

Originales

01 ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

001. ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN EL REGISTRO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS BIOBADAGUAY

Marco Franco¹, Patricia Melgarejo¹, Zoilo Morel¹, Juan Gabriel Elizaur¹, Pedro Delgadillo¹, Gabriela Ávila-Pedretti¹, Isabel Acosta Colman², Sonia Cabrera-Villalba¹, Jhonatan Losanto², Lourdes Román², Ernesto Paredes¹, Julio Mazzoleni¹, Paloma de Abreu³

En representación del grupo BIOBADAGUAY

¹Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, ²Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, ³Sociedad Paraguaya de Reumatología, Paraguay

Introducción: BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos (AA) en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias en tratamiento con terapias biológicas (TB). Este proyecto es promovido por la Sociedad Paraguaya de Reumatología y la Sociedad Uruguaya de Reumatología.

Objetivos: Analizar la frecuencia y la gravedad de los AA en pacientes incluidos en el registro BIOBADAGUAY.

Método: Estudio observacional, prospectivo de duración indeterminada para estudiar la eficacia, la seguridad, la supervivencia y causas de suspensión de las TB. Se incluyeron los pacientes al inicio de la TB y controles con una actividad de la enfermedad similar. Se registraron las causas de suspensión de TB y la aparición de acontecimiento adversos (AA). Para el análisis descriptivo se utilizaron las frecuencias con sus porcentajes y las medias con sus desvíos estándar correspondientes. Para los AA se calcularon la tasa de incidencia por 1000 pacientes-año con sus intervalos de confianza del 95 % y la razón de tasa de incidencia y el valor de la p mediante regresión de Poisson (valor de significación nominal 0,05). Para el análisis estadístico se utilizó el software R.v3.4.0.

Resultados: Se realizaron 826 registros, 176 controles y 650 con TB. El 70,90 % (586), la edad media al inicio del tratamiento fue 46,61±14,37 años y la duración media de la enfermedad 11±8,76 años. Los diagnósticos fueron: artritis reumatoide (AR) 522 (63,20 %), artritis idiopática juvenil (AIJ) 93 (11,30 %), espondilitis anquilosante (EA) 87 (10,50 %), artritis psoriásica 58 (7 %), lupus eritematoso sistémico 18 (2,20 %), espondiloar-

Tabla 1 Incidencia de los acontecimientos adversos durante la TB.

AA	Incidencia	Incidencia leve	Incidencia grave
Global	143.88 (128.77, 160.27)	111.62 (98.36, 126.16)	32.26 (25.33,40.50)
Infecciones e infestaciones	76.30 (65.41, 88.48)	59.30 (49.75, 70.14)	17.00 (12.09,23.25)
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo	9.59 (6.01, 14.52)	9.59 (6.01, 14.52)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos gastrointestinales	7.85 (4.65, 12.40)	6.10 (3.34, 10.24)	1.74 (0.48, 4.47)
Trastornos vasculares	6.10 (3.34, 10.24)	3.49 (1.51, 6.87)	2.62 (0.96, 5.69)
Procedimientos médicos y quirúrgicos	5.67 (3.02, 9.69)	2.62 (0.96, 5.69)	3.05 (1.23, 6.29)
Lesiones traumáticas, intoxicaciones complicaciones de procedimientos terapéuticos	4.36 (2.09, 8.02)	3.05 (1.23, 6.29)	1.31 (0.27, 3.82)
Trastornos de sistema inmunológico	3.92 (1.79, 7.45)	3.05 (1.23, 6.29)	0.87 (0.11, 3.15)
Trastornos del sistema nervioso	3.92 (1.79, 7.45)	3.49 (1.51, 6.87)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos de la sangre y sistema linfático	3.49 (1.51, 6.87)	3.49 (1.51, 6.87)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos hepatobiliares	3.05 (1.23, 6.29)	2.62 (0.96, 5.69)	0.44 (0.01, 2.43)
Neoplasias benignas y malignas	2.62 (0.96, 5.69)	0.87 (0.11, 3.15)	1.74 (0.48, 4.47)
Trastornos musculo esqueléticos y del tejido conjuntivo	2.62 (0.96, 5.69)	2.18 (0.71, 5.09)	0.44 (0.01, 2.43)
Trastornos generales y del lugar de administración	1.74 (0.48, 4.47)	1.31 (0.27, 3.82)	0.44 (0.01, 2.43)
Trastornos oculares	1.74 (0.48, 4.47)	1.31 (0.27, 3.82)	0.44 (0.01, 2.43)
Trastornos psiquiátricos	1.74 (0.48, 4.47)	1.74 (0.48, 4.47)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos renales y urinarios	1.74 (0.48, 4.47)	1.74 (0.48, 4.47)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	1.74 (0.48, 4.47)	0.44 (0.01, 2.43)	1.31 (0.27, 3.82)
Exploraciones complementarias	1.31 (0.27, 3.82)	1.31 (0.27, 3.82)	0.00 (0.00, 1.61)
Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales	0.87 (0.11, 3.15)	0.87 (0.11, 3.15)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos cardíacos	0.87 (0.11, 3.15)	0.44 (0.01, 2.43)	0.44 (0.01, 2.43)
Trastornos de aparato reproductor y de la mama	0.87 (0.11, 3.15)	0.87 (0.11, 3.15)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos del oído y laberinto	0.87 (0.11, 3.15)	0.87 (0.11, 3.15)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	0.44 (0.01, 2.43)	0.44 (0.01, 2.43)	0.00 (0.00, 1.61)
Trastornos endocrinos	0.44 (0.01, 2.43)	0.44 (0.01, 2.43)	0.00 (0.00, 1.61)

Los datos corresponden al cálculo por 1000 pacientes año.

tritis indiferenciada 10 (1,20 %) y otros 38 (4,60 %). La media del índice de comorbilidad de Charlson fue $0,29 \pm 0,57$. Se registraron 973 ciclos de tratamiento: 195 (20 %) controles, 184 (18,90 %) Enbrel, 440 (45,20 %) Humira, 44 (4,50 %) Mabthera, 75 (7,70 %) Roactemra, 27 (2,80 %) y 8 (0,80 %) otros. Se registraron 254 suspensiones: 102 (40,20 %) por ineficacia o pérdida de eficacia, 74 (29,10 %) AA, 21 (8,30 %) remisión, 20 (7,90 %) pérdida de seguimiento del paciente y 37 (14,60 %) otras causas. Se registraron un total de 358 AA (330 (92,18 %) en TB y 28 (7,82 %) en controles). Fueron de carácter leve 279 (77,93 %) y graves (22,06 %). La infección fue el AA más frecuente en un 51,51 % del total de AA (173 en TB y 13 en controles); así mismo el más frecuente entre los AA graves con TB en un 54,93 %. Se registraron 5 casos de tuberculosis, 6 de cáncer y 6 fallecimientos. La tasa de incidencia (TI) de los AA durante la TB fue de 143,88 (128,77-160,27), siendo de 32,26 (25,33-40,50) para los AA graves. El análisis de incidencia global y por grandes órganos y sistemas se muestra en la tabla 1. Al analizar la razón de tasa de incidencia (RTI) global de AA en TB, se observó que el diagnóstico de AIJ [2,34 (1,63-3,37) $p=4,27$] y el tratamiento con Roactemra [2,69 (1,90-3,82) $p=3,13$ e-0.8] presentaron mayores RTI. El tratamiento con Humira [0,57 (0,43, 0,77) $p=1,86$ e-0.4] presentó un RTI significativamente menor al resto de TB. Las mujeres [1,48 (1,05,2,08) $p=2,54$ e-02] mostraron un RTI significativamente mayor que los hombres. La AR [2,20 (1,59-4,05) $p=1,17$ e-0,2] y el tratamiento con Roactemra [3,34(1,81, 6,14) $p=1,10$ e-0.04] se asociaron de forma significativa a mayores RTI para AA graves.

