necesidad de ser más conservadores en la consideración de una interacción como significativa o replicada.

178. RELACIÓN DE LOS CAMBIOS RADIOGRÁFICOS AXIALES Y PERIFÉRICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

C. Montilla, N. Cubino, T. Carranco, I. Calero, M. Sánchez, S. Gómez, C. Hidalgo y J. del Pino-Montes

Unidad de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: Actualmente no existen demasiadas referencias en pacientes con artritis psoriásica (APS) que correlacionen los cambios radiográficos ocasionados en articulaciones periféricas con las que aparecen a nivel axial. Por otro lado, ninguno de los estudios realizados utiliza los instrumentos validados de daño radiográfico.

Objetivos: Relacionar el daño radiográfico en las articulaciones de las manos y pies con las halladas en raquis en pacientes con APS.

Métodos: Seleccionamos 81 pacientes diagnosticados de APS según los criterios CASPAR. Incluimos los pacientes con artritis de manos o pies y dolor lumbar inflamatorio con o sin manifestaciones radiográficas axiales y pacientes artralgias en manos y pies de características inflamatorias con sacroileítis radiográfica o cambios radiográficos axiales. Medimos el daño radiográfico por el método de Van der Heijde y por SASSm. Realizamos tres correlaciones: Con todos los pacientes, con aquellos que tenían radiografía antes de 5 años de comenzar los síntomas y por último, los que tenían estudio radiográfico por encima de los 5 años.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 51,1 años (DE: 12,1). La media de duración de la enfermedad fue de 7,1 años (DE: 5,1). El tiempo medio desde que comenzaron los síntomas hasta que se realizó las radiografías fue de 7,8 (DE: 5,6). La correlación de ambos estudios radiográficos en la totalidad de los pacientes obtuvo un coeficiente de Pearson de 0,553 ($p < 0,0001$), en los primeros cinco años el coeficiente de Pearson fue de 0,05 ($p = 0,82$), y transcurridos los cinco años el coeficiente de Pearson fue de 0,556 ($p < 0,003$).

Conclusiones: Aunque encontramos correlación entre el daño radiográfico obtenido en manos y pies con el ocasionado en raquis esta relación no se obtuvo en los primeros años del comienzo de la enfermedad.

179. NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D 25OH EN EL SUR DE ESPAÑA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN CENTRO DE ALMERÍA

C.A. Pereda¹ y M.B. Nishishinya²

¹Reumatología. Clínica Mediterráneo. Almería.

²Instituto Traumatológico Quirón. Barcelona.

Introducción: La vitamina D es una hormona esteroide necesaria para el normal funcionamiento del metabolismo óseo y muscular. Su deficiencia no obstante, se ha vinculado con diversos procesos patológicos autoinmunes, cardiovasculares, oncológicos e infecciosos. La síntesis de vitamina D en humanos, se debe en gran medida a su grado de exposición solar. En este sentido, el sur de España y concretamente la provincia de Almería por su posición geográfica, presenta unos niveles de exposición solar óptimos, superiores a las 170 horas mensuales, en contraste con países del norte de Europa.

Objetivos: En una población de pacientes de consulta privada en la provincia de Almería (situada a 36,5º de latitud N y 2,2º de longitud

Tabla Póster 179

| Grupos (edad años) | n | 25 OHD VD invierno ng/ml (media-ES) | 25OHD VD primavera ng/ml (media-ES) | 25OHD VD verano ng/ml (media-ES) | 25OHD VD otoño ng/ml (media-ES) | 25OHD VD menopáusicas ng/ml (media-DE) | No menopausia ng/ml |
|--------------------|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|---------------------|
| 18-45 | 66 | 31,6 (5,6) | 32,3 (3,7) | 28,1 (1,9) | 39,1 (6,1) | nv | nv |
| 46-65 | 213 | 26,9 (1,5)** | 23,4 (1,6)** | 30,1 (2,1)* | 39,6 (3,0) | 28,6 (1,3) | 26,6 (2,2) |
| > 65 | 40 | 22,8 (5,4) | 35,0 (7,0) | 25,4 (7,0) | 35,7 (5,4) | nv | nv |

nv: no valorable. * < 0,02 ** < 0,0001.

O). Identificar: niveles séricos de 25OH vitamina D de acuerdo a: a. Diferentes grupos etarios; b. Presencia de menopausia; c. Influencia de las distintas estaciones del año.

Métodos: mujeres atendidas en un Centro de consulta privada de la provincia de Almería. Medición sérica de vitamina D (VD) 25OH, calcio y fósforo sérico, parathormona molécula intacta, GOT, GPT, GGT, hemograma y albúmina. Se excluyeron aquellos pacientes con: enfermedad inflamatoria reumática, pacientes recibiendo corticoides orales o inhalados, enfermedad hepática o intestinal, pacientes recibiendo vitamina D. consideramos status normal de VD \geq 30 ng/ml.

Resultados: 319 pacientes con un rango de edad entre 18-81 años, fueron incluidas entre septiembre de 2008 y noviembre de 2012. Se dividió a la población en 3 grupos de etarios. El otoño fue la estación del año con niveles más elevados de 25OHD en todos los grupos. Fue significativo estadísticamente en el grupo de 46-65 años. Se observó insuficiencia de VD más prevalente en los meses de invierno en > 45 años. La presencia de menopausia no mostró diferencia significativa en los niveles séricos de VD en este grupo. En los demás grupos, no se pudo valorar debido a que hubo solo 3 pacientes con menopausia en el grupo de 18-45 años y ninguno sin menopausia en > 65 años.

Conclusiones: El grupo de población de > 45 años en Almería, presentó una mayor prevalencia de insuficiencia de niveles de VD 25OH en los meses de invierno, a pesar de la localización geográfica y el elevado nº de horas de luz solar. La presencia de menopausia en nuestra población no parece tener impacto sobre los niveles séricos de la hormona. A diferencia de otros trabajos, solo el otoño mostró niveles significativamente elevados de 25OHD.

180. EL POLIMORFISMO RS2043211 (P. C10X) DEL GEN CARD8 NO ESTÁ ASOCIADO CON LA SUSCEPTIBILIDAD A ARTRITIS REUMATOIDE NI AL RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES ESPAÑOLES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. García-Bermúdez¹, R. López-Mejías², C. González-Juanatey³, A. Corrales³, S. Castañeda⁴, A.M. Ortiz⁴, J.A. Miranda-Fillooy⁵, C. Gómez-Vaquero⁶, B. Fernández-Gutiérrez⁷, A. Balsa⁸, D. Pascual-Salcedo⁸, R. Blanco², J. Llorca⁹, J. Martín¹ y M.A. González-Gay²

¹Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. IPBLN-CSIC. Granada. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander. ³División de Cardiología; ⁵División de Reumatología. Hospital Xeral-Calde. Lugo. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁹Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IFIMAV. Santander.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria poligénica compleja asociada con aterosclerosis acelerada, la cual es la principal causa del aumento de la morbilidad y morta-

lidad cardiovascular (CV) en estos pacientes. CARD8 es uno de los componentes del inflamasoma que regula la producción de interleukina 1-beta, y se ha asociado a un curso peor de la enfermedad en artritis temprana.

Métodos: 1.621 pacientes de AR que satisfacían los criterios de clasificación de la ACR 1987, y 1.300 controles pareados fueron genotipados mediante sondas TaqMan para el polimorfismo genético (SNP) rs2043211 (30T > A, p.C10X) del gen CARD8. Se examinaron los resultados de los genotipos en 1530 de estos pacientes de AR para los que se disponía de información sobre enfermedad CV y factores de riesgo CV en el momento del estudio. Asimismo, en un subgrupo de pacientes sin historia de eventos CV (n = 276), se analizó la posible influencia de este SNP en el desarrollo de aterosclerosis subclínica, midiendo el espesor de la carótida intima media y la presencia de placas carotídeas.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias genotípicas o alélicas para la variante génica rs2043211 del gen CARD8 entre pacientes y controles. Asimismo, el polimorfismo genético de CARD8 rs2043211 (30T > A, p.C10X) no parece tener influencia en el desarrollo de eventos CV ni en el riesgo de sufrirlas a lo largo del tiempo. De la misma manera, no se encontró asociación entre esta variante génica y el espesor de la cIMT o la presencia de placas.

Conclusiones: nuestros resultados no apoyan un papel del SNP rs2043211 del gen CARD8 en la susceptibilidad a AR o en el desarrollo de enfermedad CV en pacientes con AR.

Agradecemos la participación desinteresada de los pacientes de AR y controles sanos en este estudio. El Banco Nacional de ADN (Universidad de Salamanca) suministró parte de los controles. Este estudio ha sido financiado con Ayudas del Fondo de Investigaciones Sanitarias, PI06-0024 y PS09/00748, y por el Programa RETICS RD08/0075 (RIER) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dentro del VI PN de I+D+i 2008-2011 (FEDER). MGB es becaria de la Fundación Española de Reumatología (FER).

3.ª Sesión

Viernes, 24 de mayo de 2013

181. ENFERMEDADES PARENQUIMATOSAS PULMONARES DIFUSAS DE BASE AUTOINMUNE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

B. Rodríguez-Lozano¹, O. Acosta-Fernández², L. Expósito-Pérez¹, L. Pérez-Martín², A. Bonilla³, A. Wangüemert², E. Trujillo¹ y S. Bustabad¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neumología; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: No es excepcional en la práctica clínica encontrar pacientes con enfermedades parenquimatosas pulmonares difusas (EPID) que presentan rasgos de enfermedad sistémica de base autoinmune, sin poder clasificarse en las entidades específicas. Esto

conlleva interés pronóstico por su asociación, en general, a mejor respuesta terapéutica y pronóstico que las neumonías intersticiales idiopáticas.

Objetivos: 1. Conocer patrón radiológico de pacientes caracterizados inicialmente como Neumonías intersticiales de causa indeterminada (NIU). 2. Conocer el patrón de autoanticuerpos de los mismos. 3. Determinar la relación entre ambos.

Métodos: Pacientes incluidos en base de datos de patología intersticial del Serv. Neumología del HUC según consenso de 2002 sobre EPID, clasificados como EPID de causa indeterminada. Revisión independiente y ciega de TC tórax iniciales de dichos pacientes por dos neumólogos con clasificación en NIU definida, Posible NIU o No NIU, según criterios consensuados (ATS/ERS/JRS/ALAT 2011). Si disparidad, valoración por radiólogo familiarizado en lectura EPID. Se realizó determinación inicial de ANA y FR. Se comparó el patrón de autoAcs hallado en grupo A (patrones radiológicos NIU definida y Posible NIU) con grupo B (patrón radiológico No NIU). Se realizó valoración posterior por reumatólogo con determinación de resto de perfil de autoAcs incluyendo anti Jo-1, PL-7 y PL-12 y APCC y se diagnóstico de enfermedades de colágeno definida con EPID asociada, miopatías inflamatorias o enfermedades indiferenciadas del tejido conectivo con dominancia pulmonar (EITC).

Resultados: De los 181 pacientes se incluyeron los 148 que eran de causa indeterminada: 58 casos de patrón radiológico NIU o posible NIU (44/11 respectivamente) y en 35 casos (60%) se llevó a cabo estudio de autoAcs. En 4/35 (11%) se diagnosticó enf. autoinmune: 1 AR, 2 EITC/SS y 1 sd antisintetasa. Se caracterizaron 90 casos con patrón radiológico No NIU, con despistaje de enfermedades autoinmunes en 54 (60%). En 14/54 (26%) se identificaron: 1 PM/DM, 1 escleropolimiositis, 1 esclerodermia sine esclerodermia, 2 AR, 1 SS, 2 Sd antisintetasa, 6 EITC.

Conclusiones: 1. Aprox. 18% de pacientes con EPID de causa inicialmente indeterminada presentan enfermedad autoinmune subyacente, destacando que un 47% de las mismas corresponden a EITC con dominancia pulmonar y una sexta parte a síndromes antisintetasa. 2. Un patrón no NIU hace más probable la detección de enfermedad de base autoinmune que un patrón NIU. 3. Es preciso despistaje de enfermedad autoinmune subclínica con independencia del patrón radiológico. 4. Es necesaria abordaje multidisciplinar aunque solo presenten clínica pulmonar, ya que en nuestra serie solo la mitad de pacientes ha sido valorado por reumatólogo.

182. COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE AUTOEVALUADA POR EL PACIENTE, EVALUADA POR EL MÉDICO Y POR ULTRASONOGRAFÍA DOPPLER EN PACIENTES EN REMISIÓN CLÍNICA: ¿CUÁL ES MÁS REALISTA?

L. Martínez-Estupiñán, E. Naredo¹, I. Janta^{1,2}, J.C. Nieto¹, M. Montoro¹, I. de la Torre¹, L. Valor¹, L. Estopiñán³, N. Bello¹, M. Hinojosa¹, J. López-Longo¹, I. Monteagudo¹ y L. Carreño¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Departamento de Medicina Interna y Reumatología. Hospital Santa María. Bucarest. Rumanía.

³Departamento de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción: Hay un interés creciente en la implicación del paciente con artritis reumatoide (AR) en la autoevaluación de la actividad de la enfermedad. Se han publicado algunos estudios que han comparado la autoevaluación clínica por el paciente con la evaluación clínica por el médico en AR activa, con resultados variables. No hay estudios, sin embargo, que hayan comparado la autoevaluación, la evaluación del médico y la ultrasonografía (US) en la valoración de la actividad de la enfermedad en pacientes con AR en aparente remisión clínica.

Objetivos: Comparar los parámetros e índices de actividad clínica de AR (DAS28 y SDAI) derivados de la autoevaluación del paciente con aquellos derivados de la evaluación realizada por un reumatólogo y de la evaluación US en modo B (MB) y Doppler en pacientes con AR en remisión clínica.

Métodos: Evaluamos 69 pacientes con AR en remisión clínica según su reumatólogo habitual, reclutados consecutivamente en la consulta de reumatología. La evaluación clínica incluyó los parámetros del DAS28 y del SDAI y se realizó de forma ciega por el propio paciente y por un reumatólogo. Previamente se instruyó a los pacientes como evaluar dolor y tumefacción en las 28 articulaciones del DAS28 y SDAI28. SE definió remisión de acuerdo al DAS28 y al SDAI según la evaluación del paciente y del médico. Se llevó a cabo una exploración US en MB y con power Doppler (PD) de las mismas 28 articulaciones en cuanto a la presencia de sinovitis y señal PD sinovial, según la definición de OMERACT-EULAR por un reumatólogo, experto en la técnica, ciego a los datos clínicos.

Resultados: El porcentaje de pacientes en remisión (DAS28 < 2,6) en la autoevaluación del paciente fue significativamente menor (18; 26,1%), que en la evaluación del médico (36; 52,2%) (p < 0,005). No hubo diferencias significativas en el porcentaje de pacientes en remisión según el SDAI obtenido de la evaluación del paciente (10, 14,5%) y del médico (8; 11,6%). La correlación y concordancia entre el DAS28 (r = 0,757, p < 0,005; ICC = 0,620) y el SDAI (r = 0,873, p < 0,005; ICC = 0,678) obtenidos por el paciente y por el médico fueron buena y moderada, respectivamente. La correlación y concordancia entre los contajes articulares del paciente y del médico fueron mejores para las articulaciones dolorosas (r = 0,618, p < 0,005; ICC = 0,509) que para las tumefactas (r = 0,483, p < 0,005; ICC = 0,279). La US en MB detectó significativamente más sinovitis que la evaluación clínica realizada por el paciente y por el médico (p < 0,005). Se encontró una correlación y concordancia moderadas entre el contaje de articulaciones tumefactas por el médico y el contaje US de PD sinovitis (r = 0,407, p < 0,001; ICC = 0,528). A nivel de los grupos articulares, la concordancia entre la evaluación del paciente, del médico y la US fue regular o pobre en general, especialmente para las articulaciones grandes.

Conclusiones: La autoevaluación del paciente mostró una concordancia aceptable con la del médico, especialmente para el contaje de articulaciones dolorosas. La autoevaluación del paciente sobreestimó la actividad de la AR según el DAS28 y fue concordante con la del médico según el SDAI. La evaluación clínica del médico mostró mejor concordancia con la US que la del paciente, sobre todo el contaje de articulaciones tumefactas. Ambas evaluaciones clínicas subestimaron la inflamación articular comparadas con la US en MB.

183. PORTUGUESE AND SPANISH FRAX® TOOL: A COMPARATIVE ANALYSIS FROM EPIREUMAPT

N. Gouveia¹, H. Canhã^{1,2}, T. Rego¹, S. Sousa¹ y J.C. Branco^{1,3}

¹Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Equipa de Investigação do EpiReumaPt. ²Instituto de Medicina Molecular. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Serviço de Reumatologia. Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Hospital de Santa Maria. EPE. Lisboa. ³CEDOC. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Serviço de Reumatologia. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. EPE/Hospital Egas Moniz. Lisboa.

Objectives: Comparative analysis of risk fracture evaluation by Portuguese and Spanish FRAX® calculation tool in a Portuguese population from EpiReumaPt study.

Methods: EpiReumaPt is an ongoing national, population-based, cross-sectional, epidemiologic study developed by the Portuguese

Society of Rheumatology to estimate the prevalence of rheumatic diseases in Portugal. Trained interviewers have been randomly applying a standardized questionnaire to 10,000 Portuguese subjects at their houses (random route). Selected cases (positive screenings and 20% of the negative screenings) are eventually observed by a rheumatologist. In these cases Portuguese and Spanish FRAX® tool were applied and the major and hip fracture risk were calculated without DXA results. The FRAX® tool has been developed by World Health Organization to evaluate 10 years fracture risk. The results are based on individual patient models that integrate the risks associated with clinical risk factors with or without bone mineral density (BMD) measurement at femoral neck. It was validated for many countries on 5 continents, including Spain and, in 2012, Portugal.

Results: In this analysis we applied Portuguese and Spanish FRAX® tool on 1444 subjects observed by a rheumatologist. Mean age was 57.98 years-old (SD 15.34; min. age 18 and max. age 92), 67.3% were women. The majority were Caucasians (95%). BMI mean was 27.8 (SD 18.12). 15.9% was graduated (university level). Clinical osteoporosis risk factors: 13% previous fracture, 6.2% parent fractured hip, 15% current smoking, 10% alcohol consumption (3 or more unites/day), 3.8% glucocorticoids therapy, 2.2% secondary osteoporosis, 1.1% rheumatoid arthritis. In the total sample (n = 1444), the difference between the mean major osteoporotic fracture risk assessed by the Portuguese algorithm (4.74 (SD 5.9)) and the Spanish (4.4 (SD 5.25)) was statistically significant (p = 0.000). The same was observed to mean Hip Fracture risk difference between Portuguese algorithm (1.8 (SD 3.96)) and the Spanish one (1.6 (SD 3.7)) (p = 0.000). The same analysis was performed by sex (table). The results from Portuguese and Spanish FRAX® tool were statistically significant in women for major fracture risk and for both sexes for hip fracture risk. The difference between Portuguese and Spanish FRAX® data was also statistically significant for subjects with = 40 years old (FRAX® Major risk: Portuguese = 5.34 (SD 6.19), Spanish = 4.77 (SD 5.58), p = 0.0000) (FRAX® Hip risk: Portuguese = 2.06 (SD 4.21), Spanish = 1.83 (SD 3.94), p = 0.0000). When we stratified the age (< 40; = 40-55; = 55-65; = 65-75; = 75) and sex we obtained different results. In females, the Major Osteoporotic risk between Portuguese and Spanish FRAX® calculation was statistically significant on the = 55-65 (p = 0.0001), = 65-75 (p = 0.0000) and = 75 (p = 0.0000) age groups; for the Hip fracture risk the difference between Portuguese and Spanish FRAX® calculation was statistically significant only on the = 65-75 (p = 0.0000) and = 75 (p = 0.0000) age groups. In males, Major Osteoporotic risk difference between Portuguese and Spanish tool was statistically significant on the = 55-65 (p = 0.001), = 65-75 (p = 0.0008) and = 75 (p = 0.0152) age groups; the Hip fracture risk difference between Portuguese and Spanish tool was statistically significant on the = 40-55 (p = 0.0074), = 55-65 (p = 0.0003) and = 65-75 (p = 0.0000) age groups.

Conclusions: We have observed significant statistically differences in 10 year major and hip fracture risk in a Portuguese population, when the Portuguese or the Spanish FRAX® algorithm were applied. Yet the clinical impact of these differences is unknown, it suggests that the FRAX® tool should be validated and selected for the specific population.

184. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO RS17465637 DEL GEN MIA3 SNP CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. García-Bermúdez¹, R. López-Mejías², C. González-Juanatey³, A. Corrales², S. Castañeda⁴, J.A. Miranda-Fillooy⁵, C. Gómez-Vaquero⁶, B. Fernández-Gutiérrez⁷, A. Balsa⁸, D. Pascual-Salcedo⁸, R. Blanco², I. González-Álvaro⁴, J. Llorca⁹, J. Martín¹ y M.A. González-Gay²

¹Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. IPBLN-CSIC. Granada. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander. ³División de Cardiología; ⁴División de Reumatología. Hospital Xeral-Calde. Lugo. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁹Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IFIMAV. Santander.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria poligénica compleja asociada con aterosclerosis acelerada. La proteína MIA3 se requiere para la exportación de colágeno VII (COL7A1) desde el retículo endoplásmico, y parece ser un supresor tumoral del melanoma maligno. Estudios de GWAS han descrito asociación entre el polimorfismo de variante única (SNP) rs17465637 A/C del gen MIA3 y la enfermedad coronaria arterial y el infarto de miocardio.

Métodos: Se genotiparon 1.505 pacientes españoles con AR estratificados de acuerdo a la presencia/ausencia de enfermedad cardiovascular (CV). Asimismo, en un subgrupo de pacientes sin historia de eventos CV, se analizó la posible influencia de este SNP en el desarrollo de aterosclerosis subclínica, midiendo el espesor de la carótida intima media y la presencia de placas carotídeas, y mediante ultrasonografía braquial se determinó la presencia de disfunción endotelial.

Resultados: El alelo A del polimorfismo rs17465637 del gen MIA3 mostraba una tendencia de asociación con la presencia de placas carotídeas (OR 1,56, IC95% [0,96- 2,51]; p = 0,07). Sin embargo, aparte de asociación con el alelo A del polimorfismo rs17465637 del gen MIA3 con el riesgo de sufrir eventos CV en pacientes de AR con dislipidemia (p = 0,018), no se encontraron otras asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de este SNP y el riesgo de sufrir eventos CV u otros marcadores subrogados de aterosclerosis subclínica.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren una posible asociación entre la variante genética rs17465637 del gen MIA3 con la enfermedad CV en pacientes dislipémicos con AR. No obstante, se requieren estudios adicionales para establecer mejor el papel del gen MIA3 en el mecanismo que lleva a la aterogénesis acelerada observada en estos pacientes de AR.

Agradecemos la participación desinteresada de los pacientes de AR en este estudio. Este estudio ha sido financiado con Ayudas del Fondo de Investigaciones Sanitarias, PI06-0024 y PS09/00748, y por

Tabla Póster 183

| | Major Osteoporotic risk | | | Hip Fracture risk | | |
|------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------------|--------------|------------|
| | Portuguese tool | Spanish tool | p value | Portuguese tool | Spanish tool | p value |
| Female (n = 972) | 5.56 SD 6.77 | 5.09 SD 5.96 | p = 0.0000 | 2.09 SD 4.542 | 1.84 SD 4.21 | p = 0.0000 |
| Male (n = 472) | 3.07 SD 3.01 | 2.99 SD 2.9 | p = 0.252 | 1.17 SD 2.23 | 1.06 SD 2.25 | p = 0.0063 |

el Programa RETICS RD08/0075 (RIER) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dentro del VI PN de I+D+i 2008-2011 (FEDER). MGB es becario de la Fundación Española de Reumatología (FER).

185. ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE?

E. Aurrecochea¹, M.L. Díez Lizuain², I. Villa¹, B. Moreira¹, T. Ruiz Jimeno¹, J. Llorca Díaz³ y J. Calvo-Alén¹

¹Sección Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Sierrallana. IFIMAV-Fundación Marqués de Valdecilla. Santander. ³Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: La artritis reumatoide es un enfermedad con una prevalencia de 0,5-1% de la población, y una afectación más frecuente en el género femenino (2,5/1). Hay estudios comparando la gravedad y el pronóstico de cohortes más o menos grandes de pacientes, pero escasos comparando la severidad, afectación funcional y disminución de la calidad de vida en los pacientes con AR según el sexo.

Objetivos: La artritis reumatoide (AR) es más frecuente en las mujeres con una razón de 2,5/1 frente a los varones. Los estudios que han abordado diferencias clínicas y pronósticas de género en esta enfermedad son escasos con resultados contradictorios y problemas metodológicos. Nuestro objetivo en el presente trabajo es evaluar si existen diferencias de género desde el punto de vista clínico y pronóstico en esta enfermedad.

Métodos: Como parte de un más amplio proyectos sobre diferencias de género en la AR se estudiaron 70 hombres y 70 mujeres con AR (según criterios clínicos ACR 1984) de nuestra unidad. Los pacientes se reclutaron de forma consecutiva evitando sesgos de selección y se les realizó de forma trasversal una evaluación de acuerdo a un protocolo pre-establecido que incluyó: datos demográficos, recuentos articulares e índice DAS28, parámetros analíticos [hemograma y perfil bioquímico, factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-péptido citrulinado (APC), ANA y marcadores de inflamación (VSG, PCR)], cuestionario MHAQ e Índice de Sharp van der Heijde modificado (SVHm) de daño radiológico.

Resultados: Ambos grupos de pacientes fueron comparables en edad (media ± DE) (49,9 ± 13,4 vs 52,9 ± 13,6 años, $p = 0,189$), duración de la enfermedad (2.472,4 ± 2.236,4 días vs 2.441,6 ± 2.220,2, $p = 0,9348$), FR (58,5% vs 61,4%, $p = 0,58$) y APC (67,14% vs 68,57%, $p = 0,716$). No se encontraron tampoco diferencias en cuanto a los reactantes de fase aguda: VSG (31,3 ± 19,36 vs 34,03 ± 26,49 mm/h, $p = 0,4879$), PCR (8,4 ± 13,62 vs 10,23 ± 13,45 mg/L $p = 0,435$), hemoglobina (13,03 ± 1,38 vs 14,57 ± 3,71 mg/dl, $p = 0,017$), recuento de articulaciones dolorosas (4,27 ± 6,63 vs 3,25 ± 5,39, $p = 0,322$) o inflamadas (2,31 ± 3,56 vs 1,71 ± 3,64, $p = 0,326$) o el índice DAS28 (3,81 ± 1,49 vs 3,50 ± 1,43 $p = 0,211$). El daño radiológico acumulado tampoco mostró diferencias (SVH media de pinzamiento (+DE) de 11,9 (14,6) en el grupo de hombres y 13,8 (23,8) en el de mujeres, $p = 0,58$. En las erosiones la media en hombres es 10,4 (14,9), mujeres 10,9 (26,3), $p = 0,90$. El índice global, en los hombres es 22,1 (27,7) y en mujeres 24,6 (48,4) con una $p = 0,71$). Sin embargo las mujeres mostraron peores resultados en la evaluación de la discapacidad funcional MHAQ (0,89 ± 2,61 vs 0,22 ± 0,96; $p = 0,04$).

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes no encontramos diferencias del género en las características clínicas de la AR ni en la afectación radiográfica pero, sin embargo, las mujeres expresaban un peor estado funcional. El estudio de las causas de este resultado deberá abordar variables no estrictamente ligadas a la enfermedad pero que pueden operar en su evolución.

186. MANIFESTACIONES CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON VASCULITIS ANCA (ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS) POSITIVOS

C. Prieto Candau¹, B. Hernández Cruz¹, J. Toyos¹, C. González² y F. Navarro¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología; ²Unidad de Gestión Clínica de Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son un marcador clave para el diagnóstico de las vasculitis sistémicas. La adecuada interpretación de este marcador es lo que determina su utilidad real. La elevada tasa de mortalidad de estas vasculitis hace imprescindible profundizar más en el estudio y conocimiento de las mismas.

Objetivos: Conocer las características demográficas, las manifestaciones clínicas y el curso evolutivo de las vasculitis ANCA+. Conocer la prevalencia de pacientes con ANCA+ sin presencia de enfermedad.

Métodos: Diseño observacional, longitudinal, retrospectivo, unicéntrico. Se revisaron todas las historias clínicas de enfermos con positividad específica para ANCA (> 1:80), PR3 o MPO a título alto (> 50 UI/mL), los registros de biopsia renal y la base de datos de vasculitis. Se estableció como criterio diagnóstico de vasculitis ANCA+ la determinación de anticuerpos positivos, más cuadro clínico compatible según un reumatólogo experto y/o biopsia diagnóstica de vasculitis necrotizante. Las estimaciones de prevalencia se realizaron considerando que el Área Hospitalaria Virgen Macarena atiende a una población de 550.000 habitantes. Los datos se almacenaron en una hoja de cálculo de Excel y el análisis se realizó con medidas de tendencia central y dispersión con el paquete estadístico STATA.

Resultados: Entre enero de 2009 y julio de 2012 se encontraron 238 pacientes que tuvieron al menos un análisis inmunológico ANCA+ > 1/80, o MPO o PR3 > 50 U/mL. Doscientos catorce pacientes (90%) fueron P-ANCA+; 9 con anticuerpos frente a MPO y ninguno frente a PR3. 24 pacientes (10%) fueron C-ANCA+; 2 con anticuerpos frente a MPO y 8 pacientes frente a PR3. El resto de casos no presentaron especificidad antigénica. De los 19 pacientes positivos para MPO o PR3, cinco tuvieron diagnósticos diferentes a vasculitis primaria (un paciente con lupus eritematoso sistémico; otro con enfermedad linfoproliferativa, el tercero de ellos fue un falso positivo debido a una reacción cruzada con cloxacilina; otro caso de glomerulonefritis crónica sin manifestaciones clínicas de vasculitis; y el último un síndrome de Goodpasture). Finalmente en 14 pacientes se diagnosticó una vasculitis primaria ANCA+; 9 pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GP), 3 con poliangeítis microscópica (PAM) y 2 con síndrome de Churg-Strauss (SCS). Ocho eran mujeres (57%) con edad mediana de 58 años (35,8-58,1). La afectación pulmonar fue la principal, apareciendo en el 100% de los pacientes al momento del diagnóstico. El resto de manifestaciones clínicas se anotan en la tabla. El tratamiento consistió en dosis altas de glucocorticoides (1 mg/kg/día) asociados a inmunosupresores como ciclofosfamida, azatioprina, metotrexate o mofetilmicofenolato. Un caso de SCS sin datos de mal pronóstico, recibió tratamiento con glucocorticoides. En un segundo durante su evolución tuvo afectación gastrointestinal y recaída, por lo que se añadió metotrexate. El 21% de los pacientes fallecieron, a pesar del diagnóstico precoz. No hubo correlación entre los marcadores de laboratorio y las manifestaciones clínicas. La prevalencia de vasculitis ANCA positivo fue de 25 casos por millón de habitantes. La incidencia en el periodo estudiado ha sido de 6 casos por millón de habitantes/año. De 238 pacientes con alguna determinación de ANCA+, solo en 14 (6%) se estableció el diagnóstico de vasculitis primaria.

Tabla Póster 186

| | Total | Granulomatosis con poliangeítis | Poliangeítis microscópica | Churg- Strauss |
|------------------------|------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| n (%) | 14 (100) | 9 (65) | 3 (21) | 2 (14) |
| Hombres, n (%) | 6 (43) | 4 (44) | 1 (33) | 1 (50) |
| Edad en años | 58 (35,8-58,1) | | | |
| Mediana (p25-p75) | | | | |
| ANCA+, n (%) | | | | |
| P-ANCA | 5 (36) | 2 (22) | 2 (67) | 1 (50) |
| C-ANCA | 9 (64) | 7 (78) | 1 (33) | 1 (50) |
| MPO | 7 (50) | 2 (22) | 3 (100) | 2 (100) |
| PR3 | 7 (50) | 7 (78) | 0 (0) | 0 (0) |
| Forma de inicio, n (%) | | | | |
| Respiratoria | 14 (100) | 5 (56) | 3 (100) | 1 (50) |
| Renal | 9 (64) | 0 (0) | 0 | 0 |
| ORL | 0 (0) | 1 (11) | 0 | 2 (100) |
| Locomotor | 3 (21) | 4 (44) | 0 | 1 (50) |
| Piel | 4 (29) | 0 (0) | 0 | 1 (50) |
| Laboratorio | 6,5 (55,9-157,6) | | | |
| PCR mg/L | | | | |
| mediana (p25-75) | | | | |
| VSG mm Hra, | 51,5 (38-67) | | | |
| mediana (p25-p75) | | | | |
| Anemia, n (%) | | | | |

Conclusiones: Los ANCA con una indicación clínica bien orientada son de enorme utilidad diagnóstica en las vasculitis sistémicas. Existe un número elevado de falsos positivos lo que hace que la prueba deba solicitarse con mayor certeza clínica.

187. ESTUDIO DEL POTENCIAL INMUNOMODULADOR IN VITRO DE LAS CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES (MSCS) EN ARTRITIS REUMATOIDE

P. Tornero Esteban, A. Peralta Sastre, M. Hernández Molinero, J.R. Lamas y B. Fernández Gutiérrez

UGC de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). Madrid.

Introducción: Las aproximaciones terapéuticas en la artritis reumatoide (AR), son costosas y los agentes biológicos de nueva generación no logran una remisión total de la enfermedad. Las células madre mesenquimales (MSCs) son capaces de realizar reajustes de la tolerancia inmunológica y podrían ofrecer una alternativa a los tratamientos convencionales. La inmunomodulación de las MSCs están mediadas por factores solubles que inhiben la proliferación de linfocitos CD8+ así como células Th17 y aumento en el número de Tregs (CD4+CD25+Foxp3). Este trabajo estudia in vitro el potencial inmunomodulador de las MSCs —mediado por factores solubles— en PBLs de sangre periférica en pacientes con AR activa.

Métodos: Las MSCs se obtuvieron a partir de la médula ósea de pacientes voluntarios sanos y se caracterizaron fenotípicamente. Los PBLs se aislaron a partir de sangre periférica de pacientes con AR de inicio. El estudio consta de dos fases: Fase (1) puesta a punto y establecimiento de condiciones experimentales: para ello se utilizaron PBLs de sujetos sanos activados con PMA (mimetización de la inflamación) y Fase (2) evaluación en las condiciones relevantes establecidas en la fase (1) utilizando MSCs de donantes y muestras de pacientes con enfermedad activa. Los co-cultivos (MSCs-PBLs) se realizaron en placas Transwell® de 12 pocillos utilizando distintas proporciones (1:10; 1:20; 1:100) y manteniéndolos durante varios días (t = 1 y 5). En paralelo se mantuvo un cultivo de PBLs (grupo control). La proporción de las diferentes poblaciones linfocitarias se evaluó midiendo la expresión de CD4, CD17, CD8, Foxp3 y CD25 mediante citometría. A su vez se recogieron los sobrenadantes de cultivo y los extractos de MSCs para determinar posibles variaciones en los factores solubles durante el tiempo de cultivo.

Resultados: Se han establecido las proporciones de los co-cultivos y el tiempo de evolución de la fase 1. A su vez, el análisis citométrico utilizando PBLs de un paciente con AR activa reveló un aumento de las proporciones de células Tregs entre el grupo de MSCs y grupo control. Concretamente, los co-cultivos (MSCs-PBLs) tanto a 1:10 como a 1:20 mostraron un incremento en el porcentaje de la subpoblación de linfocitos CD4+CD25+Foxp3 a lo largo del tiempo.

Conclusiones: Los resultados preliminares apuntan a la existencia de diferencias en las proporciones de células Tregs entre el grupo de AR y el grupo control. La modulación de las respuestas por linfocitos T estaría mediada a través de la manipulación de la expresión de Foxp3, lo que podría facilitar el control de la autoinmunidad en enfermos con AR y en última instancia proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes.

188. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE CAUSA MUSCULOESQUELÉTICA

C. Martínez Dubois¹, A. Martínez Torre², J. Rueda Gotor¹, M. Agudo Bilbao¹, P. Ortega García³ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. IFIMAV; ²Subdirección Médica de Continuidad Asistencial; ³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Las enfermedades musculoesqueléticas (ME) constituyen en nuestro medio, la principal causa de incapacidad laboral y de discapacidad permanente. Tomando como base el programa de atención temprana a la incapacidad temporal (IT) de causa ME promovido por la Estrategia Salud y Trabajo, se incorpora su metodología a nuestra Unidad de patología musculoesquelética (UME). Se trata de un equipo liderado por el Servicio de Reumatología, multi e interdisciplinar, constituido por facultativos hospitalarios, que desarrolla su actividad en el ámbito de la Atención Primaria.

Objetivos: Los objetivos son reducir los días de baja laboral por incapacidad temporal (IT) y analizar el impacto del programa incorporado a la UME.

Métodos: La UME da asistencia a 273.000 personas en 15 centros de salud pertenecientes al área de Santander. Tras realizar formación específica en el manejo de la IT, reservar tiempo en las agendas para la valoración precoz de pacientes en situación de IT por patología de origen ME y promover su derivación temprana por los médicos de AP, se inició el programa el 1 de marzo de 2012. Se analizaron indicadores aportados por la Inspección Médica tales como la prevalencia por cada mil trabajadores protegidos (PB), las bajas tramitadas (BT), los asegurados de baja a fin de mes (ABFM) y los días de baja de las altas (DBA). Estos indicadores se compararon por fechas, por áreas de salud con o sin UME y por IT con códigos del CIE-9-MC asociados a patología ME respecto del total de IT.

Resultados: La PB en la Comunidad Autónoma de Cantabria se redujo en el periodo de marzo a agosto de 2012 en un 25,63% y de agosto 2011 a agosto 2012 en un 20,37%. En el área de influencia del programa (Santander) y en el periodo de marzo a agosto de 2012, hubo una reducción de las BT del 42,2%, en los ABFM del 23,9% y en los DBA del 37,38%; y de agosto de 2011 a agosto de 2012 una reducción de las BT del 33%, en los ABFM del 31,95% y en los DBA del 28,65%. En el mismo área, para las IT de origen ME, de agosto de 2011 a agosto de 2012, hubo reducciones de las BT del 38,54%, de los ABFM del 30% y de los DBA del 32,72%. En este mismo periodo de tiempo, las áreas Laredo y Reinosa de la Comunidad Autónoma, sin influencia del programa, las reducciones fueron en la BT del 27% y 51,5% y de los DBA del 13% y 0,59% respectivamente.

Conclusiones: La actual coyuntura socioeconómica impide simplificar con un solo dato el impacto del programa de atención temprana a la IT integrado en la UME. Los indicadores analizados muestran un

marcado descenso en la prevalencia de bajas en nuestra Comunidad, tanto en el periodo de aplicación del programa como en periodos previos. Pero esta reducción es aún más notable en los indicadores del área de influencia del programa. Cabe destacar entre todos ellos el gran descenso en los días de baja de las altas en relación con las áreas sin influencia del programa.

189. LAS EXPECTATIVAS MÁS POSITIVAS A UN TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE SE ASOCIAN A UNA MAYOR MEJORA DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS

C. González¹, A. Alonso², M. Alperi³, J.L. Marenco⁴, A. Fernández Nebro⁵, C. Ordás⁶, I. Mateo⁷ y R. Sanmartí⁸

¹Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital de Cruces. Barakaldo.

³Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁴Hospital de Valme. Sevilla.

⁵Complejo Hospitalario Regional Carlos Haya. Málaga. ⁶Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁷Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: Se sabe poco sobre las expectativas de pacientes y médicos a los tratamientos y su relación con los resultados clínicos. En este estudio se investigaron las expectativas de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y de los médicos al comienzo del tratamiento con golimumab y al cabo de 3 meses, y se evaluó la relación entre las expectativas y los resultados del tratamiento.

Métodos: GO-MORE fue un estudio abierto, multinacional y prospectivo en pacientes con AR activa pese al tratamiento con FAME, que no habían recibido previamente fármacos biológicos. Los pacientes recibieron 50 mg de golimumab SC una vez al mes durante 6 meses. En el período basal y después de 3 meses de tratamiento, los pacientes puntuaron sus expectativas globales de cómo controlaría su tratamiento los síntomas. Además, tres meses después, puntuaron la capacidad del tratamiento para aliviar síntomas específicos y mejorar la calidad de vida utilizando escalas de Likert de 5 puntos (1 = resultado bueno, 5 = resultado malo). Los pacientes se dividieron en terciles en función de las puntuaciones de las expectativas: altas (= 1,5), medias (> 1,5 a < 1,86) o bajas (= 1,86). Los pacientes indicaron el atributo que preferían que mejorase. Se pidió a los médicos que predijeran el estado patológico de los pacientes 3 meses después y que seleccionaran (de la misma lista utilizada por los pacientes) el atributo que, en su opinión, los pacientes preferían que mejorase.

Resultados: En el período basal, 3.280 pacientes tenían una edad media de 52,3 años (DE = 12,8), una mediana de la duración de la enfermedad 4,9 años y una puntuación HAQ-DI media de 1,44 (DE = 0,67). En el momento basal, el 21,3% tenía un grado de actividad moderado y el 78,7% alta actividad (78,7%). Antes de comenzar el tratamiento, el 95,9% esperaban que golimumab fuera mejor que el tratamiento con FAME que estaban recibiendo. Después de 3 meses, el 85,1% esperaba que el tratamiento fuera aún más eficaz en el mes 6. Los atributos que los pacientes preferían que mejorasen eran el dolor y la calidad de vida. La mayoría de los pacientes eligió el dolor en el período basal y la calidad de vida

después de 3 meses de tratamiento. Los pacientes con expectativas más positivas presentaron mayores mejoras de las puntuaciones DAS28-VSG y HAQ y tuvieron más probabilidades de mostrar una respuesta EULAR buena al cabo de 6 meses que los pacientes con expectativas menos positivas (tabla). En el período basal, los médicos esperaban que el 29,6% de los pacientes lograsen la remisión y que el 59,2% presentaran una baja actividad de la enfermedad después de 3 meses de tratamiento. Al final del mes 3, esperaban que el 38,8% alcanzase la remisión y que el 53,1% lograra una baja actividad de la enfermedad al final del mes 6. Los médicos identificaron el dolor y las articulaciones dolorosas e inflamadas como los problemas que, en su opinión, sus pacientes preferirían que mejorasen.

Conclusiones: A pesar de que las puntuaciones basales fueron similares, los pacientes con expectativas más positivas sobre los resultados del tratamiento con golimumab demostraron mejores resultados que los pacientes con expectativas menos positivas.

190. EFECTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SOBRE EL METABOLISMO ÓSEO

I. de la Morena Barrio¹, A. Martínez Ferrer¹, J.J. Alegre Sancho¹, J.M. Paredes Arquiola², G. Vidal Iniesta², M. Barrachina García², E. Moreno-Osset², J.E. Oller Rodríguez¹, E. Vicens Bernabeu¹, D. Ybáñez García¹, E. Valls Pascual¹, M. Robustillo Villarino¹ y C.M. Fedec Olmos¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tanto enfermedad de Crohn (EC) como colitis ulcerosa (CU) presentan alteraciones del metabolismo mineral y óseo que pueden condicionar el desarrollo de fracturas.

Objetivos: Analizar los valores de 25 hidroxivitamina D (25OHD) en pacientes con EII y los factores asociados al déficit de 25OHD.

Métodos: Estudio observacional transversal en el que se incluyeron de forma consecutiva pacientes con EII durante 6 meses en el año 2002. Los pacientes fueron evaluados clínica y analíticamente, analizando: edad, sexo, los valores séricos de PTH, 25OHD, calcio y fósforo, la calciuria en orina de 24 horas, la dosis acumulada de corticoides, el tipo y el grado de actividad de la EII (a través de los índices CDAI, Truelove y Witts), la frecuencia de brotes, el número y localización de fracturas, entre otros.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con EII (71,2% EC y 28,8% CU) 91 hombres y 62 mujeres, con una edad media 37 ± 12 años (17-80). Los pacientes con EII presentaron valores medios de 25OHD de 18,44 ± 7,47 ng/ml. Los valores de 25OHD fueron < 10ng/ml (déficit grave) en el 9,8% < 20 ng/ml (déficit) en el 43,8% y < 30 ng/ml (insuficiencia) en el 28,1% de los pacientes con EII, solo en el 18,3% de los pacientes presentó valores normales. Los pacientes con EC tenían valores más bajos de 25 OHD que los pacientes con CU (17,62 ± 7,52 vs 20,83 ± 6,90 ng/ml, p = 0,03). Los pacientes con niveles más bajos de 25OHD (< 10 ng/ml) habían recibido dosis acumulada de glucocorticoides superiores a los pacientes con insuficiencia

Tabla Póster 189

Relación entre las expectativas basales del tratamiento expresadas por los pacientes y la mejora de los resultados

| Expectativas basales del tratamiento | DAS28-VSG | | | HAQ | | | DAS28-CRP | |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Período basal, media | Cambio en el mes 6, media (DE) | Valor p ^(a) | Período basal, media | Cambio en el mes 6, media (DE) | Valor p ^(a) | Respuesta EULAR, n/N (%) | Valor p ^(a) |
| Altas (= 1,5) | 6,03 (n = 1.212) | -2,43 (1,38) | | 1,40 (n = 1.211) | -0,65 (0,69) | | 1.030/1.212 (84,98%) | |
| Medias (> 1,5 a < 1,86) | 6,00 (n = 1.009) | -2,28 (1,39) | NS ^(b) | 1,43 (n = 1.009) | -0,55 (0,61) | < 0,0001 | 827/1.009 (81,96%) | NS ^(b) |
| Bajas (= 1,86) | 5,86 (n = 1.054) | -2,04 (1,34) | < 0,0001 | 1,48 (n = 1.053) | -0,44 (0,58) | < 0,0001 | 805/1.054 (76,38%) | < 0,0001 |

(a) Los valores P corresponden a comparaciones emparejadas con el grupo con expectativas altas. (b) Los valores p > 0,001 se considerarán no significativos.

de vitamina D siendo de $5,38 \pm 4,18$ g y $2,40 \pm 3,18$ g respectivamente ($p = 0,037$). Se registraron 15 fracturas patológicas. No se ha encontrado asociación entre los niveles de 25OHD con el grado de actividad de enfermedad, ni con la frecuencia de brotes, ni con el número de fracturas, ni con el IMC.

