



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

M. Chaparro<sup>1,2,3,4</sup>, J.L. Cabriada<sup>5</sup>, M.J. Casanova<sup>1,2,3,4</sup>, D. Ceballos<sup>6</sup>, M. Esteve<sup>4,7</sup>, H. Fernández<sup>8</sup>, M. Barreiro de Acosta<sup>9</sup>, V. García-Sánchez<sup>10,11</sup>, D. Ginard<sup>12</sup>, F. Gomollón<sup>13,14</sup>, R. Llorente<sup>15</sup>, P. Nos<sup>4,16</sup>, S. Riestra<sup>17</sup>, M. Rivero<sup>18</sup>, P. Robledo<sup>19</sup>, C. Rodríguez<sup>20</sup>, B. Sicilia<sup>21</sup>, E. Torrella<sup>22</sup>, F. Rodríguez-Artalejo<sup>23,24,25</sup> y J.P. Gisbert<sup>1,2,3,4</sup>, en representación del grupo EpidemIBD

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