Al comparar al grupo de AR del grupo control con el grupo que recibe TB, se observó una diferencia significativa en la RTI global de AA 4,14 (2,37-7,24) $p=6,18$ e-0.7.

Conclusiones: En esta serie de pacientes, la causa más frecuente de suspensión de tratamiento fue la ineficacia o pérdida de eficacia. Los AA fueron en su mayoría leves. El AA con un número mayor de registros fue la infección. Se observó que el diagnóstico de AIJ, el sexo femenino y el tratamiento con Roactemra presentaron una mayor RTI, mientras que el tratamiento con Humira presentó una razón de tasa de incidencia menor. En relación con la RTI graves se observó una tasa significativamente mayor para el diagnóstico de AR y el tratamiento con Roactemra. También se observó una diferencia significativa en la razón de tasa de incidencia global de AA entre controles con diagnóstico de AR y TB.

002. ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO.
¿COMO ESTAMOS A DOS AÑOS DEL SEGUIMIENTO?

Pedro Delgadillo², Gabriela Ávila-Pedretti², Isabel Acosta Colman¹, Sonia Cabrera-Villalba², Marco Franco², Patricia Melgarejo², Juan Gabriel Elizaur², Alicia Ramagli³, Julio Mazzoleni², Paloma de Abreu¹

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología, Paraguay, ²Hospital Central del Instituto de Previsión Social de Asunción, Paraguay, ³Presidente del grupo de estudio PANLAR-EOA

Introducción: El proyecto PANLAR-EOA (*early-onset-arthritis*), es un estudio longitudinal, prospectivo, multicéntrico de dos años de duración, con inclusión continua de pacientes, que involucra a la reumatología panamericana para conocer cuál es nuestra realidad referente a las artritis de reciente comienzo (ACR).

Objetivos: Analizar la cohorte de pacientes paraguayos incluidos en el proyecto PANLAR-EOA.

Metodología: Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico. Los pacientes se incluyeron en el estudio según el protocolo del proyecto PANLAR-EOA y los datos fueron registrados en la base de datos REPANARC (www.panlareoa.org). En la visita basal y en las anuales, se registraron un gran número de variables, demográficas, clínicas y analíticas. Para el análisis descriptivo se utilizaron las frecuencias con sus porcentajes y las medias con su desviación estándar. Para el análisis de asociación se utilizó para las variables dicotómica el X², el RR con su IC y para las continuas el T student. Se utilizaron el test exacto de Fisher, ANOVA y regresión lineal según correspondían para cada caso. Para el análisis estadístico se utilizó el software R.v3.4.0.

Resultados: Se registraron 136 pacientes, de estos 88 tenían un seguimiento de un año y 58 tenían de 2 años. En la visita basal predominó el sexo femenino en un 86 % (117/136). La edad media al inicio fue $43,98 \pm 13,17$ años. La raza más frecuente fue la blanca en un 80,10 % (109/136). El estrato social predominante correspondió a la clase media según índice de GRAFFAR ($9,75 \pm 3,05$). La media de años de escolarización fue de $12,81 \pm 3,75$ años. La afectación articular más frecuente al inicio fue la poliarticular en un 61 % (83/136), el 69,90 % (95/136) presentaron squeezing positivo. El 43,10 % tenían factor reumatoide positivo y el 56,50 % anti-CCP positivos. El retraso diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de $3,94 \pm 3,02$ meses. Al inicio el 63,24 % (86/136) tenían Artritis reumatoide (AR) y el 36,76 % (50/136) AI (artritis indiferenciada). El tratamiento más frecuentemente administrado al fue el Metotrexato (al inicio en un 85,29 %, al año 90,91 % y a los 2 años 89,29 %). Durante el seguimiento se observó una tasa de cambio de diagnóstico significativa de los pacientes diagnosticados inicialmente de AI ($p=0,004$; OR=2,92 [95%CI, 1,35-6.47]). Las variables asociadas con el

Tabla 1 Evolución de la actividad de la enfermedad a los dos años de seguimiento.

Variables Media (DE)	Basal n=136	1° año n=88	P-value (95% IC)1°año	2° año n=58	P-value (95%IC) 2° año
HADS-A	9.23±4.23	7.64±12.03	1.11e-05 (-3.77, -116)	5.83±3.11	2.07e-05 (-4.08, -1.78)
HADS-D	8.76±3.38	7.26±3.32	6.87e-03 (-2.04, -0.41)	6.53±2.62	2.22e-04 (-2.98, -1.02)
HAQ	1.09±0.78	0.50±0.55	7.18e-08 (-0.74, -0.39)	0.43±0.52	3.44e-08 (-0.85, -0.48)
DAS28	4.30±1.29	3.08±1.12	2.21e-09 (-1.49, -0.85)	3.08±1.26	8.77e-06 (-1.63, -0.73)
SDAI	26.13±15.72	10.88±10.63	1.24e-11 (-18.15, -11.18)	10.75±13.25	2.05e-07 (-20.01, -10.34)
NAD	8.87±7.85	2.874±4.86	1.69e-09 8 -7.24, -3.86)	3.15±5.56	4.54e-05 8-7.75, -2.76)
NAT	5.38±5.70	1.18±2.09	1.41e-08 (-5.49, -2.91)	1.91±3.80	1.09e-05 (-5.89, -2.39)
EVA-DOLOR	6.28±2.64	3.44±2.67	2.46e-09 (-3.42, -1.99)	3.22±2.68	4.84e-07 (-3.63, -1.88)
EVA-GLOBAL	5.87±2.75	3.28±2.52	4.71e-08 (-3.17, -1.68)	2.95±2.12	1.19e-06 (-3.44, -1.74)
EVA-MÉDICO	5.20±2.24	2.428±2.35	1.13e-09 (-3.18, -1.90)	2.60±2.55	1.26e-06 (-3.24, -1.67)
PCR (mg/dl)	1.34±1.90	0.89±1.26	7.52e-02 (-0.76, 0.00)	0.76±0.53	7.03e-01 (-0.52, 0.19)
VES	31.60±22.52	27.22±18.62	4.46 e-02 -9.34, 0.20)	27.36±14.38	4.63e-01 (-8.58, 3.10)