Conclusiones: Los pacientes con EI presentan con frecuencia déficit de 25OHD, siendo más frecuente y más grave el déficit en los pacientes con EC que con CU y en los pacientes que han recibido mayores dosis acumuladas de glucocorticoides.

191. LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA ES ÚTIL EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RESULTADOS DE UN ESTUDIO POBLACIONAL

A. Corrales¹, C. González-Juanatey², M.E. Peiró¹, R. Blanco¹, J. Loricera¹, V. Calvo-Río¹, J. Llorca³ y M.A. González-Gay¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander. ²Servicio de Cardiología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. ³División de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) presenta una mortalidad cardiovascular (CV) elevada, debida a a) una aterogénesis acelerada asociada a factores de riesgo CV (tradicionales y no tradicionales), b) un componente genético, y c) a la presencia de inflamación crónica. A pesar del intento de estratificación del riesgo CV en la población general (SCORE), y en pacientes con AR con la escala modificada de SCORE (mSCORE), un número amplio de pacientes clasificados como riesgo CV no alto (leve o moderado) acaban presentando eventos CV. Por ello es preciso buscar herramientas que permitan identificar a pacientes con riesgo CV elevado no incluidos en los métodos tradicionales. Entre ellas, la evaluación ecográfica de la carótida se ha convertido en una técnica asequible y eficiente para detectar la presencia de aterosclerosis subclínica, mediante la medición del grosor íntima-media carotídea (cIMT) y la detección de placas de ateroma. Tanto el cIMT $> 0,90$ mm y la presencia de placas carotídeas se consideran expresión subclínica de daño de órgano y deben ser consideradas como datos de riesgo CV muy alto.

Objetivos: Determinar si el uso de la ultrasonografía carotídea (UC) puede mejorar la estratificación del riesgo CV en pacientes con AR.

Métodos: Se estudió una serie de 370 pacientes consecutivos diagnosticados de AR sin antecedentes de eventos CV, determinándose por UC el grosor c-IMT y la presencia de placas de ateroma en el territorio carotídeo. Siguiendo las recomendaciones EULAR, se calculó el riesgo CV de acuerdo con la escala mSCORE para la AR, que se obtiene mediante la aplicación de un factor multiplicador de 1,5 al SCORE, en aquellos pacientes que cumplían 2 de 3 criterios específicos [duración de la enfermedad > 10 años, factor reumatoide (FR) o anti-péptido cíclico citrulinado (anti-CCP) positivos y la presencia de manifestaciones extraarticulares graves].

Resultados: La duración media de la enfermedad de los 370 pacientes fue de 9,8 años, 250 (68%) pacientes presentaban factor reumatoide y/o anti-CCP positivos y 61 (17%) habían padecido manifestaciones extraarticulares. Cuarenta y tres pacientes se excluyeron del estudio por estar clasificados como riesgo CV alto/

muy alto por padecer diabetes mellitus tipo 2 o enfermedad renal crónica grave. Se calculó el riesgo CV de los 327 pacientes restantes según el mSCORE: Riesgo leve (96 casos; 29,3%), Riesgo moderado (201; 61,5%) y Riesgo alto/muy alto (30; 9,2%). Solo 5 pacientes fueron reclasificados como riesgo CV alto/muy alto al aplicar mSCORE en relación con SCORE. En pacientes con m-SCORE bajo ($< 1\%$), la presencia de alteraciones graves en la ecografía carotídea (C-IMT $> 0,90$ mm y/o presencia de placas de ateroma) fueron muy poco frecuentes (13%). Sin embargo, en pacientes con m-SCORE moderado (1-4%), se observaron alteraciones graves en la ecografía carotídea en el 63% de los casos. Aplicando un modelo que incluya m-SCORE $\geq 5\%$ más la presencia de alteraciones UC en pacientes con riesgo moderado con mSCORE ($> 1\%$ y $< 5\%$), se observa una alta sensibilidad (93 [IC95%: 88-96]) para identificar a los pacientes con riesgo CV alto/muy alto.

Conclusiones: La evaluación mediante UC puede ser útil para establecer el riesgo CV en la AR, en particular en pacientes con mSCORE moderado.

192. LA CAPILAROSCOPIA: UN BUEN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR EL RAYNAUD PRIMARIO

C. Molina Almela, M.D. García Armario, J. Ivorra Cortés, I. Martínez Cordellat, J.L. Valero Sanz, E. Grau García, I. Chalmeta Verdejo, R. Negueroles Albuixech, L. González Puig, M.L. Muñoz Guillén, C. Núñez-Cornejo Piquer, C. Alcañiz Escandell y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La identificación de individuos con Raynaud primario susceptibles de desarrollar esclerodermia u otras conectivopatías reviste de gran importancia tanto para un control precoz de la enfermedad como para el manejo terapéutico, con gran influencia en el pronóstico del paciente. La metodología más adecuada para ello sería la capilaroscopia, ya que es una herramienta asequible, no invasiva y de fácil manejo.

Objetivos: Evaluar la correlación entre patrón capilaroscópico y diagnóstico clínico en pacientes que presentan fenómeno de Raynaud tanto primario como secundario.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo observacional que comprende 116 capilaroscopias realizadas en el H.U.P. La Fe durante el año 2012. Todas fueron realizadas a pacientes que presentaban fenómeno de Raynaud tanto primario como secundario. Las reumatólogas ignoraban el diagnóstico clínico y en base a las características observadas se asignaba un patrón capilaroscópico a cada paciente. Se ha realizado un análisis bioestadístico mediante el modelo de regresión logística multinomial, estimándose las probabilidades de cada diagnóstico dado un patrón concreto.

Resultados: Los resultados obtenidos en las capilaroscopias se desglosan en los siguientes parámetros: disposición de los capilares heterogénea (30%); plexo venoso visible (44%); densidad capilar mantenida (78%), disminuida (15%), muy disminuida (7%); morfología capilar elongada (24%); ausencia de dilataciones (22%), dilataciones aisladas (40%), dilataciones difusas (38%); existencia de megacapilares (28%); existencia de hemorragias (56%); presencia de áreas avasculares (8%); ausencia de tortuosidades (10%), presen-

Tabla Póster 192

| Diagnóstico clínico | Patrón capilaroscópico normal | Patrón capilaroscópico sugestivo de esclerodermia | Patrón capilaroscópico sugestivo de otras conectivopatías | Patrón capilaroscópico inespecífico |
|-----------------------|-------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| Raynaud primario | 25 | 4 | 4 | 18 |
| Esclerodermia | 0 | 12 | 1 | 2 |
| Otras conectivopatías | 10 | 6 | 21 | 12 |

cia de tortuosidades grado I (29%), G II (38%), G III (22%); existencia de fenómenos de angiogénesis (47%). Atendiendo a estos resultados se clasificó a los pacientes según el patrón capilaroscópico y el diagnóstico clínico (tabla). Según los resultados estadísticos se observa una probabilidad del 71% de presentar un Raynaud primario en pacientes con un patrón capilaroscópico normal, así como una probabilidad 0 de presentar un diagnóstico de esclerodermia.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos se observa que un porcentaje elevado de los casos con un patrón capilaroscópico normal tiene una elevada probabilidad de presentar un diagnóstico de Raynaud primario. De ese modo, la capilaroscopia podría ser de utilidad en la discriminación del Raynaud primario en base al patrón encontrado.

193. ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

E. Valls Pascual¹, D. Ybáñez García¹, J. Silvestre Rangil², J. Silvestre Donat², J.E. Oller Rodríguez¹, I. de la Morena Barrio¹, C.M. Fedec Olmos¹, E. Vicens Bernabeu¹, A. Martínez Ferrer¹, M. Robustillo Villarino¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Sección de Reumatología; ²Departamento de Estomatología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Introducción: En distintos estudios se postula que la prevalencia de la enfermedad periodontal está aumentada en los sujetos con artritis reumatoide (AR) con respecto a la población sana.

Objetivos: Investigar si la prevalencia de enfermedad periodontal es distinta en nuestros pacientes con AR frente a personas sin esta enfermedad.

Métodos: Estudio transversal comparando 2 grupos: pacientes con AR (criterios ACR) y grupo control sin patología inflamatoria articular. Se realizó la exploración clínica de los pacientes en la visita de control con un reumatólogo y fueron revisados por un odontólogo dentro de los 20 días siguientes, quien a su vez realizó la recogida de datos y exploración al grupo control. Las variables incluidas fueron: edad, género, alcoholismo, tabaquismo, higiene bucal medida por el índice de placa (IP), el índice de sangrado (IS), la media de bolsas periodontales (MBP) y la media de pérdida de inserción (MPI) como marcadores de periodontitis, de todos los sujetos incluidos en el estudio. Se considera la existencia de periodontitis si la media de bolsas periodontales es > 3 mm. Se estadía el grado de periodontitis en leve (MPI 1-2 mm), moderada (MPI 3-4 mm) o grave (MPI = 5) en base a la clasificación de la American Academy of Periodontology. Dentro del grupo con AR se recogieron además las siguientes variables: grado de actividad (DAS28), positividad de FR y de APCC, y tratamiento (corticoides, FAMES y/o biológicos), tiempo de evolución, presencia de erosiones y asociación con síndrome de Sjögren. Se realizó un estudio descriptivo de frecuencias para variables cualitativas y media \pm desviación estándar para variables cuantitativas. Para la estadística inferencial se utilizan los estadísticos χ^2 (Utilizando la corrección por continuidad en caso necesario) y U de Mann Whitney (SPSS v13).

Resultados: Las características de ambos grupos fueron equiparables, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas salvo en la variable higiene bucal (los pacientes con AR de nuestra muestra tienen peor higiene que los controles sanos) y en la media de pérdida de inserción. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de periodontitis entre los pacientes con AR y los controles sanos. En ningún grupo se detecta periodontitis grave. Se detectaron diferencias en cuanto al grado de periodontitis, siendo más frecuente la periodontitis moderada en los pacientes con AR. En el grupo con AR, ninguna de las variables analizadas mostró relación con la presencia de periodontitis.

| | AR | Controles | Valor p |
|---|---------------------|------------|---------|
| Edad (mediana, mínimo, máximo) | 54 (30,69) | 53 (42,69) | 0,809 |
| Género (frecuencia) | | | |
| Hombre | 5 (18,5%) | 6 (19,4%) | 0,935 |
| Mujer | 22 (81,5%) | 25 (80,6%) | |
| Tabaquismo (frecuencia) | | | |
| Sí | 6 (22,2%) | 9 (29%) | 0,555 |
| No | 21 (77,8%) | 22 (71%) | |
| Consumo de alcohol (frecuencia) | | | |
| Sí | 3 (13,6%) | 3 (9,7%) | 0,993 |
| No | 19 (86,4%) | 28 (90,3%) | |
| | *5 valores perdidos | | |
| IP (mediana) | 1,45 | 0,88 | 0,000 |
| MBP (mediana) | 2,51 | 2,05 | 0,088 |
| IS (mediana) | 11,2 | 10,18 | 0,685 |
| MPI (mediana) | 2,59 | 2,05 | 0,045 |
| Presencia de periodontitis (frecuencia) | | | |
| Sí | 6 (22,2%) | 4 (12,9%) | 0,556 |
| No | 21 (77,8%) | 27 (87,1%) | |
| Grado de periodontitis (frecuencia) | | | |
| Leve | 12 (44,4%) | 22 (71%) | 0,041 |
| Moderada | 15 (55,6%) | 9 (29%) | |
| Grave | 0 | 0 | |

Conclusiones: En nuestra muestra, no hallamos diferencias en la prevalencia de periodontitis en el grupo con AR comparándolo con los controles. Ninguna de las variables relacionadas con la AR analizadas ha mostrado influencia sobre la presencia de periodontitis. Sin embargo, sí se han detectado diferencias en el grado de periodontitis, y en la media de pérdida de inserción, quizás debido al deterioro funcional de nuestros pacientes. Este hecho concuerda con lo publicado en otros trabajos. La principal limitación de nuestro estudio es el tamaño muestral. Sería deseable ampliar el estudio con un número mayor de sujetos para poder realizar extrapolaciones a nivel poblacional.

194. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN RELACIÓN A LA ECOGRAFÍA DEL HOMBRO DOLOROSO

M. Sallés¹, S. Mínguez¹, A. Arnau², R. Tuneu¹ y S.M. Gelman¹

¹Sección de Reumatología; ²Unidad de Investigación e Innovación. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Introducción: El hombro doloroso es una de las patologías más frecuentes del aparato locomotor. Las maniobras clásicas para la exploración física del hombro son muy sensibles pero su especificidad para identificar la estructura afectada es baja. Actualmente la disponibilidad de ecógrafos de alta frecuencia en las consultas de reumatología permite realizar un diagnóstico más preciso.

Objetivos: Evaluar la validez diagnóstica de la exploración física del hombro doloroso respecto a la ecografía como prueba de referencia.

Métodos: Estudio prospectivo llevado a cabo en las consultas de atención primaria de Reumatología de Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, con una población de referencia de 206.129 habitantes. Se evaluaron 147 pacientes con hombro doloroso no traumático atendidos consecutivamente. Se excluyeron los que tenían un reumatismo inflamatorio de base. Un reumatólogo practicaba la exploración física evaluando los arcos de movilidad pasiva y 6 maniobras: rotación interna y rotación externa contrarresistencia, maniobra de Jobe, maniobra de Yergason y maniobras subacromiales de Yochum y Hawkins. Otro reumatólogo con experiencia en la realización de ecografías, ciego a la exploración física, realizaba la ecografía siguiendo la sistemática de la Escuela de Ecografía de la Sociedad Española de Reumatología con un ecógrafo Esaote MyLab25Gold en escala de grises con sonda lineal de 10 MHz. Se consideró un tendón patológico cuando mostraba alteraciones en su ecoestructura, rotura parcial o completa y/o alguna calcificación.

Tabla Póster 194

| Expl. Física | n* | Eco+ | | Eco- | | Sensibilidad (%) | Especificidad (%) | VVP (%) | VPN (%) | Exactitud (%) |
|----------------|-----|-------|-------|-------|-------|------------------|-------------------|---------|---------|---------------|
| | | Test+ | Test- | Test+ | Test- | | | | | |
| RI (SB) | 136 | 19 | 42 | 24 | 51 | 36,36 | 72,86 | 55,81 | 54,84 | 55,88 |
| RE (IF) | 132 | 10 | 15 | 46 | 61 | 40,00 | 57,01 | 17,86 | 80,26 | |
| Jobe (SE) | 136 | 99 | 20 | 11 | 6 | 83,19 | 35,29 | 90,00 | 23,08 | 75,00 |
| Yergason (TLB) | 136 | 3 | 16 | 25 | 92 | 15,79 | 78,63 | 10,71 | 85,19 | 69,85 |
| Yochum | 129 | 28 | 6 | 72 | 23 | 17,65 | 75,79 | 20,69 | 72,00 | 60,47 |
| Hawkins | 129 | 28 | 6 | 72 | 23 | 17,65 | 75,79 | 20,69 | 72,00 | 60,47 |

*Se excluyeron a los pacientes de los que no se disponía el resultado de la maniobra o la ecografía no fue valorable. VVP = valor predictivo positivo, VPN = valor predictivo negativo.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes, 102 (69,4%) mujeres, 44 (29,9%) hombres, con una media de edad de 58 años (DE 13,8). La mediana de la duración de los síntomas fue de 5 meses. La rotación interna contrarresistencia fue positiva en el 30,8% de los pacientes, la rotación externa en el 43,4%, la maniobra de Jobe en el 81,1%, la de Yergason en el 20,6%, la de Yochum en el 78,2% y la de Hawkins en el 76,8%. La exploración ecográfica identificó patología del tendón supraespinoso (SE) en el 87,6% de los casos, del subescapular (SB) en el 48,2%, del infraespinoso (IF) en el 18,8%, y del tendón del bíceps (TLB) en el 13,8%. La maniobra de "impingment" ecográfico fue positiva en el 26,2% de los pacientes. Los parámetros de validez diagnóstica (exactitud, sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo) de cada maniobra tomando como referencia si había o no alteraciones ecográficas se muestran en la tabla.

Conclusiones: Aunque útiles, las maniobras clínicas para la exploración del manguito rotador son poco precisas. Dada la calidad de imagen de los ecógrafos actuales, su disponibilidad en las consultas de Reumatología y el bajo coste, parece recomendable realizar estudio ecográfico a todos los pacientes con esta patología.

195. DENOSUMAB FRENTE A RISEDRONATO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON ADHERENCIA SUBÓPTIMA AL TRATAMIENTO CON ALENDRONATO: RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN ENSAYO ALEATORIZADO ABIERTO

F. Hawkins¹, C. Roux², A. Fahrleitner-Pammer³, P.R. Ho⁴, L.C. Hofbauer⁵, M. Micaelo⁶, S. Minisola⁷, N. Papaioannou⁸, M. Stone⁹, J. Wark¹⁰, M.C. Zillikens¹¹, I. Ferreira⁴, S. Siddhanti⁴, R.B. Wagman⁴ y J.P. Brown¹²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Paris Descartes University. Paris. Francia. ³Medizinische Universitaet Graz. Austria. ⁴Amgen Inc. Thousand Oaks, CA. EE.UU. ⁵Dresden. University of Technology Medical Center. Dresden. Alemania. ⁶Instituto Português de Reumatologia. Lisbon. Portugal. ⁷Università di Roma. Italia. ⁸Laboratory for the Research of Musculoskeletal System University of Athens. Medical School. KAT Hospital. Athens. Grecia. ⁹University Hospital of Llandough. Penarth. Reino Unido. ¹⁰The Royal Melbourne Hospital. The University of Melbourne. Australia. ¹¹University Hospital Rotterdam. Erasmus MC. Rotterdam. Holanda. ¹²CHUQ-CHUL Research Centre. Quebec City. Quebec. Canadá.

Introducción: Denosumab (DMAb), un anticuerpo monoclonal completamente humano que se une específicamente a RANKL para inhibir la formación, función y supervivencia de los osteoclastos, reduce el riesgo de nuevas fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera (Cummings. NEJM, 2009). En los sujetos que no habían recibido tratamiento previo, o en los previamente tratados con alendronato, DMAb se asoció con mayores ganancias de densidad mineral ósea (DMO) y descensos en los marcadores de recambio óseo en comparación con los sujetos tratados con alendronato (Brown. JBMR, 2009; Kendler. JBMR, 2010). El propósito de este ensayo abierto fue comparar la eficacia y seguridad de DMAb versus risedronato durante 12 meses en mujeres posmenopáusicas que provenían de un trata-

miento con alendronato diario o semanal y que presentaban una adherencia subóptima a dicho tratamiento.

Métodos: Este fue un estudio multicéntrico, internacional, aleatorizado, abierto, de grupos paralelos en el cual mujeres posmenopáusicas con edad ≥ 55 años fueron aleatorizadas 1:1 a recibir, de forma abierta, 60 mg de DMAb por vía subcutánea cada 6 meses o 150 mg de risedronato por vía oral cada mes (una tableta de 75 mg en cada uno de dos días consecutivos) durante 12 meses. La variable principal fue el porcentaje de cambio desde la visita basal hasta el mes 12 en la DMO de cadera total. Las variables secundarias incluyeron el porcentaje de cambio en el mes 12 respecto al valor basal en la DMO de cuello femoral y columna lumbar, y el porcentaje de cambio respecto al valor basal en los niveles séricos de CTX al cabo de 1 y 6 meses (exploratorio). También se evaluó la seguridad.

Resultados: Se aleatorizó un total de 870 mujeres (435 DMAb; 435 risedronato), con una edad media (\pm desviación estándar) de 68 (7) años, DMO T-score medio (DE) de $-1,6$ (0,9), $-1,9$ (0,7), y $-2,2$ (1,2) en la cadera total, el cuello femoral y la columna lumbar, respectivamente, y una mediana de CTX de 0,3 ng/ml. DMAb aumentó significativamente la DMO de la cadera total en comparación con risedronato en el mes 12 (2,0% vs 0,5%, respectivamente, $p < 0,0001$). DMAb también aumentó significativamente la DMO en el cuello femoral (1,4% frente a 0%) y en la columna lumbar (3,4% vs 1,1%) en comparación con risedronato ($p < 0,0001$ en ambos sitios). DMAb disminuyó significativamente el nivel de CTX en comparación con risedronato en el mes 1 (cambio medio desde la visita basal de -78% vs -17% , $p < 0,0001$) y en el mes 6 (-61% vs -23% , $p < 0,0001$). En este estudio abierto, los acontecimientos adversos (AA) y AA graves fueron similares, en general, entre los grupos.

Conclusiones: En las mujeres posmenopáusicas con adherencia subóptima a alendronato, el cambio a DMAb es más eficaz que el cambio a risedronato debido a aumentos significativamente mayores en la DMO en todas las localizaciones medidas y a mayores reducciones de CTX con DMAb.

196. OPTIMIZACIÓN EN LA GESTIÓN DEL TRATAMIENTO EN ARTROPATÍAS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

J.A. Román Ivorra¹, J. Ivorra Cortés¹, E. Monte Boquet², E. Grau García¹, I. Chalmeta Verdejo¹, I. Martínez Cordellat¹, R. Negueroles Albuixech¹, M.D. García Armario¹, C. Molina Almela¹, J.L. Valero Sanz¹, L. González Puig¹, M.L. Muñoz Guillén¹, C. Alcañiz Escandell¹, J.L. Poveda Andrés², L. Lorente² y C. Núñez-Cornejo Piquer¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La terapia biológica ha representado una revolución en el tratamiento de las enfermedades reumáticas, ya que no solo reducen los síntomas y los signos de la enfermedad, sino que también retrasan el daño estructural en la enfermedad articular. Sin embargo, el coste de la terapia biológica es muy superior al de los fármacos tradicionales. Así, la identificación precisa de casos sus-

ceptibles de recibir terapia biológica, así como el correcto seguimiento de su tratamiento, puede ser de gran utilidad para establecer un tratamiento efectivo con estas moléculas.

Objetivos: Evaluar el impacto económico derivado de la implantación de sesiones semanales en el 2011 para el consenso en la indicación de tratamiento biológico en pacientes susceptibles de dicha terapia, así como evaluar la adecuación de dosis y pacientes en remisión de su enfermedad.

Métodos: Se han revisado los datos clínicos de los pacientes que han recibido terapia biológica en las anualidades 2010, 2011 y 2012. Los pacientes de la anualidad 2010 no han pasado por las sesiones semanales de biológicos. Las sesiones se implantan en el 2011, por lo que el resto de pacientes ya han sido revisados en las mismas. Se han considerado fármacos biológicos subcutáneos (adalimumab, certolizumab, etanercept y golimumab) y endovenosos (abatacept, infliximab, rituximab, tocilizumab).

Resultados: Se ha conseguido un ahorro en el gasto sanitario por paciente en el 2012 alrededor de un 13% tanto para los fármacos biológicos subcutáneos (1302 euros/paciente) como los de administración endovenosa (1.286 euros/paciente). En ahorro total generado en los fármacos biológicos subcutáneos es de 991.301 euros (tabla).

| | Tratamiento subcutáneo | | Tratamiento endovenoso | |
|------------------------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| | 2010 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Nº pacientes | 340 | 343 | 119 | 135 |
| Coste total (euros) | 4.189.856 | 3.641.586 | 1.196.878 | 1.184.149 |
| Coste/paciente (euros) | 12.378 | 11.076 | 10.057 | 8.771 |

Conclusiones: La implantación de sesiones clínicas para la revisión de los pacientes con indicación de terapia biológica y seguimiento de las mismas ha permitido abordar estrategias terapéuticas de ajuste en base a la respuesta clínica de los pacientes. Es por ello que con los mismos recursos de que dispone el Servicio de Reumatología, tanto humanos como económicos, ha sido posible disminuir el gasto sanitario correspondiente al tratamiento con terapias biológicas, incluso incrementando el número de pacientes tratados.

197. USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS. ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 HOSPITALES COMARCALES

E. Kanterewicz¹, S.M. Gelman², J.R. Rodríguez Cros¹, M. Sallés², S. Mínguez² y P. Roura¹

¹Unidad de Reumatología. Consorci Hospitalari de Vic.

²Unidad de Reumatología. Fundació Althaia. Manresa.

Introducción: La generalización de las terapias biológicas (TB) ha supuesto un gran avance para los pacientes con reumatismos inflamatorios. Sin embargo su uso no está exento de repercusiones tanto sanitarias como económicas. Si bien se dispone de datos de la prescripción de TB en estudios españoles, son pocos los trabajos que comparan su utilización entre hospitales similares.

Objetivos: Comparar la epidemiología básica de los principales reumatismos inflamatorios y el uso derivado de TB en dos hospitales comarcales de Catalunya.

Métodos: Durante un período de 12 meses (1 de septiembre 2011-31 de agosto 2012) se analizaron todos los casos (códigos CIM-9r-MC) de artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs) que recibieron al menos un curso de TB, procedentes de consultas externas de Reumatología del Consorci Hospitalari de Vic (área de influencia 153.129 habitantes, 2 facultativos) y de la Fundació Althaia de Manresa (168.383 habitantes, 3,5 facultativos). Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa IBM SPSS v20.

Resultados: Se registraron un total de 194 TB (97 en cada centro). Los casos de AR en Vic (263) representaron una tasa de prevalen-

cia de 171,9/100.000 (IC95% 151,1-192,7) y en el hospital de Manresa (286 pacientes) de 169,8 (IC95% 150,2-189,5). En cuanto a la EA (116 y 124 pacientes) las tasas han sido respectivamente de 75,8 (IC95% 62,0-89,6) y de 77,2 (IC95% 60,7-86,6) mientras que para la APs (76 y 130 pacientes) de 49,6 (IC95% 38,5-60,8) y de 77,2 (IC95% 63,9-90,5). Hasta la primera indicación de TB, el tiempo de evolución de la AR era de 9,9 años (DE 8,5), para la EA de 13,5 (DE 13,3) y para la APs era de 6,85 (DE 6,12). Etanercept (34,5%), adalimumab (34,0%) e infliximab (19,6%) son los fármacos más utilizados. Etanercept es el más utilizado en Vic (43%) mientras que adalimumab lo es en Manresa (43%). En la tabla se presenta la penetración de los tratamientos biológicos por enfermedad y centro sanitario sin observarse diferencias significativas. Para el conjunto de pacientes la duración del tratamiento (hasta el 31 de agosto de 2012) había sido de 52,0 meses (DE 36,4) sin diferencias entre los centros. El 60% de los pacientes (117) no había recibido TB previa, el 27% había tenido un tratamiento previo y el restante 13% había usado dos o más tratamientos. El 10,8% de los pacientes (21) efectuaron cambios de TB en el periodo de estudio; 10 en Manresa y 11 en Vic; 11 por ineficacia, 9 por efectos secundarios y 1 abandonó. En los dos centros se ajustaron las dosis de TB (48% en Vic y 34% en Manresa).

| Tasa de penetración de la TB | | Porcentaje | Intervalo de confianza 95% |
|------------------------------|-----|------------|----------------------------|
| Manresa | AR | 17,1 | 12,8-21,5 |
| | APs | 14,6 | 8,5-20,7 |
| | EA | 23,4 | 15,9-30,8 |
| Vic | AR | 19,7 | 15,0-24,6 |
| | APs | 19,7 | 10,8-28,7 |
| | EA | 25,9 | 17,9-33,8 |

Conclusiones: No existen diferencias destacables en el patrón de uso de TB en los reumatismos inflamatorios entre dos hospitales comarcales de Cataluña. La tasa de penetración de TB en la AR es inferior a la comunicada en España y similar a la publicada en la población sueca.

198. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS Y CONECTIVOPATÍAS

J.J. González¹, O. Carrión², M. Valero¹, S. Rodríguez¹, I. Amil¹, F. Aramburu¹, F. Saiz² y P. García de la Peña¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Cirugía Vasculor. Hospital Madrid Norte Sanchinarro. Madrid.

Objetivos: Detectar factores de riesgo cardiovascular y disfunción endotelial en los pacientes diagnosticados de enfermedades reumatológicas, en seguimiento en un servicio de reumatología creado hace 5 años. La finalidad es crear una cohorte de longitudinal a cuyos integrantes se realizará un estudio anual o semestral en función de los hallazgos. En este trabajo presentamos un estudio descriptivo de los pacientes estudiados desde abril a noviembre de 2012.

Métodos: Se elaboró un protocolo recogiendo datos clínicos (incluyendo factores de riesgo vascular) y se solicitó estudio analítico con reactantes de fase aguda, perfil lipídico, 25OHD y homocisteína. El estudio ecográfico vascular incluyó: 1. Estudio del eje carotídeo (grosor de la intima media (GIM) y presencia de placas en ambos lados). 2. Índice tobillo brazo (ITB), considerándose patológico el ITB ≤ 0,9. 3. Disfunción endotelial evaluando la capacidad de vasodilatación del endotelio en la arteria humeral tras un periodo de isquemia transitoria (4m). Se considera disfunción endotelial a la VDMF < 10% y disfunción endotelial severa si es < 5%.

Resultados: Se incluyeron un total de 115 pacientes, 69,6% mujeres (80) y 30,4% varones (35) con los siguientes diagnósticos: 18 AR,

19 espondiloartropatías (1 AIJ, 1 EII y 1 indiferenciada), 8 AP, 30 esclerodermias, 12 EITC, 3 EMTC, 5 miopatías inflamatorias, 8 LES, 5 Sjögren, 5 vasculitis, 3 PMR, 1 síndrome antifosfolípido y 1 sarcoidosis. La edad media actual y al diagnóstico fueron de 51,5 (19-92) y 46,1 años (16-92) respectivamente. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 5,8 años (0-51 años). Comorbilidades: 27 pacientes eran HTA, 3 DM, 45 hipercolesterolemia, 19 hipertrigliceridemia, 24 eran fumadores activos, 29 exfumadores, 3 pacientes habían presentado trombosis previas, 3 ACVAs y 3 cardiopatía isquémica. IMC media era de 25,3 (18-50). A nivel analítico los niveles medios fueron los siguientes: VSG: 13,9 mm (1-71), PCR: 3,9 mg/L (0,08-57), COL: 202 mg/dL (124-315), TG: 126 mg/dL (38-330), 25OHD: 32,1 ng/mL (4,6-118), homocisteína 12,8 μ mol/l (5,7-27,7). Además 9 pacientes presentaban anticardiolipina, 9 antiB2GPI y 1 anticoagulante lúpico. El 30,4% de los pacientes recibían tratamiento con corticoides, 79,1% FAMES (60 pacientes metotrexato, 33 hidroxycloquina, 18 azatioprina, 13 micofenolato, 12 sulfasalazina, 8 ciclofosfamida, 7 leflunomida, 1 ciclosporina y 1 sales de oro) y 19,1% terapias biológicas. Hallazgos ecográficos: 1. El GIM de la carótida común derecha e izquierda fue de respectivamente 0,61 (0,43-1,04) y 0,6 mm (0,43-1,04). El 38,2% (44) de los pacientes tuvieron un aumento del GIM derecha y el 47,8% (55) de la izquierda y el 24,3% en ambas comparado con su grupo de edad de la población de referencia. 2. El 37,9% (43 pacientes) presentaban placas y el 24,3% (28) en ambas carótidas. 3. Dos pacientes presentaron un ITB < 9,4. El 53% (61 pacientes) tenían algún grado de disfunción endotelial, de estos el 26,1% (30) tenían aumento del GIM izquierdo y 19,1% (22) del derecho y 11,3% (13) de ambas, 9 placas en alguna de las carótidas y 7 en ambas.

Conclusiones: El estudio descriptivo de una cohorte de seguimiento los resultados obtenidos hasta el momento reflejan: 1. Casi un 40% de los pacientes presentan un IMC > 25. 2. Un alto% de los pacientes de los que se dispone el dato presenta hiperhomocisteinemia. 3. El porcentaje de pacientes que presentan aumento del GIM y/o placas es elevado acercándose al 40%. 4. Por el contrario pocos pacientes han presentado un ITB patológico. 5. Más de la mitad de los pacientes presentan disfunción endotelial siendo esta más frecuente en las ES y en las espondiloartropatías. La continuidad de este estudio nos permitirá realizar un análisis que incluya estudios estadísticos que nos permita cuantificar el valor de estos hallazgos preliminares que nos parecen muy importantes.

199. INCIDENCIAS QUE OCASIONAN RETRASO EN LA INFUSIÓN DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS ENDOVENOSOS

I. Chalmeta Verdejo, I. Martínez Cordellat, R. Negueroles Albuixech, J. Ivorra Cortés, M.D. García Armario, C. Molina Almela, J.L. Valero Sanz, E. Grau García, L. González Puig, M.L. Muñoz Guillén, C. Núñez-Cornejo Piquer, C. Alcañiz Escandell y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: En nuestra práctica habitual hemos observado que un porcentaje de pacientes sufre un retraso en la administración del tratamiento biológico endovenoso por diferentes circunstancias (infecciones e intervenciones quirúrgicas entre otros), y sería de gran utilidad el estudio de estas incidencias.

Objetivos: Estudiar como objetivo primario las causas que ocasionan demora en la infusión del tratamiento biológico endovenoso (abatacept, infliximab, tocilizumab) en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide y espondiloartropatías. Como objetivo secundario se evalúa si este retraso conlleva un aumento de actividad de la enfermedad.

Métodos: De forma retrospectiva se han revisado las historias clínicas de 94 pacientes que estaban en tratamiento biológico endovenoso en Hospital de Día en enero de 2012 y que se siguieron hasta diciembre 2012. Se han recogido parámetros de actividad de la enfermedad (analíticos y clínicos): recuento articulaciones dolorosas y tumefactas, reactantes de fase aguda, DAS28 o BASDAI, efectuando posteriormente un análisis estadístico de los resultados mediante el software R utilizando el modelo de regresión lineal, ANOVA y regresión de Poisson.

Resultados: Los 94 pacientes estudiados están distribuidos en las siguientes patologías: artritis reumatoide (n = 65), espondilitis anquilosante (n = 16), artropatía psoriásica (n = 6) y otros (n = 3). Los fármacos administrados han sido: abatacept (n = 22), infliximab (n = 47) y tocilizumab (n = 25). Se han registrado 31 casos con incidencias en la pauta de administración. Los casos con incidencias registrados corresponden a 5 casos con abatacept (16,1% del total de incidencias), 12 con infliximab (38,7%) y 14 con tocilizumab (45,2%). Las infecciones son el principal evento registrado (15 incidencias), siendo el tocilizumab el fármaco que las ocasiona con mayor frecuencia. Se observa que el fármaco que presenta mayor período de retraso en la administración es el infliximab (55 días), siendo la artritis reumatoide la patología que presenta mayor retraso (74 días). En el análisis estadístico de los resultados mediante un test Anova se observa un "efecto fármaco" en la probabilidad de encontrar una incidencia. (p = 0,01563); y mediante la regresión de Poisson se observa que el número de incidencias en los pacientes que recibieron abatacept o infliximab, es inferior a los que recibieron tocilizumab (abatacept p = 0,0225, infliximab p = 0,008). El retraso en la administración del tratamiento farmacológico no conlleva un aumento significativo en los índices de actividad de la enfermedad DAS28 y BASDAI.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes han registrado una incidencia en la administración del tratamiento endovenoso en el Hospital de Día, y el evento más frecuente han sido las infecciones. Además se ha observado un efecto fármaco, siendo el tocilizumab el agente biológico que ha presentado un retraso en su administración con mayor frecuencia.

200. RESULTADOS INICIALES DE LA CONSULTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PACIENTES DE BAJA LABORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO EN EL ÁREA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE

M.D. García Armario, C. Molina Almela, J. Ivorra Cortés, I. Martínez Cordellat, J.L. Valero Sanz, E. Grau García, I. Chalmeta Verdejo, R. Negueroles Albuixech, L. González Puig, M.L. Muñoz Guillén, C. Núñez-Cornejo Piquer, C. Alcañiz Escandell y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: En marzo de 2012, se inicia un nuevo proyecto en el H.U.P. La Fe, siguiendo el proyecto piloto realizado en Hospital Clínico San Carlos en Madrid, donde desde Atención Primaria se derivan pacientes de baja laboral de origen músculo-esquelético de forma precoz.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la variación en los días de baja laboral en aquellos individuos incluidos en este programa con respecto a la media de días de baja habitual.

Métodos: Estudio de cohortes, observacional, transversal realizado desde abril hasta diciembre de 2012, en el que se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes del Dpto O7 La Fe (Valencia) derivados por primera vez a la consulta de Reumatología de Intervención Temprana que presentaban incapacidad laboral temporal de origen músculo-esquelético. Estos pacientes se citan en la consulta

con un tiempo máximo de espera de una semana y se le realiza una consulta estandarizada, donde se ofrece tratamiento médico, ecografía articular, infiltraciones y ejercicios dirigidos si son necesarios. Se revisa al paciente de forma continuada hasta el alta médica. Se excluyeron aquellos pacientes cuyas incapacidades eran de origen traumático o quirúrgico, o su situación le derivaba a incapacidad permanente.

Resultados: Se incluyeron un total de 116 pacientes con una edad media de 49 años y el 58% eran mujeres. Las patologías registradas más frecuentes fueron: lumbalgia (34%), cervicalgia (12%), síndrome de hombro doloroso (9%) y otras tendinopatías (10%). El 44,8% de los casos tenían antecedentes de baja laboral. El 100% de los pacientes recibió tratamiento médico, al 31% se le realizó ecografía articular; al 25% de los mismos se le practicaron infiltraciones y en un 61% se enseñaron ejercicios de fisioterapia a realizar en domicilio. Las patologías que presentaban un mayor promedio de días desde la primera visita al alta fueron la lumbociatalgia (34 días), la cervicalgia (21 días), el síndrome del hombro doloroso (17 días) y la lumbalgia (14 días). Al comparar estos datos con la población control del estudio piloto sobre la que no se realizaba ninguna intervención se observa una disminución de los días de baja, siendo en el grupo control lumbociatalgia (57,6 días), cervicalgia (37,4 días), lumbalgia (34,5 días) y tendinitis (36,7 días).

Conclusiones: Según los resultados preliminares obtenidos en nuestro estudio se observa que la intervención temprana por reumatólogos en pacientes con incapacidad laboral temporal por alguna patología de origen músculo-esquelético disminuye el número de días de baja laboral, en comparación con los pacientes tratados de forma habitual, pudiendo incorporarse antes al trabajo y consecuentemente, ahorrar todos los gastos derivados de dicha incapacidad temporal.

201. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE CONSULTAS DE URGENCIAS DE REUMATOLOGÍA EN LOS CASOS DERIVADOS DE URGENCIAS

L. González Puig, I. Chalmeta Verdejo, J. Ivorra Cortés, J.L. Valero Sanz, E. Grau García, M.D. García Armario, I. Martínez Cordellat, C. Molina Almela, R. Negueroles Albuixech, M.L. Muñoz Guillén, C. Núñez-Cornejo Piquer, C. Alcañiz Escandell y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: Las enfermedades reumáticas tienen una alta incidencia, y se estima que el 13% de la población presenta algún tipo de afectación por estas enfermedades, y constituyen un motivo frecuente de demanda de atención en puerta de urgencias.

Objetivos: Analizar la composición y gestión de los pacientes remitidos a urgencias de reumatología con patologías reumáticas, así como valorar la demora en la derivación de las propuestas.

Métodos: Se han recogido datos clínicos correspondientes a la anualidad 2012 de todos los pacientes remitidos a urgencias con patologías reumáticas, y a su vez los datos clínicos derivados de las consultas externas realizadas en reumatología.

Resultados: Se han recibido un total de 169 propuestas, de las cuales se han derivado 160 visitas. La edad media de los pacientes era 53 años (14-90) y con una distribución del 41% de hombres frente al 59% de mujeres. La media de los días de demora entre la propuesta y la visita en consultas externas es de 4,7 días. Los diagnósticos en propuesta son principalmente enfermedades inflamatorias (32,7%) y lumbalgias (33,3%), lo cual presenta un elevado índice de coincidencia con los diagnósticos confirmados en la consulta externa de reumatología (35,5% de patologías de raquis y 24,6% de enfermedades inflamatorias). En las 160 visitas se han hecho un total de 58 técnicas, de las cuales las mayoritarias son las infiltraciones (56,9%)

y las ecografías (18,9%), y se han solicitado un total de 66 pruebas de diagnósticas, de las cuales la mayoritaria ha sido la resonancia magnética nuclear (69,7%). Por último, de las 160 visitas realizadas en consultas externas el 35,6% derivaron en alta médica, el 6,3% derivaron en la hospitalización del paciente y el 58,1% derivó en el seguimiento de la enfermedad.

Conclusiones: La consulta de urgencias de reumatología es de gran utilidad porque ha facilitado el diagnóstico rápido y preciso de algunas patologías raras (sarcoidosis), ha agilizado el diagnóstico de las patologías reumáticas y el tratamiento en estos pacientes, se han evitado ingresos y se han dirigido a otras especialidades determinadas patologías evitando así la reincidencia de visitas a Puerta de Urgencias o a Atención Primaria. Por otro lado, hay un alto grado de concordancia diagnóstica con los médicos de puerta de urgencias en enfermedades inflamatorias y patología de raquis que se correlaciona con una elevada tasa de derivación de éstas.

202. PSORIASIS PARADÓJICA: REVISIÓN DE CASOS

C. Gómez Arango¹, M.L. García Vivar¹, S. Pérez Barrio², E. Galíndez Aguirregoikoa¹, L. Estopiñán Fortea¹, J.M. Blanco Madrigal¹, J.M. Gorordo Olaizola¹, E. Ruiz Lucea¹, I. Torre Salaberri¹, O.B. Fernández Berrizbeitia¹, C.E. Pérez Velásquez¹ y E. Úcar Angulo¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto.

Introducción y objetivos: Se ha demostrado la eficacia de las diferentes terapias antiTNF en el control de la psoriasis cutánea, pero es conocida la aparición de psoriasis paradójica como efecto adverso. Definimos como paradójica la psoriasis que se presenta de novo o como una forma de psoriasis nueva en nuestros pacientes; algunos incluyen también el empeoramiento de las lesiones psoriásicas claramente relacionado con el tratamiento.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de los pacientes con sospecha de psoriasis paradójica atendidos en la consulta monográfica de terapias biológicas y en la interdisciplinar de artropatía psoriásica durante los años 2011 y 2012, y analizamos los datos clínicos, las características de la lesión, su gravedad, y la modificación de tratamiento precisa para el control de la misma.

Resultados: Se han valorado en nuestras consultas 372 pacientes en tratamiento biológico en estos dos años, y 152 pacientes valorados en la consulta de artropatía psoriásica en este mismo período. Se han seleccionado 13 casos, de los cuales se han excluido dos al ser considerados brotes de psoriasis cutánea en pacientes con artropatía psoriásica y afectación cutánea grave previa al tratamiento. Los 11 pacientes restantes cumplen los criterios de psoriasis paradójica expuestos previamente. Se trata de 6 mujeres y 5 hombres con edades comprendidas entre los 34 y 78 años (media 47 años). En 7 casos no habían tenido lesiones previas de psoriasis; 5 estaban diagnosticados de espondilitis anquilosante (en un caso HLA B27 negativo), una de artritis reumatoide evolucionada y una de artritis idiopática juvenil. Los 4 casos restantes eran de artropatía psoriásica con afectación mixta, tres de ellos con HLA B27 positivo. Dos presentaban psoriasis palmoplantar y dos en placas. El tratamiento antiTNF implicado fue adalimumab en 7 casos, infliximab en dos casos y etanercept en dos casos. La aparición del efecto paradójico sucedió entre los 2 y 44 meses del inicio de la terapia (media 12 meses), en 8 de ellos durante el primer año del tratamiento. Dos pacientes presentaron lesiones anulares descamativas que fueron confirmadas como psoriasis por biopsia. Se produjo pustulosis palmoplantar en 7 casos, afectación de pliegues en 4, cuero cabelludo en 4, y 6 en placas. 7 de ellos tenían varias formas concomitantes de psoriasis. La lesión fue considerada leve en tres casos, con manejo tópico, y moderada-severa, que obligó a la suspensión del tratamiento en seis

casos (en otro se redujo la dosis); de éstos, en 4 hubo que introducir otro biológico (tres antiTNF y un ustekinumab), sin complicaciones desde el punto de vista cutáneo. La evolución cutánea fue satisfactoria, a mejoría en todos los casos, con práctica resolución del cuadro en dos.

