

artritis de inicio. Por este motivo se han publicado, recientemente, unos nuevos criterios para la clasificación de la AR.

Objetivos: Comparar la validez de los dos conjuntos de criterios de clasificación de AR (1987 y 2010) en una población de pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Pacientes y métodos: Se analizaron los datos correspondientes a 253 pacientes (80% mujeres) de nuestro registro de ARC (en el que se incluyen pacientes con dos o más articulaciones inflamadas durante más de cuatro semanas y menos de un año) que habían concluido un seguimiento de dos años. La edad al inicio de la enfermedad fue de 50 [38-62] (mediana [p25-p75]) años y el tiempo de evolución en la primera visita 5,3 [3,1-8,1] meses. Un 34,4% tenían factor reumatoide (FR) positivo (nefelometría; positivo > 20 UI/ml [0-3.000]) y un 28,6% anticuerpos anti-CCP positivos (ELISA; Euro-Diagnóstica Inmunoscan RA; positivo > 50 UI/ml [0-3.125]). A efectos de la aplicación de los criterios de 2010 se consideraron como valores superiores de la normalidad 0,8 mg/dl para la proteína C reactiva y 10 y 15 mm/h para la velocidad de sedimentación globular (en varones y en mujeres, respectivamente). Se realizó un análisis descriptivo de los pacientes que cumplían criterios de AR 1987 y 2010 en la primera visita. Además, se utilizó el diagnóstico definitivo del reumatólogo encargado del paciente tras los dos años de seguimiento, que fue AR en el 40% de los casos, como patrón oro para la estimación de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y las likelihood ratio (LR) + y - de cada uno de los conjuntos de criterios de clasificación.

Resultados: Se clasificaron como AR en la primera visita 108 pacientes (42,7%) con la aplicación de los criterios de clasificación de 2010 y 114 (45,1%) con los de 1987. Al final del seguimiento, el porcentaje de pacientes diagnosticados de AR según nuestro patrón oro fue del 39,5%. En la tabla se muestran los resultados del análisis estadístico llevado a cabo tras la aplicación de ambos conjuntos de criterios

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	LR +	LR -
2010	80%	81,7%	74,1%	86,2%	4,37	0,245
1987	86%	81,7%	75,4%	89,9%	4,7	0,171

Conclusiones: No parecen existir grandes diferencias en la clasificación de los pacientes tras la aplicación de los criterios de clasificación para la AR de 1987 y 2010. Este hallazgo podría estar en relación con la relativa larga duración de la enfermedad cuando nuestros pacientes son incluidos en el registro.

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el programa RETICS, RD08/0075 (RIER) y FIS 052044 del Instituto de Salud Carlos III.

38. EFECTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNAS EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

S. Pérez Esteban, A.M. Ortiz García, A. Fernández Ortiz, S. Castañeda Sanz e I. González-Álvarez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid.

Introducción: La actividad inflamatoria persistente en pacientes con artritis reumatoide (AR) se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares. Los factores de riesgo de estas complicaciones incluyen el hábito tabáquico, los niveles elevados de proteína C reactiva (PCR) y la dislipemia. Los dos primeros se relacionan claramente con el desarrollo o la actividad de la AR, sin embargo, la relación entre los niveles de lipoproteínas y la AR sigue siendo controvertida.

Objetivos: Analizar la relación entre el colesterol total (CT) y sus fracciones, incluidas las LDL oxidadas (LDLox) y diferentes variables en pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Viernes, 13 de mayo de 2011

37. COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN PARA ARTRITIS REUMATOIDE DE 1987 Y 2010 EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

A.M. Fernández Ortiz, A.M. Ortiz García, S. Pérez Esteban, M.R. García-Vicuña e I. González-Álvarez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa. Madrid.