NAD: numero de articulaciones dolorosas, NAT: numero de articulaciones tumefactas, EVA: escala analógica visual VES: velocidad de sedimentación globular, PCR: proteína C reactiva, DAS28: disease activity index, SDAI: simplified disease activity index, HAQ: health assesment questionnaire . HADS: Hospital anxiety (A) and depresión (D) Scale.

diagnóstico inicial de AR fueron el anti-CCP ($p=0,000$, $OR=15,76[5,44-51,05]$), FR ($p=0,000$, $OR=9,15[3,44, 27,03]$), Hábito tabáquico ($p=0,032$, $OR=8,84[1,12, 404,73]$), índice de masa corporal elevado ($p=0,041$, $d(AR-AI)=1,94[-0,17-4,05]$) y alta actividad medida por el DAS28 ($p=0,011$). Al analizar la evolución de la actividad de la enfermedad al año se observó una disminución significativa del DAS28($p=2.21e-09[95\%CI -1,49, -0,85]$), SDAI ($p=1.24e-11[95\%CI -18,15, -11,18]$) y del HAQ ($p=7,18e-08[95\%CI -0,74, -0,39]$). Al comparar la evolución de la actividad de la enfermedad a los dos años se observó una diferencia significativa del DAS28 ($p=8,77e-06 [95\%CI -1,63, -0,73]$), SDAI ($p=2.05e-07 [95\%CI -20,01, -10,34]$) y del HAQ ($p=3.44e-08 [95\%CI -0,85, -0,48]$). Al comparar la actividad de la enfermedad al año de seguimiento con el segundo año, no se objetivaron diferencias significativas.

Conclusiones: En esta serie de pacientes paraguayos con artritis de reciente inicio, se observó que el retraso diagnóstico fue menor que el observado en otras series. La tasa de cambio diagnóstico de AI a AR fue estadísticamente significativa durante el primer año de seguimiento. Se observó un buen control de la actividad inflamatoria de la enfermedad, con una mejoría significativa de todas las variables analizadas durante su evolución. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son pilares básicos para evitar la evolución natural de la enfermedad.

003. REMISIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA

Lourdes Román¹, Susan Riquelme-Granada¹, Jhonatan Losanto¹, Ortiz Nelson¹, Margarita Duarte¹, Sonia Cabrera-Villalba¹

¹Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, que afecta principalmente a personas jóvenes, laboralmente activas. Sin un tra-

tamiento intensivo y precoz puede producir un daño estructural importante, por lo que es imprescindible el control estricto de la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Artritis Reumatoide en remisión clínica.

Materiales y Metodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 1987 hasta 2011 y a partir de 2011 criterios ACR 2010), en seguimiento en el departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Se determinaron variables: a) epidemiológicas (i.e edad, sexo, tabaquismo) b) clínicas (i.e duración de enfermedad, forma de inicio, compromiso extraarticular, tratamiento (números de FAME), etc), c) analíticas (proteína C reactiva, velocidad de eritrosedimentación, etc., d) radiológicas (presencia de erosiones en radiografías). Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, las continuas se registraron en medias con sus desviaciones estándar (DE) respectivas. Para analizar las diferencias entre los pacientes en remisión clínica definida por DAS 28 (<2,6) se realizó la prueba del Chi cuadrado para variables cualitativas y mediante la T-student para las variables cuantitativas. Además se realizaron comparaciones por otros índices de actividad como SDAI (<3,3), CDAI (<2,8). Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó en el SPSS versión 23.

Resultados: Se incluyeron un total de 177 pacientes con diagnóstico de AR, 82,49% del sexo femenino, con una media de edad al diagnóstico de 44,78±13,75 años, media de duración de la enfermedad de 7,9±7,3 años. De éstos, 51/177 (28,8%) cumplían criterios de remisión por DAS 28 (<2,6) y 81/163 (49,7%) de los pacientes presentaban baja actividad (DAS28 <3,2). Al analizar las variables epidemiológicas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la

Tabla 1 Características clínicas, epidemiológicas de pacientes con AR.

	Población total	REMISION (DAS28 <2,6) n: 51	NO REMISION (DAS 28 >2,6) n: 126	p value
EDAD actual años, (media ± DE)	50,61±13,22	50,69 ± 13,17	50,38 ± 13,44	0,89
Mujeres n° (%)	146/177 (82,49)	43/51 (84,31)	103/126 (81,75)	0,83
Duración de enfermedad (n:163) meses, media ±DE	94,99±9	99,37± 104,661	99,11±96,93	0,988
FR +, n° (%)	129/170 (75,88)	34/51 (66,67)	95/126 (75,39)	0,23
FR títulos (media, ± DE)	432,99±369,97	369,28 ± 363,07	455,70 ± 430,73	0,55
ACPA + n° (%)	102/120 (85)	32/37 (86,48)	70/83 (84,33)	0,76
ACPA títulos (media, ± DE)	220,07±210,22	188,97 ± 179,06	233,52 ± 228,55	0,44
NAD (media, ± DE)	2,53 ±2,38	0,24 ± 0,59	3,45 ±3,48	0,000
NAT (media, ± DE)	2,45±3,12	0,29 ± 0,58	3,33 ±3,2	0,000
VGP (media, ± DE)	29,02±17,99	18,02 ±11,04	33,51 ±18,38	0,000
EVA Dolor (media, ± DE)	29,61±20,61	18,43 ± 13,95	34,18 ±21,18	0,000
VSG (n:143) mm/HH (media ±DE)	32,92±2478	19,88 ±19,09	38,17 ±24,94	0,000
PCR (n:122) mg/dL, (media±DE)	4,39±10,6	1,15 ± 1,39	6,1 ±12,14	0,000
IMC (n: 160) media±DE	29,6±12,69	27,77±4,66	30,41±14,88	0,2
Obesidad n° (%)	59/151 (39,07)	14/49 (28,57)	45/102 (44,11)	0,067
PDN n° (%)	101/175 (57,71)	22/51 (43,14)	79/124 (63,71)	0,018
PDN (DOSIS)	4,39±4,2	2,45 ± 4,12	5,3 ± 5,6	0,002
1 FAME n° (%)	80/176 (45,45)	20/51 (39,21)	56/115 (35,89)	0,25
Doble FAME n° (%)	70/166 (42,17)	26/51 (50,98)	44/115 (38,26)	0,12
HAQ (n:122)	0,46±0,58	0,19± 0,30	0,6±0,64	0,000
DAS 28 n:141	4,67±1,34	2,27±0,72	4,23±1,11	0,000
Erosión sí, n° (%)	52/127 (40,9)	13/39 (33,33)	39/88 (44,32)	0,33
Tabaquismo n° (%)	10/177 (5,6)	3/51 (5,88)	7/126 (5,56)	0,93

