

## 2ª Sesión

Jueves 20 de mayo

### 10

#### **ESTUDIO DEL MICROSATÉLITE DEL GEN DE CD154 EN ARTRITIS REUMATOIDE (AR)**

T. Martín Donaire, I. Losada Fernández, S. Rosado García, I. Rúa Figueroa, M.I. García Laorden, A. García Saavedra, C. Erasquin, C. Rodríguez Lozano, C. Rodríguez Gallego, J.A. Vargas, M.J. Citores y P. Pérez Aciego

*Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid), Fundación LAIR (Madrid), Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín (Las Palmas de Gran Canaria).*

**Introducción:** La AR es una enfermedad de herencia compleja, en la que tanto genes HLA como no-HLA contribuyen a la predisposición y curso clínico. Esta enfermedad se caracteriza por una sinovitis que da lugar a la destrucción de las articulaciones. Se ha descrito una hiperexpresión intrínseca de CD154 (CD40 ligando) en células linfoides de las articulaciones reumáticas. Esta molécula tiene un papel crucial en el mantenimiento de la inflamación articular, a través de la interacción con el CD40 de superficie de los fibroblastos sinoviales. El gen del CD40L presenta un polimorfismo (microsatélite (CA)<sub>n</sub>) en su región 3'UTR, que previamente se ha relacionado con la susceptibilidad a desarrollar AR en pacientes alemanes que no expresan los antígenos HLA-DR asociados a esta enfermedad (DR4 y DR1).

**Objetivos:** Estudio de la asociación del polimorfismo del gen de CD40L con AR en pacientes de las Islas Canarias.

**Métodos:** Se utilizaron muestras de sangre periférica de 187 enfermos de AR y de 150 donantes sanos, ambos grupos procedentes Las Palmas de Gran Canaria. El polimorfismo del gen de CD40L se analizó por amplificación génica del fragmento que contiene el microsatélite y electroforesis en geles de poliacrilamida en condiciones desnaturizantes. El tipaje HLA se realizó utilizando la técnica de SSO (Sequence Specific Oligonucleotide).

**Resultados:** Encontramos que el alelo de 24 repeticiones CA del polimorfismo del CD40L está menos representado en enfermos de AR que en sanos ( $p = 0,006$ ; OR = 0,606, 95% CI = 0,427-0,860). Esta asociación es independiente del tipaje HLA-DRB1 y DQB1.

**Conclusión:** El alelo de 24 repeticiones CA del microsatélite de CD40L podría tener un papel protector en la susceptibilidad a desarrollar AR, independientemente de HLA II.

*Patrocinio: Fundación LAIR*

### 11

#### **LAS MUTACIONES EN EL GEN DNASA I ASOCIADAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SON RARAS**

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

*Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.*

**Introducción y objetivos:** Desde hace años se ha establecido que la actividad de la principal enzima degradadora de DNA en el plasma, la DNasa I, está disminuida en el lupus eritematoso sistémico (LES). Se han identificado cuatro mutaciones en el gen relacionadas con esta disminución en pa-

cientes con LES: una identificada por Yasutomo et al y las otras tres encontradas por nuestro grupo. La mutación identificada por Yasutomo es muy rara pues no se ha vuelto a encontrar de nuevo en estudios realizados en distintas poblaciones que incluían más de 400 pacientes con LES. Nuestro objetivo ha sido determinar la frecuencia de las tres mutaciones que hemos identificado.

**Métodos:** Se estudiaron 99 pacientes con LES, según los criterios de clasificación de la ACR, y 200 controles hospitalarios con patología no relacionada, todos ellos de ascendencia gallega. Se analizó la presencia de las mutaciones identificadas por nuestro grupo: 46\_72del, una delección de 36 pares de bases en el exón 2, mediante análisis del tamaño del fragmento amplificado por PCR y las dos transiciones en el exón 7, 553A>G y 558C>T, mediante PCR-RFLP. Los resultados se confirmaron mediante secuenciación. Se determinó la actividad DNasa I en el suero mediante enzimo-difusión radial.

