

CURSO INTERNACIONAL de ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS

Presentación de trabajos en póster

ESTUDIO COMPARATIVO DE FRAX® EN POBLACIÓN ECUATORIANA

Maldonado G^a, Messina OD^a, Paredes C^a, Guemero R^a, Mielles M^a, Intriago MJ^a, Ríos C^a

^aUniversidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, ^bHospital Cosme Argerich, Buenos Aires-ARG, ^cCentro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por disminución de la densidad mineral ósea con alteraciones de la microarquitectura del hueso y aumento del riesgo de fractura. La organización mundial de la salud asegura que se trata de un problema de salud pública importante y aumenta la morbilidad y mortalidad en pacientes con edad avanzada.

El score FRAX® es una herramienta que estima a 10 años el riesgo de fractura¹, fue adaptado a población ecuatoriana en el año 2009².

El objetivo de este estudio fue identificar el riesgo de fractura de la población ecuatoriana mediante la calculadora FRAX Ecuador y comparar los resultados con FRAX Colombia, Brasil y Estados Unidos (Hispanos).

El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de la balanza de Bioimpedancia (BIA) versus la densitometría dual de rayos X (DEXA) estándar de oro de diagnóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de población ecuatoriana entre los 40-90 años de edad que se sometieron a una densitometría ósea en un período de 2013-2015, a los cuales se les realizó el FRAX® Ecuador, Colombia, Brasil y Estados Unidos (Hispanos).

Los valores de DXA considerados fueron: Osteopenia: T Score -1.0 -2.5 y Osteoporosis: T Score \geq 2.5

RESULTADOS. Se analizaron 1154 pacientes con una edad media de 61.39 [DE 11.07] (26-97). El sexo predominante fue el femenino con 88.6% (1022) frente al

11.4% (132) de sexo masculino. La edad media de menopausia fue de 45.81 [DE 5.5]. Los diagnósticos según la densitometría ósea fueron: 18.8% (217) normal, 32.3% (373) osteopenia y 48.9% (564) osteoporosis.

El riesgo de fractura mayor osteoporótica de la población utilizando el FRAX Ecuador fue de 1.5% (0.3-2.7%) y de cadera 0.5% (0-2.2%). Para FRAX Colombia: 3.0% (0.2-4.0%) para fractura mayor osteoporótica y 1.3% (0-3.4%) para fractura de cadera. Con FRAX Brasil se obtuvo 4.2% (1.2-5.6) para fractura mayor osteoporótica y 1.3% (0-4.9%) para cadera. Por último, con FRAX USA (Hispanic) se obtuvo un riesgo de 5.1% (0.7-5.9%) para fractura mayor osteoporótica y 1.2% (0-5.0%) para fractura de cadera.

El riesgo de fractura para la población ecuatoriana según la calculadora FRAX Ecuador fue de 1.4% mayor osteoporótica y 0.4% para cadera.

Es llamativo el bajo riesgo de fractura que presenta esta población usando la calculadora de este país, en comparación a los scores obtenidos utilizando el FRAX de Colombia, Brasil y de Estados Unidos (Hispanicos).

Esto podría indicar que el riesgo de fractura se infraestima con el FRAX Ecuador, aunque son necesarios estudios más específicos.

REFERENCIA

1. FRAX® Fracture Risk Assessment Tool. Online Platform. 2016. Available: <https://www.shef.ac.uk/frax/index.aspx>
2. Orces C. Epidemiology of hip fractures in Ecuador. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2009;25(5):438-42.

DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Intriago M^a, Aguirre C^a, Cardena J^a, Ríos C^a

^aUniversidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, ^bCentro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La AR se asocia con un riesgo 7 veces mayor de discapacidad que la población general¹. Los factores que contribuyen a esto incluyen la actividad de la enfermedad, el daño articular, el dolor y las comorbilidades². La herramienta más empleada para medir la capacidad funcional en AR es el Health Assessment Questionnaire (HAQ-DI) ya que ha demostrado buena validez y sensibilidad al cambio en el estado del paciente³. Además se ha visto que es el mejor predictor de resultados como mortalidad, incapacidad laboral y pérdida económica⁴.

El objetivo de este estudio fue identificar los pacientes con discapacidad y determinar los factores relacionados a ésta.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio transversal descriptivo y correlacional en pacientes con diagnóstico preestablecido de AR de acuerdo a los criterios ACR 1987, provenientes de un centro de reumatología de Guayaquil.

Se incluyeron características demográficas y se correlacionó el HAQ-DI y la discapacidad funcional con éstas y con marcadores de actividad de la enfermedad utilizando el programa estadístico SPSS V. 22.

RESULTADOS. Se analizaron 186 pacientes con una edad media de 51 años. La serología mostró FR en 89,2% (166) de los pacientes y anti-CCP en 69,9% (130). Respecto al tratamiento, 68,8% (128) estaban con corticoides, 66,7% (124) metotrexate, 49,5% (92) antiinflamatorios no esteroideos, 15,6% (29) antimaláricos, 8,1% (15) biológicos, 7,0% (13) sulfasalazina y 4,8% (9) leflunomida.

