



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-92 - EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL ESTUDIO EPIDEMIBD DE GETECCU

M. Chaparro^{1,2,3,4}, J.L. Cabriada⁵, M.J. Casanova^{1,2,3,4}, D. Ceballos⁶, M. Esteve^{4,7}, H. Fernández⁸, M. Barreiro de Acosta⁹, V. García-Sánchez^{10,11}, D. Ginard¹², F. Gomollón^{13,14}, R. Llorente¹⁵, P. Nos^{4,16}, S. Riestra¹⁷, M. Rivero¹⁸, P. Robledo¹⁹, C. Rodríguez²⁰, B. Sicilia²¹, E. Torrella²², F. Rodríguez-Artalejo^{23,24,25} y J.P. Gisbert^{1,2,3,4}, en representación del grupo EpidemIBD

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, IIS-IP, Madrid. ³Universidad Autónoma de Madrid. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, CIBEREHD, Madrid. ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ⁶Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ⁷Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Mutua de Terrassa. ⁸Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro, Logroño. ⁹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ¹⁰Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ¹¹IMIBIC, Córdoba. ¹²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ¹³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹⁴ISS Aragón. ¹⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹⁶Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ¹⁷Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ¹⁸Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Marqués Valdecilla, Santander. ¹⁹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²⁰Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ²¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Burgos. ²²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. ²³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid. ²⁴IdiPaz, Madrid. ²⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Madrid.

Resumen

Objetivos: i) Conocer la incidencia de EII en España; ii) describir la características de los pacientes al diagnóstico; iii) evaluar el uso de inmunosupresores (IMM) y biológicos; y iv) conocer la demora desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico.

Métodos: Estudio prospectivo de base poblacional que incluye pacientes diagnosticados de EII - enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (UC) o colitis indeterminada (CI)- en el año 2017 en las 17 Comunidades Autónomas de España, con un seguimiento de 12 meses tras el diagnóstico. Los datos se registran en la plataforma AEG-REDCap.

Resultados: Hasta octubre de 2017, se han incluido 2.404 nuevos diagnósticos procedentes de 122 centros que cubren aproximadamente el 50% de la población adulta española: 49% UC, 46% EC y 5% CI, con una mediana de seguimiento de 6 meses. La demora media desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 3 meses (rango 0-198), significativamente mayor en la EC que en la CU (4 vs 2 meses, $p < 0,01$). Al diagnóstico, el 53% de los pacientes con EC presentaba

afectación ileal, 27% ileocólica, y 11% enfermedad perianal; 11% patrón estenosante y 7% fistulizante. En la CU, 36% colitis extensa y 30% colitis izquierda (tabla 1). Al diagnóstico, la colonoscopia se realizó en el 98% de los pacientes; en los pacientes con EC las pruebas realizadas fueron: 32% entero-RM, 31% TAC, 13% gastroscopia, 11% exploración bajo anestesia, 4,6% cápsula endoscópica, 4% RM perianal y 3% tránsito intestinal. La exposición a tratamientos farmacológicos fue mayor en la EC que en la CU (tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas de la EC y la CU al diagnóstico de la enfermedad

	EC	CU	p
Sexo masculino (%)	51	56	< 0,01
Fumadores (%)	38,3	13,6	< 0,01
Antecedentes familiares de EN (%)	17,4	12,3	< 0,01
Manifestaciones extraintestinales (%)	12	5,6	< 0,01

Tabla 2. Tratamientos farmacológicos en la EC y la CU a lo largo del seguimiento (mediana de seguimiento 6 meses)

	EC	CU	p
Mesalacina oral (%)	51	56	< 0,01
Mesalacina rectal (%)	38,3	13,6	< 0,01
Budesonida rectal (%)	0,5	3,6	< 0,01
Budesonida oral/dipropionato de beclometasona (%)	29,6	6,8	< 0,01
Esteroides orales convencionales	38,2	21,4	< 0,01
Esteroides intravenosos	14,2	13,1	NS
Tiopurinas	25,6	4,6	< 0,01
Metotrexato	2,8	0,3	< 0,01
Ciclosporina	0	0,5	< 0,01
Anti-TNF	10,5	3,6	< 0,01
Vedolizumab	0,5	0,1	NS

Conclusiones: Hasta el 20% de los pacientes con EC debuta con un fenotipo “agresivo” - estenosante o fistulizante. El uso de recursos diagnósticos para la EII es elevado. La exposición a tratamientos farmacológicos en la EII es alto desde el diagnóstico de la enfermedad, y superior en la EC que en la CU.