

XLIII
CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD
ESPAÑOLA
DE **REUMATOLOGÍA**
Bilbao **23-26** de **mayo** de **2017**

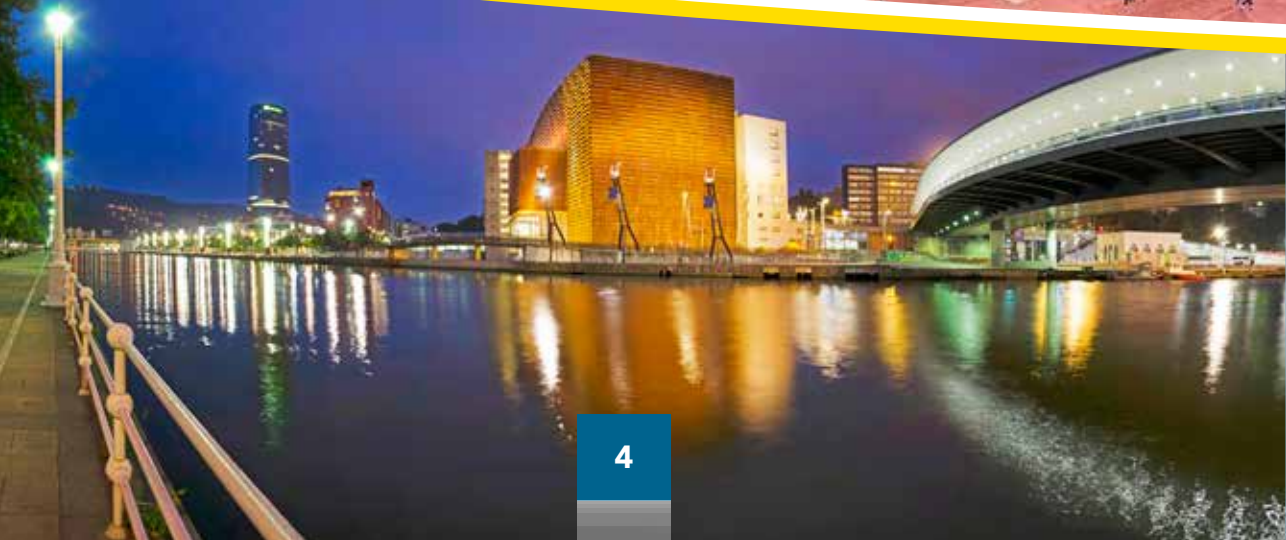


Sociedad Española de
Reumatología

SER17

ÍNDICE

Bienvenida.....	5
Comités y Junta Directiva	6
Entidades participantes	9
Programa resumen.....	10
Programa científico	18
<i>Miércoles 24 de mayo</i>	18
<i>Jueves 25 de mayo</i>	32
<i>Viernes 26 de mayo</i>	48
Planos congreso	62
Información general.....	68
Traslados oficiales	72



Estimados compañeros:

El XLIII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología se celebrará en mayo de 2017 en Bilbao.

En las últimas décadas, la ciudad se ha reinventado y transformado para dar respuesta a las necesidades del siglo XXI. La inauguración del Museo Guggenheim en 1997 fue un hito que marcó un punto de inflexión en el nuevo desarrollo económico, urbanístico y ambiental de la ciudad. La antigua zona portuaria, hoy es exponente del Bilbao del siglo XXI. Arquitectos de prestigio internacional han hecho de esta ciudad una muestra de la arquitectura de vanguardia, que conforma un horizonte nuevo.

Actualmente, Bilbao reúne los equipamientos, sedes y servicios necesarios para celebrar congresos y reuniones de todo tipo. La proximidad y amabilidad de sus gentes facilita la integración de los visitantes en la ciudad.

El aeropuerto situado a 10 km de Bilbao y la red de autopistas, autovías y ferrocarril conectan con las principales capitales nacionales y europeas.

Los hoteles y establecimientos de servicios se sitúan en puntos estratégicos de la ciudad, ocupando edificios emblemáticos e históricos, muestra del diseño y arquitectura más vanguardista.

La estructura compacta de la ciudad invita a realizar la mayor parte de los desplazamientos caminando. La red de trenes de cercanías, metro, tranvía y autobuses facilitan un transporte ágil.

La gastronomía bilbaína ofrece desde el disfrute de las estrellas Michelin, hasta las tentadoras barras de pinchos y los magníficos restaurantes tradicionales.

Bilbao cuenta con una importante zona peatonal, limpieza y seguridad ciudadana, espacios abiertos con obras de Salvador Dalí, Eduardo Chillida, Jorge Oteiza, Jeff Coons, Manolo Valdés, Louise Bourgeois, Vicente Larrea, etc. Además de museos, galerías y salas de arte que aúnan historia y vanguardia.

El Casco Viejo, corazón histórico de la ciudad, fundada en 1300, guarda el encanto medieval, conviviendo su actividad comercial con bares, restaurantes, terrazas, iglesias, museos y teatros.

El Ensanche de Bilbao surge a principios de siglo XX, con la Gran Vía como eje principal, donde se establecen las sedes financieras, la nueva Bolsa, compañías navieras, industriales y mercantiles, donde los más prestigiosos arquitectos de la época diseñaron edificios de distintos estilos, que constituyen una muestra del eclecticismo que forma un magnífico conjunto de arquitectura civil urbana del siglo XX.

A poco más de 10 km, la Ría desemboca en el mar Cantábrico, transcurriendo antes bajo el Puente de Bizkaia, declarado Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO.

El clima de Bilbao es de tipo oceánico, con temperaturas suaves, oscilando en mayo entre 19 y 11 ° C.

El Congreso se celebrará en el Palacio de Congresos Euskalduna, un espacio innovador en el corazón de Bilbao, galardonado por su arquitectura, premiado por su calidad turística y gestión y con un servicio de restauración altamente valorado.

El programa científico desarrollado por el Comité Científico abarca todos los grupos de enfermedades de nuestra especialidad, así como el papel del personal sanitario aliado, la visión de nuestros pacientes, el desarrollo de la especialidad y la visión de nuestros jóvenes compañeros. Tenemos una magnífica ocasión para compartir experiencias de nuestro trabajo diario y vislumbrar nuestro próximo horizonte.

Tendremos, asimismo, la oportunidad de participar en la Asamblea General, órgano supremo de decisión de nuestra Sociedad.

¡Os esperamos con ilusión en Bilbao!



Dr. Eduardo Úcar Angulo
Presidente del Comité Organizador Local
XLIII Congreso Nacional de la SER

Comité de honor

Excma. Sra. Doña. Dolors Montserrat i Montserrat
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Excmo. Sr. D. Iñigo Urkullu Renteria
Lehendakari del País Vasco

Excmo. Sr. D. Jon Darpón Sierra
Consejero de Sanidad del País Vasco

Excmo. Sr. D. Juan Mari Aburto Rique
Alcalde del Ayuntamiento de Bilbao

Prof. Dr. Joseba Pineda Ortiz
Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco

Dr. D. Cosme Naveda Pomposo
Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia

Junta Directiva de la SER

Presidente: Dr. José Luis Andréu Sánchez

Presidente Electo: Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota

Vicepresidentes: Dr. Héctor Corominas Macías y Dr. Fernando Pérez Ruiz

Secretario General: Dr. Alejandro Escudero Contreras

Vicesecretarios: Dr. Juan Muñoz Ortego y Dra. Lucía Silva Fernández

Tesorero: Dr. Juan Miguel Sánchez Bursón

Contador: Dr. Eugenio Chamizo Carmona

Vocales: Dr. Alejandro Balsa Criado, Dr. Miquel Àngel Belmonte Serrano, Dra. María Galindo Izquierdo, Dra. Rosa García Portales, Dr. Miguel Àngel González-Gay Mantecón, Dr. Francisco Javier Narváez García, Dr. Rubén Queiro Silva, Dra. Montserrat Romera Baures, Dra. Francisca Sivera Mascaró, Dra. Elisa Trujillo Martín, Dra. Marta Valero Expósito y Dra. Beatriz Yoldi Muñoz

Comité Organizador de Congresos

Dr. José Luis Andréu Sánchez, Dr. Alejandro Escudero Contreras y Dr. Juan Miguel Sánchez Bursón

Comité Organizador Local del Congreso

Presidente: Dr. Eduardo Úcar Angulo

Vocales: Dra. Olaia Fernández Berrizbeitia, Dra. Eva Galíndez Agirregoikoa, Dr. José Francisco García Llorente, Dr. José Manuel Gorordo Olaizola, Dr. Enrique Ornilla Arrola, Dr. Àngel Pastor Rodríguez, Dra. Esther Ruiz Lucea y Dr. Ignacio Torre Salaberri

Comité Científico del Congreso

Dr. José Luis Andréu Sánchez, Dr. Alejandro Balsa Criado, Dr. Francisco Javier Blanco García, Dr. Eugenio de Miguel Mendieta, Dra. María Galindo Izquierdo, Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota, Dra. Sara Marsal Barril, Dra. Victoria Navarro Compán, Dr. Fernando Pérez Ruiz, Dra. Lucía Silva Fernández, Dra. Francisca Sivera Mascaró y Dr. Eduardo Úcar Angulo

Comité de evaluación

Dra. Lydia Abásolo Alcázar, Dra. Pilar Aguado Acín, Dr. Cayetano Alegre de Miquel, Dr. Juan José Alegre Sancho, Dra. Raquel Almodóvar González, Dr. Mariano Andrés Collado, Dr. José Luis Andreu Sánchez, Dr. Luis Arboleya Rodríguez, Dr. Enrique Batlle Gualda, Dra. Emma Beltrán Catalá, Dr. Joaquín Belzunegui Otano, Dña. Dolores Beteta Fernández, Dr. Ricardo Blanco Alonso, Dr. Francisco Javier Blanco García, Dra. María Sagrario Bustabad Reyes, Dr. Rafael Cáliz Cáliz, Dr. Jaime Calvo Alén, Dña. Laura Cano García, Dr. Juan D. Cañete Crespillo, Dra. Loreto Carmona Ortells, Dra. Patricia Carreira Delgado, Dr. Santos Castañeda Sanz, Dr. Ivan Castellví Barranco, Dra. Tatiana Cobo Ibáñez, Dr. Héctor Corominas Macías, Dr. Juan José de Agustín de Oro, Dr. José de la Mata Llord, Dr. Eugenio de Miguel Mendieta, Dr. José Federico Díaz González, Dra. Cristina Fernández Carballido, Dra. Mónica Fernández Castro, Dr. Antonio Fernández Nebro, Dr. Félix Manuel Francisco Hernández, Dra. María Galindo Izquierdo, Dra. M^a Luz Gamir Gamir, Dr. Ángel María García Aparicio, Dra. Paloma García de la Peña Lefevre, Dr. Isidoro González Álvaro, Dr. Antonio González Martínez-Pedrayo, Dr. Miguel Ángel González-Gay Mantecón, Dr. Jordi Gratacós Masmitjà, Dra. Nuria Guañabens Gay, Dr. José Ángel Hernández Beriain, Dra. M^a Victoria Hernández Miguel, Dña. M^a Dolores Hernández Sánchez, Dr. Gabriel Herrero-Beaumont Cuenca, Dra. Cristina Hidalgo Calleja, Dra. Mercedes Jiménez Palop, Dr. Xavier Juanola Roura, Dra. María José López Armada, Dr. Francisco Javier López Longo, Dr. Víctor Martínez Taboada, Dra. Lourdes Mateo Soria, Dra. Consuelo Modesto Caballero, Dra. Ingrid Möller Parera, Dr. Santiago Muñoz Fernández, Dr. Antonio Naranjo Hernández, Dra. Esperanza Naredo Sánchez, Dr. Francisco Javier Narváez García, Dra. Victoria Navarro Compán, Dra. María Betina Nishishinya, Dr. Joan Miquel Nolla Solé, Dra. Ana M^a Ortiz García, Dra. Esperanza Pato Cour, Dr. José María Pego Reigosa, Dr. José Javier Pérez Venegas, Dra. Pilar Peris Bernal, Dr. Rubén Queiro Silva, Dra. Elena Rodríguez Arteaga, Dr. Carlos Rodríguez Lozano, Dr. José Carlos Rosas Gómez de Salazar, Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa, Dra. Olga Sánchez Pernaute, Dr. Raimon Sanmartí Sala, Dra. Lucía Silva Fernández, Dra. Francisca Sivera Mascaró, Dr. Vicenç Torrente Segarra y Dr. Javier Vidal Fuentes.

Entidades participantes

ACCIÓN PSORIASIS
ABBVIE
ALFASIGMA
AMGEN
ARAFARMA
ASACPHARMA
BIOIBÉRICA
BIOGEN
BRISTOL-MYERS SQUIBB
CEADE
CELGENE
CONARTRITIS
FAES FARMA
FELUPUS
GEBRO PHARMA
GRÜNENTHAL
GSK
JANSSEN
KERN PHARMA
LABORATORIOS MENARINI
LABORATORIOS VIÑAS
LILLY
LIRE
MSD
NORDIC
NOVARTIS
OAFI
PFIZER
ROCHE FARMA
SANDOZ FARMACÉUTICA
SANOFI
SOBI
UCB PHARMA



PROGRAMA RESUMEN

MIÉRCOLES 24 DE MAYO

PLANTA -2					
	SALA A1	SALA CELGENE	SALA A2	SALA A3	SALA A4
08.00 09.00			GRUPO TRABAJO FARMACOVIGILANCIA		GRUPO TRABAJO GEAPSOSER
08.15 09.00	EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR				
09.00 10.00				SIMPOSIO SATÉLITE BIOGEN	
10.00 11.00		MESA GUÍAS Y RECOMENDACIONES SER			MESA SER-BIOIBÉRICA. ÚLTIMAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN ARTROSIS
11.00 11.30	PAUSA CAFÉ				
11.30 13.00	MESA CONSTRUYENDO EL FUTURO	MESA OSTEOPOROSIS	11.30-12.30: MESA SER-SANDOZ. BIOSIMILARES: RETICENCIAS Y EXPERIENCIA	MESA CIENCIA BÁSICA	
13.00 14.00	CONFERENCIA MAGISTRAL. LOS SECRETO DE ATAPUERCA				
14.00 15.00	ALMUERZO DE TRABAJO				
15.00 16.30	MESA ESPONDILOARTRITIS AXIAL	MESA REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA		15.30-16.30: MESA SER-PFIZER. INFliximab BIOSIMILAR, REAL WORLD DATA	
16.30 17.30			TERTULIA CNE	CÓMO TRATAR: NUEVAS RECOMENDACIONES EN EARLY ARTHRITIS	TERTULIA GESTIÓN
17.30 18.30		SIMPOSIO SATÉLITE CELGENE			
18.30 19.30				SIMPOSIO SATÉLITE JANSSEN	
20.00	ACTO DE INAUGURACIÓN				

PLANTA 0	PLANTA 1	PLANTA 3			
SALA E	SALA DE JUNTAS	SALA C1	SALA B TERRAZA	SALA B3	SALA C3
GRUPO INTERÉS JOVREUM	GRUPO TRABAJO GEACSER	GRUPO INTERÉS SERPA	DESAYUNO CON EL EXPERTO CONSULTA EPID	DESAYUNO CON EL EXPERTO EMBARAZO	DESAYUNO CON EL EXPERTO OTRAS COMORBILIDADES
EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR					
MESA COMUNICACIONES ORALES I					
PAUSA CAFÉ					
SIMPOSIO SATÉLITE GSK	ALMUERZO DE TRABAJO				
		FORO SERPA	TALLER ECOGRAFÍA DE ARTERIA TEMPORAL	TALLER LECTURA RADIOGRÁFICA	TERTULIA ACTUALIZACIÓN GUIPCAR 2017

JUEVES 25 DE MAYO

PLANTA -2					
	SALA A1	SALA CELGENE	SALA A2	SALA A3	SALA A4
08.00 09.00		GRUPO TRABAJO GRESSER	GRUPO TRABAJO RBE		GRUPO TRABAJO ARCO
08.15 09.00	EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR				
09.00 10.00				SIMPOSIO SATELITE BMS	
10.00 11.00	MESA A TOUR THROUGH EUROPE	MESA COMUNICACIONES ORALES II		MESA SER-ABBVIE. AUNANDO VISIONES POR EL PACIENTE CON AR	
11.00 11.30	PAUSA CAFÉ				
11.30 13.00	MESA VASCULITIS	MESA ARTRITIS PSORIÁSICA		MESA ARTRITIS MICROCRISTALINAS	11.30-12.30: MESA SER-SANOFI. IMPORTANCIA DE LA IL6 EN LA AR
13.00 14.00	CONFERENCIA MAGISTRAL. USO TERAPÉUTICO DE FORMAS DE VIDA SINTÉTICA PARA ENFERMEDADES INMUNES Y METABÓLICAS				
14.00 15.00	ALMUERZO DE TRABAJO			SIMPOSIO SATELITE ABBVIE	
15.00 16.30	MESA ARTRITIS REUMATOIDE	MESA ARTROSIS	15.30-16.30: MESA SER-AMGEN. MANEJO DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE FRACTURA		
16.30 17.30					CÓMO TRATAR. ESCLEROSIS SISTÉMICA
17.30 18.30				SIMPOSIO SATELITE ROCHE	
18.30 19.30				SIMPOSIO SATELITE NOVARTIS	
18.30	1ª CONVOCATORIA ASAMBLEAS GENERAL ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA DE LA SER				
19.30	2ª CONVOCATORIA ASAMBLEAS GENERAL ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA DE LA SER				

PLANTA 0		PLANTA 1		PLANTA 3		
SALA E	SALA DE JUNTAS	SALA B1	SALA C1	SALA B TERRAZA	SALA B3	SALA C3
GRUPO TRABAJO EASSER	GRUPO TRABAJO ARTROSER	GRUPO TRABAJO GEFISER	GRUPO TRABAJO ERNA-SER	DESAYUNO CON EL EXPERTO. NEFRITIS LÚPICA	DESAYUNO. TÁCTICAS DE COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA EN OSTEOPOROSIS	DESAYUNO. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR						
MESA EL ROL DE OTROS PROFESIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS						
PAUSA CAFÉ						
ALMUERZO DE TRABAJO						
				15.00-16.00: TERTULIA. REUMACADEMIA: ADAPTÁNDONOS A UN NUEVO PARADIGMA EDUCATIVO		
TERTULIA TRANSPARENCIA				TERTULIA. CUÁL DEBE SER EL PAPEL DE LA SER EN LA INVESTIGACIÓN EN REUMATOLOGÍA	TALLER CAPILAROSCOPIA	TALLER. EXPLORACIÓN DEL TOBILLO Y PIE

VIERNES 26 DE MAYO

PLANTA -2					
	SALA A1	SALA CELGENE	SALA A2	SALA A3	SALA A4
08.00 09.00		GRUPO TRABAJO ECOSER		GRUPO TRABAJO OSTEORESSER	
08.15 09.00	EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR				
09.00 10.00					SIMPOSIO SATELITE MSD
10.00 11.00	MESA AR PRE-CLÍNICA	MESA ARTRITIS SEPTICAS		MESA SER-NOVARTIS: NUEVOS HORIZONTES EN EL MANEJO DE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL	
11.00 11.30	PAUSA CAFÉ				
11.30 13.00	MESA LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	MESA IMAGEN		11.30-12.30: MESA SER-PFIZER. UPDATE IN SMALL MOLECULES IN REAL LIFE	
13.00 14.30	CONFERENCIA MAGISTRAL LO MEJOR DEL AÑO EN INVESTIGACIÓN BÁSICA Y CLÍNICA				
14.30 15.30	ALMUERZO DE TRABAJO			SIMPOSIO SATELITE LILLY	
15.30 17.00		MESA AVANCES RELEVANTES EN OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES			MESA ENFERMERÍA
17.00 18.00			HOW TO TREAT: PREGNANCY AND INFLAMMATORY AND AUTOIMMUNE DISEASES		
18.00 19.00					

PLANTA 0	PLANTA 1	PLANTA 3			
SALA E	SALA DE JUNTAS	SALA C1	SALA B TERRAZA	SALA B3	SALA C3
GRUPO TRABAJO UVEÍTIS	GRUPO INTERÉS SENIOR SER	GRUPO TRABAJO GTER	DESAYUNO CON EL EXPERTO UVEÍTIS	DESAYUNO CON EL EXPERTO. INSUFICIENCIA RENAL	DESAYUNO CON EL EXPERTO. PREVENCIÓN, VACUNACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO INFECCIOSO
EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR					
MESA LAS FRONTERAS DE LA FIBROMIALGIA					
PAUSA CAFÉ					
ALMUERZO DE TRABAJO					
15.30-16.30: MESA SER-UCB. ABORDAJE INTEGRAL EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR					
			TERTULIA ESTRATEGIAS DE COLABORACIÓN CON URGENCIAS	TALLER. CRISTALES EN LÍQUIDO SINOVIAL	TALLER LECTURA CRÍTICA
MESA PACIENTES					

PROGRAMA
CIENTÍFICO
MIÉRCOLES
24^{DE} MAYO

MIÉRCOLES 24 DE MAYO

08.00-09.00 DESAYUNOS CON EL EXPERTO, REUNIONES GRUPOS DE TRABAJO Y DE INTERÉS DE LA SER, EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR

08.00-09.00 **DESAYUNO CON EL EXPERTO. CONSULTA EPID (ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA)** **SALA B TERRAZA**

Dra. Gema Bonilla Hernán

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: revisar el papel del pulmón en la patogénesis de la AR y en el pronóstico de los pacientes con AR; conocer la valoración terapéutica del paciente con AR activa y EPID; gestionar la colaboración con los neumólogos y conocer experiencias previas.

08.00-09.00 **DESAYUNO CON EL EXPERTO. EMBARAZO** **SALA B3**

Dra. Paloma Vela Casasempere

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante

Objetivos: planificar el seguimiento de las pacientes durante el embarazo y difundir las nuevas recomendaciones sobre el tratamiento de las pacientes con deseo gestacional y el manejo multidisciplinar con pediatras y ginecólogos.

08.00-09.00 **DESAYUNO CON EL EXPERTO. OTRAS COMORBILIDADES** **SALA C3**

Dr. Miguel Ángel González-Gay Mantecón

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Objetivos: revisar las comorbilidades más frecuentes en las AIC; identificar y controlar el RCV, ver su implicación en la elección de la terapia biológica y conocer la idoneidad de la ecografía como herramienta diagnóstica.