La media de comorbilidades fue de $2,3 \pm 1,6$ (0-7). 12,9% (24) de los pacientes no presentaron ninguna comorbilidad, 23,7% (44) presentaron una comorbilidad, 18,8% (35) dos comorbilidades, 24,7% (46) tres comorbilidades, y 19,9% (37) cuatro o más. Las comorbilidades reportadas fueron dislipidemia 48,9% (91), depresión 42,5% (79), hipertensión arterial 38,2% (71), enfermedad gástrica 25,3% (47), osteoporosis 24,7% (46), obesidad 20,4% (38), enfermedad tiroidea 17,2% (32), y diabetes mellitus 8,1%.

CONCLUSIONES. La discapacidad afecta a un cuarto de pacientes con AR. Las mujeres y personas de mayor edad se ven más afectadas. El dolor constituye uno de los principales influyentes, así como también los marcadores inflamatorios y el nivel de actividad de la enfermedad. A mayor número de comorbilidades, los pacientes también presentaron peor capacidad funcional.

REFERENCIA

1. Sokka T, Krishnan E, Häkkinen A, Hannonen P. Arthritis Rheum. 2003;48(1):59-63.
2. E. E. Schneeberger, G. Citera, J. A. Maldonado Cocco et al. Journal of Clinical Rheumatology, vol. 16, no. 5, pp. 215-218, 2010.
3. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. J Rheumatol. 2003;30(1):167-78.



PANLAR
PAN AMERICAN LEAGUE
OF ASSOCIATIONS FOR
RHEUMATOLOGY
75
years



21 PANLAR 2019

CONGRESO PANAMERICANO DE REUMATOLOGÍA
PAN-AMERICAN CONGRESS OF RHEUMATOLOGY
CONGRESSO PANAMERICANO DE REUMATOLOGIA

QUITO, Ecuador

27 - 30 de abril de 2019

April, 27 - 30, 2019

Enfoque multidisciplinario de la reumatología, cambiando los paradigmas

Rheumatology multidisciplinary approach, changing paradigms

Abordagem multidisciplinar da reumatologia, mudando os paradigmas



CURSO INTERNACIONAL de ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS

Presentación de trabajos en póster

BIA VERSUS DEXA EN SARCOPENIA

Cárdenas J*, Aguirre C*, Intriago MJ*, Ríos C*

*Universidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, *Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La sarcopenia es un cambio asociado al envejecimiento humano y consiste en la reducción progresiva de la masa muscular esquelética que provoca disminución de la fuerza y la funcionalidad del mismo. Actualmente el cribado de la enfermedad sarcopénica puede realizarse mediante diversos métodos. Existe una amplia gama de técnicas que pueden ser utilizadas para evaluar la disminución de la masa muscular, la elección de las mismas depende de la capacidad económica y la disponibilidad para realizarlas, en la tabla 1 se explica de manera gráfica las ventajas de cada una de las técnicas.

El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de la balanza de Bioimpedancia (BIA) versus la densitometría dual de rayos X (DEXA) estándar de oro de diagnóstico.

RESULTADOS. Se analizaron 95 pacientes con una edad media de 65.47 años (24-86). El sexo predominante fue el femenino con 94.74% (90) frente al 5.26% (5) de sexo masculino. La edad media de menopausia fue de 47.49. El 61.05% (58) de la población fue positivo para sarcopenia por DEXA, y por BIA el 67.37%. El rango de edad más predominante entre los 71-80 años en ambos grupos. (Figura 1).

Se compararon ambos grupos de diagnóstico de sarcopenia por los dos métodos propuestos BIA y DEXA se encontraron similares proporciones diagnósticas con ambos métodos (61.05% vs el 67.37%) ($p=0.027$).

La evaluación de la composición corporal (BC) es una herramienta útil para una evaluación cuidadosa del estado nutricional y evaluación de sarcopenia. El análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) es un método seguro, de bajo costo y confiable para la evaluación de BC.

En nuestro estudio hubo asociación significativa del diagnóstico de Sarcopenia mediante ambos métodos, así Gupta y colaboradores² en sus resultados indican un buen acuerdo entre BIA y DEXA en la medición de la composición corporal.

Es importante, sobretodo en nuestro medio, determinar métodos más económicos para la determinación de sarcopenia. Los resultados de nuestro estudio sugieren que BIA es un instrumento útil con resultados similares al estándar de oro por lo que puede ser utilizado en primera instancia ante la sospecha de sarcopenia.

Este es el primer estudio en población ecuatoriana que compara estos métodos de estudio en sarcopenia.

REFERENCIA

1. Lorenzo, A et al. Appl Radiat Isot. 1998 May-Jun;49(5-6):739-41.
2. Gupta, N. et al. J Sci Med Sport. 2011 Jan;14(1):33-5. doi: 10.1016/j.jsams.2010.04.005. Epub 2010 Jul 8.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SARCOPENIA

Cárdenas J*, Aguirre C*, Intriago MJ*, Ríos C*

*Universidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, *Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La sarcopenia es un cambio asociado al envejecimiento humano y consiste en la reducción progresiva de la masa muscular esquelética que provoca disminución de la fuerza y la funcionalidad del mismo.