**Resultados:** No se encontró ninguna de las mutaciones que habíamos identificado previamente en el *gen DNASE I* en ninguno de los 99 pacientes con LES estudiados en esta serie. Sin embargo, hemos encontrado dos controles, sin patología reumatológica, que tenían una mutación. En un caso se trataba de la delección 46\_72del y en el otro se detectó la mutación 553A>G. La actividad DNasa I en el suero estuvo claramente disminuida en estos dos controles: 2,9 ng/ml en relación con la delección y 3,8 ng/ml en el control con la mutación 553A>G.

**Conclusiones:** Nuestros resultados, unidos a los relacionados con la mutación identificada por Yasutomo, indican que las mutaciones en el *gen DNASE I* que se encuentran en pacientes con LES y que causan una disminución notable de la actividad del enzima son raras. Por lo tanto, no es probable que haya ninguna mutación frecuente en el *gen DNASE I* que participe de forma significativa en la predisposición a LES. Además de mutaciones en la secuencia del gen, otros mecanismos deben ser responsables de la disminución de la actividad DNasa I observada en pacientes con LES como variantes en secuencias reguladoras, modificaciones post-transcripcionales, o causas no genéticas.

*Agradecimientos:* Este trabajo se ha realizado gracias a la generosa contribución de los pacientes y de los miembros del Servicio de Reumatología.

*Financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 01/3054).*

## 12

### LA INTERLEUCINA 1 $\beta$ (IL-1 $\beta$ ), A DIFERENCIA DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL A (TNFA), PROTEGE LOS CONDROCITOS HUMANOS NORMALES EN CULTIVO DE LA APOPTOSIS INDUCIDA POR ACTINOMICINA D

B. Caramés Pérez, M.J. López Armada, B. Cillero Pastor, M. Lires Dean, I. Fuentes Boquete, C. Ruiz Romero, B. Lema, S. Novo Taboada, J.A. Pinto, F. Galdo y F.J. Blanco García  
*Unidad de Investigación. Sección de Reumatología. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña.*

La muerte de los condrocitos por apoptosis representa un fenómeno clave en las enfermedades degenerativas de la articulación como es la osteoartritis (OA). El TNFa y la IL-1 $\beta$  son potentes mediadores inflamatorios que intervienen en el desarrollo de la OA. En este sentido, se admite que el

TNFa es suficiente para dirigir la inflamación, mientras que la IL-1 $\beta$  interviene de forma decisiva tanto en el mantenimiento de la inflamación como en la erosión del cartilago. En este trabajo, nosotros hemos demostrado que la IL-1 $\beta$  es capaz de proteger a los condrocitos humanos de la apoptosis inducida por actinomicina D (ActD), a diferencia del TNFa que la potencia. El inhibidor de la transcripción, ActD, promueve la muerte del condrocito en asociación con una disminución en la expresión de las proteínas antiapoptóticas Bcl-2 y mcl-1, la fragmentación del DNA, la activación de la caspasa-3 y -7 con la consiguiente ruptura de la enzima poli (ADP-ribosa) polimerasa (PARP), sustrato de la caspasa-3 activada. Después de 48 horas de incubación, la IL-1 $\beta$  revierte parcialmente la pérdida de viabilidad (por ensayo de MTT) inducida por ActD de una forma dosis dependiente (1 mg/ml ActD: 81 % vs. basal; 1 mg/ml ActD + 50 ng/ml IL-1 $\beta$ : 100 % vs. basal, n = 4, p < 0,05), a diferencia del TNFa que la incrementa (1 mg/ml ActD + 100 ng/ml TNFa: 69 % vs. basal, n = 4, p < 0,05). Estos resultados están de acuerdo con los estudios de apoptosis (por citometría de flujo) que demuestran que el incremento del pico hipodiploide inducido por la ActD fue amplificado por el TNFa pero no por la IL-1 $\beta$  (1 mg/ml ActD: 469% vs. basal; 1  $\mu$ g/ml ActD + 10 ng/ml TNFa: 860 % vs. basal; 1  $\mu$ g/ml ActD + 5 ng/ml IL-1 $\beta$ : 532 % vs. basal, n = 3, p < 0,05). Además, cuando se evaluaron los niveles de la caspasa-3 y -7 (por Western-blot), se encontró que la combinación de IL-1 $\beta$ +ActD no indujo la activación de caspasa-3 y -7 observada de forma tiempo y dosis-dependiente con la incubación de ActD+TNFa (n = 4, p < 0,05). En relación, no se detectó ruptura de la PARP cuando de coin-cubo ActD+IL-1 $\beta$  durante 6, 36 ó 72 h, pero si se observo después del tratamiento con ActD+TNFa. Por otro lado, el tratamiento con TNFa+ActD o IL-1+ActD disminuyó la producción de Bcl-2 y mcl-1 inducida por el TNFa o la IL-1 $\beta$  solas. Estos resultados sugieren que el TNFa y la IL-1 $\beta$  regulan de forma diferencial la activación de la maquinaria apoptótica en condrocitos humanos normales en cultivo. Por este motivo, las consecuencias a largo plazo del bloqueo prolongado de la IL-1 $\beta$ , en algunas condiciones, presenta importantes incógnitas como futura diana terapéutica en el tratamiento de las enfermedades articulares. Estos datos pueden ser importantes para entender mejor la participación del TNFa y la IL-1 $\beta$  en la patogénesis de la degradación del cartilago.