08.00-09.00 **REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO FARMACOVIGILANCIA** **SALA A2**

08.00-09.00 **REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GEAPSOSER** **SALA A4**

08.00-09.00 **REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GEACSER** **SALA DE JUNTAS**

08.00-09.00 **REUNIÓN DEL GRUPO DE INTERÉS JOVREUM** **SALA E**

08.00-09.00 **REUNIÓN DEL GRUPO DE INTERÉS SERPA** **SALA C1**

08.15-09.00 EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR

09.00-10.00 **SIMPOSIO SATÉLITE BIOGEN. DECISIÓN INFORMADA Y COMPARTIDA CON LOS PACIENTES: ¿TAMBIÉN CON LOS BIOSIMILARES?** **SALA A3**

10.00-11.00 **MESAS REDONDAS**

10.00-11.00 **GUÍAS Y RECOMENDACIONES SER** **SALA CELGENE**

Coordinadora: Dra. Elisa Trujillo Martín

Moderadores: Dr. Joaquín Belzunegui Otano. Hospital Universitario Donostia

Dra. Elisa Trujillo Martín. Hospital Universitario de Canarias

10.00-10.15 **Metodología aplicada por la SER en la elaboración de guías y recomendaciones**

Dña. Petra Díaz del Campo Fontecha

Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología

10.15-10.30 **Documento de recomendaciones de terapias biológicas en espondiloartritis**

Dr. Jordi Gratacós Masmitjà

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí

10.30-10.45 **Documento de recomendaciones de terapias biológicas en artritis psoriásica**

Dr. Juan Carlos Torre Alonso

Unidad de Reumatología. Hospital Monte Naranco

10.45-11.00 **Discusión**

10.00-11.00 **MESA COMPARTIDA SER-BIOIBÉRICA. ÚLTIMAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN ARTROSIS** **SALA A4**

Moderadores: Dra. Ingrid Möller Parera. Instituto Poal de Reumatología

Dr. Eduardo Úcar Angulo. Hospital Universitario de Basurto

10.00-10.15 **Predicción de la respuesta terapéutica en artrosis de rodilla mediante farmacoproteómica**

Dr. Francisco Javier Blanco García

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

10.15-10.30 **Papel del sistema adrenérgico en la progresión de la artrosis**
Dr. Pedro Zapater Hernández

Unidad de Farmacología Clínica. Hospital General Universitario de Alicante

10.30-10.45 **La sinovitis, diana en el tratamiento de la artrosis**
Dr. Jordi Monfort Faure

Servicio de Reumatología. Hospital del Mar

10.45-11.00 **Discusión**

10.00-11.00 **COMUNICACIONES ORALES I SALA E**
Moderadores: **Dr. Luis M^º López Domínguez.** Hospital Universitario de Cruces
Dra. Victoria Navarro Compán. Hospital Universitario La Paz

- Resultados a 3 años de una pauta de optimización de terapias biológicas en artritis reumatoide. Resultados del registro CREATE
Dr. Alejandro Escudero Contreras. Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía
- ¿Está disminuyendo la incidencia de la fractura de cadera? Datos de la evolución de la incidencia de fractura de cadera en los últimos 17 años en Alcorcón
Dr. Ramón Mazzucchelli Estéban. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- Asociación entre resistencia insulínica, arteriosclerosis subclínica y grados de actividad y daño en pacientes con lupus eritematoso sistémico
Dra. Hiurma Sánchez Pérez. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias
- Abatacept y patrones de afectación pulmonar intersticial en la artritis reumatoide. Estudio multicéntrico de 63 casos
Dr. Carlos Fernández Díaz. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- Estudio inmunohistológico de la sinovitis de pacientes con artritis indiferenciada que evolucionan a artritis reumatoide o artritis psoriásica durante su seguimiento
Dra. Andrea Cuervo Aguilera. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

- Los anticuerpos anti-ds DNA son mediadores clave en el desarrollo de aterotrombosis en el lupus eritematoso sistémico a través de la inducción de NETosis, la modulación de la inflamación y la activación endotelial

Dr. Carlos Pérez Sánchez. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía

11.00-11.30 **PAUSA CAFÉ**

11.30-13.00 **MESAS REDONDAS**

11.30-13.00 **CONSTRUYENDO EL FUTURO SALA A1**
Coordinadora: **Dra. Lucía Silva Fernández**
Moderadoras: **Dra. Ana Intxaurbe Pellejero.** Hospital Universitario de Basurto
Dra. Lucía Silva Fernández. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

11.30-11.50 **Riesgo cardiovascular en la espondiloartritis axial**
Dr. Javier Rueda Gotor

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

11.50-12.10 **Metabolismo óseo en el lupus eritematoso sistémico**
Dr. Tarek Carlos Salman Monte

Servicio de Reumatología. Hospital del Mar

12.10-12.30 **Afectación neurológica en el síndrome de Sjögren: actualización diagnóstica y terapéutica**
Dra. Adela Gallego Flores

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Perpetuo Socorro de Badajoz

12.30-12.50 **Disfunción endotelial en artritis reumatoide**
Dra. Esmeralda Delgado Frías

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias

12.50-13.00 **Discusión**

11.30-13.00 OSTEOPOROSIS SALA CELGENE

Coordinador: Dr. Javier del Pino Montes

Moderadores: Dr. Javier del Pino Montes. Hospital Universitario de Salamanca
Dr. Ignacio Torre Salaberri. Hospital Universitario de Basurto

11.30-11.50 Epidemiología de las fracturas por fragilidad en España

Dr. Daniel Prieto Alhambra

Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences (NDORMS). University of Oxford. Oxford, UK

11.50-12.10 Nuevas técnicas de imagen para la valoración del riesgo de fractura osteoporótica

Dr. Luis Miguel del Río Barquero

Departamento de Densitometría. CETIR Grupo Médico

12.10-12.30 Abordaje multidisciplinar de la prevención secundaria de fractura osteoporótica. The Fracture Liaison Service (FLS)

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

12.30-12.40 Discusión

12.40-13.00 Presentación oral de trabajos seleccionados

7. Estimación de la incidencia de fractura osteoporótica en Cataluña
Dr. Carmen Gómez Vaquero. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge
8. El tratamiento con denosumab durante 10 Años (10a) en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis se asoció con una incidencia relativa de fractura considerablemente inferior a su probabilidad basal FRAX estimada
Dr. Esteban Jódar Gimeno. Departamento de Endocrinología y Nutrición Clínica. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

11.30-12.30 MESA COMPARTIDA SER-SANDOZ. BIOSIMILARES: RETICENCIAS Y EXPERIENCIA SALA A2

Moderadores: Dra. Mercedes Freire González. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Dr. Antonio Gómez Centeno. Hospital Universitario Parc Taulí

11.30-11.55 Preocupaciones en el uso de fármacos biosimilares

Dr. Julio Ramírez García

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

11.55-12.20 Experiencia clínica con fármaco biosimilar

Dr. Abel López Bermejo

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta

12.20-12.30 Discusión

11.30-13.00 CIENCIA BÁSICA SALA A3

Coordinador: Dr. José Luis Pablos Álvarez

Moderadores: Dr. César Antonio Egües Dubuc. Hospital Universitario Donostia
Dr. José Luis Pablos Álvarez. Hospital Universitario 12 de Octubre

11.30-11.50 Regulación metabólica de la respuesta inflamatoria

Dra. María Mittelbrunn Herrero

Área de Enfermedades Raras y de Base Genética. Hospital Universitario 12 de Octubre

11.50-12.10 Macrófagos proinflamatorios y metotrexate

Dra. Amaya Puig Kröger

Servicio de Inmunología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

12.10-12.30 Inmunopatología del tejido sinovial

Dr. Juan D. Cañete Crespillo

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

12.30-12.40 Discusión

12.40-13.00 Presentación oral de trabajos seleccionados

9. Tofacitinib revierte el bloqueo del transporte reverso de colesterol inducido por la inflamación
Dra. Sandra Pérez Baos. Laboratorio de Patología Osteoarticular. Fundación Jiménez Díaz

10. Efecto de la inflamación crónica sobre el metabolismo lipídico y el desarrollo de resistencia a la insulina en la artritis reumatoide: estudio en modelos humano y murino
Dr. Iván Arias de la Rosa. Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Reina Sofía

13.00-14.00 CONFERENCIA MAGISTRAL. LOS SECRETOS DE ATAPUERCA **SALA A1**

Moderadores: **Dr. José Luis Andréu Sánchez.** Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Dr. Eduardo Úcar Angulo. Hospital Universitario de Basurto

Ponente: **Dr. Ignacio Martínez Mendizábal**
Departamento de Ciencias de la Vida. Universidad de Alcalá

14.00-15.00 ALMUERZO DE TRABAJO

14.00-15.00 SIMPOSIO SATELITE GSK. UN PASO MÁS ALLÁ EN EL ABORDAJE DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO **SALA E**

*GSK pondrá a disposición de los asistentes al simposio un almuerzo en la sala.

15.00-16.30 MESAS REDONDAS

15.00-16.30 ESPONDILOARTRITIS AXIAL **SALA A1**

Coordinador: **Dr. Eugenio de Miguel Mendieta**
Moderadores: **Dr. Eugenio de Miguel Mendieta.** Hospital Universitario La Paz
Dr. José Francisco García Llorente. Hospital de Galdakao Usansolo

- 15.00-15.25 ¿Es la espondiloartritis una enfermedad única que comparte mecanismos patogénicos comunes con diferente expresión fenotípica?

Dr. Eduardo Collantes Estévez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía

- 15.25-15.50 Actualización del 2016 de las recomendaciones ASAS-EULAR para el manejo de espondiloartritis axial

Dr. Victoria Navarro Compán
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz

15.50-16.00 Discusión

16.00-16.30 Presentación oral de trabajos seleccionados

11. Asociación de la proteína supresora de la señalización SOCS-3 con alelos protectores de polimorfismos del receptor de interleuquina-23 (IL-23r) en pacientes con espondilitis anquilosante

Dra. María Alejandra Sánchez López. Instituto de Investigación Biomédica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

12. Utilización de sensores inerciales de movimiento para la evaluación de la movilidad espinal en pacientes con espondiloartritis axial

Dr. Eduardo Collantes Estévez. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía

13. Impacto del tabaco en las manifestaciones clínicas y el daño estructural de los pacientes con espondiloartritis axial y espondilitis anquilosante. Revisión sistemática de la literatura

Dra. Virginia Villaverde García. Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles

15.00-16.30 REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA: NUEVOS NOMBRES PARA ENFERMEDADES DE SIEMPRE **SALA CELGENE**

Coordinadora: **Dra. Consuelo Modesto Caballero**

Moderadoras: **Dra. Olaia Fernández Berrizbeitia.** Hospital Universitario de Basurto
Dra. Consuelo Modesto Caballero. Hospital Universitario Vall d'Hebrón

- 15.00-15.20 Behçet's disease during childhood, is it an autoinflammatory disease?

Dra. Isabelle Kone-Paut
Service of Paediatric Rheumatology. Bicêtre Hospital. Paris, France

- 15.20-15.40 Aplicación de biomarcadores (imágenes y bioquímicos) en el diagnóstico y seguimiento de la artritis idiopática juvenil

Dra. Estefanía Quesada Masachs
Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón

- 15.40-16.00 Vasculitis sistémicas en la edad pediátrica. Caracterización y rasgos diferenciales respecto al adulto**
Dra. Alina Lucica Boteanu
Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Ramón y Cajal
- 16.00-16.10 Discusión**
- 16.10-16.30 Presentación oral de trabajos seleccionados**
14. Análisis de la composición corporal en artritis idiopática juvenil
Dra. Gisela Díaz-Cordovés Rego. *Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Regional Universitario de Málaga*
15. Valor predictivo de la sinovitis subclínica detectada por ecografía Doppler en relación con los brotes en pacientes con artritis idiopática juvenil tratada con terapia biológica tras espaciar el tratamiento
Dr. Juan Carlos Nieto González. *Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón*
- 15.30-16.30 MESA COMPARTIDA SER-PFIZER. INFLIXIMAB BIOSIMILAR, REAL WORLD DATA** **SALA A3**
Moderadoras: **Dra. Rosario García de Vicuña Pinedo.** *Hospital Universitario de La Princesa*
Dra. Esther Ruiz Lucea. *Hospital Universitario de Basurto*
- 15.30-15.55 Real World Data en el uso de biosimilares**
Dr. Esteban Rubio Romero
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío
- 15.55-16.20 Inmunogenicidad**
Dr. Fermín Sánchez de Medina López-Huertas
Departamento de Farmacología. Universidad de Granada
- 16.20-16.30 Discusión**

- 16.30-17.30 TERTULIAS Y TALLERES**
- 16.30-17.30 TERTULIA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD (CNE). PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN: HACIA DÓNDE NOS DIRIGIMOS** **SALA A2**
Dra. María Galindo Izquierdo
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre
Objetivos: conocer las funciones de la CNE y el nuevo programa formativo de Reumatología y analizar las novedades en la implantación de la troncalidad.
- 16.30-17.30 CÓMO TRATAR. NUEVAS RECOMENDACIONES EN EARLY ARTHRITIS** **SALA A3**
Dra. Lucía Silva Fernández
Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
Objetivos: presentar las últimas recomendaciones EULAR sobre el manejo de la artritis de reciente comienzo: criterios de derivación al reumatólogo, procedimiento diagnóstico y manejo terapéutico.
- 16.30-17.30 TERTULIA. GESTIÓN** **SALA A4**
Dr. Carlos Marras Fernández-Cid
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Objetivos: analizar la importancia de la gestión clínica desde las unidades de Reumatología y adquirir herramientas para mejorar la gestión clínica.
- 16.30-17.30 TALLER. ECOGRAFÍA DE ARTERIA TEMPORAL** **SALA B TERRAZA**
Dr. Eugenio de Miguel Mendieta
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz
Objetivos: ¿cómo hacer bien una ecografía de la arteria temporal?; definiciones ecográficas actualizadas de la arteritis de la temporal; optimización de parámetros e imágenes ecográficas y ejercicio interactivo de lectura de imágenes.
- 16.30-17.30 TALLER. LECTURA RADIOGRÁFICA** **SALA B3**
Dr. Jesús Sanz Sanz
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Objetivos: recordar la sistemática de lectura de radiografía simple osteoarticular; reconocer la semiología básica de la radiología simple osteoarticular y realizar de forma práctica e interactiva la lectura y reconocimiento de lesiones características de la patología reumatológica en radiografía simple.

16.30-17.30 TERTULIA. ACTUALIZACIÓN GUIPCAR 2017 SALA C3

Dr. Alejandro Balsa Criado

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz

Objetivos: presentar la actualización de las recomendaciones del tratamiento de la artritis reumatoide que se presentarán en la GUIPCAR 2017.

16.30-17.30 FORO SERPA SALA C1

17.30-18.30 SIMPOSIO SATÉLITE CELGENE. CAMBIO DE PERSPECTIVA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ARTRITIS PSORIÁSICA: DE LA EVIDENCIA A LA EXPERIENCIA CON APREMILAST SALA CELGENE

18.30-19.30 SIMPOSIO SATÉLITE JANSSEN. UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA DIFERENTE PARA LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA SALA A3

19.30 CÓCTEL DE BIENVENIDA

20:00 ACTO DE INAUGURACIÓN SALA A1



PROGRAMA
CIENTÍFICO
JUEVES
25^{DE} MAYO

JUEVES 25 DE MAYO

08.00-09.00 DESAYUNOS CON EL EXPERTO, REUNIONES GRUPOS DE TRABAJO DE LA SER, EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR

08.00-09.00 DESAYUNO CON EL EXPERTO. NEFRITIS LÚPICA **SALA B TERRAZA**

Dra. María Galindo Izquierdo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: revisar las principales pautas de tratamiento, el manejo de los casos refractarios y el papel actual de la terapia biológica en la nefritis lúpica y reconocer la idoneidad de colaboración con nefrólogos.

08.00-09.00 DESAYUNO CON EL EXPERTO. TÁCTICAS DE COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA EN OSTEOPOROSIS **SALA B3**

Dra. Carmen Gómez Vaquero

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos: revisar los criterios de derivación de los pacientes con osteoporosis posmenopáusica desde la atención especializada a la AP y viceversa; conocer la utilidad de los marcadores de recambio óseo en la monitorización de la osteoporosis; entender el manejo terapéutico de la osteoporosis posmenopáusica y la gestión de la colaboración con los Médicos de Familia a través de experiencias previas.

08.00-09.00 DESAYUNO CON EL EXPERTO. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA **SALA C3**

Dra. Eugenia Enríquez Merayo

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: justificar la necesidad de esta consulta a través de experiencias existentes; conocer su carácter multidisciplinar; aprender la nueva relación médico paciente sin la presencia de los padres y revisar la educación sanitaria en relación a ETS y embarazo.

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GRESSER **SALA CELGENE**

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO RBE **SALA A2**

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ARCO **SALA A4**

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO EASSER **SALA E**

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ARTROSER **SALA DE JUNTAS**

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GEFISER **SALA B1**

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ERNA-SER **SALA C1**

08.15-09.00 EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR

09.00-10.00 SIMPOSIO SATÉLITE BMS. ARTRITIS REUMATOIDE EROSIVA CON FACTORES DE MAL PRONÓSTICO, ¿UNA ENTIDAD DIFERENTE? **SALA A3**

10.00-11.00 MESAS REDONDAS

10.00-11.00 A TOUR THROUGH EUROPE **SALA A1**

Coordinador: Dr. Eliseo Pascual Gómez

Moderadores: Dr. Jaime Calvo Alén. Hospital Universitario de Araba
Dr. Eliseo Pascual Gómez. Universidad Miguel Hernández

10.00-10.15 The Eular School of Rheumatology, aims and opportunities
Dr. Annamaria Iagnocco

Rheumatology Unit. Sapienza University of Rome. Rome, Italy

10.15-10.30 How EMEUNET can help to rise Rheumatology standards through Europe

Dr. Sofía Ramiro

Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden, the Netherlands

10.30-10.45 A man in two worlds: a rheumatologist at the emergency ward
Dr. Terence James Gibson

Department of Rheumatology. Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust. London, UK

10.45-11.00 Discussion

10.00-11.00 COMUNICACIONES ORALES II SALA CELGENE

Moderadoras: **Dra. Sara Marsal Barril.** Hospital Universitario Vall d'Hebrón
Dra. Ana Ruibal Escribano. Hospital Universitario Araba

16. *Cambios en el perfil clínico de los pacientes con gota en los últimos 25 años: lo que nos espera*
Dra. Sandra Pamela Chinchilla Gallo. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Cruces
17. *Características clínicas de las miopatías inflamatorias asociadas a cáncer en el registro REMICAM*
Dra. Isabel de la Cámara Fernández. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre
18. *Ateromatosis subclínica y déficit de vitamina D en pacientes con esclerodermia*
Dr. Jorge Juan González Martín. Servicio Reumatología. Hospital Universitario HM Sanchinarro
19. *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide (AR). Revisión sistemática: pacientes con AR, ¿cuál es el tratamiento biológico más seguro en pacientes con cáncer previo?*
Dra. Claudia Alejandra Pereda Testa. Servicio de Reumatología. Hospital HLA Mediterráneo
20. *Predictores de eventos vasculares arteriales en una cohorte de lupus eritematoso sistémico*
Dr. José Gabriel Erdozain Castiella. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Cruces
21. *Prevención primaria del riesgo cardiovascular en enfermedades reumáticas sistémicas: impacto de la ecografía carotídea en el área norte de Gran Canaria*
Dr. Juan Carlos Quevedo Abeledo. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

10.00-11.00 MESA COMPARTIDA SER-ABBVIE. AUNANDO VISIONES POR EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE SALA A3

Moderadoras: **Dra. Sagrario Bustabad Reyes.** Hospital Universitario de Canarias
Dra. Olaia Fernández Berrizbeitia. Hospital Universitario de Basurto

10.00-10.15 Cómo lo vivimos los reumatólogos

Dr. José Javier Pérez Venegas
Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital General Universitario de Jerez de la Frontera

10.15-10.30 La realidad del gerente

Dr. Santiago Rabanal Retolaza
Gerencia. Hospital Universitario de Cruces

10.30-10.45 ¿Es posible un objetivo común?

Dra. Susana Romero Yuste
Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

10.45-11.00 Discusión

10.00-11.00 EL ROL DE OTROS PROFESIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS SALA E

Coordinadora: **Dña. Milena Gobbo Montoya**

Moderadoras: **Dra. Rosa Expósito Molinero.** Hospital de Laredo
Dña. Milena Gobbo Montoya. Positivamente Psicólogos

10.00-10.25 El psicólogo en Reumatología

Dña. Marta Redondo Delgado
Departamento de Psicología. Universidad Camilo José Cela

10.25-10.50 El fisioterapeuta en Reumatología

D. Sergio Lerma Lara
Laboratorio de Análisis del Movimiento. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús

10.50-11.00 Discusión

11.00-11.30 PAUSA CAFÉ

11.30-13.00 MESAS REDONDAS

11.30-13.00 VASCULITIS **SALA A1**

Coordinador: Dr. Víctor M. Martínez Taboada

Moderadores: Dra. Olga Maiz Alonso. Hospital Universitario Donostia
Dr. Víctor M. Martínez Taboada. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

11.30-11.50 Impacto de los nuevos antivirales en la vasculitis crioglobulinémica
Dr. Javier Crespo García
Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

11.50-12.10 Polymyalgia rheumatica: the future in diagnosis and treatment
Dr. Marco Cimmino
Department of Rheumatology. University of Genova. Genova, Italy

12.10-12.30 Síndromes pseudovasculíticos
Dr. Francisco Javier Narváez García
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge

12.30-12.40 Discusión

12.40-13.00 **Presentación oral de trabajos seleccionados**

22. Efectividad de la terapia antiviral de acción directa sobre la crioglobulinemia mixta esencial asociada a la infección por el virus de la hepatitis C
Dr. Sixto Zegarra Mondragón. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal
23. Arteritis de células gigantes: aterosclerosis como falso positivo en el signo de halo
Dr. Eugenio de Miguel Mendieta. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz

11.30-13.00 MESA. ARTRITIS PSORIÁSICA **SALA CELGENE**

Coordinador: Dr. Juan D. Cañete Crespillo

Moderadores: Dr. Juan D. Cañete Crespillo. Hospital Clínic de Barcelona
Dra. Eva Galindez Agirregoikoa. Hospital Universitario de Basurto

11.30-11.55 ¿Qué medidas y desenlaces deberíamos usar en artritis psoriásica en nuestra práctica clínica?
Dra. Helena Marzo Ortega

NIHR Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Leeds Teaching Hospitals NHS Trust. Leeds, UK

11.55-12.20 Therapies impacting the IL23/IL-17 pathway in psoriasis: are all the same?
Dr. Iain B. McInnes
Institute of Infection, Immunity and Inflammation. University of Glasgow. Glasgow, UK

12.20-12.30 Discusión

12.30-13.00 **Presentación oral de trabajos seleccionados**

24. Diferencias en la expresión fenotípica de la artritis psoriásica de reciente comienzo entre hombres y mujeres: datos basales del estudio REAPSER
Dr. Rubén Queiro Silva. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias
25. Identificación de variación genética específica de la artritis psoriásica mediante análisis de asociación de genoma completo
Dr. Adrià Aterido Ballonga. Instituto de Investigación. Hospital Universitario Vall d'Hebron
26. IL17 se correlaciona positivamente con TGF-beta 1 y DKK1 e inversamente con BMP2 y 4 en membrana sinovial de pacientes con artritis psoriásica
Dr. José A. Pinto Tasende. Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

11.30-13.00 ARTRITIS MICROCRISTALINAS SALA A3

Coordinador: Dr. Fernando Pérez Ruiz

Moderadores: Dr. Fernando Pérez Ruiz. Hospital Universitario de Cruces
Dra. Francisca Sivera Mascaró. Hospital General Universitario de Elda

11.30-11.50 Evaluación y manejo del riesgo cardiovascular en la gota

Dr. Enrique Calvo Aranda
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario HM Sanchinarro

11.50-12.10 Pseudogota: ni "pseudo" ni "gota"

Dr. Mariano Andrés Collado
Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante

12.10-12.30 Why don't we cure gout?

Dr. Thomas Bardin
Service of Rheumatology. Lariboisière Hospital. Paris, France

12.30-12.40 Discusión
12.40-13.00 Presentación oral de trabajos seleccionados

27. El tratamiento hipouricemiente parece innecesario en pacientes en hemodiálisis

Dr. Eliseo Pascual Gómez. Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández de Alicante

28. Impacto del tratamiento diurético en la respuesta hipouricemiente en pacientes con gota: análisis de una cohorte de inyección

Dra. Laura Ranieri Chacopino. Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante

11.30-12.30 MESA COMPARTIDA SER-SANOFI. IMPORTANCIA DE LA IL6 EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: BASES INMUNOLÓGICAS Y ACTUALIZACIÓN CLÍNICA SALA A4

Moderadores: Dr. José Francisco García Llorente. Hospital de Galdakao Usansolo
Dr. José A. Román Ivorra. Hospital Universitario y Politécnico La Fe

11.30-11.45 Bases inmunológicas de la IL6 en artritis reumatoide.

¿Por qué es importante?
Dra. Silvia Sánchez Ramón
Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Clínico San Carlos

11.45-12.00 Tras fallo a un antiTNF, ¿sigue siendo la mejor opción reintroducir otro antiTNF o puede ser mejor cambiar de diana?

Dr. Alejandro Balsa Criado
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz

12.00-12.15 Monoterapia en artritis reumatoide. ¿Cuándo, cómo y con qué?

Dra. Nagore Fernández-Llanio Comella
Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova de Valencia

12.15-12.30 Discusión
13.00-14.00 CONFERENCIA MAGISTRAL. USO TERAPÉUTICO DE FORMAS DE VIDA SINTÉTICA PARA ENFERMEDADES INMUNES Y METABÓLICAS SALA A1

Moderadores: Dr. Francisco Javier Blanco García. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Dr. Jaime Calvo Alén. Hospital Universitario de Araba

Ponente: Dr. José Carlos Gutiérrez Ramos
Dirección General. Synlogic. Cambridge, USA

14.00-15.00 ALMUERZO DE TRABAJO
14.00-15.00 SIMPOSIO SATÉLITE ABBVIE. MÁS ALLÁ DE LAS MANIFESTACIONES CLÁSICAS EN ESPONDILOARTRITIS SALA A3

*AbbVie pondrá a disposición de los asistentes al simposio un cóctel previo una hora antes del evento.

15.00-16.30 TERTULIA Y MESAS REDONDAS

15.00-16.00 TERTULIA. REUMACADEMIA: ADAPTÁNDONOS A UN NUEVO PARADIGMA EDUCATIVO (SALA B TERRAZA)

Dr. Ignacio del Moral Vicente-Mazariegos

Dirección Ejecutiva. Hospital Virtual Valdecilla

Dr. Víctor M. Martínez Taboada

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Dr. Joan Miquel Nolla Solé

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge

Objetivos: analizar los nuevos métodos de aprendizaje y conocer las herramientas básicas para poder aplicarlos en diferentes ámbitos (ej. educación pre-graduada, post-graduada, continuada, etc.)

15.00-16.30 ARTRITIS REUMATOIDE (SALA A1)

Coordinador: Dr. Raimon Sanmartí Sala

Moderadores: Dr. Alberto Alonso Ruiz. *Hospital Universitario de Cruces*

Dr. Raimon Sanmartí Sala. *Hospital Clínic de Barcelona*

15.00-15.25 El concepto de ventana de oportunidad en la artritis reumatoide. ¿Qué es? ¿Realmente existe?

Dra. Ana Ortiz García

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa

15.25-15.50 Las estrategias de tratamiento actuales en la artritis reumatoide. Mucha literatura pero... ¿y en la práctica...?

Dr. Héctor Corominas Macías

Rheumatology Division & Lupus Center. Beth Israel Deaconess Medical Center. Boston, USA.

15.50-16.00 Discusión

16.00-16.30 Presentación oral de trabajos seleccionados

29. Comparación del segundo biológico no anti-TNF versus anti-TNF en pacientes con artritis reumatoide tras suspensión del primer anti-TNF

Dra. Patricia Bogas Schay. *Servicio de Reumatología.*

Hospital Universitario La Paz

30. Eje incretinas-insulina en pacientes con artritis reumatoide

Dra. Beatriz Tejera Segura. *Division of Medicine. University College London Hospital. London, UK*

31. Características socio-demográficas y clínicas basales de pacientes con artritis de reciente comienzo atendidos en hospitales españoles. Un estudio descriptivo multicéntrico

Dr. Alejandro Balsa Criado. *Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz*

15.00-16.30 ARTROSIS (SALA CELGENE)

Coordinador: Dr. Jordi Monfort Faure

Moderadores: Dr. Jorge Cancio Fanlo. *Hospital Universitario Donostia*

Dr. Jordi Monfort Faure. *Hospital del Mar*

15.00-15.20 Artrosis metabólica

Dra. Raquel Largo Carazo

Laboratorio de Patología Osteoarticular. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

15.20-15.40 Dieta mediterránea e inflamación: un modelo para la prevención y el tratamiento de la artrosis

Dr. Lluís Serra Majem

Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de las Palmas de Gran Canaria

15.40-16.00 Cohorte española para el estudio de la artrosis

D. Carlos Sánchez Piedra

Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología

16.00-16.10 Discusión

16.10-16.30 Presentación oral de trabajos seleccionados

32. Síndrome metabólico y osteoartritis de rodilla. Impacto en la prevalencia, incidencia de severidad y progresión de la enfermedad

Dra. Natividad Oreiro Villar. *Servicio de Reumatología.*

Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña

33. Evaluación de la efectividad a corto plazo de cinco modalidades de tratamiento local en pacientes con osteoartritis de rodilla sintomática
Dra. M^a Lourdes Ladehesa Pineda. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía

15.30-16.30 MESA COMPARTIDA SER-AMGEN. MANEJO DEL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE FRACTURA SALA A2

Moderadores: **Dra. Nuria Guañabens Gay.** Hospital Clínic de Barcelona
Dr. Ignacio Torre Salaberri. Hospital Universitario de Basurto

15.30-15.45 Cómo identificar al paciente mayor de 70 años con alto riesgo de fractura

Dr. Esteban Salas Heredia
Servicio de Reumatología. Hospital de la Marina Baixa

15.45-16.00 ¿Es válida la estrategia Treat to Target en el manejo del paciente osteoporótico a largo plazo?

