

ritmos de selecção de mulheres pós-menopáusicas (MPM) para realização de *dual-energy x-ray absorptiometry* (DEXA), a informação sobre a sua utilidade clínica é escassa. Foi nosso objectivo avaliar e comparar o desempenho de 5 desses algoritmos numa população Portuguesa de MPM. Esta análise foi expandida através da avaliação do impacto de cada algoritmo tendo em conta a poupança em DEXA, a probabilidade de fractura e a repercussão económica de ambas.

Material e Métodos: Foram incluídas 588 MPM com características semelhantes às da população Portuguesa em geral. Selecionaram-se 5 algoritmos simples de decisão: o *Osteoporosis Risk Assessment Instrument* (ORAI), o critério *Age, Body Size, No Estrogen* (ABONE), o *Body Weight Criterion* (BWC), o *Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians* (OSTA) e uma versão modificada do OSTA (OST). Calculou-se a sensibilidade, especificidade, valores preditivos e área da curva *under the receiver operating characteristic* (AUROC), para cada um dos algoritmos de decisão. O número de casos de OP não detectados, número de fracturas evitáveis, poupança total e poupança por cada caso de fractura evitável foram calculados para cada algoritmo e faixa etária, a partir da prevalência de OP e sensibilidade do algoritmo nas várias faixas etárias, estimativa publicada do risco de fractura osteoporótica em função do resultado da DEXA e idade, e dados de tabelas económicas oficiais sobre o custo da DEXA e custo hospitalar das fracturas.

Resultados: A idade média foi de 60,18±8,57 anos e o tempo médio desde a menopausa foi de 12,30±9,25 anos. Todos os algoritmos tiveram um bom desempenho no grupo total de MPM, apresentando boa capacidade discriminativa (curvas AUROC entre 0,611 e 0,674). As sensibilidades foram de 80,8% para o ORAI, 71,2% para o ABONE, 77,6% para o BWC, 75,6% para o OSTA e 80,8% para o OST. Considerando as MPM com >=65 anos, a utilização dos algoritmos avaliados traduziu-se em custos adicionais ou numa poupança apenas residual, oferecendo por isso a realização de DEXA a todos os indivíduos o melhor desempenho custo-benefício. Pelo contrário, nas MPM com <65 anos, a utilização de qualquer um dos algoritmos traduziu-se em poupanças significativas e logo num bom desempenho custo-benefício. Nas MPM com >=55 e <65 anos, considerando a poupança absoluta, o ABONE tem o melhor desempenho, mas considerando a poupança por fractura evitável, o

ORAI assume a liderança, seguido pelo BWC. No grupo com >=40 e <55 anos, a opção mais rentável em termos de poupança absoluta seria mesmo a de não realizar DEXA a ninguém. No entanto, considerando a poupança por fractura evitável, o BWC afigura-se como o algoritmo mais vantajoso.

Conclusões: Este estudo fornece evidência da validade do ORAI, ABONE, BWC, OSTA e OST como algoritmos úteis na decisão sobre que MPM referenciar para realização de DEXA. Com base nos resultados e considerando a importância da simplicidade na aplicabilidade de um algoritmo, sugerimos a seguinte estratégia na população Portuguesa: 1) Idade >=65 anos: realizar DEXA independentemente de outros factores de risco. 2) Idade <65 anos: realizar DEXA se o peso for inferior a 70 Kg (cut-off do BWC).

P86 – QUALIDADE DE VIDA NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Paulo Monteiro,¹ Paula Oliveira,² Margarida Coutinho,¹ Maria João Salvador,¹ Maria Emília Costa,² Armando Malcata¹

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Objectivos: Avaliar diferenças entre grupos de doentes com artrite reumatóide, fibromialgia e osteoartrose no que se refere à qualidade de vida, avaliada pelo questionário de qualidade de vida SF-36 (versão portuguesa).

Material e Métodos: O recrutamento da amostra, constituída por 31 doentes com AR, 25 com FM e 30 com OA, ocorreu no Serviço de Reumatologia dos HUC, entre Maio e Dezembro de 2007. Após serem informados relativamente aos aspectos associados à participação no estudo os participantes foram sujeitos às seguintes medidas de avaliação: Questionário de Estado de Saúde (SF-36v.2; Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997). O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 13

Resultados: A idade média situou-se nos 55,15 anos (entre os 23 e os 80 anos). Em relação ao género, 77,9% são indivíduos do sexo feminino. Em termos de situação laboral, a maioria da amostra encontra-se em situação de reforma. Comparando os 3 grupos nos diferentes domínios avaliados pelo SF-36, foram encontradas diferenças estatísticas

ticamente significativas entre os grupos no que se refere às dimensões: função física, desempenho físico, dor corporal, vitalidade, função social e saúde mental. Em relação à saúde geral e ao desempenho emocional não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Relativamente aos componentes gerais de saúde física e de saúde mental foram igualmente encontradas diferenças entre os grupos ($p < 0,001$).