## 13

### CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO WOMAC ESPECÍFICO PARA ARTROSIS DE RODILLA Y CADERA

E. Batlle Gualda, J. Román Ivorra, E. Martín Mola, J. Carbonell Abelló, L.F. Linares Ferrando, J. Tornero Molina y A. Raber  
*Hosp. Gen. Univ. de Alicante; Hosp. Dr. Pesset, Valencia; Hosp. Univ. La Paz, Madrid; IMAS: Hosp. del Mar y de la Esperanza, Barcelona; Hosp. Gen. Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia; Hosp. Gen. Univ. Guadalajara; Almirall Prodesfarma.*

**Objetivo:** El cuestionario WOMAC está recomendado por la OARSI para la evaluación de la artrosis. En este trabajo se evalúa la fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio de la versión española del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera.

**Pacientes:** La evaluación se realizó en el contexto de un ensayo clínico, randomizado, doble ciego, en pacientes con artrosis de rodilla sintomática (dolor, EVA— = >30 mm) de 6 semanas de duración comparando Aceclofenaco (n = 82) y Paracetamol (n = 86).

**Método y resultados:** La consistencia interna ( $\pm$  de Cronbach; n = 168) de las subescalas de Dolor (0,86), Rigidez (0,80) y Capacidad Funcional (0,95) fue excelente ( $> 0,70$ ). La reproducibilidad test-retest, evaluada en 2 visitas separadas por 1 semana, sin cambios terapéuticos antes de iniciar el ensayo, en los sujetos que afirmaron permanecer estables (n = 112), mediante CC intraclase fue buena ( $> 0,60$ ): Dolor (0,77), Rigidez (0,69) y Capacidad Funcional (0,86). La validez de constructo evaluada con CC Spearman se muestra en la tabla. Las tres subescalas de Dolor, Rigidez y Capacidad Funcional presentaron mayores correlaciones con aquellas variables que medían el mismo constructo. En todos los casos el CC de Spearman fue significativo ( $p < 0,0001$ ).

	Dolor	Rigidez	C. Funcional
Dolor (EVA)	<b>0,51</b>	0,38	0,40
Índice de Doyle	<b>0,41</b>	0,31	0,37
Lequesne Dolor	<b>0,68</b>	0,46	0,57
Lequesne Rigidez	0,42	<b>0,54</b>	0,37
Rigidez matutina	0,40	<b>0,46</b>	0,38
Rigidez postrepaso	0,56	<b>0,70</b>	0,60
Lequesne Actividades	0,53	0,45	<b>0,67</b>
HAQ Extrem. Inferiores	0,51	0,53	<b>0,69</b>

Las tres subescalas del cuestionario mostraron una mejoría significativa ( $p = <0,001$ ; t-Student intragrupo) al final del estudio (visita basal – visita final [6 semanas]), tanto en el grupo tratado con Aceclofenaco como en el grupo tratado con Paracetamol, equivalente al resto de variables demostrando su sensibilidad al cambio.

**Conclusión:** La versión española del cuestionario WOMAC es fiable, válida y capaz de detectar cambios clínicamente significativos.