Los trastornos músculo esqueléticos juegan un rol importante en la morbilidad, la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes que las padecen, sobretodo si se sobreponen estas enfermedades y representan una creciente carga económica y social en el contexto del envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida¹.

El objetivo de este estudio fue determinar calidad de vida aplicando el test SF36 en pacientes que padecen sarcopenia en enfermedades reumatológicas.

RESULTADOS. Estudio prospectivo, de población ecuatoriana entre los 24-86 años de edad con diagnóstico establecido de artritis reumatoide, artrosis y/o osteoporosis, que se sometieron a pruebas de determinación de sarcopenia y se aplicó el cuestionario SF-36 para determinar calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS. En la tabla 1 se encuentran datos demográficos de la población. El 61.05% (58) de la población fue positivo para sarcopenia, siendo el rango de edad más predominante entre los 71-80 años (35.94%). La encuesta para determinar calidad de vida SF36 arrojó un valor medio de 48.8 puntos (12-97) de los cuales 74.74% (71) tenían puntaje inferior a 50, lo cual los clasifica como <<baja calidad de vida>>, mientras que 25.26% (24) tenían puntaje superior a 50, lo cual lo clasifica como <<buna calidad de vida>> (Figura 2).

El 73.8% (41) del grupo de sarcopenia fue diagnosticado de mala calidad de vida. El 41.46% (17) en pacientes que padecían artritis reumatoide, 39.02% (16) artrosis

y 19.51 (8) osteoporosis (Tabla 1). La clasificación de mala calidad de vida se asoció significativamente ($p=0.000$) con los pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN. En este estudio no hubo asociación estadísticamente significativa con mala calidad de vida con diagnóstico de sarcopenia y artritis reumatoide, aunque estudios anteriores afirman que la enfermedad por sí sola se asocia con mala calidad de vida². En AO si hubo una relación estadísticamente significativa de mala calidad de vida concordante con estudios como los de Bernad-Pineda³, que afirman que pacientes con artrosis de cadera y rodilla disminuye significativamente la calidad de vida. En cuanto a Op este estudio también asoció mala calidad de vida en los grupos de pacientes diagnosticados por DEXA y BIA estos datos concordantes con los estudios de Sánchez-Barba⁴, que afirma que en pacientes con osteoporosis se afecta la calidad de vida en todos los aspectos. más del 70% de pacientes reportaban un test de mala calidad de vida. Por lo tanto, la mejora de la calidad de vida debe ser una de las prioridades de cualquier intervención para prevenir y tratar los trastornos músculo esqueléticos en la población.

REFERENCIA

1. Beaudart C et al. Quality of life assessment in musculo-skeletal health. Aging Clin Exp Res. 2017;DOI:0.
2. Picavet, J, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC 3 study. Ann Rheum Dis 2004;63:723-9.
3. M. Bernad-Pineda, J. de las Heras-Sotosb MVC-P. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología Quality of life in patients with knee and hip osteoarthritis. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2014;58(5).
4. Sánchez-Barba M. Calidad de vida en pacientes con osteoporosis en atención primaria. Actual en Psicol [Internet]. 2011;25:57-73.

CURSO INTERNACIONAL de ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS

Presentación de trabajos en póster

FACTORES DE RIESGO PARA OSTEOPOROSIS EN POBLACION ECUATORIANA

Ferro C*, Maldonado G*, Paredes C*, Ríos Ca
*Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La osteoporosis se caracteriza por una disminución de la Resistencia ósea lo que produce un incremento del riesgo de fractura. Debido a que la resistencia del hueso esta determinada principalmente por la densidad mineral ósea (DMO) y por el estado de su micro arquitectura, se considera la DMO como la medida aproximada de la resistencia del tejido óseo, representando alrededor del 70% de la misma^{1,2}. Si bien la osteoporosis es una enfermedad multifactorial, se han descrito algunos factores de riesgo: sexo femenino, edad avanzada, deficiencia estrogénica, talla baja e índice de masa corporal (IMC), historia familiar de osteoporosis, tabaquismo y antecedentes de fracturas^{1,2}. El objetivo de nuestro estudio es analizar los factores de riesgo presente en una población de pacientes ecuatorianos que habían realizado estudio de DMO.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo descriptivo y observacional. Se incluyeron pacientes del sexo femenino y masculino que acudieron a un centro médico reumatológico entre Junio del 2016 a septiembre del 2017, para consulta en relación al estado de su DMO. Todos los pacientes fueron evaluados mediante un interrogatorio sobre los factores de riesgo para osteoporosis, examen físico, y DMO. Las mediciones de DMO se realizaron con un densitómetro Hologic QDR 4500 Upgrade Discovery, tanto en columna lumbar como en caderas.