DE: desviación estándar, FR: factor reumatoide, ACPA: anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados, NAD: número de articulaciones dolorosas, NAT: número de articulaciones tumefactas, VGP: valoración global del paciente, EVA: escala visual analógica, VSG: velocidad de sedimentación globular, PCR: proteína C reactiva, IMC: índice de masa corporal, PDN: prednisona, FAME: fármacos modificadores de la enfermedad, HAQ: health assessment questionnaire, DAS 28: disease activity index.

edad, género, duración de enfermedad de los pacientes con remisión por DAS 28 y los que no estaban en remisión (ver Tabla). Así como tampoco presentaron diferencias significativas en relación a la forma de inicio de enfermedad (mono (p: 0,72), oligo (p:0,51) o poliarticular (p:0,37)), presencia de manifestaciones extra-articulares (p:0,67), tratamiento (número de FAMES), serología, erosiones entre ambos grupos (ver tabla). Al comparar los pacientes en remisión por SDAI (<3,3) versus aquellos que no estaban en remisión, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel educativo (nivel terciario) (p:0,02), así como con la presencia de comorbilidades, los pacientes obesos (IMC>30) (p: 0,01) y con Hipertensión arterial (p:0,02).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con AR establecida, en tratamiento sólo con FAME sintéticos, el 28,8% se encuentra en remisión clínica de la enfermedad por DAS 28, y el 49,7% con baja actividad. Así mismo hemos identificado que aquellos pacientes con HTA, Obesidad en su mayoría no alcanzaban en remisión por SDAI mientras que el nivel terciario de educación fue determinante para lograr la remisión por SDAI.

004. EXISTEN DIFERENCIAS Y/O SIMILITUDES ENTRE VARONES Y MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

Lourdes Román¹, Elias Rojas¹, Susan Riquelme¹, Jhonatan Losanto¹, Gabriela Ávila-Pedretti¹, Aldo Ojeda¹, Yanira Yinde¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Margarita Duarte¹

¹Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica, de etiología desconocida, que afecta las articulaciones sinoviales, en especial las pequeñas articulaciones de manos y pies. Es más frecuente en mujeres, con una relación (2-3 a 1). El objetivo del estudio fue analizar las diferencias y/o similitudes clínicas, epidemiológicas entre varones y mujeres con AR.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (criterios ACR 1987, y desde 2011 ACR/EULAR 2010). En seguimiento en el departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). Se evaluaron variables clínicas (i.e. formas de inicio, duración de enfermedad, actividad de enfermedad), epidemiológicas (i.e. edad, procedencia, estrato social, nivel académico, etc) analíticas (i.e FR, ACPA) y radiológicas (erosiones en radiografías). Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes, las cuantitativas como medias y desviación estándar (DE). Se utilizó el Chi 2 en las asociaciones de variables cualitativas y T de Student para las variables cuantitativas. Se utilizó el programa IBM-SPSS Statistics versión 23.

Resultados: Fueron incluidos un total de 177 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, de los cuales el 146/177 (82,5 %) eran mujeres y 31/177 (17,5 %) va-

Tabla 1 Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con AR.

	Población Total n: 177	Mujeres n:146	Varones n: 31	p value
Edad actual, años (media± DE)	50,61±13,22	49,97±13,209	53,61±13,106	0,2
Edad al diagnóstico, años (media± DE)	44,78±13,75	44,07±13,88	48,03±12,85	0,1
Duración de la enfermedad, meses (media± DE)	94,99±9	102,17±10,834	88,28±97,23	0,5
Manifestaciones generales al inicio, n° (%)	51/159 (86,4)	44/130 (33,8)	7/29 (24,1)	0,3
Escolaridad				
Primaria, n° (%)	80/144 (55,6)	67/119 (56,3)	13/25 (52)	0,7
Secundaria, n° (%)	33/141 (23,4)	25/117 (21,3)	8/24 (33,3)	0,4
Tabaquismo, n° (%)	9/177 (5,1)	5/145 (3,4)	4/31 (12,9)	0,03
FR (+) n° (%)	129/170 (75,9)	104/140 (74,3)	25/30 (83,3)	0,3
FR título UI/mL, (media± DE)	432,99±369,97	324,3±286	798,28±305	0,003
ACPA (+) n° (%)	102/120 (85)	85/102 (83,3)	17/18 (94,4)	0,2
ACPA título UI/mL, (media± DE)	220,07±210,22	206,03±174,5	229,11±130,2	0,7
DAS 28 (media± DE)	3,30±1,25	3,33±1,31	3,08±0,74	0,5
Remisión DAS 28 <2,6 (media± DE)	51/166 (30,7)	43/139 (30,9)	8/27 (29,6)	0,9
Erosiones n° (%)	52/127 (40,9)	43/108 (39,8)	9/19 (47,4)	0,5
Tratamiento 1 FAME	80/176 (45,5)	69/145 (47,6)	74/176 (42,1)	0,2
2 FAME	74/176 (42,04)	58/145 (40%)	16/31 (51,6)	0,2

DE: desviación estándar, FR: factor reumatoide, ACPA: antipéptido cíclico citrulinado, DAS: disease activity score, FAME: fármaco modificador de la enfermedad.

rones, con una edad actual media de 50,6±13,22 años y una media de duración de enfermedad de 94,99±9 meses. Al comparar las distintas variables entre varones y mujeres, no presentaron diferencias estadísticamente significativas en relación al nivel de educación, procedencia, estrato social, IMC, tratamiento con FAME (mono, doble o triple terapia), remisión de enfermedad (por DAS28<2,6, SDAI<3,3, CDAI<2,8), seropositividad (FR y/o ACPA) o con la presencia de erosiones (ver tabla). En cambio sí presentaron diferencias significativas en relación a los niveles del FR (p:0,003) y tabaquismo (p:0,03). Así mismo presentaron diferencias aunque no significativas en relación a la presencia de manifestaciones extra-articulares (p: 0,09), y en la forma de inicio monoarticular (p: 0,09).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con AR establecida hemos encontrado en su mayoría similitudes clínicas y epidemiológicas entre varones y mujeres, y algunas diferencias fundamentalmente en relación a los niveles del FR y al hábito tabáquico siendo más frecuentes en el sexo masculino, al igual que en un mayor porcentaje presentaban un inicio monoarticular y manifestaciones extraarticulares.

005. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ESTABLECIDA MEDIDA POR EL SF36

Lourdes Román¹, Elías Rojas¹, Susan Riquelme¹, Jhonatan Losanto¹, Gabriela Ávila-Pedretti¹, Aldo Ojeda¹, Yanira Yinde¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Margarita Duarte¹

¹Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay

Introducción: El impacto de la Artritis reumatoide (AR) sobre la salud es muy amplio, ya que no solo provoca

problemas físicos, como el dolor, la fatiga, sino también pueden verse afectados otros ámbitos como el laboral, familiar, etc., que pueden venir acompañados de alteraciones psicológicas y/o físicas, afectando así la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de vida (CV) de los pacientes con diagnóstico de AR utilizando el instrumento SF36 y los factores que influyen en esta.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR, en seguimiento en el departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Se determinaron datos clínicos (i.e. edad de inicio, forma de presentación, duración y de la enfermedad, etc) y epidemiológicos (i.e. sexo, procedencia, nivel de estudio, etc). Se utilizó como herramienta de medición de la calidad de vida el cuestionario SF36. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, las cuantitativas se registraron en medias con sus desviaciones estándares (DE) correspondientes. Para el análisis de asociación se utilizó el test estadístico de X² para las variables cualitativas y T student para las cuantitativas. Se utilizó el paquete estadístico de SPSS version 23.

Resultados: Se evaluaron un total de 104 pacientes con diagnóstico de AR, con una media de edad actual 53,01±11,7 años, duración de enfermedad 8,17±8,5 años, en su mayoría mujeres 90 (86,5%). Al analizar los distintos componentes de SF 36 se encontró un promedio de: función física: 57,99±29,26, rol físico: 56±43,68, dolor corporal: 54,34±25,19, salud general: 54,12±22,61, vitalidad: 58,56±19,44, función social: 68,02±24,85, rol emocional: 63,43±43,22, salud mental: 63,47, ±19,14, promedio de componente físico: 39,19±11,82, y promedio del componente mental: 46,64±11,59. Los pacientes que procedían de Asunción presentan mejor CV, en el componente de dolor corporal (p:0,037), así como en

el componente de vitalidad ($p:0,03$). Así mismo los pacientes obesos presentaban peor CV en el componente de función física ($p:0,01$), y peor salud mental ($p:0,01$). Los pacientes con educación secundaria presentaban mejor CV en los componentes de vitalidad ($p:0,027$), salud mental ($p:0,003$), función social ($p:0,002$), y en el promedio del global mental ($0,001$) que aquellos con educación primaria. Los pacientes en remisión clínica por DAS 28 ($<2,6$) tenían mejor CV en el componente de función física ($p:0,008$), rol físico ($p:0,006$), vitalidad ($p:0,013$), rol emocional ($p:0,016$), salud mental ($p:0,013$), así como en el promedio de global físico ($p:0,009$) y global mental ($p:0,036$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar las variables clínicas, otras comorbilidades (HTA, DM,), tabaquismo, seropositividad (FR y/o CCP positivos), erosiones, FAME, salario mínimo.

Conclusión: En esta cohorte se observó que la calidad de vida en sus componentes físicos y mentales está influenciada fundamentalmente por la actividad de la enfermedad y el nivel de educación (secundario), así como también influyen en algunos de sus componentes la procedencia de Asunción, y en forma inversa la obesidad, por lo que es fundamental el control estricto de la AR, de las comorbilidades.

006. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPI-DEMIOLÓGICAS Y COMORBILIDADES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Jhonatan Losanto¹, Susan Riquelme-Granada¹, Lourdes Román¹, Karin Baumann¹, Elías Rojas¹, Sonia Cabrera-Villalba¹, Margarita Duarte¹

¹Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay

Introducción: El manejo óptimo de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) requiere además del control de la actividad de esta enfermedad, la prevención y el manejo oportuno de las comorbilidades más comunes, pues el control inadecuado, aumenta el riesgo de padecer eventos cardiovasculares, determinando de esta manera el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas y la frecuencia de comorbilidades en pacientes con Artritis Reumatoide.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal de una cohorte de Pacientes con Artritis Reumatoide, se revisaron las historias clínicas de los pacientes en seguimiento en el Departamento de Reumatología del Hospital de Clínicas. Se completó un

cuestionario con variables epidemiológicas (i.e. sexo, edad, procedencia) y clínicas (i.e., tiempo de evolución de la enfermedad, actividad de enfermedad (DAS 28), antecedentes patológicos personales, comorbilidades (Se midió la PA con esfigmomanómetro de mercurio (mmHg), el peso (en Kilogramos), talla (en metros) a cada paciente, registrados en la última consulta. Se definió HTA una $PA \geq 140/90$), Obesidad $IMC \geq 30$, Dislipidemia según los niveles del perfil lipídico, Colesterol total >200 mg/dl, TG >160 mg/dl, etc.), laboratoriales (reactantes de fase aguda, factor reumatoide, ACPA) y radiográficas. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con el desvío estándar. Se utilizó chi cuadrado para variables cualitativas y t student para las cuantitativas. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 177 pacientes con el diagnóstico de Artritis Reumatoide, de éstos el 146/177 (82,5 %) correspondían al sexo femenino y 31/177 (17,5 %), con una media de edad al diagnóstico de $44,46 \pm 14,11$ años, promedio de duración de enfermedad $94,99 \pm 9$ meses. El 55,4 % provenían de Gran Asunción, el 44,6 % de los pacientes estaban casados, el promedio del número de hijos por paciente fue de $3,55 \pm 2,2$. Los pacientes que proceden de la zona urbana pertenecen a un mejor estrato social del GRAFFAR (1-2) (92,85 % vs no zona urbana 7,14 % $p:0,013$). El ingreso familiar de sueldo mínimo se halló en el 53,6 % de los pacientes, con una media de ingreso familiar de $2.350.515 \pm 1.622.409$ guaraníes. El 54,5 % de los pacientes se dedica a quehaceres domésticos, el 33,7 % cuenta con oficio, y el 11,9 % cuenta con una profesión universitaria. Los que pertenecen a la clase social 1-2 según la escala de GRAFFAR en mayor medida alcanzaban la remisión por DAS28 $<2,6$ ($p 0,031$); en cuanto a las comorbilidades se observó que el género masculino en mayor medida tenían DM ($p 0,035$). En cuanto a las comorbilidades el 36,7 % presentaba hipertensión arterial, el 35,6 % obesidad, 11,3 % dislipidemia, el 5,1 % diabetes mellitus y el 5 % era tabaquista. Pacientes con insuficiencia cardiaca y enfermedad cerebro vascular se vieron en el 1,1% de los pacientes. En esta cohorte se encontró que la obesidad ($p 0,002$) y la dislipidemia ($p 0,038$) se asocian con la Hipertensión Arterial. No se encontraron diferencias significativas en relación a los marcadores de inflamación, actividad de enfermedad, serología, imágenes, al comparar los pacientes con comorbilidades y aquellos sin comorbilidades.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con AR las principales comorbilidades fueron la HTA, obesidad y dislipidemia, en su mayoría proceden de gran Asun-

ción. El 53,6 de los pacientes tiene un ingreso mensual \leq al sueldo mínimo, en su minoría tienen estudios universitarios.