## 14

### ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ESPAÑOLES PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDE. VALORACIÓN MEDIANTE EL CUESTIONARIO SF-36

F.J. Ballina García, R. Hernández Mejía, L. Carmona Ortells, B. Hernández, R. Ariza Ariza y F. Navarro Sarabia  
*Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital Virgen Macarena de Sevilla, Sociedad Española de Reumatología.*

**Objetivos:** Conocer la Calidad de Vida (CV) mediante cuestionarios administrados en una muestra representativa de la población española que padece Artritis Reumatoide (AR).

**Material y métodos:** Pacientes con AR mayores de 18 años, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado, en los servicios de Reumatología de 10 centros hospitalarios. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos: EVA Dolor, Rigidez matutina, EVA de actividad Paciente y Médico, Recuento de Articulaciones Dolorosas y Tumefactas, VS.G, PCR, y Disease Activity Score (DAS).

**Resultados:** Se incluyeron 301 pacientes con AR (mujeres 82,1%, edad media 59 años, seropositiva 68,4%, erosiva 64,7%, duración media 10,3 años). En la segunda medición (3 meses después) se recogieron 242 pacientes. Las puntuaciones medias de las escalas del SF-36 mostraron una severa

pérdida en CV respecto a los valores normativos de la población española: Función Física 43,6%, Rol Físico 52,1%, Dolor 45%, Percepción General de Salud 40,9%, Vitalidad 30,3%, Función Social 23,4%, Rol Emocional 26,4%, Salud Mental 18,2%. Las mujeres tienen una CV disminuida respecto a los varones en las escalas de Función Física ( $p < 0,05$ ), Rol Físico ( $p = 0,05$ ), Vitalidad ( $p < 0,001$ ), Función Social ( $p < 0,01$ ), Rol Emocional ( $p < 0,001$ ) y Salud Mental ( $p < 0,001$ ). Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con la edad de los pacientes y el tiempo de evolución de la enfermedad (Función Física;  $p = 0,01$ ), presencia de erosiones (Función Física;  $p < 0,001$ , Rol Físico;  $p < 0,001$ , Dolor Corporal;  $p < 0,05$ , Vitalidad;  $p = 0,01$ , Función Social;  $p = 0,01$ ), mayor actividad de la enfermedad (índice DAS) (todas las escalas del cuestionario SF-36). La fiabilidad (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach) fue satisfactoria (0,62-0,92) en todas las escalas excepto en la de dolor. El coeficiente de correlación intraclase fue alto ( $> 0,50$ ) en las escalas de Función Física, Rol Físico y Componente Sumario Físico. La validez convergente ( $r$  de Spearman) mostró correlaciones que oscilaron entre  $-0,12$  (PCR) y  $-0,82$  (HAQ). La sensibilidad al cambio (Respuesta Media Estandarizada) fue moderada ( $> 0,30$ ) en las escalas de Función Física, Rol Físico, Dolor, Salud General y Función Social.

**Conclusiones:** La AR produce una severa disminución de la CV de los pacientes. Los aspectos más afectados, comparados con la población española de referencia, son la dimensión física y la estimación del dolor. Las mujeres presentan un mayor deterioro en todas las dimensiones de CV. La edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, y la severidad de la AR muestran una fuerte correlación con todas las dimensiones de la CV. La valoración psicométrica muestra que la versión española del cuestionario SF-36 es fiable y válida para su uso en la población española con Artritis Reumatoide.

*Patrocinio:* Proyecto SER de "Costes y Calidad de Vida en pacientes con Artritis Reumatoide en España" con el patrocinio de Laboratorios Wyeth-Lederle

## 15

### ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE UN CUESTIONARIO ESPECÍFICO PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: EL ASQOL

R. Ariza Ariza, G. López Antequera, B. Hernández Cruz, J. Toyos y F. Navarro Sarabia  
*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

**Introducción:** El ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire) es un cuestionario específico recientemente desarrollado para medir calidad de vida (CV) en pacientes con espondilitis anquilosante (EA). La versión original en inglés ha demostrado adecuadas propiedades clinimétricas.