Dr. Esteban Jódar Gimeno
Departamento de Endocrinología y Nutrición Clínica. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

16.00-16.15 Ejemplo de paciente de alto riesgo: cómo manejar al paciente tratado con glucocorticoides

Dra. Ana Isabel Monegal Brancos
Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

16.15-16.30 Discusión

16.30-17.30 TERTULIAS Y TALLERES

16.30-17.30 CÓMO TRATAR. ESCLEROSIS SISTÉMICA SALA A4

Dra. Carmen Pilar Simeón Aznar
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron

Objetivos: realizar un enfoque práctico del tratamiento de las manifestaciones clínicas más prevalentes y con mayor implicación pronóstica de la esclerodermia sistémica.

16.30-17.30 TERTULIA. TRANSPARENCIA SALA E

D. José Fco. Zamarriego Izquierdo
Unidad de Supervisión Deontológica. Farmaindustria

Objetivos: conocer mejor el proyecto actual de transparencia de Farmaindustria en el contexto de transferencias de valor e implicaciones fiscales de este tipo de relaciones entre profesionales sanitarios y la industria farmacéutica.

16.30-17.30 TERTULIA. CUÁL DEBE SER EL PAPEL DE LA SER EN LA INVESTIGACIÓN EN REUMATOLOGÍA: 4 PUNTOS DE VISTA SALA B TERRAZA

Moderador: Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota. Fundación Ramón Domínguez. Hospital Clínico de Santiago

Dr. Juan D. Cañete Crespillo
Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

Dr. José Federico Díaz González
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias

Dr. Juan Ángel Jover Jover
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos

Dr. José Luis Pablos Álvarez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: reflexionar, por un lado, sobre el papel de la SER en la promoción de la investigación en Reumatología y, por otro, poner de manifiesto su labor en la realización de la investigación en la especialidad.

16.30-17.30 TALLER. CAPILAROSCOPIA SALA B3

Dr. Iván Castellví Barranco
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau

Objetivos: conocer la técnica, semiología y utilidad de la capilaroscopia periungueal; interpretar los hallazgos y patrones capilaroscópicos en el día a día: de la teoría a la práctica diaria y realizar un análisis interactivo de casos.

16.30-17.30 TALLER. EXPLORACIÓN DEL TOBILLO Y PIE (DINÁMICA Y ESTÁTICA) SALA C3

Dra. María del Pilar Macarrón Pérez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos

Dra. Rosario Morales Lozano

Unidad de Pie Reumático. Clínica Universitaria de Podología de la Universidad Complutense de Madrid

Objetivos: realizar una práctica de exploración de algún compañero, un ejercicio de medición de ángulos en una radiografía simple de tobillos pies en carga y una práctica con podoscopio.

17.30-18.30 SIMPOSIO SATÉLITE ROCHE. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: TRATAMIENTO CLÁSICO CONVENCIONAL Y NUEVAS TERAPIAS. AVANZANDO EN EL MANEJO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE SALA A3

18.30-19.30 SIMPOSIO SATÉLITE NOVARTIS. 2017, EL AÑO DE COSENTYX: DE LA EVIDENCIA CLÍNICA A LA PRÁCTICA REAL SALA A3

18.30 PRIMERA CONVOCATORIA ASAMBLEAS GENERAL ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA DE LA SER SALA A1

19.30 SEGUNDA CONVOCATORIA ASAMBLEAS GENERAL ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA DE LA SER SALA A1

PROGRAMA
CIENTÍFICO
VIERNES
26^{DE} MAYO

VIERNES 26 DE MAYO

08.00-09.00 DESAYUNOS CON EL EXPERTO, REUNIONES GRUPOS DE TRABAJO Y DE INTERÉS DE LA SER, EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR

08.00-09.00 DESAYUNO CON EL EXPERTO. UVEITIS SALA B TERRAZA

Dra. Esperanza Pato Cour

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos

Objetivos: revisar la uveítis como marcador clínico para la elección del tratamiento biológico; conocer la gestión de la colaboración con los oftalmólogos a través de experiencias existentes; actualizar la optimización/discontinuación del tratamiento anti-TNF en pacientes con uveítis en remisión y cómo reconocer la uveítis refractaria.

08.00-09.00 DESAYUNO CON EL EXPERTO. INSUFICIENCIA RENAL SALA B3

Dres. Fernando Pérez Ruiz y Gorka García Erauzkin

Servicios de Reumatología y Nefrología. Hospital Universitario de Cruces

Objetivos: conocer la prevalencia y pronóstico de la insuficiencia renal crónica en pacientes con AR; interpretar el impacto del uso de los tratamientos biológicos en la conservación de la función renal en las artritis crónicas y revisar el uso de los tratamientos biológicos en pacientes con insuficiencia renal avanzada con trasplante renal.

08.00-09.00 DESAYUNO CON EL EXPERTO. PREVENCIÓN, VACUNACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO INFECCIOSO SALA C3

Dr. José María Aguado García

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivos: identificar al paciente con artritis crónica y mayor riesgo de infección; conocer las pautas de prevención de la infección en los pacientes con mayor riesgo a través de las vacunas; revisar la incidencia de reactivación de hepatitis víricas en pacientes inmunodeprimidos y reconocer el riesgo de infección por herpes Zoster.

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO ECOSER SALA CELGENE

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO OSTEORESSER SALA A3

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO UVEITIS SALA E

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO GTER SALA C1

08.00-09.00 REUNIÓN DEL GRUPO DE INTERÉS SENIOR SALA DE JUNTAS

08.15-09.00 EXPOSICIÓN DE POSTERS Y PÓSTER TOUR

09.00-10.00 SIMPOSIO SATÉLITE MSD. LAS DECISIONES DE HOY Y SU IMPORTANCIA EN EL MAÑANA SALA A4

10.00-11.00 MESAS REDONDAS

10.00-11.00 ARTRITIS REUMATOIDE PRE-CLÍNICA SALA A1

Coordinador: Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota

Moderadores: Dra. María Luz García Vivar. Hospital Universitario de Basurto
Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota. Fundación Ramón Domínguez.
Hospital Clínico Universitario de Santiago

**10.00-10.20 New insights into the early pathogenesis of rheumatoid arthritis
Dra. Anca I. Catrina**

Rheumatology Unit. Karolinska University Hospital. Stockholm, Sweden

10.20-10.35 Auto-anticuerpos, marcadores de la inflamación, perfil lipídico y estudios de imagen en la etapa preclínica de la artritis reumatoide

Dr. Enrique Batlle Gualda

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Sant Joan d' Alacant

10.35-10.50 Tratamiento de los individuos con riesgo de desarrollar artritis reumatoide

Dr. Raimon Sanmartí Sala

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

10.50-11.00 Discusión

10.00-11.00 ARTRITIS SÉPTICAS **SALA CELGENE**

Coordinador: Dr. Carlos Marras Fernández-Cid

Moderadores: Dr. José Manuel Gorordo Olaizola. Hospital Universitario de Basurto
Dr. Carlos Marras Fernández-Cid. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

10.00-10.15 Artritis séptica por estafilococo. ¿La resistencia a meticilinas cambia el manejo?

Dra. Lourdes Mateo Soria

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Triás i Pujol

10.15-10.30 Tratamiento de la artritis séptica, situación actual

Dr. Joan Miquel Nolla Solé

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge

10.30-10.40 Discusión

10.40-11.00 Presentación oral de trabajos seleccionados

34. Artritis séptica por estreptococos. Características clínico-microbiológicas de una enfermedad emergente

Dr. Xabier Michelena Vegas. Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Bellvitge

35. Niveles de procalcitonina sérica como discriminador diagnóstico de la artritis infecciosa y gotosa

Dr. Carlos Guillén Astete. Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Ramón y Cajal

10.00-11.00 MESA COMPARTIDA SER-NOVARTIS. NUEVOS HORIZONTES EN EL MANEJO DE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL: HACIA LA INHIBICIÓN DE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA **SALA A3**

Moderadores: Dra. Eva Galindez Agirregoikoa. Hospital Universitario de Basurto
Dr. Pedro Zarco Montejo. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

10.00-10.25 What are the pathophysiology triggers for destruction and new bone formation in axSpA

Dra. Melissa van Tok

Clinical Immunology and Rheumatology. Academic Medical Center.
Amsterdam, The Netherlands

10.25-10.50 El reto de la inhibición de la progresión radiográfica en EsAax: ¿qué hemos conseguido? ¿hacia dónde vamos?

Dr. Xavier Juanola Roura

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge

10.50-11.00 Discusión

10.00-11.00 LAS FRONTERAS DE LA FIBROMIALGIA **SALA E**

Coordinador: Dr. Javier Rivera Redondo

Moderadores: Dra. Catalina Gómez Arango. Hospital Alto Deba de Mondragón
Dr. Javier Rivera Redondo. Instituto Provincial de Rehabilitación

10.00-10.20 Psiquiatría y fibromialgia. Cuando y cómo tratar

Dra. Belén Castel Bernal

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Guadalajara

10.20-10.40 Sobrediagnosticar en fibromialgia

Dr. Cayetano Alegre de Miquel

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dexeus-Quirón

10.40-10.50 Discusión

10.50-11.00 Presentación oral de trabajos seleccionados

36. Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FIRST) para detección de fibromialgia en pacientes con artritis crónicas en tratamiento biológico

Dra. Lara Valor Méndez. Servicio de Reumatología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

11.00-11.30 PAUSA CAFÉ

11.30-13.00 MESAS REDONDAS

11.30-13.00 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO **SALA A1**

Coordinador: Dr. José M^a Pego Reigosa

Moderadores: Dr. José M^a Pego Reigosa. Complejo Universitario de Vigo
Dr. Eduardo Úcar Angulo. Hospital Universitario de Basurto

11.30-11.55 **Prolonged SLE remission: prevalence and clinical implications**

Dr. Andrea Doria

Rheumatology Unit. University of Padova. Padova, Italy

11.55-12.20 **Bacteriemias en el paciente con lupus eritematoso sistémico. Factores de riesgo y manejo**

Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa

Servicio de Reumatología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

12.20-12.30 **Discusión**

12.30-13.00 **Presentación oral de trabajos seleccionados**

37. Desarrollo y validación de un SCORE para la predicción del riesgo de infección grave en el lupus

Dra. Beatriz Tejera Segura. Division of Medicine. University College London Hospital. London, UK

38. El efecto de la triple terapia con anticoagulación, corticoides, recambios plasmáticos y/o inmunoglobulinas intravenosas sobre la mortalidad de los pacientes con síndrome antifosfolípídico catastrófico

Dr. Gerard Espinosa Garriga. Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic de Barcelona

39. Neoplasias en pacientes con lupus eritematoso sistémico en España: datos del registro RelesSER

Dr. Íñigo Rúa Figuerola Fernández de Larrinoa. Servicio de Reumatología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

11.30-13.00 MESA. IMAGEN **SALA CELGENE**

Coordinadora: Dra. Jacqueline Usón Jaeger. Hospital Universitario de Móstoles

Moderadores: Dr. Eugenio de Miguel Mendieta. Hospital Universitario La Paz
Dra. Clara Eugenia Pérez Velasquez. Hospital Universitario de Basurto

11.30-11.50 **To what extent should imaging support therapeutic decisions currently in rheumatoid arthritis?**

Dra. Lene Terslev

Rheumatological Ultrasound Unit. Center for Rheumatology and Spine Diseases. Rigshospitalet. Glostrup, Denmark

11.50-12.10 **Cómo nos ayuda la ecografía para diagnosticar síndromes atípicos de compresión de nervios periféricos**

Dra. Ingrid Möller Parera

Servicio de Reumatología. Instituto Poal de Reumatología

12.10-12.30 **Análisis de la situación actual de la ecografía en la Reumatología española**

Dra. Jacqueline Usón Jaeger

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Móstoles

12.30-12.40 **Discusión**

12.40-13.00 **Presentación oral de trabajos seleccionados**

40. Ecografía del nervio mediano en pacientes con síndrome del túnel del carpo pendientes de cirugía y su relación con los resultados de la electroneurografía

Dra. Marta Valls Roc. Sección de Reumatología. Hospital de Figueres

41. Tumefacción en las metacarpofalángicas de pacientes con artritis psoriásica: ¿qué es y a qué corresponde?

Dra. Cristina Macía Villa. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa

11.30-12.30 MESA COMPARTIDA SER-PFIZER. UPDATE IN SMALL MOLECULES IN REAL LIFE

SALA A3

Moderadores: **Dra. María Luz García Vivar.** Hospital Universitario de Basurto
Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota. Fundación Ramón Domínguez.
Hospital Clínico Universitario de Santiago

11.30-11.40 Unmet needs in rheumatoid arthritis

Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota
Fundación Ramón Domínguez. Hospital Clínico Universitario de Santiago

11.40-12.00 MoA and JAK pathways & clinical overview of small molecules

Dr. Peter C. Taylor
Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences. University of Oxford. Oxford, UK

12.00-12.25 Real World Experience in small molecules

Dr. Axel Finckh
Service de Rhumatologie. Hôpitaux Universitaires de Genève.
Geneva, Switzerland

12.25-12.30 Discusión

13.00-14.30 CONFERENCIA MAGISTRAL. LO MEJOR DEL AÑO EN INVESTIGACIÓN BÁSICA Y CLÍNICA **SALA A1**

Moderadores: **Dr. Vicente Aldasoro Cáceres.** Complejo Hospitalario de Navarra
Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota. Fundación Ramón Domínguez.
Hospital Clínico Universitario de Santiago

13.00-13.40 Investigación Básica

Dr. Antonio González Martínez-Pedrayo
Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago

13.40-13.45 Discusión

13.45-14.25 Investigación Clínica

Dr. Ricardo Blanco Alonso
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

14.25-14.30 Discusión

14.30-15.30 ALMUERZO DE TRABAJO

14.30-15.30 SIMPOSIO SATÉLITE LILLY. NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE **SALA A3**

*Lilly pondrá a disposición de los asistentes al simposio un cóctel previo media hora antes del evento.

15.30-17.00 MESAS REDONDAS

15.30-17.00 AVANCES RELEVANTES EN OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES: ESCLERODERMIA, SJÖGREN Y MIOPATÍAS INFLAMATORIAS **SALA CELGENE**

Coordinador: **Dr. José Luis Marenco de la Fuente.** Hospital Universitario de Valme
Moderadores: **Dr. Ivan Castellví Barranco.** Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau

Dra. Esther Ruiz Lucea. Hospital Universitario de Basurto

15.30-15.50 Therapeutic expectatives on scleroderma

Dr. Yannick Allanore
Rheumatology A Department. Cochin Hospital. Paris, France

15.50-16.10 Síndrome de Sjögren. Tratamiento del ojo seco y la sequedad oral

Dra. Mónica Fernández Castro
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía

16.10-16.30 Dermatomiositis amiopática

Dra. Isabel Bielsa Marsol
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

16.30-16.40 Discusión

16.40-17.00 Presentación oral de trabajos seleccionados

42. La ecografía de glándulas salivares se asocia con la autoinmunidad en síndrome de Sjögren primario
Dr. Juan Carlos Nieto González. Servicio de Reumatología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

43. Trasplante pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial asociada a anticuerpos anti-sintetasa y anti-MDA5. Experiencia de un centro de referencia
Dr. Ernesto Trallero Araguás. Unidad de Reumatología.
Hospital Universitario Vall d'Hebrón

15.30-17.00 ENFERMERÍA SALA A4

Coordinadoras: Dras. Sara Manrique Arijá y Laura Cano García (enfermera)
Hospital Regional Universitario de Málaga

Moderadores: Dr. Bernat Galarraga Gallastegui. Hospital Quirón Bizkaia
Dra. María López Lasanta. Hospital Universitario Vall d' Hebrón

15.30-15.50 Control del dolor con terapias no farmacológicas
Dña. Susana P. Fernández Sánchez
Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

15.50-16.10 Nutrición y enfermedad inflamatoria
D. Eduardo Fernández Ulloa
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

16.10-16.30 Consejo para la mujer con enfermedad inflamatoria: edad fértil, embarazo y lactancia
Dra. María del Carmen Ordóñez Cañizares
Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga

16.30-16.40 Discusión

16.40-17.00 Presentación oral de trabajos seleccionados

44. Variables psicológicas predictoras de los trastornos del sueño en enfermos con espondiloartritis y artritis psoriásica. Estudio multicéntrico piloto
Dra. Laura Cano García. Servicio de Reumatología (enfermera) Hospital Regional Universitario de Málaga

45. Calcinosis cutánea por dermatomiositis en adulto, cura en ambiente húmedo
Dña. Naira Moreno Pérez. Unidad de Reumatología.
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

15.30-16.30 MESA COMPARTIDA SER-UCB. ABORDAJE INTEGRAL EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR SALA E

Moderadoras: Dra. Rosario García de Vicuña Pinedo. Hospital Universitario de La Princesa

Dr. Enrique Ornilla Laraudogoitia. Clínica Universitaria de Navarra

15.30-15.45 ¿Planificación familiar? Primero hablemos de sexo. Cómo guiar a nuestros pacientes en mejorar sus relaciones de pareja

Dra. Leticia León Mateos
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos

15.45-16.00 ¿Conocemos las expectativas de nuestros pacientes? Cómo impacta la enfermedad reumática inflamatoria en la planificación familiar de los pacientes

Dra. Cristina Sobrino Grande
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

16.00-16.20 El papel del Reumatólogo en la planificación familiar: cómo ayudar a nuestros pacientes a cumplir sus expectativas en planificación familiar

Dra. Anna Moltó Revilla
Rheumatology Departament. Cochin Hospital. Paris, France

16.20-16.30 Discusión

17.00-18.00 TERTULIAS Y TALLERES

17.00-18.00 HOW TO TREAT: PREGNANCY AND INFLAMMATORY AND AUTOIMMUNE DISEASES SALA A2

Dra. Monika Østensen
Norwegian National Advisory Unit on Pregnancy and Rheumatic Diseases.
St. Olavs Hospital-Trondheim University Hospital. Trondheim, Norway

Objectives: understand the complications of managing patients with inflammatory rheumatic diseases pre-, during and post-pregnancy; know how to sustain low disease activity/remission before conception and in pregnancy, to treat a flare during pregnancy, to manage pregnant patients refractory to standard treatment and to prevent a post partum flare.

17.00-18.00 TERTULIA. ESTRATEGIAS DE COLABORACIÓN CON URGENCIAS

SALA B TERRAZA

Dra. Marta Larrosa Padró

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí

Objetivos: analizar las diferentes estrategias y conocer los beneficios de colaborar con Urgencias desde una Unidad de Reumatología.

17.00-18.00 TALLER. CRISTALES EN LÍQUIDO SINOVIAL, TAN FÁCIL COMO ESTO **SALA B3**

Dr. Mariano Andrés Collado

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante

Dra. Francisca Sivera Mascaró

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda

Objetivos: repasar la sistemática del estudio del LS en la identificación de cristales y realizar una práctica con microscopios para dicha identificación.

17.00-18.00 TALLER. LECTURA CRÍTICA **SALA C3**

Dr. José Ramón Maneiro Fernández

Servicio de Reumatología. Hospital Provincial de Pontevedra

Objetivos: repasar la sistemática de una lectura crítica y realizar una práctica de lectura crítica.

18.00-19.00 MESA. PACIENTES **SALA E**

Coordinadora: Dña. María José Lebrero Oncala. Federación Española de Lupus

Moderadores: Dra. María Galindo Izquierdo. Hospital Universitario 12 de Octubre

Dr. Luis Mª López Domínguez. Hospital Universitario de Cruces

18.00-18.15 Presente y futuro del manejo de las enfermedades autoinmunes

Dña. Mª José Lebrero Oncala

Federación Española de Lupus (Felupus)

18.15-18.30 Deberes y derechos de los pacientes 3D

D. Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo

Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis)

18.30-18.45 Lo que la piel esconde

D. Santiago Alfonso Zamora

Acción Psoriasis

18.45-19.00 Discusión

21:00

ACTO DE CLAUSURA

Salida de los autobuses desde los hoteles oficiales a las 20:30 horas



PLANOS CONGRESO

PLANTAS

PLANTA 3

PUNTO DE INFORMACIÓN
GUARDERÍA
SALAS B3, C3 y B TERRAZA

PLANTA 1

ALMUERZOS
PUNTO DE INFORMACIÓN
SALA B1 y C1

PLANTA 0

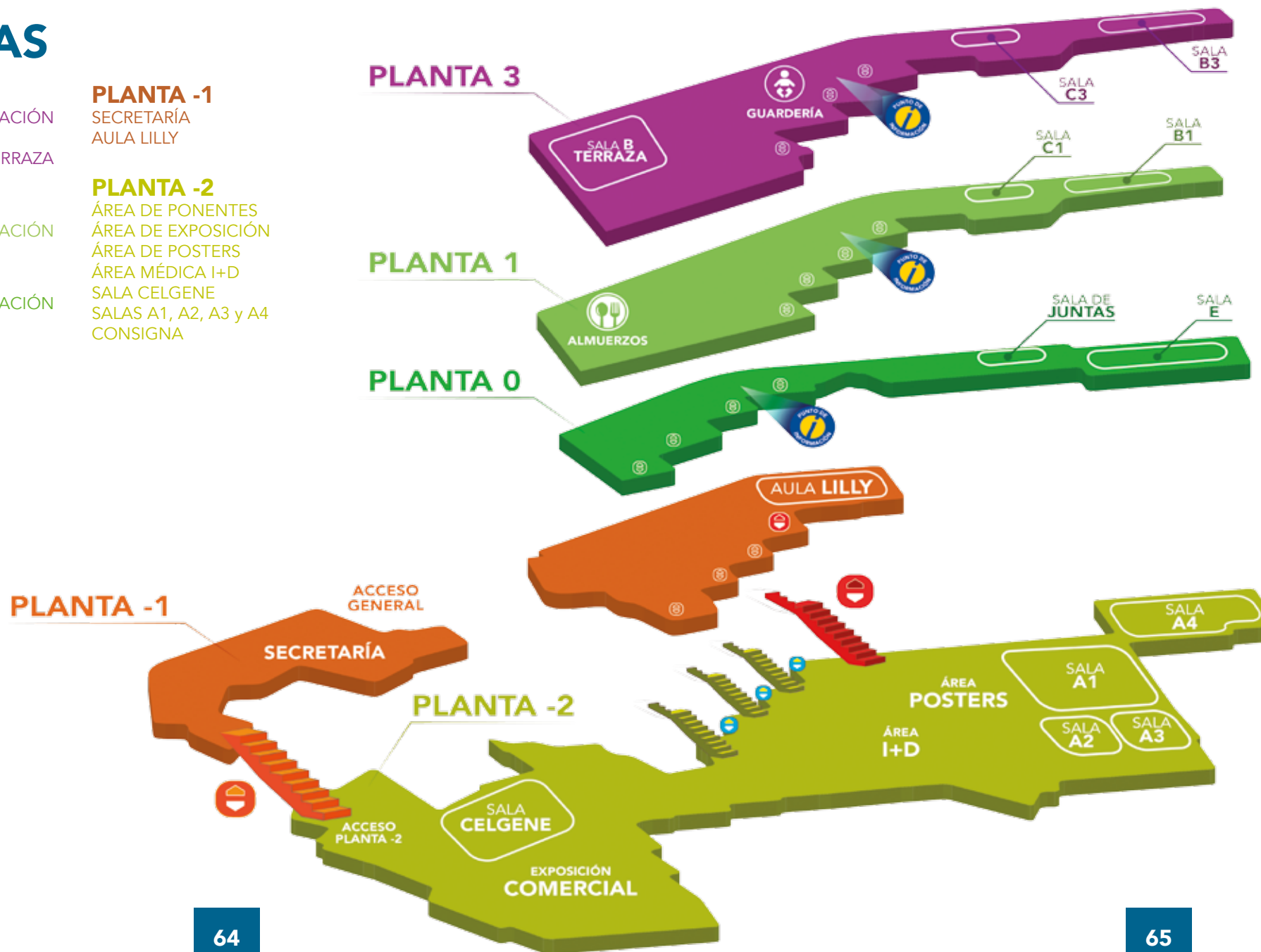
PUNTO DE INFORMACIÓN
SALA DE JUNTAS
SALA E

PLANTA -1

SECRETARÍA
AULA LILLY

PLANTA -2

ÁREA DE PONENTES
ÁREA DE EXPOSICIÓN
ÁREA DE POSTERS
ÁREA MÉDICA I+D
SALA CELGENE
SALAS A1, A2, A3 y A4
CONSIGNA



PLANTA -1

SECRETARÍA
AULA LILLY



PLANTA -2

ÁREA DE PONENTES
ÁREA DE EXPOSICIÓN
ÁREA DE POSTERS
ÁREA MÉDICA I+D
SALA CELGENE
SALAS A1, A2, A3 y A4
CONSIGNA

ENTIDAD	Nº ESPACIO
ACCIÓN PSORIASIS	58
ALFASIGMA	9
AMGEN	4+5
ARAFARMA	52
ASACPHARMA	15
BIOGEN ESPAÑA	53
BIOIBERICA	12
BMS	16+17
BMS I+D	47
CEADE	60
CELGENE	32
CONARTITIS	55
FAES FARMA	3
FELUPUS	56
GEBRO	27+28
GRÜNENTHAL I+D	46
GSK	54
JANSSEN	21-26
KERN PHARMA	29
LABORATORIOS MENARINI	2
LABORATORIOS VIÑAS	10
LILLY	6+7+8
LILLY I+D	43
LIRE	59
MSD - ÁREA DE PONENTES	1
NORDIC	30+31
NOVARTIS	20
NOVARTIS I+D	44
OAFI	57
PFIZER	19
PFIZER INFLECTRA	13+14
PFIZER I+D	50+51
ROCHE FARMA	33-36
ROCHE FARMA I+D	42
SANDOZ I+D	45
SANOFI AVENTIS I+D	48-49
SOBI	18
UCB	Consigna



INFORMACIÓN GENERAL

Información sesiones programa científico

REUNIONES GRUPOS DE TRABAJO

60 minutos

En el marco del Congreso, tal y como se señala en la normativa de Grupos de Trabajo de la SER, éstos han de celebrar una reunión administrativa.