RESULTADOS. Se analizaron 687 pacientes con una edad media de 60 [DE +/- 11]. El sexo predominante fue el femenino con 86.9%. El índice de masa corporal medio fue de 28 [DE +/- 4.9]. Se realizo estudio de DMO y se obtuvo que el 23.5%

tenian masa osea normal, el 47.6% padecía osteopenia y el 28.9% sufrían osteoporosis. En los pacientes con osteoporosis (n:199) se detectó como principales factores de riesgo ser de sexo femenino, edad avanzada, menopausia, IMC bajo, historia familiar, artritis reumatoidea y uso de corticoides.

CONCLUSIONES. Este es el segundo estudio sobre identificación de factores de riesgo en población ecuatoriana. El 76.5% (n:526) de la población estudiada presentó alteraciones en la DMO, siendo el 28.9%(n:199) OP con un t-score menor a -2.5 y la mayoría con al menos un factor de riesgo presente.

La desmineralización osea se asocia significativamente con la edad avanzada predominantemente en sexo femenino y un IMC bajo.

REFERENCIA

1. Balderamo D, Ramacciotti C, Douthat W; FACTORES DE RIESGO PARA OP PRIMARIA EN MUJERES DE CORDOBA ARGENTINA; Centro médico de Córdoba; Buenos Aires 2004;64:400-406.
2. De Mendoza H; Classification of osteoporosis.Risk factors. Clinical manifestations and differential diagnosis; An.Sis.Sanit.Navar 2003;26(Supl3):29-52.
3. Betancourt S; Densidad mineral osea, calcio dietetico y factores presuntivos de riesgo de osteoporosis en mujeres ecuatorianas de la tercera edad; Nutr Hosp.2014;30(2):372-384;Ecuador.

EXPERIENCIA INICIAL DE DETERMINACIÓN DE SARCOPENIA EN PACIENTES ECUATORIANOS

Maldonado G*, Moreno L*, Martínez P*, Bejarano C*, Ríos C*
*Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. El término sarcopenia fue introducido en el año 1995 por Irv Rosenberg¹, lo definió como la pérdida anormal de músculo asociado con el envejecimiento y ha sido validado para predecir deterioro funcional².

El estudio de esta entidad se ha vuelto tendencia en los últimos años debido a que es es más prevalente en la población adulta-mayor y es considerado un factor de riesgo de caídas. Se estima que la prevalencia varía de acuerdo a la población estudiada y a la definición que se aplique^{3,4}.

El Consenso Europeo para el diagnóstico de Sarcopenia (EWGSOP) definió a esta entidad como: pérdida de masa muscular acompañado de deterioro funcional y se mide mediante la marcha o fuerza de agarre, además de establecer el algoritmo diagnóstico⁵.

El screening de sarcopenia se realiza mediante la determinación del índice masa apendicular esquelética; el gold estándar para determinar esta variable es mediante la técnica DXA (Dual Energy X-Ray Absorptiometry)⁴, sin embargo es más común el uso de técnicas convencionales como (Tabla 1): Uso de dinamómetro hidráulico manual (Handgrip) y test de la marcha El objetivo de este estudio es determinar el diagnóstico de sarcopenia mediante los métodos convencionales y gold estándar.

MATERIALES Y MÉTODOS. EEstudio prospectivo observacional de pacientes que acudían a un centro de reumatología (Centro de Reumatología y Rehabilitación), a los cuales se les realizó mediciones antropométricas y densitométricas con el fin de determinar pérdida de masa muscular y diagnóstico de sarcopenia.

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudían a un centro de reumatología con diagnóstico de Osteoartritis.
- Examen físico positivo de pérdida de masa muscular.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseaban ingresar en el estudio

Método estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS v 22, en el cual se determinó para las variables cuantitativas, test T de dos colas y para las variables cualitativas, chi-cuadrado y regresión logística. Los valores de P por debajo de 0.01 fueron considerados estadísticamente significativos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. Este es el primer estudio de determinación de Sarcopenia en un Centro de Reumatología de la ciudad de Guayaquil.

En el 60.46% de la población estudiada presentó sarcopenia, es evidente que los métodos convencionales determinan un diagnóstico, sin embargo mediante el DXA se puede establecer un diagnóstico definitivo.

Debido a que es una entidad multidisciplinaria se necesitan más estudios que determinen la utilidad estos métodos.

REFERENCIA

1. Rosenberg IH, Roubenoff R. Ann Intern Med. 1995;123:727-8.
2. MorleyJE, BaumgartnerRN, RoubenoffR, et al. J Lab Clin Med. 2001;137:231-43.
3. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Age Ageing. 2010;39:412-23.
4. Beaudart C, Reginster JY, Sloman K, Buckinx F, Loquet M, Bruyère J. Musculoskeletal Neuronal Interact. 2014; 14(4):425-431.

CURSO INTERNACIONAL de ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS

Presentación de trabajos en póster

BIA VERSUS DEXA EN SARCOPENIA

Cárdenas J*, Aguirre C*, Intriago MJ*, Ríos C*

*Universidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, †Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La sarcopenia es un cambio asociado al envejecimiento humano y consiste en la reducción progresiva de la masa muscular esquelética que provoca disminución de la fuerza y la funcionalidad del mismo. Actualmente el cribado de la enfermedad sarcopénica puede realizarse mediante diversos métodos. Existe una amplia gama de técnicas que pueden ser utilizadas para evaluar la disminución de la masa muscular; la elección de las mismas depende de la capacidad económica y la disponibilidad para realizarlas, en la tabla 1 se explica de manera gráfica las ventajas de cada una de las técnicas.