Conclusiones: La psoriasis paradójica es una complicación que observamos en menos de un 3% de nuestros pacientes con terapia biológica. Aunque puede darse en pacientes con cualquier diagnóstico, y con cualquier fármaco antiTNF, parece ser más frecuente en los pacientes diagnosticados de espondiloartropatías, y en los tratados con anticuerpos. Puede tratarse de una complicación importante, muy limitante para el paciente, pero no siempre condiciona la retirada del fármaco implicado. La introducción de un nuevo anti TNF en los pacientes que lo precisen parece asimismo segura.

203. EFICACIA Y SEGURIDAD DE GOLIMUMAB AÑADIDO A FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. González¹, A. Alonso², M. Alperi³, J.L. Marenco⁴, A. Fernández Nebro⁵, C. Ordás⁶, I. Mateo⁷ y R. Sanmartín⁸

¹Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital de Cruces. Barakaldo.

³Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁴Hospital de Valme. Sevilla.

⁵Complejo Hospitalario Regional Carlos Haya. Málaga. ⁶Hospital de

Cabueñes. Gijón. ⁷Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Clínic.

Barcelona.

Objetivos: En este estudio se evaluó la eficacia de golimumab en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa a pesar del tratamiento con FAME no biológicos. Se evaluaron dos estrategias de tratamiento con golimumab (golimumab subcutáneo [SC] frente a una combinación de intravenoso [IV] y SC) para la inducción y el mantenimiento.

Métodos: GO-MORE fue un estudio abierto, multinacional y prospectivo en pacientes con AR activa a pesar de tratamiento con FAME (DAS28-VSG $\geq 3,2$) que no habían recibido previamente fármacos biológicos. En la parte I, los pacientes recibieron golimumab 50 mg SC una vez al mes durante 6 meses. El criterio de valoración principal fue el porcentaje de pacientes con respuesta buena o moderada en la escala DAS28-VSG de la EULAR a los 6 meses. Se evaluaron los efectos de diversas variables sobre la respuesta. En la parte II, los pacientes con respuesta buena o moderada, pero no remisión a los 6 meses, se asignaron a tratamiento hasta el mes 12 con golimumab 50 mg SC o con una combinación de golimumab IV y SC. Los criterios de valoración principales fueron el porcentaje de pacientes con remisión al comienzo del mes 11 y al final del mes 12.

Resultados: En la parte I, 3.280 pacientes fueron evaluables. En el momento basal, las características fueron: edad media 52,3 años (DE 12,8), mediana de duración de la enfermedad 4,9 años, puntuación media HAQ-DI 1,44 (DE 0,67) y puntuación media DAS28-VSG 5,97 (DE = 1,10). El 81,1% de los pacientes utilizaba metotrexato (MTX) y el 63,4% corticoides. El 34,4%, 35,9% y 29,7% de los pacientes habían fallado a 1, 2 y 3 FAME, respectivamente. En el mes 6, el 82,07% (2.692/3.280) de los pacientes logró una respuesta buena o moderada en la escala DAS28-VSG EULAR y el 23,90% alcanzó remisión (784/3.280). No se observaron diferencias en la respuesta al tratamiento entre los pacientes que recibían MTX o corticoides frente a los que no, entre los tratados con dosis altas o bajas de MTX ni entre los que habían dejado de responder a uno o a varios FAME. En la parte II, 490 pacientes con respuesta que no alcanzaron remisión fueron evaluables. Los 2 grupos de tratamiento mostraron tasas similares de remisión en las evaluaciones del mes 11 y 12 (entre el 24% y el 27%) y el tiempo transcurrido hasta la primera remisión fue semejante. El tratamiento con golimumab fue bien tolerado. Los acontecimientos adversos graves (AAG) fueron coherentes con los

que se observan en los pacientes con AR tratados con anti-TNF. En la parte I, se produjeron AAG en el 5,7% de los pacientes y hubo 10 muertes (0,2%). En la parte II, se produjeron AAG en el 6,9% y el 2,4% de los pacientes de los grupos IV/SC y SC, respectivamente, y hubo una muerte en el grupo de IV/SC.

Conclusiones: En pacientes con AR activa a pesar de tratamiento con FAME, la adición de golimumab 50 mg SC una vez al mes deparó una respuesta moderada o buena en la escala DAS28 EULAR al cabo de 6 meses en el 82,07% de los pacientes. La respuesta a golimumab no se modificó con el uso concomitante de MTX o de corticoides, con la dosis de MTX ni con el número de FAME que habían fracasado. De los pacientes con respuesta pero sin remisión a los 6 meses, alrededor del 25% entró en remisión tras 6 meses más de tratamiento con golimumab. El tratamiento IV/SC no aportó eficacia adicional respecto a la pauta SC y se asoció a una mayor incidencia de AA. El perfil de seguridad de golimumab SC fue coherente con los estudios precedentes de golimumab.

204. SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS TRATADAS PREVIAMENTE CON BIFOSFONATOS QUE CAMBIARON A DENOSUMAB FRENTE A IBANDRONATO EN UN ESTUDIO ABIERTO

S. Palacios¹, G. Iolascon², I. Agodoa³, H.N. Viswanathan³, P. Ghelani⁴, I. Ferreira⁵, C. O'Malley³, R.B. Wagman³ y S. Bonnick⁶

¹Instituto Palacios. Madrid. ²Seconda Università di Napoli. Naples.

Italia. ³Amgen Inc. Thousand Oaks, CA. EE.UU. ⁴Ovatech Solutions.

London. Reino Unido. ⁵Amgen Inc. Cambridge. Reino Unido.

⁶Clinical Research Center of North Texas. Denton. Texas. EE.UU.

Introducción: En mujeres posmenopáusicas, una mayor satisfacción con el tratamiento se asocia con una mayor persistencia con la terapia para la osteoporosis (Barrett-Connor. OI, 2012). En un ensayo aleatorizado y cruzado en el que los sujetos recibieron los dos tratamientos, se observó una mayor satisfacción con las inyecciones subcutáneas de denosumab en comparación con los comprimidos orales de alendronato (Freemantle. OI, 2012). En este ensayo abierto se evaluó la satisfacción con el tratamiento en mujeres posmenopáusicas con baja densidad mineral ósea (DMO) que eran tratadas sub-óptimamente con la terapia previa con bifosfonatos y que cambiaron a denosumab o ibandronato.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio multicéntrico, aleatorizado, abierto, de grupos paralelos en el que se aleatorizó (1:1) a mujeres posmenopáusicas con edad ≥ 55 años a recibir 60 mg de denosumab por vía subcutánea cada 6 meses o 150 mg de ibandronato mg por vía oral cada mes durante 12 meses. Se completó el cuestionario de satisfacción con el tratamiento con medicamentos (TSQM, por sus siglas en inglés), versión 1.4, al inicio del estudio y a los 6 y 12 meses, o en el momento de discontinuación prematura. El TSQM es un instrumento validado que mide la percepción del sujeto sobre los 4 dominios de la satisfacción con el tratamiento: la eficacia del fármaco, la conveniencia, los efectos secundarios y la satisfacción global (Atkinson Health Qual Life Outcomes 2004). La puntuación de cada dominio TSQM oscila entre 0 y 100 y una puntuación más alta indica un estado de salud más preferido. Las comparaciones entre el cambio en el TSQM a los 6 meses y 12 entre los dos tratamientos se analizaron mediante un modelo ANCOVA con el grupo de tratamiento como factor ajustando por la puntuación basal del correspondiente dominio del TSQM.

Resultados: La población del estudio incluyó 833 mujeres (417 denosumab, 416 ibandronato) con una edad media (\pm desviación estándar) de 66,7 (8,0) años y una DMO media (DE) por T-score de -1,8 (0,7) en la cadera total, -2,1 (0,7) en el cuello femoral, y -2,5 (0,8) en la columna lumbar. En comparación con las puntuaciones del TSQM al inicio del estudio, los sujetos de ambos grupos de tra-

tamiento notificaron una mayor satisfacción en todos los dominios del TSQM a los 6 y a los 12 meses. Sin embargo, los sujetos que cambiaron a denosumab tuvieron una mejora significativamente mayor en todos los dominios en comparación con los sujetos que cambiaron a ibandronato en el mes 6 ($p \leq 0,0004$ en todos los dominios; datos no mostrados) y en el mes 12 ($p \leq 0,0003$ en todos los dominios; tabla).

Cambio en el TSQM desde la visita basal hasta el mes 12

| Dominio del TSQM | Tratamiento | n | Estimación MC | IC95% | Valor p* |
|---------------------|-------------|-----|---------------|-------------|----------|
| Eficacia | Ibandronato | 332 | 17,9 | 15,6 a 20,2 | < 0,0001 |
| | Denosumab | 378 | 24,1 | 22,0 a 26,3 | |
| Conveniencia | Ibandronato | 338 | 16,7 | 14,9 a 18,6 | < 0,0001 |
| | Denosumab | 384 | 26,3 | 24,6 a 28,0 | |
| Efectos secundarios | Ibandronato | 337 | 4,2 | 2,7 a 5,8 | 0,0003 |
| | Denosumab | 385 | 8,1 | 6,7 a 9,6 | |
| Satisfacción global | Ibandronato | 337 | 14,9 | 12,8 a 17,1 | < 0,0001 |
| | Denosumab | 382 | 26,4 | 24,4 a 28,4 | |

n = número de sujetos sin valor perdido en el dominio del TSQM en la visita basal y a los 12 meses. MC = mínimos cuadrados. IC = intervalo de confianza. *Valor p para la comparación entre tratamientos en el modelo ANCOVA con el grupo de tratamiento como factor ajustando por la puntuación basal del correspondiente dominio del TSQM.

Conclusiones: En resumen, en un estudio abierto, las mujeres posmenopáusicas con baja DMO que estaban siendo tratadas sub-óptimamente con la terapia previa con bifosfonatos mostraron una mayor satisfacción al cambiar a denosumab que al cambiar a ibandronato. Una mayor satisfacción con el tratamiento puede conducir a un mejor cumplimiento terapéutico y, por lo tanto, a una mayor eficacia.

205. IMPACTO DE LA AUTOINFLAMACIÓN EN PACIENTES CON GOTA EN ESPAÑA

F. Pérez-Ruiz¹, R. Viana² y J. Galera² en representación de los Investigadores del Estudio IL-LUMINATE

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo.

²Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Introducción: La gota afecta alrededor de 11 millones de pacientes en Europa y EEUU. Esta prevalencia está en aumento debido a un incremento de la longevidad y un aumento de la prevalencia de diversos factores de riesgo (obesidad, consumo de alcohol, ingesta alta de purinas, hipertensión y enfermedad renal crónica). Estos pacientes muestran frecuentemente persistencia de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, un insuficiente control de la uricemia o intolerancia a la terapia de reducción de ácido úrico (UALT) y esto asociado a múltiples comorbilidades, los pueden convertir en casos "difíciles de tratar".

Objetivos: Analizar el impacto a largo plazo de la autoinflamación de la gota, medida por la presencia de comorbilidades y analizar el uso de recursos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico y nacional. Se incluyeron en 34 hospitales a pacientes con edad = 18 años y diagnóstico de gota = 10 años previo a la inclusión en el estudio. Se evaluaron las características propias de la gota y las siguientes comorbilidades (datos al diagnóstico y último dato disponible previo a la inclusión en el estudio): insuficiencia renal, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, alteraciones gastrointestinales, hiperlipidemias y enfermedades cardiovasculares.

Resultados: Se incluyeron 394 pacientes con una media (DE) de edad de 63,6 (11,5) años, mayoritariamente de sexo masculino (90,6%) y presentaron sobrepeso 45,7% y obesidad 39,6%. La media de edad en el momento del diagnóstico fue de 49,6 (13,3) años. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados por la presencia de cristales

de urato monosódico en líquido sinovial (89,5%), apreciándose tofos subcutáneos en el 33,5%. En el último año se realizaron una media de 1,3 (0,8) hospitalizaciones [35,1% comorbilidades y 18,9% ataques de gota] y 1,8 (1,6) visitas a urgencias [53,1% ataques de gota y 23,9% comorbilidades]. La presencia de comorbilidades más frecuentes en los 14 años de media de seguimiento desde el diagnóstico a la visita basal fueron: hiperlipidemia (37,8% vs 58,8%), hipertensión (18,3% vs 50,9%), hipercolesterolemia (13,2% vs 34,8%), diabetes mellitus (5,6% vs 14,3%), alteraciones gastrointestinales (3,1% vs 6,0%), enfermedades cerebrovasculares (2,0% vs 4,9%) e insuficiencia renal (6,4% vs 19,8%). Los tratamientos más frecuentes en el último año fueron alopurinol (85,3%), colchicina (56,4%) y AINES (41,4%). Como terapia de mantenimiento se prescribió alopurinol en el 86,9%, colchicina en el 61,7% y AINES en el 25,8%. Un mayor porcentaje de pacientes presentaron intolerancia a UALT (6,1%) y colchicina (5,6%), la contraindicación más frecuente fue a AINES (12,7%) y siendo ineficaces a AINES (2,5%) y UALT (2,5%).

Conclusiones: Los pacientes con gota de larga duración muestran un incremento importante de la frecuencia de las comorbilidades, siendo éstas la causa más frecuente de ingresos hospitalarios. En cambio, 1 de cada 5 visitas a urgencias fueron por ataques de gota.

206. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS EN LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA. ASOCIACIÓN CON EVENTOS CARDIOVASCULARES

G. Albert Espí, M. Ricse, M. Aparicio, I. Martín, J.M. Nolla y J. Rodríguez Moreno

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Las enfermedades inflamatorias parecen estar asociadas a un mayor riesgo cardiovascular en relación con la propia enfermedad. En los pacientes con artritis psoriásica (APs) existe evidencia del incremento de la morbi-mortalidad relacionada con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tanto en los clásicos (tabaquismo, hipertensión arterial [HTA], dislipemia, diabetes mellitus [DM] y obesidad) como en los no convencionales (PCR, fibrinógeno y homocisteína).

Objetivos: Determinar la prevalencia de los FRCV clásicos en una serie amplia de APs y determinar su asociación con eventos cardiovasculares.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte observacional controlada de forma protocolizada en un servicio de Reumatología de un hospital universitario, que incluye un periodo de observación de 20 años (1992-2012). Todos los pacientes cumplían los criterios CASPAR. Se incluyeron 226 pacientes que habían sido visitados en 2012. Se analizaron las variables demográficas de la enfermedad, las variables que clásicamente se asocian a riesgo cardiovascular (IMC, HTA, dislipemia, DM, tabaquismo, niveles de lípidos en sangre) y los eventos cardiovasculares registrados (cardiopatía isquémica, accidentes cerebrales vasculares, isquemia arterial periférica). Estadística: descriptiva habitual, ANOVA, chi-cuadrado, test de Fisher, SPSS v.15.

Resultados: De los 226 pacientes estudiados un 7,5% (17 pacientes) había presentado al menos un evento cardiovascular. Encontramos una asociación significativa ($p < 0,05$) con la edad más avanzada, el sexo varón, los antecedentes de DM, dislipemia, HTA e IMC > 25 (sobrepeso y obesidad); así como niveles más elevados de colesterol LDL y triglicéridos en el momento del estudio. No encontramos asociación con el tabaquismo activo, la tensión arterial, el colesterol total y el HDL en el momento del estudio.

Conclusiones: En nuestra serie de APs la presencia de los FRCV clásicos se asocia de forma significativa a la prevalencia de eventos cardiovasculares.

207. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A ETORICOXIB EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA) AXIAL REFRACTARIA A AINE CONVENCIONAL: DATOS PRELIMINARES

J. Gratacós¹, J. Calvet¹, E. Collantes², M.C. Fernández³, C.A. Montilla⁴, L.F. Linares⁵, E. Brito⁶, X. Juanola⁷, J. Mulero⁸, R. Queiro⁹, R. Morlà¹⁰, R. García-Vicuña¹¹, A. Erra¹², M. García Manrique¹, M. Moreno¹ y M. Larrosa¹

¹Hospital Parc Taulí. Sabadell. ²Hospital Reina Sofía. Córdoba. ³Hospital General de Móstoles. ⁴Hospital Clínico de Salamanca. ⁵Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁶Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ⁷Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁸Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ⁹Hospital General de Asturias. Oviedo. ¹⁰Hospital de Santa Tecla. Tarragona. ¹¹Hospital de la Princesa. Madrid. ¹²Hospital de Sant Rafael. Barcelona.

Introducción: La terapia anti-TNF se ha mostrado como un tratamiento muy eficaz en pacientes con EA axial refractaria a terapia convencional (≥ 2 AINE), sin embargo se trata de un tratamiento caro y no exento de potenciales riesgos. El etoricoxib (AINE cox 2 selectivo) demostró mayor eficacia que el naproxeno en estos pacientes y en un estudio piloto abierto, hasta un 40% de pacientes refractarios a AINE tuvieron buena respuesta con etoricoxib.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de pacientes con EA axial refractarios a AINE convencional que presentan a las 2 y 4 semanas una buena respuesta a etoricoxib. Analizar el efecto del etoricoxib a las 4 semanas sobre la discapacidad (BASFI) y Reactantes fase aguda (PCR).

Métodos: Multicéntrico (12), prospectivo (4 semanas con extensión a 6 meses) abierto, no controlado, con inclusión durante un periodo de aprox 2 años (mediados 2010-2012) de 57 pacientes con EA axial pura, refractarios a AINE con criterios según Consenso SER 2007 de terapia biológica. A todos los pacientes incluidos se valoró la sintomatología (EAV dolor y valoración global, y BADAI) y la discapacidad (BASFI) basal a las 2 y 4 semanas y la actividad biológica por PCR (mg/dl) basal y 4 semanas. Se define buena respuesta clínica cuando se consigue ASASBIO (Reducción 50% del BASDAI y valoración global médico por EAV).

Resultados: Hasta la fecha se han podido evaluar a 4 semanas 29/57 pacientes. 11/29 (37%) presentaron buena respuesta clínica y 13/29 (44%) no cumplieron criterios de terapia anti-TNF después del tratamiento con etoricoxib. Solo 6/29 (21%) presentaron a las dos semanas buena respuesta clínica. En 7 casos hubo una disociación entre la respuesta a semana 2 y 4, en un caso con pérdida de respuesta y en 6 casos con consecución de buena respuesta a la semana 4. El BASDAI pasó de 6,13 (4-8,8) a 4 (1-6,8) $p = 0,025$ en la semana 4. El BASFI pasó de 5,3 (2-9,1) a 4 (1-6,8) $p = 0,04$. No se observaron cambios en la PCR (1,1 a 1,2 $p = ns$), aunque en 3/11 (27%) la buena respuesta clínica se acompañó de normalización de la PCR.

Conclusiones: En pacientes con EA axial debería valorarse el tratamiento con etoricoxib antes de decidir terapia anti-TNF pues hasta una tercera parte muestran a corto plazo buena respuesta clínica. No parece que la respuesta a las 2 semanas sea un buen índice predictor de lo que sucederá a las 4 semanas.

208. EFICACIA Y SEGURIDAD DE GOLIMUMAB COMO TRATAMIENTO AÑADIDO A FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD. RESULTADOS DEL ESTUDIO GO-MORE EN ESPAÑA

A. Alonso¹, C. González², M. Alperi³, J.L. Marenco⁴, A. Fernández Nebro⁵, C. Ordás⁶, J.J. Gómez Reino⁷, M.L. García Vivar⁸, A. Zea⁹, I. Mateo¹⁰, D. Oliver¹¹, M.J. Arteaga¹¹, L. Cea-Calvo¹¹ y R. Sanmartí¹²

¹Hospital de Cruces. Barakaldo. ²Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ³Hospital Central de Asturias. Oviedo. ⁴Hospital de Valme. Sevilla. ⁵Complejo Hospitalario Regional Carlos Haya. Málaga. ⁶Hospital de Cabueñes. Gijón. ⁷Hospital Clínico Universitario de Santiago. A Coruña. ⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ⁹Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁰Hospital 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Departamento Médico. Merck Sharp & Dohme de España. ¹²Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción y objetivos: En el estudio GO-MORE se evaluó la eficacia y seguridad de golimumab en pacientes con AR activa a pesar del tratamiento con FAME. Participaron 3280 pacientes de 40 países. Presentamos aquí los resultados de los 140 pacientes incluidos en España en la parte I del estudio.

Métodos: GO-MORE fue un estudio multinacional y prospectivo en pacientes con AR activa (DAS28-VSG $\geq 3,2$) a pesar de tratamiento con FAME que no habían recibido previamente fármacos biológicos. En la parte I, los pacientes recibieron golimumab 50 mg SC una vez al mes durante 6 meses. El criterio de valoración principal fue el porcentaje de pacientes con respuesta buena o moderada en la escala DAS28-VSG de la EULAR al cabo de 6 meses. Las evaluaciones se realizaron al comienzo del mes 2, mes 4 y final del mes 6. En la parte II, los pacientes con respuesta buena o moderada que no alcanzaron remisión se asignaron a continuar golimumab 50 mg SC o a una combinación de golimumab IV y SC. Los datos de la parte II de España no se especificamente al incluirse pocos pacientes.

Resultados: En España se incluyeron 140 pacientes (79,3% mujeres, 20,7% varones, edad media 54,6 años [DE: 12,9], mediana de duración de la enfermedad de 5,3 años [RIC: 2,1-12,3]). El DAS28-VSG basal fue 5,7 (1,0). El 77% de los pacientes presentaba enfermedad muy activa (DAS28-VSG EULAR $> 5,1$). El índice HAQ-DI fue 1,3 (DE: 0,6). Los FAME de base fueron metotrexato en monoterapia en el 60%, metotrexato más otro FAME en el 16,4% (principalmente leflunomida), leflunomida en monoterapia en el 15,7% y combinaciones de otros FAME en el 7,9%. La mayoría de los pacientes estaban tomando dosis altas de metotrexato (> 15 mg/semana) y el 65% recibían esteroides. El 70,7% habían experimentado fracaso con más de un FAME. En el mes 6, el 82,9% de los pacientes logró una respuesta EULAR buena o moderada (criterio de valoración principal, 116 de los 140 de la población por intención de tratar –que recibieron al menos una dosis de medicación de estudio). El 41,4% de los pacientes alcanzó un estado de baja actividad en dicha escala (DAS28-VSG $< 3,2$) y el 30,7% logró remisión (DAS28-VSG $< 2,6$). La calidad de vida, el deterioro funcional y el estado sintomático de los

Tabla Póster 208

| | Momento basal | Principio del mes 2 | Principio del mes 4 | Fin del mes 6 |
|--|---------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| 1. Eficacia | | | | |
| Respuesta buena o moderada en la escala DAS28-VSG de la EULAR (n y porcentaje) | – | 97/140 (69,3%) | 114/140 (81,4%) | 116/140 (82,9%) |
| Pacientes que lograron remisión (DAS28-VSG | – | 16/140 (11,4%) | 26/140 (18,6%) | 43/140 (30,7%) |
| Pacientes que lograron baja actividad (DAS28-VSG | – | 33/140 (23,6%) | 45/140 (32,1%) | 58/140 (41,4%) |
| Variación de la puntuación DAS28-VSG con respecto al momento basal (media [DE]) | 5,7 | -1,6 (1,2) | -2,0 (1,2) | -2,2 (1,3) |
| Variación de la puntuación SDAI con respecto al momento basal (media [DE]) | 32,4 | -14,7 (10,1) | -18,9 (11,6) | -20,1 (11,6) |
| 2. Síntomas y calidad de vida de los pacientes | | | | |
| Pacientes que lograron deterioro funcional mínimo o nulo (HAQ-DI $< 0,5$, n y porcentaje) | – | 40/140 (28,6%) | 48/140 (34,3%) | 54/140 (38,6%) |
| Pacientes con una tasa de síntomas aceptable (n y porcentaje)* | – | 70/140 (50,0%) | 91/140 (65,0%) | 99/140 (70,7%) |
| Variación del índice EQ-5D con respecto al momento basal (media [DE]) | 0,43 | 0,15 (0,28) | 0,22 (0,33) | 0,22 (0,34) |

*Pacientes que contestaron "sí" a la pregunta: Considerando cómo la enfermedad le afecta en sus distintas vertientes, si siguiese en este estado en los próximos meses, ¿lo consideraría un estado satisfactorio?

pacientes mejoraron en consecuencia (tabla). La respuesta comenzó a observarse ya tras una única dosis de golimumab, al inicio del mes dos (tabla). El golimumab fue bien tolerado. Únicamente se notificaron reacciones en el lugar de inyección en 2 pacientes (1,4%) y fueron leves. Se notificaron acontecimientos adversos graves en 11 pacientes (7,9%). El perfil de seguridad fue coherente con los estudios previos de golimumab.

Conclusiones: En pacientes con AR activa a pesar del tratamiento con FAME, la adición de golimumab 50 mg SC una vez al mes deparó una respuesta moderada o buena en la escala DAS28-VSG EULAR en el 82,9% de los pacientes al cabo de 6 meses, y el 30,7% alcanzaron remisión clínica. La respuesta comenzó a observarse ya al inicio del mes dos, tras una única dosis de golimumab. El estudio muestra la eficacia de golimumab en pacientes con distintos FAME según la práctica clínica habitual en España. El golimumab fue bien tolerado y el perfil de seguridad fue coherente con los estudios previos.

209. UTILIDAD DE LA RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TROCANterITIS RECIDIVANTE

C. Plana¹, A. Biete², L. Gifré¹, A. Monegal¹, N. Guañabens¹ y P. Peris¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Introducción: La trocanteritis constituye una patología de partes blandas relativamente frecuente. El tratamiento con infiltración local y/o rehabilitación, asociado a tratamiento analgésico o antiinflamatorio, suele ser eficaz en la mayoría de casos. Sin embargo, algunos pacientes presentan episodios recidivantes con escasa respuesta terapéutica. El tratamiento con radioterapia a dosis bajas puede resultar eficaz en esta entidad. El objetivo de este estudio ha sido analizar las características clínicas y evolución de pacientes con trocanteritis tratados con radioterapia local.

Métodos: Se incluyeron 27 pacientes (23M/4V) con una edad media de 70 ± 12 años (40-86 años) que fueron tratados con radioterapia por una trocanteritis recidivante por falta de respuesta a terapia convencional. El diagnóstico se estableció por criterios clínicos y radiológicos. Se analizó: el tiempo de evolución, los procesos asociados, tratamientos previos recibidos, las alteraciones radiológicas, gammagráficas y/o ecográficas asociadas, el tratamiento de radioterapia recibido (dosis y tiempo de tratamiento), y la evolución clínica (en la mayoría de pacientes se analizó la repuesta analgésica mediante escala EVA).

Resultados: La mayoría de pacientes (82%) tenían > 60 años y el 85% eran mujeres. Los pacientes habían seguido tratamiento previo con: infiltración local (82%), rehabilitación (63%), tratamiento analgésico y/o antiinflamatorio (100%) y cirugía (4%). El tiempo medio de evolución fue de 70 ± 52 meses (8-181). En el estudio de imagen destacaba la presencia de una tendinitis glútea (100%), bursitis (58%), y/o ruptura tendinosa (16%). Los procesos asociados más frecuentes fueron osteoporosis/osteopenia (48%), poliartrosis (59%), obesidad (15%) y fibromialgia (11%). Todos los pacientes recibieron una dosis total de radioterapia de 10 Gy dividida en 10 sesiones. La mayoría de pacientes presentó una mejoría de la sintomatología (94%), con una disminución significativa de la escala EVA (8 ± 1 vs 4 ± 2, p < 0,002), la mejoría de los síntomas se observó habitualmente al mes de finalizar el tratamiento (0-9 meses).

Conclusiones: En pacientes con trocanteritis recidivante que presentan una respuesta inadecuada a la terapia convencional, especialmente en aquellos con una edad superior a 60 años, el tratamiento con radioterapia a dosis bajas puede ser una alternativa terapéutica.

210. PAPEL DE LOS LINFOCITOS B CD20+ COMO CÉLULAS PRESENTADORAS DE ANTÍGENO EN ARTRITIS

E. Armas González^{1,2}, A. Díaz Martín^{1,2}, M.J. Domínguez Luis^{1,2}, M.T. Arce Franco^{1,2}, A. Herrera García^{1,2}, V. Hernández¹, A. Usategui³, J.L. Pablos³, S. Bustabad¹ y J.F. Díaz González¹

¹Laboratorio de Reumatología. Universitario de Canarias. Tenerife.

²Departamento de Farmacología. Universidad de La Laguna. Tenerife.

³Hospital 12 de Octubre. Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune que causa la inflamación crónica y la destrucción progresiva de las articulaciones diartrodiales. Aunque las células T juegan un papel esencial en la patogénesis de la enfermedad, la buena respuesta clínica que la depleción sistémica de las células B ha demostrado en pacientes con AR, ha incrementado el interés por determinar cómo estas células participan en los procesos inflamatorios articulares. Se ha sugerido que las células B pueden participar en esta patogenia mediante: 1) la producción de autoanticuerpos, 2) la activación de linfocitos T actuando como células presentadoras de antígeno y 3) mediante la liberación de citoquinas proinflamatorias. **Objetivos:** Estudiar la potencial implicación de los linfocitos B en los mecanismos de presentación de antígenos en el microambiente sinovial de la AR.

Métodos: Mediante análisis de citometría de flujo con doble marcaje se estudió la expresión de moléculas de clase II, CD80, CD40 en células CD20+ de sangre periférica (SP) y líquido sinovial (LS) de 14 pacientes con artritis reumatoide (AR) y 12 con artritis psoriásica (AP). El nivel de expresión de CD20 en células CD19+ no plasmáticas (CD138-) se estudió en SP y LS mediante experimentos de triple marcaje. También se estudió mediante técnicas de inmunohistoquímica con doble marcaje la presencia de moléculas de clase II y moléculas coestimuladoras (CD86 y CD40), en células CD20+ de biopsias de membrana sinovial de AR.

Resultados: Los estudios de inmunohistoquímica mostraron que las células B CD20+ presentes en el infiltrado sinovial de pacientes con AR expresan moléculas implicadas en la presentación de antígenos (HLA-DR) y en la coestimulación (CD40 y CD86). Comparativamente entre SP y LS los niveles de expresión de CD40 y CD86 fueron significativamente mayores en células B de LS que en las de SP. Además, se observó un incremento de HLA-DQ en LS con respecto a SP tanto en pacientes con AR como con AP, mientras que la expresión de HLA-DP disminuyó en LS con respecto a SP en ambos grupos. La expresión de HLA-DR en linfocitos B CD20+ fue menor en SP con respecto al LS en pacientes con AP, ocurriendo lo contrario en pacientes con AR. Por último, mediante triple marcaje se detectó que las células B de LS expresan menos concentración de CD20 en superficie que las de SP en pacientes con AR.

Conclusiones: En conjunto todos estos datos sugieren que los linfocitos B presentes en el microambiente sinovial tienen un fenotipo que les capacita para participar en la presentación de antígeno. Estos conocimientos nos permitirían contribuir al desarrollo de estrategias anti-células B que podrían ser utilizadas en el manejo de esta y otras enfermedades inflamatorias de base autoinmune.

211. PRIMAINFECCIÓN TUBERCULOSA EN PACIENTES CON ANTI-TNF Y CRIBADO INICIAL NEGATIVO

J.A. Bernal¹, M. Andrés¹, V. Jovani¹, P. Vela¹, A. Begazo¹, R. García Sevilla² y E. Pascual¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una complicación bien conocida del tratamiento con fármacos antiTNF, generalmente debida a

reactivación de una infección latente. Aunque las medidas de cribado han reducido de forma dramática su aparición, siguen detectándose casos de TBC en pacientes tratados con estos fármacos y estudio de cribado inicial negativo, algunos tras largo tiempo de tratamiento, lo que apunta más a una nueva infección.

Objetivos: Describir los casos que presumiblemente han desarrollado primoinfección tuberculosa durante el tratamiento con fármacos antiTNF en la Sección de Reumatología del HGU de Alicante.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes en seguimiento en nuestra Sección de 1999 a 2012, seleccionando aquellos que cumplan los siguientes criterios: a) Tratamiento actual o previo con antiTNF; b) Estudio de cribado de TBC inicial negativo (Mantoux, booster y Rx de tórax); c) TBC diagnosticada durante el tratamiento antiTNF; y d) sospecha de primoinfección TBC (diagnóstico tras mínimo 12 meses de tratamiento antiTNF [1]). Se han revisado sus variables clínicas, epidemiológicas, terapéuticas y de desenlace.

Resultados: De 771 pacientes tratados con fármacos antiTNF, hemos identificado 7 casos de TBC, dos de ellos atribuibles a primoinfección. Se trata de dos pacientes con diagnóstico de espondilitis anquilosante, un varón de 37 años y 107 meses de tratamiento con infliximab, y una mujer de 41 años y 35 meses de tratamiento con adalimumab. En ambos casos era el primer fármaco biológico administrado, en monoterapia, y solo la mujer había recibido previamente FAME (sulfasalazina). La mujer presentó una neumonía con adenopatías hiliares, y el varón una TBC pulmonar, esplénica y hepática. El tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de TBC fue de 14 y 57 días respectivamente. El diagnóstico se realizó por confirmación microbiológica tanto en esputo como en biopsia, siendo el Mantoux positivo en el momento de detectarse la complicación. El estudio de contactos no identificó contacto bacilífero. En ambos casos se reinició terapia antiTNF (etanercept), tras 6 meses de tratamiento tuberculostático en el varón, y 5 meses después de completar todo el tratamiento en la mujer, sin haberse detectado recidiva de la infección.

Conclusiones: Estos dos casos muestran que durante la terapia antiTNF persiste el riesgo de TBC a pesar de cribado inicial negativo, por lo que el grado de sospecha debe ser elevado durante todo el tratamiento.

212. EL SULFURO DE HIDRÓGENO: UN ANTIINFLAMATORIO CON PERSPECTIVAS

A. Vela-Anero^{2,3}, E.F. Burguera^{1,2}, R. Meijide-Failde³ y F.J. Blanco^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña.

²Tissue Engineering and Cellular Therapy Group (CBBTC-CHUAC).

³CIBER-BBN/ISCIII. ³Cell Therapy and Regenerative Medicine Group. Departamento de Medicina. Universidad de A Coruña.

Introducción: Dentro de la amplia complejidad de la fisiopatología de la artrosis, se sabe que, el aumento de la prostaglandina E2 (PGE2) en cartílago artroscópico está implicado en la desregulación o incremento de diversos procesos en el tejido articular tales como el catabolismo tisular, el dolor, la apoptosis celular y el aumento de las metaloproteasas. Normalmente, este aumento es el resultado de la sobreexpresión de la ciclooxigenasa 2 (COX-2), diana de los fármacos más utilizados actualmente en el tratamiento de la artrosis, los AINES. El sulfuro de hidrógeno, H2S, recientemente identificado como el tercer gas transmisor endógeno, ha sido implicado en diversos modelos de inflamación crónica, si bien aún está siendo estudiado.

Objetivos: En esta investigación se analiza, in vitro, el efecto de dos productos capaces de liberar H2S (NaHS y GYY4137) sobre los niveles de prostaglandina E2 y la expresión génica de COX-2 y la prostaglandina E sintasa (mPGES-1) en condrocitos humanos artroscópicos, con el fin de evaluar su capacidad anti-inflamatoria en esta patología.

Métodos: Los condrocitos fueron aislados de cartílago articular humano y cultivados durante 48 horas en cuatro grupos diferentes: 1) Sin ningún estímulo (basal); 2) Estimulados con 5 ng/ml de la citoquina proinflamatoria interleuquina-1 β (IL-1 β); y 3) y 4) Estimulados con 5 ng/ml de IL-1 β y un rango de entre 50 μ M y 1000 μ M de uno de los dos compuestos de sulfuro (NaHS o GYY4137), respectivamente. La síntesis de PGE2 sintetizada tras estas 48 horas fue cuantificada mediante ELISA y la expresión de mRNA de COX-2 y mPGES-1 fue comprobada a través qRT-PCR.

Resultados: En los condrocitos estimulados con IL-1 β se encontró una cantidad media 60 veces mayor de PGE2 con respecto a los condrocitos basales, y la expresión de COX-2 y mPGES-1 estaba aumentada 100 y 50 veces respectivamente. Sin embargo, la administración de los agentes de sulfuro redujo hasta en un 80% la producción de prostaglandina E2 (tabla), y la expresión de COX-2 y mPGES-1 también se redujo de forma apreciable (hasta en un 80 y 50%, respectivamente, para algunas de las concentraciones utilizadas). Apoyando estos resultados también se observó una mejoría morfológica de los condrocitos estimulados con IL-1 β y tratados con los dadores de H2S, respecto a las células estimuladas con IL-1 β y sin tratamiento.

Efecto de las diferentes concentraciones de NaHS y GYY4137 sobre la producción de PGE-2 en condrocitos articulares artroscópicos humanos estimulados con IL-1 β

| | GY4137 (media) | GY4137 (error estándar) | NaHS (media) | NaHS (error estándar) |
|--------------|-------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|
| Basal | 0,20 | 0,03 | 0,29 | 0,09 |
| IL-1 β | 64,79 | 17,04 | 75,46 | 17,34 |
| 50 μ M | 21,13 | 4,65 | 12,46 | 2,65 |
| 100 μ M | 11,22 | 2,58 | 11,07 | 2,49 |
| 200 μ M | 13,10 | 5,25 | 14,30 | 3,68 |
| 500 μ M | 14,06 | 8,88 | 19,00 | 11,44 |
| 1000 μ M | 13,12 | 7,90 | 36,86 | 10,43 |

Datos expresados como ng/ml de PGE - 2.

Conclusiones: Determinados compuestos dadores de H2S podrían ofrecer una alternativa o complemento a las terapias anti-inflamatorias actuales en el tratamiento de la artrosis.

213. RESPUESTA AL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA. NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 5 AÑOS

C. Moriano Morales¹, C. Vitoviz Chavarro¹, A.M. Fernández Martínez², A. García Valle¹, A. López Robles¹, M. Martín Martínez¹, C. Álvarez Castro¹, E. Díez Álvarez¹ y T. Pérez Sandoval¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: La indicación del zoledronato en la enfermedad de Paget ósea fue aprobada en 2005. Estudios recientes apuntan a la administración de una única dosis intravenosa de este fármaco como primera opción terapéutica. El objetivo del estudio es evaluar la respuesta al ácido zoledrónico a los 12 meses de su infusión en pacientes diagnosticados de enfermedad de Paget ósea, qué factores influyen y las posibles complicaciones asociadas a la enfermedad, tras su administración.

Métodos: Se han analizado de forma retrospectiva todos los pacientes con enfermedad de Paget ósea que recibieron zoledronato en el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) desde el 1 enero 2007 al 31 diciembre 2011. Se han obtenido datos clínicos y analíticos a partir de lo reseñado en la historia clínica. Se ha empleado el valor de la fosfatasa alcalina sérica (ALP) para evaluar la respuesta terapéutica (ALP < 260) y analizado qué variables pueden ser modificadoras de la misma, entre ellas, el tiempo transcurrido entre el

diagnóstico de la enfermedad y la primera infusión de zoledronato, y la administración previa de bifosfonato oral.

Resultados: Fueron incluidos 46 pacientes, el 63% hombres, con una edad media de $79,48 \pm 8,2$ años. El 82,6% presentaba afectación poliostótica. El 56,5% recibió tratamiento previo con bifosfonato oral. A los 12 meses de la infusión se obtuvo respuesta en el 89,5% de los pacientes (85,7% mujeres vs 91,7% hombres; $p > 0,05$). El 79,4% de los respondedores presentaba afectación poliostótica, sin embargo, se constató respuesta terapéutica en el 100% de los pacientes con afectación monostótica. El 52,9% de los pacientes respondedores había recibido previamente tratamiento con bifosfonato oral, sin observarse mayor respuesta que en el grupo de pacientes que no lo recibió. En el 53,7% de los pacientes transcurrieron menos de 12 meses entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, en ellos la respuesta al zoledronato fue mayor respecto a los pacientes que recibieron el tratamiento después de 12 meses (83,3% vs 43,8%; $p = 0,01$). En 2 pacientes se precisó reinfusión y un 4,3% presentó fracturas post-infusión como complicación.

Conclusiones: El ácido zoledrónico en el tratamiento de la enfermedad de Paget ósea alcanza buenas tasas de respuesta, de forma rápida y con escasas complicaciones. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento puede predecir su respuesta. El sexo, la afectación mono o poliostótica y el tratamiento previo con bifosfonato oral no han demostrado ser, en nuestro estudio, factores modificadores claros de la respuesta terapéutica.

214. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA BIOLÓGICA Y VALORACIÓN DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

E. Delgado-Frías, V. Hernández-Hernández, I. Ferraz-Amaro, A.I. Rodríguez-Vargas, E. Trujillo-Martín, J.J. Bethencourt-Baute, B. Rodríguez-Lozano, M.A. Gantes-Mora, F. Díaz-González y S. Bustabad-Reyes

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Objetivos: En este estudio se describe el funcionamiento de la Unidad de Terapia Biológica (UTB) donde la consulta tiene el objetivo del control y seguimiento de la terapia biológica, tanto la administrada vía endovenosa como la subcutánea, y que se desarrolla dentro de la Unidad de Hospital de Día del Servicio de Reumatología y, además, evaluar un protocolo de espaciamiento de terapias biológicas.

Métodos: Se han recogido los datos de todos los pacientes del Servicio de Reumatología que están en tratamiento con terapia biológica y que han sido valorados en la Unidad de Terapia Biológica durante un periodo de 8 meses (desde abril, fecha de su apertura, hasta diciembre 2012). Se ha recogido en una base de datos en soporte web la información correspondiente a cada una de las visitas de seguimiento: características sociodemográficas y epidemiológicas de cada paciente, índices de actividad y funcionalidad, efectos secundarios, así como índices radiológicos. Durante este periodo se ha aplicado un protocolo, previamente consensuado por el servicio, para espaciar las dosis de terapias biológicas en caso de remisión o baja actividad clínica.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 311 pacientes en tratamiento con terapia biológica (58% mujeres, edad media de $49 \pm 13,94$ años). La frecuencia de seguimiento fue de al mes y medio después del inicio del tratamiento y cada 3 meses en las visitas sucesivas. La visita es única e integrada, de tal manera que en el mismo día los pacientes son evaluados por la enfermera del servicio y por el reumatólogo adscrito a la unidad, así como, recibían el tratamiento en el caso de administración endovenosa. El 45% de los pacientes seguidos en dicha UTB fueron: artritis reumatoide (edad media de $51 \pm 14,07$ años; 59% factor reumatoide positivo), espondilitis anquilosante (33%, edad media de $45 \pm 13,50$ años) y el 21% artritis psoriásica (edad media $49 \pm 13,56$ años) y otras conectivopa-

tías. La media de visitas de seguimiento fue de 2,5, visitas, teniendo el 74% de la muestra tres visitas. En cuanto a índices de actividad y funcionalidad, los pacientes con artritis reumatoide tienen en el momento actual una media de DAS28 de 3,28 lo que indica que el 41% están en actividad baja, así como una media de SDAI de 14, y los pacientes con espondilitis anquilosante una media de BASDAI de 2,56, estando el 66% en actividad baja. El HAQ medio en el grupo de artritis reumatoide fue de 0,93 y el BASFI en la espondilitis anquilosante fue de 2,58. En el 20% de los pacientes se ha podido realizar espaciamiento del tratamiento y han permanecido con actividad baja tras el espaciamiento del biológico el 72% de las artritis reumatoides y el 84% de las espondilitis anquilosante.

Conclusiones: Una consulta monográfica de terapia biológica en el Hospital de Día de Reumatología, según nuestra experiencia, mejora el control y seguimiento de los pacientes. La aplicación periódica de índices de respuesta, por un mismo observador, conlleva un uso eficiente de la terapia biológica, que permite reducir dosis de tratamiento manteniendo eficacia clínica y control de la enfermedad.

215. ¿PRESENTAN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO Y DEFICIENCIA DE VITAMINA D MAYOR ACTIVIDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO?