007. ESTUDIO MULTICÉNTRICO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN DOS HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD. DE GRAN ASUNCIÓN

Jhonatan Losanto¹, Pedro Delgadillo², Susan Riquelme¹, Lourdes Román¹, Pedro Babak², Nelly Colman¹, Gabriela Ávila-Pedretti^{1,2}, Aldo Ojeda¹, Marcos Vázquez¹, Julio Mazzoleni², Yanira Yinde^{1,2}, Margarita Duarte¹

¹Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay (HC-FCM UNA), ²Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS), Asunción, Paraguay

Introducción: El término de Espondiloartritis engloba a un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias crónicas, que comparten características clínicas similares, con la particularidad de la afectación axial, además de poder asociarse a artritis periféricas, dactilitis, entesitis, uveítis y la presencia de HLA B27. Por lo general tienen un inicio insidioso y progresivo que abandonado a una libre evolución pueden producir un daño estructural que condicione de manera importante las actividades básicas de la vida diaria de estos pacientes.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas de un grupo de pacientes con Espondiloartritis y determinar el grado de afectación funcional y el estado mental de los mismos.

Materiales y métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, de una cohorte de pacientes con Espondiloartritis incluidos en el Registro DESPERTAR PARAGUAY (Descripción de las características clínicas, laboratoriales e imagenológicas de pacientes con Espondiloartritis). Proyecto iniciado en el Hospital de Clínicas en el 2016 con proyección a convertirse en un Registro Nacional de esta patología. Actualmente conformados por pacientes de dos centros: Hospital de Clínicas y Hospital Central de IPS. Se incluyeron a todos los pacientes que cumplieran criterios de clasificación ASAS 2009 para Espondiloartritis y que mantenían un seguimiento regular. Se completó un cuestionario clínico y epidemiológico donde se incluyen datos epidemiológicos (i.e. sexo, edad, procedencia) y clínicos (i.e., comorbilidades, tiempo de evolución de la enfermedad, articulaciones afectas), examen físico, estudios laboratoriales y de imágenes. Además se evaluó el estado mental y la autoestima, calidad de vida y capacidad funcional según métodos estandarizados. Las variables cualitativas se

expresaron en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en medias con su desvió estándar. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS V.23.0.

Resultados: Se registraron 26 pacientes con una relación H/M de esta Cohorte de 10/3, con media de la edad de $39,7 \pm 13,06$ años y con $171,4 \pm 152,2$ meses de evolución de la enfermedad. Entre las comorbilidades el 6/26 (23,1 %) presentaba hipertensión arterial y artrosis con la misma frecuencia y le sigue la dislipidemia 5/26 (19,2 %). La mayoría de estos pacientes presentaron síntomas antes de los 45 años 23/25 (92 %). De entre los síntomas, el dolor de inicio insidioso se presentó en el 18/21 (85,7 %), y le sigue el dolor lumbar nocturno en 22/26 (84,6 %). Las manifestaciones extra-articulares más comunes fueron: la entesitis 12/24 (50 %) y las lesiones cutáneas 5/20 (25 %) y solo presentaron uveítis 2/25 (8 %) pacientes. El 23/26 (88,5 %) de los pacientes tuvo afectación axial, con sacroileítis por resonancia en 20/22 (90,9 %). Presentaban HLA B27 13/16(81,3 %) de los pacientes. Al examen físico, la distancia dedo-suelo fue de $22,97 \pm 17,45$ cm, distancia occipucio-pared de $5 \pm 5,6$ cm y Schöber modificado 4, $25 \pm 1,95$ cm. El promedio de actividad por BASDAI fue de $2,5 \pm 2,7$ con un promedio de afectación de la capacidad funcional $2,13 \pm 2,8$ por BASFI. El 19/26 (73,07 %) no estaba en depresión según el test de MCI (*Mayor Depresión Inventory*) y el 17/25 (68 %) tenía la autoestima alta según el test de Rosemberg. Por último constatamos que 3/25 (12 %) de ellos tenía familiares con EA y 2/26 (7,7%) con Psoriasis, los demás pacientes no presentaban antecedentes familiares de patologías reumáticas.

Conclusión: En este estudio describimos las principales características clínico-epidemiológicas de los pacientes con Espondiloartritis seguidos en dos grandes Centros Asistenciales de nuestro país. Además nos permitió valorar en conjunto la importancia de contar con un Registro Nacional, con el fin de identificar a estos pacientes cuya población total es aún desconocida, y cuyo manejo requiere una terapia costosa y un seguimiento sostenido.

008. VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA COHORTE PANLAR DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO DE PARAGUAY. SEGUIMIENTO DE 24 MESES

Juan Gabriel Elizaur¹, Patricia Melgarejo¹, Isabel Acosta Colman², Marco Franco¹, Pedro Delgadillo¹, Gabriela Ávila Pedretti¹, Sonia Cabrera Villalba¹, Alicia Ramagli³, Julio Mazzoleni¹, Paloma de Abreu²

¹Hospital Central del Instituto de Previsión Social de Asunción, Paraguay, ²Sociedad Paraguaya de Reumatología, Paraguay, ³Presidente del grupo de estudio PANLAR-EOA

Objetivo: Identificar el riesgo cardiovascular (RCV) mediante mScore e identificar variables de la enfermedad que se asocian a factores de RCV tradicionales en pacientes incluidos en la cohorte PANLAR de artritis de reciente comienzo (PANLAR-EOA) del Hospital Central del IPS seguidos por 12 y 24 meses.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional de corte longitudinal. Los pacientes se protocolizaron según el proyecto PANLAR-EOA, tras cumplir criterios de inclusión y aceptación mediante consentimiento informado. Para este análisis en particular se incluyeron aquellos pacientes que tuvieron un seguimiento de 12 meses y 24 meses. Los pacientes se registraron en la base de datos REPANARC (www.panlareoa.org). Se estudió la evolución del mScore durante los periodos de 0 a 12 meses y de 12 a 24 meses de seguimiento. Para valorar los eventuales cambios del RCV fueron comparados los resultados del mScore obtenidos en cada periodo. En cada una de las visitas (0, 1 y 2) se estudió la asociación de factores de RCV no tradicionales asociados a la enfermedad (e.g. VSG, PCR, DAS28)

con los factores de RCV tradicionales (e.g. sobrepeso, HTA, DM, colesterolemia). Se utilizaron el Test de Wilcoxon y el test de correlación de Spearman, según las variables fueran categóricas o numéricas. Para el análisis estadístico se utilizó el software R.v3.4.0.

Resultados: Se incluyeron inicialmente a 136 pacientes con artritis de inicio reciente, de los cuales 88 pacientes completaron el seguimiento a los 12 meses y 58 a los 24 meses. Se constató un predominio del sexo femenino en un 86 % (117/136) de los pacientes, con una edad media de 44.80 ±14,47 años. El 80 % (109/136) fue de raza blanca y el 20 % (27/136) de raza mestiza. La media de años de escolarización fue de 12.81±3,75 años. En la tabla 1 podemos observar el RCV mediante el mScore, los factores de RCV tradicionales y no tradicionales de la visita basal, a los 12 y a los 24 meses de seguimiento. Al comparar la tasa de cambio de los valores obtenidos mediante mScore a los 12 y a los 24 meses, los resultados no fueron estadísticamente significativos (a los 12 meses p=0.106 y a los 24 meses p=0.175).