El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de la balanza de Bioimpedancia (BIA) versus la densitometría dual de rayos X (DEXA) estándar de oro de diagnóstico.

RESULTADOS. Se analizaron 95 pacientes con una edad media de 65.47 años (24-86). El sexo predominante fue el femenino con 94.74% (90) frente al 5.26% (5) de sexo masculino. La edad media de menopausia fue de 47.49. El 61.05% (58) de la población fue positivo para sarcopenia por DEXA, y por BIA el 67.37%. El rango de edad más predominante entre los 71-80 años en ambos grupos. (Figura 1)

Se compararon ambos grupos de diagnóstico de sarcopenia por los dos métodos propuestos BIA y DEXA se encontraron similares proporciones diagnósticas con ambos métodos (61.05% vs el 67.37%) ($p=0.027$).

La evaluación de la composición corporal (BC) es una herramienta útil para una evaluación cuidadosa del estado nutricional y evaluación de sarcopenia. El análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) es un método seguro, de bajo costo y confiable para la evaluación de BC¹.

En nuestro estudio hubo asociación significativa del diagnóstico de Sarcopenia mediante ambos métodos, así Gupta y colaboradores² en sus resultados indican un buen acuerdo entre BIA y DEXA en la medición de la composición corporal.

Es importante, sobretodo en nuestro medio, determinar métodos más económicos para la determinación de sarcopenia. Los resultados de nuestro estudio sugieren que BIA es un instrumento útil con resultados similares al estándar de oro por lo que puede ser utilizado en primera instancia ante la sospecha de sarcopenia.

Este es el primer estudio en población ecuatoriana que compara estos métodos de estudio en sarcopenia.

REFERENCIA

1. Lorenzo, A et al. Appl Radiat Isot. 1998 May-Jun;49(5-6):739-41.
2. Gupta, N. et al. J Sci Med Sport. 2011 Jan;14(1):33-5. doi: 10.1016/j.jsams.2010.04.005. Epub 2010 Jul 8.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SARCOPENIA

Cárdenas J*, Aguirre C*, Intriago MJ*, Ríos C*

*Universidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, †Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La sarcopenia es un cambio asociado al envejecimiento humano y consiste en la reducción progresiva de la masa muscular esquelética que provoca disminución de la fuerza y la funcionalidad del mismo.

Los trastornos músculo esqueléticos juegan un rol importante en la morbilidad, la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes que las padecen, sobretodo si se sobreponen estas enfermedades y representan una creciente carga económica y social en el contexto del envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida¹.

El objetivo de este estudio fue determinar calidad de vida aplicando el test SF36 en pacientes que padecen sarcopenia en enfermedades reumatológicas.

RESULTADOS. Estudio prospectivo, de población ecuatoriana entre los 24-86 años de edad con diagnóstico establecido de artritis reumatoide, artrosis y/o osteoporosis, que se sometieron a pruebas de determinación de sarcopenia y se aplicó el cuestionario SF-36 para determinar calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS. En la tabla 1 se encuentran datos demográficos de la población. El 61.05% (58) de la población fue positivo para sarcopenia, siendo el rango de edad más predominante entre los 71-80 años (35.94%). La encuesta para determinar calidad de vida SF36 arrojó un valor medio de 48.8 puntos (12-97) de los cuales 74.74% (71) tenían puntaje inferior a 50, lo cual los clasifica como <<baja calidad de vida>>, mientras que 25.26% (24) tenían puntaje superior a 50, lo cual lo clasifica como <<buen calidad de vida>> (Figura 2).

El 73.8% (41) del grupo de sarcopenia fue diagnosticado de mala calidad de vida. El 41.46% (17) en pacientes que padecían artritis reumatoide, 39.02% (16) artrosis

y 19.51 (8) osteoporosis (Tabla 1). La clasificación de mala calidad de vida se asoció significativamente ($p=0.000$) con los pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN. En este estudio no hubo asociación estadísticamente significativa con mala calidad de vida con diagnóstico de sarcopenia y artritis reumatoide, aunque estudios anteriores afirman que la enfermedad por sí sola se asocia con mala calidad de vida². En AO sí hubo una relación estadísticamente significativa de mala calidad de vida concordante con estudios como los de Bernad-Pineda³, que afirman que pacientes con artrosis de cadera y rodilla disminuye significativamente la calidad de vida. En cuanto a Op este estudio también asoció mala calidad de vida en los grupos de pacientes diagnosticados por DEXA y BIA estos datos concordantes con los estudios de Sánchez-Barba⁴, que afirma que en pacientes con osteoporosis se afecta la calidad de vida en todos los aspectos, más del 70% de pacientes reportaban un test de mala calidad de vida. Por lo tanto, la mejora de la calidad de vida debe ser una de las prioridades de cualquier intervención para prevenir y tratar los trastornos músculo esqueléticos en la población.