J. Pérez-Ruiz¹, T.C. Salman Monte¹, S. Sánchez² y M.P. Lisbona¹

¹Servicio de Reumatología; ²Enfermería. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: 1. Evaluar si existen diferencias en los parámetros de actividad clínicos y biológicos en pacientes con AR de inicio según presenten o no deficiencia de vitamina D. 2. Determinar si existe una correlación entre la deficiencia de vitamina D y la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes con AR de reciente inicio (según criterios de clasificación de la ACR de 1987, con una duración de los síntomas inferior a 1 año y naïve de tratamiento a excepción de AINEs y/o glucocorticoides) que presentaban determinación de niveles de vitamina D en suero previo al inicio del tratamiento con FAME. Se excluyeron aquellos pacientes en tratamiento con suplementos de vitamina D. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), de enfermedad (duración de la sintomatología, FR-U/ml, ACPA-U/ml, hábito tabáquico (sí/no), IMC, tratamiento glucocorticoideo), clínicas (DAS28, SDAI, EVA dolor-0 a 10 cm, valoración global del enfermedad por el paciente-VGP-0 a 10 cm, HAQ) y analíticas (VSG-mm/h, PCR-mg/dl, vitamina D (ng/ml), PTH (pg/ml)). Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v.15.

Resultados: Del total de 96 pacientes (64 mujeres) con AR, 54 (56,2%) presentaron deficiencia de vitamina D (< 20 ng/ml) y en 42 pacientes los niveles en suero de vitamina D fueron > 20 ng/ml. En un 83,3% los niveles de vitamina D resultaron < 30 ng/ml (insuficiencia de vitamina D). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas, de enfermedad, actividad clínica y/o biológica ni en la discapacidad funcional entre ambos grupos de pacientes según presentaran o no deficiencia de vitamina D, excepto en que los pacientes con deficiencia de vitamina D mostraron menores puntuaciones medias de PCR. Se observó además, una tendencia sin significación estadística a mayores medias del EVA del dolor y de la VGP en el grupo de pacientes con deficiencia de vitamina D (tabla 1). No se halló una correlación estadísticamente significativa entre la deficiencia de vitamina D y una mayor actividad de la enfermedad (según DAS28, SDAI, VSG, PCR) en nuestra serie de pacientes (tabla 2).

Conclusiones: La prevalencia de deficiencia de vitamina D en nuestra cohorte de pacientes con AR de reciente inicio fue del 56,2%, datos similares a los encontrados en otras series (1). No se halló una

Tabla 1 Póster 215

| | Vitamina D < 20 ng/ml (n = 54) | Vitamina D > 20 ng/ml (n = 42) | p-valor |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| Estación (determinaciones de vitamina D de marzo a septiembre, %) | 29 (53,7%) | 16 (38,1%) | 0,128 |
| Sexo masculino | 17 (35,7%) | 15 (35,7%) | 0,663 |
| Hábito tabáquico actual | 15 (27,8%) | 17 (40,5%) | 0,19 |
| Edad | 51,5 (11,9) | 52,3 (15,3) | 0,712 |
| IMC | 24,9 (4,4) | 29,9 (39,7) | 0,196 |
| PTH | 49,2 (27,0) | 42,5 (24,7) | 0,248 |
| FR (U/ml) positivo | 66,8 (85,7) | 126,1 (160,0) | 0,04 |
| positivo: | 25 (46,3%) | 26 (61,9%) | |
| ACPA (U/ml) positivo | 3,3 (3,4) | 4,7 (3,36) | 0,02 |
| positivo: | 28 (51,9%) | 29 (69%) | |
| Dosis glucocorticoides | 6,5 (6,2) | 7,3 (5,2) | 0,264 |

Tabla 2 Póster 215

| | Vitamina D < 20 ng/ml (n = 54) | Vitamina D > 20 ng/ml (n = 42) | p-valor | Correlación Spearman (r,p) |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|----------------------------|
| DAS28 | 4,1 (1,3) | 4,5 (1,3) | 0,186 | r = 0,15, p = 0,13 |
| SDAI | 16,7 (11,6) | 20,5 (12,5) | 0,093 | r = 0,162, p = 0,11 |
| EVA dolor (0-10 cm) | 41,2 (19,0) | 35,8 (22,4) | 0,085 | r = -0,129, p = 0,21 |
| VGP (0-10 cm) | 41,0 (20,5) | 33,7 (20,7) | 0,061 | r = -0,125, p = 0,22 |
| VSG (mm/h) | 26,0 (17,3) | 32,4 (25,6) | 0,418 | r = 0,106, p = 0,30 |
| PCR (mg/dl) | 1,1 (1,7) | 2,1 (2,6) | 0,008 | r = 0,308, p = 0,002 |
| HAQ | 0,6 (0,4) | 0,5 (0,4) | 0,286 | r = -0,043, p = 0,67 |

correlación significativa entre la deficiencia de vitamina D y una mayor actividad de la enfermedad en nuestra serie de pacientes con AR. Sin embargo, los pacientes con deficiencia de vitamina D presentaron niveles menores de PCR pero refirieron más dolor y peor valoración de la enfermedad.

Agradecimientos: Sergi Mojal. AMIB.

216. PREVALENCIA DE LA TUBERCULOSIS LATENTE EN LOS PACIENTES REUMÁTICOS EN TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA EN LOS QUE SE REALIZA SWITCHING A OTRO ANTI-TNF ALFA

N. Busquets-Pérez, M.P. Lisbona, M. Almirall, J. Maymó y X. Surís

Hospital General de Granollers. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: Debido al aumento del número de casos de tuberculosis activa en los pacientes con anti-TNF, se establecieron unas normas de quimioprofilaxis antes de la terapia. Sin embargo, se continúan describiendo pacientes que padecen tuberculosis activa a pesar de las normas de quimioprofilaxis.

Objetivos: Establecer la prevalencia de tuberculosis latente de novo, en pacientes reumáticos, durante el tratamiento con anti-TNF alfa.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo. Se incluyeron 52 pacientes con enfermedades reumáticas con anti-TNF alfa a los que se había realizado un cambio de anti-TNF, por ineficacia o por reacción adversa. Antes del switching, se había repetido el cribado de tuberculosis (TBC) mediante Quantiferón y Rx de tórax. Se excluyeron: pacientes con una prueba de la tuberculina positiva previa y

los que llevaban menos de tres meses en tratamiento. Se recogieron datos demográficos, de enfermedad y datos en relación a la terapia biológica.

Resultados: La mayor parte de los pacientes eran mujeres 43/52 (82,69%), con una edad media de 52,8 años en el momento del estudio, con una duración media de la enfermedad de 11,3 años y de 9,4 años al iniciar el primer tratamiento anti-TNF. El 31/52 (59,61%) padecía artritis reumatoide; el 14 (26,92%) artritis psoriásica y 6/52 (11,56%) espondilitis anquilosante. Los tratamientos anti-TNF previos fueron: adalimumab (46,15%), infliximab (19,23%) y etanercept (34,61%). 29 pacientes (55,76%) estaban en tratamiento con glucocorticoides con una dosis media de 9,22 ± 5,14 mg; 14 (26,92%) con metotrexato, 5 (9,61%) con arava y ninguno con salazopirina. La media del DAS 28 era de 4,17 ± 1,91, del BASDAI de 4,35 ± 2,79, de la VSG de 27,9 ± 22,02 mm/h y de la PCR de 1,8 ± 2,15 mg/dl. El tiempo medio en tratamiento biológico al realizar el estudio fue de 1,9 (0,25-8) años. 10 pacientes (19,2%) presentaron positividad al repetir el Quantiferón y todos recibieron quimioprofilaxis previo al cambio de anti-TNF. 6 de los 10 pacientes habían virado y llevaban un tiempo medio en tratamiento de 1,3 años (tabla).

Conclusiones: La prevalencia de tuberculosis latente, en los pacientes reumáticos de esta cohorte, tratados con anti-TNF para su enfermedad articular, que no han realizado quimioprofilaxis anti-tuberculosa previa, fue del 19,2% y llevaban una media de 1,9 años en tratamiento anti-TNF. Estos resultados sugieren que se debería repetir la prueba de la tuberculina durante el tratamiento anti-TNF e incluir esta recomendación en las guías clínicas.

Tabla Póster 216

| Paciente | Sexo | Edad | Enfermedad | Tiempo de evolución (años) | Tratamiento anti-TNF en el momento del PPD | Tiempo con anti-TNF (años) | Actividad en el momento del PPD | Tamaño del PPD (mm) | Rx tórax | Otros tratamientos (mg) | Corticoterapia (dosis) |
|----------|--------|------|------------|----------------------------|--|----------------------------|---------------------------------|---------------------|----------|-------------------------|------------------------|
| 1 | Mujer | 50 | AR | 28 | A | 1 | DAS 28 | 7,9 | N | No | Sí |
| 2 | Mujer | 65 | AR | 17 | I | 2 | DAS 28 | 3,13 | N | Leflunomida | No |
| 3 | Mujer | 60 | AP | 5 | I | 1 | DAS 28 | 4,28 | N | No | Sí |
| 4 | Hombre | 49 | AP | 11 | A | 1 | DAS 28 | 4,38 | AN | Leflunomida | No |
| 5 | Mujer | 56 | AP | 6 | I | 2 | DAS 28 | 2,44 | AN | Metotrexato | No |
| 6 | Hombre | 49 | AP | 11 | I | < 1 | DAS 28 | 1,53 | AN | No | No |
| 7 | Mujer | 59 | AR | 16 | I | 1 | DAS 28 | 4,47 | AN | Metotrexato | Sí |
| 8 | Mujer | 69 | AR | 24 | E | 1 | DAS 28 | 3,06 | N | No | No |
| 9 | Mujer | 35 | AR | 8 | E | 1 | DAS 28 | 4,79 | AN | Metotrexato | Sí |
| 10 | Mujer | 24 | EA | 5 | E | 3 | BASDAI | 2,4 | N | No | No |

AR = artritis reumatoide; AP = artritis psoriásica; EA = espondilitis anquilosante; I = infliximab; A = adalimumab; E = etanercept; N = normal; AN = anormal.

217. HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO A DÉFICIT DE VITAMINA D POR CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Vasques Rocha, S. Martínez Pardo, V. Navarro Ángeles, G. Salvador Alarcón, M. Pujol Busquets, E. Riera Alonso y J. Rovira Aguilar

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Mútua Terrassa.

Introducción: La cirugía bariátrica permite obtener una pérdida de peso eficaz y sostenible en pacientes diagnosticados de obesidad mórbida. Se diferencian 3 tipos de técnicas quirúrgicas: los procedimientos malabsortivos, relacionados con mayor reducción del peso; los restrictivos, casi sin déficit de nutrientes y vitaminas; y los combinados. La prevalencia de hiperparatiroidismo secundario (HPT2º) a déficit de vitamina D es elevada tras la cirugía bariátrica. Varios estudios han demostrado esta asociación entre niveles insuficientes de vitamina D y elevación de la hormona paratiroidea en pacientes sometidos a procedimientos malabsortivos, sin embargo falta conocimiento respecto al procedimiento restrictivo por excelencia, la tubulización gástrica. Por otra parte, los datos disponibles sobre el estado de la vitamina D en pacientes con obesidad mórbida son escasos. En algunos trabajos se relacionó la hipovitaminosis D con procesos asociados a la obesidad sugiriendo que la insuficiente exposición solar y la reducida biodisponibilidad de la vitamina D (disminución de la síntesis hepática de la 25, hidroxí-vitamina D y posible secuestro en forma de vitamina D3 en el tejido graso) podrían ser hipotéticas razones que explicaran este déficit.

Objetivos: El presente estudio quiere describir algunas características de una muestra de pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Mútua Terrassa, valorando en ella la prevalencia de HPT2º a déficit de vitamina D, así como la relación del mismo con el tipo de intervención realizada.

Métodos: Se han evaluado de forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes a los que se les practicó cirugía bariátrica entre los años 1999 y 2011. De los pacientes seleccionados, se han recogido edad, datos antropométricos, comorbilidades, tipo de intervención realizada y parámetros post quirúrgicos del metabolismo fosfocálcico (calcio, calcidiol y PTH).

Resultados: Se revisan 90 historias clínicas de pacientes intervenidos, 61 mujeres y 29 varones) de edad media 51 años (25-74), con un IMC medio de 44 kg/m² (36-67). 61 pacientes fueron intervenidos mediante técnicas restrictivas, 27 mediante técnicas malabsortivas y 2 con una técnica combinada. Las comorbilidades más frecuentemente observadas fueron hipertensión arterial (53,3%), diabetes mellitus (34,4%), síndrome de apnea-hipopnea del sueño (20%) y dislipemia (18,8%). Únicamente se han podido recoger determinaciones de los parámetros analíticos seleccionados en 47 pacientes (52,2%), hallando en 20 de ellos (42,5%) un HPT2º a déficit de vitamina D. Al evaluar el tipo de cirugía del que precedían se observó que 33 se habían intervenido mediante procedimientos restrictivos, presentando 10 de ellos HPT2º (30,3%), 12 mediante técnicas malabsortivas, en 8 de los cuales provocaron HPT2º (66,7%), y en 2 se había usado una técnica combinada, el 100% de los cuales desarrollaron HPT2º. La distribución por sexo de los casos de HPT2º, muestra un discreto predominio entre mujeres (15 de las 33 mujeres con datos conocidos [45,5%] y 5 de los 14 varones [35,7%]). No hay diferencias de edad en los dos grupos de pacientes.

Conclusiones: Las técnicas malabsortivas y las combinadas empleadas en cirugía bariátrica presentan una mayor asociación con la aparición de HPT2º a déficit de vitamina D que las técnicas restrictivas, más empleadas en la actualidad. No obstante, la presencia de HPT2º no es despreciable en los pacientes sometidos a técnicas restrictivas y, aunque no disponemos de cifras de hormona paratiroidea antes de la cirugía, este hecho podría estar relacionado con una posible hipovitaminosis D como consecuencia de la propia obesidad, y debe ser igualmente corregido. Las mujeres están más expuestas que los varones al desarrollo de esta complicación.

218. INCIDENCIA DE FIBROMIALGIA PRE Y POSCRISIS ECONÓMICA

A.C. Díaz Mendoza, E. Quesada, A. Pluma, R. Juverdenau, P. Barceló y C. Alegre

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: En el ámbito laboral las enfermedades musculoesqueléticas, son la principal causa de discapacidad a corto y largo plazo. Se ha reportado que hasta un 30% de las personas con FM tienen una pensión por incapacidad permanente antes de la edad de jubilación. Bajo esta perspectiva podría esperarse que con la crisis económica se produjera una de dos cosas: un aumento de la solicitud de invalidez como una solución al problema económico lo que conllevaría a un aumento de diagnósticos de fibromialgia y a un aumento de solicitudes de informes de incapacidad laboral o que para evitar la pérdida de puestos de trabajo hubiera una disminución en la incidencia de fibromialgia o una disminución de la solicitud de informes de incapacidad laboral.

Objetivos: Medir la incidencia de fibromialgia en una unidad especializada y analizar si se ha modificado por la crisis económica. De manera secundaria analizar si el número de solicitudes de informe por invalidez se ha modificado en el periodo de crisis económica. Analizar la base de datos de primeras visitas con diagnóstico de fibromialgia en una unidad especializada en los periodos pre crisis (2006-2007) y periodos con crisis establecida (2010-2011).

Métodos: Análisis cuantitativo y descripción demográfica de primeras visitas con diagnósticos de fibromialgia en los años 2006-2007 y 2010-2011 y análisis cuantitativo de los informes de invalidez solicitados. Se analizaran utilizando el programa SPS.

Resultados: En los años 2006-2007 se registraron un total de 186 primeras visitas de fibromialgia de un total de 528 primeras visitas registradas. En los años 2010-2011 se registraron 144 primeras visitas de fibromialgia de un total de 555 primeras visitas registradas. El porcentaje de primeras visitas fue de 98,4% mujeres y de 1,6% hombres en los años 2006-2007 y de 95% mujeres y 5% hombres en los años 2010-2011. En cuanto a informes de incapacidad en los años 2006-2007 se registraron un total de 27 solicitudes de informes de incapacidad contra 26 registradas en los años 2010-2011. Se aplica la prueba de chi cuadrado para analizar la relación entre el de primera visita (2006-2007 y 2010-2011) y la solicitud de informe de incapacidad. El nivel de significación resultado de 0,4 por lo que no es estadísticamente significativo por lo que no parece existir una relación entre pertenecer a uno u otro grupo y haber solicitado el informe de incapacidad. La edad media de las personas que solicitaron informe de discapacidad en los años 2006-2007 fue de 54,96 contra 48,44 de los años 2010-2011.

| | Nº 1 ^{eras} visitas | Edad | Sexo | Informe de incapacidad | Incidencia FM sobre 1 ^{eras} visitas totales |
|-----------|------------------------------|-----------------|-----------|------------------------|---|
| 2006-2007 | 186 | Media 54/DE 9,5 | H 3/M 183 | 27 | 528/186, 34% |
| 2010-2011 | 142 | Media 49/DE 9,9 | M 138/H 4 | 26 | 555/142, 26% |

Conclusiones: No hemos registrado un aumento en el número de pacientes que acuden por fibromialgia. En general subieron las primeras visitas globales y bajaron las de fibromialgia, es decir que la situación socio económica menos favorable no ha creado fibromialgias, incluso han bajado porcentualmente. No parece que las fibromialgias vengán a consulta para conseguir una baja laboral (14,8 vs 183%). El número de solicitud de informes ha aumentado muy poco, un 3,5% entre antes de la crisis económica y actualmente, pero si se observo una disminución en la edad en la que se solicitó un informe de discapacidad 48,46 años en los años 2010-2011. No parece ser la situación económica la que hace solicitar la incapacidad a personas con fibromialgia. Las múltiples variables que pueden contribuir hacen difícil establecer las causas y se escapan de este estudio.

219. DESCUBRIMIENTO DE BIOMARCADORES CARACTERÍSTICOS DEL CARTÍLAGO ARTRÓSICO MEDIANTE PROTEÓMICA CUANTITATIVA

L. Lourido, V. Calamia, P. Fernández-Puente, J. Mateos, B. Rocha, C. Fernández, F.J. Blanco y C. Ruiz-Romero

Rheumatology Division. Proteomics Group-ProteoRed/ISCIII. INIBIC-CHUAC. A Coruña.

Introducción: La artrosis es la patología articular más frecuente. Aunque su prevalencia está asociada al envejecimiento, se trata de una enfermedad degenerativa compleja dependiente de varios factores que llevan a la degradación progresiva de la matriz extracelular (MEC) del cartílago articular.

Objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido identificar y cuantificar las proteínas liberadas a partir de las zonas lesionadas (ZL) del cartílago artrósico (OA) y de las zonas adyacentes a la lesión (ZN) de ese mismo cartílago, así como comparar las proteínas liberadas por un cartílago normal frente a las secretadas por zonas macroscópicamente normales (ZN) del cartílago artrósico (OA). Estas proteínas podrían ser interesantes para el diagnóstico precoz de la enfermedad y la monitorización de los tratamientos.

Métodos: Para la obtención del cartílago articular humano, se diseccionaron las cabezas femorales de donantes normales y artrósicos. A partir de este tejido, se cortaron explantes de 6 mm² del cartílago normal (N) y de las zonas ZL y ZN del cartílago OA. A continuación, se lavaron con PBS y se cultivaron en placas de 96 pocillos con 200 µL de DMEM sin suero. El medio de cultivo de los explantes (secretoma) se recogió a día 3 y 6 de cultivo y se reemplazó por medio nuevo. El secretoma de cada condición (N, ZL y ZN) fue cuantificado, concentrado y precipitado con acetona. Posteriormente, las proteínas se digirieron con tripsina y los péptidos resultantes se marcaron con iTRAQ (isobaric tags for relative and absolute quantitation). A continuación, se mezclaron los péptidos marcados de las distintas condiciones y se separaron por HPLC. Finalmente, las fracciones recogidas fueron analizadas por nanoLC-MS/MS y la cuan-

tificación relativa de las proteínas se calculó mediante el software Protein Pilot 3.0.

Resultados: Las concentraciones proteicas fueron más altas en el secretoma de las zonas lesionadas que en las zonas no lesionadas del cartílago artrósico, debido a la avanzada degradación que se está produciendo en la zona lesionada (ZL). Identificamos varias proteínas que están significativamente moduladas entre ZL y ZN del cartílago OA. La mayoría de ellas están aumentadas en la zona lesionada con respecto a la zona normal adyacente a la lesión, como los colágenos (I, II, VI y XV), proteoglicanos (biglicano, lumicano o perlecano) y proteínas implicadas en la adhesión celular (tenascinas, osteomodulina o vitronectina). En un segundo análisis, donde comparamos el secretoma de ZL y ZN del cartílago OA con un cartílago normal, identificamos 199 proteínas, de las cuales 110 están diferencialmente moduladas entre las 3 condiciones de estudio. Entre ellas, algunas se encuentran aumentadas en la zona normal adyacente a la lesión (ZN) con respecto al cartílago normal (osteopontina, CILP, matrilina-3 o BIGH3), mientras que otras como la trombospondina-1 o el colágeno XVIII son más abundantes en el cartílago normal que en el cartílago OA.

Conclusiones: Hemos identificado un perfil de proteínas que se expresan diferencialmente en el cartílago artrósico. Nuestro trabajo describe un panel de proteínas características del cartílago con un potencial valor biomarcador del proceso de degradación que tiene lugar en la artrosis. Este panel será investigado en otros fluidos biológicos (líquido sinovial y suero) para el desarrollo de estrategias de diagnóstico precoz y monitorización de terapias.

220. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B

P. Rubio, M. Sarbu, J. Pérez, J.G. López, T.C. Salman y M.P. Lisbona

Hospital del Mar. Parc de salut Mar. Barcelona.

Introducción: La reactivación de la infección por el virus hepatitis B (VHB) se define como aumento de la replicación del VHB en

Tabla Póster 220

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 | Paciente 5 | Paciente 6 | Paciente 7 |
|----------------------------------|------------|----------------------------------|------------|--------------------------|------------|---|---------------------|
| Diagnóstico | AR | AR | AR | AR | AR | AR | Enfermedad de Still |
| Sexo (H/M)/edad (años) | M/74 | M/61 | M/55 | M/64 | M/53 | M/69 | H/45 |
| Inicio de enfermedad (año) | 1992 | 2002 | 1995 | 1996 | 2010 | 2006 | 2000 |
| Número de dosis TCZ | 29 | 25 | 20 | 20 | 10 | 8 | 5 |
| FAME asociado | MTX | Leflunomida Hidroxicloroquina | MTX | MTX Hidroxicloroquina | MTX | MTX Leflunomida Hidroxicloroquina | MTX |
| Tratamiento | | | | | | | |
| Número de antiTNF previos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Tipo de antiTNF | Adalimumab | Etanercept | Etanercept | Infliximab | Infliximab | Infliximab/ Adalimumab | Infliximab |
| Dosis de glucocorticoides (mg/d) | - | 20 | 16 | 15 | - | 15 | 15 |
| Previo al inicio de TCZ | | | | | | | |
| DAS 28 | 6,1 | 3,9 | 4,9 | 3,8 | 5,7 | 6,07 | - |
| VSG | 52 | 12 | 18 | 41 | 61 | 24 | 45 |
| PCR | 2,1 | 0,6 | 1 | 5,1 | 1,6 | 0,2 | 3,3 |
| AgHBC | - | - | - | - | - | - | - |
| AntiHBC | + | + | + | + | + | + | + |
| DNA-VHB | - | - | - | - | - | - | - |
| AST (U/ml) | 14 | 20 | 15 | 19 | 20 | 35 | 14 |
| ALT (U/ml) | 22 | 18 | 13 | 11 | 16 | 24 | 11 |
| GGT (U/ml) | 35 | 26 | 25 | 44 | 9 | 23 | 26 |
| FA (U/L) | 121 | 84 | 50 | 70 | 66 | 45 | 48 |
| Final | | | | | | | |
| DAS 28 | 3,9 | 2,4 | 2,7 | 2,8 | 1,4 | 3,8 | - |
| VSG | 2 | 7 | 2 | 2 | 2 | 7 | 94 |
| PCR | 0,2 | 0,75 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 3,4 |
| AgHBC | - | - | - | - | - | - | - |
| AntiHBC | + | + | + | + | + | + | + |
| DNA-VHB | - | - | - | - | - | - | - |
| AST (U/ml) | 21 | 23 | 27 | 20 | 20 | 31 | 17 |
| ALT (U/ml) | 16 | 20 | 27 | 14 | 15 | 16 | 22 |
| GGT (U/ml) | 20 | 18 | 58 | 22 | 8 | 17 | 36 |
| FA (U/L) | 79 | 63 | 47 | 51 | 44 | 17 | 54 |

un paciente con hepatitis inactiva o resuelta. Las guías y consensos actuales del uso de terapia biológica en pacientes con artropatías inflamatorias, recomiendan evitar su uso en pacientes con VHB portadores crónicos. Se desconoce el efecto y la seguridad del tratamiento con tocilizumab (TCZ) en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la seguridad del tratamiento con TCZ en pacientes portadores de hepatitis virus B crónica.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con AR (según criterios de clasificación de la ACR de 1987) y en un 1 paciente afecto de enfermedad de Still del adulto que han recibido al menos una dosis de TCZ a 8 mg/kg/mes endovenoso entre los años 2010-2012. Todos los pacientes analizados presentaban serología anti-HBc positiva previo al inicio del tratamiento con TCZ y ninguno había realizado profilaxis antiviral previa. Se registraron variables demográficas, de enfermedad (DAS28; VSG-mm/h (vn: 0-34), PCR-mg/dl (vn: 0-0,8) y tipo de tratamiento (FAME y dosis media de glucocorticoide equivalente a prednisona en mg/día). En cada perfusión mensual de TCZ se registró la bioquímica hepática (AST-U/ml (vn: 10-38), ALT-U/ml (vn: 7-41), GGT-U/ml (vn: 8-61) y FA-U/L (vn: 40-129)) y por protocolo establecido la determinación de HbsAg, anti-HBc y en algunos casos DNA-VHB cada 4-6 meses.

Resultados: 7 pacientes (6 mujeres) fueron incluidos por presentar anti-HBc positivo previo al inicio de TCZ, edad media de 60,1 ± 9,9 años y con una duración media de la enfermedad de 11,8 ± 6,3 años. Todos los pacientes iniciaran TCZ por pérdida secundaria a un antiTNF (asociado a FAME) y a dosis de entre 10-20 mg prednisona. Durante el seguimiento (duración media del tratamiento con TCZ de 17,7 ± 10,6 meses con una mediana 10,7 ± 9,1 perfusiones realizadas) no hubo alteración significativa en la bioquímica hepática en ninguno de los pacientes ni tampoco signos de replicación viral (DNA de VHB indetectable en todas las determinaciones) siendo el seguimiento máximo realizado de 29 meses. Los datos de los pacientes se resumen en la tabla.

Conclusiones: En pacientes con artropatías inflamatorias candidatos a tratamiento biológico y portadores crónicos de VHB, el tratamiento con tocilizumab podría ser una opción terapéutica segura. Sin embargo, son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes y con mayor seguimiento para conocer la seguridad de TCZ en estos pacientes.

221. ¿ES EFECTIVA LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

T.C. Salman Monte, M. Almirall, S. Iniesta y M.P. Lisboa

Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la reducción de dosis de la terapia biológica en pacientes con AR y en remisión clínica persistente.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo en pacientes con AR (según criterios de clasificación de la ACR de 1987) y en remisión clínica persistente (definida por un DAS28 = 2,6 durante al menos 6 meses, ausencia de brotes de actividad de la enfermedad y ausencia de incrementos de la dosis o modificación del tipo de tratamiento con FAME y/o glucocorticoides). En todos los pacientes en remisión clínica persistente se redujo la pauta de administración: etanercept (ETA) 50 mg cada 14 días sc, adalimumab (ADA) 40 mg cada 21 días sc, tocilizumab (TCZ) 4 mg cada 28 días y con rituximab (RTX) se mantuvo la dosis de 1 g (2 dosis días 0 y 15) pero el tratamiento se pautó según actividad de la enfermedad. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas basalmente, a los 3 y 6 meses.

Resultados: 37 pacientes (27 mujeres), edad media de 58,4 ± 12,1 años y con una duración media de la enfermedad de 12,2 ± 11,8 años, fueron incluidos. El 94,6% eran seropositivos

para FR, un 78,4% para ACPA y el 89,9% presentaban erosiones radiológicas. Solo un 45,9% de los pacientes seguían tratamiento biológico combinado con FAME (metotrexato 21,6%, leflunomida 16,2% y otros 8,1%) y el 35,1% tratamiento glucocorticoide, con una dosis media equivalente a prednisona de 1,7 ± 2,7 mg en el momento de la reducción. Los tratamientos biológicos en los que se modificó la pauta de administración fueron: ETA (17 pacientes), ADA (8), TCZ (7) y RTX (5) siendo en el 64,86% de los casos el primer tratamiento biológico prescrito. En la tabla se presentan datos de actividad de la enfermedad basales, a los 3 (20 pacientes) y 6 meses de seguimiento (10 pacientes). A los 3 meses, en 4/20 pacientes (2 ETA, 1 TCZ, 1 RTX) se volvió a la pauta estándar de tratamiento por recaída de la enfermedad (DAS28 > 3,2) y a los 6 meses en 1 de los 11 pacientes (en tratamiento con TCZ).

| Parámetros de actividad | Basal (n = 37) | 3 meses (n = 20) | 6 meses (n = 11) |
|-------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| DAS 28 | 1,5 (0,9) | 1,7 (0,8) | 1,9 (0,8) |
| SDAI | 2,6 (4,5) | 4 (4,2) | 5,2 (4,8) |
| Remisión por criterios | | | |
| ACR/EULAR booleanos | 23 (62,2%) | 11 (55%) | 4 (36,3%) |
| SDAI ≤ 3,3 | 28 (75,7%) | 12 (60%) | 5 (45,4%) |
| HAQ < 0,5 | 33 (89,1%) | 17 (85%) | 9 (81,1%) |
| EVA dolor (0-100 mm) | 11,9 (15,2) | 12,3 (16,1) | 18,1 (19,9) |
| VGP (0-100 mm) | 9,8 (15,6) | 13,6 (18,3) | 26,6 (15,2) |
| VSG (mm/h) | 8,8 (6,5) | 8,8 (6,7) | 7,3 (7,6) |
| PCR (mg/dl) | 0,3 (0,3) | 0,3 (0,6) | 0,2 (0,14) |

Conclusiones: La reducción de dosis de la terapia biológica en pacientes con AR en los que se ha conseguido la remisión clínica persistente, parece ser eficaz en grupos seleccionados de pacientes. Sin embargo, el escaso número de pacientes y la corta duración del seguimiento hacen necesario estudios más amplios para poder obtener resultados concluyentes.

Agradecimientos: Sergi Mojal. AMIB.

222. ¿QUÉ SABEN DE LA CAPILAROSCOPIA LOS ESPECIALISTAS QUE LA SOLICITAN?

S. Martínez Pardo, H. Corominas, I. Castellví, T. Clavaguera, C. Alegre, M. Moreno, V. Ortiz, P. Reyner, S. Ordóñez, O. Codina, P. Santo y V. Torrente

Miembros del Grupo de Capilaroscopia de la Societat Catalana de Reumatologia (Grupo CapiCAT).

Introducción: La capilaroscopia periungueal es una técnica no invasiva que permite evaluar el lecho capilar periungueal y obtener información de gran utilidad en el estudio del fenómeno de Raynaud. La mayor parte de las enfermedades autoinmunes que pueden presentar fenómeno de Raynaud en algún momento de su curso evolutivo, provocan alteraciones cuantitativas y/o cualitativas en las asas capilares, permitiendo su identificación, el establecimiento de patrones de afectación, algunos de los cuales tienen una clara correlación con la enfermedad de base. Además de su claro papel diagnóstico, la capilaroscopia tiene una posible correlación clínica en los patrones esclerodérmicos, y un ya reconocido papel en la evaluación pronóstica de los pacientes con diagnóstico conocido, tanto en lo que se refiere al riesgo de aparición de úlceras digitales, como en el riesgo de desarrollo de complicaciones sistémicas, fundamentalmente pulmonares. También ha sido utilizada para controlar la respuesta al tratamiento en determinados casos. El desconocimiento de las posibilidades de la técnica, y de la correcta interpretación de sus resultados por parte de los profesionales que la utilizan, limita en cierto modo su uso.

Objetivos: El objetivo de este estudio es dibujar el grado de conocimiento que tienen de la capilaroscopia los profesionales que pueden solicitarla.

Tabla Póster 222

| | Hombres | Mujeres | Edad (mediana) | Formación específica | Conoce hasta 3 indicaciones | Conoce más de 3 indicaciones | Interpreta correctamente: "prueba normal" | Interpreta correctamente: "alteraciones inespecíficas" | Interpreta correctamente: "patrón de ED" | Conoce el valor pronóstico |
|------|---------|---------|----------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|---|--|--|----------------------------|
| R | 35,5% | 64,5% | 42 | 41,9% | 38,7% | 61,3% | 48,4% | 51,6% | 64,5% | 90,3% |
| MI | 41% | 59% | 46 | 15,4% | 38,5% | 61,5% | 15,4% | 35,9% | 61,5% | 71,8 |
| CV | 30,8% | 69,2% | 44 | 7,7% | 84,6% | 15,4% | 46,2% | 30,7% | 61,5% | 53,8% |
| MFiC | 33,3% | 66,7% | 44 | 9,5% | 78,6% | 21,4% | 19% | 28,6% | 33,3% | 54,8% |

Métodos: Especialistas en Reumatología (R), en Medicina Interna (MI), en Cirugía Vasculard (CV) y en Medicina Familiar y Comunitaria (MFiC) que ejercen su profesión en hospitales y centros de atención primaria de Cataluña, respondieron a una encuesta en la que se recogen algunos datos del profesional (edad, sexo, especialidad, centro de trabajo y nivel de formación específica en capilaroscopia) y 12 preguntas sobre las indicaciones de la prueba y la interpretación de sus resultados.

Resultados: Se han recogido un total de 125 encuestas, 31 de reumatólogos, 39 de internistas, 13 de cirujanos vasculares y 42 de médicos de familia. La tabla recoge los resultados expresados en porcentajes y divididos en función de las especialidades de los médicos encuestados. De entre los resultados obtenidos, cabe destacar la baja proporción de especialistas que realizan rotaciones específicas por la consulta de capilaroscopia, que conocen todas las posibles indicaciones de la prueba, y que interpretan bien el informe final de la misma.

Conclusiones: A pesar de diagnosticar y tratar a pacientes con enfermedades autoinmunes, el presente trabajo demuestra un cierto grado de desconocimiento de las posibilidades de la técnica en todas las especialidades evaluadas. Un mayor conocimiento permitiría realizar consultas dirigidas, y aumentar el rendimiento de la prueba. La difusión del conocimiento sobre ésta y otras técnicas que se desarrollan en Reumatología, debe ser una estrategia clave para favorecer su implantación en todos los centros e incrementar las derivaciones a los gabinetes de exploraciones de nuestra especialidad.

223. ESTUDIO ACT-LIFE: PATRONES DE USO Y DOSIFICACIÓN DE TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

J.V. Tovar Beltrán¹, M.A. Guzmán Úbeda², I. Mateo Bernardo³, R. García-Vicuña⁴, M. Rodríguez-Gómez⁵, M. Belmonte-Serrano⁶, C. Marras⁷, E. Loza Cortina⁸, E. Pérez Pampín⁹, V. Vila¹⁰ y A. Balsa¹¹, en nombre del Grupo de Estudio ACT-LIFE

¹Hospital General Universitario de Elche. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

⁴Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁶Hospital General de Castellón. ⁷Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁸Hospital de Navarra. Pamplona. ⁹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. ¹⁰Hospital Comarcal de Vinaroz. ¹¹Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Actualmente, la evidencia disponible sobre el uso de tocilizumab (TCZ) para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), fuera del ámbito de los ensayos clínicos controlados, es limitada.

Objetivos: Describir los patrones de uso y dosificación de TCZ en la práctica clínica habitual, así como su efectividad y perfil de seguridad en condiciones reales de uso.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 12 meses de seguimiento, realizado en Unidades de Reumatología de 40 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes con AR moderada o grave, de ≥ 6 meses de evolución que iniciaron tratamiento con TCZ tras

fracaso a al menos un FAME o un inhibidor del TNF. Se presentan resultados finales.

Resultados: Un total de 379 pacientes fueron evaluados (83% mujeres), con una mediana de edad de 57 años (47-66). En el momento basal, la duración media de la enfermedad fue de $12,1 \pm 8,2$ años, el 70,5% de los pacientes eran factor reumatoide positivo y el 68% anti-CCP positivo. La puntuación media basal en los índices DAS28, SDAI, HAQ y niveles de PCR fue $5,6 \pm 1,0$, $22,9 \pm 15$, $1,6 \pm 0,7$ y $5,6 \pm 11,6$ mg/dl, respectivamente. El 78,4% de los pacientes recibieron TCZ en combinación, y el 84,4% tras uso previo de otro agente biológico. Un 97,6% de los pacientes iniciaron TCZ en dosis de 8 mg/kg. Durante el seguimiento, 68 (17,9%) pacientes suspendieron el tratamiento con TCZ, debido a una respuesta insuficiente (35,3%), y a acontecimientos adversos (33,8%). Al final del seguimiento, la puntuación media de DAS28 se redujo significativamente respecto al momento basal ($5,6 \pm 1,0$ vs $2,8 \pm 1,4$; $p < 0,001$), alcanzándose remisión de la enfermedad en el 51,3% de los pacientes. Los pacientes que recibieron TCZ como primer biológico no mostraron un cambio medio del índice DAS28 desde la visita basal hasta la visita final (delta-DAS28) significativamente mayor vs aquellos tratados con TCZ tras otro agente biológico. Tampoco se observaron diferencias significativas en el delta-DAS28 cuando TCZ se administró en combinación o monoterapia. Según criterios de respuesta EULAR, el 65,2% de los pacientes se clasificaron como buenos respondedores, y el 25,2% como respondedores moderados. Los principales acontecimientos adversos registrados durante el tratamiento con TCZ fueron infecciones (33,5%), alteraciones gastrointestinales (21,4%), neutropenia (5,8%), elevación de las transaminasas (4,7%) y trombocitopenia (1,1%).

Conclusiones: Los resultados finales de este estudio indican que en la práctica clínica diaria, el tratamiento con TCZ es seguro y efectivo en el tratamiento de la AR moderada o severa, alcanzándose una buena respuesta EULAR en la mayoría de los pacientes y una remisión de la enfermedad en el 51,3%. El perfil de eficacia de TCZ es similar con independencia del patrón de uso en monoterapia o combinación, o línea de biológico utilizada.

224. ENTESITIS Y DACTILITIS EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y EN ARTRITIS PSORIÁSICA. ESTUDIO COMPARATIVO

A.I. Turrión Nieves^{1,2}, R. Martín Holguera², A.I. Sánchez Atrio¹, A. Pérez Gómez¹, F. Albarrán Hernández¹, C. Alonso Rodríguez³, M.J. León Cabezas¹, L. Ruiz Gutiérrez¹, H. Moruno Cruz¹, J. Montserrat⁴, R. Hernández Alfaro⁵ y M. Álvarez de Mon Soto^{1,4}

¹Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune- Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Departamento de Medicina;

²Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales; ³Departamento de Física y Matemáticas; ⁴Laboratorio de Inmunología. CNB-CSICR_e D Unidad asociada. IMMPA. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. ⁵Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: La entesitis y la dactilitis, o dedo en salchicha, son afectaciones osteomusculares que afectan a los pacientes que padecen espondiloartropatías inflamatorias.

Tabla Póster 224

| | Artritis psoriásica espondilar | Artritis psoriásica oligoarticular | Artritis psoriásica poliarticular | Espondilitis anquilosante | Total |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------|
| Sexo: mujer/varón | 0/14 | 12/19 | 14/4 | 6/36 | 32/67 |
| Edad media (desviación típica) | 51,6 (11,5) | 45,3 (11,8) | 49,2 (13,56) | 43 (13,4) | 45,6 (12,8) |
| Entesitis Sí/No | 11/3 | 12/19 | 9/9 | 24/12 | 56/33 |
| Dactilitis Sí/No | 3/11 | 16/15 | 15/3 | 5/31 | 39/60 |
| BASDAI activo/no activo | 6/8 | 16/15 | 6/12 | 17/19 | 45/54 |

Objetivos: Describir en dos grupos de pacientes clasificados dentro del grupo de las espondiloartropatías a los pacientes que presentan entesitis y/o dactilitis.

Métodos: Se recogieron datos clínicos radiológicos y analíticos de pacientes con espondiloartropatía inflamatoria de nuestras consultas, previa firma de consentimiento informado. El total de pacientes incluidos fue de 99 de los cuales 36 padecían espondilitis anquilosante y 63 artritis psoriásica, estos últimos los subdividimos en tres grupos según la afectación predominante: forma espondilar, forma oligoarticular y forma poliarticular. Se comparó la presencia de artritis, entesitis y dactilitis en los distintos grupos.

Resultados: Vienen descritos en la tabla. La entesitis afecta en nuestro grupo de estudio a un 66% de las espondilitis anquilosante y a un 51% del grupo de artritis psoriásica. La dactilitis está presente en un 14% de las espondilitis anquilosante y en un 54% de las artritis psoriásicas. El porcentaje de pacientes con actividad clínica en ambos grupos era similar 55% en las artritis psoriásicas y 52% en espondilitis anquilosante.

Conclusiones: Los pacientes de nuestro estudio presentaban similares datos de actividad clínica tanto en espondilitis anquilosante como en los pacientes con artritis psoriásica, y la afectación entesopática es similar también en ambos grupos, aunque más marcada en los pacientes con espondilitis. En cuanto a la dactilitis se aprecia una diferencia significativa siendo más frecuente en los pacientes que sufren artritis psoriásica.

225. CREACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTRITIS CRÓNICAS

I. de la Torre¹, V. Escudero-Vilaplana², L. Valor¹, C.G. Rodríguez², M. Montoro¹, A. Herranz², C. González¹, I. Monteagudo¹, F.J. López-Longo¹, A. Beltrán³, A. López³, T. del Río³, E. Naredo¹, M. Sanjurjo-Sáez² y L. Carreño¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia; ³Servicio de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Describir la estructura y metodología seguida por una Unidad Funcional de Terapias Biológicas (UFTB) para elaborar e implementar estrategias multidisciplinarias en el manejo de pacientes con artritis crónicas en un hospital terciario con protocolización, gestión y análisis de datos asistenciales con el fin de mejorar su efectividad, seguridad y eficiencia.

Métodos: Se describen las etapas del proceso de creación de la unidad: a) fase preliminar: delimitando el contexto, selección de expertos, los objetivos, el diseño y los elementos básicos del trabajo; b) fase exploratoria: elaboración de las recomendaciones y plan de trabajo para la aplicación de las mismas; c) fase final: análisis de resultados y desarrollo de una herramienta de evaluación.

Resultados: Tras la fase preliminar ajustada a un proceso Delphi estándar, el equipo de expertos identifica problemas prioritarios de calidad genéricos, de estructura (recursos físicos y capacitación del personal) y de procesos (gestión de datos). Tras el análisis de las causas, se desarrolla un panel de actividades y se definen unos indicadores de calidad para evaluar la mejoría a los 6 meses. En la fase exploratoria el grupo de expertos, en base a la evidencia científica y

tras reuniones de consenso, desarrolla unas recomendaciones para el uso de terapias biológicas en base a seguimientos protocolizados relacionadas con la nueva realidad de trabajo en la unidad. Se adoptan modelos de gestión coste-eficientes ya implantados en el hospital y se describe un baremo de adecuación a la terapia biológica tras validación del mismo de forma interna. En la fase de análisis y evaluación de datos se describe el sistema informático aplicado y se evalúa el impacto económico beneficioso conseguido con el desarrollo de la unidad.

Conclusiones: Tras la implementación de un proceso Delphi en el desarrollo de una UFTB ponemos en evidencia la necesidad actual de protocolizar el seguimiento de los pacientes con artritis crónicas en terapias biológicas de forma multidisciplinaria para garantizar un uso, al menos a corto plazo, coste-efectivo de las mismas. Se desarrolla, además, un baremo que ayudará a validar si esta gestión es también beneficiosa a largo plazo.

226. VARIABILIDAD EN LOS HOSPITALES DE DÍA DE REUMATOLOGÍA EN ESPAÑA: CARACTERÍSTICAS, DOTACIONES, FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DESDE EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA

L. Cano-García¹, J. de la Torre-Aboki², R. García de Vicuña³, C. Martínez Fernández⁴ y Comité Científico del Grupo VALORA

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

²Hospital General Universitario de Alicante. ³Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁴Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Objetivos: Describir la variabilidad de los HdD de Reumatología en España, en términos de recursos, organización, gestión, y de aplicación de estándares de calidad. Identificar factores asociados a variabilidad evitable y definir recomendaciones que contribuyan a una aplicación factible de dichos estándares.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico (116 centros con HdD seleccionados en 19 CCAA) realizado en dos fases: cuantitativa y cualitativa. Presentamos parte del estudio cuantitativo con los datos obtenidos mediante cuestionario autoaplicado, consensado por un comité científico y pilotado en 3 centros. Las variables incluyen características del hospital (H), del Servicio y del HdD, para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad sobre la Estructura, Procesos y Resultados, previamente definidos en el Plan ICARO de la SER. El análisis de los datos (STATA), describe frecuencias para las variables categóricas, y medias (desviación estándar) o medianas [rangos intercuartílicos (IQ)], para las variables cuantitativas, según su distribución (normal o no).