Conclusões: O tipo de doença Reumática em causa parece condicionar a qualidade de vida dos doentes nos diversos domínios avaliados, havendo diferenças estatísticas entre os grupos estudados.

P87 – IMPACTO DA IDADE DE INÍCIO DO LES NO PROGNÓSTICO. ESTUDO DE 164 DOENTES NA COORTE DE LÚPUS DE COIMBRA

C Duarte,¹ M Couto,¹ C Vaz,¹ P Abreu,¹ L Inês,¹ A Malcata¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Objectivos: Avaliar o valor prognóstico da idade de início do Lúpus Eritematoso Sistémico

Material e Métodos: A Coorte de Lúpus de Coimbra inclui 165 doentes com LES (cumprindo critérios de classificação ACR) seguidos prospectivamente. Os doentes foram agrupados de acordo com idade de diagnóstico em três grupos (precoce ≤ 20 ; intermédio: 21-49 e tardio ≥ 50). O fenótipo da doença no primeiro ano após o diagnóstico e no momento actual foi classificado em moderado ou severo de acordo com a presença de envolvimento de órgão maior. As diferenças foram avaliadas utilizando o teste do Chi-quadrado.

Resultados: Foram incluídos 164 doentes. 8,5% dos doentes correspondiam a doentes com LES tardio e 19,5 % no grupo de início precoce. Os doentes do sexo masculino apresentaram mais frequentemente um LES de início tardio ($p < 0,05$). No momento do diagnóstico, apresentaram um fenótipo severo 50%, 34,7% e 16,7% dos doentes no grupo de diagnóstico em idade precoce, intermédio e tardio, respectivamente ($p = n.s.$). Na avaliação actual, apresentam um fenótipo severo 62,5%, 48,4% e 16,7% dos doentes no grupo de diagnóstico precoce, intermédio e tardio, respectivamente ($p = n.s.$). O Anti-SSA foi mais prevalente e o Anti-Sm menos frequente nos doentes com LES tardio ($p < 0,05$). As restantes manifestações clínicas e laboratoriais não apresentaram diferenças estatisticamente sig-

nificativas.

Conclusões: Nesta coorte de doentes com LES, os doentes com apresentação tardia da doença apresentam um fenótipo inicial moderado e nenhum apresentou envolvimento de novo órgão maior após o primeiro ano, contudo nenhuma das diferenças encontradas apresentou significado estatístico.

P88 – IMPACTO DO LES NA QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COMPARATIVO DE 105 DOENTES COM CONTROLOS SAUDÁVEIS

C Duarte,¹ L Inês,¹ P Abreu,¹ F Vinagre,² MJ Santos,² M Couto,¹ C Vaz,¹ A Malcata¹

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

Objectivos: O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença reumática crónica com grande impacto na qualidade de vida. A qualidade de vida nas populações é também influenciada por diversos factores socioeconómicos e demográficos. O SF-36 é um auto-questionário, validado em português, adequado para a avaliação da qualidade de vida no LES. O objectivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida em doentes com LES em comparação com controlos saudáveis.

Material e Métodos: Inclusão de doentes consecutivos cumprindo critérios de de classificação ACR para LES, seguidos em dois centros de Reumatologia portugueses. Cada doente convidou um amigo, do mesmo sexo, aproximadamente da mesma idade e saudável, a participar como seu controlo. A qualidade de vida foi avaliada utilizando a versão validada em português do auto-questionário SF-36. Cada doente entregou um SF-36 ao seu controlo, sendo este posteriormente devolvido por correio. A pontuação para cada uma das subescalas do SF-36 foi quantificada. A actividade do LES foi avaliada utilizando o índice de actividade SLE-DAI e o dano cumulativo através do SLICC. Efectuou-se a comparação entre os dois grupos utilizando testes paramétricos e não paramétricos, conforme adequado. O nível de significância estatística considerado foi de 5%. A análise estatística foi efectuada utilizando o software SPSS.

Resultados: Foram incluídos 210 indivíduos (105 doentes com LES e 105 controlos saudáveis). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de indivíduos com LES e controlos sau-