REFERENCIA

1. Beaudant C et al. Quality of life assessment in musculo-skeletal health. Aging Clin Exp Res. 2017;0(0):0.
2. Picavet, J, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC 3 study. Ann Rheum Dis 2004;63:723-9.
3. M. Bernad-Pineda, J. de las Heras-Sotosb M.V.C.-P. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología Quality of life in patients with knee and hip osteoarthritis. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2014;58(5).
4. Sánchez-Barba M. Calidad de vida en pacientes con osteoporosis en atención primaria. Actual en Psicol [Internet]. 2011;25:57-73.

CURSO INTERNACIONAL de ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS

Presentación de trabajos en póster

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Intriago M*, Aguirre C*, Cárdenas J*, Ríos C*

*Universidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, *Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC.

INTRODUCCIÓN. Las personas con AR han demostrado tener menor calidad de vida que pacientes sanos y con otras enfermedades inflamatorias¹. Este deterioro en la calidad de vida es favorecido por niveles elevados de dolor, alta actividad de la enfermedad y capacidad funcional disminuida².

El RAQoL es un cuestionario de calidad de vida específico para AR que incluye dimensiones como energía, movilidad, autocuidado, emoción, humor, y contacto físico³. Presenta buena consistencia interna, fiabilidad y sensibilidad para discriminar entre grupos con diversas actividades de la enfermedad y severidad⁴.

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida en pacientes con AR e identificar los factores relacionados a ésta.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio transversal descriptivo y correlacional en pacientes con diagnóstico preestablecido de AR de acuerdo a los criterios ACR 1987, provenientes de un centro de reumatología de Guayaquil.

Se incluyeron características demográficas y de actividad de la enfermedad. Se correlacionó el RAQoL con éstas utilizando el programa estadístico SPSS V. 22.

RESULTADOS. Se analizaron 186 pacientes con una edad media de 51 años. La serología mostró FR en 89,2% (166) de los pacientes y anti-CCP en 69,9% (130). Respecto al tratamiento, 68,8% (128) estaban con corticoides, 66,7% (124) metotrexate, 49,5% (92) antiinflamatorios no esteroideos, 15,6% (29) antimaláricos, 8,1% (15) biológicos, 7,0% (13) sulfasalazina y 4,8% (9) leflunomida.

La media de comorbilidades fue de $2,3 \pm 1,6$ (0-7). 12,9% (24) de los pacientes no presentaron ninguna comorbilidad, 23,7% (44) presentaron una comorbilidad, 18,8% (35) dos comorbilidades, 24,7% (46) tres comorbilidades, y 19,9% (37) cua-

tro o más. Las comorbilidades reportadas fueron dislipidemia 48,9% (91), depresión 42,5% (79), hipertensión arterial 38,2% (71), enfermedad gástrica 25,3% (47), osteoporosis 24,7% (46), obesidad 20,4% (38), enfermedad tiroidea 17,2% (32), y diabetes mellitus 8,1% (15).

La presencia de mialgias, xeroftalmía, xerostomía, fatiga, erosiones, rigidez matutina y depresión se relacionó a mayor puntuación en el RAQoL ($p < 0,05$). La media del RAQoL fue mayor en pacientes con actividad de la enfermedad más alta y con mayor número de comorbilidades ($p < 0,05$). El RAQoL también fue proporcional a la VSG, PCR, recuento de articulaciones dolorosas, recuento de articulaciones tumefactas, EVA del paciente y EVA del médico ($p < 0,05$). Los pacientes con discapacidad funcional tuvieron un RAQoL medio de $15,6 \pm 8,3$, versus $4,1 \pm 4,8$ en los pacientes sin discapacidad.

CONCLUSIONES. Estudio transversal descriptivo y correlacional en pacientes con diagnóstico preestablecido de AR de acuerdo a los criterios ACR 1987, provenientes de un centro de reumatología de Guayaquil.

Se incluyeron características demográficas y de actividad de la enfermedad. Se correlacionó el RAQoL con éstas utilizando el programa estadístico SPSS V. 22.

REFERENCIA

1. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. Health Qual Life Outcomes 2009;7:25.
2. Kwan Y, Koh E, Leong K, Wee H. Rheumatol Int 2014. [http://dx. doi. org/10.1007/s00296-013-2938-2](http://dx.doi.org/10.1007/s00296-013-2938-2).
3. Tjhuis CJ, de Jong Z, Zwinderman AH, Zuijderland WM, Jansen LM, Hazes JM, et al. Rheumatology (Oxford). 2001;40(10):1112-9.

COMORBILIDADES Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Intriago M*, Aguirre C*, Cárdenas J*, Ríos C*

*Universidad Espíritu Santo, Guayaquil-EC, *Centro de Reumatología y Rehabilitación, Guayaquil-EC

INTRODUCCIÓN. La artritis reumatoide (AR) se asocia a diversas comorbilidades de las cuales se destacan las cardiovasculares (CV), depresión, osteoporosis, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), infecciones, úlceras gástricas y neoplasias¹. Estas patologías son consecuencia del uso de ciertos medicamentos, del estado inflamatorio crónico propio de la enfermedad o de factores de riesgo tradicionales. Mayor número de comorbilidades se ha asociado a menor calidad de vida, mayor utilización de los servicios de salud, mayores costos, mayor discapacidad y mayor mortalidad².