Resultados: Trabajo de campo realizado de mayo a diciembre 2012. Participaron 71 reumatólogos y 28 enfermeras de 89 Hospitales (H) de 16 CCAA y Melilla. Respecto a los Servicios participantes, el 76% tiene 1-4 profesionales de enfermería fijos y el 52% consulta de enfermería. El HdD atendió una mediana de 667 tratamientos en 2011 (rango IQ [300-1.250]). Respecto a los Servicios participantes, la mitad de los centros tiene 5 facultativos con un rango IQ [4-8], el 76% tiene 1-4 profesionales de enfermería fijos y el 52% consulta de enfermería. En cuanto al personal adscrito al HdD, un 42% de cen-

tros tiene un médico, 100% tienen enfermeros y un 73% auxiliares de enfermería. Los turnos de atención a pacientes son de mañanas (51%) y de mañanas y tardes (49%). En cuanto a la dotación, el 62% de los centros tiene una disposición de boxes centralizada, con control de enfermería en el 94%, y una media de 13 sillones y 5 camas (rango 1-56 y 1-27, respect.) Solo el 85% tiene carro de paradas. La coordinación del HdD la realiza personal de enfermería en el 50% de los centros y el mantenimiento lo realizan mayoritariamente el supervisor (47%) o enfermeras (45%). Existen protocolos de enfermería en el 79%, y casi la mitad realiza checklist de enfermería. El 84% de centros ofrece Atención telefónica a pacientes, el 68% lleva un registro de estas llamadas y el 62% tiene asignada a una persona concreta, que en el 81% de los HdD corresponde a enfermería. Hay un sistema de citación específico mayoritario (97%) pero la confirmación de asistencia al HdD solo se realiza en el 69%. Son mayoritarios el Registro de Pacientes (94%) y la Confirmación de Asistencia a Farmacia (92%). La educación sanitaria a pacientes familiares y cuidadores se da en el 73% de centros, fundamentalmente por personal de enfermería.

Conclusiones: Existe variabilidad en la atención de enfermería a pacientes de los HdD reumatológicos, en particular en la atención telefónica a los pacientes aunque mayoritariamente la persona encargada es la enfermera. El sistema de citación, registro de pacientes y confirmación de la asistencia a Farmacia es mayoritario y resulta imprescindible para un correcto funcionamiento del hospital de día y seguimiento del tratamiento. La dotación de los HdD es bastante completa aunque llama la atención que un 15% de los centros no posea carro de paradas para la actuación en casos de emergencia.

Este proyecto ha sido financiado por Roche en el contexto del plan ICARO de la SER.

227. MANEJO DE LA AFECTACIÓN OCULAR DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS Y ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN UNA CONSULTA GENERAL DE REUMATOLOGÍA

J.A. Carrasco Fernández, S.A. Sánchez-Fernández, L.M. Rojas Vargas y E. Becerra Fernández

Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Objetivos: Describir el manejo de la afectación ocular de pacientes con espondiloartropatías (Esp) y artritis idiopática juvenil (AIJ) en una consulta general de Reumatología.

Introducción: La afectación ocular de los pacientes con Esp o AIJ es un hecho contrastado hasta el punto de que los reumatólogos junto con los oftalmólogos en muchos hospitales han instaurado consultas específicas para el diagnóstico y tratamiento de la afectación ocular. Sin embargo, la mayoría de los hospitales en España aún no cuentan con consultas de este tipo, dificultándose la colaboración entre especialidades, colaboración que es esencial ya se necesita la valoración oftalmológica para determinar la eficacia del tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo en el que se revisan las historias clínicas de aquellos pacientes con Esp y AIJ diagnosticados por un reumatólogo en el Hospital La Mancha Centro, desde el 2007 hasta la actualidad, y recogiendo los datos de aquellos pacientes con historia de afectación ocular inflamatoria.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes: 17 (84,2%) con diagnóstico de Esp y 2 (10,5%) con AIJ. La edad de las Esp fue de $52 \pm 8,24$ (M \pm DE) años y de las AIJ $13,06 \pm 2,20$ (M \pm DE). El 63,2% de las Esp y el 50% de las AIJ fueron varones. Ambas AIJ fueron B27-, mientras que el 87,5% de las Esp fueron B27+. La duración de la enfermedad reumática fue de $15,93 \pm 11,38$ (M \pm DE) años para Esp y 9 años para las AIJ. Todos los casos presentaron uveítis anterior, un 78,9% unilateral, 5,3% bilateral y 15,8% alternante. El curso fue agudo en el 26,3%, 63,2% agudo recidivante y el 10,5% crónico (ambos AIJ). La media de episodios de uveítis fue de $3,11 \pm 2,32$ (M \pm DE), con tyndal $3 \pm 1,22$ (moda \pm varianza). El 23,5% presentaron sinequias y el 52,9% precipitados corneales al inicio. Todos fueron tratados inicialmente por un oftalmólogo siendo los corticoides tópicos el tratamiento más frecuente (84,2% en monoterapia). Solo 3 pacientes usaron otros tratamientos al inicio: 1 infliximab, 1 etanercept (AIJ) y 1 corticoides sistémicos (indicados por manifestaciones extraoculares (tabla). El FAME más usado fue la SSZ seguido del MTX. De los biológicos, el más usado fue ADA. Si bien el tipo de estudio no permite inferir sobre la eficacia de los tratamientos, según nuestros datos ADA es el que ha controlado un mayor número de uveítis.

Conclusiones: A pesar de la generalización de las consultas de uveítis que permiten un tratamiento y enfoque multidisciplinar, en aquellos hospitales en los que no se han instaurado, la indicación y valoración de tratamientos sistémicos complejos que permitan el control de la afectación ocular y articular recae en el reumatólogo. Por este motivo, los reumatólogos debemos profundizar en la patología ocular asociada a las enfermedades reumáticas con idea de mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

Tabla Póster 227

Evolución de los tratamientos recibidos por los pacientes

| Nº paciente | Diagnóstico | Tto 1 | Tto 2 | Tto 3 | Tto 4 | Tto 5 |
|-------------|-------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | Esp | Corticoide tópico | | | | |
| 2 | Esp | Corticoide tópico | | | | |
| 3 | Esp | Corticoide tópico | SSZ | ADA | | |
| 4 | Esp | Corticoide tópico | ETA† | | | |
| 5 | Esp | Corticoide tópico | MTX | ADA | | |
| 6 | Esp | Corticoide tópico | SSZ | IFX | ADA | MTX* |
| 7 | Esp | Corticoide tópico | SSZ | | | |
| 8 | Esp | Corticoide tópico | | | | |
| 9 | Esp | Corticoide tópico | | | | |
| 10 | Esp | Corticoide sistémico | MTX | SSZ | IFX | ETA |
| 11 | Esp | Corticoide tópico | Corticoide tópico | Corticoide tópico | Corticoide tópico | Corticoide tópico |
| 12 | Esp | Corticoide tópico | Corticoide tópico | SSZ | | |
| 13 | Esp | Corticoide tópico | Corticoide tópico | Corticoide tópico | Corticoide tópico | ADA |
| 14 | Esp | Corticoide tópico | SSZ | ADA | | |
| 15 | Esp | Corticoide tópico | Corticoide tópico | | | |
| 16 | Esp | IFX§ | | | | |
| 17 | Esp | Corticoide tópico | | | | |
| 18 | AIJ | Corticoide tópico | MTX | MMF | IFX | ADA |
| 19 | AIJ | ETA§ | ADA | | | |

Esp: espondiloartropatía. AIJ: artritis idiopática juvenil. SSZ: sulfasalazina. MTX: metotrexato. MMF: mofetil micofenolato. IFX: infliximab. ETA: etanercept. ADA: adalimumab. *Asociado a ADA. †Iniciado por manifestaciones extraoculares. ‡Actualmente con recidiva de la uveítis.

228. EFICACIA DEL USO DE CICLOFOSFAMIDA EN LA ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR DIFUSA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M.A. Blázquez Cañamero¹, C. Velázquez Arce¹, C. Guillén Astete¹, P. García de la Peña² y C. de la Puente Bujidos¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Sanchinarro. Madrid.

Introducción: El propósito del presente estudio es el de expresar los resultados de nuestra experiencia en el tratamiento con bolos de ciclofosfamida (CF) intravenosa en la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en pacientes con esclerosis sistémica (ES) o enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC).

Objetivos: Determinar la eficacia del tratamiento con CF en la EPID asociada a ES.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva compuesta por 16 pacientes consecutivos diagnosticados de ES y EITC. Se recogieron datos relacionados con el tipo de ES, perfil inmunológico, EPID y tratamiento con CF. Las variables analizadas fueron: capacidad vital forzada (CVF) (basal, 12m y 24m), Volumen espiratorio forzado al primer segundo (VEF1) (basal, 12m y 24m), dosis media de CF, desenlace radiológico a los 24m, Test de difusión de CO (DLCO), índice de Tiffeneau y valoración clínica del Test de los 6 minutos (T6M). Las comparaciones se hicieron por medio de las pruebas de ANOVA, t Student y chi cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson según correspondencia.

Resultados: 15 pacientes con ES (6 cutáneas limitadas, 8 cutáneas difusas, 1 ES sin esclerodermia) y 1 paciente con EITC presentaron manifestaciones de compromiso respiratorio y fueron seguidos una media de 7 DE 6 años. La dosis media de CF fue de 900 mg/ciclo. La mediana del número de ciclos fue 10 (media 9,46). A los 12 meses de haberse iniciado los ciclos, se observó una variación en la CVF de -3,90 DE 12,10%. A los 24 meses la CVP se modificó -2,22 DE 10,79% respecto del año anterior (p = 0,737). En cuanto al volumen espiratorio forzado al primer segundo (VEF1), a los 12 meses se observó una variación de -7,70 DE 12,63% y durante el segundo año +2,92 DE 16,91% (p = 0,115). El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de EPID y el inicio de CF fue de 24 DE 23 meses. No encontramos correlación entre esta medida y la variación de CVP ni VEF1. Por otro lado, la dosis administrada de CF presentó una correlación negativa con la variación del CVF y VEF1 a los 12 primeros meses con coeficientes de Pearson de -0,775 [IC95 -0,938 a -0,329] y -0,833 [IC95 -0,955 a -0,465] (p = 0,005 y 0,0015) respectivamente. Los valores de DLCO y el índice de Tiffeneau no mostraron correlación alguna con la dosis administrada, el tiempo hasta el inicio del tratamiento, la presencia de SCL70(+) o el tipo de esclerodermia. El T6M, interpretado ordinalmente, tampoco se correlacionó con el resto de variables. Se observó que el patrón radiológico a los 24 meses mejoró en 2/16 pacientes, manteniéndose estable en 6/16 y empeorando en 4/16. No se identificó asociación dicotómica entre las alteraciones basales del T6M o DLCO y el desenlace radiológico a los 12m y 24m, ni tampoco con los valores basales o a los 12m de VEF1 o CVF.

Conclusiones: Los resultados observados a lo largo de este periodo de seguimiento apuntan a aceptar que el beneficio del uso de CF radica fundamentalmente en la reducción de la pérdida de función respiratoria. Otros estudios similares coinciden en que aunque este beneficio es demostrable mediante la espirometría, la repercusión clínica no es significativa a menos que los datos espirométricos se correlacionen con estabilización o mejoría de la imagen radiológica. Cohortes más grandes y seguimientos más prolongados son necesarios para deslindar los beneficios del uso de ciclofosfamida en seguimientos poblaciones particulares (edad, peso, perfil inmunológico y tipo de enfermedad).

229. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN MUJERES PREMENOPÁUSICAS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

A.P. Cacheda, L. López-Núñez, J.G. López V., I. Padró y A. Pros

Servicio de Reumatología. Parc Salut Mar. Barcelona.

Introducción: La disfunción sexual femenina (DSF) afecta al 20-50% de todas las mujeres e incluye sequedad y disconfort vaginal, dispareunia y frecuencia e intensidad de orgasmos reducidas (Impens et al. Int J Rheumatol, 2010, doi:10.1155/2010/139020; Levis et al. Arthritis Care Res. 2012;64:340-50). En la esclerosis sistémica (ES) y en otras enfermedades crónicas (Schouffoer et al. Arthritis Care Res. 2009;61:1601) existe un grado mayor de DSF comparado con controles sanos. No se conoce el grado de DSF en mujeres premenopáusicas afectas de ES.

Objetivos: Estimar la prevalencia de DSF en pacientes premenopáusicas con ES, y compararla con un grupo control sano.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo de la cohorte de mujeres premenopáusicas con ES del dispensario monográfico del Hospital del Mar que accedieron a participar en el estudio. Se distribuyeron los cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index o FSFI) y Test de Función Sexual Femenina a las pacientes con ES y a un grupo control sano de características demográficas comparables. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v.15. Los test estadísticos aplicados fueron U-Mann Whitney y test de Fischer.

Resultados: 7 mujeres premenopáusicas con ES aceptaron participar en el estudio y fueron comparadas con 7 controles sanos. La media de edad fue similar entre ambos grupos (p 0,38), siendo de 40,4 años (DE 3,5) en el grupo de esclerodermia y de 37,8 (DE 6,7) entre las mujeres del grupo control. Un 57% de las mujeres con ES mostraron una disfunción sexual moderada, mientras que en el grupo control éste porcentaje fue de 0, sin hallarse diferencias significativas (p = 0,07). El Índice de Función Sexual resultó inferior en las pacientes con ES, siendo de 16,78 [IC95% 5,47-28,1] en este grupo, y de 33,87 [IC95% 32,54-35,19] en el grupo control (p = 0,001).

Conclusiones: En nuestro estudio el 57% de las mujeres premenopáusicas con ES mostraron una disfunción sexual moderada, y el Índice de Función Sexual fue significativamente mayor en el grupo de mujeres sanas. Sin embargo, son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes para poder confirmar estos resultados. Agradecemos a D. Osorio por el análisis estadístico.

230. CUANTIFICACIÓN DEL INCREMENTO DE EVENTOS ADVERSOS MENORES Y LEVES EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

C. Guillén Astete¹, A. Boteanu¹, L. García Ramos², B. Conde Campayo², W.A. Sifuentes Giraldo¹ y M.L. Gamir Gamir¹

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Reumatología;

²Unidad Docente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El uso de terapias biológicas (TB) representa un importante progreso en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil. Su actividad farmacológica, no obstante, induce un estado de inmunosupresión que supone incremento de riesgo de padecer procesos infecciosos o que estos tengan una mayor gravedad. Los registros de eventos adversos de TB población pediátrica son escasos en comparación con los disponibles para adultos y se han centrado en aquellos de mayor gravedad y, afortunadamente, menor frecuencia.

Objetivos: El propósito del presente estudio es comparar la incidencia de eventos adversos (EA) leves y menores en pacientes con AIJ que reciben TB con la de la población general pediátrica de dos centros de salud de nuestra área.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivas. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con AIJ tratados con TB en nuestra unidad desde el año 2002. De este grupo se incluyeron aquellos pacientes que recibieron el tratamiento antes de cumplidos los 16 años y cuyas historias clínicas hospitalarias y ambulatorias estuvieran disponibles. La cohorte control fue obtenida de dos centros de salud del área IV vinculada a nuestro hospital. Se incluyeron 3 controles consecutivos aleatorios por cada sujeto de la cohorte tratada con la misma edad en años (edad al inicio de la TB) y el mismo sexo. En ambas cohortes se realizó un seguimiento de los acontecimientos adversos menores (definición OMERACT 8) registrados en las historias clínicas, en el registro informático de urgencias, en las visitas a su centro de salud y en sus controles pediátricos. El fin del seguimiento de las cohortes fue al cumplir los 16 años o el 31.12.2012.

Resultados: Se siguieron 30 pacientes durante una media de 4,2 DE 1,8 años y 90 sujetos sanos durante una media de 8,5 DE 2,6 años. El tiempo de seguimiento efectivo durante la TB (excluyendo periodos en los que la TB fue suspendida) fue de 3,1 DE 1,5 años. La incidencia de EA leves fue 1,90 casos/niño/año en el grupo TB y 1,05 casos/niño/año en el grupo control ($p < 0,05$) suponiendo un incremento del riesgo del 80,9%. La incidencia de EA moderados fue de 1,56 casos/niño/año en el grupo TB y 1,26 casos/niño/año en el grupo control ($p = 0,04$) suponiendo un incremento del riesgo del 23,8%.

Conclusiones: La definición OMERACT de eventos adversos leves hace que su registro en las historias clínicas pueda estar subestimado sin embargo la condición de enfermo permite suponer que esta subestimación es menos probable en la cohorte de pacientes que en la de sujetos sanos. Creemos que el dato más valioso del presente estudio radica en los EA moderados ya que estos exigen por definición una valoración médica que, con mínimas excepciones, queda siempre registrada. Dado que los EA moderados son mucho más frecuentes que los serios o graves, consideramos que el presente estudio aporta una información relevante para transmitir a los padres de niños que recibirán terapias biológicas. Es necesario un seguimiento prospectivo de cohortes más grandes y a lo largo de más tiempo para obtener información sobre el incremento de riesgos en distintos estratos de edad o diferentes categorías ILAR de la AIJ.

231. LA ENTESITIS ES UN FENÓMENO INFLAMATORIO CON MAYOR REPERCUSIÓN ANALÍTICA QUE LA DACTILITIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

A.I. Turrión Nieves^{1,2}, J. Montserrat³, R. Martín Holguera², A.I. Sánchez Atrio¹, A. Pérez Gómez¹, F. Albarrán Hernández¹, E. Fenoy Soriano¹, E. Cuende Quintana¹, C. Alonso Rodríguez⁴, M.J. Leon Cabezas⁵, L. Ruiz Gutiérrez¹, E. Reyes³, R. Hernández Alfaro⁶, H. Moruno Cruz¹ y M. Álvarez de Mon Soto^{1,3}

¹Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. ²Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Universidad de Alcalá de Henares. ³Laboratorio de Inmunología. CNB-CSIC R_e D Unidad Asociada. IMMPA. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. ⁴Departamento de Física y Matemáticas. Universidad de Alcalá de Henares. ⁵Laboratorio de Inmunología. CNB-CSIC R_e D Unidad Asociada. IMMPA. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. ⁶Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: Según los expertos, McGonagle et al (Arthritis Rheum. 1998;41:694-700), en la dactilitis de las espondiloartropatías la sinovitis es secundaria a un proceso de difusión de citoquinas desde la entesis, por lo que es de esperar que tenga un componente

analítico inflamatorio más llamativo que la entesitis aislada. En el caso de la dactilitis la entesis sería la localizada a nivel de pequeñas articulaciones (dedos de manos o pies). Mientras que las entesitis que se valoran en los estudios de espondiloartropatías no afectan a estas pequeñas articulaciones.

Objetivos: Valorar de una batería de análisis de parámetros de inflamación y citoquinas cuál de ellos nos permite discriminar entre un grupo de pacientes con espondiloartropatía cual sería discriminante en dactilitis como en entesitis.

Métodos: Se han estudiado 99 pacientes con espondiloartropatía (36 padecían espondilitis anquilosante y 63 artritis psoriásica) cumplían los criterios de clasificación diagnóstica ASAS y CASPAR respectivamente. Todos ellos firmaron consentimiento informado para formar parte de este estudio. Todos procedentes de las consultas externas de nuestro hospital. Se valoró cuantos pacientes presentaban dactilitis y cuantos entesitis. Se realizó estudio analítico en que incluyó VSG, PCR, IgA, haptoglobina, ceruloplasmina, a1 glicoproteína, IL-2, IL4, IL5, IL-6, IL-9, IL-13 IL-17, IL-12p70, IL-22, interferón -β, TNF-α e INF-γ. Se realizó el estudio estadístico comparando los niveles de dichas citoquinas frente a la presencia - ausencia de entesitis y frente a la presencia o ausencia de dactilitis.

Resultados: De los 99 pacientes estudiados 56 presentaban entesitis y 39 presentaban dactilitis. En cuanto a la dactilitis se realizaron los estudios estadísticos correspondientes encontrando que ninguno de los parámetros estudiados servía para discriminar los pacientes que presentaban dactilitis de los que no la padecían. En la entesitis fue discriminante la VSG, la haptoglobina y casi la IL-6. Se aplicó el test de Mann-Whitney con resultados de $p = 0,013$ para la VSG, $p = 0,046$ para la haptoglobina y $p = 0,053$ para la IL-6.

Conclusiones: Frente a lo descrito en nuestros pacientes el componente inflamatorio es más significativo en las entesitis que en las dactilitis. Permittiéndonos en las primeras a partir de determinaciones analíticas como son la VSG y la haptoglobina apoyar la presencia de actividad inflamatoria, mientras que en las dactilitis no nos sirven ninguno de los marcadores estudiados que pueda confirmar la inflamación a este nivel.

232. PREVALENCIA DEL HLA_CW* 06/*07 Y SU RELACIÓN CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN EL NOROESTE DE ESPAÑA

E. Alonso, C. Bejerano, S. Pértega, I. Rego, J.A. Pinto, C. Fernández, M. Acasuso, J. de Toro, F.J. Blanco y J.L. Fernández-Sueiro

CAP San José. Servicio de Epidemiología y Estadística. Universidad da Coruña. INIBIC. Servicio de Reumatología. CHU A Coruña.

Objetivos: La intención de este estudio fue determinar la prevalencia del HLA-Cw6 y Cw7 en nuestra población sana, pacientes con psoriasis cutánea sin enfermedad musculoesquelética y pacientes con artritis psoriásica y analizar su influencia en las características clínicas de la enfermedad articular, especialmente con el HLA-Cw* 0602 (PSORS1), el principal factor de riesgo genético.

Métodos: Se determinó la prevalencia del HLA-Cw*06 y *07, y sus subtipos, en controles sanos, pacientes con psoriasis cutánea y artritis psoriásica (APs) y se analizó su relación con las formas clínico-radiológicas de la APs (periférica pura y axial/mixta) en cuanto a características demográficas, clínicas, analíticas, metrológicas y daño radiológico. Se analizó la asociación entre los alelos HLA-Cw*06 y *07 -y sus subtipos- y enfermedad por odds ratio (OR) y para comparar las diferencias entre los individuos portadores y no portadores de los alelos se utilizaron el test de la chi cuadrado, test exacto de Fisher y t de Student. Se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Las frecuencias del HLA-Cw*06 fueron mayores en psoriasis tipo I (OR 7,1; IC95% 1,8-27,9; $p < 0,0001$) y APs (OR 3,5; IC95% 1,7-7,3; $p < 0,001$) con respecto a los controles sanos, siendo el diag-

nóstico a edades más tempranas en los portadores de HLA-Cw*06 en la psoriasis (19,4 años (DE 12,5) vs 34,8 (18,8), $p < 0,0001$) pero no en la APs ($p 0,941$) aunque los pacientes con APs con psoriasis tipo I si se habían diagnosticado antes que los tipo II (40,0 años (12,2) vs 57,6 (9,7), $p < 0,0001$) independientemente de los alelos HLA-Cw*06. HLA-Cw*0602 se asoció con psoriasis tipo I (OR 3,3; IC95% 1,5-7,1; $p 0,003$) y APs (OR 3,5; IC95% 1,7-7,3; $p 0,001$) cuando se comparó con los controles sanos, pero no hubo diferencias de prevalencia del HLA-Cw*0602 entre las formas clínico-radiológicas de la APs ni con las características clínicas, analíticas, metrológicas o radiológicas. Los pacientes con APs con psoriasis tipo I tuvieron una mayor prevalencia de HLA-Cw*0602 que la APs con psoriasis tipo II (tabla). No se observaron diferencias para el HLA-Cw*07 y sus subtipos con respecto a controles sanos o pacientes con psoriasis.

| HLA-Cw*0602 | N | % | OR | IC95% (OR) | p |
|----------------|--------|------|-----|------------|----------|
| Controles | 10/101 | 9,9 | 1 | | |
| APs | 48/172 | 27,9 | 3,5 | 1,7-7,3 | 0,001 |
| periférica | 29/109 | 26,6 | 3,3 | 1,5-7,2 | 0,003 |
| axial/mixta | 7/33 | 21,2 | 2,4 | 0,8-7,1 | 0,097 |
| axial pura | 4/15 | 26,7 | 3,3 | 0,9-12,3 | 0,075 |
| mixta | 3/18 | 16,7 | 1,8 | 0,4-7,4 | 0,402 |
| Psoriasis | 31/117 | 26,5 | 3,3 | 1,5-7,1 | 0,003 |
| Tipo I | 29/85 | 34,1 | 4,7 | 2,1-10,4 | < 0,001 |
| Tipo II | 1/32 | 3,1 | 0,3 | 0,03-2,4 | < 0,0001 |
| APs-Ps tipo I | 37/121 | 30,6 | 4,0 | 1,8-8,5 | 0,001 |
| APs-Ps tipo II | 11/45 | 24,4 | 2,2 | 0,8-5,6 | 0,120 |

Conclusiones: El HLA-Cw*06 y su principal subtipo *0602 son más prevalentes en nuestros pacientes con psoriasis cutánea y artritis psoriásica comparados con los controles sanos, siendo más frecuentes en los pacientes con un diagnóstico a una edad más temprana. No se observó influencia alguna sobre las demás características analizadas de la APs. No se halló ninguna diferencia con el HLA-Cw*07.

233. PERICARDITIS IDIOPÁTICA RECURRENTE Y FÁRMACOS ANTI-TNF α

J.C. Nieto González, I. Monteagudo, L. Valor, I. de la Torre, F.J. López-Longo, C.M. González, L. Martínez-Estupiñán y L. Carreño

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La pericarditis idiopática recurrente (PIR) es una entidad de etiología desconocida, sospechándose una etiología inmunológica, autoinmune o autoinflamatoria. El tratamiento habitual son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). La colchicina y los esteroides se utilizan en los casos refractarios, y metotrexato como ahorrador de corticoides. Existen casos aislados del uso de fármacos anti-interleucina 1 con buena respuesta clínica. Aunque el tratamiento habitual suele ser suficiente para controlar el proceso, existen casos que requieren otras alternativas. Presentamos el caso de 3 pacientes con PIR que fueron refractarios al tratamiento habitual y respondieron al tratamiento con anti-TNF.

Casos clínicos: Paciente 1: niño de 9 años que en 2001 presentó un episodio de pericarditis. Se descartaron causas infecciosas e inmunológicas. Se inició tratamiento con colchicina y prednisona (PRD). En los 2 años siguientes, pese al tratamiento continuado con PRD 1 mg/kg/día, tuvo varios episodios de pericarditis, requiriendo pericardiocentesis en uno de ellos. Desarrolló un síndrome de Cushing secundario, por lo que se instauró tratamiento con etanercept (ETAN) 25 mg cada 4 días durante un episodio agudo. Tras 2 dosis se encontraba asintomático y se redujo la PRD progresivamente hasta su suspensión. Se espació ETAN durante 6 años hasta suspenderlo por completo en 2009, sin presentar recaídas. Paciente 2: niña de 11 años, que en mayo de 2006, tras la vacunación triple vírica, presentó una pericarditis severa que requirió ingreso en la UCI y pericardiocentesis. Se descartaron causas infecciosas e inmunoló-

gicas. Se inició tratamiento con AINE y PRD con buena respuesta clínica. Al reducir la PRD presentaba nuevos episodios de pericarditis. Fue tratada con PRD 1 mg/kg/día, AINE y colchicina de forma ineficaz. Se introdujo ETAN a dosis estándar durante un episodio agudo en 2006. Tras 2 dosis se encontraba asintomática. Se retiró la PRD progresivamente. Tras 5 años con ETAN en monoterapia y espaciamiento se suspendió en octubre de 2011, sin recaídas. Paciente 3: niño de 14 años que, tras la vacunación del tétanos en agosto de 2008, presentó un episodio de miopericarditis aguda tratado con AINE. En los meses siguientes presentó 3 episodios de dolor torácico y alteraciones EKG, sin derrame pericárdico ni elevación de enzimas cardíacas, que se trataron con AINE y colchicina. Los estudios inmunológicos fueron negativos. Se inició ETAN 25 mg cada 4 días por el mal control clínico y la limitación severa al ejercicio, mejorando a las pocas semanas. Se suspendieron los AINE y la colchicina y se comenzó el espaciamiento de ETAN. A los 6 meses presentó dolor torácico y disnea, no respondiendo al aumento de ETAN a dosis habituales. Se decidió el inicio de adalimumab (ADA) a dosis de 40 mg cada 14 días. El paciente mejoró clínicamente, retirándose AINE y colchicina 3 meses después. Actualmente el paciente se encuentra estable con dosis habituales de ADA.

Discusión: El tratamiento habitual de la PIR con AINE, esteroides y colchicina es eficaz en la mayoría de los casos, pero son también frecuentes sus efectos secundarios, especialmente perjudiciales en edad infantil. Aquellos pacientes refractarios al tratamiento habitual o que presentan efectos secundarios graves, el tratamiento con fármacos anti-TNF, de acuerdo con nuestra experiencia clínica, podría ser una posibilidad terapéutica, pudiendo suspenderse de forma progresiva algunos casos.

234. USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

M.R. Oliva Ruiz, M.J. Moreno Martínez, P. Sánchez-Pedreño y M.J. Moreno Ramos

Servicio de Reumatología y Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivos: Valorar la efectividad de ustekinumab para el tratamiento de la artropatía psoriásica, a nivel cutáneo y articular. Presentamos cuatro casos de pacientes revisados en la consulta de Reumatología y Dermatología del HUCA.

Casos clínicos: Nº 1: varón de 61a diagnosticado de artropatía psoriásica axial. En tratamiento con adalimumab, metotrexato 15 mg/sem y AINEs, con el que persisten las lesiones cutáneas y se obtiene control las manifestaciones articulares. Tras 5 meses sin respuesta cutánea con dicho tratamiento, se inicia ustekinumab. Nº 2: varón de 35a diagnosticado de artropatía psoriásica axial y periférica. Inició tratamiento con metotrexato, AINEs y esteroides con buen control cutáneo y articular. Meses después se añade adalimumab por mal control de su patología (cutánea y articular). Ante la persistencia de la clínica tras 6 meses se sustituyen adalimumab y metotrexato por infliximab y leflunomida, obteniéndose control de síntomas. Posteriormente desarrolla una neumopatía intersticial, por lo que se suspende el tratamiento previo e inicia abatacept. Tras el inicio de la nueva terapia, aparecen lesiones psoriásicas extensas en los miembros, torso y cuero cabelludo, por lo que, en consenso con el servicio de Dermatología, se decide iniciar tratamiento con ustekinumab junto a esteroides y analgésicos. Nº 3: mujer 43a, diagnosticada de artropatía psoriásica con afectación axial en 2001. En tratamiento con metotrexato durante año y medio, que se suspende por ineficacia. En 2002 se inicia leflunomida y metil-prednisolona 4 mg, retirado por persistencia de manifestaciones articulares y empeoramiento de las lesiones cutáneas, añadiendo etanercept en enero 2010. Tras falta de respuesta a los 10 meses de tratamiento, se suspende etanercept e inicia abatacept. Después de 1 año de trata-

miento se decide cambiar a ustekinumab por ineficacia, objetivando una respuesta clínica tanto cutánea como articular. Nº 4: varón 39a, diagnosticado de artropatía psoriásica con afectación mixta (axial y periférica), y lesiones psoriasisiformes en cuero cabelludo y zona genital, que inicia tratamiento con adalimumab, prednisona 5 mg y etoricoxib. Tras un año con el tratamiento comienza con empeoramiento de las lesiones cutáneas, en las zonas antes expuestas, que no responden a tratamiento tópico ni PUVA. A nivel articular el paciente se encuentra en remisión. Se decide sustituir adalimumab por ustekinumab desapareciendo por completo las lesiones psoriásicas pero comenzando con artritis de metatarsfalángeas, dactilitis en los dedos de los pies y lumbalgia inflamatoria.

Discusión: Ustekinumab es una opción terapéutica a tener en cuenta en los pacientes con artropatía psoriásica, que presentan lesiones cutáneas rebeldes a distintos fármacos biológicos. En cuanto a las manifestaciones articulares de la enfermedad los resultados son más discordantes, como se muestra en nuestros datos.

235. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

J. Cañete¹, M. López Lasanta², J. Tornero³, A. Fernández Nebro⁴, J.L. Fernández Sueiro⁵, F. Blanco⁵, J. Rodríguez⁶, I. González⁷, J. Gratacós⁸, J. Maymó⁹, R. Queiro¹⁰, J. Ballina¹⁰, C. Montilla¹¹, B. Fernández¹², J.C. Torre Alonso¹³, A. Olivé¹⁴, J.J. Pérez Venegas¹⁵, H. Corominas¹⁶, A. Erra¹⁷, S. Muñoz¹⁸, C. González¹⁹, D. Roig²⁰, G. Ávila², A. Alonso², T. Juliá², R. Tortosa², A. García-Montero²¹ y S. Marsal²

¹Hospital Clínic. Barcelona. ²Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ³Hospital Universitario de Guadalajara.

⁴Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. ⁵INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. ⁶Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

⁷Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁸Hospital Parc Taulí.

⁹Hospital del Mar. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹¹Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ¹²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹³Hospital Monte Naranco. Oviedo.

¹⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁵Hospital del SAS de Jerez. Cádiz. ¹⁶Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹⁷Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹⁸Hospital Infanta Sofía. Madrid. ¹⁹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²⁰Unitat de Reumatologia. CAE Cornellà. Barcelona. ²¹Banco Nacional de ADN. Salamanca.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades complejas de etiología desconocida donde participan tanto factores genéticos como ambientales (i.e. tabaco, dieta, alcohol). Son enfermedades prevalentes (1,5-3% en las distintas series) que afectan a un sector de la población laboralmente activo. 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 artritis psoriásica en una muestra de pacientes representativos de la población española.

Métodos: Estudio transversal, comparativo y multicéntrico de una cohorte de pacientes con AR y APs controlados en n = 20 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: fruta fresca, carne, pescado, legumbres, verdura, pasta, arroz, pan, lácteos, embutidos y dulces. Se incluyeron aquellos pacientes en los que el grado de cumplimentación del cuestionario epidemiológico

superaba el 60% del conjunto de variables de registro obligatorio. La descripción cuantitativa de los datos se presentó como la media ± desviación estándar. La significación estadística se estableció para un valor de p < 0,05 mediante la prueba de la t de Student para las variables cuantitativas y del χ^2 para las variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 3.229 pacientes de un total de 3.941 encuestados, 2.101 eran pacientes con AR (65%) y 1.128 pacientes con APs (35%). La proporción de mujeres era de un 77% entre los pacientes con AR y un 47% entre los pacientes con APs. En relación al consumo de fruta fresca y pescado se observó que los pacientes con AR consumían de forma significativa fruta y pescado un mayor número de días a la semana que los pacientes con APs ([5,58 vs 5,09; p = 8×10^{-12}] [2,65 vs 2,52; p = 2×10^{-2}]). Se observó que la ingesta de pasta, arroz y patatas fue significativamente superior entre los pacientes con AR ([3,41 vs 3,22; p = 7×10^{-3}] que en los pacientes con APs. Entre los pacientes con AR, el valor medio de la ingesta semanal de verdura fue de 4,23 días y entre los pacientes con APs fue de 3,97 días (p = 6×10^{-4}). Así mismo también se observó que entre los pacientes con AR, el consumo de lácteos fue significativamente superior que entre los pacientes con APs (5,89 vs 5,62; p = 3×10^{-5}). Entre los pacientes con APs, el valor medio en días de la ingesta semanal de carne, embutidos y dulces fue estadísticamente superior al compararlo con los pacientes con AR ([3,17 vs 2,72; p = 3×10^{-13}], [2,02 vs 1,58; p = 9×10^{-10}] [2,98 vs 2,72; p = 5×10^{-3}]), respectivamente.

Conclusiones: El presente estudio ha permitido describir los hábitos alimentarios diferenciales de una gran cohorte de pacientes con APs y AR representativa de la población española. Destaca un mayor consumo de fruta, pescado, pasta, arroz y verduras en el subgrupo de pacientes con AR y un mayor consumo de carne, embutido y dulce en el subgrupo de pacientes con APs.

236. TERAPIA BIOLÓGICA EN TIEMPOS DIFÍCILES: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL: FUNDACIÓN HOSPITAL ESPERIT SANT, SANTA COLOMA DE GRAMENET (BARCELONA)

Y.M. León Hernández-Rico, T. Mariné Hernández, M. Torres Salinas, A. Miñarro Belzuz, Y. Luna del Pozo y M.R. Capellán Arribas

Fundación Hospital de L'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

Introducción: Con la aparición de las terapias biológicas surge la necesidad de ubicar un espacio donde poder aplicarlas, controlar su administración, y evaluar los resultados. Los hospitales de tercer nivel pueden llegar a tener varias salas de Hospital de Día. En el caso de un hospital comarcal existe un espacio único y común para las diferentes especialidades médicas. La situación económica actual caracterizada por la disminución de los recursos disponibles en cuanto a personal, material y fármacos nos obliga a optimizarlos.

Objetivos: "¿Cómo con poco se puede hacer mucho?": describir el funcionamiento de nuestro hospital de día en terapias biológicas aplicadas a pacientes de reumatología, dermatología y digestivo, durante 5 años (enero-2008-diciembre 2012).

Métodos: Estudio observacional descriptivo a lo largo de 5 años de recogida de datos de los pacientes tratados con terapias biológicas (207) en nuestra área de influencia geográfica: Población: 211.609. Se expone el número total de tratamientos realizados distribuidos por especialidades, y diagnósticos, así como el número de abandonos y/o retirada de dichos tratamientos.

Resultados: Desde enero del año 2008 se han iniciado un total de 207 tratamientos biológicos, de ellos a fecha de hoy permanecen en activo 119 tratamientos: 34 infliximab, 49 adalimumab, 30 etanercept, 2 tocilizumab, 1 rituximab, 3 abatacept. La distribución por especialidades de los tratamientos es: Digestivo 5, Dermatología 24,

Reumatología 177. La distribución por patologías es: artritis Indiferenciada 3, artritis psoriásica 36, artritis reumatoide 40, artritis asociada a VHB 1, artritis asociada a VHC 1, espondiloartritis psoriásica 5, enfermedad de Crohn 3, espondilitis anquilosante 20, esclerodermia 1, psoriasis 7, sacroileítis bilateral 2.

Conclusiones: La centralización de los tratamientos en el hospital de día redundan en la optimización de los vectores derivados de cada uno de estos procesos: optimización de fármacos, optimización de personal sanitario, pruebas complementarias, y de visitas sucesivas en consulta externa.

237. ANÁLISIS COMPARATIVO DE GÉNERO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. UNA MISMA ENFERMEDAD CON DIFERENTES CONDICIONANTES

E. Aurrecochea¹, M.L. Díez Lizuain², I. Villa³, B. Moreira¹, T. Ruiz Jimeno¹, J. Llorca Díaz³ y J. Calvo-Alén¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. IFIMAV. Fundación Marqués de Valdecilla. Hospital Universitario Sierralana. Torrelavega. ³Facultad de Medicina. Medicina Preventiva. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: Analizar las posibles diferencias según el género en Artritis Reumatoide, estudiando no solo variables específicas de la enfermedad sino que incluyendo la evaluación de variables psicosociales y de comportamiento frente a la enfermedad.

Métodos: Setenta mujeres y 70 hombres diagnosticados de AR según criterios ACR de 1987 fueron evaluados de forma trasversal de acuerdo a un protocolo preestablecido. Se recogieron datos demográficos, de actividad y comorbilidades mediante una entrevista personal y un cuestionario auto aplicativo. Se realiza una evaluación clínica completa que incluyó recuentos articulares, cálculo del índice DAS28, cuestionario mHAQ y cuantificación del daño radiológico mediante el Índice de Sharp-Van der Heide modificado (mSVH). Así mismo se recogieron datos clínicos sobre posibles co-morbilidades con posible impacto en la AR. Finalmente se evaluaron una serie de variables psicosociales, de comportamiento y de afrontamiento de la enfermedad con posible influencia en el curso de la misma, mediante los siguientes instrumentos: cuestionario ISEL de apoyo interpersonal, IBQ (Illness Behavior Questionnaire) para evaluar conducta en la salud, RAI (Rheumatology Attitude Index) para evaluar la actitud frente a la enfermedad o desamparo aprendido, el test de eficacia personal (SE) y el test de Beck para valorar la intensidad de los síntomas depresivos. Los datos se analizan con análisis estadísticos estandarizados.

Resultados: Ambos subgrupos fueron comparables con respecto a la edad (media \pm DE) ($49,9 \pm 13,4$ vs $52,9 \pm 13,6$, $p = 0,189$), la duración de la enfermedad ($2.472,4 \pm 2.236,4$ días vs $2.441,6 \pm 2.220,2$, $p = 0,9348$), la positividad para FR (58,5% vs 61,4%, $p = 0,58$) o anticuerpos anti-péptido citrulinado (67,14% vs 68,57%, $p = 0,71$). Tampoco se encontraron diferencias en lo que respecta a la actividad clínica o afectación radiológica, aunque las mujeres sí presentaban un peor mHAQ ($0,89 \pm 2,61$ vs $0,22 \pm 0,96$; $p = 0,04$). Respecto a las comorbilidades, el grupo de hombres presentó una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica, (1,43% vs 10%, $p = 0,029$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (17,14% vs 2,86% $p = 0,005$) y sin embargo las mujeres tienen mayor prevalencia de osteoporosis, (18,57% vs 5,71% $p = 0,02$) y consecuentemente reciben tratamiento antirresortivo en mayor número (15,71% vs 5,71%, $p = 0,056$). En cuanto a las variables psicosociales, no se encontraron diferencias significativas en el apoyo social (ISEL), desamparo y actitud frente a la enfermedad (RAI) ni en la eficacia personal (test SE). El IBQ score era numéricamente más alto en el grupo de las mujeres ($11,9 \pm 6,07$ vs $10,55 \pm 5,88$ $p = 0,18$) lo que parece sugerir un peor manejo de la enfermedad en este grupo de pacientes. Por último,

los síntomas depresivos se presentan de manera más intensa en el grupo de mujeres, medido por el cuestionario Beck, de acuerdo con los datos de mayor prevalencia de esta patología en las mujeres en general ($10,78 \pm 7,52$ vs $7,83 \pm 6,85$, $p = 0,01$).

Conclusiones: De acuerdo a nuestros datos la AR no presenta diferencias de género apreciables en cuanto a la naturaleza de la enfermedad en sí misma. Sin embargo el perfil de comorbilidades así como de variables psicosociales y de comportamiento con impacto en la enfermedad, es cualitativamente significativamente diferente lo que puede incidir en el curso de su enfermedad reumática y, por tanto, debe ser tenido en cuenta en el manejo de estos pacientes.

238. RITUXIMAB EN MONOTERAPIA A 2 AÑOS

M.J. Moreno Martínez, M.R. Oliva Ruiz, C. Marras Fernández-Cid, J.J. Martínez Ferrín y M.J. Moreno Ramos

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

Introducción: Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano, obtenido por ingeniería genética, dirigido frente a la proteína Cd-20 del linfocito B. En España está aprobado para el tratamiento del linfoma No Hodgkin (LNH), la leucemia linfática crónica, y la artritis reumatoide. En esta última patología, rituximab, en combinación con metotrexato, está indicado para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave en pacientes adultos que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF). El metotrexate tiene ciertos efectos adversos reconocidos, entre los que destacan la presencia de náuseas, cefalea, astenia intensa, afectación intersticial pulmonar, entre otros, que puede hacer imposible su uso en determinados pacientes. En este trabajo, presentamos los resultados de una serie de pacientes que sigue tratamiento con este fármaco biológico en monoterapia, durante 2 años.

Métodos: Se trata de una serie de 10 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide según los criterios ACR, que por distintos motivos (sobre todo, intolerancia), no pueden tomar FAME. Han seguido tratamiento con rituximab 1 gramo los días 0 y 15, cada 6 meses, debido a la actividad de la enfermedad. Los pacientes están siendo revisados por distintos reumatólogos del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, España. Los sujetos se hallan con esta pauta de tratamiento desde hace 2 años y analizamos las respuestas ACR 20, 50, 70 y EULAR, en ese tiempo.

Resultados: De los 10 pacientes, 33% eran mujeres y el 67% restante hombres. En cuanto a las características de la enfermedad, el 83% tenía positividad para el factor reumatoide y el 67% para ACPA. Analizando los resultados a los 24 meses, encontramos que el 80% alcanzó respuestas ACR20 y 50, y el 70% obtuvo respuesta ACR70. El 70% consiguió una respuesta EULAR buena a los 2 años. No encontramos una relación entre la positividad al factor reumatoide ni a los anticuerpos anti péptidos citrulinados y la respuesta al tratamiento. En cuanto a los tratamientos previos, el 78% había recibido terapia anti-TNF, y solo en el 22% rituximab fue el primer biológico usado. Las causas de la monoterapia fue, mayoritariamente, la intolerancia y la patología pulmonar de los pacientes, que no siempre tenía relación con la artritis.

