

secundarios. La respuesta mejoró y/o se recuperó en más de la mitad de los pacientes. De los 12 con EP, 7 (58%) respondieron y 5 (42%) presentaron un cierre completo de las fistulas a las 4 semanas. Once llegaron a las 12 semanas, manteniendo similar porcentaje de respuesta/remisión. Durante el seguimiento, se modificó el tratamiento en 3 (27%): 2 para mejorar respuesta y 1 por pérdida de eficacia (consiguiendo el objetivo terapéutico). La dosis de 40 mg/2 semanas fue la más frecuente utilizada (72%). La duración media del tratamiento fue 73 ± 12 semanas. Seis pacientes (14%) presentaron efectos secundarios: 4 de tipo infeccioso, una insuficiencia cardíaca y otro, edemas. Ni el tratamiento con infliximab previo ni el uso de inmunomoduladores se asoció a la respuesta con adalimumab.

Conclusiones: En la práctica clínica, adalimumab es un tratamiento eficaz para inducir y mantener la respuesta de la EC activa y EP. Su empleo hasta la 12 semana puede mejorar la respuesta en pacientes que no alcanzan la remisión a corto plazo. Adalimumab es un fármaco bien tolerado a largo plazo.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.077](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.077)

EL TABAQUISMO ACTIVO NO INFLUYE EN LA RESPUESTA A AZATIOPRINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CORTICODEPENDIENTE

S. Carrión^a, E. García-Planella^b, M. Mañosa^a, J. Gordillo^b, E. Cabré^a, M. Poca^b, E. Domènech^a, C. Guarner^b

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducción: La influencia del tabaquismo sobre el riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) y sobre su curso clínico es bien conocido. Algunos estudios han sugerido, además, que podría influir en la respuesta a determinados fármacos como infliximab. Sin embargo, este aspecto no se ha evaluado adecuadamente en relación a azatioprina (AZA).

Objetivos: Evaluar la respuesta a AZA en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EI) según el hábito tabáquico al inicio del tratamiento y en su seguimiento.

Pacientes y métodos: Se revisaron todos los pacientes con EI que iniciaron AZA por corticodependencia en 2 centros terciarios. Se definió *respuesta* como la remisión libre de esteroides durante al menos 6 meses evaluada a los 12 meses de iniciado el tratamiento. Se registraron datos clínicos al diagnóstico, al inicio de AZA y durante el seguimiento. Sólo se incluyeron aquellos pacientes de los que se disponía de información detallada del hábito tabáquico en distintos momentos (diagnóstico EI, inicio AZA, seguimiento posterior), ya fuera a partir del historial médico o, en caso necesario, por contacto telefónico.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes (103 EC, 60 CU). El 55% de pacientes con EC y 16% con CU eran fumadores activos en el momento de iniciar AZA. En el 15% de pacientes (20% de EC, 6% de CU) tuvo que retirarse AZA por intolerancia. El 72% de pacientes con EC y el 61% de CU presentaron respuesta clínica. El hábito tabáquico no influyó en el intervalo entre diagnóstico de EI e inicio de AZA, la tasa de respuesta a AZA, la necesidad de tratamientos de rescate, ni en el desarrollo de complicaciones penetrantes/estenosantes (EC) o progresión proximal (CU) de la EI. Sin embargo, los pacientes con EC que siguieron fumando requirieron un mayor número de cursos de esteroides durante el seguimiento. El tabaquismo tampoco influyó en ninguna de estas variables cuando se evaluaron según tipo de EI, localización (colon exclusivo o no) o sexo.

Conclusiones: El tabaquismo activo no influye en la respuesta a AZA en la EI corticodependiente.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.078](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.078)

EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON INFILXIMAB REDUCE LA PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD Y EL CONSUMO DE RECURSOS DIRECTOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

M.I. Vera^a, C. Taxonera^b, B. Álvarez^a, R. García^b, J. de la Revilla^a, J.L. Mendoza^b, C. Rubio^c, L. Abreu^a

^aHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

^bHospital Clínico San Carlos, Madrid

^cHealth Value, Madrid

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento de mantenimiento con Infliximab (IFX) durante un año sobre la pérdida de productividad y los recursos sanitarios en pacientes con E. de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

Material y método: Estudio retrospectivo de dos centros de la Comunidad de Madrid en pacientes con EC y CU tratados con IFX (5 mg/kg, 0, 2, 6 y cada 8 semanas durante un año). Se evaluaron la pérdida de productividad y los recursos directos durante un año antes y después del inicio de IFX. Los resultados fueron comparados con el test de McNemar para las variables categóricas y el test de Wilcoxon para las variables continuas. Se consideró significativa la $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes con EC y CU (72% EC, 69% mujeres). Edad media $51,4 \pm 17,5$ años, duración media de la enfermedad $10,5 \pm 7,2$ años y la edad media al diagnóstico $44,9 \pm 18,9$ años. 22% eran fumadores activos y 31% eran ex-fumadores. 38% manifestaciones extraintestinales. La localización en la EC: 72% ileocólica, 12% ileal y 16% colónica. El 85,7% de las CU eran universales y el 14,3% distales. El 64% de la EC luminal y el 36% fistulizante. Los pacientes recibieron una media de 8 infusiones al año con una dosis media de 321 mg por infusión y paciente. La tabla muestra los resultados del estudio.

Conclusiones: El tratamiento de mantenimiento con IFX en pacientes con EC y CU reduce la pérdida de productividad y los recursos directos utilizados.

Tabla: Recursos sanitarios por paciente y año antes (pre-IFX) y después (post-IFX) del tratamiento con IFX

Recursos sanitarios por paciente	Todos los pacientes		
	pre-IFX	post-IFX	P
Pérdida de productividad (días)	96,4	25,7	0,01
% de pacientes hospitalizados	50%	19%	0,00
Nº medio hospitalizaciones	0,69	0,22	0,00
Estancia media en hospitalizados (días/año)	8,66	1,13	0,00
% pacientes intervenidos	19%	9%	NS
Nº medio cirugías	0,23	0,13	NS
Nº medio visitas a urgencias	0,7	0,47	NS
Nº medio consultas	6,5	5,16	0,00
Nº medio exploraciones radiológicas	1,44	0,38	0,00
Nº medio endoscopias	0,88	0,38	0,00

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.079](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.079)