Tabla 1 Factores de riesgo cardiovascular tradicionales y no tradicionales de los pacientes incluidos en la Cohorte de Artritis de Inicio.

Factores de riesgo	Visita basal Frecuencias (%) Medias ±DE	Visita a los 12 meses Frecuencias (%) Medias ±DE	Visita a los 24 meses Frecuencias (%) Medias ±DE
N	136	88	58
Tradicionales no modificables			
Edad_Inicio de la AR	43.98 ±13.17	88/44.875 ± 12.32	58/43.293 ± 12.61
Edad_Inclusion	44.81 ±14.47	88/45.830 ± 13.63	58/44.397 ± 14.52
Sexo	Mujer:117 (86.00%)	Mujer:76 (86.40%)	Mujer:52 (89.70%)
Tradicionales modificables			
Colesterol total	185.85 ± 39.62	181.69 ± 39.07	177.65 ± 39.96
LDL	111.58 ± 32.36	106.34 ± 27.77	104.52 ± 29.24
HDL	51.76 ± 18.37	50.35 ± 12.21	53.59 ± 16.28
Col/HDL	3.90 ± 1.12	3.77 ± 1.14	3.72 ± 1.07
TG	136.756 ± 83.67	137.97 ± 67.39	138.86 ± 61.66
HTA	No:111 (81.6%) Si:25 (18.40%)	No:71 (80.70%) Si:17 (19.30%)	No:43 (74.10%) Si:15 (25.90%)
Diabetes mellitus	No:125 (91.90%) Si:11 (8.10%)	No:78 (88.60%) Si:10 (11.40%)	No:53 (91.40%) Si:5 (8.60%)
Tabaquismo	No:124 (91.20%) Si:12 (8.80%)	No:80 (90.90%) Si:8 (9.10%)	No:54 (93.10%) Si:4 (6.90%)
Sobrepeso	No:53 (39.00%) Si:83 (61.00%)	No:36 (41.40%) Si:51 (58.60%)	No:26 (44.80%) Si:32 (55.20%)
IMC numérico	26.82 ± 5.47	27.24 ± 5.79	26.62 ± 5.10
Factores no tradicionales			
FR	Negativo:74 (56.90%) Positivo:56 (43.10%)	Negativo:48 (55.20%) Positivo:39 (44.80%)	Negativo:33 (57.90%) Positivo:24 (42.10%)
antiCCP	Negativo:51 (43.60%) Positivo:66 (56.40%)	Negativo:33 (41.20%) Positivo:47 (58.80%)	Negativo:24 (47.10%) Positivo:27 (52.90%)
Dosis_PDN	7.22 ± 5.41	3.07 ± 5.11	2.80 ± 5.216
PCR	1.34 ± 1.90	0.89 ± 1.26	0.76 ± 0.53
NAD	8.87 ± 7.85	2.87 ± 4.86	3.15 ± 5.56
NAT	5.38 ± 5.70	1.18 ± 2.09	1.91 ± 3.80
VAS_Dolor	6.28 ± 2.64	3.44 ± 2.67	3.22 ± 2.68
VAS Global	5.87 ± 2.75	3.28 ± 2.52	2.95 ± 2.72
VAS Médico	5.20 ± 2.24	2.48 ± 2.35	2.59 ± 2.55
VES_num	31.60 ± 22.52	27.22 ± 18.62	27.36 ± 14.38
DAS28	4.30 ± 1.29	3.08 ± 1.12	3.08 ± 1.26
SDAI	26.13 ± 15.72	10.88 ± 10.63	10.75 ± 13.25
mScore_cat	Alto:13 (9.60%) Bajo:88 (64.70%) Moderado:35 (25.70%)	Alto:7 (8.10%) Bajo:50 (58.10%) Moderado:29 (33.70%)	Alto:4 (7.30%) Bajo:37 (67.30%) Moderado:14 (25.50%)
Estatinas	No:119 (87.50%) Si:17 (12.50%)	No:71 (80.70%) Si:17 (19.30%)	No:46 (79.30%) Si:12 (20.70%)

Al analizar las posibles asociaciones entre los factores de RCV tradicionales y no tradicionales asociados a la enfermedad, se ha constatado en la visita basal una asociación entre los valores elevados de la velocidad de eritrosedimentación con la presencia de sobrepeso ($p=5.807e-03$), la diabetes ($p=3.739e-02$) y el índice de masa corporal elevado ($2.534e-03$). También se observó una asociación entre dosis elevadas de prednisona y los valores elevados de colesterol total ($2.084e-02$), las cifras elevadas de tensión arterial diastólica ($p=1.967e-02$) y los valores bajos de HDL ($7.706e-03$). En el análisis de los factores de RCV a los 12 meses se constató una asociación significativa del sobrepeso con los valores elevados de la PCR ($p=3.649e-02$) y otra asociación entre los valores elevados de glicemia con la dosis elevada de prednisona ($p=3.354e-02$) y los valores elevados de la PCR ($p=2.549e-02$). En esta misma visita se constató una asociación estadísticamente significativa entre los valores elevados del índice de masa corporal con los valores del DAS28. En el análisis de la visita a los 24 meses se observó una asociación entre los valores elevados del col- HDL con las dosis elevadas de prednisona ($p=5.016e-03$) y los valores elevados de PCR ($3.492e-02$).

Conclusiones: No se constató un aumento significativo del RCV según el mScore a los 12 y 24 meses de seguimiento. Aunque no se objetivó una asociación significativa entre los factores de RCV no tradicionales asociados a la actividad de la enfermedad y los valores del mScore, hemos observado que existe una asociación entre los factores de RCV tradicionales y ciertos factores de RCV no tradicionales. Por lo tanto la prevención de eventos cardiovasculares debe dirigirse a controlar no sólo los factores de RCV tradicionales, sino también los factores de RCV no tradicionales asociados a la actividad de la enfermedad, que en cierta forma podrían influir sobre los primeros y modificar el RCV global de los pacientes con artritis de inicio.

009. SUPERVIVENCIA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Patricia Melgarejo^{1,2}, Gabriela Ávila-Pedretti^{1,2}, Paloma de Abreu², Julio Mazzoleni^{1,2}, Clarisse Díaz³, Marta Ferreira³

¹Servicio de Reumatología Instituto de Previsión Social, Paraguay,

²Sociedad Paraguaya de Reumatología, Paraguay, ³Post grado Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Paraguay

Introducción: El desarrollo de las terapias biológicas (TB) ha permitido un mejor control de la actividad inflamatoria de la artritis reumatoide (AR) permitiendo que un mayor número de pacientes alcance la remisión clínica.