Introducción: Los criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR) de 1987 se desarrollaron tras el estudio de una población con enfermedad de larga evolución. Sin embargo, el paradigma actual es el diagnóstico y el tratamiento precoz, ya que supone una mejor evolución de la enfermedad a medio y largo plazo. Los criterios de 1987 no son útiles para identificar la enfermedad en pacientes con

Métodos: Se analizaron los datos de 213 pacientes de nuestro registro de ARC: 75% mujeres, con una edad al inicio de la enfermedad de 53,5 [42-66] (mediana [p25-p75]) años y un tiempo de evolución en el momento de inclusión en el registro de 5,6 [3,8-8,6] meses. El 72% reunieron criterios para el diagnóstico de AR de 1987 tras dos años de seguimiento. El factor reumatoide fue positivo en el 48% de los pacientes y los anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado en el 45,5%. El tiempo de seguimiento de los pacientes incluidos osciló entre 2 y 5 años con un total de 525 visitas con determinación de lípidos disponible (media de 2,5 visitas/paciente). Se recogieron, de forma sistemática, variables demográficas y de la enfermedad así como los tratamientos prescritos. Los niveles de CT, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos (TG) se determinaron en el laboratorio de rutina. Los niveles de LDLox se determinaron mediante ELISA comercial (Merco-dia AB, Uppsala, Suecia). Para determinar el efecto de variables independientes sobre los niveles de CT y sus fracciones HDL, LDL y LDLox se desarrollaron modelos lineales ajustados por paciente y visita con el comando xtgee de Stata 10.1 para Windows (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Resultados: La tabla muestra el coeficiente beta para las variables significativas o casi pero relevantes para el modelo de análisis multivariable para cada una de las variables dependientes. Se analizaron también los niveles de VLDL y TG. Estas variables solo se asociaron con el índice de masa corporal (VLDL: coef beta = 1,1 ± 0,2; TG: coef beta = 6,7 ± 1,5; p < 0,001) y ligeramente con la edad (VLDL: coef beta = 0,18 ± 0,07; p = 0,016) y el sexo femenino (TG: coef beta = -30 ± 15; p = 0,041). Las variables terapéuticas no influyeron significativamente en ninguno de los modelos estadísticos aplicados. Ver tabla a pie de página.

Conclusiones: Los niveles de CT disminuyen significativamente con el aumento de la actividad de la enfermedad, hallazgo fundamentalmente relacionado con la fracción HDL. Por el contrario, los niveles de LDLox aumentan significativamente con el aumento de la actividad de la enfermedad. Estos hallazgos podrían contribuir al aumento de la comorbilidad cardiovascular en los pacientes con AR.

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el programa RETICS, RD08/0075 (RIER) y FIS 052044 del Instituto de Salud Carlos III.

39. OSTEOPOROSIS SISTÉMICA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO

L. del Olmo¹, P. Aguado¹, J. Coya^{1,*}, C. Plasencia², L. Lojo¹, E. Martín Mola¹ y A. Balsa¹

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

Introducción: La etiopatogenia de la pérdida ósea que presentan los pacientes con artritis reumatoide (AR) es multifactorial. Influyen factores intrínsecos al individuo (edad, sexo), así como relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Estudios longitudinales demuestran que la pérdida ósea sistémica acontece principalmente en las fases iniciales de la enfermedad y puede relacionarse con la actividad de ésta. Establecer el status óseo en pacientes con Artritis de Inicio (AI) puede ayudar a conocer la verdadera magnitud de la osteoporosis (OP) en esta artropatía.

Objetivos: Estudiar la afectación ósea sistémica en pacientes con AI y establecer la relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado desde abril 2009 a octubre 2010, incluye 113 pacientes procedentes de nuestra Unidad de AI, con una duración de la enfermedad desde el inicio de la clínica menor de un año y sin tratamiento previo con fármacos inductores de remisión. En la visita basal se realizó un protocolo registrándose: datos sociodemográficos, antropométricos, factores de riesgo de OP, parámetros analíticos de metabolismo óseo, radiología de columna dorso-lumbar, manos y pies y densitometría ósea (Hologic QDR-4500) en cadera (CF) y columna lumbar (CL). En pacientes mayores de 40 años se estableció el Índice FRAX. Se valoró la actividad clínica de la enfermedad mediante dolor, valoración por paciente y médico, índices articulares, reactantes de fase aguda (VSG y PCR) y capacidad funcional (HAQ). Se determinaron factor reumatoide y Ac antipéptidos cíclicos citrulinados. Se realizó un análisis descriptivo y estudios de correlación (Pearson y Spearman).