**Objetivos:** Desarrollar una versión en español del ASQoL y estudiar su validez.

**Métodos:** La versión inglesa del ASQoL fue traducida y adaptada al español de forma independiente por 3 reumatólogos bilingües. Dos reumatólogos familiarizados con la validación de instrumentos analizaron cuestiones semánticas y conceptuales y acordaron por consenso una versión unifica-

da en español. El cuestionario fue administrado a pacientes con EA integrantes de una cohorte que se evalúa periódicamente en el Servicio. El ASQoL consta de 18 preguntas con 2 posibilidades de respuesta (sí/no) que se puntúan como 1/0 y la puntuación final es la suma de los puntos de cada pregunta (de 0 a 18, de mejor a peor CV). La validez de constructo se estudió mediante análisis de correlación (rho de Spearman) con diversas variables incluyendo EVA paciente, EVA dolor, BASDAI, BASFI, medidas metrológicas, SF-36 y EuroQol. Para estudiar capacidad discriminativa del ASQoL entre niveles de actividad, función y CV se utilizaron pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Se estudiaron 54 pacientes, 37 hombres (68,5%) con edad ( $X \pm DE$ ) de  $40,5 \pm 10,5$  años. La puntuación del ASQoL fue  $6,8 \pm 4,7$ , mediana = 7, intervalo = 0-17. Se encontró buena correlación ( $\rho > 0,6$ ) entre el ASQoL y las siguientes variables: EVA paciente ( $\rho = 0,73$ ,  $p = 0,0000$ ), EVA dolor ( $\rho = 0,78$ ,  $p = 0,0000$ ), BASDAI ( $\rho = 0,80$ ,  $p = 0,0000$ ), SF-36-limitaciones por problemas físicos ( $\rho = 0,68$ ,  $p = 0,0000$ ), SF-36-dolor ( $\rho = 0,82$ ,  $p = 0,0000$ ), SF-36-vitalidad ( $\rho = 0,75$ ,  $p = 0,0000$ ), SF-36-escala física global ( $\rho = 0,79$ ,  $p = 0,0000$ ), SF-36-escala mental global ( $\rho = 0,69$ ,  $p = 0,0000$ ). La correlación con el BASFI mostró  $\rho = 0,59$ ,  $p = 0,0000$ . El ASQoL discriminó entre los siguientes grupos de pacientes: con BASDAI  $< 4$  y mayor o igual de 4 (mediana del ASQoL 3 vs. 10,  $p = 0,0000$ ); con BASFI  $< 4$  y mayor o igual de 4 (mediana 4 vs. 9,  $p = 0,0002$ ); sin y con problemas (medidos por EuroQol) de movilidad (mediana del ASQoL 4 vs. 10,5,  $p = 0,0000$ ), para el aseo y cuidado personal (mediana: 4 vs. 10,  $p = 0,0003$ ) y para actividades cotidianas (mediana: 3 vs. 9,  $p = 0,0001$ ); sin y con dolor moderado e intenso medido por EuroQol (mediana: 2 vs. 7 vs. 12,  $p = 0,0001$  por test de Kruskal-Wallis); y sin y con depresión/ansiedad moderada e intensa medidas por EuroQol (mediana: 3,5 vs. 9 vs. 10,  $p = 0,005$  por test de Kruskal-Wallis). La comprensión del cuestionario fue buena y únicamente un paciente dejó 1 pregunta sin contestar. Los pacientes tardaron entre 2 y 5 minutos en completar el cuestionario.

**Conclusiones:** La versión en español del ASQoL es válida y factible de aplicar en nuestro medio para medir CV en pacientes con EA.

## 16

### TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: NUESTRA EXPERIENCIA

C.O. Sánchez González, G. Ruiz Bonilla, P. de Abreu Trigueros, N. Vázquez Fuentes, S. Rodríguez Rubio y M.L. Gámir Gámir  
*Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivo:** Describir el tratamiento con Terapia Biológica (TB) en Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), así como evaluar su eficacia en dichos pacientes.

**Método:** Estudio descriptivo de pacientes que fueron tratados con TB entre Octubre/1999 y Enero/2004, en un grupo de 220 niños diagnosticados de AIJ en nuestro hospital. Evaluamos parámetros clínicos y analíticos, así como retirada y efectos adversos del tratamiento que tuvo una duración media de un año y seis meses.