Actualmente existe un interés creciente por el estudio de la supervivencia y de la eficacia de estos agentes en condiciones de práctica clínica habitual. Basados en esto, se presenta el primer análisis de supervivencia de las TB en pacientes paraguayos con AR.

Objetivo: Analizar la supervivencia de las TB administradas a pacientes con AR del Servicio de Reumatología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS).

Metodología: Estudio retrospectivo, de una serie de pacientes con diagnóstico de AR que recibieron TB durante el periodo comprendido entre enero del 2005 a diciembre del 2015 seguidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Central del IPS. Se analizaron un gran número de variables demográficas (i.e. sexo, edad, procedencia), clínicas (i.e. factor reumatoide, anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (ACPA), actividad de la enfermedad) y asociadas al tratamiento (i.e. número de terapias biológicas previas, tipo de tratamiento biológico, fecha de inicio, fecha y motivo de discontinuación). Para el análisis estadístico se utilizó el software R v3.4.0. La supervivencia fue determinada con el estimador de Kaplan Meier y para analizar el efecto de determinadas covariables, se utilizó el modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyó a 229 pacientes con diagnóstico de AR, 81,4 % eran mujeres, con una edad media de $49\pm 13,4$ años, la duración media de la enfermedad antes del inicio de la TB fue $9,7\pm 7,3$ años, el 84 % de los pacientes tenían ACPA positivo y 76,6% factor reumatoide positivo, el valor medio del DAS28 al inicio de la TB de $5,07(\pm 1,15)$. Se identificaron 253 TB (i.e. adalimumab 58,1 %, tocilizumab 20,9 %, etanercept 19,0 % y rituximab 1,9 %). Para el estudio de la supervivencia se ha excluido al rituximab por el bajo número de tratamientos. La supervivencia media del adalimumab, etanercept y tocilizumab fue de 246, 276 y 246 semanas respectivamente. Se observó que el número de TB previas ($p=1.52e-12$, HR=6.54 [95% CI, 3.89-11.00]) y el tratamiento con etanercept ($p=3.44e-01$, HR=0.66 [95 % CI, 0.28-1.56]) fueron las variables asociadas significativamente a la supervivencia de las TB. Los motivos de discontinuación fueron ineficacia en 29,5 % de los casos y los eventos adversos en el 26,2%.

Conclusión: El presente estudio es el primer análisis de la supervivencia de las TB en los pacientes con AR en Paraguay. En esta serie de pacientes se objetivó que la supervivencia media de las TB fue similar entre los tratamientos analizados. En relación a las variables asociadas a la supervivencia se observó que el trata-

miento con ETN se asoció de forma significativa a un menor riesgo de discontinuación mientras que un mayor número de TB previas se asoció a un mayor riesgo de discontinuación. En la serie analizada los motivos principales de retirada del tratamiento fueron la ineficacia y los eventos adversos.

010. SUPERVIVENCIA DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN EL REGISTRO BIOBADAGUAY

Patricia Melgarejo¹, Marco Franco¹, Zoilo Morel^{1,3}, Juan Gabriel Elizaur¹, Pedro Delgadillo¹, Gabriela Ávila-Pedretti^{1,3}, Isabel Acosta Colman^{2,3}, Sonia Cabrera-Villalba^{1,3}, Jhonatan Losanto², Lourdes Román², Ernesto Paredes^{1,3}, Julio Mazzoleni^{1,3}, Paloma de Abreu³

En representación del grupo BIOBADAGUAY

¹Hospital Central del Instituto de Previsión Social, ²Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, ³Sociedad Paraguaya de Reumatología

Introducción: BIOBADAGUAY es el registro paraguayo-uruguayo de acontecimientos adversos en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias tratados con terapias biológicas (TB). El presente trabajo es el primer informe sobre la supervivencia de las TB desde la unión de los registros de los dos países.

Objetivos: Analizar la supervivencia de las TB y analizar las variables asociadas a ella.

Método: Estudio observacional, prospectivo de duración indeterminada para verificar la eficacia, la seguridad y la supervivencia de las TB. La metodología utilizada está disponible en <https://biobadaguay.ser.es>. Para el presente trabajo se analizaron el tipo de tratamiento, la fecha de inicio, fecha y motivo de retirada (i.e. efecto adverso, ineficacia, pérdida del paciente, remisión y otros), además de las variables clínicas del registro. Para el análisis estadístico se utilizó el software R.v.3.4.0. La curva de supervivencia fue determinada con el estimador de Kaplan-Meier y el test log-rank se utilizó para evaluar la significación de la diferencia entre las diferentes curvas de supervivencia. Para medir las diferencias en ratios de discontinuación se utilizó el ajuste de modelos de regresión Cox, que permitió a su vez evaluar diferentes covariables.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 778 TB (i.e. adalimumab n=440, etanercept n=184, tocilizumab n=75, rituximab n=44, infliximab n=27, otros n=8). La duración media del tratamiento en la cohorte estudiada fue de 153,7(±112,3) semanas. Los motivos de discontinuación registrados han sido la ineficacia o la pérdida de la eficacia (42,1%), eventos adversos (29,4%), otros motivos (14,0%), remisión (7,5%) y pérdida de seguimiento del paciente (7,0%). A continuación, no se incluyen los resultados de los diagnósticos con menos de 60 TB. La supervivencia media de las TB considerando el diagnóstico fue de 289, 315, 322 y 233 semanas para la AR, AP, EA y AIJ respectivamente. Al analizar la supervivencia media de las diferentes TB se observó que la misma fue de 265, 258, 261, 271 y 250 semanas para el adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab y tocilizumab respectivamente. En el análisis de asociación univariante se observó que el diagnóstico de AIJ (p= 2,26e-04, HR= 1,80 [95% CI, 1,32-2,46]), el tratamiento concomitante con corticoides (p= 1,54e-02, HR= 1,38 [95% CI, 1,06-1,79]), y el número de TB previas (p= 3,32e-02, HR= 1,43 [95% CI, 1,03-1,98]) se asociaron de forma significativa con un mayor riesgo de discontinuación de las TB. Al analizar la supervivencia de las TB considerando la retirada por ineficacia se objetivó que el tratamiento concomitante con corticoides (p= 9,48e-04 HR= 2,02 [95% CI, 1,33-3,06]), el género femenino (p= 4,36e-02, HR= 1,66 [95% CI, 1,01-2,72]), y el número de TB previas (p= 2,56e-02, HR= 1,72 [95% CI, 1,07-2,78]) se asocian de forma significativa a una mayor discontinuación por ineficacia.

Conclusiones: El presente trabajo es el primer análisis de supervivencia de las TB desde la unión de los registros paraguayo y uruguayo de acontecimientos adversos durante el tratamiento con agentes biológicos. En esta serie se ha objetivado que el diagnóstico de AIJ, el tratamiento concomitante con glucocorticoides y el número de TB previas se han asociado de forma significativa a un mayor riesgo de discontinuación de las terapias biológicas.