Resultados: En la visita inicial, 31 pacientes cumplían criterios diagnósticos ACR 1987 para AR y el resto fueron clasificados como artritis indiferenciadas. Las características antropométricas, sociodemográficas, factores de riesgo de OP, variables de actividad de la enfermedad y datos densitométricos se muestran en la tabla. Se han estudiado 93 mujeres (82,3%), 42 premenopáusicas (pre-M) y 49 posmenopáusicas (post-M), y 20 (17,7%) varones. La edad media fue 50,82 ± 16,10 años y la duración media de la enfermedad 19,19 ± 20,51 semanas. La prevalencia de OP densitométrica fue de 23,9% (7,3% pre-M, 36,7% post-M, 26,3% varones) y de osteopenia de 21,1% (12,2% pre-M, 26,5% post-M, 21,7% varones). Un 84% presentaron niveles insuficientes de vitamina D (< 30 ng/ml), no encontrándose correlación con sus fuentes naturales (ingesta de lácteos p 0,93 y exposición solar p 0,98). La actividad inflamatoria de la enfermedad mostró un DAS 28 de 4,55 ± 1,41 (actividad moderada). En el análisis por subgrupos las post-M mostraron mayor prevalencia de OP (p < 0,01) y mayor actividad de la enfermedad expresada por DAS 28 (p < 0,001). Un 55,7% de post-M y un 16,4% de varones tenían riesgo para fractura de cadera > 3%, según índice FRAX. Se objetivó una correlación negativa significativa entre PTH y T-score en CL (p < 0,01) y en CF (p < 0,02). Los parámetros de actividad inflamatoria DAS 28 y VSG mostraron una relación inversa significativa con la T-score en CF (p < 0,04 y p < 0,021).

Características	Porcentajes o medias (DE)
Características sociodemográficas y antropométricas	
IMC (kg/m ²) (%)	
< 25	46,3
25-30	33,7
> 30	20
Raza (%)	
Caucásica	73,2
Hispana	22,7
Negra	3,1
Asiática	1
Nivel de estudios (%)	
Sin estudios	4,9
Primarios	34
Secundarios	33
Superiores	28,2
Factores de riesgo de osteoporosis	
Antecedentes familiares de fractura de cadera (%)	13,3
Nº de hijos (media)	1,57 (± 1,43)
Tratamiento con corticoides (%)	73,5

Continúa en página siguiente

Tabla abstract 38

	Sexo femenino	Edad (por año)	Uso de estatinas	DAS28PCR
CT	Coef; p 14,12 ± 5,08; 0,005	Coef; p 0,83 ± 0,14; 0,000	Coef; p - 23,5 ± 6,08; 0,000	Coef; p - 3,73 ± 1,08; 0,001
HDL	11,95 ± 3,44; 0,001	n.i.; n.s.	n.i.; n.s.	- 2,73 ± 0,66; < 0,001
LDL	n.i.; n.s.	0,27 ± 0,15; 0,06	- 25,2 ± 5,9; 0,000	n.i.; n.s.
LDLox	Sexo femenino -25 ± 9,3; 0,007	T. de congelación (por día) - 0,24 ± 0,02; < 0,001	LDL 0,38 ± 0,11; 0,001	DAS28PCR 9,5 ± 3,3; 0,004

n.i.: no incluido; n.s.: no significativo.

Características	Porcentajes o medias (DE)
Tabaco (%)	40,7
Alcohol (%)	10,6
Consumo de café	47,8%
Meses de lactancia (media)	10,22 (± 13,82)
Edad de menopausia (media)	44,66 (± 11,95)
Ejercicio físico (horas/semana) (media)	1 (± 4,45)
Exposición solar (minutos/día) (media)	3,19 (± 14,86)
Caídas en el último año (%)	8
Ingesta de calcio (mg/día) (media)	450 (± 474)
Parámetros bioquímicos	
Nivel de vitamina D (mg/dl) (%)	
< 10	11,8
10-20	38,2
20-30	34,5
> 30	15,5
PTH (pg/m) (media)	39,75 (± 17,95)
Variables relacionadas con la enfermedad	
Duración de la enfermedad (semanas) (media)	19,19 (± 20,51)
NAT (0-28) (media)	6,56 (± 6,64)
NAD (0-28) (media)	4,46 (± 4,46)
DAS 28 (media)	4,55 (± 1,41)
HAQ (media)	8,87 (± 6,33)
Factor reumatoide	
Positivo (%)	38,1
Negativo (%)	61,9
Anti-CCP	
Positivo (%)	35,6
Negativo (%)	64,4
PCR (mg/dl) (media)	3,92 (± 11,56)
VSG (ml/hora)(media)	26,95 (± 19,71)
Densitometría ósea global (%)	
Normal (Tscore <-1)	55
Osteopenia (Tscore entre -1 y -2,5)	21,1
Osteoporosis (Tscore <-2,5)	23,9