**Resultados:** De 220 pacientes diagnosticados de AIJ, 27 (12,27%) recibieron TB (20 niñas y 7 niños), distribuidos en: 3 AIJ-Sistémica, 12 Oligoarticular (Persistente y Extendida), 5

AIJ-Poliarticular FR+, 5 AIJ-Poliarticular FR- y 2 AIJ-Artritis Psoriasis. Todos presentaban enfermedad activa y habían recibido previamente tratamiento al menos con un fármaco modificador de la enfermedad. Dos pacientes habían sido diagnosticados previamente de uveítis anterior crónica, y 12 habían precisado cirugía correctora o colocación de prótesis. Presentaban una edad media al comienzo de la enfermedad de 5 años y 10 meses, y una edad media al diagnóstico de 8 años. De los 27 pacientes 13 recibieron infliximab (3 niños y 10 niñas), 10 etanercept (6 niños y 4 niñas) y 4 niñas adalimumab. El número de articulaciones dolorosas pasó de 13,48 al inicio del tratamiento a 3,26, y el número de articulaciones tumefactas de 9,81 a 2,15. También disminuyeron los parámetros analíticos: la VSG pasó de una media de 41,66 a 19,88 y la PCR de 27,07 a 9,46. Al comienzo precisaron AINEs 21 pacientes y/o corticoide 24, número que descendió a 12 en ambos casos tras el tratamiento. En el curso del tratamiento con TB 19 pacientes (70,37%), recibieron tratamiento de fondo (17 metotrexato y 2 metotrexato y salazopirina), pudiendo disminuir su dosis o incluso suspenderla en 7 casos. La TB fue interrumpida en 12 de los 27 pacientes (4 etanercept y 8 infliximab): 2 por mejoría, 2 por ineficacia, 5 por reacciones alérgicas, 1 lupus-like, 1 hematuria incoercible y 1 vasculitis leucocitoclástica. En 4 de estos 12 se cambió a tratamiento por otra TB y en un caso se ha solicitado adalimumab por uso compasivo.

**Conclusiones:** Las terapias biológicas producen una importante mejoría de parámetros clínicos y analíticos, así como disminución de los tratamientos concomitantes. Constituyen una alternativa terapéutica cada vez más importante. Son necesarios estudios más amplios para establecer la frecuencia y gravedad de efectos adversos.

## 17

### COSTE-EFECTIVIDAD DE INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA

J. Wong, J. Ballina, J.L. Fernández Sueiro, J.A. García Vellido, C. González Fernández, M.R. González Crespo, J. Gratacós, J. Ivorra, F. Navarro, J. Tornero, M.A. Casado, L. Fosbrook y A. Pocoví  
*Boston, Oviedo, La Coruña, Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Guadalajara.*

**Introducción:** El tratamiento de infliximab con metotrexato (IFX) mejora los criterios de la ACR, y detiene la progresión radiológica en pacientes con artritis reumatoide (AR), que parcialmente responden a metotrexato (MTX). Estudios anteriores, sugieren que IFX vs. MTX es coste-efectivo en artritis reumatoide, pero ninguno está basado en datos de pacientes españoles.

**Objetivo:** Evaluar el coste-efectividad de IFX vs. MTX en España, utilizando los resultados del ensayo clínico ATTRACT.

**Métodos:** La progresión de la AR se estudió mediante un modelo de Markov. La historia natural de la enfermedad se definió según la base de datos ARAMIS. Los datos clínicos y de respuesta se obtuvieron a partir del ensayo clínico ATTRACT. Las medidas de calidad de vida y los costes directos se obtuvieron de pacientes españoles con artritis reumatoide a través de un panel de expertos. Las tasas de discontinuación debidas a pérdida de la eficacia de IFX o efectos adversos, son las recogidas en el ATTRACT y en la base de datos española BIOBADASER. Se ha aplicado una tasa de des-

cuento del 3% a costes y beneficios. El coste-efectividad (C/E) incremental se ha comparado con el valor de una tecnología eficiente en España (30.000 € por Año de Vida Ajustado por Calidad- AVAC).