DESAYUNOS CON EL EXPERTO

60 minutos

Encuentros de carácter informal con expertos en las materias que cada una de estas actividades trata. Se celebran a primera hora de la mañana.

Es necesaria la inscripción previa.

MESAS REDONDAS

60 ó 90 minutos

Exposición y presentaciones de ponencias organizadas por patologías para dar a conocer las novedades sobre las mismas.

En las mesas redondas de 90 minutos también se presentan trabajos originales de los congresistas elegidos como comunicaciones orales, por parte del Comité Científico del Congreso, por su calidad e interés científico.

CONFERENCIAS MAGISTRALES

60 ó 90 minutos

Presentación de un tema por un experto con amplios conocimientos y experiencia sobre éste, abordándolo desde varios puntos de vista, definiéndolo y llegando a conclusiones.

MESAS SER-INDUSTRIA PARTICIPANTE

60 minutos

Colaboración de la Sociedad Española de Reumatología y la industria farmacéutica para la divulgación científica de algún aspecto de interés de la Reumatología. La mesa forma parte del programa científico del Congreso no

siendo un espacio destinado a la promoción de productos del laboratorio participante.

TALLERES

60 minutos

Actividad para promover la adquisición de habilidades en técnicas que se puedan aplicar a la práctica clínica habitual.

Se pretende que sean muy prácticos y han de contar con la participación activa de los asistentes.

En los talleres en los que se requiere inscripción previa, las plazas se asignan por estricto orden de llegada del formulario de inscripción. En el resto, no es necesario inscribirse y las plazas se asignan por orden de llegada al taller hasta completar el aforo de la sala.

TERTULIAS

60 minutos

Espacios para el debate, coordinados por un reumatólogo, que cuenta con la colaboración de otros compañeros de la misma o distinta especialidad, sobre temas de interés para la Reumatología.

CÓMO TRATAR

60 minutos

Espacios enfocados a la práctica clínica habitual en las principales enfermedades reumáticas. Al finalizar la charla se entablará una discusión de unos 20 minutos.

PÓSTER TOUR

45 minutos

Visita guiada, en horario de 8.15 a 09.00 horas, a los pósteres más representativos expuestos durante los tres días del Congreso.

Se requiere inscripción previa.

Programa comercial laboratorio^(LAB)

SIMPOSIO SATÉLITE

60 minutos

Espacio exclusivo para los laboratorios. Son éstos los que deciden los participantes y temas de los que tratará, siendo la Sociedad Española de Reumatología completamente ajena al contenido del mismo.

Acreditación Formación Médica Continuada

Se ha solicitado al Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias la acreditación de los actos científicos del Congreso.

Los asistentes que deseen obtener la certificación del Congreso deben cumplir los siguientes requisitos:

1. **Estar inscrito en el Congreso** y recoger la documentación correspondiente, donde se incluirá el **identificativo**. Éste es imprescindible para el control de asistencia y debe llevarse a todas las sesiones que se quiera acreditar.
2. Acceder a las salas de conferencias por la **entrada señalizada como "Acreditaciones FMC"**. Igualmente, debe abandonarse la sala por la misma puerta señalizada.
3. Siempre que se acceda o abandone la sala es necesario hacerlo con el **identificador visible** para que el lector pueda identificarlo, de lo contrario el registro quedaría anulado.
4. Permanecer en la sala correspondiente el **100% del tiempo establecido en el programa**, necesario para poder obtener la acreditación.

Cumpliendo todos estos requisitos y pasado un mes del evento, podrá solicitar la acreditación oficial correspondiente, enviando un mail a la siguiente dirección: **ser@ser.es**

Traslados oficiales



Aeropuerto de Bilbao a los hoteles oficiales:

13.15 h. - 17.30 h. - 19.45 h. - 21.30 h.

Hoteles oficiales (excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde) al Palacio Euskalduna:

15.15 h. Hoteles Abando, Barceló Bilbao Nervión y Ercilla

15.30 h. Hoteles Hesperia Bilbao/NH Ría de Bilbao, Miró, Occidental Bilbao, Sercotel Coliseo y Silken Indautxu

Palacio Euskalduna a los hoteles oficiales

(excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde): **20.15 h.**



Hoteles oficiales (excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde) al Palacio Euskalduna: **07.30 h. - 08.30 h.**

Aeropuerto de Bilbao a los hoteles oficiales: **09.15 h.**

Palacio Euskalduna a los hoteles oficiales

(excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde): **Fin acto de inauguración**



Hoteles oficiales (excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde) al Palacio Euskalduna: **07.30 h. - 08.30 h.**

Palacio Euskalduna a los hoteles oficiales

(excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde): **Fin Asamblea de la SER**



Hoteles oficiales (excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde) al Palacio Euskalduna: **07.30 h. - 08.30 h.**

Palacio Euskalduna al aeropuerto de Bilbao: **18.15 h.**

Palacio Euskalduna a los hoteles oficiales

(excepto NH Villa de Bilbao y Hesperia Zubialde): **18.15 h.**

Hoteles oficiales (excepto Hotel Miró) al Acto de Clausura: **20.30 h.**



Hoteles oficiales al Aeropuerto de Bilbao:

07.00 h. Hoteles Barceló Bilbao Nervión, Hesperia Zubialde/NH Bilbao Zubialde, NH Villa de Bilbao, Sercotel Coliseo y Silken Indautxu

07.15 h. Hoteles Abando, Ercilla, Hesperia Bilbao/NH Ría de Bilbao, Miró y Occidental Bilbao

11.30 h. Hoteles Barceló Bilbao Nervión, Hesperia Zubialde/NH Bilbao Zubialde, NH Villa de Bilbao, Sercotel Coliseo y Silken Indautxu

11.45 h. Hoteles Abando, Ercilla, Hesperia Bilbao/NH Ría de Bilbao, Miró y Occidental Bilbao

Hoteles oficiales



ABANDO



BARCELÓ BILBAO
NERVIÓN



ERCILLA



HESPERIA
BILBAO/NH RIA
DE BILBAO



HESPERIA
ZUBIALDE/ NH
BILBAO ZUBIALDE



NH VILLA
DE BILBAO



SILKEN
INDAUTXU



MIRÓ



OCCIDENTAL
BILBAO



SERCOTEL
COLISEO



El primer anticuerpo monoclonal biosimilar aprobado por la EMA¹

Una alternativa al reto biológico.

INFLECTRA™ es el primer anticuerpo monoclonal biosimilar aprobado por la EMA¹.

INFLECTRA™ ha demostrado ser comparable en términos de eficacia y seguridad a través de ensayos clínicos rigurosos^{2,3} y ha sido autorizado para **las mismas indicaciones que su producto de referencia**^{4,5,6,7}.

PP-IFA-ESP-0046 12/16

Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento

1. Guideline on similar biological medicinal products containing monoclonal antibodies EMA/CHMP/BWP/403543/2010. 2. Park W, Hrycaj P, Jeka S, Kovalenko V, Lysenko G, Miranda P et al. A randomised, double-blind, multicentre-parallel-group, prospective study comparing the pharmacokinetics, safety, and efficacy of CT-P13 and innovator infliximab in patients with ankylosing spondylitis: the PLANETAS study. Ann Rheum Dis 2013;72(10):1605-12. 3. Yoo DH, Hrycaj P, Miranda P, Ramitter E, Piotrowski M, Shevchuk S A randomised, double-blind, parallel-group study to demonstrate equivalence in efficacy and safety of CT-P13 compared with innovator infliximab when coadministered with methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis: the PLANETRA study. Ann Rheum Dis 2013;72(10):1613-20. 4. European Medicines Agency. Inflectra™: summary of product characteristics; 2013. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Product_information/human/002778/WC500151489.pdf. 5. McKeage K. A review of CT-P13: An Infliximab Biosimilar. BioDrugs 2014 Jun;28(3):313-21. 6. European Public Access Report - INFLECTRA™ Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP)/EMA/CHMP/58942/2013. 7. Weise M, Pekka K, Wolff-Holz E, Bielsky MC, Schneider CK. Biosimilars: the science of extrapolation. Blood.



▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Inflectra 100 mg polvo para concentrado para solución para perfusión. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Un vial contiene 100 mg de infliximab*. Después de la reconstitución cada ml contiene 10 mg de infliximab.* Infliximab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humano-murino quimérico producido en células de hibridoma murino mediante tecnología de ADN recombinante. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo para concentrado para solución para perfusión. El polvo es de color blanco. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** **Artritis reumatoide.** Inflectra, en combinación con metotrexato, está indicado en la reducción de los signos y síntomas así como en la mejoría de la función física en: • pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada. • pacientes adultos con enfermedad grave, activa y progresiva no tratados previamente con metotrexato u otros fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). En estas poblaciones de pacientes, se ha demostrado una reducción en la tasa de progresión del daño articular, medida por rayos X (ver sección 5.1). **Enfermedad de Crohn en adultos.** Inflectra está indicado en: • el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que no han respondido a pesar de un curso de terapia completo y adecuado con un corticosteroide y/o un inmunosupresor; o que sean intolerantes o presenten contraindicaciones médicas a dichas terapias. • el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa, fistulizante, en pacientes adultos que no han respondido a pesar de un curso de terapia completo y adecuado con tratamiento convencional (incluidos antibióticos, drenaje y terapia inmunosupresora). **Enfermedad de Crohn en pediatría.** Inflectra está indicado en el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa grave en niños y adolescentes entre 6 y 17 años de edad, que no han respondido a la terapia convencional incluidos un corticosteroide, un inmunomodulador y terapia nutricional primaria; o que sean intolerantes o presenten contraindicaciones a dichas terapias. Infliximab solamente se ha estudiado en combinación con terapia inmunosupresora convencional. **Colitis ulcerosa.** Inflectra está indicado en el tratamiento de la colitis ulcerosa activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que han presentado una respuesta inadecuada a la terapia convencional, incluidos corticosteroides y 6-mercaptopurina (6-MP) o azatioprina (AZA), o que presenten intolerancia o contraindicaciones a dichas terapias. **Colitis ulcerosa en pediatría.** Inflectra está indicado en el tratamiento de la colitis ulcerosa activa grave en niños y adolescentes entre 6 y 17 años, que han tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional incluyendo corticosteroides y 6-MP o AZA, o que son intolerantes o tienen contraindicaciones médicas a dichas terapias. **Espondilitis anquilosante.** Inflectra está indicado en el tratamiento de la espondilitis anquilosante activa, grave, en pacientes adultos que han respondido de forma inadecuada a la terapia convencional. **Artritis psoriásica.** Inflectra está indicado en el tratamiento de la artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con FAME no ha sido adecuada. Inflectra deberá administrarse: • en combinación con metotrexato. • o en monoterapia en pacientes que presenten intolerancia a metotrexato o en los que esté contraindicado metotrexato. Infliximab ha demostrado mejorar la función física en pacientes con artritis psoriásica, y reducir la tasa de progresión del daño articular periférico, medida por rayos X en pacientes con subtipos simétricos poliarticulares de la enfermedad (ver sección 5.1). **Psoriasis.** Inflectra está indicado en el tratamiento de la psoriasis en placas moderada a grave en pacientes adultos que no han respondido, o que tienen contraindicación, o que presentan intolerancia a otra terapia sistémica incluyendo ciclosporina, metotrexato o psoraleno-ultravioleta A (PUVA) (ver sección 5.1). **4.2 Posología y forma de administración.** El tratamiento con Inflectra se tiene que iniciar y supervisar por médicos cualificados, con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedades inflamatorias del intestino, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica o psoriasis. Inflectra debe ser administrado por vía intravenosa. Las perfusiones de Inflectra deben ser administradas por profesionales sanitarios cualificados entrenados en la detección de cualquier efecto relacionado con la perfusión. A los pacientes tratados con Inflectra se les deberá entregar el prospecto y la tarjeta de alerta especial. Durante el tratamiento con Inflectra deberán optimizarse otras terapias concomitantes, por ejemplo, corticosteroides e inmunosupresores. **Posología. Adultos (≥18 años).** **Artritis reumatoide.** 3 mg/kg administrados en perfusión intravenosa seguida de dosis adicionales de 3 mg/kg en perfusión, a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera y posteriormente una cada 8 semanas. Inflectra debe administrarse concomitantemente con metotrexato. Los datos disponibles sugieren que la respuesta clínica se alcanza generalmente dentro de las 12 semanas de tratamiento. Si un paciente presenta una respuesta inadecuada o pierde respuesta después de este periodo, se puede considerar aumentar la dosis en intervalos de aproximadamente 1,5 mg/kg, hasta una dosis máxima de 7,5 mg/kg cada 8 semanas. Alternativamente, se puede considerar la administración de 3 mg/kg cada 4 semanas. Si se alcanza una respuesta adecuada, se debe mantener a los pacientes con la dosis o la frecuencia de dosis seleccionadas. Se deberá reconsiderar cuidadosamente el continuar la terapia en pacientes que no presenten beneficio terapéutico dentro de las 12 primeras semanas de tratamiento o tras el ajuste de dosis. **Enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave.** 5 mg/kg administrados en una perfusión intravenosa seguida de una perfusión adicional de 5 mg/kg 2 semanas después de la primera perfusión. Si un paciente no responde después de 2 dosis, no se deberá administrar ningún tratamiento adicional con infliximab. Los datos disponibles no justifican prolongar el tratamiento con infliximab, en pacientes que no respondan a las 6 semanas de la perfusión inicial. En los pacientes que presenten respuesta, las estrategias alternativas para continuar el tratamiento son: • Mantenimiento: perfusión adicional de 5 mg/kg a las 6 semanas después de la dosis inicial, seguida de perfusiones cada 8 semanas o • Readministración: perfusión de 5 mg/kg si vuelven a aparecer los signos y síntomas de la enfermedad (ver "Readministración" más abajo y sección 4.4). Aunque se carece de datos comparativos, los datos limitados disponibles de pacientes que respondieron inicialmente a 5 mg/kg pero que perdieron la respuesta, indican que algunos pacientes pueden recuperar la respuesta con un aumento de dosis (ver sección 5.1). Se debe reconsiderar detenidamente continuar el tratamiento en pacientes que no muestran evidencia de beneficio terapéutico después del ajuste de dosis. **Enfermedad de Crohn activa, fistulizante.** 5 mg/kg administrados en perfusión intravenosa seguida de perfusiones adicionales de 5 mg/kg a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera perfusión. Si un paciente no presenta respuesta después de 3 dosis, no se deberá administrar ningún tratamiento adicional con infliximab. En pacientes que presenten respuesta, las diferentes estrategias para continuar el tratamiento son: • Mantenimiento: perfusiones adicionales de 5 mg/kg cada 8 semanas o • Readministración: perfusión de 5 mg/kg si los signos y síntomas de la enfermedad vuelven a aparecer seguida de perfusiones de 5 mg/kg cada 8 semanas (ver "Readministración" más abajo y sección 4.4). Aunque se carece de datos comparativos, los datos limitados disponibles de pacientes que respondieron inicialmente a 5 mg/kg pero que perdieron la respuesta indican que algunos pacientes pueden recuperar la respuesta con un aumento de dosis (ver sección 5.1). Se debe reconsiderar detenidamente continuar el tratamiento en pacientes que no muestran evidencia de beneficio terapéutico después del ajuste de dosis. En la enfermedad de Crohn, la experiencia sobre la readministración si los signos y síntomas de la enfermedad vuelven a aparecer es limitada y se carece de datos comparativos sobre el beneficio / riesgo de estrategias alternativas de tratamiento continuado. **Colitis ulcerosa.** 5 mg/kg administrados en perfusión intravenosa, seguida de dosis adicionales de 5 mg/kg en perfusión a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera, y posteriormente cada 8 semanas. Los datos disponibles sugieren que la respuesta clínica se alcanza generalmente dentro de las 14 semanas de tratamiento, esto es, con tres dosis. Se deberá reconsiderar cuidadosamente la continuación de la terapia en pacientes que no muestren evidencia de beneficio terapéutico dentro de este periodo de tiempo. **Espondilitis anquilosante.** 5 mg/kg administrados en perfusión intravenosa seguida de dosis adicionales de 5 mg/kg en perfusión a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera y posteriormente cada 6 a 8 semanas. Si un paciente no responde a las 6 semanas (esto es, después de 2 dosis), no se deberá administrar ningún tratamiento adicional con infliximab. **Artritis psoriásica.** 5 mg/kg administrados en perfusión intravenosa seguida de dosis adicionales de 5 mg/kg en perfusión a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera perfusión y posteriormente cada 8 semanas. **Psoriasis.** 5 mg/kg administrados en perfusión intravenosa, seguida de dosis adicionales de 5 mg/kg en perfusión a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera y posteriormente cada 8 semanas. Si un paciente no responde después de 14 semanas (esto es, después de 4 dosis), no se deberá continuar el tratamiento con infliximab. **Readministración para la enfermedad de Crohn y artritis reumatoide.** Si los signos y síntomas de la enfermedad vuelven a aparecer, infliximab se puede readministrar en las 16 semanas después de la última perfusión. En ensayos clínicos, han sido poco frecuentes reacciones de hipersensibilidad tardía y se han producido tras intervalos libres de infliximab menores de 1 año (ver secciones 4.4 y 4.8). No se ha establecido la seguridad y la eficacia de la readministración después de un intervalo libre de infliximab de más de 16 semanas. Esto es aplicable tanto a los pacientes con enfermedad de Crohn como a los pacientes con artritis reumatoide. **Readministración en colitis ulcerosa.** No se ha establecido la seguridad y eficacia de la readministración, que no sea cada 8 semanas (ver secciones 4.4 y 4.8). **Readministración en espondilitis anquilosante.** No se ha establecido la seguridad y eficacia de la readministración, que no sea cada 6 a 8 semanas (ver secciones 4.4 y 4.8). **Readministración en artritis psoriásica.** No se ha establecido la seguridad y eficacia de la readministración, que no sea cada 8 semanas (ver secciones 4.4 y 4.8). **Readministración en psoriasis.** La experiencia limitada en la readministración con una dosis única de infliximab en psoriasis después de un intervalo de 20 semanas, sugiere una eficacia reducida y una mayor incidencia de reacciones a la perfusión, de leves a moderadas, cuando se compara con el régimen de inducción inicial (ver sección 5.1). La experiencia limitada con la readministración de un nuevo régimen de inducción tras una exacerbación de la enfermedad, indica una mayor incidencia de reacciones a la perfusión, incluyendo las graves, cuando se compara con el tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas (ver sección 4.8). **Readministración para todas las indicaciones.** Cuando se interrumpa la terapia de mantenimiento, y haya necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento, no se recomienda la utilización de un nuevo régimen de inducción (ver sección 4.8). En esta situación, Inflectra debe ser iniciado de nuevo como una dosis única seguida de las recomendaciones para la dosis de mantenimiento indicada anteriormente. **Pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años).** No se han realizado estudios específicos con Inflectra en pacientes de edad avanzada. En los ensayos clínicos, no se han observado diferencias importantes relacionadas con la edad en el aclaramiento o en el volumen de distribución. No se requiere un ajuste de la dosis (ver sección 5.2). Para mayor información en relación a la seguridad de Inflectra en pacientes de edad avanzada ver secciones 4.4 y 4.8. **Insuficiencia renal y/o hepática.** Inflectra no se ha estudiado en esta población de pacientes, por lo que no se puede hacer una recomendación posológica (ver sección 5.2). **Población pediátrica. Enfermedad de Crohn (6 a 17 años).** 5 mg/kg administrados en perfusión intravenosa, seguida de dosis adicionales de 5 mg/kg en perfusión a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera y posteriormente cada 8 semanas. Los datos disponibles no apoyan un tratamiento posterior con infliximab en niños y adolescentes que no hayan respondido dentro de las primeras 10 semanas de tratamiento (ver sección 5.1). Algunos pacientes pueden requerir un intervalo de dosificación más corto para mantener el beneficio clínico, mientras que