Conclusiones: En nuestros pacientes con AI la actividad inflamatoria influye en la pérdida ósea a nivel de cadera. El subgrupo de mujeres post-M muestra mayor prevalencia de OP y mayor actividad inflamatoria de la enfermedad. Es necesario un control precoz de la inflamación y una vigilancia estrecha del estatus óseo en los pacientes con AI.

40. ESCUELA DE ESPONDILITIS: EFICACIA DE UN PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN Y FISIOTERAPIA DOMICILIARIA PARA PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

C. Rodríguez-Lozano¹, X. Juanola², J. Cruz-Martínez³, A. Peña-Arrébola⁴, J. Mulero⁵ y E. Collantes⁶

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Provincial de Pontevedra. ⁴Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La Escuela de Espondilitis (EE) es un programa nacional creado con el objetivo de proporcionar una educación integral

Parámetros de desenlace en la visita inicial y a los 6 meses

Variables	Visita basal, media (DE)		Diferencia de medias a los 6 meses		Media de la diferencia entre-grupos
	Grupo Escuela	Grupo Control	Grupo Escuela	Grupo Control	
BASDAI	3,5 (2,3)	3,7 (2,3)	-0,65*	-0,37*	-0,27(-0,52 a -0,02)**
BASFI	3,6 (2,5)	3,7 (2,6)	-0,54*	-0,21†	-0,32(-0,53 a -0,12)†
EAV dolor global (0-10)	3,9 (2,6)	4,1 (2,7)	-0,76*	-0,44*	-0,32(-0,64 a -0,00)
EAV dolor nocturno (0-10)	3,5 (2,8)	3,7 (3,0)	-0,70*	-0,46*	-0,24(-0,58 a 0,10)
EAV actividad paciente (0-10)	4,2 (2,6)	4,3 (2,6)	-0,75*	-0,36†	-0,39(-0,71 a -0,07)**
ASQoL (0-18)	6,9 (5,0)	6,6 (4,9)	-0,98*	-0,23	-0,74(-1,18 a -0,31)*
PASS(% positivo)	58	57	11*	4	18 vs 12†**

*p < 0,001 vs visita basal; †p < 0,01.

sobre la enfermedad y sus tratamientos a los pacientes con EA, con especial énfasis en la fisioterapia domiciliar. El objetivo del estudio es evaluar el impacto del programa de la EE en la actividad de la enfermedad, función física y calidad de vida en pacientes con EA en la práctica habitual.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo y multicéntrico de 6 meses de duración en pacientes con EA de 18 a 70 años que se aleatorizaron en dos grupos: grupo de escuela (GE), que participaron en el programa educativo y grupo control (GC) que tuvieron el seguimiento habitual en las consultas de Reumatología. La intervención en el GE consistía en una única sesión educativa de 2 horas en grupos de 10 pacientes, repartida en una sesión teórica impartida por reumatólogos y enfermeras y una sesión práctica de ejercicios supervisada por un fisioterapeuta. Se complementaba con material educativo para el paciente que incluía un DVD con 30 ejercicios domiciliarios y 10 para piscina y una llamada mensual recordatoria. Las variables principales fueron BASDAI y BASFI a los 6 meses. Como variables secundarias se analizaron EAV de dolor y actividad, ASQoL, PASS y evolución del tratamiento con AINE y del ejercicio físico a los 6 meses.