**Resultados:** El tratamiento de IFX más allá de 102 semanas, disminuyó la probabilidad de presentar en 5 años un HAQ>2, de 19% a un 12%. Aumentó la expectativa de vida 8 meses y 1,5 AVAC y previno una futura incapacidad, con un ratio C/E de 27.300 € por AVAC ganado (3% descuento), frente a MTX solo. Para una tasa de discontinuación anual de IFX del 20% el C/E fue de 28.200 € por AVAC ganado. Esto implica que evitar la progresión del HAQ con IFX fue coste-efectivo. Se realizó un análisis de sensibilidad para determinar la solidez de los resultados. Al incluir los costes por productividad, (considerados iguales que los costes médicos), el C/E de IFX fue de 12.300 € por AVAC ganado. Si el beneficio de la estabilización radiológica se incluye, IFX resulta en una reducción de los costes totales, aumentando la esperanza de vida y reduciendo costes a lo largo de toda la vida.

**Conclusión:** Al aplicar costes sanitarios españoles, así como calidad y expectativa de vida, nuestros resultados sugieren que la terapia con IFX para pacientes con artritis reumatoide activa, que responden parcialmente a MTX, es coste-efectiva en España.

*Patrocinio: Este estudio ha sido patrocinado por Schering-Plough.*

## 18

### HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA COMO APOYO A LA GESTIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

A. Acosta Pereira, J.M. de Llobet Zubiaga, M. Moreno, H. Corominas y A. Rodríguez de la Serna  
*Hospital Sant Pau. Barcelona.*

**Objetivos:** Presentar la experiencia de un hospital de día de reumatología, dentro de un hospital de día multidisciplinar, con carácter asistencial y terapéutico.

**Material y métodos:** Se establecen los programas asistenciales del hospital de día, y las guías de derivación para el envío de pacientes a los mismos. Los programas asistenciales incluyen: 1) Hospital de día de visita rápida, 2) Programa de tratamientos locales, 3) Programa de tratamientos por vía endovenosa y 4) Programa de tratamiento del dolor osteoarticular resistente.

**Resultados:** El Hospital de día de visita rápida en patología osteoarticular se realiza tres veces a la semana, con una dedicación de 15 horas médico/semana. No tiene lista de espera y absorbe a los pacientes de asistencia primaria, urgencias y otras áreas hospitalarias que lo requieran, en el día y hasta un máximo de 48 horas (fines de semana). El promedio de asistencia es de 35 pacientes/semana. Las patologías más prevalentes son: artritis agudas y lumbalgias. El programa de tratamientos locales se realiza dos veces a la semana, con una dedicación de 10 horas médico/semana. Incluye lavados articulares e infiltraciones. Absorbe a los pacientes de asistencia primaria especializada en reumatología y de la unidad de reumatología hospitalaria. El promedio de asistencia es de 30 pacientes/semana. Las patologías más prevalentes son: artritis/artrosis, partes blandas, hombro doloroso. El programa de tratamientos endovenosos se realiza con

hospitalización en hospital de día, se lleva a cabo directamente por enfermería, según las órdenes médicas y por protocolos terapéuticos establecidos. El promedio de pacientes es de 10 pacientes/semana. Las patologías más prevalentes son: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, lupus eritematoso generalizado, esclerodermia y vasculitis. El programa de tratamiento del dolor osteoarticular resistente incluye tratamiento con opiáceos. La presencia de pacientes es irregular y se incluye en el horario dentro de algunos de los anteriores programas.

**Conclusión:** La optimización de recursos médicos dentro de los programas asistenciales y terapéuticos del hospital de día ha supuesto poder prestar atención especializada al área de asistencia primaria y a urgencias, sin la creación de una lista de espera, y con respuesta adecuada a los requerimientos de los usuarios en tiempo y eficacia. La inclusión de dicho hospital de día dentro a su vez de un hospital de día multidisciplinar ha permitido optimizar los recursos de enfermería. Los estudios realizados comparando gastos asistenciales y en medicación (comparación entre lavado articular y AINE) permiten añadir un mejor costo-eficacia sobre la asistencia en condiciones habituales en muchos de los programas usados.