para otros pacientes puede ser suficiente un intervalo de dosificación más largo. Los pacientes a quienes se les ha reducido el intervalo de dosificación a menos de 8 semanas pueden tener un mayor riesgo de reacciones adversas. Se debe considerar cuidadosamente el continuar la terapia con un intervalo de dosificación reducido en aquellos pacientes que no presentan evidencia de beneficio terapéutico adicional después de un cambio en el intervalo de dosificación. No se ha estudiado la seguridad y eficacia de Inflectra en niños menores de 6 años con enfermedad de Crohn. Los datos farmacocinéticos actualmente disponibles están descritos en la sección 5.2; sin embargo, no se puede hacer una recomendación posológica en niños menores de 6 años. **Colitis ulcerosa (6 a 17 años).** 5 mg/kg administrados en perfusión intravenosa seguida de dosis adicionales de 5 mg/kg en perfusión a las 2 y 6 semanas siguientes a la primera y posteriormente cada 8 semanas. Los datos disponibles no apoyan un tratamiento posterior con infliximab en pacientes pediátricos que no hayan respondido dentro de las primeras 8 semanas de tratamiento (ver sección 5.1). No se ha estudiado la seguridad y eficacia de Inflectra en niños menores de 6 años con colitis ulcerosa. Los datos farmacocinéticos actualmente disponibles están descritos en la sección 5.2; sin embargo, no se puede hacer una recomendación posológica en niños menores de 6 años. **Psoriasis.** No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Inflectra en niños y adolescentes de edad inferior a 18 años para la indicación de psoriasis. Los datos actualmente disponibles están descritos en la sección 5.2; sin embargo, no se puede hacer una recomendación posológica. **Artritis idiopática juvenil, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante.** No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Inflectra en niños y adolescentes de edad inferior a 18 años para las indicaciones de artritis idiopática juvenil, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. Los datos actualmente disponibles están descritos en la sección 5.2; sin embargo, no se puede hacer una recomendación posológica. **Artritis reumatoide juvenil.** No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de Inflectra en niños y adolescentes de edad inferior a 18 años para la indicación de artritis reumatoide juvenil. Los datos actualmente disponibles están descritos en las secciones 4.8 y 5.2; sin embargo, no se puede hacer una recomendación posológica. **Insuficiencia renal y/o hepática.** Inflectra no se ha estudiado en esta población de pacientes, por lo que no se puede hacer una recomendación posológica (ver sección 5.2). **Forma de administración.** Inflectra debe ser administrado por vía intravenosa durante un período de 2 horas. A todos los pacientes a los que se les administre Inflectra se les mantendrá en observación durante al menos 1-2 horas después de la perfusión para descartar reacciones agudas relacionadas con la perfusión. Debe estar disponible un equipo de emergencia, que incluya adrenalina, antihistamínicos, corticosteroides y ventilación artificial. Con el fin de disminuir el riesgo de aparición de reacciones relacionadas con la perfusión, puede tratarse previamente a los pacientes por ejemplo con un antihistamínico, hidrocortisona y/o paracetamol y se puede disminuir la velocidad de perfusión, especialmente si se han producido previamente reacciones relacionadas con la perfusión (ver sección 4.4). **Perfusiones de duración reducida para las indicaciones en adultos.** En pacientes adultos seleccionados cuidadosamente que han tolerado al menos 3 perfusiones iniciales de 2 horas de Inflectra (fase de inducción) y que están recibiendo tratamiento de mantenimiento, se puede considerar la administración de perfusiones posteriores durante un período no inferior a 1 hora. Si se presenta una reacción a la perfusión asociada a una perfusión de duración reducida, se debe considerar para futuras perfusiones una velocidad de perfusión más lenta si se continúa el tratamiento. No se han estudiado perfusiones de duración reducida con dosis >6 mg/kg (ver sección 4.8). Para instrucciones de preparación y administración, ver sección 6.6. **4.3 Contraindicaciones.** Pacientes con antecedentes de hipersensibilidad al infliximab (ver sección 4.8), a otras proteínas murinas, o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1. Pacientes con tuberculosis u otras infecciones graves como septicemia, abscesos e infecciones oportunistas (ver sección 4.4). Pacientes con insuficiencia cardíaca moderada o grave (grado III/IV según la clasificación NYHA) (ver secciones 4.4 y 4.8). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Con el fin de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, la marca comercial y el número de lote del medicamento administrado deben de estar claramente registrados (o declarados) en la historia clínica del paciente. **Reacciones a la perfusión e hipersensibilidad.** Infliximab se ha asociado con reacciones agudas relacionadas con la perfusión, que incluyen shock anafiláctico y reacciones de hipersensibilidad tardía (ver sección 4.8). Pueden aparecer reacciones agudas a la perfusión o reacciones anafilácticas durante la perfusión (en segundos) o a las pocas horas después de la perfusión. Si se producen reacciones agudas la perfusión se debe interrumpir inmediatamente. Debe estar disponible un equipo de emergencia, que incluya adrenalina, antihistamínicos, corticosteroides y ventilación artificial. Los pacientes pueden ser tratados previamente con por ejemplo, un antihistamínico, hidrocortisona y/o paracetamol para prevenir efectos leves y pasajeros. Los anticuerpos frente a infliximab se pueden desarrollar y se han asociado con un aumento en la frecuencia de las reacciones a la perfusión. Una baja proporción de reacciones a la perfusión fueron reacciones alérgicas graves. También se ha observado una asociación entre el desarrollo de anticuerpos frente a infliximab y una reducción de la duración de la respuesta. La administración concomitante de inmunomoduladores se ha asociado con una menor incidencia de anticuerpos frente a infliximab y una reducción en la frecuencia de reacciones a la perfusión. El efecto de la terapia inmunomoduladora concomitante fue más profundo en pacientes tratados episódicamente que en pacientes en terapia de mantenimiento. Los pacientes que interrumpen los inmunosupresores antes de o durante el tratamiento con infliximab tienen mayor riesgo de desarrollar estos anticuerpos. Los anticuerpos frente a infliximab no pueden ser detectados siempre en las muestras de suero. Si ocurren reacciones graves, se debe administrar tratamiento sintomático y no deben administrarse perfusiones posteriores de Inflectra (ver sección 4.8). En ensayos clínicos, se han notificado reacciones de hipersensibilidad tardía. Los datos disponibles sugieren un incremento del riesgo de hipersensibilidad tardía a medida que aumenta el intervalo libre de Inflectra. Se debe advertir a los pacientes de que consulten a un médico de inmediato si experimentan cualquier acontecimiento adverso tardío (ver sección 4.8). Si los pacientes se vuelven a tratar después de un período prolongado, deben ser controlados estrechamente en cuanto a signos y síntomas de hipersensibilidad tardía. **Infecciones.** Antes, durante y tras el tratamiento con Inflectra, debe vigilarse estrechamente a los pacientes en relación a la aparición de infecciones incluida la tuberculosis. Dado que la eliminación de infliximab puede llevar hasta seis meses, se deberá continuar el control a lo largo de este período. Si un paciente desarrolla una infección grave o septicemia no se le debe administrar tratamiento posterior con Inflectra. Se deberá tener precaución al considerar la utilización de Inflectra en pacientes con infección crónica o historia de infecciones recurrentes, incluyendo terapia inmunosupresora concomitante. Según sea necesario, se deberá recomendar a los pacientes que eviten la exposición a factores de riesgo potenciales para la infección. El factor de necrosis tumoral alfa (TNFα) es un mediador de la inflamación y modula la respuesta inmunitaria celular. Los datos experimentales demuestran que TNFα es esencial para la eliminación de infecciones intracelulares. La experiencia clínica demuestra que en algunos pacientes tratados con infliximab están comprometidas las defensas del paciente frente a la infección. Debería tenerse en cuenta que la supresión de TNFα puede ocultar síntomas de infección como fiebre. La detección precoz de cuadros clínicos atípicos de infecciones graves y de cuadros clínicos típicos de infecciones raras e inusuales es esencial para minimizar retrasos en el diagnóstico y tratamiento. Los pacientes que estén utilizando antagonistas del TNF son más sensibles a padecer infecciones graves. Se han observado tuberculosis, infecciones bacterianas, incluida septicemia y neumonía, fúngicas invasivas, víricas, y otras infecciones oportunistas en pacientes tratados con infliximab. Algunas de estas infecciones han tenido desenlace mortal; las infecciones oportunistas notificadas con mayor frecuencia con un índice de mortalidad > 5 % incluyen neumocistiasis, candidiasis, listeriosis y aspergilosis. Aquellos pacientes que desarrollen una nueva infección cuando están en tratamiento con Inflectra, deben estar estrechamente monitorizados y someterse a una completa evaluación diagnóstica. Si el paciente desarrolla una nueva infección grave o septicemia, se debe suspender la administración de Inflectra e iniciarse la terapia antimicrobiana o antifúngica adecuada hasta que la infección esté controlada. **Tuberculosis.** Se han notificado casos de tuberculosis activa en pacientes que recibieron infliximab. Se ha observado que en la mayoría de estas notificaciones la tuberculosis fue extrapulmonar, presentándose como enfermedad local o diseminada. Antes de iniciar el tratamiento con Inflectra, se debe evaluar en todos los pacientes la existencia de infección tuberculosa activa e inactiva ("latente"). Esta evaluación deberá incluir una detallada historia clínica con antecedentes personales de tuberculosis o posible contacto previo con la enfermedad y terapia inmunosupresora previa y/o actual. Se deberán realizar en todos los pacientes pruebas de detección adecuadas, esto es prueba cutánea de la tuberculina y radiografía de tórax aplicando las recomendaciones locales. Se recomienda anotar en la tarjeta de alerta para el paciente la realización de estas pruebas. Se recuerda a los médicos el riesgo de falsos negativos en la prueba cutánea de la tuberculina, especialmente en pacientes que están gravemente enfermos o inmunodeprimidos. Si se diagnostica una tuberculosis activa, no debe iniciarse el tratamiento con Inflectra (ver sección 4.3). Si se sospecha tuberculosis latente, se debe consultar a un médico con experiencia en el tratamiento de tuberculosis. En todas las situaciones que se describen a continuación, se debe considerar muy cuidadosamente la relación beneficio/riesgo de la terapia con Inflectra. Si se diagnostica una tuberculosis inactiva ("latente"), se debe iniciar un tratamiento para la tuberculosis latente con terapia frente a la tuberculosis antes de iniciar Inflectra, de acuerdo con las recomendaciones locales. Se debe considerar la terapia frente a la tuberculosis antes del inicio de Inflectra en pacientes que presentan varios o importantes factores de riesgo de tuberculosis y una prueba negativa para tuberculosis latente. Se debe considerar también la utilización de terapia frente a la tuberculosis antes del inicio del tratamiento con Inflectra en pacientes con historia de tuberculosis latente o activa en los que no se puede confirmar un curso adecuado de tratamiento. Se han notificado algunos casos de tuberculosis activa en pacientes tratados con infliximab durante y después del tratamiento para la tuberculosis latente. Se deben dar instrucciones a todos los pacientes para que consulten con su médico si apareciesen signos/síntomas indicativos de tuberculosis (por ejemplo, tos persistente, debilidad/pérdida de peso, fiebre/catúnea) durante o después del tratamiento con Inflectra. **Infecciones fúngicas invasivas.** En los pacientes tratados con Inflectra, se debe sospechar una infección fúngica invasiva como la aspergilosis, candidiasis, neumocistosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis o blastomicosis ante la aparición de una enfermedad sistémica grave, y se debe consultar a un médico con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de infecciones fúngicas invasivas en una fase temprana de la investigación de estos pacientes. Las infecciones fúngicas invasivas se pueden presentar diseminadas más que en forma localizada, y las pruebas de antígenos y anticuerpos pueden ser negativas en algunos pacientes con una infección activa. Se debe considerar la adecuada terapia empírica antifúngica al mismo tiempo que se realiza un estudio diagnóstico teniendo en cuenta tanto el riesgo de una infección fúngica grave como los riesgos de una terapia antifúngica. En el caso de pacientes que hayan residido o viajado a regiones donde las infecciones fúngicas invasivas como histoplasmosis, coccidioidomicosis o blastomicosis son endémicas, deben evaluarse cuidadosamente los riesgos y los beneficios del tratamiento con Inflectra antes de iniciar dicho tratamiento. **Enfermedad de Crohn fistulizante.** Los pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante con fistulas supurativas agudas no deben iniciar la terapia con Inflectra hasta que se haya eliminado la fuente de la posible infección, concretamente el absceso (ver sección 4.3). **Reactivación de la hepatitis B (VHB).** Se ha producido reactivación de la hepatitis B en pacientes que recibieron un antagonista TNF incluyendo infliximab, y que son portadores crónicos de este virus. Algunos casos tuvieron desenlace mortal. Los pacientes deben hacerse la prueba de infección por VHB antes de iniciar el tratamiento

con Inflectra. En aquellos pacientes que den positivo a la prueba de infección por VHB, se recomienda la consulta con un médico con experiencia en el tratamiento de la hepatitis B. Los portadores del VHB que precisen tratamiento con Inflectra deben estar estrechamente controlados en cuanto a signos y síntomas de infección activa por VHB durante el tratamiento, y durante los meses siguientes a la finalización del tratamiento. No se dispone de suficientes datos sobre el tratamiento de pacientes portadores de VHB con terapia antiviral conjuntamente con antagonistas TNF para evitar la reactivación del VHB. En pacientes que desarrollen una reactivación del VHB, se debe interrumpir el tratamiento con Inflectra e iniciar terapia antiviral eficaz con un tratamiento de soporte adecuado. **Acontecimientos hepatobiliares.** Durante la experiencia postcomercialización de infliximab, se han observado casos de ictericia y de hepatitis no infecciosa, algunos con características de hepatitis autoinmune. Se han producido casos aislados de fallo hepático que resultaron en trasplante hepático o muerte. Los pacientes con signos o síntomas de disfunción hepática deberán ser evaluados en cuanto a signos de daño hepático. Si se desarrolla ictericia y/o elevaciones de ALT ≥5 veces el límite superior de la normalidad, se deberá interrumpir Inflectra, y se deberá realizar una minuciosa investigación de la alteración. **Administración concomitante de inhibidor de TNF-alfa y anakinra.** Se observaron infecciones graves y neutropenia en ensayos clínicos con el uso concomitante de anakinra y otro antagonista del TNFα, etanercept, sin beneficio clínico añadido comparado con etanercept solo. Debido a la naturaleza de los acontecimientos adversos observados con la terapia de combinación etanercept y anakinra, pueden aparecer toxicidades similares también con la combinación de anakinra y otros antagonistas del TNFα. Por tanto, no se recomienda la combinación de Inflectra y anakinra. **Administración concomitante de inhibidor de TNF-alfa y abatacept.** En los ensayos clínicos, la administración conjunta de antagonistas del TNF y abatacept se ha asociado con un incremento en el riesgo de infecciones, incluidas infecciones graves en comparación con la administración de antagonistas del TNF en monoterapia, sin incremento en el beneficio clínico. No se recomienda la combinación de Inflectra y abatacept. **Administración concomitante con otras terapias biológicas.** No hay información suficiente relativa al uso concomitante de infliximab con otras terapias biológicas utilizadas para tratar las mismas afecciones que infliximab. No se recomienda el uso concomitante de infliximab con estos medicamentos biológicos debido a la posibilidad de un aumento del riesgo de infección y otras interacciones farmacológicas potenciales. **Cambio entre FAME biológicos.** Se debe tener cuidado y los pacientes deben ser monitorizados cuando se cambia de un medicamento biológico a otro, ya que la superposición de la actividad biológica puede aumentar todavía más el riesgo de acontecimientos adversos, incluida la infección. **Vacunas de microorganismos vivos/ agentes infecciosos terapéuticos.** En pacientes que están recibiendo terapia anti-TNF, los datos disponibles sobre la respuesta a la vacunación con vacunas de microorganismos vivos o sobre la transmisión secundaria de la infección por vacunas de microorganismos vivos son limitados. El uso de vacunas de microorganismos vivos puede producir infecciones, incluso diseminadas. No se recomienda la administración concomitante de vacunas de microorganismos vivos con Inflectra. En lactantes expuestos a infliximab en el útero se ha notificado el desenlace mortal debido a la infección diseminada por Bacillus Calmette y Guérin (BCG) tras la administración de la vacuna BCG después del nacimiento. Se recomienda un período de espera de al menos seis meses después del nacimiento antes de la administración de vacunas de microorganismos vivos a lactantes expuestos a infliximab en el útero (ver sección 4.6). Otros usos de los agentes infecciosos terapéuticos como bacterias vivas atenuadas (por ejemplo, la instilación en vejiga de BCG para el tratamiento del cáncer) pueden producir infecciones, incluso diseminadas. No se recomienda la administración concomitante de terapias con agentes infecciosos terapéuticos con Inflectra. **Procesos autoinmunes.** La deficiencia relativa de TNFα que causa la terapia anti-TNF puede dar como resultado el comienzo de un proceso autoinmune. Si un paciente desarrolla síntomas indicativos de un síndrome lupoide después del tratamiento con Inflectra y es positivo para anticuerpos frente ADN bicatenario, no se debe dar un tratamiento posterior con Inflectra (ver sección 4.8). **Trastornos neurológicos.** El uso de antagonistas del TNF, como infliximab, ha sido asociado con casos de nueva aparición o exacerbación de los síntomas clínicos y/o evidencia radiográfica de enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central, incluida la esclerosis múltiple y enfermedades desmielinizantes periféricas, incluido el síndrome de Guillain-Barré. En pacientes con enfermedades desmielinizantes preexistentes o de reciente aparición, se deberán considerar cuidadosamente los beneficios y riesgos del tratamiento con un anti-TNF antes del inicio de la terapia con Inflectra. Si estos trastornos se desarrollan se debe considerar la interrupción del tratamiento con Inflectra. **Neoplasias y trastornos linfoproliferativos.** En los ensayos clínicos controlados de los antagonistas del TNF, se han observado más casos de neoplasias incluyendo linfoma entre los pacientes que recibieron un antagonista del TNF en comparación con los pacientes control. Durante los ensayos clínicos de infliximab en todas las indicaciones aprobadas, la incidencia de linfoma en pacientes tratados con infliximab fue superior a la esperada en la población general, pero la aparición de linfoma fue rara. Durante la fase postcomercialización, se han notificado casos de leucemia en pacientes tratados con un antagonista del TNF. Existe un mayor riesgo basal de linfomas y leucemia en pacientes con artritis reumatoide (con enfermedad inflamatoria de larga duración y de alta actividad), lo que complica la estimación del riesgo. En un ensayo clínico preliminar en el cual se evaluaba el uso de infliximab en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a severa, se notificaron más neoplasias en los pacientes tratados con infliximab en comparación con los pacientes control. Todos los pacientes tenían un historial de tabaquismo importante. Se debe tener precaución al considerar el tratamiento de pacientes con riesgo elevado de neoplasia por tabaquismo importante. Con los conocimientos actuales, no puede ser excluido un riesgo de desarrollo de linfomas u otras neoplasias en pacientes tratados con un agente bloqueante del TNF (ver sección 4.8). Se debe tener precaución al considerar la terapia con bloqueantes del TNF en pacientes con historia de neoplasia o cuando se considere la continuidad del tratamiento en pacientes que desarrollen neoplasia. También se deberá tener precaución en pacientes con psoriasis y con una historia clínica de terapia inmunosupresora amplia o tratamiento prolongado con PUVA. Durante la fase postcomercialización se han notificado neoplasias, algunas mortales, en niños, adolescentes y adultos jóvenes (hasta 22 años) tratados con antagonistas del TNF (inicio de la terapia ≤18 años), incluyendo infliximab. Aproximadamente la mitad de los casos fueron linfomas. Los otros casos se correspondían con distintas neoplasias incluidas neoplasias raras normalmente asociadas con inmunosupresión. No puede excluirse el riesgo de desarrollo de neoplasias en pacientes tratados con antagonistas del TNF. Durante la fase postcomercialización se han notificado casos de linfoma de células T hepatoesplénico (HTCL) en pacientes tratados con bloqueantes del TNF, incluido infliximab. Este tipo raro de linfoma de células T hepatoesplénico, tiene un curso de la enfermedad muy agresivo y habitualmente puede provocar la muerte. **Casi todos los pacientes habían recibido un tratamiento con AZA o 6-MP concomitante o inmediatamente antes de un bloqueante del TNF.** La gran mayoría de los casos con infliximab han ocurrido en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa y la mayor parte de los casos se registraron en varones adolescentes o adultos jóvenes. El riesgo potencial de la combinación de AZA o 6-MP con infliximab debe considerarse cuidadosamente. El riesgo de desarrollo de linfoma de células T hepatoesplénico en pacientes tratados con Inflectra no puede excluirse (ver sección 4.8). Se ha notificado melanoma y carcinoma de células de Merkel en pacientes tratados con antagonistas del TNF, incluido infliximab (ver sección 4.8). Se recomiendan exámenes periódicos de la piel, especialmente en los pacientes con factores de riesgo para cáncer de piel. Un estudio retrospectivo de cohorte de base poblacional utilizando datos de los registros de salud nacional suecos encontró una incidencia mayor de cáncer de cuello uterino en mujeres con artritis reumatoide tratadas con infliximab en comparación con pacientes que carecían de antecedentes de tratamiento biológico o con la población en general, incluyendo aquellas mayores de 60 años. Se debe continuar el reconocimiento periódico en las mujeres tratadas con Inflectra, incluidas aquellas mayores de 60 años. Todos los pacientes con colitis ulcerosa que presentan un riesgo elevado de displasia o carcinoma de colon (por ejemplo, pacientes con colitis ulcerosa de larga evolución o colangitis esclerosante primaria), o que han presentado historia previa de displasia o carcinoma de colon deberán someterse a una revisión a intervalos regulares para el diagnóstico de displasia, antes de la terapia y a lo largo del curso de su enfermedad. Esta evaluación deberá incluir colonoscopia y biopsia según recomendaciones locales. Con los datos actuales se desconoce si el tratamiento con infliximab influye en el riesgo de desarrollar displasia o cáncer de colon (ver sección 4.8). Como no se ha establecido la posibilidad de aumento del riesgo de desarrollar cáncer en pacientes con displasia de nuevo diagnóstico tratados con infliximab, se deberá revisar cuidadosamente el riesgo y los beneficios para los pacientes y se deberá considerar la interrupción del tratamiento. **Insuficiencia cardíaca.** Inflectra deberá utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca leve (grado I/II según la clasificación NYHA). Los pacientes deberán ser controlados estrechamente y no se deberá continuar el tratamiento con Inflectra en pacientes que desarrollen síntomas nuevos o empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (ver secciones 4.3 y 4.8). **Reacciones hematológicas.** Se han notificado casos de pancytopenia, leucopenia, neutropenia y trombocitopenia en pacientes tratados con antagonistas del TNF, incluido infliximab. Se recomendará a todos los pacientes que busquen asistencia médica inmediatamente si desarrollan signos y presentan síntomas de discrasias sanguíneas (por ejemplo fiebre persistente, hemorragia, cardenales, palidez). Se debe considerar interrumpir la administración de Inflectra en pacientes en los cuales se confirmen alteraciones hematológicas significativas. **Otros.** La experiencia sobre la seguridad del tratamiento con infliximab en pacientes que se han sometido a intervenciones quirúrgicas, incluyendo artroplastia, es limitada. Si se planea una intervención quirúrgica se deberá tener en cuenta la larga semivida de infliximab. El paciente que requiera cirugía durante el tratamiento con Inflectra deberá ser controlado estrechamente en cuanto a infecciones, y se deberán tomar las acciones adecuadas. La ausencia de respuesta al tratamiento para la enfermedad de Crohn puede indicar la presencia de estenosis fibrotica establecida que puede requerir tratamiento quirúrgico. No hay evidencias de que infliximab empeore o provoque estenosis fibrosa. **Poblaciones especiales. Pacientes de edad avanzada (≥65 años).** La incidencia de infecciones graves en pacientes de más de 65 años de edad tratados con infliximab fue mayor que en aquellos pacientes menores de 65 años de edad, algunos con un desenlace mortal. Se deberá prestar una atención especial al riesgo de infección al tratar a los pacientes de edad avanzada (ver sección 4.8). **Población pediátrica. Infecciones.** En los ensayos clínicos, las infecciones se han comunicado en una mayor proporción en pacientes pediátricos comparados con pacientes adultos (ver sección 4.8). **Vacunaciones.** Se recomienda que los pacientes pediátricos lleven al día, siempre que sea posible, todas las vacunas correspondientes al calendario de vacunación actual antes de iniciar el tratamiento con Inflectra. **Neoplasias y trastornos linfoproliferativos.** Durante la fase postcomercialización se han notificado neoplasias, algunas mortales, en niños, adolescentes y adultos jóvenes (hasta 22 años) tratados con antagonistas del TNF (inicio de la terapia ≤18 años), incluyendo infliximab. Aproximadamente la mitad de los casos fueron linfomas. Los otros casos se correspondían con distintas neoplasias incluidas neoplasias raras normalmente asociadas con inmunosupresión. No puede excluirse el riesgo de desarrollo de neoplasias en pacientes tratados con antagonistas del TNF. Durante la fase postcomercialización se han notificado casos de linfomas de células T hepatoesplénico en pacientes tratados con bloqueantes del TNF, incluido infliximab. Este tipo raro de linfoma de células T hepatoesplénico, tiene un curso de la enfermedad muy agresivo y habitualmente puede provocar la muerte. Casi todos los pacientes habían recibido un tratamiento con AZA o 6-MP concomitante o inmediatamente antes de un bloqueante del TNF. La gran

mayoría de los casos con infliximab han ocurrido en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa y en la mayoría de los casos se registraron en varones adolescentes o adultos jóvenes. El riesgo potencial de la combinación de AZA o 6-MP con infliximab debe considerarse cuidadosamente. El riesgo de desarrollo de linfoma de células T hepatoesplénico en pacientes tratados con Inflectra no puede excluirse (ver sección 4.8). **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se han realizado estudios de interacciones. En pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica y enfermedad de Crohn, hay indicios de que el uso concomitante de metotrexato y otros inmunomoduladores reducen la formación de anticuerpos frente a infliximab y aumenta las concentraciones plasmáticas de infliximab. Sin embargo, los resultados son inciertos por limitaciones en los métodos utilizados para el análisis sérico de infliximab y anticuerpos frente a infliximab. Los corticosteroides no parecen afectar la farmacocinética de infliximab de forma clínicamente relevante. No se recomienda la combinación de Inflectra con otras terapias biológicas utilizadas para tratar las mismas afecciones que Inflectra, incluidas anakinra y abatacept (ver sección 4.4). No se recomienda la administración simultánea de vacunas de microorganismos vivos con Inflectra. Tampoco se recomienda la administración de vacunas de microorganismos vivos a lactantes expuestos a infliximab en el útero durante al menos 6 meses después del nacimiento (ver sección 4.4). No se recomienda la administración simultánea de agentes infecciosos terapéuticos y Inflectra(ver sección 4.4). **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** Mujeres en edad fértil. Las mujeres en edad fértil deben utilizar anticonceptivos adecuados para prevenir el embarazo y continuar su uso durante al menos 6 meses después del último tratamiento con Inflectra. **Embarazo.** La moderada cifra de embarazos expuestos a infliximab estudiados de forma prospectiva y con desenlace conocido (aproximadamente 450), incluyendo un número limitado de embarazos expuestos a infliximab durante el primer trimestre (aproximadamente 230), no indican efectos inesperados sobre el desenlace del embarazo. Debido a su inhibición del TNFα, la administración de infliximab durante el embarazo podría afectar a la respuesta inmunitaria normal en el recién nacido. En un estudio de toxicidad sobre el desarrollo embrionario llevado a cabo en ratón que utiliza un anticuerpo análogo que selectivamente inhibe la actividad funcional del TNFα del ratón, no hubo indicación de toxicidad materna, embriotoxicidad o teratogenicidad (ver sección 5.3). La experiencia clínica disponible es muy limitada para excluir un riesgo, y por lo tanto, no se recomienda la administración de infliximab durante el embarazo. Infliximab atraviesa la placenta y se ha detectado en el suero de los lactantes hasta 6 meses tras el nacimiento. Tras la exposición a infliximab en el útero, los lactantes pueden tener un mayor riesgo de infección, incluyendo infecciones diseminadas graves que pueden llegar a ser mortales. No se recomienda la administración de vacunas de microorganismos vivos (por ejemplo, la vacuna BCG) a los lactantes expuestos a infliximab en el útero al menos 6 meses tras el nacimiento (ver secciones 4.4 y 4.5).También se han notificado casos de agranulocitosis (ver sección 4.8). **Lactancia.** Se desconoce si infliximab es excretado en la leche materna o si se absorbe sistémicamente después de la ingestión. Como las inmunoglobulinas humanas se excretan en la leche, las mujeres no deben dar el pecho durante al menos 6 meses después del tratamiento con Inflectra. **Fertilidad.** No hay datos preclínicos suficientes para formular conclusiones sobre los efectos de infliximab en la fertilidad y en la función reproductiva general (ver sección 5.3). **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Inflectra sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña. Pueden producirse mareos tras la administración de Inflectra (ver sección 4.8). **4.8 Reacciones adversas. Resumen del perfil de seguridad.** En los ensayos clínicos, la reacción adversa al medicamento (RAM) más frecuente fue la infección del tracto respiratorio superior, que se produjo en el 25,3 % de los pacientes tratados con infliximab en comparación con el 16,5 % de los pacientes tratados con placebo. Las RAM más graves asociadas con el uso de bloqueantes del TNF notificadas con infliximab son reactivación del VHB, insuficiencia cardíaca congestiva, infecciones graves (como septicemia, infecciones oportunistas y tuberculosis), enfermedad del suero (reacciones de hipersensibilidad retardada), reacciones hematológicas, el lupus eritematoso sistémico/síndrome pseudolúpico, enfermedades desmielinizantes, acontecimientos hepatobiliares, linfomas, linfoma de células T hepatoesplénico (HSTCL), leucemia, carcinoma de células de Merkel, melanoma, neoplasias pediátricas, sarcoidosis/reacción similar a sarcoidosis, abscesos intestinales o perianales (en la enfermedad de Crohn), y reacciones graves a la perfusión (ver sección 4.4). **Tabla de reacciones adversas.** En la Tabla 1 se enumeran las RAM basadas en los resultados de los ensayos clínicos así como las notificadas durante el periodo de postcomercialización, pudiendo alguna de ellas llegar a ser mortal. En la clasificación por órganos y sistemas, las reacciones adversas se enumeran según su frecuencia utilizando las siguientes categorías: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

Tabla 1. Reacciones adversas en ensayos clínicos y a partir de la experiencia postcomercialización.

<i>Infecciones e infestaciones</i>		
	Muy frecuentes:	Infección vírica (por ejemplo influenza, infección por herpes virus).
	Frecuentes:	Infecciones bacterianas (por ejemplo septicemia, celulitis, abscesos).
	Poco frecuentes:	Tuberculosis, infecciones fúngicas (por ejemplo candidiasis).
	Raras:	Meningitis, infecciones oportunistas (tales como infecciones fúngicas invasivas [neumocistiasis, histoplasmosis, aspergilosis, coccidioidomicosis, criptococosis, blastomicosis], infecciones bacterianas [micobacterianas atípicas, listeriosis, salmonelosis] e infecciones víricas [citomegalovirus]), infecciones parasitarias, reactivación de la hepatitis B.
	Frecuencia no conocida:	Infección postvacunal (tras la exposición a infliximab en el útero)*.
<i>Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incl quistes y pólipos)</i>		
	Raras:	Linfoma, linfoma no Hodgkin, enfermedad de Hodgkin, leucemia, melanoma, cáncer de cuello uterino.
	Frecuencia no conocida:	Linfoma de células T hepatoesplénico (principalmente en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), carcinoma de células de Merkel.
<i>Trastornos de la sangre y del sistema linfático</i>		
	Frecuentes:	Neutropenia, leucopenia, anemia, linfadenopatía.
	Poco frecuentes:	Trombocitopenia, linfopenia, linfocitosis.
	Raros:	Agranulocitosis (incluyendo lactantes expuestos a infliximab en el útero),, púrpura trombótica trombocitopénica, pancitopenia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática.
<i>Trastornos del sistema inmunológico</i>		
	Frecuentes:	Síntoma alérgico respiratorio.
	Poco frecuentes:	Reacción anafiláctica, síndromes pseudolúpicos, enfermedad del suero o reacción similar a la enfermedad del suero.
	Raros:	Shock anafiláctico, vasculitis, reacción similar a sarcoidosis.
<i>Trastornos psiquiátricos</i>		
	Frecuentes:	Depresión, insomnio.