Resultados: Participaron 24 hospitales y se incluyeron 813 pacientes. 57 pacientes (7%) se perdieron en el seguimiento, por lo que la muestra final la constituían 756 pacientes (381 en el GE y 375 en el GC). 72% fueron varones, con una edad de 45 (DE: 12) años y 17 (DE: 10) años de duración de la EA. El 53% de los pacientes usaban un AINE y el 52% realizaba ejercicio al menos una vez a la semana, con una mediana de duración semanal de 2 (RIC: 1-4) horas. En la tabla se muestran los parámetros en la visita basal. No hubo diferencias entre ambos grupos. En la visita final se observó mejoría significativa en las puntuaciones de BASDAI y BASFI en ambos grupos. La diferencia entre las medias de ambos grupos fue significativa a favor del GE tanto en BASDAI (media e IC del 95% -0,27; -0,52 a -0,02; p = 0,0281) como en BASFI (-0,32; -0,53 a -0,12; p = 0,0016). También hubo diferencias significativas a favor del GE en EAV de actividad del paciente, ASQoL y pacientes en PASS. No se observaron diferencias a los 6 meses en el tratamiento con AINE pero sí en el ejercicio físico regular (83% en GE vs 67% en GC (p = 0,0000). El nivel de conocimiento en la visita final según un cuestionario de auto-evaluación fue significativamente superior en el GE. Ver tabla a pie de página.

Conclusiones: Un programa educativo para la EA consistente en sesiones de educación en grupo y ejercicio físico domiciliario individual complementado con material visual y escrito es posible en la práctica habitual y resulta eficaz. La Escuela de Espondilitis demuestra un beneficio pequeño pero significativo para los pacientes con EA al disminuir la actividad de la enfermedad y mejorar la función física y la calidad de vida, mediante un aumento en el conocimiento y en la práctica de ejercicio físico regular.

41. ANÁLISIS CLÍNICO Y GENÉTICO DE LA SEVERIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA)

R. Schiotis^{1,2}, N. Bartolomé³, A. Sánchez⁴, M. Szczypiorska³, J. Sanz⁴, E. Cuende⁵, E. Collantes², A. Martínez³, D. Tejedor³, M. Artieda³ y J. Mulero⁴

¹Departamento de Farmacología. Universidad de Medicina y Farmacia "Luliu Hatieganu". Cluj-Napoca. Rumania. ²Servicio de Reumatología. Hospital U. Reina Sofía. Córdoba. ³Departamento I+D. Progenika Biopharma SA. Derio. Vizcaya. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital U. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: La incapacidad funcional que manifiestan los pacientes con EA es variable y difícil de predecir de forma precoz en los estadios iniciales de la enfermedad (Doran et al. J. Rheumatol. 2003;30:2).

Objetivos: El propósito del estudio fue identificar los factores clínicos y genéticos asociados a una situación de mayor severidad funcional en los pacientes con EA e investigar la posibilidad de desarrollar un modelo clínico-genético predictivo de la gravedad del deterioro funcional

