

resultado de una inflamación progresiva y continua. Se ha demostrado que en el proceso de inflamación local de la pared intestinal, la activación de células inflamatorias producen citoquinas que pasan a la vía sistémica y pueden actuar como marcadores biológicos cuantitativos del grado de inflamación subclínica. Su detección en sangre, en fase presintomática, podría ser de utilidad para predecir la aparición de un brote de actividad.

Objetivos: Determinar el valor de las citoquinas sistémicas para predecir la recidiva de los pacientes con EII en remisión.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio prospectivo que incluye a 135 pacientes diagnosticados de EII en remisión clínica, de al menos, 3 meses de evolución. En el momento de la inclusión, se realizó una extracción de sangre venosa para la determinación, mediante un test de ELISA, de las siguientes citoquinas: TNF α , TNF α -R1 y R2, IL-1 β , IL-1R, IL-2, IL-R2, IL-6, IL-10 e IFN γ . Todos los pacientes se siguieron durante un año y fueron revisados cada 2 meses en consulta así como, si presentaban alguna sintomatología.

Resultados: 66 pacientes tenían una enfermedad de Crohn (EC) y 69, una colitis ulcerosa (CU). Treinta y nueve (30%) sufrieron una recidiva. Un 44% recibía tratamiento inmunomodulador en el momento de su inclusión. No se encontraron diferencias en la detección y concentración basal de las diferentes citoquinas entre los pacientes con EC y CU ni entre los pacientes sin tratamiento inmunomodulador y aquellos con consumo habitual de estos fármacos. La detección y concentración de las citoquinas no se asoció al riesgo de recidiva de la EII.

Conclusión: Las citoquinas sistémicas tienen un escaso valor para predecir la recidiva de la EII.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.097

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

F. Bermejo^a, A. López-Sanromán^b, A. Algaba^a, J.A. Carneros^a, M.P. Valer^a, S. García-Garzón^a, I. Guerra^a, S. Sánchez-Prudencio^a, B. Piqueras^a, F. García-Durán^a, E. Tomás^a, J.C. Villa^a, J.L. Rodríguez-Agulló^a

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Objetivos: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) constituye una entidad clínica en la que existe un riesgo elevado de baja adhesión al tratamiento. Nuestros objetivos fueron conocer el grado de adhesión al tratamiento en una consulta monográfica para pacientes con EII, y estudiar qué factores influyen en la misma.

Métodos: Se incluyeron 107 pacientes consecutivos durante 3 meses. Previo consentimiento verbal, los pacientes rellenaron en otra sala una encuesta anónima con datos demográficos (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, situación personal), datos referidos a la enfermedad (tipo de EII, año del diagnóstico, número de ingresos hospitalarios y de intervenciones quirúrgicas por su EII), datos referidos al tratamiento (medicación, dosis e intervalo de administración), declaración autoaplicada de adhesión (Sewitch MJ et al. Am J Gastroenterol 2003) y automedicación. El médico recogió en hoja aparte tratamiento prescrito e índice de actividad (Harvey-Bradshaw/Truelove).

Resultados: Edad media 41,3 $\pm$ 11 años, 60% mujeres, años de evolución con EII 7,9 $\pm$ 7. Padecían enfermedad de Crohn 64% (71% inactiva), colitis ulcerosa 36% (70% inactiva). El 66% tomaba aminosalicilatos, 51% inmunosupresores, 8% esteroides. El 66% de

enfermos había precisado por su EII algún ingreso hospitalario y el 17% alguna cirugía. Globalmente el 69% (IC95%: 60–77%) mostraba algún tipo de no-adhesión al tratamiento. El 66% (IC95%: 57–75%) reconocía algún grado de no-adhesión involuntaria: olvidaron alguna vez tomar la medicación (63%) y/o se descuidaron en cuanto a si debían tomarla (27%). El 16% (IC95%: 9–22%) reconocía algún grado de no-adhesión voluntaria: la habían dejado alguna vez por sentirse mejor (13%) y/o peor (6%) al tomarla. El 25% (IC95%: 17–33%) olvidaban al menos una toma a la semana (media 1,6 tomas olvidadas/semana, causa más frecuente: estar fuera de casa), más frecuentemente con mesalazina (30%) que con azatioprina (17%) ($p = n.s.$). En el análisis multivariante, los factores de riesgo de una peor adhesión fueron la dosificación de la medicación en 3 o más tomas al día (OR 3; IC95% 1,1–8,4; $p = 0,03$) y los pacientes poco informados sobre su EII (OR 4,9; IC95% 1,1–23,8; $p = 0,04$); por el contrario, la terapia con inmunomoduladores fue un factor predictivo de mejor adhesión (OR 0,29; IC95% 0,11–0,74; $p = 0,01$). La concordancia médico-paciente en la medicación administrada fue completa en 86%, en 10,3% hubo diferencias en la dosis y en 3,7% diferencias en la medicación. Un 9% de enfermos reconoció haberse automedicado en alguna ocasión debido a presentar brote.

Conclusiones: En nuestro medio, la adhesión al tratamiento en enfermos con EII es insuficiente. Los pacientes en tratamiento con inmunosupresores presentan una mejor adhesión al tratamiento. Debemos intentar optimizar la información que proporcionamos al paciente sobre su EII y administrar la medicación en una o dos tomas al día para conseguir mejorar el cumplimiento terapéutico.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.098

REMISIÓN SOSTENIDA AL AÑO, LIBRE DE CORTICOIDES, EN CU CORTICODEPENDIENTE MEDIANTE LEUCOCITOAFÉRESIS. IMPORTANCIA DE LA REMISIÓN ENDOSCÓPICA

J. Cabriada^a, N. Ibargoyen^a, A. Hernández^a, A. Castiella^b, J.A. Arévalo^a, A. Bernal^a

^aSo Ap Digestivo, Hospital Galdakao, Galdakao, Vizcaya

^bSc Ap. Digestivo, Hospital Mendaro, Guipúzcoa

Introducción: Se dispone de pocos datos sobre la duración de la respuesta de la leucocitoaféresis en CU, con vistas a establecer la necesidad o no de mantenimiento

Objetivo: Evaluar la eficacia al año de la leucocitoaféresis en CU corticodependiente y la importancia de la respuesta clínica y endoscópica inicial.

Material y métodos: Estudio prospectivo, abierto en 18 pacientes (12V/6M) con CU corticodependiente tratados con leucocitoaféresis. En 17, tras fracaso o intolerancia a inmunomoduladores tiopurínicos; en 2 tras fracaso a metotrexate y en 3 a infliximab. Se realizaron sesiones semanales de aféresis por vía periférica en 16 casos y central en 2. Cuatro pacientes se trataron con 10 sesiones, dos con 6 y doce con 5 sesiones. Se realizó una evaluación clínica, analítica y endoscópica (índice de la Clínica Mayo) al mes de la última aféresis, a los 6 y 12 meses. Se consideró remisión clínica un índice ≤ 2 asociado a retirada completa de corticoides; respuesta el descenso ≥ 3 puntos sobre el basal y remisión endoscópica un subíndice de 0 ó 1 sin corticoides. Se analizó la eficacia en todos los pacientes al año

Resultados: Remisión inicial: clínica 10 casos (55%) y endoscópica 9 (50%); objetivándose una significativa correlación entre remisión clínica y endoscópica ($r_s = 0,894$; $p < ,001$). A largo