Conclusiones: En este trabajo observamos que rituximab es eficaz a 2 años en pacientes con artritis reumatoide agresiva, que no pueden recibir tratamiento concomitante con FAME. No se ha observado correlación entre estos resultados y los niveles de factor reumatoide y ACPA. Estos resultados corroboran los datos que nuestro grupo de trabajo obtuvo con estos pacientes a 1 año de tratamiento (poner la referencia del póster del congreso del año pasado en el que se pre-

sentaron dichos datos), y están en concordancia con estudios recientes (poner las referencias que se tengan). En cualquier caso somos conscientes del pequeño tamaño muestral de nuestra serie y de las limitaciones que esto supone a la hora de analizar estos resultados.

239. DESPEJANDO INCERTIDUMBRES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON FENÓMENO DE RAYNAUD (FR) (2). AUSENCIA DE UTILIDAD DE LA CAPILAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ESCLERODERMIA SISTÉMICA DIFUSA O LIMITADA

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre¹, J. Rosas¹, E. Salas¹, X. Barber², M. Sánchez-Barrioluengo³ y C. Cano¹

¹Sección de Reumatología y Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche. ³INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la capilaroscopia (Cp) en la diferenciación entre esclerodermia sistémica (ES), difusa (ESD) o limitada (ESL).

Métodos: Evaluación retrospectiva de los ptes atendidos en Consultas de Reumatología con diagnóstico de ES desde enero 2006 hasta octubre de 2012. Analizándose las características epidemiológicas generales (edad, sexo), y estableciéndose el diagnóstico de ES, por la presencia de los signos clínicos incluidos en los criterios de clasificación de ES muy precoz o pre-esclerodermia, o de ES, incluyéndose aquellos que presentan junto al fenómeno de Raynaud (FR), esclerodactilia y al menos otra manifestación de CREST y/o manifestaciones viscerales asociadas a ES. La evaluación de Cp se realizó de forma sistematizada por el mismo explorador (GSS), estereomicroscopio binocular (234, Zuzi®), siguiendo las indicaciones de Koenig (Arthritis Rheum. 2008;58:3902-12); 1) patrón de ES, por la presencia de dilatación capilar grado 2-3, y/o pérdida capilar moderada a severa, y/o presencia de telangiectasias, como signo de angiogénesis. Definiéndose un patrón "lento" caracterizado por la presencia de megacapilares (MG), y otro "activo" por la de áreas avasculares (AA). 2) patrón inespecífico: por la presencia de alteraciones en menor grado; y 3) Normal, si estas alteraciones están ausentes. Análisis estadístico: los datos recogidos según un protocolo predefinido, fueron analizados para establecer la sensibilidad (S), especificidad (E), y valores predictivos; así como el valor adicional que proporciona la capilaroscopia a nuestro objetivo. Presentando los resultados con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se analizan los datos de 24 ptes., 6 ESD y 18 ESL, 92% eran mujeres. La edad media fue de 45 años para la ESD y 53 para la ESL, el tiempo de evolución desde el inicio del FR hasta la realización de la Cp era > 5 años en 4/4 (100%) ptes con ESD, frente a < 2 años en 9/12 (75%) de los ptes con ESL. La Cp mostró alteraciones diagnósticas de patrón ES en 6/6 (100%) de los ptes con ESD y en 12/18 (67%) ESL. Para el diagnóstico de ESD, la presencia de AA en 4/5 (80%) de las ESD vs 12/18 (67%) de las ESL; obtenía una S del 80%, una E del 28%, un VPP 23,5% y un VPN 83%, (p 0,57), con LR(+) de 1,11; y la presencia de signos de angiogénesis tenía una S 20%, con un VPP del 25%. Para el diagnóstico de ESL, la presencia de MG en 4/18 (22%) ESL vs 1/5 (20%) ESD, mostraba una S 22% e 80%, VPP 80%, (p 0,9); y la presencia de hemorragias mostraba una S 67% y un VPP 80%. La presencia de Ac Scl70 fué exclusiva de ESD, mientras que la presencia de un patrón centromérico en 13/18 de las ESL vs 2/5 de las ESL, obtiene una S 72% y VPP 88%, (p 0,18), con LR(+) de 1,11. Las úlceras digitales isquémicas estuvieron presentes en 8/16 (50%) ptes con AA.

Conclusiones: En nuestra serie ningún patrón capilaroscópico diferenció entre ESL y ESD.

240. EFECTO DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO INTRAVENOSO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON HORMONA PARATIROIDEA (PTH 1-84) EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS

M. Bernad Pineda¹, M.V. Garcés Puentes², M. Fernández Prada³, M.L. González Gómez⁴, M. Morcillo Valle⁴ y A. Castilla Plaza⁵

¹Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. ²Servicios Integrales de Gestión Médica. Madrid. ³Hospital de Guadalajara. ⁴Hospital de El Escorial. ⁵Hospital Carlos III. Madrid.

Introducción: Los bifosfonatos orales son efectivos en el tratamiento de la osteoporosis, pero algunos pacientes presentan intolerancia gastrointestinal lo cual reduce el cumplimiento y la adherencia al tratamiento. El ácido zoledrónico (AZ) intravenoso puede ser un fármaco eficaz para los pacientes que necesitan mantener la ganancia de masa ósea lograda con el tratamiento con PTH. **Objetivos:** Evaluar el efecto sobre la densidad mineral ósea (DMO) 12 y 24 meses después de la administración de 5mg de AZ y de 70 mg de alendronato (ALN) semanal en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis severa.

Métodos: Se estudiaron 335 mujeres posmenopáusicas (74,3 ± 7,1 años), con osteoporosis procedentes de consultas de reumatología de la Comunidad de Madrid que participaron en el estudio TESOFZ en el que recibieron una inyección s.c. al día de 100 µg de PTH 1-84 durante 2 años que produjo un aumento significativo de la DMO de columna lumbar (CL). Al terminar el tratamiento con PTH, se obtuvo el consentimiento informado y a 175 mujeres se les administró inmediatamente una dosis i.v. de 5 mg de AZ, en los Hospitales de Día al que pertenecen los investigadores, y una 2ª dosis de AZ, un año después. Las 160 mujeres restantes recibieron ALN sódico semanal (70 mg/5.600 UI de colecalciferol). Todas recibieron suplementos de calcio y vitamina D, según sus necesidades individuales. Se realizó densitometría ósea (DXA), evaluación radiológica de columna vertebral y se determinaron calcidiol, PTH y deoxipiridinolina urinaria (DPD) al comenzar el estudio y a los 12 y 24 meses. En cada visita se averiguó la incidencia de fracturas y de posibles efectos adversos atribuibles al tratamiento con AZ.

Resultados: El aumento de la DMO de CL logrado con el tratamiento con PTH se mantuvo 2 años después de la administración anual de 5mg de AZ, observándose tendencia al aumento (0,816 vs 0,821 y 0,845 g/cm²) y el T-score disminuyó a -2,22 ± 1,3 después de la 2ª dosis de AZ (p = 0,014). La densidad ósea de cuello de fémur (CF) y de cadera total (CT) también se mantuvo tras el tratamiento con AZ, con tendencia a disminuir (CF = 0,621 vs 0,616 y 0,606 g/cm²). La DMO de CL, CF y CT de las mujeres que recibieron ALN disminuyó a los 2 años respecto al valor alcanzado después del tratamiento con PTH (p = 0,011, p = 0,004 y p = 0,014, respectivamente). Durante el año previo al comienzo de este estudio, el 30,2% (n = 92) de las mujeres tuvo alguna caída, en el 72,8% de los casos, con resultado de fractura. De estas, el 49,3% fueron fracturas vertebrales, 14,9% de cadera, 13,4% de Colles, y el resto, de otras localizaciones. El valor promedio de calcidiol se mantuvo > 35 ng/mL durante todo el período de estudio, sin embargo al finalizar, el 25,9% de las mujeres mantenían un nivel deficiente de vitamina D. No se observó diferencia significativa entre los valores iniciales de PTH y DPD y los obtenidos al finalizar el tratamiento. No se observaron efectos secundarios adversos después de la administración de AZ, sin embargo algunas pacientes rehusaron aceptar la segunda dosis por temor al medicamento, sin razones objetivas.

Conclusiones: La ganancia de masa ósea adquirida en hueso trabecular por mujeres posmenopáusicas con osteoporosis que reciben PTH 1-84, se preserva después de 2 años de tratamiento con AZ, y se pierde en las mujeres a quienes se les prescribe ALN oral durante el mismo período. Probablemente es necesario insistir sobre la importancia del cumplimiento y la adherencia al tratamiento.

241. USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA: RESULTADOS DEL ESTUDIO EN FASE 3, MULTICÉNTRICO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO PSUMMIT I

L. Puig¹, I.B. McInnes², A.B. Gottlieb³, A. Kavanaugh⁴, P. Rahman⁵, C. Ritchlin⁶, S. Li⁷, Y. Wang⁷, A.M. Mendelsohn⁷ y M.K. Doyle⁷, en nombre del Grupo de Estudio PSUMMIT I

¹Universitat Autònoma de Barcelona. ²University of Glasgow. Escocia. ³Tufts Medical Center. Boston, MA. EE.UU. ⁴University of California-San Diego. CA. EE.UU. ⁵Memorial University. NL. Canadá. ⁶University of Rochester. Rochester, NY. EE.UU. ⁷Janssen Research & Development. LLC. Spring House, PA. EE.UU.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de ustekinumab (UST) en la reducción de los signos y síntomas de la artritis psoriásica (PsA) activa, en un amplio ensayo en Fase 3, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo (PBO).

Métodos: Se incluyeron pacientes adultos con PsA (n = 615), con enfermedad activa (= 5 puntos en el recuento de articulaciones inflamadas (SJC) y = 5 puntos en el recuento de articulaciones doloridas (TJC); PCR = 0,3 mg/dL) a pesar de estar en tratamiento con FAMES y/o AINEs que fueron aleatorizados a recibir UST 45 mg, 90 mg, o placebo en las semanas 0, 4, y cada 12 semanas después. En la semana 16, los pacientes con < 5% de mejoría en el recuento de articulaciones inflamadas y doloridas (SJC y TJC) salieron de la fase doble ciego (PBO-UST 45 mg; UST 45 mg-90 mg; 90 mg-90 mg). El uso estable de MTX concomitante fue permitido pero no obligatorio. Los pacientes que habían sido tratados previamente con anti-TNF fueron excluidos. El criterio de evaluación primario fue la respuesta ACR20 en la semana 24. Entre los criterios de evaluación secundarios en la semana 24 se incluyeron: ACR 50/70, respuesta DAS28-CRP, cambio con respecto a la puntuación inicial en HAQ-DI, respuesta PASI75 (en pts donde = 3% de la superficie corporal (BSA) está afectada), y porcentaje de cambio con respecto al inicio en la puntuación de entesitis y dactilitis (en pacientes afectados al inicio). Los acontecimientos adversos (AA) fueron comunicados durante el período controlado con placebo (semana 16) y hasta la semana 24.

Resultados: Una proporción significativamente mayor de pacientes tratados con UST, en comparación con los pacientes tratados con placebo, obtuvo una respuesta ACR20 en la semana 24 (tabla). Mejorías significativas fueron también observadas en los grupos de UST 45 mg y 90 mg para la respuesta ACR 50/70 y la respuesta DAS28-CRP en la semana 24 comparado con PBO. Los cambios con respecto al inicio en HAQ-DI en la semana 24 fueron significativamente superiores en el grupo de UST comparado con el grupo PBO, y proporciones significativamente mayores de pacientes tratados con UST tuvieron un cambio clínico significativo con respecto al inicio en HAQ-DI (= 0,3). Aproximadamente la mitad de los pacientes estaban tratados de manera concomitante con MTX al inicio; esto no alteró la probabilidad de mejoría con UST vs PBO. Mientras que las respuestas ACR fueron superiores con UST que con PBO sin tener en cuenta el uso de MTX, las diferencias fueron numéricamente superiores entre los pacientes que no estaban tomando MTX. De los 440 pts con = 3% BSA afectada al inicio, una proporción significativa de los pacientes tratados con UST alcanzó PASI 75 en la semana 24. Entre los pacientes afectados de entesitis (n = 425) o dactilitis (n = 286) al inicio, se observaron mejorías significativamente mayores en la entesitis y dactilitis en la semana 24, en el grupo de UST comparado con PBO. Hasta la semana 16, la proporción de pacientes con = 1 AA fue similar entre los pacientes que recibían UST (41,8%) y PBO (42,0%), siendo las infecciones el AA más frecuente; 1,7% (UST) y 2,0% (PBO) tuvieron = 1 AA grave. No se produjeron tumores, infecciones serias, TB, infecciones oportunistas o muertes, hasta la semana 24.

Resultados de eficacia del estudio PSUMMIT en la semana 24

| | PBO (n = 206) | UST 45 mg (n = 205) | UST 90 mg (n = 204) |
|--|------------------|------------------------|------------------------|
| ACR20,% | 22,8 | 42,4 | 49,5 |
| ACR50,% | 8,7 | 24,9 | 27,9 |
| ACR70,% | 2,4 | 12,2 | 14,2 |
| Respuesta DAS28-CRP,% | 34,5 | 65,9 | 67,6 |
| Cambio medio de HAQ-DI con respecto al inicio | -0,0 | -0,3 | -0,3 |
| Pts con > 0,3 reducción % | 28,2 | 47,8 | 47,5 |
| PASI75*,% | 11,0 | 57,2 | 62,4 |
| % medio de cambio en la puntuación de entesitis* | 0,0 | -42,9 | -50,0 |
| % medio de cambio en la puntuación de dactilitis * | 0,0 | -75,0 | -70,8 |

*Entre los pacientes afectados al inicio; p < 0,001 para todos los parámetros vs PBO.

Conclusiones: En los pacientes con PsA activa, UST reduce de forma significativa los signos y síntomas de la artritis, mejora la función física, la entesitis y la dactilitis, y mejora las placas de psoriasis comparado con los pacientes tratados con PBO en la semana 24. Los perfiles de seguridad fueron similares entre los pacientes tratados con UST y los tratados con PBO.

242. VALORACIÓN DEL LECHO PERIUNGUEAL MEDIANTE CAPILAROSCOPIA EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

M.L. Velloso Feijoo, J. Uceda Montañés, R. Martínez Pérez y J.L. Marengo de la Fuente

Unidad de Reumatología-Aparato Locomotor. Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: La capilaroscopia periungueal es una técnica clásica para el estudio de la microcirculación, de gran utilidad en el estudio del Raynaud, y en la esclerosis sistémica y dermatomiositis, en las que existen patrones definidos. Esta técnica, es aplicable a los niños, al ser sencilla y atraumática. En los niños sanos, es más visible el plexo venoso subpapilar; y aunque no existe un patrón capilaroscópico definido en la artritis idiopática juvenil (AIJ), están descritas alteraciones en capilares como el aumento de tortuosidad, elongación y la presencia de micropetequias.

Objetivos: Describir los hallazgos de la capilaroscopia en una serie de niños con AIJ.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de niños con AIJ en seguimiento por nuestra unidad, recogimos variables demográficas y clínicas y realizamos capilaroscopia periungueal en dedos 3º a 5º de ambas manos.

Resultados: Identificamos 14 pacientes con AIJ, con edad media de 11,35 ± 5,13 años, predominio femenino (60%). La edad media al diagnóstico fue de 8,57 ± 3,71 años. Cinco tenían AIJ oligoarticular persistente, 3 poliarticular factor reumatoide (FR) negativo; 3 relacionada con entesitis, 2 monoartritis crónica y 1 artritis psoriásica. Dos pacientes tenían anticuerpos antinucleares (ANA) positivos; y 2 eran HLA B27 positivos; todos FR-. Ninguno presentaba fenómeno de Raynaud. La mayoría 66,5% recibe tratamiento con metotrexate. (MTX). Dos están en remisión sin tratamiento. Un 60% (9) está en tratamiento con fármacos biológicos (7 etanercept, 1 adalimumab y 1 tocilizumab). Únicamente 2 niños mantenían actividad inflamatoria. Se encontraron alteraciones capilaroscópicas en 12 (85,7%) de los 14 niños. De estos 12, todos presentaban alteraciones en la morfología de los capilares (tortuosidad), 4 morfología en arbustos y 1 twister. El plexo era muy visible en el 64,3% (9). En 6 niños (42,9%), había dilatación de los capilares. En un 42,9% (6), se observó una menor densidad de capilares (menos de 5/mm). El aspecto general del lecho estaba desorganizado en el 78,57%(11) de los niños en distintos grados. No se observaron áreas avasculares ni hemorra-

Tabla Póster 242

| Tipo AIJ | Capilaroscopia patológica | Morfología anormal | Arbustos (neovasos) | Twister | Menor densidad capilar | Dilatación |
|--------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|---------|------------------------|------------|
| Monoarticular (2) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Oligoarticular persistente (5) | 5 | 5 | 1 | 0 | 3 | 0 |
| Poliarticular FR- (3) | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| Relacionada con entesitis (3) | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Psoriásica (1) | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |

gias. Encontramos con más frecuencia dilatación de capilares en la AIJ poliarticular (3/3) y en la relacionada con entesitis (3/3); y una menor densidad en el tipo oligoarticular persistente (3/5) (tabla). No se vio relación de las alteraciones capilaroscópicas con la actividad inflamatoria ni con la positividad de ANAs.

Conclusiones: En la AIJ se han descrito cambios capilaroscópicos inespecíficos, más frecuentes en la AIJ poliarticular y en pacientes con FR o ANA positivos. En nuestra serie, encontramos tortuosidad capilar en todos los niños; y una excelente visibilidad del plexo venoso subpapilar y una desorganización del lecho en un elevado porcentaje de niños, concordando con lo descrito en esta patología, sin encontrar relación con la presencia de ANA +, ni la actividad clínica. La dilatación capilar estaba presente en todos los niños con los subtipos poliarticular y relacionada con entesitis, pudiendo ser un hallazgo específico de estos subtipos; aunque la muestra es pequeña y serán necesarios estudios con un mayor número de niños para aclarar esta posibilidad y valorar la posible aplicación en la práctica clínica.

243. DESPEJANDO INCERTIDUMBRES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON FENÓMENO DE RAYNAUD (FR). VALOR DE LA CAPILAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE FR PRIMARIO Y SECUNDARIO ASOCIADO O NO A ESCLERODERMIA SISTÉMICA

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre¹, J. Rosas¹, E. Salas¹, X. Barber², M. Sánchez-Barrioluengo³ y C. Cano¹

¹Sección de Reumatología y Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche. ³INGENIO (CSIC-UPV). Universitat Politècnica de València.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la capilaroscopia (Cp) en la clasificación diagnóstica de los pacientes con fenómeno de Raynaud (FR) (definido por al menos 2 de 3 cambios de coloración: blanco, azul, y rojo; en manos, inducidos por el frío o el estrés) como primario (FR1º), o secundario (FR2º), asociado a esclerodermia sistémica (ES), u a otras conectivopatías (CV).

Métodos: Evaluación prospectiva de los ptes remitidos por FR desde enero 2006 hasta octubre de 2012, para la realización de una Cp. Analizándose las características epidemiológicas generales (edad, sexo), diagnóstico inicial y final, ANA (significativo si > 1/320, inmunofluorescencia indirecta en células HEp-2). Evaluación capilaroscópica mediante estereomicroscopio binocular (234, Zuzi®). Definiéndose los patrones capilaroscópicos, siguiendo las indicaciones de M. Koenig, siguiendo el modelo de Maricq (Arthritis Rheum. 2008;58:3902-12): 1) patrón de ES: presencia de dilatación capilar grado 2-3, y/o pérdida capilar moderada a grave, y/o presencia de telangiectasias, como signo de angiogénesis. 2) patrón Inespecífico: por la presencia de alteraciones en menor grado; y 3) Normal, si estas alteraciones están ausentes. En base a la evaluación clínica, los resultados de la Cp y de los anticuerpos los ptes se clasificaron como: FR 1º (ausencia de alteraciones clínicas, y ANA = 1/160, y/o Cp normal), FR 2º asociado a CV (signos clínicos sugestivos de CV, y ANA = 1/320 y/o Cp alterada) o FR 2º asociado a ES o preesclerodermia (signos clínicos incluidos en los criterios de clasificación de ES muy precoz o pre-esclerodermia o de ES, incluyéndose aquellos que

presentan junto al FR, esclerodactilia y al menos otra manifestación de CREST y/o manifestaciones viscerales asociadas a ES). Análisis estadístico: los datos recogidos según un protocolo predefinido, fueron analizados para establecer la sensibilidad (S), especificidad (E), y valores predictivos. Los resultados se presentaron con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 158 ptes, con una edad media de 40 años, siendo el 90% mujeres. Se clasificaron como FR 1º: 84 (53%), como FR 2º NO ES: 25 (16%), y FR 2º ES: 49 (31%). El 97% de mujeres con FR 2º presentaban un título de ANA = 1/320. La Cp era anómala en el 11% de los ptes con FR 1º, frente al 71% entre los ptes con FR 2º. El valor de una Cp alterada muestra una S del 71% (IC95%, 59-80%), una E del 90,4% (82-95%), un VPP 86% (74-93%) y un VPN 79% (70-86%), con un LR(+) de 7,35; para diferenciar entre FR 1º y FR 2º. En la diferenciación entre FR 2º asociado a ES y FR 2º asociado a otras CV, el patrón capilaroscópico de ES, aporta una S del 58% (43-72%), una E del 87 (68-96%), un VPP 89% (73-96%) y un VPN 53% (37- 67,5%), con un LR(+) de 4,47.

Conclusiones: 1. Las alteraciones capilaroscópicas definidas por Koenig, diferencian el FR 2º, del FR 1º. 2. Asimismo, la presencia del patrón capilaroscópico de Esclerodermia, diferencia entre FR 2º asociado a ES del FR 2º, asociado a otras CV.

244. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (GRANADA)

S. Montes Garía, C. García Rodríguez, S. Masegosa Casanova, T. García Contreras, J. Salvatierra Ossorio, R. Sánchez Parera, J. González Domínguez y E. Raya Álvarez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: En pacientes con artritis reumatoide (AR) es conocido que existe un mayor riesgo cardiovascular respecto a la población general. Este incremento de riesgo se relaciona no solo con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, sino también con las características propias de la AR. Por este motivo, The European League Against Rheumatism (EULAR) ha publicado recomendaciones basadas en evidencia para guiar el manejo del riesgo cardiovascular (CV) en pacientes con AR y otras artritis inflamatorias. En pacientes con AR, el riesgo CV es calculado de acuerdo al SCORE por la aplicación de un factor de $\times 1,5$ puntos en aquellos pacientes que cumplen algunos criterios clínicos.

Objetivos: Estimar, en una población de pacientes con AR, la presencia de FRCV clásicos; y analizar el riesgo cardiovascular mediante la tabla de la guía SCORE (calibrada para nuestra población) y su modificación según el consenso EULAR. Como objetivo secundario, determinar el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento médico adecuado.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo, en una población de pacientes diagnosticados de AR según los criterios ACR 1987, en seguimiento en las consultas externas en el H.U. San Cecilio (Granada) entre los meses de enero a mayo del 2012. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, IMC, FRCV clásicos (tensión arterial, dislipemia, diabetes, sedentarismo, tabaquismo y antecedentes

familiares) y factores propios de la enfermedad (tiempo de evolución, VSG, PCR, FR, anti-CCP y manifestaciones extraarticulares). Se calcularon el SCORE de riesgo cardiovascular (validado para la población española) y el SCORE modificado multiplicando el resultado por 1,5 según las recomendaciones EULAR. Los datos fueron recogidos en una hoja de cálculo Excel 2003 y analizados con el programa estadístico SPSS v.15. Las diferencias entre variables cualitativas se analizaron usando el test de chi cuadrado o el test de Mc Nemar y para comparar medias se usó el test de ANOVA con la corrección de Bonferroni.

Resultados: La población de estudio incluyó 200 pacientes con AR (80% mujeres) con una edad media de 58 años oscilando en un rango de 37-83 años. La media del IMC fue de $24 + 6 \text{ kg/m}^2$. FRCV clásicos: 41,05% eran hipertensos, 23,16% presentaban dislipemia, 14,74% diabéticos, 38,24% sedentarios, 22,11% fumadores y el 25% presentaron antecedentes familiares de eventos cardiovasculares. El estudio de los factores de riesgo asociados a la AR muestra: 60% de los pacientes presentaban más de 10 años de evolución, la VSG media fue de $27,8 + 23,8$, la PCR media $1,2 + 2,5$, el FR y/o anti-CCP fueron positivos en el 85% y el 9,8% presentaron manifestaciones extraarticulares. La media del índice SCORE fue de 3,89, que tras corrección del índice (realizada en el 43% de los pacientes) fue de 6,52. Así mismo, en nuestra muestra se halló que el 27% de los pacientes con FRCV clásicos no recibían el tratamiento adecuado en función de las recomendaciones EULAR.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes con AR presentan FRCV clásicos (85,3% al menos un FRCV), a lo que debemos añadir que la AR es una variable independiente de riesgo cardiovascular; por todo ello consideramos fundamental en la práctica diaria de un Reumatólogo el uso de tablas para calcular el riesgo de mortalidad cardiovascular e iniciar el tratamiento médico adecuado en estos pacientes, siguiendo las recomendaciones EULAR.

245. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANALÍTICAS DE LOS PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI JO-1 EN EL HOSPITAL DE JEREZ

R. Menor Almagro¹, J.L. Payares², C. García Figueras³, M.M. Ruiz Tudela¹, J.J. Salaberri¹, J.L. de la Iglesia¹, M. Páez-Camino¹, Y. Grandal¹, M.J. Rodríguez Valls¹, C. Aranda¹ y J.J. Pérez Venegas¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico;

³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Jerez.

Introducción: Los anticuerpos antisintetasa son anticuerpos de tipo IgG dirigidos contra la enzima sintetasa, que media la unión del ARN con un determinado aminoácido para formar el ARN de transferencia (ARNt). El anticuerpo anti Jo-1 es el más específico de miositis y el más frecuente en los pacientes con miopatías inflamatorias, a pesar de que hay evidencia de que la frecuencia de estos anticuerpos es distinta en las diferentes poblaciones étnico-geográficas. Generalmente sus títulos no se correlacionan con la gravedad de los síntomas, pero sí con su curso.

Objetivos: Evaluar la asociación clínica y biológica de los anticuerpos anti Jo-1 y su predicción de enfermedades autoinmunes en la consulta ambulatoria de Reumatología del Hospital de Jerez en los últimos 10 años.

Métodos: Se analizaron todas las muestras de suero consecutivas referidas al laboratorio de Inmunología durante 10 años para la detección de Anticuerpos antinucleares (ANA). Se realizó un inmunoensayo en línea multiparamétrico. Dicho test permite identificar los anticuerpos de la clase Ig G frente a SmB, SmD, RNP-70, RNP-A, RNP-C, Ro 52, Ro 60, La, centrómero, Scl-70, Jo-1, ribosomal P e histonas. Se seleccionaron las muestras positivas para 2 o más determinaciones de las especificidades antigénicas anti Jo-1. En estos casos se estudió retrospectivamente la asociación con el diagnóstico, la clínica y los datos analíticos. Los TACAR de tórax fueron analizados

por un mismo observador. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm DE, y las cualitativas mediante sus frecuencias. Tras comprobar la distribución normal o no de cada variable se aplicó el test estadístico adecuado en cada caso. La significación estadística se consideró como $p < 0,05$, realizando la comparación entre grupos mediante test paramétricos.

Resultados: 102 muestras procedentes de 16 pacientes fueron positivas para el anticuerpo anti Jo-1. Los diagnósticos más frecuentes fueron síndrome antisintetasa (6 pacientes), miopatía inflamatoria (3), LES (2), síndrome de Sjögren (2). La media de edad al diagnóstico fue de $47,51 \pm 4,6$. Dentro de las manifestaciones clínicas las más frecuentes fueron artralgias, artritis y disnea (tabla 1). En un estudio comparativo entre los valores de CPK antes y después del tratamiento los resultados mostraron valores de $2914 \pm 926 \text{ U/l}$ y $101 \pm 46,7 \text{ U/l}$ respectivamente, con $p = 0,001$. Para el análisis de la aldolasa $36,2 \pm 27,1 \text{ U/l}$ y $5,4 \pm 4,7 \text{ U/l}$ con $p < 0,001$. Los valores comparativos de GOT, GPT, FA y PCR no mostraron significación estadística. Realizadas pruebas espirométricas (PFR) la DLCO/VA presentó un valor medio de $82,2 \pm 21,06$ y el Índice de Tiffeneau $87,5 \pm 5,7$. Los patrones en IFI fueron 56% citoplasmático, 50% granular fino, 37,5% homogéneo, 12,6% grueso y 6,3% nucleolar. Con respecto al resto de especificidades antigénicas estudiadas con el inmunoensayo en línea llama la atención su asociación con ac anti Ro 52 en 9 pacientes.

Tabla 1

| Síntomas | Pacientes (%) |
|--|---------------|
| Artralgia | 14 (87,5%) |
| Artritis | 10 (62,5%) |
| Disnea | 8 (50%) |
| Mialgia | 8 (50%) |
| Fiebre | 7 (43%) |
| Tos | 6 (37,5%) |
| Paresia | 5 (31%) |
| Raynaud | 4 (25%) |
| Fotosensibilidad | 4 (50%) |
| Hiperqueratosis | 4 (25%) |
| Afectación sistema nervioso periférico | 2 (12,5%) |
| Pápulas gottron | 1 (6%) |

Tabla 2

| Patrón radiológico | Pacientes (%) |
|----------------------|---------------|
| Vidrio deslustrado | 8 (50%) |
| Afectación reticular | 7 (43%) |
| Bronquiectasias | 3 (18,7%) |
| Consolidación | 3 (18,7%) |
| Micronódulos | 1 (6%) |

Conclusiones: De los marcadores bioquímicos estudiados comparativamente antes y tras tratamiento según patología existe una disminución significativa en los determinantes musculares específicos (CPK y aldolasa). Las PFR mostraron un patrón restrictivo, en consistencia con lo observado en la radiología (tabla 2). Dado el pequeño número de la muestra no fue posible observar mayor frecuencia de patrón citoplasmático en aquellos con síndrome antisintetasa, así como un aumento probable significativo de las transaminasas antes del tratamiento.

246. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS: ANÁLISIS PRELIMINAR

S. Marsal^{1,2}, G. Ávila¹, A. Alonso², C. Díaz¹, E. Quesada¹, I. Acosta¹ y M. López Lasanta¹

¹Unidad de Reumatología; ²Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El desarrollo de las terapias biológicas (TB) para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha modificando la

estrategia terapéutica en esta enfermedad y ha permitido que un mayor porcentaje de pacientes alcance la remisión clínica. El porcentaje de pacientes en remisión varía entre las distintas series en función del tratamiento utilizado y se estima entre un 10-35%.

Objetivos: Analizar el porcentaje de pacientes con AR en tratamiento biológico que alcanza la remisión clínica. Determinar las características epidemiológicas, clínico-biológicas y las TB realizadas en el grupo de pacientes que alcanza la remisión clínica (REM) y realizar un análisis comparativo con el grupo de pacientes que no alcanza la remisión (NoREM).

Métodos: Estudio transversal y retrospectivo sobre la práctica clínica, de una serie de pacientes con AR que han recibido al menos una TB durante el periodo comprendido entre diciembre de 1999 y diciembre de 2012 y que han sido controlados en un hospital de tercer nivel. Se analizaron las características epidemiológicas (género, edad y edad al diagnóstico), clínico-biológicas (FR, anti-CCP y erosiones) y la TB previa. Se considero remisión clínica a un índice DAS28 < 2,6 en el último trimestre del seguimiento (i.e. año 2012). El análisis estadístico se realizó utilizando el programa R, evaluando las diferencias entre las variables continuas (edad y edad al diagnóstico) mediante el t-test de Student para muestras no pareadas y las diferencias entre las variables categóricas (FR, anti-CCP, erosiones y número de tratamientos biológicos previos) mediante el test de Fisher.

Resultados: Se revisó la historia clínica de 222 pacientes con AR y se incluyeron 192 pacientes con un registro completo del seguimiento. De estos pacientes el tratamiento biológico se retiró en el 31% (n = 60) y el 69% (n = 134) restante continuaban con TB. En el subgrupo de pacientes que seguía en tratamiento el 35% (n = 47) cumplían el criterio de remisión clínica y el 65% (n = 87) no lo cumplía en el momento del estudio. En el subgrupo NoREM el valor de la media de la edad y de la edad al diagnóstico fue de $56 \pm 7,5$ años y $42,7 \pm 6,5$ años, respectivamente. El 86% (n = 75) eran mujeres, el 77% (n = 67) presentaban el FR (+), el 74% (n = 65) anticuerpos anti-CCP(+) y 80% (n = 70) tenían erosiones radiológicas. En el momento del análisis el 50% (n = 44) estaba recibiendo su primer tratamiento biológico, el 28% (n = 24) había recibido un biológico previo y el 22% (n = 19) había recibido 2 o más TB. En el subgrupo REM, el valor de la media de la edad y de la edad al diagnóstico fue de $50,8 \pm 7,1$ y $41,6 \pm 6,5$, respectivamente. El 85% (n = 40) eran mujeres, el 65% (n = 31) presentaban el FR (+), el 76% (n = 36) anticuerpos anti-CCP (+) y el 47% (n = 22) erosiones. En el momento del análisis el 57% (n = 27) estaba recibiendo su primera TB, el 28% (n = 13) había recibido un biológico previo y el 15% (n = 7) había recibido 2 o más tratamientos previos. Al comparar ambos subgrupos se observó que en el grupo REM había un porcentaje significativamente mayor de pacientes sin erosiones ($p = 6,55^{-5}$ /OR = 0,2 [IC95%, 0,08-0,48]) y que la edad en el momento del estudio era significativamente inferior que la del grupo NoREM ($p = 0,02$).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AR tratados con terapias biológicas se observa que la edad en el momento del estudio y la presencia de erosiones se asocian de forma significativa a la remisión clínica determinada por el índice DAS28.

247. ENFERMEDAD INFLAMATORIA ORBITARIA: PERFIL Y MANEJO EN UNA UNIDAD DE UVEÍTIS

B. Rodríguez-Lozano¹, J. Rodríguez Martín², R. Blanco Alonso³, C. Pinto Herrero², F. Ortiz-Sanjuán³, J. Viotti¹, M. García González¹, M. Gantes¹ y S. Bustabad¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La enfermedad inflamatoria de la órbita (EIO) incluye procesos como orbitopatía graves (OG), pseudotumor orbitario (PO) y específicos como sarcoidosis (SD), sd. Sjögren (SS), vasculitis sistémicas, inflamación esclerosante no específica, entre otros. La patogénesis exacta del PO se desconoce, se ha asociado a infecciones víricas pseudogripales y a cuadros autoinmunes: LES, AR, Crohn.

Objetivos: 1. Definir el perfil de pacientes con EIO en U. Uveítis Hospital 3º nivel. 2. Describir tipificación etiológica (dg) y manejo terapéutico (ttº).

Métodos: Pacientes remitidos para dg etiológico de patología inflamatoria ocular o valoración de ttº sistémico en las U. Uveítis del HUC y del HUMV en el periodo 2005-12. Se realizó exploración oftalmológica con exoftalmometría y campimetría, TC/RMN órbitas en todos los pacientes y valoración por reumatólogo.

Resultados: 16 de 1072 pacientes remitidos presentaron EIO. 6 V/10 M, mediana edad 50 años (22-83 años), con edad media de inicio 48 años (17-82) sin diferencias respecto al sexo y tiempo medio de evolución 2,8 años. Dgs: OG refractaria a ttº convencional: 5, PO: 4, SD: 1, probable SD vs Churg Strauss (SCS): 1, SS1º probable: 1, paraneoplásica por Ca. pulmón en paciente con orbitopatía distiroidea previa y sd. constitucional: 1, AR: 2 (1 paciente en ttº con MTX + LFN, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC): 1. Todos fueron dg de novo, salvo pacientes con conectivopatía. 2/4 pacientes con PO tenían ANA + homogéneo/640 y ACA-IgG + respectivamente sin clínica de conectivopatía o sd. antifosfolípido. Datos clínicos: afectación bilateral en OG; el resto, unilateral, salvo en EITC; dolor ocular 33%, edema palpebral 25%, exoftalmos 68%, diplopía 56%, sin estrabismo en los casos de PO y EITC, queratopatía severa con úlcera en EIO paraneoplásica, edema de papila: en 1 paciente con PO. No uveítis. Localización lesiones: afectación de músculos extrínsecos oculares (MEO) múltiples 11/15, MEO aislado en 1 paciente con AR, dacrioadenitis en 2 pacientes. Se realizó biopsia que fue inespecífica en paciente con dacrioadenitis de inicio juvenil (sospecha SD vs SCS). Todos los pacientes con OG severa fueron tratados con pulsoterapia e.v. de metilprednisolona (M Prd) con estabilización parcial en 2 y refractariedad en 3 casos: 2 recibieron TCZ 8 mg/kg/m durante 4 meses sin aumento de exoftalmometría y mejoría optométrica de diplopía y estrabismo y otro paciente requirió cirugía descompresiva de órbita. El paciente con EIO paraneoplásica que fue refractario a M Prd precisó radioterapia fraccionada y triamcinolona peribulbar con mejoría proptosis y quemosis. Todos los pacientes con PO o EIO asociada a conectivopatía se trataron con prednisona a altas dosis con buena evolución, salvo en 3 (2 PO, 1 AR) que precisaron

Tabla Póster 247

| | Edad (años) | Diagnóstico | Sexo | Tratamiento 1º | Tratamiento 2º | Tratamiento 3º | Evolución |
|---|-------------|----------------|------|---------------------------|--------------------------------------|---|--------------------|
| 1 | 37 | OG | V | Pulsos de M-Pred | TCZ 8 mg/kg/m, 4 meses | - | Favorable Estable |
| 2 | 29 | OG | V | Pulsos de M-Pred | TCZ 8 mg/kg/m, 4 meses | - | Favorable Estable |
| 3 | 60 | OG | M | Pulsos de M-Pred | Cirugía descompresiva orbitaria | - | Remisión parcial |
| 4 | 83 | Paraneoplásica | V | Pulsos de M-Pred | Triamcinolona peribulbar | Radioterapia fraccionada (30 Gy/sesiones) | Exitus |
| 5 | 41 | SD | V | Pulsos de M-Pred × 3 días | Prednisona 0,5 mg/kg/d + azatioprina | - | Inicio Tratamiento |
| 6 | 55 | PO | M | Pulsos de M-Pred | Prednisona 0,5 mg/kg/d + azatioprina | - | Favorable |
| 7 | 62 | PO | M | Pulsos de M-Pred | Prednisona 0,5 mg/kg/d + azatioprina | - | Favorable |

de inicio megadosis de MPrd con posterior asociación de MTX o azatioprina. En una de estas pacientes con PO refractario se asoció ADL 40 mg/sc/q por 3 meses con escasa respuesta y posteriormente TCZ durante 4 meses con respuesta parcial. Los casos refractarios se describen en tabla.

Conclusiones: 1. Prevalencia de EIO en nuestra serie es del 1,5% de los pacientes remitidos a U. Uveítis. 2. Ante proptosis inflamatoria progresiva refractaria al tt^a con distiroidismo autoinmune y sd constitucional asociado se debe descartar neoplasia subyacente responsable de enmascaramiento. 3. Gravedad de la EIO que requiere tt^a esteroideo a altas dosis asociado en mayoría de casos a inmunosupresión con MTX/azatioprina. 4. Relevancia de terapia biológica como TCZ con estabilización del cuadro en OG y respuesta parcial en PO, precisando estudios multicéntricos.

248. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

J. Tornero¹, M. López Lasanta², J. Cañete³, A. Fernández Nebro⁴, J.L. Fernández Sueiro⁵, F. Blanco⁵, J. Rodríguez⁶, I. González⁷, J. Gratacós⁸, J. Maymó⁹, R. Queiro¹⁰, J. Ballina¹⁰, C. Montilla¹¹, B. Fernández¹², J.C. Torre Alonso¹³, A. Olivé¹⁴, J.J. Pérez Venegas¹⁵, H. Corominas¹⁶, A. Erra¹⁷, S. Muñoz¹⁸, C. González¹⁹, D. Roig²⁰, G. Ávila², A. Alonso², T. Juliá², R. Tortosa², A. García-Montero²¹ y S. Marsal²

¹Hospital Universitario Guadalajara. ²Grup de Recerca de Reumatologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ³Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

⁵INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. ⁶Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁷Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ⁸Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁹Hospital del Mar. Barcelona.

¹⁰Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹¹Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ¹²Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

¹³Hospital Monte Naranco. Oviedo. ¹⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁵Hospital del SAS de Jerez. ¹⁶Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ¹⁷Hospital Sant Rafael. Barcelona. ¹⁸Hospital Infanta Sofía. Madrid. ¹⁹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²⁰Unitat de Reumatologia. CAE Cornellà. Barcelona.

²¹Banco Nacional de ADN. Salamanca.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades complejas de etiología desconocida donde participan tanto factores genéticos como ambientales (i.e. tabaco, dieta, alcohol). Son enfermedades prevalentes (1,5-3% en distintas series) que afectan a un sector de la población laboralmente activo. Aunque su curso se ha modificado en los últimos años, se trata de enfermedades graves, crónicas, que ocasionan una marcada discapacidad y están asociadas a altos costes directos e indirectos.

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

Métodos: Estudio transversal, comparativo y multicéntrico de una cohorte de pacientes con AR y APs controlados en n = 20 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 la edad, género, peso, altura, estilo de vida y nivel de estudios. Se incluyeron aquellos pacientes en los que el grado de cumplimentación del cuestionario epidemiológico superaba el 60% del conjunto de variables de registro obligatorio. La descripción cuantitativa de los datos se presentó como la media ± DE.

Para el análisis univariante se utilizaron los tests chi-cuadrado (variables cualitativas nominales) y de regresión logística (variables cuantitativas y cualitativas ordinales). Para estas últimas se realizó también el análisis multivariante introduciendo el género como posible factor de confusión.

Resultados: Se incluyeron 3.229 pacientes de un total de 3.941 encuestados, 2.101 (65%) eran pacientes con AR y 1.128 (35%) eran pacientes con APs. Un 77% de los pacientes con AR y un 47% de los pacientes con APs eran mujeres. El valor medio de la edad de los pacientes con AR fue superior al de los pacientes con APs de forma estadísticamente significativa (63,88 ± 13,18 vs 55,58 ± 13,61; p = 3 × 10⁻⁵²). Al introducir el género como factor de confusión la significación se mantuvo (p-valor = 1 × 10⁻⁵¹). En el análisis univariante, se observó que la altura (160,87 ± 8,9 vs 165,21 ± 10,26; p = 1 × 10⁻³²) y el peso (68,49 ± 13,29 vs 75,50 ± 14,64; p = 9 × 10⁻³⁶) de los pacientes con APs fueron significativamente superiores a los de los pacientes con AR. Los valores de significación se redujeron considerablemente al introducir el género como covariable (p = 8 × 10⁻⁴ y p = 7 × 10⁻¹², respectivamente). La realización de ejercicio físico moderado-alto de forma ocasional fue significativamente más frecuente entre los pacientes con APs (55,16% vs 50%; p = 5 × 10⁻¹⁶). El género no afectó 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%; n = 903) mientras que en la APs eran trabajadores por cuenta ajena (29%; n = 317). Tanto en el análisis univariante y multivariante se observó que el valor medio del consumo de tazas de café/te al día fue significativamente superior entre los pacientes con APs en relación a los pacientes con AR (1,7 ± 1,33 vs 1,4 ± 1,29; p = 2 × 10⁻⁶). Se observó un incremento significativo en el consumo de cigarrillos al día y en el consumo de vino diario en el grupo de pacientes con APs que no se confirmó en el análisis multivariante, confirmando la influencia del género en estas variables.

Conclusiones: El presente estudio ha permitido describir las características epidemiológicas diferenciales de una gran cohorte de pacientes con AR y APs representativa de la población española. Los pacientes con AR tienen mayor edad y realizan menos ejercicio intenso que los pacientes con APs. Se confirma la influencia del género en la significación de determinadas variables como el consumo de alcohol, hábito tabáquico, peso y altura.

249. CARACTERIZACIÓN ECOGRÁFICA DE LA SINOVITIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CLÍNICA. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Ramírez, V. Ruiz-Esquide, I. Pomés, R. Celis, J. Pomés, S. Cabrera, R. Sanmartí y J.D. Cañete

Hospital Clínic. Barcelona.

Objetivos: Identificar y caracterizar mediante ecografía power doppler e inmunohistología la sinovitis subclínica en pacientes con artritis reumatoide en remisión clínica.