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal con pacientes incluidos en el Registro nacional de Espondiloartropatías de la SER (REGISPONSER), diagnosticados de EA según los criterios de Nueva York modificados y con al menos 10 años de evolución de la enfermedad. Como medida de deterioro funcional se utilizó el índice BASFI normalizado por el tiempo de duración de la enfermedad desde el inicio de los primeros síntomas (BASFI/t). Se hicieron 4 análisis de asociación diferentes, clasificando en el grupo de pacientes con alteración funcional grave a aquellos con un BASFI/t por encima del percentil 60 (p60), 65 (p65), 70 (p70) ó 75 (p75), respectivamente. Para el análisis genético se seleccionaron 384 SNPs que fueron genotipados con la plataforma Golden Gate de Illumina. Se realizó un análisis univariante para evaluar la asociación de las variables clínicas y genéticas con los fenotipos de (BASFI /t) graves empleándose la prueba de χ^2 o la prueba T de Student no pareada según si las variables eran discretas o continuas. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. El desarrollo del modelo predictivo de severidad funcional se llevo a cabo mediante un análisis multivariante empleando regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 456 pacientes con EA (348 varones y 108 mujeres) con una edad media de 50,8 ($\pm 10,5$) años. El tiempo medio de evolución desde el inicio de la enfermedad fue de 24,7 ($\pm 10,1$) años. El HLA-B27 fue positivo en el 84,9% de los pacientes y un 19,3% tenían antecedentes familiares de EA. De las variables clínicas analizadas la lumbalgia [p60, ($p = 0,03$)], cervicalgia [p60 ($p = 0,011$), p65 ($p = 0,004$), p70 ($p = 0,002$), p75 ($p = 0,04$)] y la edad de inicio de la enfermedad [p60 ($p = 1,7 \times 10^{-6}$), p65 ($p = 5,6 \times 10^{-8}$), p70 ($p = 3,05 \times 10^{-9}$), p75 ($p = 5,4 \times 10^{-9}$)] mostraron una asociación estadísticamente significativa con (BASFI/t) en los percentiles indicados. El HLA-B27 resultó significativamente asociado a (BASFI/t) en los percentiles p65 ($p = 0,049$) y p70 ($p = 0,05$). Los polimorfismos asociados con (BASFI/t) en todas las clasificaciones fueron: rs2542151 en el gen PTPN2 [p60 ($p = 0,04$), p65 ($p = 0,04$), p70 ($p = 0,001$) y p75 ($p = 0,001$)] y rs2254441 en el gen PSTPIP1 [p60 ($p = 0,004$), p65 ($p = 0,02$), p70 ($p = 0,01$) y p75 ($p < 0,001$)]. Los SNPs rs10065172 (gen IRGM), rs2268624 (gen TGFB3), rs4986790 (gen TLR4), rs4986791 (gen TLR4) y rs3736228 (gen LRP5) se asociaron con (BASFI/t) en tres de los cuatro percentiles. En el análisis multivariante realizado no se encontró ningún modelo con un buen poder predictivo de la afectación funcional grave para ninguno de los percentiles de clasificación establecidos.

Conclusiones: La severidad funcional en los pacientes con EA se asocia con una edad de inicio mayor y con la presencia de cervicalgia al

inicio de la EA. El SNP rs2542151 (gen PTPN2) y el rs2254441 (gen PSTPIP1) son los polimorfismos más fuertemente asociados con una mayor severidad funcional en los pacientes con EA.

42. AZATIOPRINA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: ANÁLISIS DE 85 PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

S. Soro¹, B.E. Joven² y P.E. Carreira²

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos: Analizar las indicaciones, eficacia y efectos adversos de la azatioprina (AZA) en pacientes con esclerosis sistémica (SSc) en un hospital universitario.

Pacientes y método: Todos los pacientes con SSc seguidos en el servicio de reumatología de nuestro hospital, están incluidos en una base de datos prospectiva creada en 1989, que incluye información demográfica y clínica. Para el presente estudio, se seleccionaron de esta base todos los pacientes tratados con AZA y se obtuvieron los siguientes datos: indicación y duración del tratamiento, terapias concomitantes, efectos adversos, motivo de suspensión. Asimismo se obtuvieron datos de pruebas de función respiratoria (PFR), score modificado Rodnan Skin Score (mRSS) y ecocardiograma al inicio del tratamiento, a los 6 meses, uno, dos y tres años. Se utilizó estadística descriptiva y la evolución de las variables cuantitativas a lo largo del tratamiento se analizó mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Resultados: De 323 pacientes incluidos en la base de datos, 85 (27%, 76 m/9 v), habían sido tratados con AZA. De ellos, 34 tenían afectación dérmica difusa y 51 afectación dérmica limitada. Los ANA fueron positivos en 78 pacientes (92%), el aScl70 en 28 (33%) y los anticuerpos anticentrómero (ACA) en 21 (25%). La indicación de AZA fue afectación intersticial pulmonar en 47 pacientes (53%), en 5 casos como terapia de mantenimiento después de ciclofosfamida intravenosa, hipertensión pulmonar (HP) en 16 (19%), afectación cutánea difusa en 13 (15%), afectación intestinal en 5 (6%), miopatía inflamatoria en 3 (4%), artritis en 2 (2%), trombopenia en 1 y hepatitis autoinmune en 1. La duración media del tratamiento fue de 44 ± 39 meses. En los pacientes tratados por fibrosis pulmonar (44 también con dosis bajas de corticoides) la capacidad vital forzada (CVF) aumentó progresivamente durante el periodo de tratamiento (78% al inicio, 79% a los 6 meses, 80% al año, 82% a los 2 años, 85% a los 3 años), aunque estos cambios no fueron estadísticamente significativos. En los 34 pacientes con enfermedad difusa, el mRSS disminuyó a los 6 meses (25 vs 22, $p = 0,02$), 1 año (24 vs 19, $p = 0,001$) y 2 años (23 vs 16, $p = 0,001$). Los pacientes tratados por HP recibieron también prostaglandinas endovenosas (8 casos), bosentán (7) y sildenafil (7). No se observaron cambios en la PSP estimada durante el periodo de tratamiento. En los 5 pacientes tratados por afectación intestinal, la AZA fue usada como ahorrador de esteroides. En todos los casos los esteroides pudieron ser reducidos a menos de 10 mg/día después de un año. Aparecieron efectos adversos en 14 pacientes (9 citopenia, 5 infección, 3 alteraciones gastrointestinales, 2 hipertransaminasemia, 1 alopecia), pero solo en 9 casos hubo que suspender AZA (3 por alteraciones intestinales, 2 hipertransaminasemia, 2 citopenia, 2 infección). Durante el seguimiento 6 pacientes fallecieron, en ningún caso relacionados con el tratamiento con AZA.

