



RC076 - Valoración de la baja laboral en los pacientes con Espondilitis Anquilosante en tratamiento biológico

M. Medina Malone¹, B. Arroyo Vicelis² y A. Meléndez Laborda¹

¹Fundación Hospital Calahorra. ²Osasunbidea. Servicio Navarro de Salud.

Resumen

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) la lumbalgia inflamatoria y la rigidez suelen persistir durante décadas con períodos de remisión más o menos prolongados. Cuando la enfermedad es grave y persistente, dando lugar a una limitación importante asociada a anquilosis espinal completa y cifosis permanente. Los tratamientos biológicos han cambiado la evolución de la enfermedad en estos pacientes. La vida laboral se ve alterada ya sea por la actividad de la enfermedad u otros procesos relacionados con la evolución de la EA o su tratamiento.

Objetivos: Evaluar la causa de la baja laboral en los pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante en tratamiento biológico.

Métodos: Se realiza un estudio transversal y retrospectivo en los pacientes con edad y sin incapacidad permanente con diagnóstico de EA y en tratamiento biológico de la Fundación Hospital Calahorra. Se realiza encuesta con la cantidad de bajas, causa y duración de estas desde el 1 de enero de 2018 hasta 30 de septiembre de 2019. Se dividieron en las causada por la EA vs otras causas ajenas a la EA. Se analizaron los datos demográficos de la historia clínica informatizada, además del tratamiento biológico actual, FAME, HLA-B27, afectación extra-axial y se les realiza ASDAS y BASFI.

Resultados: Se encuentran 58 pacientes con EA y tratamiento biológico, de los cuales 37 tenían una actividad laboral al momento del estudio. En relación con la vida laboral, 11 pacientes (29,7%) habían estado de baja laboral por alguna razón. Entre las causas de las bajas, en orden de frecuencia, 3 por la lumbalgia, 3 por cirugías (1 histerectomía, 1 prótesis total de cadera y 1 cirugía de dedo en resorte), 2 por infección respiratoria, 1 por limitación relacionada con evolución de la enfermedad 1 por depresión, 1 por esguince. Entre las afectaciones extraarticulares encontradas, se mencionan en orden de frecuencia, artritis con un 24,3% (9 pacientes), entesitis con un 8,1% (3 pacientes), igualada con la enfermedad inflamatoria intestinal, 2 pacientes con tenosinovitis (5,4%) y finalmente igualados a 1 (2,7%) con psoriasis cutánea y uveítis unilateral de repetición. 15 de los pacientes (40,5%) presentó la prueba de la tuberculina, siendo tratado con Cemidon o rifampicina, esta última en 1 de los casos. Se observa una relación directamente proporcional con los pacientes que han presentado una puntuación elevada en el ASDAS y BASFI. Entre las bajas laborales, siendo la mayoría de estas ajenas a la actividad de la enfermedad, aunque las que presentaron mayor duración en la baja estaban relacionadas directa o indirectamente con el daño residual de la enfermedad y el dolor resultante. Sería relevante aumentar la muestra para poder calcular la incidencia y la prevalencia de las bajas laborales en la EA.

Datos demográficos tabulados con baja laboral

	Todos (37)	Baja sí (11)	Baja no (26)	p
Edad, años*	43,7 (12,36)	44,00 (12,97)	43,38 (12,36)	0,891
Sexo, hombre (%)	27 (73)	4 (36,4)	23 (88,5)	0,001
Fumador (%)	7 (18,9)	2 (18,2)	4 (15,4)	0,794
BASFI*	1,49; 1,81	2,54; 2,35	1,05; 1,35	0,020
ASDAS*	1,20; 0,85	1,74; 1,14	0,97; 0,58	0,001
Duración del tto (meses)*	39,92; 34,39	43,35; 35,62	31,82; 31,35	0,359
Afectación extraaxial (%)	15 (40,5)	8 (26,9)	7 (26,9)	0,009
B27 + (%)	24 (64,9)	7 (63,6)	17 (65,4)	0,919
TNF (%)	35 (94,6)	10 (90,9)	25 (96,2)	0,519
IL17 (%)	2 (5,4)	1 (9,1)	1 (3,8)	0,519
Afectación SI bilateral (%)	32 (86,5)	9 (81,8)	23 (88,5)	0,589
FAME actual (%)	6 (16,2)	3 (27,3)	3 (11,5)	0,235
FAME previos (%)	19 (51,4)	6 (54,5)	13 (50,0)	0,800
Causa de baja por EA (%)	5 (13,5)	5 (45,5)	0 (0,0)	0,001
Causa de baja no EA (%)	6 (16,2)	6 (54,5)	0 (0,0)	0,001
Duración de la enf (años)*	9,97; 7,93	9,97; 7,35	10,27; 8,28	0,731

*Media; DE.

Conclusiones: La baja laboral en la EA, es frecuente y variable, gracias a las múltiples causas, tanto en relación con actividad de la enfermedad como causas ajenas a ella.

Bibliografía

1. Rúa-Figueroa I, González-Gay MA. Tratado SER de Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades autoinmunes sistémicas, 2018. 419-37.
2. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER 2016: Estudio de Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población adulta española, Diciembre/2018. 69-78.
3. European Commission. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e. 2007 [22 agosto 2017]; Disponible en: http://www.eumusc.net/ph_publication/eb_health_en.pdf