	Poco frecuentes:	Amnesia, agitación, confusión, somnolencia, nerviosismo.
	Raros:	Apatía.
<i>Trastornos del sistema nervioso</i>		
	Muy frecuentes:	Cefalea.
	Frecuentes:	Vértigo, mareo, hipoestesia, parestesia.
	Poco frecuentes:	Crisis convulsivas, neuropatías.
	Raros:	Mielitis transversa, enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central (enfermedad similar a la esclerosis múltiple y la neuritis óptica), enfermedades desmielinizantes periféricas (como el síndrome de Guillain-Barré, polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y neuropatía motora multifocal).
<i>Trastornos oculares</i>		
	Frecuentes:	Conjuntivitis.
	Poco frecuentes:	Queratitis, edema periorbitario, orzuelo.
	Raros:	Endoftalmitis.
	Frecuencia no conocida:	Pérdida visual transitoria ocurrida durante o en las 2horas después de la perfusión.
<i>Trastornos cardíacos</i>		
	Frecuentes:	Taquicardia, palpitaciones.
	Poco frecuentes:	Fallo cardíaco (nuevo o empeoramiento), arritmia, síncope, bradicardia.
	Raros:	Cianosis, derrame pericárdico.
	Frecuencia no conocida:	Isquemia de miocardio/infarto de miocardio.
<i>Trastornos vasculares</i>		
	Frecuentes:	Hipotensión, hipertensión, equimosis, sofocos, enrojecimiento facial.
	Poco frecuentes:	Isquemia periférica, tromboflebitis, hematoma.
	Raros:	Insuficiencia circulatoria, petequias, vasoespasmo.
<i>Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos</i>		
	Muy frecuentes:	Infección del tracto respiratorio superior, sinusitis.
	Frecuentes:	Infección del tracto respiratorio inferior (por ejemplo bronquitis, neumonía), disnea, epistaxis.
	Poco frecuentes:	Edema pulmonar, broncoespasmo, pleuresía, derrame pleural.
	Raros:	Enfermedad pulmonar intersticial (incluyendo enfermedad de progresión rápida, fibrosis pulmonar y neumonitis).
<i>Trastornos gastrointestinales</i>		
	Muy frecuentes:	Dolor abdominal, náusea.
	Frecuentes:	Hemorragia gastrointestinal, diarrea, dispepsia, reflujo gastroesofágico, estreñimiento.
	Poco frecuentes:	Perforación intestinal, estenosis intestinal, diverticulitis, pancreatitis, queilitis.
<i>Trastornos hepatobiliares</i>		
	Frecuentes:	Función hepática anormal, elevación de transaminasas.
	Poco frecuentes:	Hepatitis, daño hepatocelular, colecistitis.
	Raros:	Hepatitis autoinmune, ictericia.
	Frecuencia no conocida:	Fallo hepático.
<i>Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo</i>		
	Frecuentes:	Nueva aparición o empeoramiento de psoriasis, incluyendo psoriasis pustular (principalmente palmar y plantar), urticaria, erupción, prurito, hiperhidrosis, sequedad cutánea, dermatitis fúngica, eczema, alopecia.
	Poco frecuentes:	Erupción vesicular, onicomicosis, seborrea, rosácea, papiloma cutáneo, hiperqueratosis, pigmentación anormal de la piel.

	Raros:	Necrolisis epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, furunculosis.
	Frecuencia no conocida:	Empeoramiento de los síntomas de la dermatomiositis.
<i>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo</i>		
	Frecuentes:	Artralgias, mialgia, dolor de espalda.
Trastornos renales y urinarios		
	Frecuentes:	Infección del tracto urinario.
	Poco frecuentes:	Pielonefritis.
<i>Trastornos del aparato reproductor y de la mama</i>		
	Poco frecuentes:	Vaginitis.
<i>Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración</i>		
	Muy frecuentes:	Reacción relacionada con la perfusión, dolor.
	Frecuentes:	Dolor torácico, fatiga, fiebre, reacción en el punto de inyección, escalofríos, edema.
	Poco frecuentes:	Alteraciones en la cicatrización.
	Raros:	Lesión granulomatosa.
<i>Exploraciones complementarias</i>		
	Poco frecuentes:	Autoanticuerpos positivos.
	Raras:	Alteraciones del complemento.

* incluyendo tuberculosis bovina (infección diseminada por BCG), ver sección 4.4

Reacciones relacionadas con la perfusión. En los ensayos clínicos se definió una reacción relacionada con la perfusión como cualquier acontecimiento adverso que se produzca durante una perfusión o en 1 hora después de la perfusión. En los ensayos clínicos en Fase III, el 18 % de los pacientes tratados con infliximab en comparación con el 5 % de los pacientes tratados con placebo experimentaron una reacción relacionada con la perfusión. En general, una mayor proporción de pacientes que recibieron infliximab en monoterapia experimentaron una reacción relacionada con la perfusión en comparación con los pacientes que recibieron infliximab con inmunomoduladores concomitantes. Aproximadamente el 3 % de los pacientes interrumpió el tratamiento por reacciones relacionadas con la perfusión y todos los pacientes se recuperaron con o sin necesidad de tratamiento. De los pacientes tratados con infliximab que tuvieron una reacción a la perfusión durante el período de inducción, hasta la semana 6, el 27% experimentaron una reacción a la perfusión durante el período de mantenimiento, de la semana 7 a la semana 54. De los pacientes que no tuvieron una reacción a la perfusión durante el período de inducción, el 9 % experimentaron una reacción a la perfusión durante el período de mantenimiento. En un ensayo clínico en pacientes con artritis reumatoide (ASPIRE), las tres primeras perfusiones fueron administradas durante 2 horas. Se permitió reducir la duración de las perfusiones posteriores a no menos de 40 minutos en pacientes que no experimentaron reacciones graves a la perfusión. En este ensayo, el sesenta y seis por ciento de los pacientes (686 de un total de 1.040) recibieron al menos una perfusión de duración reducida de 90 minutos o menos, y el 44 % de los pacientes (454 de un total de 1.040) recibieron al menos una perfusión de duración reducida de 60 minutos o menos. De los pacientes tratados con infliximab que recibieron al menos una perfusión de duración reducida, se produjeron reacciones relacionadas con la perfusión en el 15 % de los pacientes y reacciones graves a la perfusión en el 0,4 % de los pacientes. En un ensayo clínico en pacientes con enfermedad de Crohn (SONIC), las reacciones relacionadas con la perfusión se produjeron en el 16,6 % (27/163) de los pacientes que recibieron infliximab en monoterapia, en el 5 % (9/179) de los pacientes que recibieron infliximab en combinación con AZA, y en el 5,6 % (9/161) de los pacientes que recibieron AZA en monoterapia. Se produjo una reacción grave a la perfusión (<1 %) en un paciente que recibía infliximab en monoterapia. En la experiencia postcomercialización, los casos de reacciones anafilácticas, incluido el edema laríngeo/ faríngeo y el broncoespasmo grave, y las crisis convulsivas se han asociado con la administración de infliximab (ver sección 4.4). Se han notificado casos de pérdida visual transitoria ocurridos durante o en las 2 horas después de la perfusión de infliximab También se han notificado casos (algunos mortales) de isquemia/infarto de miocardio y arritmia , algunos asociados temporalmente a la cercanía de la perfusión de infliximab. Reacciones a la perfusión tras la readministración de infliximab. Se diseñó un ensayo clínico en pacientes con psoriasis de moderada a grave para evaluar la eficacia y seguridad de una terapia de mantenimiento a largo plazo frente a la readministración con un régimen de inducción de infliximab (máximo cuatro infusiones en las semanas 0, 2, 6 y 14) tras una exacerbación de la enfermedad. Los pacientes no recibieron ninguna terapia inmunosupresora concomitante. En el brazo de readministración, el 4 % de los pacientes (8/219) experimentaron una reacción grave a la perfusión frente a <1 % (1/222) en terapia de mantenimiento. La mayoría de las reacciones graves a la perfusión ocurrieron en la semana 2, durante la segunda perfusión. El intervalo entre la última dosis de mantenimiento y la primera dosis de una nueva inducción osciló entre 35-231 días. Los síntomas incluyeron, aunque no se limitaron a, disnea, urticaria, edema facial e hipotensión. En todos los casos, se suspendió la administración de infliximab y/o se inició otro tratamiento con una total resolución de los signos y síntomas. **Hipersensibilidad tardía.** En ensayos clínicos, las reacciones de hipersensibilidad tardía han sido poco frecuentes y se han producido tras intervalos libres de infliximab menores de 1 año. En los estudios en psoriasis, las reacciones de hipersensibilidad tardía se produjeron temprano en el curso de tratamiento. Los signos y síntomas incluyeron mialgia y/o artralgias con fiebre y/o rash, y algunos pacientes experimentaron prurito, edema facial, de la mano o labial, disfgia, urticaria, dolor de garganta y cefalea. No existen suficientes datos sobre la incidencia de reacciones de hipersensibilidad tardía tras intervalos libres de infliximab de más de 1 año, pero datos limitados de los ensayos clínicos sugieren un incremento del riesgo de hipersensibilidad tardía a medida que aumenta el intervalo libre de infliximab (ver sección 4.4). En un ensayo clínico de 1 año de duración con perfusiones repetidas en pacientes con enfermedad de Crohn (estudio ACCENT I), la incidencia de reacciones de tipo enfermedad del suero fue del 2,4 %. **Inmunogenicidad.** Los pacientes que desarrollaron anticuerpos frente a infliximab tuvieron más probabilidades (aproximadamente 2-3 veces) de desarrollar reacciones relacionadas con la perfusión. El empleo concomitante de agentes inmunosupresores pareció reducir la frecuencia de reacciones relacionadas con la perfusión. En ensayos clínicos que emplean dosis únicas y múltiples de infliximab en intervalos de 1 a 20 mg/kg, los anticuerpos frente a infliximab se detectaron en el 14 % de los pacientes con alguna terapia inmunosupresora y en el 24 % de los pacientes sin terapia inmunosupresora. En pacientes con artritis reumatoide que recibieron las dosis recomendadas de tratamiento de repetición con metotrexato, el 8 % de los pacientes desarrollaron anticuerpos frente a infliximab. En los pacientes con artritis psoriásica que recibieron 5 mg/kg con y sin metotrexato, se produjeron anticuerpos en el 15 % de todos los pacientes (se produjeron anticuerpos en el 4 % de los pacientes que recibieron metotrexato y en el 26 % de los pacientes que no recibieron metotrexato al comienzo del tratamiento). En los pacientes con enfermedad de Crohn que recibieron tratamiento de mantenimiento, se produjeron anticuerpos frente a infliximab en el 3,3 % de los pacientes que recibieron inmunosupresores y en el 13,3 % de los pacientes que no recibieron inmunosupresores. La incidencia de anticuerpos se multiplicó por 2-3 veces en pacientes tratados episódicamente. Debido a limitaciones metodológicas, un análisis negativo no excluyó la presencia de anticuerpos frente a infliximab. En algunos pacientes que desarrollaron títulos altos de anticuerpos frente a infliximab se evidenció una reducción de la eficacia. En pacientes con psoriasis tratados con infliximab en régimen de mantenimiento con ausencia de inmunomoduladores concomitantes, aproximadamente el 28 % desarrolló anticuerpos frente a infliximab (ver sección 4.4: "Reacciones a la perfusión e hipersensibilidad"). **Infecciones.** En pacientes tratados con infliximab se han observado tuberculosis, infecciones bacterianas, incluida septicemia y neumonía, fúngicas invasivas, víricas, y otras infecciones oportunistas. Algunas de estas infecciones han tenido desenlace mortal; las infecciones oportunistas notificadas con mayor frecuencia con un índice de mortalidad >5 % incluyen neumocistiasis, candidiasis, listeriosis y aspergilosis (ver sección 4.4). En ensayos clínicos, un 36 % de los pacientes tratados con infliximab fueron tratados por infecciones en comparación con un 25 % de los pacientes tratados con placebo. En ensayos clínicos en

artritis reumatoide, la incidencia de infecciones graves, incluida neumonía, fue superior en pacientes tratados con infliximab más metotrexato que en los tratados solamente con metotrexato especialmente a dosis de 6 mg/kg o superiores (ver sección 4.4). En las notificaciones espontáneas de postcomercialización, las infecciones son los acontecimientos adversos graves más frecuentes. Algunos de los casos han tenido unas consecuencias mortales. Casi el 50 % de las muertes notificadas se han asociado a infección. Se han notificado (ver sección 4.4) casos de tuberculosis, algunas veces mortal, incluyendo tuberculosis miliar y tuberculosis con localización extrapulmonar. **Neoplasias y alteraciones linfoproliferativas.** En ensayos clínicos con infliximab en los que se trataron 5.780 pacientes, que representaban 5.494 años-paciente, se detectaron 5 casos de linfomas y 26 neoplasias que no fueron linfoma, en comparación con ningún linfoma y 1 neoplasia que no fue linfoma, detectados entre los 1.600 pacientes tratados con placebo, representando 941 años-paciente. En el seguimiento de la seguridad a largo plazo en los ensayos clínicos con infliximab, de hasta 5 años, representando 6.234 años-paciente (3.210 pacientes), se notificaron 5 casos de linfoma y 38 casos de neoplasias que no fueron linfoma. Se han notificado casos de neoplasias, incluidos linfomas, en la fase postcomercialización (ver sección 4.4). En un ensayo clínico preliminar que incluía pacientes con EPOC, de moderada a severa, que eran fumadores habituales o antiguos fumadores, se trataron 157 pacientes adultos con infliximab a dosis similares a las utilizadas en artritis reumatoide y enfermedad de Crohn. Nueve de estos pacientes desarrollaron neoplasias, incluido 1 linfoma. La duración media de seguimiento fue de 0,8 años (incidencia 5,7 % [IC del 95 % 2,65% - 10,6 %]). Se notificó una neoplasia entre 77 pacientes control (duración media de seguimiento 0,8 años; incidencia 1,3 % [IC del 95 % 0,03% - 7,0 %]). La mayoría de las neoplasias se desarrollaron en el pulmón o en cabeza y cuello. Un estudio retrospectivo de cohorte de base poblacional encontró una incidencia mayor de cáncer de cuello uterino en mujeres con artritis reumatoide tratadas con infliximab en comparación con pacientes que carecían de antecedentes de tratamiento biológico o con la población en general, incluyendo aquellas mayores de 60 años (ver sección 4.4). Además, se han notificado en la fase de postcomercialización casos de linfoma de células T hepatoesplénico en pacientes tratados con infliximab que en su gran mayoría ocurrieron en pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, y, la mayor parte fueron adolescentes o adultos jóvenes (ver sección 4.4). **Insuficiencia cardíaca.** En un estudio en Fase II enfocado a evaluar infliximab en la insuficiencia cardíaca congestiva, se observó en pacientes tratados con infliximab una mayor incidencia de mortalidad debida al empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, especialmente en aquellos tratados con la dosis más alta de 10 mg/kg (esto es, dos veces la dosis máxima aprobada). En este ensayo 150 pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de grado III-IV según la clasificación NYHA (fracción de eyección ventricular izquierda ≤35 %) fueron tratados con 3 perfusiones de infliximab 5 mg/kg, 10 mg/kg o placebo durante 6 semanas. A las 38 semanas, 9 de 101 pacientes tratados con infliximab (2 a 5 mg/kg y 7 a 10 mg/kg) murieron en comparación con una muerte de entre 49 pacientes tratados con placebo. En pacientes tratados con infliximab ha habido notificaciones postcomercialización de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, con y sin factores precipitantes identificables. También ha habido notificaciones postcomercialización de insuficiencia cardíaca de nueva aparición, incluyendo insuficiencia cardíaca en pacientes sin enfermedad cardiovascular preexistente conocida. Algunos de estos pacientes eran menores de 50 años de edad. **Acontecimientos hepatobiliares:** En ensayos clínicos, se han observado elevaciones leves o moderadas de ALT y AST en pacientes que recibían infliximab, sin progresión a daño hepático grave. Se han observado elevaciones de ALT ≥5 x Límite Superior de la Normalidad (LSN) (ver tabla 2). Se observaron elevaciones de aminotransferasas (ALT más frecuente que AST) en mayor proporción en pacientes que recibieron infliximab que en controles, tanto cuando se administró infliximab en monoterapia como cuando se utilizó en combinación con otros agentes inmunosupresores. La mayoría de las alteraciones de las aminotransferasas fueron pasajeras; no obstante, un pequeño número de pacientes experimentó elevaciones más prolongadas. En general, los pacientes que desarrollaron elevaciones de ALT y AST fueron asintomáticos, y las alteraciones disminuyeron o desaparecieron, tanto con una continuación o interrupción del tratamiento con infliximab, como modificando la terapia concomitante. Durante la vigilancia postcomercialización, se han notificado casos de ictericia y hepatitis, algunos con características de hepatitis autoinmune, en pacientes que recibieron infliximab (ver sección 4.4).

Tabla 2. Proporción de pacientes con aumento de la actividad de ALT en ensayos clínicos.

Indicación	Número de pacientes ³		Mediana de seguimiento (semanas) ⁴		≥3 x LSN		≥5 x LSN	
	Placebo	Infliximab	Placebo	Infliximab	Placebo	Infliximab	Placebo	Infliximab
Artritis reumatoide ¹	375	1087	58,1	58,3	3,2 %	3,9 %	0,8 %	0,9 %
Enfermedad de crohn ²	324	1034	53,7	54,0	2,2 %	4,9 %	0,0 %	1,5 %
Enfermedad de Crohn en pediatría	N/A	139	N/A	53,0	N/A	4,4 %	N/A	1,5 %
Colitis ulcerosa	242	482	30,1	30,8	1,2 %	2,5 %	0,4 %	0,6 %
Colitis ulcerosa en pediatría	N/A	60	N/A	49,4	N/A	6,7 %	N/A	1,7 %
Espondilitis anquilosante	76	275	24,1	101,9	0,0 %	9,5 %	0,0 %	3,6 %
Artritis psoriásica	98	191	18,1	39,1	0,0 %	6,8 %	0,0 %	2,1 %
Psoriasis en placas	281	1175	16,1	50,1	0,4 %	7,7 %	0,0 %	3,4 %

- 1 Los pacientes placebo recibieron metotrexato mientras que los pacientes infliximab recibieron tanto infliximab como metotrexato.
- 2 Los pacientes placebo en los 2 ensayos de Fase III en enfermedad de Crohn, ACCENT I y ACCENT II, recibieron una dosis inicial de 5 mg/kg de infliximab al comienzo del ensayo y recibieron placebo en la fase de mantenimiento. Los pacientes que fueron aleatorizados en el grupo de mantenimiento de placebo y después fueron cruzados a infliximab, están incluidos en el grupo de infliximab en el análisis de ALT. Los pacientes placebo en el ensayo de Fase IIIB en enfermedad de Crohn, SONIC, recibieron 2,5 mg/kg/día de AZA como control activo, además de las perfusiones de placebo de infliximab.
3. Número de pacientes evaluados para ALT.
4. La mediana de seguimiento está basada en los pacientes tratados.

Anticuerpos antinucleares (ANA)/Anticuerpos anti ADN bicatenario (dsDNA): En ensayos clínicos aproximadamente la mitad de los pacientes tratados con infliximab que fueron negativos para ANA en la visita basal desarrollaron positividad para ANA durante el estudio en comparación con aproximadamente una quinta parte de los pacientes tratados con placebo. Se detectaron anticuerpos anti-dsDNA por primera vez en aproximadamente el 17 % de los pacientes tratados con infliximab en comparación con el 0 % de los pacientes tratados con placebo. En la última evaluación, el 57 % de los pacientes tratados con infliximab permaneció positivo para anti-dsDNA. Los casos de lupus y pseudolupus, sin embargo, siguen siendo poco frecuentes (ver sección 4.4). **Población pediátrica. *Pacientes con artritis reumatoide juvenil.*** Se estudió infliximab en un ensayo clínico con 120 pacientes (intervalo de edad: 4-17 años) con artritis reumatoide juvenil activa a pesar de estar en tratamiento con metotrexato. Los pacientes recibieron 3 o 6 mg/kg de infliximab como régimen de inducción de 3 dosis (semanas 0, 2, 6 o semanas 14, 16, 20 respectivamente) seguido de terapia de mantenimiento cada 8 semanas, en combinación con metotrexato. *Reacciones a la perfusión.* Las reacciones a la perfusión se produjeron en el 35 % de los pacientes con artritis reumatoide juvenil que recibieron 3 mg/kg en comparación con el 17,5 % de los pacientes que recibieron 6 mg/ kg. En el grupo de 3 mg/kg de infliximab, 4 de un total de 60 pacientes presentaron reacciones graves a la perfusión y 3 pacientes notificaron una posible reacción anafiláctica (2 de ellas figuraron entre las reacciones graves a la perfusión). En el grupo de 6 mg/kg, 2 de un total de 57 pacientes presentaron reacción grave a la perfusión, uno de los cuales presentó una posible reacción anafiláctica (ver sección 4.4). *Inmunogenicidad.* Se desarrollaron anticuerpos frente a infliximab en el 38 % de los pacientes que recibieron 3 mg/kg en comparación con el 12 % de los pacientes que recibieron 6 mg/kg. Los títulos de anticuerpos fueron notablemente superiores para el grupo de 3 mg/kg en comparación con el grupo de 6 mg/kg. *Infecciones.* Se produjeron infecciones en el 68 % (41/60) de los niños que recibieron 3 mg/kg a lo largo de 52 semanas, en el 65 % (37/57) de los niños que recibieron 6 mg/kg de infliximab durante 38 semanas y en el 47 % (28/60) de los niños que recibieron placebo a lo largo de 14 semanas (ver sección 4.4). *Pacientes pediátricos con enfermedad de Crohn.* Las siguientes reacciones adversas se notificaron