Conclusiones: La terapia con AZA es una opción segura para el tratamiento de pacientes con SSc y afectación sistémica. El tratamiento con AZA parece mejorar la afectación cutánea en pacientes con enfermedad cutánea difusa, así como estabilizar la función pulmonar en pacientes con enfermedad intersticial pulmonar.

43. MORTALIDAD EN ESCLERODERMIA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Z. Rosales¹, O. Fontseré¹, A. Rodríguez-Cambrón¹, E. Toledano¹, G. Candelas¹, L. León¹, L. Abásolo¹, E. Loza², L. Carmona² y J.A. Jover¹

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

²Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad con baja incidencia, estimada en 9 a 20 casos por millón de habitantes y año, pero con consecuencias potencialmente severas y escasas posibilidades de tratamiento.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática de la evidencia científica publicada hasta el momento actual sobre la tasa y causas de mortalidad y marcadores de mal pronóstico en pacientes con esclerodermia.

Métodos: Se realizó una búsqueda general de todos los estudios publicados hasta junio de 2009 sobre la mortalidad y causas de mortalidad de pacientes con esclerodermia en las bases de datos Medline y Embase. También se revisó la Cochrane Library y los resúmenes del American College of Rheumatology y del European League of Rheumatology de los últimos 2 años. Los criterios empleados para la selección de los estudios fueron los siguientes, Tipo de estudio: de cohortes y longitudinales, Tipo de participantes: pacientes con esclerodermia, Tipo de desenlace: mortalidad y causas de mortalidad. Tras la selección inicial de lectura de títulos un revisor independiente seleccionó las referencias y valoró la calidad metodológica de las mismas. La calidad de los estudios se midió según los criterios de Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale (0 a 8).

Resultados: Se seleccionaron 22 artículos y 4 resúmenes que analizaban la mortalidad en pacientes con esclerodermia. De ellos 12 artículos (8 prospectivos y 4 retrospectivos) cumplían criterios de inclusión y fueron incluidos para su análisis. Todos eran estudios de cohortes, que analizaron 3.922 pacientes con esclerodermia con una distribución por sexos de 76,9% mujeres y 23,1% varones. La edad media fue de 49 años y el seguimiento medio de 5 años. La tasa de mortalidad media es de 28,17% con una tasa mínima del 15% y máxima del 50%. Causas de mortalidad: en muchos estudios no analizan las causas de mortalidad, solo se hace referencia a la relación de las defunciones con la esclerodermia; la mayoría de las defunciones fueron debidas a la propia esclerodermia. Centrándonos en los estudios que sí analizan las causas de mortalidad individualmente, la principal causa de fallecimiento fue la afectación cardiovascular (11,64%) (Insuficiencia cardíaca derecha seguida de infarto agudo de miocardio (IAM), infartos a otros niveles como mesentérico o accidente cerebrovascular (ACV), arritmias), seguida de la afectación pulmonar (9,80%) (fibrosis, hipertensión pulmonar (http), insuficiencia respiratoria) o la presencia de ambas. Otras causas de mortalidad son: afectación renal (4,67%) (crisis renales con insuficiencia renal terminal); infecciones (3,62%), fundamentalmente sepsis secundarias a infección respiratoria; cáncer de cualquier localización (2,95%). Marcadores de mal pronóstico: presencia de afectación cutánea difusa y sexo masculino. Calidad: la calidad fue alta, con una puntuación por encima de 6 la mayoría de los artículos.