Métodos: estudio prospectivo de 1 año de seguimiento. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de artritis reumatoide de menos de 10 años de evolución que estuvieran en remisión clínica (definida por DAS28 < 2,6) comprobada por dos reumatólogos independientes. Se analizaron datos clínicos, epidemiológicos, demográficos y serológicos. Se realizaron de manera sistemática ecografías de rodillas y manos (carpos, metacarpo-falángicas [MCF], interfalángicas proximales [IFP] tendones flexores y extensores de la mano). Se cuantificó la presencia de Hipertrofia sinovial (grados 0-3) y señal power doppler (grados 0-3) a todos los pacientes. La ecografía fue realizada por un radiólogo experto en ecografía del

aparato locomotor. Para ello se utilizó un ecógrafo portátil Esaote MyLab25 con sonda lineal de 12 MHz. Aquellos pacientes con actividad de la enfermedad según señal power doppler serán sometidos a una biopsia sinovial por artroscopia o guiada por ecografía, según la articulación. Se analizará la correlación de los patrones vasculares por ecografía doppler, el infiltrado celular y la expresión de citocinas en el tejido sinovial con el desarrollo de lesiones óseas evaluadas por resonancia magnética a los 12 meses, para identificar marcadores pronósticos. El objetivo final es reclutar un total de 100 pacientes y al menos 60 biopsias sinoviales. Se presentan a continuación los resultados ecográficos en los pacientes reclutados hasta el momento.

Resultados: Hasta ahora se han incluido 42 pacientes (35 mujeres y 7 hombres con una edad media de $54 \pm 12,2$ años y un tiempo medio de evolución de $117,3 \pm 88,3$ meses). El 66,7% y el 76,2% de los pacientes eran positivos para el factor reumatoide y los anticuerpos anti-citrulina, respectivamente. Todos los pacientes estaban en tratamiento con al menos un FAME y el 42,9% estaban además en tratamiento biológico. El 88,1% de los pacientes presentaban hipertrofia sinovial al menos en una articulación mientras que el 66,7% tenían además señal power doppler. La articulación más afectada (con señal power doppler) fue el carpo (33,3%), seguida de la 2ª metacarpofalángica (9,6%) (tabla). Los pacientes con sinovitis activa (definida como hipertrofia sinovial + señal power doppler) presentaban además un DAS28 (2,26 versus 1,93; $p = 0,016$) y un peso medio (68,5 kg vs 59,3 kg; $p = 0,018$) significativamente mayor que los pacientes sin señal power doppler. No hubo diferencias significativas entre los pacientes en tratamiento con FAME y los pacientes bajo terapia biológica en los parámetros ecográficos de actividad.

| | Hipertrofia sinovial | Señal Power Doppler |
|----------------|----------------------|---------------------|
| Carpo | | |
| Derecho | 16 (38,1%) | 14 (33,3%) |
| Izquierdo | 14 (33,3%) | 11 (26,2%) |
| 1 MCF | | |
| Derecha | 10 (23,8%) | 2 (4,8%) |
| Izquierda | 6 (14,3%) | 0 (0,0%) |
| 2 MCF | | |
| Derecha | 14 (33,3%) | 3 (7,2%) |
| Izquierda | 16 (38,1%) | 4 (9,6%) |
| 3 MCF | | |
| Derecha | 10 (23,8%) | 1 (2,4%) |
| Izquierda | 8 (19,0%) | 0 (0,0%) |
| 4 MCF | | |
| Derecha | 2 (4,8%) | 0 (0,0%) |
| Izquierda | 2 (4,8%) | 1 (2,4%) |
| 5 MCF | | |
| Derecha | 11 (26,2%) | 0 (0,0%) |
| Izquierda | 2 (4,8%) | 0 (0,0%) |
| Rodilla | | |
| Derecha | 13 (31,0%) | 0 (0,0%) |
| Izquierda | 18 (42,8%) | 2 (4,8%) |
| 1 IFP | | |
| Derecha | 5 (11,9%) | 1 (2,4%) |
| Izquierda | 2 (4,8%) | 0 (0,0%) |
| 2 IFP | | |
| Derecha | 16 (38,1%) | 2 (4,8%) |
| Izquierda | 18 (42,9%) | 1 (2,4%) |
| 3 IFP | | |
| Derecha | 19 (45,3%) | 1 (2,4%) |
| Izquierda | 22 (52,4%) | 0 (0,0%) |
| 4 IFP | | |
| Derecha | 20 (47,6%) | 2 (4,8%) |
| Izquierda | 21 (50,0%) | 1 (2,4%) |
| 5 IFP | | |
| Derecha | 12 (28,6%) | 1 (2,4%) |
| Izquierda | 10 (23,8%) | 0 (0,0%) |

Conclusiones: Dos tercios de los pacientes con artritis reumatoide en remisión clínica presentaron señal power doppler en al menos una articulación. El DAS28 fue significativamente superior en los

pacientes con sinovitis activa según señal power doppler. No hubo diferencias en los pacientes en tratamiento biológico.

250. INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE INMUNOGLOBULINAS DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON RITUXIMAB (RTX) EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR) Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA

M.G. Bonilla Hernán, C. Plasencia Rodríguez, A. Villalba Yllán, D. Peiteado López, L. Lojo Olivera, L. Nuño Nuño, A. Balsa Criado y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Analizar en nuestra cohorte de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) que recibe tratamiento con rituximab (RTX), la frecuencia de aparición de descenso de niveles IgG por debajo de 600 mg/dl y si existe relación con aparición de eventos infecciosos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes que habían recibido tratamiento con RTX en nuestro servicio desde el momento de la comercialización e indicación para tratamiento de AR. Se incluyeron 31 pacientes con diagnóstico de AR de acuerdo con los criterios diagnósticos de la ACR de 1987. Se recogieron los datos de factor reumatoide (FR) por nefelometría y anticuerpos anti-péptido citrulinado (ACPA) mediante ELISA y los de inmunoglobulinas (IgG e IgM) en el momento basal y cada 3 meses durante todo el tiempo de seguimiento posterior. Se evaluó la actividad clínica de los pacientes mediante el Disease Activity Score 28 (DAS28) en el momento basal y cada 6 meses.

Resultados: De los 31 pacientes con AR tratados con RTX 26 (87,87%) eran mujeres. La edad media de los pacientes era $59,19 \pm 15,2$ años y la media de duración de la enfermedad fue de $14,66 \pm 9,6$ años. 26 (83,87%) pacientes recibían tratamiento con prednisona y la mayoría recibieron FAMEs clásicos de forma concomitante [29 (93,54%), con MTX 18 (58,06%) y 16 (51,61%) con otro FAME]. El número de biológicos previos que habían recibido los pacientes fue de $1,06 \pm 0,8$. Seis pacientes (19,35%) no habían recibido ningún biológico previo (por antecedente de neoplasia o enfermedad pulmonar intersticial), 19 pacientes había recibido uno, 5 (16,12%) habían recibido dos y 1 paciente (3,22%) había recibido 4 biológicos. De ellos 10 (32,25%) habían recibido infliximab, 10 (32,35%) adalimumab, 6 (19,35%) etanercept, 3 (9,67%), tocilizumab, 1 (3,22%) certolizumab y 2 pacientes (6,45%) abatacept. El tiempo medio en terapia biológica con RTX fue de $3,90 \pm 2,35$ años y la media del número de ciclos fue $4,15 \pm 2,1$. La actividad basal media (DAS28) fue de $4,6 \pm 1,6$ y no se observaron diferencias en la actividad en los momentos basales de los pacientes que posteriormente desarrollaron niveles bajos (NB) o no de IgG ($5,8 \pm 1,4$ con NB vs $4,5 \pm 1,6$ sin NB, $p = 0,349$). Los niveles medios basales de IgG fueron $1.198,64 \pm 329,58$ mg/dl y de IgM $160,40 \pm 80,72$ mg/dl. Se observó un descenso medio a los dos años de ambas inmunoglobulinas IgG $1.029,78 \pm 279,01$ mg/dl e IgM $99,3 \pm 74,6$ mg/dl, pero solo se objetivó descenso de IgG por debajo de 600 mg/dl en 2 pacientes y en ninguno de ellos se observó una complicación infecciosa grave que conllevara a la suspensión del tratamiento. De los 31 pacientes, se observó descenso de IgM por debajo de 45 mg/dl (límite inferior de la normalidad en nuestro laboratorio) en un solo paciente y no se observó ninguna repercusión clínica asociada a este hecho.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con RTX se observó que el descenso de inmunoglobulinas severo, tanto de IgG como de IgM, es un hecho poco frecuente y no se objetivaron incidencias clínicas importantes que obligaran a la suspensión del fármaco. Para

obtener resultados más concluyentes es necesario estudios posteriores con un mayor número de pacientes.

251. ESTUDIO DE COMPARACIÓN DE COSTES DE UN MODELO DE HOSPITAL DE DÍA CON CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. de la Torre-Aboki, E. Pascual, E. Batlle, P. Vela, A. Martínez, J. Esteve, V. Jovani e I. Ibero

Hospital General Universitario de Alicante. Hospital Universitario de San Juan. Alicante.

Introducción: La organización de los Hospitales de día (HdD) es muy heterogénea en función de la estructura e idiosincrasia de cada centro. Este hecho condiciona el número de visitas del paciente al HdD para la administración del tratamiento en función de si ha de acudir de manera independiente a la extracción analítica, la infusión y la visita médica. Asimismo, la existencia de consultas de enfermería de reumatología propias para control estrecho, monitorización de la actividad de la enfermedad y comorbilidades, así como gestión de incidencias que facilite la continuidad de la atención en paciente con AR que acuden a HdD no está extendida.

Objetivos: Realizar un estudio de comparación (minimización) de costes en función de tres estrategias de atención al paciente con AR en HdD.

Métodos: Se llevó a cabo un modelo de evaluación económica de comparación (minimización) de costes a partir de un modelo de árbol de decisión determinista que reproduce el modelo de HdD e incorpora los costes directos e indirectos. El cálculo de los costes directos e indirectos se basó en una muestra de 145 pacientes con AR (78% mujeres, edad media 58 años, FR+ 67%, tiempo medio de evolución de la enfermedad 11,5 años) que han recibido tratamiento en el HdD desde el año 2000-2010 en el Hospital General Universitario de Alicante. Se compararon tres estrategias (E): E1 -HdD con citación de pacientes en tres sesiones-; E2 -HdD con citación de pacientes en 1 sesión-; E3 - HdD con citación de pacientes en 1 sesión con implementación de consulta de enfermería en reumatología. Se consensuaron una serie de asunciones clave para evaluar todos los modelos.

Resultados: Considerando los gastos directos e indirectos derivados de la administración del tratamiento en HdD, se produce un menor coste anual por paciente comparando la estrategia 1 (análisis + tratamiento + visita médica) con la estrategia 3 (visita única

integrada + visita consulta de enfermería). Dicho ahorro asciende a cerca de 900 € paciente/año. Ver tabla adjunta "Análisis por paciente mediante análisis de sensibilidad".

Conclusiones: El modo de organización y gestión del HdD es un factor clave a la hora de garantizar la continuidad de la atención, la frecuencia de visitas al centro sanitario, y por tanto, el coste derivado. La repercusión real de la incorporación de una consulta de enfermería propia con las funciones anteriormente definidas en paciente con AR que acuden a HdD, es difícil de cuantificar, pero basándonos en este modelo, resulta ser costo-efectivo para el Sistema de Salud y para el paciente.

252. TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA PRIMERA VISITA DE EVALUACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE A LOS QUE SE LES PRESCRIBE UN AGENTE BIOLÓGICO

P. Talavera¹, M.D. Aguilar¹, P. Lázaro¹, I.D. Pousa² y C. Cara², en representación del Grupo CaliRa

¹Técnicas Avanzadas en Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid. ²UCB Pharma.

Introducción: Según las últimas recomendaciones EULAR, la introducción de un agente biológico (AgBiol) en el tratamiento de la AR requiere una evaluación para valorar su efectividad en un plazo de 12 semanas, si bien hay poca evidencia de cuál es el tiempo real transcurrido en la práctica clínica habitual.

Objetivos: Describir el tiempo que transcurre hasta la primera visita de revisión en pacientes con AR a los que se les prescribe un AgBiol.

Métodos: Este estudio se ha realizado en una submuestra del estudio CaliRa (estudio multicéntrico, retrospectivo de 1 año de seguimiento, de 827 pacientes mayores de 18 años con AR y criterios de utilización de biológicos, reclutados en España entre noviembre de 2008 y abril de 2009). La submuestra incluye a los pacientes en los que durante el periodo de seguimiento se inició, por vez primera, un tratamiento con AgBiol y aquellos en los que se había iniciado en los 3 meses previos al periodo de seguimiento. Entre los datos registrados se incluyeron datos socio-demográficos: edad, sexo; datos de la AR: FR y anti-PCC; datos clínicos en cada visita: tratamiento desde la visita anterior y tratamiento prescrito en esa visita; tiempo transcurrido hasta siguiente visita de revisión.

Resultados: Se incluyeron 184 pacientes. La media de edad de los pacientes fue 55 ± 12 años, siendo el 80% mujeres, y 8,5 ± 8,4 años

Tabla Póster 251

| Escenarios | Costes diferenciales Estrategia 3 – Estrategia 1 | Costes diferenciales Estrategia 3 – Estrategia 2 |
|--|---|---|
| Escenario Basal: (100 pacientes anuales, coste de oportunidad de 2 consultas de especialista y una consulta de educación para la salud de enfermería en cada ciclo; y la distancia media al hospital es de 15,2 km) | -323,7 € | -322,3 € |
| Escenario con menor número de pacientes anuales atendidos (N = 50) | -56,8 € | -56,1 € |
| Escenario con mayor número de pacientes anuales atendidos (N = 150) | -590,5 € | -588,4 € |
| Escenario en el que se imputa el coste de oportunidad de una única consulta de Atención especializada al tiempo de especialista ahorrado por enfermería (45') | -128,3 € | -126,9 € |
| Escenario en el que se imputa el coste de oportunidad de tres consultas de Atención especializada al tiempo de especialista ahorrado por enfermería (45') | -519,1 € | -517,6 € |
| Escenario en el que se imputa el coste de oportunidad de una única consulta de educación para la salud de enfermería por cada paciente durante el tiempo de enfermería | -228,7 € | -227,3 € |
| Escenario en que la distancia media al hospital es de 10,2 km | -315,9 € | -322,1 € |
| Escenario en que la distancia media al hospital es de 20,2 km | -331,7 € | -322,5 € |
| Escenario más desfavorable: (50 pacientes anuales, coste de oportunidad de 1 consulta de especialista en cada ciclo y una única consulta de educación para la salud de enfermería; y la distancia media al hospital es de 10,2 km) | 92,2 € | 89,1 € |
| Escenario más favorable: (150 pacientes anuales, coste de oportunidad de 3 consultas de especialista y una consulta de educación para la salud de enfermería en cada ciclo; y la distancia media al hospital es de 20,2 km) | -895,6 € | -881,8 € |

de media desde el diagnóstico de AR. El 70,2% tenía FR+, y el 41,3% anti-PCC+ (disponible en 109 pacientes). La media de visitas en el año de seguimiento fue $4,4 \pm 1,6$ (min: 2; max: 11), lo que supone 817 visitas analizadas. Durante el periodo de seguimiento, en 152 visitas (18,6%) se prescribe un AgBiol por primera vez o se decide un cambio de AgBiol, en 410 (50,2%) se continuó con el mismo AgBiol, en 255 (31,2%) no se prescribió AgBiol. En un 17,8% de las visitas con inicio o cambio de AgBiol (I/C AgBiol) el tiempo transcurrido hasta la visita siguiente fue de 4 semanas (s) o menos, en el 29,6% de 4-8 s, en un 25,7% de 8-12 s, en un 13,2% de 12-16 s, en 4,6% de 16-20 s, en 5,3% de 20-24 s y en 3,9% > 24s. En las visitas en las que se mantuvo el tratamiento con AgBiol, en un 9,8% el tiempo transcurrido hasta la visita siguiente fue inferior o igual a 4 s, en el 28,5% de 4-8 s, en un 21,2% de 8-12 s, en un 21,5% de 12-16 s, en 10,0% de 16-20 s, en 3,9% de 20-24 s y en 5,1% > 24s. La media de semanas transcurridas hasta la visita siguiente fue $9,8 \pm 6,4$ en I/C AgBiol y de $11,4 \pm 6,6$ en las visitas en las que se mantuvo el AgBiol.

Conclusiones: Al menos en un 27% de los pacientes que inician tratamiento con AgBiol la evaluación de la efectividad tiene lugar después del tiempo recomendado por EULAR.

253. POLIMORFISMOS DE GENES IMPLICADOS EN EL MODO DE ACCIÓN DEL METOTREXATO. ¿ESTÁN ASOCIADOS CON LA RESPUESTA O LA TOXICIDAD DEL FÁRMACO?

P. Moya¹, J. Salazar^{2,5}, A. Altés³, H. Corominas⁴, C. Díaz-Torné¹, M.E. Córca¹, C. Geli¹, M.E. del Río^{2,5}, I. Castellví¹, J.M. de Llobet¹ y M. Baiget^{2,5}

¹Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna;

²Servicio de Genética. Hospital Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Hematología. Hospital Althaia. Manresa. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ⁵U705. CIBERER.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, inflamatoria y autoinmune de etiología desconocida. El metotrexato (MTX) es la primera opción terapéutica, sin embargo, solo el 50-70% de los pacientes responden al tratamiento y hasta en una tercera parte de los pacientes se interrumpe debido a la toxicidad.

Objetivos: Estudiar los SNPs (Single Nucleotide Polymorphisms) de 5 genes candidatos (DHFR, TYMS, MTHFR, ATIC y CCND1), que participan en la vía de acción del MTX, por su posible papel como marcadores farmacogenéticos de la respuesta y/o la toxicidad al MTX en pacientes españoles diagnosticados de artritis reumatoide.

Métodos: Se analizó la asociación de 27 TagSNPs en 124 pacientes tratados con MTX en régimen de monoterapia con la eficacia y la toxicidad al fármaco. Los TagSNPs se seleccionaron mediante la información disponible del HapMap y el programa Haploview v.4.2. El genotipado de las muestras se realizó mediante la utilización de la plataforma Biomark de Fluidigm. La toxicidad del MTX fue evaluada en base al tiempo de administración del fármaco. La eficacia se evaluó utilizando los Criterios de Respuesta EULAR DAS28.

Resultados: La tabla muestra las características clínicas de los 124 pacientes con AR tratados con MTX a régimen de monoterapia. El estudio univariado mostró una asociación con la toxicidad en el modelo dominante con 2 TagSNPs del gen ATIC: rs10197559 ($p = 0,05$) y rs16853826 ($p = 0,04$). Dos TagSNPs en el gen MTHFR mostraron asociación significativa con la respuesta en el modelo dominante: rs11121832 ($p = 0,02$) y rs17421511 ($p = 0,02$).

Datos clínicos de los 124 pacientes de la muestra

| Características | Valor |
|--|-------------------|
| N | 124 |
| Mujeres, n (%) | 81,5% (101) |
| Edad de inicio del tratamiento, media (años) | $55,62 \pm 1,297$ |
| Tiempo intervalo desde el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento, media (meses) | $66,6 \pm 10,81$ |
| Número de FAMES previos, media (rango) | 0,81 (0-3) |
| FR positivo,% (n) | 76,6% (95) |
| CCP positivo,% (n) | 72,6% (90) |

FR: Factor Reumatoide; CCP: péptidos anticitrulinados.

Conclusiones: Los polimorfismos en los genes ATIC y MTHFR son posibles marcadores farmacogenéticos en pacientes con AR en tratamiento con MTX en régimen de monoterapia.

254. ERITEMA NODOSO REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVENCIONAL. EXPERIENCIA CON INMUNOSUPRESORES Y TERAPIA BIOLÓGICA EN NUESTRO HOSPITAL

F. Gallo Puelles, M. León, A. Muñoz, J.A. Paz y J.L. Marengo

UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El eritema nodoso (EN) constituye una patología reumatológica frecuente en nuestra práctica habitual, tratándose generalmente de un proceso idiopático, benigno y auto-limitado. En determinados casos puede asociarse a patologías autoinmunes (e. Behçet, lupus eritematoso, sarcoidosis...), presentando un curso más agresivo y recurrente, con un manejo terapéutico más complejo. El uso de fármacos inmunosupresores como corticoides, azatioprina, hidroxicloroquina, yoduro potásico y como última opción, las terapias biológicas (fármacos anti-TNF: infliximab, adalimumab y etanercept), constituyen una herramienta terapéutica generalmente eficaz y bien tolerada.

Objetivos: Descripción de serie de casos de EN de curso recidivante, refractarios a tratamiento previo con AINEs y esteroides, que han precisado tratamiento con otros inmunosupresores y/o terapia biológica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron pacientes con EN en tratamiento inmunosupresor (incluyendo biológicos) en seguimiento por el Servicio de Reumatología del Hospital de Valme. Para ello se realizó una búsqueda en la base de datos electrónica de terapia biológica, y documentación clínica (ingresos hospitalarios, seguimiento en consultas de Reumatología). Se recogieron datos referentes a inicio del cuadro, carácter idiopático o secundario, tratamiento previo, terapia con inmunosupresores (incluyendo biológicos) y evolución clínica.

Resultados: En nuestra cohorte de pacientes con EN refractario, 55% (5/9) fueron Idiopáticos, evolucionando uno a lupus eritematoso. El 45% (4/9) fueron secundarios, 3 a enfermedad autoinmune, e. Behçet (2), sarcoidosis (1), y 1 a anticonceptivos (ACO) y a proceso bacteriano asociado. 2/9 pacientes, evolucionaron satisfactoriamente con corticoides a bajas dosis (un caso de Sarcoidosis y otro por uso ACO y proceso amigdalár). 7/9 pacientes fueron refractarios a corticoterapia (GCC), presentando mala evolución y necesitando otros inmunosupresores: azatioprina (AZA) e hidroxicloroquina (HOCL) fundamentalmente, y algunos casos yoduro potásico (YPO), colchicina (COL), metotrexato (MTX) y leflunomida (LFL). 7/9 pacientes precisaron fármacos anti TNF: 3 adalimumab (ADA) y 4 infliximab (IFX). No se detectaron efectos secundarios importantes en 5/7 pacientes tratados con terapia biológica. En un caso de EN y Behçet, al iniciarse IFX

Tabla Póster 254

| Paciente | Tipo eritema nodoso (EN) | Tratamiento inmunosupresor (no biológico) | Tratamiento biológico | Evolución clínica |
|----------------|---------------------------------|---|---|--|
| Mujer 36 años | Idiopático | GCC, AZA, HOCL, YPO | ADA 40 mg sc/2 semanas | Óptima |
| Hombre 50 años | Idiopático | GCC | ADA 40 mg sc/2 semanas | Óptima |
| Mujer 56 años | Idiopático | GCC, HOCL | ADA 40 mg sc/2 semanas | Óptima |
| Hombre 43 años | Idiopático | GCC, HOCL, AZA, MTX | IFX 4 mg/kg/7 sem | Óptima |
| Mujer 35 años | 2ª a e. Behçet | GCC, AZA, COL | IFX 4 mg/kg/8 sem | Óptima |
| Mujer 42 años | 2ª a e. Behçet | GCC, AZA, COL, LFL, YPO | IFX Y ETN (psoriasis 2ª) RTX (no respuesta). Posteriormente ABA (690 mg/dosis/4 sem) | Óptima, tras Inicio ABA |
| Mujer 50 años | Idiopático | GCC, HOCL, AZA, MTX, LFL | IFX 4 mg/kg/8 semanas Pendiente de inicio de RTX | Óptima, hasta 1/2013 con IFX, suspensión por LES |
| Mujer 50 años | 2ª a sarcoidosis | GCC altas dosis, descenso gradual | No | Óptima |
| Mujer 35 años | 2ª a ACO e infección bacteriana | GCC a altas dosis (suspensión ACOs), dosis bajas de mantenimiento | No | Óptima |

y posteriormente etanercept (ETN), se observó una psoriasis inducida suspendiéndose el tratamiento. Posteriormente, inició rituximab (RTX) sin respuesta, por lo que se cambió a abatacept (ABA), consiguiendo remisión. En otro caso se inició IFX, positivizándose Ac ANA y antiDNA y presentando poliartrosis (posible Lupus Eritematoso), suspendiéndose IFX, estando pendiente de iniciar RTX.

Conclusiones: En nuestra cohorte de enfermos con EN refractario a corticoides, encontramos una mayor asociación a procesos secundarios a patología autoinmune y necesidad de otras terapias inmunosupresoras para control de la enfermedad. Dentro de los inmunosupresores convencionales, los más utilizados fueron azatioprina, hidroxicloroquina y yoduro potásico. Dada la agresividad de estos casos, la mayoría de los pacientes necesitaron terapia biológica para control de su actividad, siendo IFX y ADA los más empleados. En dos casos de pacientes con biológicos (ambos con IFX), se presentaron efectos secundarios importantes, siendo necesarios cambio de diana terapéutica.

255. EL GÉNERO INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Aurrecochea¹, M.L. Díez Lizuain², I. Villa¹, B. Moreira¹, T. Ruiz Jimeno¹, J. Llorca Díaz³ y J. Calvo-Alén¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Radiodiagnóstico. IFIMAV-Fundación Marqués de Valdecilla. Hospital Universitario Sierrallana. Torrelavega. ³Facultad de Medicina. Medicina Preventiva. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivos: Evaluar si el género predice un impacto diferente en la evolución de la artritis reumatoide en términos de calidad de vida y qué tipo de variables pueden producir esas diferencias.

Métodos: Setenta mujeres y setenta hombres, no seleccionados, diagnosticados de Artritis Reumatoide en nuestra consulta se evaluaron de acuerdo a un protocolo preestablecido. Dicho protocolo incluye: revisión de la historia del paciente, medidas estandarizadas de severidad de la enfermedad (parámetros biológicos, DAS28, índice mHAQ, e índice de Sharp-van der Heijde modificado [mSVH]) así como instrumentos específicos para medir diferencias psicosociales y aspectos de manejo de la enfermedad y del comportamiento frente a ésta (cuestionario ISEL de apoyo interpersonal, IBQ (Illness Behavior Questionnaire) para evaluar conducta en la salud, RAI (Rheumatology Attitude Index) para evaluar la actitud frente a la enfermedad o desamparo aprendido, el test de eficacia personal (SE) y el test de Beck para valorar la intensidad de los síntomas depresivos.). La calidad de vida se evalúa por el cuestionario SF-36. Se llevan a cabo análisis univariados y multivariados para examinar la diferente contribución de esas variables en ambos géneros en el pronóstico final de la enfermedad medidos en términos de calidad de vida.

Resultados: Los dos grupos son homogéneos en cuanto a edad al diagnóstico (media \pm DE) ($49,92 \pm 13,43$ vs $52,94 \pm 13,63$; $p = 0,189$), duración de la enfermedad ($2.472,48 \pm 2.236,46$ vs $2.441,62 \pm 2.220,26$ días; $p = 0,93$), actividad de la enfermedad por DAS28 ($3,81 \pm 1,49$ vs $3,5 \pm 1,43$, $p = 0,21$), incapacidad funcional por mHAQ ($0,89 \pm 2,61$ vs $0,22 \pm 0,96$, $p = 0,04$) o daño radiográfico medido por el índice mSVH ($24,6 \pm 48,4$ vs hombres $22,1 \pm 27,7$; $p = 0,71$). Los grupos difieren en las comorbilidades, las mujeres muestran una mayor incidencia de depresión y osteoporosis. Con respecto a las variables psicológicas, las mujeres presentan valores significativamente más altos de índice de Beck ($10,78 \pm 7,52$ vs $7,83 \pm 6,85$, $p = 0,016$) y valores peores en IBQ ($11,91 \pm 6,07$ vs $10,55 \pm 5,88$, $p = 0,181$); no se encuentran diferencias en el resto de las variables psicológicas y de comportamiento estudiadas. Se observó un empeoramiento en las subescalas de función física del SF-36 entre las mujeres ($57,78 \pm 22,11$ vs $67,30 \pm 22,75$; $p = 0,01$). En los diferentes modelos de análisis multivariados realizados, el test de Beck ($p = 0,000$) y la presencia de osteoporosis ($p = 0,000$) se mantienen asociados de forma independiente con los resultados de SF-36.

Conclusiones: Las pacientes con artritis reumatoide tienen una menor calidad de vida respecto a los varones con dicha enfermedad. Variables psicológicas como unos niveles mayores de síntomas depresivos y quizás un comportamiento peor frente a la enfermedad, así como una mayor incidencia de osteoporosis juegan un papel fundamental en estos resultados, más allá que parámetros biológicos puros referidos a la enfermedad donde ambos grupos tienen características similares. Estos datos deberían ser tenidos en cuenta en el manejo de estos pacientes.

256. RESULTADOS A 24 SEMANAS DE UN ESTUDIO CIEGO EN FASE 2B DE ESTABLECIMIENTO DE DOSIS DE BARICITINIB, UN INHIBIDOR ORAL DE LA QUINASA JANUS 1/QUINASA JANUS 2, EN COMBINACIÓN CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.C. Genovese¹, E. Keystone², P. Taylor³, E. Drescher⁴, P.Y. Berclaz⁵, C.H. Lee⁵, D.E. Schlichting⁵, S.D. Beattie⁵, R.K. Fidelus-Gort⁶, M.E. Luchi⁶ y W. Macias⁵

¹Centro Médico de Stanford University. Palo Alto, CA. EE.UU. ²University of Toronto. Toronto. Ontario. Canadá. ³University of Oxford. Reino Unido. ⁴Hospital del Condado Veszprém Csolnoky Ferenc. Departamento de Reumatología y Rehabilitación Física. Veszprém. Hungría. ⁵Eli Lilly and Company. Indianápolis. Indiana. EE.UU. ⁶Incyte Corporation. Wilmington. Delaware. EE.UU.

Objetivos: Se evaluó baricitinib (anteriormente denominado LY3009104/INCB028050), un nuevo inhibidor oral de quinasa JAK1 y JAK2 en la vía de señalización JAK-STAT en un estudio en fase 2b ciego de 24 semanas en pacientes (pts) con artritis reumatoide (AR) de moderada a grave con respuesta inadecuada al metotrexato

Tabla Póster 256

Criterios de valoración de la eficacia primarios y secundarios seleccionados a las 12 y 24 semanas

| | PBO (N = 98) | 1 mg una vez al día (N = 49) | 2 mg una vez al día (N = 52) | 4 mg una vez al día (N = 52) | 8 mg una vez al día (N = 50) |
|--|--------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 12 semanas | | | | | |
| % ACR20† | 41 | 57* | 54 | 75* | 78* |
| % ACR50† | 10 | 31* | 17 | 35* | 40* |
| % ACR70† | 2 | 12* | 8 | 23* | 20* |
| % DAS28CRP < 2,6† | 4 | 14* | 15* | 37* | 22* |
| % CDAI = 2,8† | 1 | 2 | 6 | 21* | 12* |
| DAS28-CRP§ | 4,5 | 4,0* | 4,0* | 3,2* | 3,6* |
| CDAI§ | 23,7 | 20,8 | 20,7 | 13,7* | 16,3* |
| Incremento de HAQ-DI con respecto al inicio§ | -0,10 | -0,35* | -0,18 | -0,33* | -0,39* |
| 24 semanas | | | | | |
| % ACR20† | — | — | 63 | 78 | 73 |
| % ACR50† | — | — | 20 | 48 | 55 |
| % ACR70† | — | — | 10 | 28 | 24 |
| % DAS28CRP < 2,6† | — | — | 16 | 34 | 37 |
| % CDAI = 2,8† | — | — | 8 | 23 | 22 |
| DAS28-CRP | — | — | 3,9 | 3,0 | 3,3 |
| CDAI | — | — | 19,4 | 11,1 | 12,9 |
| Incremento de HAQ-DI con respecto al inicio | — | — | -0,19 | -0,33 | -0,45 |

†Imputación de pacientes sin respuesta y valor de p unilateral obtenido a partir de la prueba exacta de Fisher; §valor de p bilateral del contraste de la dosis de LY frente al placebo a partir de ANCOVA con el tratamiento como factor fijo y el valor inicial (semana 0) como covariable (media, LOCF); *p < 0,05 frente al placebo.

(MTX). Se alcanzó el criterio de valoración principal después de 12 semanas de tratamiento. Se reportan los resultados de seguridad y eficacia a las 24 semanas.

Métodos: Se asignó aleatoriamente a pacientes con AR activa (definida como al menos 8 articulaciones inflamadas y 8 articulaciones doloridas según la evaluación de las 66/68 articulaciones) que recibían MTX de manera estable en la proporción 2:1:1:1 para recibir placebo (PBO) o 1 de las 4 dosis de baricitinib administradas una vez al día (1, 2, 4 u 8 mg) durante 12 semanas. Los pacientes asignados a los 2 mg, 4 mg u 8 mg continuaron el tratamiento ciego durante 12 semanas adicionales. Los pacientes asignados a placebo o a 1 mg fueron reasignados a un grupo exploratorio de 4 mg una vez al día o 2 mg dos veces al día entre las semanas 12 y 24 y fueron excluidos del análisis primario de las 24 semanas.

Resultados: 301 pacientes fueron incluidos en el estudio. Después de 12 semanas de tratamiento, se observaron diferencias significativas en comparación con el placebo (p < 0,05) en la proporción de pacientes que alcanzaron los criterios del American College of Rheumatology; ACR20, ACR50 y ACR70, DAS28 CRP (puntuación de la actividad de la enfermedad en base a la proteína C reactiva) < 2,6 y CDAI (índice de actividad de la enfermedad de Crohn) = 2,8; y para DAS28CRP, HAQ-DI (Cuestionario de evaluación de salud - Índice de discapacidad) y CDAI (tabla). En la semana 24, los pacientes que recibían 2 mg, 4 mg u 8 mg de baricitinib se mantuvieron o mejoraron en todas las medidas. Durante 12 semanas, las tasas de incidencia de efectos secundarios (44% frente a 41%), infecciones (12% frente a 14%) y acontecimientos adversos graves (AAG) (2% frente a 2%, respectivamente) fueron similares en los grupos de placebo y de baricitinib combinados. Durante 24 semanas, los grupos combinados de 2 mg, 4 mg y 8 mg presentaron una tasa de efectos secundarios del 64% (36% leves, 23% moderados, 5% graves), una tasa de infecciones del 27% (16% leves, 9% moderadas, 1% graves) y una tasa de AAG del 5%. No hubo ninguna infección oportunista ni ninguna muerte. Se observaron disminuciones de la hemoglobina y pequeños aumentos de la creatinina sérica. Se observaron aumentos del LDL y del HDL.

Conclusiones: Se observaron mejorías significativas de los signos y síntomas de la AR en los grupos con baricitinib comparación con placebo durante 12 semanas. Estas respuestas se mantuvieron o mejoraron durante 12 semanas adicionales de tratamiento ciego con 2 mg, 4 mg y 8 mg. Además, los datos de seguridad observados durante las 12 y 24 semanas fueron congruentes con los estudios de baricitinib realizados previamente.

Comunicación presentada en ACR Washington, Nov 2012.

257. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE CALPROTECTINA EN ARTRITIS AGUDAS

C.M. Fedec Olmos¹, I. de la Morena Barrio¹, J.J. Alegre Sancho¹, D. Acevedo², N. Estany², D. Ybáñez García¹, A. Martínez Ferrer¹, E. Valls Pascual¹, M. Robustillo Villarino¹, J.E. Oller Rodríguez¹ y E. Vicens Bernabeu¹

¹Sección de Reumatología; ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: En los últimos años, diversos estudios han demostrado la utilidad de la determinación de calprotectina en artritis inflamatorias crónicas, y su relación con factores pronósticos. Existen escasos datos en la literatura de su comportamiento en el diagnóstico de artritis agudas.

Objetivos: Analizar la utilidad de la determinación de calprotectina en sangre y líquido sinovial (LS) en la predicción del diagnóstico de pacientes con artritis agudas.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo descriptivo, en el que se incluyeron pacientes con monoartritis u oligoartritis aguda, remitidos desde Urgencias desde junio de 2012 hasta diciembre de 2012, de forma no consecutiva (se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria y/o infecciosa, como posibles factores de confusión). A todos ellos se les realizó una artrocentesis diagnóstica y extracción sanguínea simultáneamente. El LS se estudió a microscopía óptica en ése mismo momento para el estudio de microcristales. También se enviaron, de forma sistemática, muestras de LS a cultivo microbiológico, y se determinaron las concentraciones de calprotectina, procalcitonina, glucosa y recuento celular. En sangre se determinaron las concentraciones de procalcitonina, calprotectina y PCR. Las determinaciones de calprotectina se hicieron mediante ensayo inmunoenzimático automatizado mediante un "Unicap 100" de la empresa Thermo Fisher. Todos los pacientes fueron seguidos hasta la confirmación diagnóstica.

Resultados: Hasta la fecha, se han incluido 17 pacientes, 11 hombres y 6 mujeres, con una edad media de 56 ± 18 (23-80) años. De ellos, 15 presentaron monoartritis y 2 oligoartritis, con una media de 6 ± 6 (1-21) días de evolución. Los diagnósticos finales fueron: 1 artritis séptica, 6 artritis gotosas, 5 artritis por pirofosfato. 2 pacientes están en seguimiento y 3 se perdieron. La media de calprotectina en sangre fue de 1.356,85 ± 723,69 µg/g. En todos los casos, la determinación de calprotectina en LS superó el umbral alto de detección del analizador (> 3.000 µg/g). Los valores medios del resto de variables fueron: PCR

86,73 ± 60,73 mg/L; procalcitonina en LS 0,64 ± 0,68 ng/ml; leucocitos en LS 27.653 ± 22.602 por ml; Glucosa en LS 10,53 ± 40,34 mg/dl. La procalcitonina en sangre resultó negativa (< 0,5 ng/ml) en 13 pacientes, y con riesgo de infección bacteriana moderado (0,5-2 ng/ml) 1 paciente (la artritis séptica). Se encontró una tendencia a niveles más bajos de calprotectina en suero en pacientes con pseudogota frente a los demás diagnósticos con una p en el límite de la significación (p = 0,053) a pesar de presentar recuentos celulares comparables a otros grupos diagnósticos. Por último: Se encontró relación entre la glucosa en LS y la procalcitonina en LS (R = 60%), entre calprotectina en suero y procalcitonina en LS (R = 51%) y entre calprotectina en suero y glucosa en LS (R = 41%). El resto de variables comparadas no se correlacionaron de forma significativa.

Conclusiones: Nuestros datos preliminares indican que las concentraciones de calprotectina se encuentran más elevadas en LS que en sangre, lo que dificulta su determinación mediante los procedimientos habituales. Parece que niveles más bajos de calprotectina en sangre podrían predecir un diagnóstico de pseudogota en nuestra serie de pacientes.

Comunicación presentada en el congreso ACR (American College of Rheumatology) Washington, Nov 2012.

258. PRIMER EPISODIO DE UVEÍTIS ANTERIOR CRÓNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y RELACIÓN CON LOS TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS

A.L. Boteanu, C. Velázquez Arce, C. Guillén Astete, M.A. Blázquez Cañamero y M.L. Gámir Gámir

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La uveítis anterior crónica es una de las complicaciones más graves de la artritis idiopática juvenil (AIJ), observándose un aumento de incidencia en los pacientes con enfermedad de inicio precoz, oligoarticular (ILAR), ANA positivo. Se han excluido los pacientes diagnosticados de AISS, artritis-entesitis, poliartitis FR positivo. La terapia biológica utilizada en el manejo de la AIJ en los últimos años ha mejorado de forma importante el pronóstico articular, sin embargo su eficacia en el manejo de la uveítis no está bien establecida todavía, habiéndose reportado casos nuevos de uveítis durante el tratamiento con anti-TNF, sobre todo durante el tratamiento con etanercept (ETN). El objetivo del presente trabajo es reportar la incidencia de nuevos casos de uveítis anterior crónica en pacientes que se encontraban en tratamiento con metotrexate, adalimumab (ADM) o etanercept por AIJ.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional del seguimiento de 70 pacientes con diagnóstico de AIJ de inicio precoz con alto riesgo de desarrollar uveítis anterior crónica. Se registraron

los episodios nuevos de uveítis por paciente. Se calculó la incidencia como número de episodios nuevos por cada 100 pacientes por año de seguimiento en función de la categoría ILAR y el tratamiento administrado y en función exclusivamente del tratamiento administrado. Las comparaciones de incidencias se hicieron por medio de la prueba de t Student.

Resultados: Cincuenta y seis (80,0%) pacientes fueron mujeres y 14 (20,0%) varones. La distribución por categorías ILAR fue: 42 (60,0%) oligoarticular, 10 (14,3%) oligoarticular extendida, 15 (21,4%) poliarticular y 3 (4,3%) asociada a psoriasis. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 3,5 DE 1,6 años (mediana 3 años). Se encontraron AAN positivos en 41 (58,6%) de los pacientes. El periodo de seguimiento medio de los pacientes fue 4,44 DE 3,65 años. Se registraron 5 casos nuevos de uveítis durante el tratamiento (3 MTX, 2 MTX-ETN o ETN solo y 0 con ADM) y 10 casos que se presentaron de debut o antes de iniciar FAME o terapia biológica. La incidencia fue de 0,15 y 0,11 casos/100 pacientes/año, respectivamente (p > 0,05, t Student). La tabla describe la distribución de los casos nuevos según la categoría ILAR y el tratamiento administrado durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones: La incidencia de aparición de uveítis en nuestra serie de pacientes con AIJ con alto riesgo de uveítis es comparable con la descrita en la literatura (22,8%) y similar entre pacientes que recibieron MTX como terapia única y quienes recibieron MTX y ETN o ETN. No hemos reportado ningún caso nuevo de uveítis en pacientes en tratamiento con ADM, aunque en el 85% de los casos el ADA se ha indicado en pacientes diagnosticados de uveítis, habiendo estudios que han mostrado que es más eficaz que el ETN en el tratamiento de esta complicación. El número de casos que se presentaron durante el tratamiento con ETN en nuestra serie es demasiado escaso para poder inferir una relación causal, la estratificación por perfil inmunológico, tiempo de enfermedad, edad o severidad basal del cuadro podrían influir en el desarrollo de esta complicación. Se requieren estudios prospectivos comparativos de los FAMES biológicos y no biológicos para valorar el aumento o la disminución del riesgo de uveítis asociada a AIJ.

259. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE CAUSA AUTOINMUNE NO ESCLERODÉRMICA. PERFIL CLÍNICO HETEROGÉNEO Y VARIABILIDAD DEL PATRÓN PULMONAR

D. Reina¹, R. Blavia², D. Cerdà¹, D. Roig¹, R. Fíguls¹, V. Torrente¹, S. García³ y H. Corominas¹

¹Unidad de Reumatología; ²Servicio de Neumología; ³Enfermería de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) puede acompañar a enfermedades del tejido conectivo (ETC). Los patrones histopatológicos más frecuentes son la neumonía intersti-

Tabla Póster 258

| Categoría AIJ | Número | Sexo (f/m) | AAN(+) | Pacientes tratados | Tiempo de seguimiento | Casos uveítis (nuevos) | Incidencia uveítis (casos/100pacientes/año seguimiento) |
|--------------------------|--------|------------|--------|--------------------|-----------------------|------------------------|---|
| Oligoarticular | 42 | 36/6 | 28/42 | MTX 15 | 70,99 | 2 | 0,16 |
| | | | | MTX-ADM 6 | 17,91 | 0 | 0 |
| | | | | MTX-ETN 5 | 16,64 | 1 | 1,2 |
| | | | | ADM 1 | 5,6 | 0 | 0 |
| | | | | ETN 4 | 11,19 | 0 | 0 |
| Poliarticular | 15 | 9/6 | 5/15 | ETN 2 | 5,65 | 0 | 0 |
| | | | | MTX 2 | 15,15 | 0 | 0 |
| | | | | IFM 1 | 7,64 | 0 | 0 |
| | | | | MTX-TZM 2 | 4,27 | 0 | 0 |
| | | | | MTX-ETN 4 | 24,23 | 0 | 0 |
| | | | | MTX-IFM 2 | 22,77 | 0 | 0 |
| Oligoarticular extendida | 10 | 9/1 | 7/10 | MTX 4 | 6,58 | 1 | 3,79 |
| | | | | MTX-ADM 2 | 15,36 | 0 | 0 |
| | | | | MTX-ETN 2 | 7,41 | 0 | 0 |
| | | | | ETN 1 | 12,56 | 0 | 0 |
| Psoriásica | 3 | 2/1 | 1/3 | MTX-ETN 2 | 12,86 | 1 | 3,88 |

Tabla Póster 259

| Diagnóstico determinación de autoanticuerpos | TACAR | PFR |
|---|---|---|
| AR FR/Anticitrulina | Panal subpleural, patrón reticular, infiltrados en vidrio deslustrado, sugestivo de NIU | FEV1/FVC: 81% TLC: 55% DLCO: 54% (patrón restrictivo) |
| AR FR | Neumonía intersticial inespecífica con fibrosis | FEV1/FVC: 88% TLC: 67% DLCO: 60% (patrón restrictivo) |
| AR FR/Anticitrulina | Patrón sugestivo de NIU | FEV1/FVC: 86% TLC: 58% DLCO: 27% (patrón restrictivo) |
| AR FR/Anticitrulina | Bronquiectasias. Engrosamiento septal subpleural inespecífico | FEV1/FVC: 71% TLC: 97% DLCO: 76% (patrón normal) |
| SS probable FR/ANA (patrón moteado)/Anti-Ro | Patrón en vidrio deslustrado | FEV1/FVC: 89% TLC: 56% DLCO: 21% (patrón restrictivo) |
| SS probable ANA (patrón moteado) | Patrón en vidrio deslustrado de predominio en LLII | FEV1/FVC: 66% TLC: 90% DLCO: 52% (patrón obstructivo) |
| SS probable FR/ANA (patrón moteado)/Anti-Ro, Anti-La SS ANA (patrón moteado) | - Patrón en vidrio deslustrado | - FEV1/FVC: 80% TLC: 129% DLCO: 70% (patrón normal) |
| SS FR/ANA (patrón moteado)/Anti-Ro, Anti-La LES ANA (patrón homogéneo) LES | Patrón sugestivo de NIU Patrón en vidrio deslustrado Infiltrados alveolointersticiales compatibles con neumonitis intersticial aguda VS hemorragia alveolar | - - |
| ANA (patrón moteado)/Anti-DNA EMTC FR/Anticitrulina/ANA (patrón moteado)/Anti-RNP/Anti-Ro | Neumonía intersticial difusa fibrosante | FEV1/FVC: 84% TLC: 46% DLCO: - (patrón restrictivo) |
| EMTC ANA (patrón moteado)/Anti-RNP | Normal | FEV1/FVC: 72% TLC: 82% DLCO: 55% (patrón restrictivo) |
| Sd Overlap ANA (patrón nuclear y centromérico)/Anti-DNA | Patrón en vidrio deslustrado, engrosamientos septales | FEV1/FVC: 55% TLC: 68% DLCO: 52% (patrón mixto) |
| Sd Overlap FR/Anticitrulina/ANA (patrón moteado) | Patrón sugestivo de NIU | FEV1/FVC: 78% TLC: 86% DLCO: 82% (patrón normal) |
| Conectivopatía indiferenciada FR/ANA (patrón moteado) | Patrón intersticial inespecífico | FEV1/FVC: 73% TLC: 99% DLCO: 70% (patrón normal) |

cial usual (NIU) y la no específica (NINE). La mayoría de los pacientes con ETC y EPID suelen presentar un mejor pronóstico que las EPID idiopáticas, pero existe un pequeño grupo que progresa de forma muy rápida. Un diagnóstico precoz y un estudio protocolizado multidisciplinar permiten ofrecer el tratamiento más adecuado.