más frecuentemente en pacientes pediátricos con enfermedad de Crohn que participaron en el ensayo REACH (ver sección 5.1) que en pacientes adultos con enfermedad de Crohn: anemia (10,7 %), sangre en heces (9,7 %), leucopenia (8,7 %), enrojecimiento facial (8,7 %), infección vírica (7,8 %), neutropenia (6,8 %), fractura ósea (6,8 %), infección bacteriana (5,8 %) y reacción alérgica en el tracto respiratorio (5,8 %). A continuación se comentan otras consideraciones especiales. *Reacciones relacionadas con la perfusión.* En REACH, el 17,5 % de los pacientes aleatorizados experimentaron 1 o más reacciones a la perfusión. No se produjeron reacciones a la perfusión graves, y 2 pacientes del ensayo REACH presentaron reacciones anafilácticas que no fueron graves. *Inmunogenicidad.* Se detectaron anticuerpos frente a infliximab en 3 (2,9 %) pacientes pediátricos. *Infecciones.* En el ensayo REACH, se notificaron infecciones en el 56,3 % de los pacientes aleatorizados tratados con infliximab. Las infecciones se notificaron más frecuentemente en los pacientes que recibieron perfusiones cada 8 semanas que en los que recibieron perfusiones cada 12 semanas (73,6 % y 38,0%, respectivamente), mientras que las infecciones graves se notificaron en 3 pacientes del grupo de tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas y en 4 pacientes del grupo de tratamiento de mantenimiento cada 12 semanas. Las infecciones notificadas más frecuentemente fueron infección del tracto respiratorio superior y faringitis, y la infección grave notificada más frecuentemente fue el absceso. Se notificaron tres casos de neumonía (1 grave) y 2 casos de herpes zoster (ninguno fue grave). *Pacientes pediátricos con colitis ulcerosa.* En general, las reacciones adversas notificadas en los ensayos de colitis ulcerosa en pediatría (C0168T72) y en los estudios de colitis ulcerosa en adultos (ACT 1 y ACT 2) fueron generalmente coincidentes. En C0168T72, las reacciones adversas más frecuentes fueron infección del tracto respiratorio superior, faringitis, dolor abdominal, fiebre y cefalea. La reacción adversa más frecuente fue empeoramiento de la colitis ulcerosa, cuya incidencia fue mayor en pacientes con una pauta de administración cada 12 semanas frente a la pauta de administración cada 8 semanas. *Reacciones relacionadas con la perfusión.* En total, 8 (13,3 %) de 60 pacientes tratados experimentaron una o más reacciones a la perfusión, con 4 de 22 (18,2 %) del grupo de tratamiento cada 8 semanas y 3 de 23 (13,0 %) del grupo de tratamiento de mantenimiento cada 12 semanas. No se notificaron reacciones graves a la perfusión. Todas las reacciones a la perfusión fueron de intensidad leve o moderada. *Inmunogenicidad.* Se detectaron anticuerpos frente a infliximab en 4 (7,7 %) pacientes hasta la semana 54. *Infecciones.* Se notificaron reacciones en 31 (51,7 %) de 60 pacientes tratados en C0168T72 y 22 (36,7 %) requirieron tratamiento antimicrobiano oral o parenteral. El porcentaje de pacientes con infecciones en C0168T72 fue similar al estudio (REACH) de la enfermedad de Crohn en pediatría pero mayor que el porcentaje en los estudios de colitis ulcerosa en adultos (ACT 1 y ACT 2). La incidencia general de infecciones en C0168T72 fue 13/22 (59 %) en el grupo de tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas y 14/23 (60,9 %) en el grupo de tratamiento de mantenimiento cada 12 semanas. Las infecciones del sistema respiratorio notificadas más frecuentemente fueron infección del tracto respiratorio superior (7/60 [12 %]) y faringitis (5/60 [8 %]). Se notificaron infecciones graves en 12 % (7/60) de todos los pacientes tratados. En este estudio, hubo más pacientes en el grupo de edad entre 12 y 17 años que en el grupo de edad entre 6 y 11 años (45/60 [75,0 %]) frente a 15/60 [25,0 %]). Siendo el número de pacientes en cada subgrupo demasiado pequeño para sacar cualquier conclusión definitiva sobre el efecto de la edad en los acontecimientos de seguridad, hubo un porcentaje mayor de pacientes con acontecimientos adversos graves e interrupción del tratamiento debido a acontecimientos adversos en el grupo de edad menor que en el grupo de edad mayor. Si bien el porcentaje de pacientes con infecciones fue también mayor en el grupo de edad menor, en el caso de las infecciones graves, el porcentaje fue similar en los dos grupos de edad. En general, los porcentajes de acontecimientos adversos y reacciones a la perfusión fueron similares en los grupos de edad entre 6 y 11 y entre 12 y 17 años. *Experiencia postcomercialización.* Las reacciones adversas graves y espontáneas de la fase de postcomercialización con infliximab en la población pediátrica han incluido neoplasias, incluidos linfomas de células T hepatoesplénicas, alteraciones pasajeras en las enzimas hepáticas, síndromes pseudolúpicos y positividad a anticuerpos (ver secciones 4.4 y 4.8). *Información adicional sobre poblaciones especiales.* *Pacientes de edad avanzada (≥65 años).* En los ensayos clínicos de artritis reumatoide, la incidencia de infecciones graves fue mayor en pacientes de más de 65 años tratados con infliximab y metotrexato (11,3 %) que en los pacientes menores de 65 años de edad (4,6 %). En los pacientes tratados con metotrexato solo, la incidencia de infecciones graves fue del 5,2 % en pacientes mayores de 65 años frente al 2,7 % en pacientes menores de 65 años (ver sección 4.4). *Notificación de sospechas de reacciones adversas.* Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **4.9 Sobredosis.** No se han notificado casos de sobredosis. Se han administrado dosis únicas de hasta 20 mg/kg sin efectos tóxicos. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: inmunosupresores, inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNFα), código ATC: L04AB02. Inflectra es un medicamento biosimilar. En la página web de la Agencia Europea de Medicamentos (<http://www.ema.europa.eu>) encontrará información detallada. **Mecanismo de acción.** Infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico humano derivado de ratón que se une con alta afinidad tanto a la forma soluble como a la de membrana del TNFα pero no a la linfo toxina α (TNFβ). **Efectos farmacodinámicos.** Infliximab inhibe la actividad funcional de TNFα en una gran variedad de bioensayos in vitro. Infliximab previno la enfermedad en el ratón transgénico que desarrolla poliartritis como resultado de la expresión constitutiva del TNFα humano y cuando se administra después del ataque de la enfermedad, esto permitió curar las articulaciones erosionadas. In vivo, infliximab forma rápidamente complejos estables con el TNFα humano, un proceso que es paralelo a la pérdida de bioactividad del TNFα. Se han encontrado concentraciones elevadas de TNFα en las articulaciones de pacientes con artritis reumatoide y tienen correlación con una actividad de la enfermedad elevada. En artritis reumatoide, el tratamiento con infliximab redujo la infiltración de células inflamatorias en las áreas inflamadas de la articulación así como la expresión de las moléculas que median la adhesión celular, quimioatracción y degradación tisular. Después del tratamiento con infliximab, los pacientes mostraron una disminución de los niveles de interleucina 6 (IL-6) sérica y proteína C-reactiva (PCR), y en los pacientes con artritis reumatoide que tenían previamente disminución de los niveles de hemoglobina se observó un aumento de los mismos, en comparación con el valor basal. Además los linfocitos de sangre periférica no mostraron una disminución importante en número o en las respuestas proliferativas a la estimulación mitogénica in vitro en comparación con las células de los pacientes no tratados. En pacientes con psoriasis, el tratamiento con infliximab produjo una disminución de la inflamación epidérmica y una normalización de la diferenciación de los queratinocitos en las placas psoriásicas. En artritis psoriásica, el tratamiento a corto plazo con infliximab redujo el número de células T y la vascularización en tejido sinovial y en lesiones psoriásicas de la piel. La evaluación histológica de biopsias de colon, obtenidas antes y 4 semanas después de la administración de infliximab, reveló una reducción sustancial del TNFα detectable. El tratamiento con infliximab en pacientes con enfermedad de Crohn también se asoció con una reducción sustancial de la PCR, marcador inflamatorio sérico normalmente elevado. Los recuentos de leucocitos periféricos totales se vieron mínimamente afectados en pacientes tratados con infliximab, aunque se produjeron desviaciones en los linfocitos, monocitos y neutrófilos hacia intervalos normales. Las células mononucleares de sangre periférica (PBMC) de los pacientes tratados con infliximab no mostraban disminución de su capacidad de respuesta proliferativa a estímulos en comparación con pacientes no tratados y no se observaron cambios sustanciales en la producción de citocina por PBMC estimuladas después del tratamiento con infliximab. El análisis de células mononucleares de la lámina propia obtenidas por biopsia de la mucosa intestinal mostró que el tratamiento con infliximab causó una reducción en el número de células capaces de expresar TNFα e interferónγ. Estudios histológicos adicionales proporcionaron evidencia de que el tratamiento con infliximab reduce la infiltración de células inflamatorias en las áreas afectadas del intestino, así como la presencia de marcadores de inflamación en estos lugares. Los estudios endoscópicos de la mucosa intestinal han demostrado evidencia de remisión endoscópica en pacientes tratados con infliximab. *Eficacia clínica y seguridad. Artritis reumatoide en adultos.* La eficacia de infliximab se evaluó en dos ensayos clínicos pivotales multicéntricos, aleatorizados, doble ciego: ATTRACT y ASPIRE. En ambos ensayos se permitió el empleo concomitante de dosis estables de ácido fólico, corticosteroides orales (≤10 mg/día) y/o fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Las variables principales de valoración fueron la reducción de signos y síntomas, evaluados según los criterios del American College of Rheumatology (ACR20 para el ATTRACT, referencia ACR-N para el ASPIRE), la prevención del daño en la estructura articular y la mejoría de la función física. La reducción de los signos y síntomas se definió como una mejoría de al menos un 20 % (ACR20) en el número de articulaciones doloridas e inflamadas, y 3 de los siguientes 5 criterios: (1) evaluación global por el investigador, (2) evaluación global por el paciente, (3) medida funcional/discapacidad, (4) escala visual analógica de dolor y (5) velocidad de sedimentación eritrocitaria o proteína C-reactiva. ACR-N utiliza los mismos criterios que el ACR20, tomando el porcentaje más bajo de mejora en el número de articulaciones inflamadas, número de articulaciones doloridas, y la mediana de los restantes 5 componentes de la respuesta ACR. El daño en la estructura articular (erosiones y estrechamiento del espacio articular) se evaluó en manos y pies por la evolución desde el comienzo del tratamiento mediante el índice total de Sharp modificado por van der Heijde (0-440). El Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ; escala 0-3) se utilizó para medir la media de los cambios de la función física de los pacientes desde el comienzo del tratamiento a lo largo del tiempo. El ensayo ATTRACT evaluó resultados a las 30, 54 y 102 semanas en un ensayo controlado por placebo en 428 pacientes con artritis reumatoide activa a pesar del tratamiento con metotrexato. Aproximadamente el 50 % de los pacientes se encontraba en la clase funcional III. Los pacientes recibieron placebo, 3 mg/kg o 10 mg/kg de infliximab en las semanas 0, 2 y 6, y después cada 4 u 8 semanas. Todos los pacientes recibieron dosis estables de metotrexato (mediana de 15 mg/semana) durante 6 meses antes de la inclusión y se mantuvieron a dosis estables durante todo el estudio. En la Tabla 3 se muestran los resultados a las 54 semanas (ACR20, índice total de Sharp modificado por van der Heijde y HAQ). Se observaron tasas de respuesta clínica superiores (ACR50 y ACR70) en todos los grupos de infliximab a las 30 y 54 semanas en comparación con metotrexato solo. Se observó una reducción en la tasa de progresión del daño en la estructura articular (erosiones y estrechamiento del espacio articular) en todos los grupos de infliximab, a las 54 semanas (Tabla 3). Se mantuvieron los efectos observados a las 54 semanas a lo largo de 102 semanas. Debido a un número de retiradas de tratamiento, no se puede definir la magnitud de la diferencia de efecto entre el grupo de infliximab y el de metotrexato solo.

Tabla 3. Efectos sobre ACR20, Daño en la Estructura Articular y Función Física a las 54 semanas, ATTRACT						
	infliximab ^b					
	Control ^a	3 mg/kg cada 8 semanas	3 mg/kg cada 4 semanas	10 mg/kg cada 8 semanas	10 mg/kg cada 4 semanas	Todos los tratamientos con infliximab ^b
Pacientes con respuesta ACR20/ pacientes	15/88	36/86	41/86	51/87	48/81	176/340
evaluados (%) ^c	(17 %)	(42 %)	(48 %)	(59 %)	(59 %)	(52 %)
Índice total ^d (índice de Sharp modificado por van der Heijde)						
Cambio desde el comienzo del tratamiento (Media ± DE ^c)	7,0 ± 10,3	1,3 ± 6,0	1,6 ± 8,5	0,2 ± 3,6	-0,7 ± 3,8	0,6 ± 5,9
Mediana ^c	4,0	0,5	0,1	0,5	-0,5	0,0
(Rango intercuartiles)	(0,5;9,7)	(-1,5;3,0)	(-2,5;3,0)	(-1,5;2,0)	(-3,0;1,5)	(-1,8;2,0)
Pacientes sin deterioro/ pacientes	13/64	34/71	35/71	37/77	44/66	150/285
evaluados (%) ^c	(20 %)	(48 %)	(49 %)	(48 %)	(67 %)	(53 %)
Cambio en el HAQ desde el comienzo del tratamiento a lo largo del tiempo ^a (pacientes evaluados)	87	86	85	87	81	339
Media ± DE ^c	0,2 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,4 ± 0,4

a control = Pacientes con artritis reumatoide activa a pesar del tratamiento con dosis estables de metotrexato durante 6 meses antes de la inclusión que permanecieron a dosis estables durante todo el estudio. Se permitió el uso concomitante de dosis estables de corticosteroides orales (≤10 mg/día) y/o AINE y se administró un suplemento de folato.
b todas las dosis de infliximab administradas en combinación con metotrexato y folato con algunos corticosteroides y/o AINE.
c p <0,001, para cada grupo de tratamiento con infliximab frente al control.
d valores mayores indican mayor daño articular.
e HAQ = Cuestionario deEvaluación de la Salud; valores mayores indican menor discapacidad.

El ensayo ASPIRE evaluó resultados a las 54 semanas en 1004 pacientes no tratados con metotrexato con artritis reumatoide activa precoz (≤3 años de duración de la enfermedad, mediana 0,6 años) (mediana del número de articulaciones inflamadas y doloridas 19 y 31, respectivamente). Todos los pacientes recibieron metotrexato (optimizado a 20 mg/semana en la semana 8) y placebo o infliximab 3 mg/kg o 6 mg/kg en las semanas 0, 2 y 6 y después cada 8 semanas. Los resultados a las 54 semanas se muestran en la Tabla 4. Después de 54 semanas de tratamiento, ambas dosis de infliximab + metotrexato tuvieron como resultado estadísticamente significativo una mayor mejoría de los signos y síntomas comparado con metotrexato solo, medido por la proporción de pacientes que alcanzaron respuestas ACR20, 50 y 70. En el ASPIRE, más del 90 % de los pacientes tuvo al menos dos radiografías evaluables. La reducción en la tasa de progresión del daño estructural se observó a las semanas 30 y 54 en los grupos de infliximab + metotrexato en comparación con metotrexato solo.

Tabla 4. Efectos sobre ACRn, daño en la estructura articular y función física a las 54 semanas, ASPIRE				
	Infliximab + MTX			
	Placebo + MTX	3 mg/kg	6 mg/kg	Combinado
Sujetos aleatorizados	282	359	363	722
Porcentaje de mejora ACR				
Media ± DE ^a	24,8 ± 59,7	37,3 ± 52,8	42,0 ± 47,3	39,6 ± 50,1
Cambio desde el comienzo del tratamiento en el índice total de Sharp modificado por van der Heijde ^b				
Media ± DE ^a	3,70 ± 9,61	0,42 ± 5,82	0,51 ± 5,55	0,46 ± 5,68
Mediana	0,43	0,00	0,00	0,00
Mejora en el HAQ desde el comienzo del tratamiento promediada a lo largo del tiempo desde la semana 30 a la semana 54 ^c				
Media ± DE ^d	0,68 ± 0,63	0,80 ± 0,65	0,88 ± 0,65	0,84 ± 0,65

a. p < 0,001, para cada grupo de tratamiento con infliximab frente al control.
b. valores mayores indican mayor daño articular.
c. HAQ = Cuestionario deEvaluación de la Salud; valores mayores indican menor discapacidad.
d. p = 0,030 y <0,001 para los grupos de tratamiento de 3 mg/kg y 6 mg/kg respectivamente frente a placebo + MTX.

Los datos que apoyan el ajuste (aumento) de dosis en artritis reumatoide proceden de los estudios ATTRACT, ASPIRE y START. START fue un estudio de seguridad con grupos paralelos, aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, con 3 brazos. En uno de los brazos del estudio (grupo 2, n = 329), a los pacientes que presentaron una respuesta inadecuada se les permitió un aumento de dosis con incrementos de 1,5 mg/kg, desde 3 hasta 9 mg/kg. La mayoría de estos pacientes (67 %) no requirieron ningún aumento de dosis. De los pacientes que requirieron un aumento de dosis, el 80% alcanzó respuesta clínica y la mayoría (64 %) de éstos requirieron sólo un ajuste de 1,5 mg/kg. *Enfermedad de Crohn en adultos.* *Tratamiento de inducción en la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave.* La eficacia de un tratamiento de dosis única con infliximab se evaluó en 108 pacientes con enfermedad de Crohn activa (Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CDAI) ≥ 220 ≤ 400), en un estudio dosis-respuesta, aleatorizado, doble ciego y controlado por placebo. De estos 108 pacientes, 27 se trataron con la dosis recomendada de infliximab de 5 mg/kg. Todos los pacientes habían experimentado una respuesta inadecuada a la administración previa de terapias convencionales. Se permitió el uso simultáneo de dosis estables de terapias convencionales, y el 92% de los pacientes continuó recibiendo este tipo de terapias. La variable principal de valoración era la proporción de pacientes que experimentaban una respuesta clínica, definida como una disminución del CDAI en ≥70 puntos desde la evaluación basal a la evaluación realizada a las 4 semanas, sin precisar un aumento en el uso de medicamentos o tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn. Los pacientes que presentaron respuesta a las 4 semanas fueron seguidos hasta las 12 semanas. Las variables secundarias de valoración incluían la proporción de pacientes en remisión clínica en la semana 4 (CDAI < 150) y la respuesta clínica a lo largo del tiempo. En la semana 4, después de la administración de una dosis única, 22/27 (81 %) de los pacientes

tratados con infliximab que recibieron una dosis de 5 mg/kg alcanzó una respuesta clínica, frente a 4/25 (16 %) de los pacientes tratados con placebo (p < 0,001). Igualmente, en la semana 4, 13/27 (48 %) de los pacientes tratados con infliximab alcanzó la remisión clínica (CDAI < 150), frente a 1/25 (4 %) de los pacientes tratados con placebo. Se observó respuesta dentro de las 2 semanas, con una respuesta máxima a las 4 semanas. En la última observación a las 12 semanas, 13/27 (48 %) de los pacientes tratados con infliximab seguían todavía respondiendo. *Tratamiento de mantenimiento en la enfermedad de Crohn activa de moderada a grave en adultos*. La eficacia de perfusiones repetidas con infliximab se estudió en un estudio clínico de 1 año (ACCENT I). Un total de 573 pacientes con enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (CDAI ≥ 220 ≤ 400) recibieron una única perfusión de 5 mg/kg en la semana 0. Se consideró que 178 de los 580 pacientes incluidos en el ensayo (30,7 %) presentaban enfermedad grave (CDAI > 300 y corticosteroides y/o inmunosupresores concomitantes) los cuales corresponden a la población definida en la indicación (ver sección 4.1). En la semana 2, se evaluó la respuesta clínica de todos los pacientes y se aleatorizaron en uno de los 3 grupos de tratamiento; un grupo de mantenimiento con placebo, grupo de mantenimiento con 5 mg/kg y grupo de mantenimiento con 10 mg/kg. Los 3 grupos recibieron perfusiones repetidas en las semanas 2, 6 y cada 8 semanas a partir de entonces. De los 573 pacientes aleatorizados, 335 (58 %) alcanzaron respuesta clínica en la semana 2. A estos pacientes se les clasificó como respondedores en la semana 2 y se les incluyó en el análisis principal (ver Tabla 5). De los pacientes clasificados como no respondedores en la semana 2, el 32 % (26/81) del grupo de mantenimiento con placebo y el 42 % (68/163) del grupo de infliximab alcanzó respuesta clínica en la semana 6. A partir de entonces no hubo diferencia entre los grupos en el número de respondedores tardíos. Las variables co-principales de valoración fueron la proporción de pacientes con remisión clínica (CDAI < 150) en la semana 30 y el tiempo hasta la pérdida de respuesta hasta la semana 54. Después de la semana 6 se permitió la disminución de corticosteroides.

Tabla 5. Efectos sobre las tasas de respuesta y remisión, datos de ACCENT I (respondedores en la semana 2)

	ACCENT I (respondedores en la semana 2) % de pacientes		
	Mantenimiento con placebo (n = 110)	Mantenimiento con infliximab 5 mg/kg (n = 113) (valor p)	Mantenimiento con infliximab 10 mg/kg (n = 112) (valor p)
Mediana del tiempo hasta la pérdida de respuesta durante el período de seguimiento (semana 54)	19 semanas	38 semanas (0,002)	>54 semanas (<0,001)
Semana 30			
Respuesta Clínica ^a	27,3	51,3 (<0,001)	59,1 (<0,001)
Remisión Clínica	20,9	38,9 (0,003)	45,5 (<0,001)
Remisión sin esteroides	10,7 (6/56)	31,0 (18/58) (0,008)	36,8 (21/57) (0,001)
Semana 54			
Respuesta Clínica ^a	15,5	38,1 (<0,001)	47,7 (<0,001)
Remisión Clínica	13,6	28,3 (0,007)	38,4 (<0,001)
Remisión sostenida sin esteroides ^b	5,7 (3/53)	17,9 (10/56) (0,075)	28,6 (16/56) (0,002)

a Reducción en CDAI ≥ 25 % y ≥70 puntos.

b CDAI < 150 tanto en la semana 30 como en la 54, sin recibir corticosteroides en los 3 meses previos a la semana 54 entre los pacientes que estaban recibiendo corticosteroides en la evaluación basal.

A partir de la semana 14, a los pacientes que habían respondido al tratamiento, pero que posteriormente habían perdido beneficio clínico, se les permitió pasarse a la dosis de infliximab 5 mg/kg superior a la dosis para la que se les había aleatorizado al principio. El ochenta y nueve por ciento (50/56) de los pacientes que perdieron respuesta clínica con la terapia de mantenimiento con 5 mg/kg de infliximab después de la semana 14 respondieron al tratamiento con 10 mg/kg de infliximab. Se observaron mejoras en las medidas de la calidad de vida, una reducción en las hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad y en el uso de corticosteroides en los grupos de mantenimiento con infliximab comparados con el grupo de mantenimiento con placebo en las semanas 30 y 54. Infliximab con o sin AZA se evaluó en un estudio aleatorizado, doble ciego, con comparador activo (SONIC) de 508 pacientes adultos con enfermedad de Crohn activa de moderada a grave (CDAI ≥ 220≤ 450) que no habían sido tratados previamente ni con productos biológicos ni con inmunosupresores y que tenían una duración media de la enfermedad de 2,3 años. Al inicio del estudio el 27,4 % de los pacientes estaban recibiendo corticosteroides sistémicos, el 14,2 % de los pacientes estaban recibiendo budesonida, y el 54,3 % de los pacientes estaban siendo tratados con 5-ASA. Se aleatorizaron los pacientes para recibir AZA en monoterapia, infliximab en monoterapia o tratamiento combinado infliximab mas AZA. Infliximab se administró a dosis de 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6, y posteriormente cada 8 semanas. AZA fue administrado a dosis de 2,5 mg/kg al día. La variable principal del estudio fue la remisión clínica sin corticosteroides en la semana 26, definida como aquellos pacientes en remisión clínica (CDAI < 150) que durante al menos 3 semanas no habían tomado corticosteroides sistémicos orales (prednisona o equivalente) o budesonida a dosis >6 mg/día. Ver resultado en tabla 6. El porcentaje de pacientes con curación de la mucosa en la semana 26 fue significativamente superior en la terapia combinada infliximab más AZA (43,9 %, p < 0,001) y en el grupo de infliximab en monoterapia (30,1 %, p = 0,023) en comparación con el grupo de AZA en monoterapia (16,5 %).

Tabla 6. Porcentaje de pacientes que consiguieron remisión clínica sin corticosteroides en la semana 26, SONIC

	AZA en monoterapia	Infliximab en monoterapia	Infliximab + AZA en terapia combinada
Semana 26			
Todos los pacientes aleatorizados	30,0 % (51/170)	44,4 % (75/169) (p = 0,006)*	56,8 % (96/169) (p < 0,001)*

* Los valores p representan cada grupo de tratamiento con infliximab frente al grupo AZA en monoterapia.

En la semana 50 se observaron tendencias similares en cuanto a alcanzar una remisión clínica sin corticosteroides. Además, con infliximab se observaron mejoras en la calidad de vida según la puntuación IBDQ. *Tratamiento de inducción en la enfermedad de Crohn activa fistulizante*. La eficacia se evaluó en un estudio aleatorio,

doble ciego y controlado con placebo en 94 pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante con fistulas de al menos 3 meses de duración. Treinta y uno de estos pacientes se trataron con infliximab 5 mg/kg. Aproximadamente el 93 % de los pacientes habían recibido previamente terapia antibiótica o inmunosupresora. Se permitió el uso concomitante de dosis estables de terapias convencionales, y el 83 % de los pacientes continuó recibiendo al menos una de estas terapias. Los pacientes recibieron tres dosis de placebo o de infliximab en las semanas 0, 2 y 6. Se siguió a los pacientes durante un máximo de 26 semanas. La variable principal de valoración era la proporción de pacientes que experimentaban respuesta clínica, definida como una reducción ≥50 % desde la evaluación basal en el número de fistulas que drenan después de una compresión suave en al menos dos visitas consecutivas (separadas por 4 semanas), sin un aumento en el uso de medicamentos o tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn. El sesenta y ocho por ciento (21/31) de los pacientes tratados con infliximab que recibieron una pauta posológica de 5 mg/kg alcanzó una respuesta clínica, frente al 26 % (8/31) de los pacientes tratados con placebo (p = 0,002). La mediana del tiempo de aparición de la respuesta en el grupo tratado con infliximab fue de 2 semanas. La mediana de la duración de la respuesta fue de 12 semanas. Adicionalmente, el 55 % de los pacientes tratados con infliximab consiguió el cierre de todas las fistulas, en comparación con el 13 % de los pacientes tratados con placebo (p = 0,001). *Tratamiento de mantenimiento en la enfermedad de Crohn activa fistulizante*. Se estudió la eficacia de perfusiones repetidas de infliximab en un ensayo clínico de 1 año en pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante (ACCENT II). Un total de 306 pacientes recibieron 3 dosis de 5 mg/kg en la semana 0, 2 y 6. En la evaluación basal, el 87 % de los pacientes presentaba fistulas perianales, el 14 % fistulas abdominales, el 9 % fistulas rectovaginales. La puntuación media de CDAI fue 180. En la semana 14, se evaluó la respuesta clínica de 282 pacientes y se aleatorizaron para recibir placebo o 5 mg/kg de infliximab cada 8 semanas hasta la semana 46. Se analizó a los respondedores en la semana 14 (195/282) para evaluar la variable principal de valoración, que era el tiempo desde la aleatorización hasta la pérdida de respuesta (ver Tabla 7). Después de la semana 6 se permitió la disminución de corticosteroides.

Tabla 7. Efectos sobre la tasa de respuesta, datos de ACCENT II (respondedores en la semana 14)

	ACCENT II (respondedores en la semana 14)		
	Mantenimiento con placebo (n = 99)	Mantenimiento con infliximab (5 mg/kg) (n = 96)	Valor p
Mediana del tiempo hasta la pérdida de respuesta hasta la semana 54	14 semanas	>40 semanas	<0,001
Semana 54			
Respuesta en cuanto a fistulas (%) ^a	23,5	46,2	0,001
Respuesta completa en cuanto a fistulas (%) ^b	19,4	36,3	0,009

a Una reducción ≥50 % en el número de fistulas que drenan desde la evaluación basal durante un periodo ≥4 semanas.

b Ausencia de fistulas que drenan.

A partir de la semana 22, los pacientes que inicialmente habían respondido al tratamiento y que posteriormente habían perdido la respuesta pudieron pasar a repetir el tratamiento activo cada 8 semanas a una dosis de infliximab 5 mg/kg superior a la dosis para la que se les había aleatorizado al principio. De los pacientes del grupo de 5 mg/kg de infliximab que pasaron a repetir el tratamiento por pérdida de respuesta en cuanto a fistulas después de la semana 22, el 57 % (12/21) respondieron a la repetición del tratamiento con 10 mg/kg de infliximab cada 8 semanas. No hubo diferencia significativa entre placebo e infliximab en cuanto a la proporción de pacientes con cierre sostenido de todas las fistulas hasta la semana 54, en cuanto a síntomas tales como proctalgia, abscesos e infección del tracto urinario o en cuanto al número de fistulas de nueva aparición durante el tratamiento. La terapia de mantenimiento con infliximab cada 8 semanas redujo significativamente las hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad y las cirugías en comparación con placebo. Además se observó una reducción en el uso de corticosteroides y mejoras en la calidad de vida. *Colitis ulcerosa en adultos*. La seguridad y la eficacia de infliximab se evaluó en dos ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo (ACT 1 y ACT 2) en pacientes adultos con colitis ulcerosa activa moderada a grave (puntuación Mayo 6 a 12; subpuntuación endoscópica ≥2) con respuesta inadecuada a terapias convencionales [corticosteroides orales, aminosalicilatos e/o inmunomoduladores (6-MP, AZA)]. Se permitieron dosis estables concomitantes de aminosalicilatos orales, corticosteroides y/o agentes inmunomoduladores. En ambos ensayos, los pacientes se aleatorizaron para recibir placebo, 5 mg/kg de infliximab o 10 mg/kg de infliximab en las semanas 0, 2, 6, 14 y 22, y en ACT 1 en las semanas 30, 38 y 46. Se permitió la disminución de corticosteroides después de la semana 8.