El objetivo de este estudio fue identificar las comorbilidades más frecuentes en pacientes con AR y los factores relacionados a éstas.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio transversal descriptivo y correlacional en pacientes con diagnóstico preestablecido de AR de acuerdo a los criterios ACR 1987, provenientes de un centro de reumatología de Guayaquil.

Se incluyeron características demográficas y se correlacionaron las comorbilidades con éstas y con marcadores de actividad de la enfermedad utilizando el programa estadístico SPSS V. 22.

RESULTADOS. Se analizaron 186 pacientes con una edad media de 51 años. 89,2% (166) de los pacientes fueron seropositivos para FR positivo y 69,9% (130) para anti-CCP. Los fármacos empleados con mayor frecuencia fueron corticoides 68,8% (128), MTX 66,7% (124) y AINES 49,5% (92).

El promedio de comorbilidades por paciente fue de $2,3 \pm 1,6$. La edad media de los pacientes sin comorbilidades fue de $39,2 \pm 9,9$ años, mientras que en los pacientes

que presentaron una o más comorbilidades fue de $52,8 \pm 13,4$ años.

Ningún paciente refirió antecedentes de neoplasias ni enfermedad pulmonar. Todos los casos de enfermedad tiroidea correspondieron a hipotiroidismo. Los 3 pacientes con infecciones refirieron que se trataba de infecciones de vías urinarias. En cuanto a la dislipidemia, 41,9% (78) de los pacientes tuvieron colesterol total elevado, 26,9% (50) colesterol LDL elevado, 15,6% (29) hipertriglicemidemia y 9,6% (18) niveles bajos de colesterol HDL.

CONCLUSIÓN. Las comorbilidades fueron frecuentes e incluso los pacientes reportaron más de una. Las más frecuentes fueron dislipidemia, depresión e HTA.

Diversos factores favorecieron el desarrollo de comorbilidades como edad avanzada, sexo masculino, obesidad, tabaquismo, VSG elevada y mayor actividad de la enfermedad.

Se recomienda el screening sistemático de comorbilidades en pacientes con AR para poder detectarlas de forma temprana, así como campañas de prevención para las mismas.

REFERENCIA

1. Cutolo M, Kitis C, Van Riel P. Semin Arthritis Rheum. 2014;43(4):479-88.
2. Michaud K, Wolfe F. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2007;21:885-906.

CURSO INTERNACIONAL de ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS

Presentación de trabajos en póster

VITAMINA D COMO BIOMARCADOR PARA LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE

Paola de la Torre Lossa¹, Mario Moreno Álvarez², María del Carmen González², Rafael López Martínez², Carlos Ríos Acosta³
¹Universidad Espíritu Santo, ²Servicio de Reumatología Hospital Luis Vemaza, ³Centro de Reumatología y Rehabilitación

INTRODUCCIÓN. La vitamina D es una prohormona esteroidea esencial, que participa principalmente en procesos fisiológicos que regulan el metabolismo fosfocálcico 1. Actualmente su deficiencia ha sido vinculada con varias patologías como enfermedades cardiovasculares, enfermedades inflamatorias y tasas de mortalidad en la población general 2-4. La evaluación de la vitamina D se realiza por medio de la determinación de 25-hidroxivitamina D 25 (OH) D en la sangre 2. La concentración sérica de la misma depende de varios factores: exposición a la luz solar, edad, etnicidad, índice de masa corporal, uso de medicamentos (esteroides e inmunosupresores) así como suplementos alimenticios 3. Recientemente se han descrito acciones no clásicas de la vitamina D, lo que indica que no solo regula el calcio y metabolismo del fósforo; sino que desempeña funciones inmunológicas y antiinflamatorias mediante el ajuste del crecimiento y diferenciación de macrófagos, células dendríticas, linfocitos T y linfocitos B. A su vez promueve la inhibición del factor de Necrosis Tumoral α (TNF α) y la generación de factores antiinflamatorios (IL-4 e IL-10)5,6. Dicha actividad antiinflamatoria ha atraído la atención a investigar su papel en la regulación de la progresión de enfermedades inflamatorias, demostrándose que tanto las actividades inmunomoduladoras directas e indirectas de la molécula afectan las respuestas inmunes Innatas y adaptativas. Además, puede ejercer efectos antiinflamatorios a través de la regulación de la biosíntesis de las moléculas proinflamatorias en la vía de las prostaglandinas a través del potenciador de cadena ligera del factor nuclear Kappa de células activas 6. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune de carácter inflamatoria sistémica crónica caracterizada por sinovitis. La etiología y patogénesis aún no se han descrito con claridad, pero se conoce la intervención de muchos factores asociados7. Se ha sugerido que los niveles de 25 (OH) D disminuidos pueden estar asociado a un mayor riesgo para el desarrollo de AR8. Su papel en la fisiopatología de la AR y la relación entre la deficiencia de la Vitamina D y la actividad de la enfermedad también se ha discutido entre los profesionales de salud e investigadores9 . No obstante, algunos estudios no han demostrado una relación significativa entre los niveles séricos de 25 (OH) D y la actividad de AR, así como en el desarrollo de la enfermedad10,11. El objetivo de esta investigación es determinar si existe asociación entre los niveles séricos de Vitamina D y el índice de actividad de la enfermedad en nuestros pacientes con AR.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio transversal analítico de tipo retrospectivo realizado en la consulta externa del área de reumatología del Hospital Luis Vemaza (HLV) y el Centro de Reumatología y Rehabilitación (CERER). El estudio fue aprobado por el departamento de docencia, investigación médica y el Comité Científico de ambos centros de salud, se omitió de consentimiento informado por el tipo de estudio. Se incluyeron individuos de entre 18 a 75 años con diagnóstico de artritis