Objetivos: Evaluar las características clínicas de los pacientes con ETC y EPID diagnosticados en el año 2012 en nuestro centro gracias a un equipo multidisciplinar (reumatólogo-neumólogo).

Métodos: Estudio descriptivo. Recoge 16 pacientes afectos de ETC (no ES) con clínica respiratoria diagnosticados en 2012 en nuestro centro. La ETC fue diagnosticada según criterios de clasificación específicos. Se registraron: edad, sexo, clínica reumática, determinaciones inmunológicas, fecha de diagnóstico de la ETC y de la enfermedad pulmonar. Se realizaron TAC pulmonar de alta resolución (TACAR) y pruebas funcionales respiratorias completas (PFR). En algunos casos Lavado broncoalveolar (BAL) y biopsia pulmonar.

Se ha establecido un diagnóstico clínico-radiológico de la EPID y de la severidad del compromiso funcional respiratorio con el fin de ofrecer el tratamiento más adecuado y el pronóstico más certero posible. A la mayoría de los pacientes se les ha realizado ecocardiograma (estudio de la hipertensión pulmonar (HTP)) y capilaroscopia. En todos los casos se ha registrado el tratamiento recibido y las complicaciones observadas. Mediante un análisis multivariante se han correlacionado las cifras de DLCO y la existencia de EPID.

Resultados: De los 16 pacientes con ETC y EPID, 2 eran varones. La edad media (+DE) fue 61 (+16) años. Excepto en dos casos, el diagnóstico de ETC precedió al de la patología respiratoria. El periodo transcurrido entre los dos diagnósticos (+DE) ha sido de 2 años y medio (+ 3). La serie recoge 4 pacientes con AR, 3 con probable sd. de Sjögren (SS), 2 con SS, 2 con lupus eritematoso sistémico (LES), 2 con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), 2 con sd. Overlap y 1 con una conectivopatía indiferenciada. En su mayoría presentaron

poliartralgias y, 6 de ellos, poliartritis. Seis pacientes presentaban fenómeno de Raynaud, 1 paciente afecto de LES alopecia y 2 afectados de SS xerostomía y xerofthalmia. Todos han precisado de glucocorticoides (GC) a dosis medias-altas. Han sido necesarios, por orden de frecuencia, los siguientes fármacos modificadores de enfermedad: azatioprina, antimaláricos, ciclofosfamida, rituximab, tocilizumab y plasmaféresis. Los resultados del TACAR, PFR se recogen en la tabla. La DLCO está disminuida en los pacientes con NIU de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Tres de los 7 BAL realizados resultaron patológicos. Las determinaciones inmunológicas se recogen en la tabla. No existió relación entre el subtipo de autoanticuerpos y el nivel de DLCO ni con el subtipo de EPID. Tres pacientes presentaban HTP. La capilaroscopia resultó normal o con cambios inespecíficos. Cuatro pacientes presentaban osteoporosis por GC y una paciente que recibió ciclofosfamida padeció una sobreinfección respiratoria.

Conclusiones: La EPID es una alteración posible pero infrecuente en las ETC. Los pacientes han presentado por orden de frecuencia: AR, SS, EMTc, sd Overlap y conectivopatía indiferenciada. De los dos casos con LES, uno presentaba hemorragia alveolar. Son pacientes con clínica respiratoria severa, de reciente diagnóstico, en tres casos con HTP, han requerido dosis altas de GC y tratamiento inmunosupresor. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de ETC y la EDIP ha sido de 3 años. La DLCO baja se correlacionó mayoritariamente con un patrón de EPID NIU y no existió relación entre el subtipo de autoanticuerpos y el patrón pulmonar.

260. VALIDEZ DE DAS28 Y SDAI EN LA CLASIFICACIÓN DE REMISIÓN, COMPARANDO CON ECOGRAFÍA DOPPLER

S. García Carazo¹, P. Alcocer Amores¹, C. Castillo¹, E. de Miguel¹, D. Peiteado¹, K.N. Franco¹, D. Cajigas¹, M. Díaz², A. Balsa¹ y E. Martín Mola¹

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Bioestadística. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica invalidante con una alta morbilidad asociada. El diagnóstico y tratamiento precoz y suficiente, es básico para impedir su progresión. De ahí surge la estrategia "Treat to Target", cuyo objetivo es alcanzar la remisión, o, en su defecto, un nivel bajo de actividad. En la práctica clínica actual se usan índices compuestos como el SDAI o el DAS28 para valorar actividad, pero no siempre los pacientes clasificados como remisión o baja actividad lo están.

Objetivos: Evaluar la validez y precisión de los índices compuestos en la clasificación de pacientes en remisión o baja actividad, tomando como patrón oro la exploración ecográfica de las articulaciones periféricas.

Métodos: Se estudiaron 79 pacientes clasificados en baja actividad o remisión según DAS28 ($DAS28 < 3,2$ o $DAS28 < 2,6$), a los que se realizó ecografía modo B y Power Doppler (PD) de 42 articulaciones, que se graduó de forma cuantitativa según los criterios propuestos. Se evaluó también la actividad mediante SDAI.

Resultados: De los 79 pacientes, 23 (29,1%) eran varones y 56 (70,9%) mujeres, con edad media de $54,9 \pm 12,2$ años y tiempo medio de evolución de la AR de $8,7 \pm 6,6$ años. Según DAS28, el 42% se encontraba en baja actividad y 58% en remisión. Según SDAI, el porcentaje de baja actividad y remisión era de 31% frente a 67%, y un 2% se encontraba en actividad moderada. Se observó PD en 34 (43%) pacientes cuando se estudiaron 28 articulaciones, y en 37 (46,8%), cuando fue 42. Se encontró una diferencia significativa en la media de articulaciones con PD (28 y 42) entre pacientes con baja actividad vs remisión por DAS28 ($1,4 \pm 1,4$ vs $0,61 \pm 0,9$, $p = 0,006$ en 28 articulaciones y $1,8 \pm 2,1$ vs $0,75 \pm 1,06$, $p = 0,005$ en 42 articulaciones), que no ocurrió con SDAI. De los pacientes clasificados como remisión por DAS28, se encontró que realmente se encontraban en remisión (ausencia de PD) un 64% frente a un 62% en el caso del

SDAI. La validez de los cortes de ambos índices para clasificación de remisión, cuando se comparaba con PD 28 articulaciones fue la siguiente: El DAS28 mostró una sensibilidad = 84,4%, con especificidad = 38,2%. El SDAI, en cambio, mostró una sensibilidad = 73,3% y una especificidad de 41,1%. De los 11 pacientes con afectación de tobillos, tarso o metatarsofalángicas en PD, según clasificación DAS28, 4 (36,3%) se encontraban en baja actividad y 7 (63,6%) en remisión. Si consideramos SDAI, 8 (72,7%) se encontraban en remisión, 2 (18,3%) en baja actividad y 1 (9%) en actividad moderada.

Conclusiones: Los índices compuestos SDAI y DAS28 son válidos para clasificar baja actividad. Sin embargo, si consideramos remisión como ausencia de PD, no son demasiado precisos, al clasificar en remisión más de un 35% de pacientes que no lo están. La ecografía Doppler es una herramienta de elección para detectar la sinovitis subclínica en estos pacientes.

261. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LOS PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA

E. Salgado Pérez, M.P. Rosario y E. Loza Santamaría

Grupo de Reumatología Basada en la Evidencia. Sociedad Española de Reumatología.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es analizar la eficacia y seguridad de las 10 terapias biológicas (TB) disponibles en reumatología en el tratamiento de la nefritis lúpica. Estas terapias son infliximab (IFX), etanercept (ETN), adalimumab (ADA), golimumab (GOL), certolizumab (CTZ), abatacept (ABA), rituximab (RTX), anakinra (ANK), tocilizumab (TCZ) y belimumab (BLM).

Métodos: Se realizó una revisión sistemática buscando en Medline, Embase y Cochrane Central hasta marzo 2012. También se revisaron los abstracts a los congresos de EULAR hasta 2012 y ACR hasta 2011. En todos los artículos se realizó búsqueda inversa. Se incluyeron estudios sobre pacientes adultos con lupus eritematoso sistémico (LES) con nefritis lúpica activa; que recibieran tratamiento con TB, existiese o no un comparador. Se recogieron todas las medidas que pudiesen transformarse en outcomes de eficacia así como todos los acontecimientos adversos (AE) descritos. Además, se recogieron en cada estudio, las características de la población, los tratamientos recibidos y el diseño. Se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos (EC), estudios observacionales y series de casos que incluyesen a menos 5 pacientes. Se utilizó la escala simplificada de Oxford para la evaluación del nivel de evidencia.

Resultados: Tras la selección, cumplieron criterios de inclusión, un total de 22 publicaciones que hacían referencia a 20 estudios. Sobre ETN, ADA, GOL, CTZ, ANK y TCZ no se encontraron publicaciones que cumplieren criterios de inclusión. Con respecto IFX, solo se encontraron 2 estudios, ambos de 9 pacientes. Se objetivó un descenso de la proteinuria = 50% en 11 de los 18 pacientes que englobaban las 2 publicaciones. Dos de los 18 pacientes sufrieron reacciones infusionales. Con respecto ABA, se han publicado 2 análisis con diferente definición de la respuesta renal completa (RRC) de un mismo EC fase 2/3 aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Ambos análisis diferían en el alcance de RRC, pero coincidían en un mayor efecto de ABA frente a placebo sobre el descenso de la proteinuria en el subgrupo que presentaban síndrome nefrótico basal. Hubo un aumento significativo de herpes zóster en ABA. Con respecto a RTX se seleccionaron 15 estudios que mostraban resultados sobre el uso de RTX en la nefritis lúpica. Seis en combinación con ciclofosfamida (CYC). En un EC fase 3 aleatorizado y doble ciego, que excluyó nefritis membranosas puras, donde todos los pacientes recibieron micofenolato (MMF), demostró que no es superior a placebo para RRC aunque sí en otros outcomes secundarios. La combinación de RTX con CYC no aportó un beneficio extra. No hubo

mayor número de infecciones ni de cáncer en los pacientes con RTX. Con respecto a BLM, existen 2 análisis de la eficacia en parámetros renales en pacientes procedentes de estudios no diseñados explícitamente para ver eficacia en afectación renal, donde se muestra que no es superior a placebo para RRC, aunque sí en otros outcomes secundarios. La combinación de BLM y MMF aportó un beneficio extra en mejoría de los parámetros renales del SELENA-SLEDAI. No se ofrecieron datos de seguridad en este subgrupo de pacientes.

Conclusiones: La evidencia para el uso de TB en nefritis lúpica es escasa, siendo los resultados de los EC poco concluyentes por la heterogeneidad en la definición de respuesta renal.

262. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ARTROPATÍA INFLAMATORIA CRÓNICA EN EL HOSPITAL DE MANISES

B.C. Garrido López¹, S. Muñoz Gil¹ y T. Mut Dólera²

¹Hospital de Manises. ²Hospital de La Ribera. Alzira.

Introducción: El déficit de vitamina D en la población general tiene una alta prevalencia y se ha relacionado con una disminución de densidad mineral ósea. Esta baja masa ósea también se ha descrito en las artropatías inflamatorias, sin embargo la hipovitaminosis D en este grupo de pacientes es menos conocida.

Objetivos: Conocer la prevalencia del déficit de vitamina D en los pacientes con diagnóstico de artropatía inflamatoria atendidos en el área sanitaria del Hospital de Manises, así como su relación con el diagnóstico densitométrico y la toma de suplementos en estos pacientes.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo en el que se han incluido, de forma consecutiva, a pacientes con diagnóstico de artropatía inflamatoria (artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartritis psoriásica (EPs), artritis idiopática juvenil (AIJ) y espondilitis anquilosante (EA)) en seguimiento por la Sección de Reumatología del Hospital de Manises. Se recogieron las siguientes variables socio-demográficas y clínicas: sexo, edad, nivel de 25 OH- vitamina D (déficit grave < 10 ng/ml; déficit moderado 10-20 ng/ml; déficit leve 20-30 ng/ml; normal > 30 ng/ml) en visita de inicio, diagnóstico densitométrico y toma de suplementos de calcio y/o vitamina D. Para los cálculos estadísticos se ha utilizado el sistema informático SPSS 20.

Resultados: Se incluyeron un total de 52 pacientes en la base de datos, cuyas características se recogen en la tabla 1. La prevalencia de déficit de 25 OH vitamina D fue del 82,7% (IC95% 72,4-93). Los niveles de 25 OH-vitamina D en relación al diagnóstico densitométrico y a la toma de suplementos se muestran en la tabla 2.

Tabla 1

| | %/media y DT |
|-------------------------------------|--------------|
| Mujer | 65,4 |
| Edad (años) | 58,5 (14,6) |
| Diagnóstico artropatía inflamatoria | |
| AR | 75 |
| APs | 13,5 |
| EPs | 1,9 |
| EA | 5,8 |
| AIJ | 3,8 |
| Diagnóstico densitométrico | |
| Normal | 25 |
| Osteopenia | 32,7 |
| Osteoporosis | 30,8 |

Tabla 2

| | Niveles de vitamina D (media/ng/ml) | IC95% |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------|
| Normal | 24,9 | 14,84-36,06 |
| Osteopenia | 25,17 | 17,69-32,65 |
| Osteoporosis | 17,74 | 9,38-26,11 |
| Toma de suplementos | | |
| Calcio + colecalciferol | 17,71 | 13,9-21,53 |
| Calcifediol | 23,73 | 18,11-29,35 |
| | 55,35 | 0-181 |

Conclusiones: Del total de pacientes con diagnóstico de artropatía inflamatoria en el Hospital de Manises podemos afirmar con un 95% de seguridad que entre el 72,4 y el 93,3% de los mismos presentan déficit en los niveles de 25 OH-vitamina D, a pesar del tratamiento con suplementos de calcio y colecalciferol, por lo que parece razonable realizar controles periódicos y asegurar unos niveles correctos.

263. ¿POR QUÉ INGRESAN LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA? UN ANÁLISIS DE 139 PACIENTES

M. León García, S. Rodríguez Montero y A. Muñoz Jiménez

UGC Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Presentamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de espondiloartritis (SpA) en tratamiento con terapia biológica, ingresados en nuestro hospital durante los últimos 14 años.

Métodos: Se analizaron todos los pacientes con diagnóstico de SpA en seguimiento por nuestro servicio, para determinar cuántos de ellos precisaron ingreso hospitalario desde enero de 1999 hasta diciembre de 2012. Se registraron: edad, sexo, duración de la enfermedad, tipo de SpA, número de ingresos por paciente, motivos de ingreso, y su resultado.

Resultados: Un total de 139 pacientes con SpA y tratamiento anti-TNF fueron identificados a partir de una base de datos electrónica. 61 pacientes ingresaron en el hospital al menos una vez (44 hombres). Edad media al ingreso: 45,9 años. Se obtuvo un total de 74 ingresos hospitalarios a lo largo de 14 años. Tasa de mortalidad: 3,2%. Tasa de reingresos: 18%. Tipo de SpA: 37,7% espondiloartritis axial, 39,3% espondiloartritis periférica, el 23% de tipo mixto. Agentes anti-TNF empleados: 28 pacientes con etanercept, 16 pacientes con infliximab y 10 pacientes con adalimumab. Los motivos de ingreso fueron por orden de frecuencia: Cirugía ortopédica y Traumatología (17 casos), Cirugía general (15), Enfermedades cardíacas (7), Infecciones (6), Obstetricia Patología (5), Enfermedades respiratorias (4). Entre las enfermedades más graves se documentaron una hepatitis fulminante por VHB que precisó trasplante hepático, una tuberculosis miliar, y una enfermedad pulmonar intersticial grave que causó la muerte del paciente tres meses tras el diagnóstico.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el 43,8% de los pacientes requirió ingreso hospitalario en algún momento. Los motivos de ingreso fueron, básicamente para cirugía ortopédica, seguida de cirugía general, enfermedades cardíacas... A pesar del estado de inmunosupresión secundaria a los inhibidores del TNF, se documentaron pocos casos de infección, aunque dos de estos fueron muy graves. Las espondiloartritis aún se encuentran entre las enfermedades con mayor impacto en el paciente, la familia y sociedad, así como con mayor consumo de recursos económicos por costes directos e indirectos.

264. EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN CASPAR Y ASAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

E. Quesada-Masachs, M. Barceló, S. Farietta, B. Rodríguez-Díez y A. Sellas

Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) supone actualmente un reto diagnóstico en reumatología. En los últimos años los criterios del grupo CASPAR y los nuevos criterios del grupo ASAS para la espondiloartritis están cambiando el diagnóstico de la enfermedad. El objetivo del presente estudio es evaluar la validez de estos criterios en nuestra serie de enfermos con APs.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo incluyendo todos los pacientes de nuestra serie, diagnosticados de APs

Tabla Póster 264

| Formas clínicas de MW | Número de pacientes (%) | Moll & Wright | CASPAR | ASAS periférico | ASAS axial | ASAS axial y periférico |
|-----------------------|-------------------------|---------------|-------------|-----------------|------------|-------------------------|
| Limitada a IFD | 3 (1,6%) | 3 (100%) | 3 (100%) | 3 (100%) | 0 (0%) | 3 (100%) |
| Oligoarticular | 68 (36,6%) | 68 (100%) | 65 (95,6%) | 68 (100%) | 12 (17,6%) | 68 (100%) |
| Poliarticular | 81 (43,5%) | 81 (100%) | 80 (98,8%) | 48 (59,3%) | 7 (8,6%) | 50 (61,7%) |
| Mutilante | 16 (8,6%) | 16 (100%) | 15 (93,8%) | 16 (100%) | 3 (18,8%) | 16 (100%) |
| Axial | 18 (9,7%) | 18 (100%) | 18 (100%) | 10 (55,6%) | 12 (66,7%) | 16 (88,9%) |
| Total | 186 | 186 (100%) | 181 (97,3%) | 145 (78%) | 34 (18,3%) | 153 (82,3%) |

según los criterios de Moll & Wright (MW). Se recogieron las características demográficas y las diferentes características clínicas analíticas y radiológicas que permiten realizar el diagnóstico aplicando los criterios ASAS axial, periférica y CASPAR.

Resultados: Se incluyeron 186 pacientes, 96 hombres y 90 mujeres, para el análisis. Todos ellos fueron diagnosticados de APs. La edad media fue de 61,7 años \pm 16 DE. Todos cumplen los criterios de clasificación de MW. Consideramos a los pacientes según las formas clínicas de MW, su distribución fue: limitada a interfalángicas distales 3 (1,6%), oligoarticular 68 (36,6%), poliarticular 81 (43,5%), mutilante 16 (8,6%) y axial 18 (9,7%). Entre nuestros pacientes 181 (97,3%) cumplieron criterios de clasificación CASPAR. Respecto a los criterios ASAS, cumplieron criterios de espondiloartritis periférica 145 (78%) y de espondiloartritis axial 34 (18,3%). En la tabla se resumen los resultados en valor absoluto y en % de pacientes que cumplen los criterios CASPAR y ASAS axial y/o periférico en cada subgrupo.

Conclusiones: Los criterios CASPAR no aportarían ventajas significativas en aquellos pacientes que ya tienen psoriasis cutánea respecto a los criterios de Moll & Wright. Los criterios ASAS tienden a infra-diagnosticar a los pacientes que presentan afectación poliarticular simétrica. Aunque la artritis psoriásica es una espondiloartritis algunas de sus características clínicas dificultan la aplicación de los criterios ASAS para la espondiloartritis periférica en estos pacientes.

265. RESULTADOS COMUNICADOS POR LOS PACIENTES A LAS 12 Y 24 SEMANAS DE UN ESTUDIO EN FASE 2B DE ESTABLECIMIENTO DE DOSIS DE BARICITINIB, UN INHIBIDOR ORAL DE LA QUINASA JANUS 1/QUINASA JANUS 2, EN COMBINACIÓN CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.S. Smolen¹, D.E. Schlichting², K.L. Sterling², E. Keystone³, P. Taylor⁴, M.C. Genovese⁵, L. Johnson⁶, J.C. Rizo Rodríguez⁷, C.H. Lee² y C.L. Gaich²

¹Universidad de Medicina de Viena y Hospital de Hietzing. Viena. Austria. ²Eli Lilly and Company. Indianápolis. Indiana. EE.UU. ³University of Toronto. Ontario. Canadá. ⁴Kennedy Institute of Rheumatology. Londres. Reino Unido. ⁵Centro Médico de Stanford University. Palo Alto. CA. EE.UU. ⁶PharmaNet/i3. Eden Prairie. Minnesota. EE.UU. ⁷Centro de Alta Especialidad en Reumatología e Investigación del Potosí. San Luis Potosí. México.

Introducción y objetivos: Baricitinib (anteriormente denominado LY3009104/INCB028050) es un nuevo inhibidor oral de JAK1 y JAK2 en la vía JAK-STAT cuya importancia en la biopatología

de la artritis reumatoide (AR) es conocida y se ha demostrado previamente que mejora los signos y síntomas de la AR después de 12 semanas de tratamiento (Keystone et al. Ann Rheum Dis. 2012;71(Suppl 3):152). En este estudio se evalúan los resultados notificados por los pacientes (RNP) dentro de un estudio de fase 2b ciego de 24 semanas para 1 mg, 2 mg, 4 mg y 8 mg de baricitinib una vez al día (1 v/d) a las 12 semanas y 4 mg y 8 mg a las 24 semanas.

Métodos: Se aleatorizó a pacientes con artritis reumatoide y que estaban recibiendo dosis estables de metotrexato (2:1:1:1) para recibir placebo (PBO) o una de cuatro dosis diarias de baricitinib (1, 2, 4 o 8 mg) durante 12 semanas. Los pacientes asignados al placebo o a 1 mg fueron reasignados a un grupo exploratorio de 4 mg una vez al día o 2 mg dos veces al día entre las semanas 12 y 24, y fueron excluidos del análisis primario de las 24 semanas. Los pacientes asignados inicialmente a las dosis de 2 mg, 4 mg u 8 mg continuaron con el mismo tratamiento. Los RNP incluyeron la evaluación global del paciente (Patient Global Assessment, PtGA) de la actividad de la enfermedad (escala visual analógica de dolor EVA), función física (cuestionario de evaluación de salud - índice de discapacidad [Health Assessment Questionnaire-Disability Index, HAQ-DI]), calidad de vida relacionada con la salud (formulario breve [Short Form 36, SF-36] del estudio de resultados médicos [Medical Outcomes Study, MOS]), fatiga (evaluación funcional del tratamiento de las enfermedades crónicas - fatiga [Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue, FACIT-F]) y duración de la rigidez matutina. Los análisis se realizaron mediante el análisis de covarianza (ANCOVA). Se llevaron a cabo comparaciones estadísticas de las medias para cada grupo de tratamiento activo frente al grupo de placebo. No se ajustaron los valores de p para la corrección por múltiples comparaciones.

Resultados: De los 301 pacientes aleatorizados, los que recibieron baricitinib experimentaron mejorías clínicamente significativas en la mayoría de los resultados notificados por los pacientes ya desde la semana 2 en comparación con el placebo, y también a las 12 semanas (tabla). Estas mejorías se mantuvieron o siguieron mejorando durante las 24 semanas (por ejemplo, cambio con respecto al inicio para los grupos de 4 y 8 mg, respectivamente, FACIT-F: 5,32 [EEM: 1,31]; 5,00 [EEM: 1,52]; SF-36 PSC: 7,32 [EEM: 0,97]; 7,67 [EEM: 1,23]).

Conclusiones: En este estudio de fase 2b en pacientes con AR, los que recibieron baricitinib notificaron mejorías clínicamente significativas ya desde la semana 2 en la mayoría de los RNP en comparación con el PBO, y también a las 12 semanas. Estas mejorías se mantuvieron o siguieron mejorando durante las 24 semanas.

Comunicación presentada en el congreso ACR (American College of Rheumatology) Washington, Nov 2012.

Tabla Póster 265

Resultados notificados por los pacientes a las 12 semanas que muestran el cambio medio respecto al inicio (LOCF, media [EEM])

| Medida | PBO (N = 98) | 1 mg (N = 49) | 2 mg (N = 52) | 4 mg (N = 52) | 8 mg (N = 50) |
|---|--------------|-----------------|---------------|------------------|------------------|
| PtGA (EVA) | -10,3 | -24,9*** (3,89) | -16,2 (3,11) | -25,4*** (3,03) | -29,8*** (3,00) |
| Dolor (EVA) | -8,8 | -22,8*** (3,91) | -14,2 (2,47) | -25,0*** (2,69) | -25,3*** (2,87) |
| Función física (HAQ-DI) | -0,10 | -0,35*** (0,08) | -0,18 (0,07) | -0,33*** (0,06) | -0,39*** (0,07) |
| SF-36 Puntuación del componente mental | 0,88 | 2,54 (1,73) | 1,89 (0,96) | 2,39 (1,11) | 3,03 (1,51) |
| SF-36 Puntuación del componente físico | 3,22 | 6,66* (1,17) | 4,15 (1,08) | 7,07*** (1,03) | 7,00* (1,28) |
| Fatiga (FACIT-F) | 2,02 | 4,48 (1,51) | 3,80 (1,28) | 4,41* (1,21) | 4,11 (1,41) |
| Duración de la rigidez matutina (minutos) | -33,9 | -49,5* (10,51) | -30,7 (6,64) | -75,0*** (20,09) | -62,7*** (12,48) |

*p = 0,05; **p = 0,01; ***p = 0,001.

266. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE UN HOSPITAL DE DÍA REUMATOLÓGICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DATOS RECOGIDOS EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE MEJORA

C. Sangüesa, C. Méndez, J. Campos, B. García Magallón, J.L. Andreu, C. Barbadillo, D. Gerona, C. Isasi, M. Jiménez Palop, J. Sanz, L.L.F. Villa y J. Mulero

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La hospitalización de día (HD) de Reumatología ofrece a los pacientes que necesitan tratamientos crónicos administrados vía intravenosa, los mismos servicios que tendrían si fueran hospitalizados, pero sin necesidad de proceder a su internamiento. En nuestro hospital, en el contexto del proyecto "Implantación de un sistema de seguimiento y control de tratamientos especiales", hemos procedido a evaluar el nivel de satisfacción del usuario en distintos aspectos de la atención que reciben para implementar medidas que mejoren la calidad asistencial. Tras una primera encuesta de satisfacción recogida en el período febrero-marzo 2011, se identificaron como objetivos de mejora principales optimizar la coordinación con Enfermería y Farmacia y ofrecer una mejor información a los pacientes atendidos.

Objetivos: Analizar de forma comparativa los datos obtenidos en encuestas de satisfacción de los usuarios del HD durante el período febrero-marzo 2011 con los encuestados durante el período septiembre-octubre 2012, con la intención de determinar si existen cambios significativos en la atención al usuario tras la implantación de medidas de mejora.

Métodos: Estudio de opinión mediante encuesta de satisfacción anónima, en una muestra de 40 pacientes consecutivos atendidos en el Hospital de Día durante los meses de septiembre y octubre de 2012. Se estudian las variables: valoración de la atención por parte de los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, explicaciones médicas e informes otorgados, satisfacción con el tiempo de espera y las instalaciones. Para la presentación de los datos se ha utilizado estadística descriptiva.

Resultados: Del total de 40 encuestas entregadas, en esta ocasión, se obtuvo una tasa de respuesta del 90% (36/40) frente al 78% del 2011 (39/50) ($p = 0,13$). En la valoración de la atención global en este estudio, la mayoría calificaron entre 9 y 10 (el 77,1% de los pacientes) y en el estudio previo, la mayoría de la población puntuó entre 8 y 9 (65,8% de los pacientes). Las medias de puntuación fueron 8,97 en 2012 y 8,57 en 2011, siendo la diferencia de 0,4 puntos ($p = 0,43854$). La mayoría de los usuarios considera que son buenas o muy buenas las explicaciones y recomendaciones acerca del tratamiento (82,8% frente al 63,9% $p < 0,05$). La mayoría de los pacientes están muy satisfechos con el trato recibido por el personal médico (58,3%) mientras que en el 2011, la mayoría de los pacientes estaban bastante satisfechos (71,8%).

Conclusiones: La percepción de los pacientes respecto a las variables de estudio (atención global, información recibida, grado de satisfacción con el personal médico y tiempo de espera para la administración del tratamiento) se ha modificado sustancialmente de un modo positivo. En el desarrollo de un sistema de seguimiento y control de tratamientos especiales, la evaluación sistematizada de la satisfacción del usuario es fundamental para la identificación de áreas de mejora de la calidad asistencial y permite el diseño de medidas correctoras centradas en el paciente.

267. FUNCIÓN BRONCOPULMONAR Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES. COMPOSICIÓN CORPORAL Y VENTILACIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA

R. Martín Holguera^{1,2}, A.I. Turrión Nieves^{2,3}, C. Alonso Rodríguez⁴ y R. Rodríguez Torres²

¹Centro Médico Arganda. ²Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales; ³Departamento de Física y Matemáticas. Universidad de Alcalá de Henares. ⁴Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Introducción: Poco se sabe de la importancia del compartimento óseo en la ventilación en ausencia de alteración estructural significativa. No está claro si la mayor o menor densidad mineral se asocia significativamente a los parámetros ventilatorios del individuo con tórax óseo bien conformado. Demostrar esta asociación tendría aplicación práctica: la posibilidad de considerar valores espirométricos bajos como marcadores de riesgo de osteoporosis. La espirometría es una prueba más accesible y barata que las densitométricas, y podría detectar a individuos con mayor posibilidad de padecer osteoporosis. Se han encontrado diferencias significativas en valores espirométricos de mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas, las cuales se relacionan con cambios en la composición corporal producidos tras la menopausia, sobre todo con disminución de la DMO.

Objetivos: Analizar la asociación de la DMO con parámetros ventilatorios de un grupo de mujeres sanas y no fumadoras. Determinar si el valor total de DMO muestra mayor o menor asociación con parámetros ventilatorios que los valores regionales. Ver si existen diferencias en los valores espirométricos de un grupo de mujeres premenopáusicas y otro de posmenopáusicas. Establecer las diferencias en la composición corporal de uno y otro grupo.

Métodos: Estudiamos 143 mujeres sanas y no fumadoras del entorno de la universidad de Alcalá de Henares con hábitos de dieta y ejercicio similares. Seleccionamos 27 mujeres premenopáusicas y 31 menopáusicas, todas ellas en rango de edad de 45 a 60 años, y un IMC similar. Se realizó DEXA de cuerpo entero y de columna lumbar para determinar valores totales y regionales de DMO y de composición corporal, y espirometría para medir la función broncopulmonar. Se hizo un estudio descriptivo y un análisis de correlación entre las variables. Se realizaron correlaciones totales y parciales para eliminar la influencia de factores de confusión. Se compararon los estadísticos descriptivos del grupo de premenopáusicas con el de menopáusicas.

Resultados: Las correlaciones totales entre la DMO total y los valores espirométricos muestran asociación positiva y significativa, que se mantiene al realizar correlaciones parciales ajustando por altura, área corporal total y masa magra total, aunque solo en mayores de 45 años. Se encuentra asociación positiva y significativa de los valores espirométricos con los valores regionales de DMO, aunque menor que en el caso de la DMO total. Las premenopáusicas tienen una media de FEV1 de 2881 ml. y una media de FVC de 3.482 ml. Las mujeres posmenopáusicas presentan unos valores medios de FEV1 y FVC menores. En ambos grupos encontramos medias de tejido blando no graso y de DMO total similares. La diferencia más significativa entre los grupos es la cantidad de grasa abdominal, significativamente mayor en menopáusicas.

Conclusiones: En el grupo de más de 45 años se encuentra una influencia significativa de la DMO total en los valores espirométricos. En no fumadoras cuya espirometría mostrara valores en el límite bajo de normalidad podría estar justificada la determinación de DMO ante la mayor probabilidad de osteoporosis. La DMO total se asocia con los valores espirométricos más que los valores regionales. Hay diferencias significativas en los valores espirométricos

del grupo de menopáusicas y no menopáusicas, que no se explican por pérdida de densidad mineral ósea o de masa muscular tras la menopausia. El único parámetro que podría contribuir a explicar las diferencias entre ambos grupos es la mayor grasa abdominal observada en menopáusicas.

268. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INDICACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

S. Bustabad, M.A. Gantes, B. Rodríguez-Lozano, E. Trujillo, J.J. Bethencourt, I. Ferraz, V. Hernández, E. Delgado y F. Díaz

Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Introducción: Lo más importante en todo acto médico es realizar una correcta anamnesis y exploración física. En las últimas décadas se han desarrollado diversas técnicas de diagnóstico por medio de imagen en todos los ámbitos de la medicina, y, entre las distintas especialidades, la reumatología ha sido una de las más beneficiadas. Sin embargo, no se debe olvidar que los avances tecnológicos, si no se utilizan con criterio, pueden ser fuente de confusión diagnóstica y de gasto superfluo, lo que se traduce en perjuicio para el paciente y en ineficiencia del sistema sanitario.

Objetivos: 1) Determinar la utilización de la RNM en la práctica clínica habitual en consultas externas, intra y extrahospitalarias. 2) Diseñar y aplicar un protocolo de indicación de la RNM osteoarticular que permita mejorar su efectividad.

Métodos: Estudio retrospectivo del total de las RNM solicitadas durante el periodo enero-junio de 2011 en un Servicio de Reumatología, n = 771. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, centro en que se había realizado la solicitud (centro de salud, centro de atención especializada -CAE- o el propio Hospital), médico que lo solicitaba, localización y diagnóstico clínico. En nuestra área de referencia la RNM es un recurso totalmente externalizado, y los gastos que genera son absolutos. El coste medio de cada una de las RNM es de 222 euros. Desde el punto de vista estadístico se consideró que 50 RNM eran representativas del total de la muestra para el estudio de los resultados. De manera aleatoria, se seleccionó este número de pacientes y se tomaron de sus historias clínicas informatizadas los siguientes datos: presencia de Rx o ecografías previas de la zona a estudio, resultado del informe de la RNM, y en cuántos pacientes la realización de la RNM se había traducido en: 1) un cambio de diagnóstico previo, 2) cambio de actitud terapéutica, 3) indicación de cirugía. Tras los resultados obtenidos del estudio se procedió a realizar, de forma consensuada por todos los miembros del servicio, un protocolo de indicación de RNM en la patología osteoarticular y observar el efecto de su aplicación en el mismo periodo del año siguiente. En el periodo enero-junio de 2012 y se observó que se solicitaron 278 RNM. Se analizaron los mismos datos que durante el periodo enero-junio 2011. Los datos del número de pacientes de las consultas se obtuvieron del cuadro de mandos del mes de julio y de los datos de facturación del Hospital de los años 2011 y 2012. Las peticiones de RNM se obtuvieron del Servicio de Admisiones del Hospital.

Resultados: En el estudio inicial (enero-junio 2011) se solicitaron 10 RNM por cada 100 pacientes. El 61,5% de todas las RNM solicitadas fueron de columna lumbar, rodillas y sacroilíacas. Tenían solicitadas Rx previas a la RNM el 67,5% y, previamente, ecografías el 5,3%. El 5,9% de los pacientes presentaron patología tributaria de cirugía y hubo un cambio en la actitud terapéutica, después de la RNM, en el 13,5% de ellos. Después de aplicar el protocolo de indicación de la RNM se solicitaron un 64% menos que en el mismo periodo del año anterior. Se solicitaron 3 RNM por

cada 100 pacientes. El 58,3% de todas las RNM solicitadas fueron de columna lumbar, rodillas y sacroilíacas. Se habían solicitado Rx previas a la RNM en el 87,5% y tenían ecografías previas el 35,3%. El 14,2% de los pacientes presentaban patología tributaria de cirugía y hubo un cambio en la actitud terapéutica, después de la RNM, en el 56,5%.

Conclusiones: Con la aplicación de este protocolo de RNM en pacientes con patología osteoarticular se consiguió: 1) Mejoría en la indicación de la RNM, 2) Implicación de los profesionales en la gestión de los recursos que utilizan en su actividad asistencial. 3) Mayor eficiencia, la aplicación del protocolo de indicación en RNM en la patología musculoesquelética supuso un ahorro en 6 meses de 109.446 euros.

269. COMPARACIÓN ENTRE ARTRITIS PIÓGENA DESBRIDADA Y NO DESBRIDADA. EXPERIENCIA EN 101 CASOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Riveros Frutos, L. Mateo Soria, M. Martínez-Morillo, B. Tejera Segura, S. Rodríguez-Muguruza, J. Sanint Sierra, S. Holgado Pérez, J. Calleñas, X. Tena Marsá y A. Olivé Marqués

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

Objetivos: Describir las características clínicas, microbiológicas y la evolución de las artritis piógenas según el tratamiento realizado.

Métodos: Estudio de diseño retrospectivo (1984-2012) en un hospital universitario con un área de referencia de 800.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con artritis piógena procedente de la base de datos del servicio de Reumatología. El criterio de inclusión fue el aislamiento bacteriano en el cultivo de líquido articular o en hemocultivos. Se excluyeron los pacientes con infección de partes blandas, infección protésica, artritis sépticas producidas por hongos y micobacterias así como aquellos con diagnóstico de espondilodiscitis infecciosa.

Resultados: Se recogió un total de 101 casos. En 34 casos (33,6%) se realizó desbridamiento quirúrgico y en 67 (66,4%) solo tratamiento médico. Todos los pacientes recibieron tratamiento con antibiótico endovenoso específico, con una duración media de 3 semanas. De los 101 pacientes, el 33,6% de los casos, requirió tratamiento quirúrgico (bursectomía 2 casos; artrotomía, 31 casos; amputación, 1 caso). Respecto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la cirugía, en 18 pacientes (53%) se practicó intervención antes de los primeros 7 días. En este grupo se realizó artrotomía (9 pacientes) en las primeras 48 horas. El resto (16 pacientes), el desbridamiento quirúrgico se realizó después de la primera semana. Fue necesaria una segunda artrotomía en 3 casos (9%). Por otra parte, se realizaron lavados articulares diarios en 35 casos (51%) de los 67 pacientes sin artrotomía. Se registraron 14 exitus entre los pacientes que no fueron desbridados y un exitus en el grupo de pacientes desbridados quirúrgicamente. De los pacientes fallecidos, 5 casos presentaron afectación monoarticular (rodilla) y 7 casos afectación politópica. Los gérmenes implicados en estos pacientes fueron: *S. aureus* (7 casos), MARSA (3 casos), neumococo (1 caso), *E. coli* (1 caso), polimicrobiano (1 caso de *S. aureus* y *E. coli*). Las características clínico epidemiológicas se describen en la tabla.

Conclusiones: El antecedente de artroscopia o artrocentesis previa a la artritis séptica fue más común entre los pacientes desbridados. Los pacientes con mayor retraso diagnóstico precisaron desbridamiento con mayor frecuencia. La mortalidad de las artritis sépticas desbridadas fue muy inferior respecto a las no desbridadas.

Tabla Póster 269

Descripción y estudio comparativo de las características clínico epidemiológicas de las artritis piógenas desbridadas y no desbridadas

| | Artritis piógenas desbridadas n: 34 (33,6%) | Artritis piógenas no desbridadas n: 67 (66,4%) | Diferencias estadísticas |
|---|---|---|--|
| Sexo % (mujer/hombre) | 44/56 | 30/70 | p: 0,154 |
| Edad media | 60 ± 20,8 | 51,8 ± 21 | p: 0,072 |
| Factores de riesgos | Artritis microcristalinas 24% Neoplasias 18% Enolismo 18% Diabetes mellitus 16% Insuficiencia renal crónica 15% Cirrosis 12% ADVP 0% VIH 0% | Enolismo 27% Artritis microcristalinas 20% Insuficiencia renal crónica 18% Diabetes mellitus 15% Cirrosis 12% ADVP 18% VIH 15% | Enolismo (p: 0,301) Cirrosis (p: 0,979) Insuficiencia renal crónica (p: 0,683) Diabetes (p: 0,723) Gota (p: 0,380) ADVP (p: 0,008) VIH (p: 0,017) |
| Antecedente de manipulación articular previa | Artrocentesis con infiltración: 12% | Artrocentesis con infiltración: 7% | p: 0,206 |
| Articulación afectada | Artrocentesis: 12% Artroscopia: 6% | Artrocentesis: 3% Artroscopia: 3% | p: 0,023 p: 0,045 |
| | Monoarticular 76,5% – Rodilla 38% – Hombro 18% – Tobillo 6% – Carpos 3% – Caderas 6% Politópicas 23,% | Monoarticular 68,7% – Rodilla 37,3% – Hombro 3% – Tobillo 9% – Carpos 1,4% – Caderas 5% – Acromioclavicular 3% – Esternoclavicular 5% – Codos 3% Politópicas 31,3% | p: 0,412 |
| Fiebre % | 63% | 55% | p: 0,355 |
| Intervalo diagnóstico (días) | 10,2 ± 10,4 | 6,4 ± 6,0 | p: 0,054 |
| Promedio de días de hospitalización | 34,7 ± 36,5 | 28,3 ± 23,5 | p: 0,388 |
| Puerta de entrada identificada | 33% | 36% | p: 0,729 |
| Positividad en la tinción de gram | 30% | 32% | p: 0,842 |
| Gérmenes | Gram positivos 79% – S. aureus 42% – MARSAs 6% – S. agalactiae 9% – S. lugdonesis 3% – S. pyogenes 3% – S. neumonie 6% – Enterococo faecium 3% Gram negativos 18% – E. coli 9% – Pseudomonas aeruginosa 6% – Neisseria gonorrhoeae 3% Polimicrobiano 3% | Gram positivos 77% – S. aureus 48% – MARSAs 5% – S. agalactiae 6% – S. epidermidis 2% – S. pyogenes 3% – S. neumonie 10% – S. equisimilis 2% Gram negativos 21% – E. coli 9% – Pseudomonas aeruginosa 2% – Enterobacter cloacae 3% – Salmonella 3% – Klebsiella 2% – Serratia 2% Polimicrobiano 2% | |
| VSG | 96,2 ± 27,6 | 83,7 ± 30,5 | p: 0,129 |
| PCR | 187 ± 136 | 137 ± 104 | p: 0,154 |
| Hemocultivos positivos | 41% | 38,80% | p: 0,817 |
| Cultivo articular negativo con hemocultivo positivo | 6% | 6% | p: 0,985 |
| Fallecimientos | 3% | 26% | p: 0,016 |
| Complicaciones | Sepsis 21% Neumonía 3% Distrés respiratorio 3% Osteonecrosis 3% | Sepsis 19% Neumonía 6% Endocarditis 5% Distrofia simpático refleja 3% Hemoptisis masiva 2% Osteonecrosis 2% | Sepsis (p: 0,745) Neumonía (p: 0,507) Endocarditis (p: 0,210) Osteonecrosis (p: 0,474) Distrofia simpático refleja (p: 0,309) Distrés respiratorio (p: 0,158) |