Conclusiones: 1. La tasa de mortalidad en la esclerodermia es elevada, casi un 30% de los pacientes con dicha enfermedad. 2. La principal causa de fallecimiento fue la afectación cardiovascular (Insuficiencia cardíaca derecha, IAM, infartos a otros niveles como

mesentérico o ACV, arritmias), seguida de la afectación pulmonar (fibrosis, HTP, insuficiencia respiratoria) o, más frecuentemente, la presencia de ambas. 3. Es difícil sacar conclusiones por la heterogeneidad de los estudios, especialmente en cuanto a la metodología.

44. SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL FHAQ EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

J. Esteve-Vives, J. Rivera, M.A. Vallejo, M. Gobbo y Grupo ICAF

Hospital General Universitari d'Alacant. Alicante y otros 14 Centros de toda España.

Introducción: El FHAQ (Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire) tiene una validez de constructo superior a la escala de función física del FIQ, y similar a la del HAQ, con la ventaja de ser más breve, más sencillo de responder y más fácilmente cuantificable (Esteve-Vives et al. Reumatol Clin. 2010;6:141-4). Sin embargo si se usa en la práctica clínica o como medida de resultados en estudios es necesario saber si es sensible a los previsible cambios en la discapacidad a lo largo del tiempo, variando su puntuación de forma coherente con el estado del paciente. No existe ningún trabajo en la literatura que demuestre la sensibilidad al cambio del FHAQ.

Objetivos: Evaluar la sensibilidad al cambio del FHAQ.

Métodos: Diseño: estudio observacional, prospectivo, longitudinal, en 15 centros españoles. Sujetos: mujeres > 18 años y < 65 con fibromialgia (FM) según criterios ACR. Se excluyeron pacientes con otras patologías incapacitantes y/o con procedimientos de incapacitación en curso. Variables: el FHAQ fue completado 3 veces: al incluir a la paciente en el estudio (V1), una semana más tarde, en el momento en el que se indicaba un tratamiento con un antidepresivo tricíclico, otro antidepresivo o pregabalina, solos o en combinación (V2), y a los 3 meses de iniciado dicho tratamiento (V3). Análisis estadístico. Para conocer el cambio estadístico se realizó una comparación de medias mediante la t de Student. Además, para conocer la magnitud clínica del cambio estadístico observado, y en ausencia de "gold estándar" se hizo un análisis para muestras homogéneas con cambio previsto homogéneo, calculando: puntuaciones globales del FHAQ en V2 y V3; diferencia de puntuación entre ambas (media, DE); estadísticos descriptivos de V1; y coeficiente de correlación intraclase para evaluar la fiabilidad test-retest del FHAQ entre V1 y V2.

Resultados: Se reclutaron 232 pacientes, 98,3% mujeres, edad media 48 años (DE = 8,6). La diferencia de medias entre V2 y V3 fue de 0,098 (IC95%: 0,034-0,16) con una $p = 0,003$. La respuesta media estandarizada (RME = cambio medio/desviación estándar del cambio) fue de 0,21. La desviación estándar de la medida basal fue DE = 0,57, y el coeficiente de correlación intraclase $R = 0,81$. Esto supone un error estándar de medida de EEM = 0,25 y una diferencia mínima detectable (DMD) = 0,69. Con estos datos, la proporción de cambio real fue del 17%. No obstante, el sentido del cambio fue positivo en 28 casos (menor puntuación a los 3 meses) y negativo en los otros 11 (mayor puntuación a los 3 meses).

Conclusiones: En la muestra analizada el FHAQ mostró una sensibilidad al cambio estadísticamente significativa, aunque el cambio detectado no puede considerarse clínicamente relevante. Sería preciso diseñar un estudio que permitiera diferenciar aquellos pacientes que han mejorado con el tratamiento de los que no lo han hecho, de forma que se pudiera confirmar la verdadera sensibilidad al cambio del instrumento desde el punto de vista clínico.