reumatoide establecidos según los criterios de clasificación 2010 de American College of Rheumatology (ACR) / European League Against Rheumatism (EULAR), y pacientes que se hayan realizado examen 25-hidroxivitamina D en los últimos 3 meses. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de otra patología inflamatoria o de tejido conectivo, insuficiencia renal, mala absorción intestinal, hiperparatiroidismo, embarazo, lactancia y neoplasia. La información se obtuvo directamente de las historias clínicas virtuales durante el año 2016 al 2017. Se tomaron datos demográficos como sexo, edad, años de evolución, laboratorio y tratamiento. Se estandarizó el PCR sobre el VSG como reactante de fase aguda, ya que ha mostrado ser más consistente, se consideró positivo valor ≥ 5 mg/L. También se registró la puntuación análoga visual del dolor en una regla numérica del 0-100 mm para la evaluación global de cada paciente. Se calculó la actividad de la enfermedad mediante los datos obtenidos con un índice de puntuación de actividad de un recuento de 28 articulaciones DAS28-PCR (Disease Activity Score). Según los resultados se clasificó a los pacientes en 4 categorías: alta actividad de la enfermedad (DAS28: $> 5,1$), actividad moderada de la enfermedad (DAS28: 3,21-5,1), baja actividad de la enfermedad (DAS28: $\leq 3,2$), remisión (DAS28: $< 2,6$)12. Para la determinación de los niveles séricos de 25 OH D se realizó en ambos centros por inmunoensayo de electroquimioluminiscente (Cobas, Basilea, Suiza) en unidades de nanogramos/mililitros. La vitamina D se consideró como normal un nivel sérico de ≥ 30 ng/mL, insuficiente entre ≤ 30 -10 ng/mL y deficiente niveles menores de 10 ng/mL13.

Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS versión 21 (2012). Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes y la distribución de las mismas fue comparada entre los grupos mediante el test de Chi cuadrado o el test de Fisher según sea apropiado. Las variables cuantitativas fueron expresadas en términos de media con sus desviaciones estándar y comparadas entre grupos mediante el test t para dos muestras independiente o la prueba de Mann-Whitney según sea apropiado de acuerdo a la distribución de las variables en función de la variable dependiente. Para establecer correlaciones entre la actividad de la enfermedad (DAS 28) y los niveles séricos de vitamina D se realizó por el coeficiente ρ de Spearman. Se determinó como estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$ para todos los análisis con un intervalo de confianza de 95%.

REFERENCIA

1. Lorenzo, A et.al. Appl Radiat Isot.1998 May-Jun;49(5-6):739-41.
2. Gupta, N. et.al. J Sci Med Sport. 2011 Jan;14(1):33-5. doi: 10.1016/j.jsams.2010.04.005. Epub 2010 Jul 8.



XVII

Congreso Ecuatoriano REUMATOLOGÍA

MÓDULOS RELEVANTES

Artritis Reumatoidea «
Terapias Biológicas en Artropatías Inflamatorias «
Espondiloartropatías Seronegativas «
Rehabilitación en Artropatías Inflamatorias «
Enfermedades Degenerativas «
Osteoporosis «
Vitamina D «

Manta
Ecuador

Hotel Mantahost

DIRIGIDO A:

- Reumatólogos •Fisiatras •Traumatólogos •Endocrinólogos •Ginecólogos
- Radiólogos •Clínicos •Médicos Generales •Médicos Rurales
- Terapistas Ocupacionales •Terapistas Físicos •Estudiantes

26•27•28 de Julio/2018

¡SOCIEDAD ECUATORINA DE REUMATOLOGÍA
TRABAJANDO POR EL BIENESTAR DE
NUESTROS PACIENTES!

Organización e Informes

Siglo
EVENTOS MÉDICOS



eventosmedicossiglo21@gmail.com

www.serecuador.com.ec
secretaria@serecuador.com.ec

Reumatología al Día

Sociedad Ecuatoriana de Reumatología

ÓRGANO DE DIFUSIÓN OFICIAL



www.serecuador.com.ec



Sociedad Ecuatoriana de Reumatología



@serecuador1