Tabla 8. Efectos sobre la respuesta clínica, remisión clínica y curación de la mucosa en las semanas 8 y 30. Datos conjuntos de ACT 1 y 2.

	Infliximab			
	Placebo	5 mg/kg	10 mg/kg	Combinado
Pacientes aleatorizados	244	242	242	484
Porcentaje de pacientes con respuesta clínica y con respuesta clínica sostenida				
Respuesta clínica en la semana 8 ^a	33,2 %	66,9 %	65,3 %	66,1 %
Respuesta clínica en la semana 30 ^a	27,9 %	49,6 %	55,4 %	52,5 %
Respuesta sostenida (respuesta clínica tanto en la semana 8 como en la semana 30) ^a	19,3 %	45,0 %	49,6 %	47,3 %
Porcentaje de pacientes en remisión clínica y remisión sostenida				
Remisión clínica en la semana 8 ^a	10,2 %	36,4 %	29,8 %	33,1 %
Remisión clínica en la semana 30 ^a	13,1 %	29,8 %	36,4 %	33,1 %
Remisión sostenida (en remisión tanto en la semana 8 como en la semana 30) ^a	5,3 %	19,0 %	24,4 %	21,7 %
Porcentaje de pacientes con curación de la mucosa				
Curación de la mucosa en la semana 8 ^a	32,4 %	61,2 %	60,3 %	60,7 %
Curación de la mucosa en la semana 30 ^a	27,5 %	48,3 %	52,9 %	50,6 %

a p < 0,001, para cada grupo de tratamiento con infliximab frente a placebo.

La eficacia de infliximab hasta la semana 54 se evaluó en el ensayo ACT 1. A las 54 semanas, el 44,9 % de los pacientes del grupo combinado de tratamiento con infliximab alcanzaba respuesta clínica en comparación con el 19,8 % del grupo de tratamiento con placebo (p < 0,001). Alcanzó remisión clínica y curación de la mucosa una proporción mayor de pacientes del grupo combinado de tratamiento con infliximab en comparación con el grupo de tratamiento con placebo en la semana

54 (34,6 % frente a 16,5 %, p < 0,001 y 46,1 % frente a 18,2 %, p < 0,001, respectivamente). La proporción de pacientes con respuesta y remisión sostenidas en la semana 54 fue mayor en el grupo combinado de tratamiento con infliximab que en el grupo de tratamiento con placebo (37,9 % frente a 14,0 %, p < 0,001; y 20,2 % frente a 6,6 %, p < 0,001, respectivamente). Una mayor proporción de pacientes del grupo combinado de tratamiento con infliximab pudo interrumpir los corticosteroides mientras permanecía en remisión clínica en comparación con el grupo de tratamiento con placebo, tanto en la semana 30 (22,3 % frente a 7,2 %, p < 0,001, datos combinados de ACT 1 y ACT 2) como en la semana 54 (21,0 % frente a 8,9 %, p = 0,022, datos de ACT 1). El análisis de los datos combinados de los ensayos ACT 1 y ACT 2 y sus extensiones, analizados desde la visita basal hasta la semana 54, demostró con el tratamiento con infliximab una reducción de las hospitalizaciones y de las intervenciones quirúrgicas relacionadas con colitis ulcerosa. El número de hospitalizaciones relacionadas con colitis ulcerosa fue significativamente inferior en los grupos de tratamiento de 5 y 10 mg/kg de infliximab que en el grupo de placebo (media del número de hospitalizaciones por 100 años-paciente: 21 y 19 frente a 40 en el grupo de placebo; p = 0,019 y p = 0,007, respectivamente). El número de intervenciones quirúrgicas relacionadas con colitis ulcerosa fue también inferior en los grupos de tratamiento de 5 y 10 mg/kg de infliximab que en el grupo de placebo (media del número de intervenciones quirúrgicas por 100 años-paciente: 22 y 19 frente a 34; p = 0,145 y p = 0,022, respectivamente). La proporción de pacientes del ensayo a los que se practicó colectomía en cualquier momento dentro de las 54 semanas después de la primera perfusión de la medicación se recopiló y se combinó para los ensayos ACT 1 y ACT 2 y sus extensiones. El número de pacientes a los que se practicó colectomía fue inferior en el grupo de 5 mg/kg de infliximab (28/242 u 11,6 % [N.S.]) y en el grupo de 10 mg/kg de infliximab (18/242 o 7,4 % [p = 0,011]) que en el grupo de placebo (36/244; 14,8 %). La reducción de la incidencia de colectomía también se evaluó en otro ensayo aleatorizado, doble ciego (C0168Y06) en pcientes hospitalizados (n = 45) con colitis ulcerosa de moderada a grave que no habían mostrado respuesta a los corticosteroides intravenosos y que por lo tanto presentaban mayor riesgo de colectomía. Se practicaron significativamente menos colectomías dentro de los 3 meses de la perfusión en los pacientes del ensayo que recibieron una dosis única de 5 mg/kg de infliximab en comparación con los pacientes que recibieron placebo (29,2 % frente a 66,7 % respectivamente, p = 0,017). En ACT 1 y ACT 2, infliximab mejoró la calidad de vida, confirmada por una mejoría estadísticamente significativa tanto en el cuestionario específico de la enfermedad, IBDQ, como en el cuestionario genérico abreviado de 36 preguntas, SF-36. **Espondilitis anquilosante en adultos.** La eficacia y seguridad de infliximab se evaluaron en dos ensayos multicéntricos, doble ciego, controlados con placebo en pacientes con espondilitis anquilosante activa (puntuación para el Índice de Actividad de la Enfermedad Espondilitis Anquilosante de Bath [BASDAI] ≥4 y dolor espinal ≥4 en una escala de 1-10). En el primer ensayo (P01522), con una fase doble ciego de 3 meses, 70 pacientes recibieron 5 mg/kg de infliximab o placebo a las semanas 0, 2, 6 (35 pacientes en cada grupo). En la semana 12, los pacientes con placebo cambiaron a infliximab 5 mg/kg cada 6 semanas hasta la semana 54. Después del primer año del estudio, 53 pacientes continuaron en una extensión de tipo abierto hasta la semana 102. En el segundo ensayo clínico (ASSERT), 279 pacientes se aleatorizaron para recibir placebo (Grupo 1, n = 78) o 5 mg/kg de infliximab (Grupo 2, n = 201) a las 0, 2 y 6 semanas y cada 6 semanas hasta la semana 24. A partir de entonces, todos los pacientes continuaron con infliximab cada 6 semanas hasta la semana 96. El Grupo 1 recibió 5 mg/kg de infliximab. En el Grupo 2, a partir de la perfusión de la semana 36, los pacientes que tenían un BASDAI ≥3 en 2 visitas consecutivas, recibieron 7,5 mg/kg de infliximab cada 6 semanas hasta la semana 96. En ASSERT, se observó mejoría en los signos y síntomas ya en la semana 2. En la semana 24, el número de respondedores con evaluación de espondilitis anquilosante (ASAS) 20 fue 15/78 (19 %) en el grupo placebo, y 123/201 (61 %) en el grupo de 5 mg/kg de infliximab (p < 0,001). 95 pacientes del grupo 2 continuaron con 5 mg/kg cada 6 semanas. Tras 102 semanas todavía estaban en tratamiento con infliximab 80 pacientes, y entre ellos, 71 (89 %) eran respondedores con ASAS 20. En P01522, también se observó mejoría en los signos y síntomas en la semana 2. En la semana 12, el número de respondedores con BASDAI 50 fue 3/35 (9 %) en el grupo placebo, y 20/35 (57 %) en el grupo de 5 mg/kg (p < 0,01). 53 pacientes continuaron con 5 mg/kg cada 6 semanas. Tras 102 semanas 49 pacientes todavía estaban en tratamiento con infliximab, y entre ellos, 30 (61 %) eran respondedores con BASDAI 50. En ambos ensayos, también mejoraron significativamente la función física y la calidad de vida medida con el Índice Funcional de la Enfermedad Espondilitis Anquilosante de Bath (BASFI) y la puntuación del componente físico del cuestionario SF-36. **Artritis psoriásica en adultos.** La eficacia y seguridad se evaluó en dos estudios multicéntricos, doble ciego, controlados con placebo en pacientes con artritis psoriásica activa. En el primer ensayo clínico (IMPACT), se estudió la eficacia y seguridad de infliximab en 104 pacientes con artritis psoriásica poliarticular activa. Durante la fase doble ciego de 16 semanas, los pacientes recibieron 5 mg/kg de infliximab o placebo a las semanas 0, 2, 6 y 14 (52 pacientes en cada grupo). Al comenzar la semana 16, los pacientes con placebo cambiaron a infliximab y todos los pacientes posteriormente recibieron 5 mg/kg de infliximab cada 8 semanas hasta la semana 46. Tras el primer año de estudio, 78 pacientes continuaron hasta la semana 98 en una ampliación del estudio de diseño abierto. En el segundo ensayo clínico (IMPACT 2), se estudió la eficacia y seguridad de infliximab en 200 pacientes con artritis psoriásica activa (≥5 articulaciones inflamadas y ≥5 articulaciones doloridas). El cuarenta y seis por ciento de los pacientes continuaron con dosis estables de metotrexato (≤25 mg/semana). Durante la fase doble ciego de 24 semanas, los pacientes recibieron o 5 mg/kg de infliximab o placebo, en las semanas 0, 2, 6, 14 y 22 (100 pacientes en cada grupo). En la semana 16, cambiaron a una dosis de inducción con infliximab (rescate precoz) 47 pacientes en tratamiento con placebo con <10 % de mejoría en el número de articulaciones inflamadas y doloridas desde la evaluación basal. En la semana 24, todos los pacientes tratados con placebo pasaron a dosis de inducción con infliximab. El tratamiento continuó en todos los pacientes hasta la semana 46.

En la Tabla 9, a continuación, se presentan los resultados de eficacia principales para IMPACT e IMPACT 2:

		IMPACT			IMPACT 2*		
		Placebo (semana 16)	Infliximab (semana 16)	Infliximab (semana 98)	Placebo (semana 24)	Infliximab (semana 24)	Infliximab (semana 54)
Pacientes aleatorizados		52	52	N/A ^a	100	100	100
Respuesta ACR (% de pacientes)							
N		52	52	78	100	100	100
Respuesta		5 (10 %)	34 (65 %)	48 (62 %)	16 (16 %)	54 (54 %)	53 (53 %)
ACR 20*							
Respuesta		0 (0 %)	24 (46 %)	35 (45 %)	4 (4 %)	41(41 %)	33 (33 %)
ACR 50*							
Respuesta		0 (0 %)	15 (29 %)	27 (35 %)	2 (2 %)	27 (27 %)	20 (20 %)
ACR 70*							
Respuesta PASI (% de pacientes) ^o							
N					87	83	82
Respuesta					1 (1 %)	50 (60 %)	40 (48,8 %)
PASI 75**							

* Análisis ITT en el que los sujetos en los que faltaban datos se incluyeron como pacientes que no presentaron respuesta.
a Los datos en la semana 98 para IMPACT incluyen pacientes combinados que recibieron placebo y pasaron a infliximab, y pacientes con infliximab que se

incluyeron en la ampliación del estudio de diseño abierto.
b Basado en los pacientes con PASI >2,5 en la evaluación basal para IMPACT, y pacientes con >3 % del BSA con piel psoriásica en la evaluación basal para IMPACT 2.
** Respuesta PASI 75 para IMPACT no incluida por ser N pequeño; p < 0,001 para infliximab frente a placebo en la semana 24 para IMPACT 2.

En IMPACT e IMPACT 2 se observaron respuestas clínicas ya en la semana 2 y se mantuvieron hasta la semana 98 y semana 54 respectivamente. Se ha demostrado eficacia con y sin la utilización concomitante de metotrexato. Se observaron disminuciones en los parámetros de actividad periférica característica de la artritis psoriásica (tales como número de articulaciones inflamadas, número de articulaciones doloridas, dactilitis y presencia de entesopatía) en los pacientes tratados con infliximab. En IMPACT 2 se evaluaron los cambios radiográficos. Se hicieron radiografías de manos y pies en la evaluación basal, semanas 24 y 54. El tratamiento con infliximab redujo la tasa de progresión del daño articular periférico en comparación con el tratamiento con placebo según la variable principal de valoración de la semana 24, medida por el cambio en el índice modificado total Van der Heijde-Sharp (vdH-S) desde la evaluación basal (la media del índice ± desviación estándar fue 0,82 ± 2,62 en el grupo con placebo en comparación con -0,70 ± 2,53 en el grupo con infliximab; p < 0,001). En el grupo con infliximab, la media del cambio en el índice modificado total vdH-S permaneció por debajo de 0 en la semana 54. Los pacientes tratados con infliximab mostraron mejoría significativa en la función física valorada mediante el HAQ. En IMPACT 2 también se demostraron mejoras significativas en la calidad de vida relacionada con la salud, mediante las puntuaciones del componente físico y mental, SF-36. **Psoriasis en adultos.** La eficacia de infliximab se evaluó en dos ensayos multicéntricos, aleatorizados y doble ciego: SPIRIT y EXPRESS. Los pacientes de ambos ensayos tenían psoriasis en placas (Área de Superficie Corporal [BSA] ≥10 % y la puntuación del Índice de Gravedad y Área afectada de Psoriasis [PASI] ≥12). La variable principal de valoración en ambos ensayos fue el porcentaje de pacientes que alcanzó una mejoría en PASI ≥ 75 % desde el comienzo del tratamiento hasta la semana 10. SPIRIT evaluó la eficacia de la terapia de inducción con infliximab en 249 pacientes con psoriasis en placas que habían recibido previamente PUVA o terapia sistémica. Los pacientes recibieron perfusiones de 3 o 5 mg/kg de infliximab o de placebo en las semanas 0, 2 y 6. Los pacientes con una puntuación PGA (Physician's Global Assessment = Evaluación Global por parte del Médico) ≥3 pudieron recibir una perfusión adicional del mismo tratamiento en la semana 26. En SPIRIT, la proporción de pacientes que alcanzó un PASI 75 en la semana 10 fue del 71,7 % en el grupo de 3 mg/kg de infliximab, del 87,9 % en el grupo de 5 mg/kg de infliximab, y del 5,9 % en el grupo de placebo (p < 0,001). En la semana 26, veinte semanas después de la última dosis de inducción, el 30 % de los pacientes del grupo de 5 mg/kg y el 13,8 % de los pacientes del grupo de 3 mg/kg presentaron respuesta con un PASI 75. Entre las semanas 6 y 26, los síntomas de psoriasis volvieron a aparecer gradualmente, con una mediana del tiempo hasta la recaída de la enfermedad >20 semanas. No se observó ningún rebote. EXPRESS evaluó la eficacia de la terapia de inducción y de mantenimiento de infliximab en 378 pacientes con psoriasis en placas. Los pacientes recibieron perfusiones de 5 mg/kg de infliximab o placebo en las semanas 0, 2 y 6 seguidas de terapia de mantenimiento cada 8 semanas hasta la semana 22 en el grupo de placebo y hasta la semana 46 en el grupo de infliximab. En la semana 24, el grupo de placebo se cruzó a la terapia de inducción con infliximab (5 mg/kg) seguida de la terapia de mantenimiento con infliximab (5 mg/kg). La psoriasis en las uñas fue evaluada utilizando el Índice de Gravedad de Psoriasis en las Uñas (NAPSI). El 71,4 % de los pacientes había recibido terapia previa con PUVA, metotrexato, ciclosporina, o acitretina, aunque no eran necesariamente resistentes a la terapia. Los resultados principales se presentan en la Tabla 10. En los pacientes tratados con infliximab, se evidenciaron respuestas PASI 50 significativas en la primera visita (semana 2) y respuestas PASI 75 en la segunda visita (semana 6). La eficacia fue similar en el subgrupo de pacientes que habían sido sometidos a terapias sistémicas previas en comparación a la población total del estudio.

Tabla 10. Resumen de respuesta PASI, respuesta PGA y porcentaje de pacientes con todas las uñas sin lesiones en las semanas 10, 24 y 50. EXPRESS

	Placebo → Infliximab 5 mg/kg (en la semana 24)	Infliximab 5 mg/kg
Semana 10		
N	77	301
≥90 % de mejoría	1 (1,3 %)	172 (57,1 %)ª
≥75 % de mejoría	2 (2,6 %)	242 (80,4 %)ª
≥50 % de mejoría	6 (7,8 %)	274 (91,0 %)
PGA de desaparición (0) o mínima (1)	3 (3,9 %)	242 (82,9 %)ªb
PGA de desaparición (0), mínima (1), o leve (2)	14 (18,2 %)	275 (94,2 %)ªb
Semana 24		
N	77	276
≥90 % de mejoría	1 (1,3 %)	161 (58,3 %)ª
≥75 % de mejoría	3 (3,9 %)	227 (82,2 %)ª
≥50 % de mejoría	5 (6,5 %)	248 (89,9 %)
PGA de desaparición (0) o mínima (1)	2 (2,6 %)	203 (73,6 %)ª
PGA de desaparición (0), mínima (1), o leve (2)	15 (19,5 %)	246 (89,1 %)ª
Semana 50		
N	68	281
≥90 % de mejoría	34 (50,0 %)	127 (45,2 %)
≥75 % de mejoría	52 (76,5 %)	170 (60,5 %)
≥50 % de mejoría	61 (89,7 %)	193 (68,7 %)
PGA de desaparición (0) o mínima (1)	46 (67,6 %)	149 (53,0 %)
PGA de desaparición (0), mínima (1), o leve (2)	59 (86,8 %)	189 (67,3 %)
Todas las uñas sin lesiones °		
Semana 10	1/65(1,5 %)	16/235 (6,8 %)
Semana 24	3/65 (4,6 %)	58/223 (26,0 %) ª

Semana 50	27/64 (42,2 %)	92/226 (40,7 %)
-----------	----------------	-----------------

a p < 0,001, para cada grupo de tratamiento con infliximab frente a control.

b n = 292.

c El análisis se basó en pacientes con psoriasis en las uñas en la visita basal (81,8 % de los pacientes). Las puntuaciones NAPSI basales medias fueron 4,6 y 4,3 en el grupo de infliximab y de placebo.

Se demostraron mejorías significativas respecto a la visita basal en DLQI (p < 0,001) y en las puntuaciones del componente físico y mental del cuestionario SF 36 (p < 0,001 para la comparación de cada componente). **Población pediátrica. Enfermedad de Crohn en pediatría (6 a 17 años).** En el ensayo REACH, 112 pacientes (6 a 17 años, mediana de edad de 13,0 años) con enfermedad de Crohn activa, moderada a grave (mediana pediátrica CDAI de 40) y con una respuesta inadecuada a las terapias convencionales, recibieron 5 mg/kg de infliximab en las semanas 0, 2 y 6. Todos los pacientes debían mantenerse con dosis estables de 6-MP, AZA o MTX (el 35 % también estaban recibiendo corticosteroides en la visita basal). Los pacientes que presentaban respuesta clínica en la semana 10, según la evaluación del investigador, se aleatorizaron y recibieron 5 mg/kg de infliximab cada 8 semanas o cada 12 semanas como régimen de tratamiento de mantenimiento. Si desaparecía la respuesta durante el tratamiento de mantenimiento, se permitía un aumento de dosis (10 mg/kg) y/o una reducción del intervalo de dosificación (cada 8 semanas). Treinta y dos (32) pacientes pediátricos evaluables aumentaron la dosis (9 pacientes del grupo de mantenimiento cada 8 semanas y 23 pacientes del grupo de mantenimiento cada 12 semanas). Veinticuatro de estos pacientes (75,0 %) recuperaron la respuesta clínica después del aumento de dosis. La proporción de pacientes con respuesta clínica en la semana 10 fue 88,4 % (99/112). La proporción de pacientes que alcanzó remisión clínica en la semana 10 fue 58,9 % (66/112). En la semana 30, la proporción de pacientes con remisión clínica fue superior en el grupo de tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas (59,6 %, 31/52) que en el grupo de tratamiento de mantenimiento cada 12 semanas (35,3 %, 18/51; p = 0,013). En la semana 54, los datos fueron 55,8% (29/52) y 23,5 % (12/51) en los grupos de mantenimiento cada 8 semanas y cada 12 semanas, respectivamente (p < 0,001). Los datos sobre las fistulas proceden de las puntuaciones PCDAI. De los 22 pacientes que presentaban fistulas en la visita basal, 63,6 % (14/22), 59,1 % (13/22) y 68,2 % (15/22) presentaron respuesta completa en cuanto a fistulas en la semana 10, 30 y 54, respectivamente, en los grupos combinados de mantenimiento cada 8 semanas y cada 12 semanas. Además, se observaron mejorías estadística y clínicamente significativas en la calidad de vida y altura, así como una reducción significativa en el uso de corticosteroides, frente a la visita basal. ***Colitis ulcerosa en pediatría (6 a 17 años).*** La seguridad y eficacia de infliximab se evaluaron en un ensayo (C016BT72) multicéntrico, aleatorizado, abierto, con grupos paralelos en 60 pacientes pediátricos entre 6 y 17 años (mediana de edad 14,5 años) con colitis ulcerosa activa de moderada a grave (puntuación de Mayo de 6 a 12; subpuntuación endoscópica ≥2) con una respuesta inadecuada a terapias convencionales. Al inicio del estudio el 53 % de los pacientes recibieron tratamiento inmunomodulador (6-MP, AZA o MTX) y el 62 % de los pacientes recibieron corticosteroides. Se permitió la suspensión progresiva de inmunomoduladores y corticosteroides después de la semana 0. Todos los pacientes recibieron un régimen de inducción de 5 mg/kg de infliximab en las semanas 0, 2 y 6. Los pacientes que no respondieron a infliximab en la semana 8 (n = 15) no recibieron más fármaco y se les mantuvo en seguimiento de seguridad. En la semana 8, 45 pacientes fueron elegidos al azar y recibieron un régimen de tratamiento de mantenimiento de 5 mg/kg de infliximab ya fuera cada 8 semanas o cada 12 semanas. El porcentaje de pacientes con respuesta clínica en la semana 8 fue 73,3 % (44/60). La respuesta clínica en la semana 8 fue similar entre aquellos con o sin uso de inmunomoduladores concomitantes al inicio. La remisión clínica en la semana 8 fue 33,3 % (17/51) según la puntuación para el Índice de Actividad de la Colitis Ulcerosa Pediátrica (PUCAI). En la semana 54, el porcentaje de pacientes en remisión clínica medida por la puntuación de PUCAI fue 38 % (8/21) en el grupo de mantenimiento cada 8 semanas y 18 % (4/22) en el grupo de tratamiento de mantenimiento cada 12 semanas. Para pacientes que recibieron corticosteroides al inicio, el porcentaje de pacientes en remisión y no recibiendo corticosteroides en la semana 54 fue 38,5 % (5/13) para el grupo de tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas y 0 % (0/13) para el grupo de tratamiento de mantenimiento cada 12 semanas. En este estudio, hubo más pacientes en el grupo de edad entre 12 y 17 años que en el grupo de edad entre 6 y 11 años (45/60 frente a 15/60). Siendo el número de pacientes en cada subgrupo demasiado pequeño para sacar conclusiones definitivas sobre el efecto de la edad, hubo un mayor número de pacientes en el grupo de edad menor que aumentó la dosis o suspendió el tratamiento por eficacia inadecuada. **Otras indicaciones pediátricas.** La Agencia Europea de Medicamentos ha eximido al titular de la obligación de presentar los resultados de los ensayos realizados con el medicamento de referencia que contiene infliximab en los diferentes grupos de la población pediátrica en artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, psoriasis y enfermedad de Crohn (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en población pediátrica) **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** Las perfusiones intravenosas únicas de 1, 3, 5, 10 o 20 mg/kg de infliximab produjeron aumentos proporcionales a la dosis en la concentración sérica máxima (Cmax) y en el área bajo la curva de concentración-tiempo (AUC). El volumen de distribución en estado estacionario (mediana del Vd de 3,0 a 4,1 litros) no fue dependiente de la dosis administrada e indicaba que infliximab se distribuye predominantemente dentro del compartimento vascular. No se observó dependencia del tiempo de la farmacocinética. Las vías de eliminación de infliximab no se han caracterizado. No se detectó infliximab inalterado en la orina. No se observaron diferencias importantes relacionadas con la edad o el peso en el aclaramiento o volumen de distribución en pacientes con artritis reumatoide. No se ha estudiado la farmacocinética de infliximab en pacientes de edad avanzada. No se han realizado estudios en pacientes con enfermedad hepática o renal. A las dosis únicas de 3, 5 o 10 mg/kg, los valores medianos para Cmax fueron 77, 118 y 277 microgramos/ml, respectivamente. La mediana de la semivida terminal a estas dosis osciló entre 8 y 9,5 días. En la mayoría de los pacientes, infliximab se puede detectar en el suero durante al menos 8 semanas después de la dosis única recomendada de 5 mg/kg para la enfermedad de Crohn y de 3 mg/kg cada 8 semanas para la artritis reumatoide como dosis de mantenimiento. La administración repetida de infliximab (5 mg/kg a las 0, 2 y 6 semanas en la enfermedad de Crohn fistulizante, 3 o 10 mg/kg cada 4 u 8 semanas en artritis reumatoide) dio como resultado una ligera acumulación de infliximab en suero después de la segunda dosis. No se observó acumulación posterior clínicamente relevante. En la mayoría de los pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante, infliximab se detectó en el suero durante 12 semanas (intervalo 4-28 semanas) tras la administración del régimen. ***Población pediátrica.*** El análisis farmacocinético de la población basado en datos obtenidos de pacientes con colitis ulcerosa (N = 60), enfermedad de Crohn (N = 112), artritis reumatoide juvenil (N = 117) y enfermedad de Kawasaki (N = 16) con un rango de edad total desde 2 meses a 17 años indicó que la exposición a infliximab fue dependiente del peso corporal de forma no lineal. Tras la administración de 5 mg/kg de influximab cada 8 semanas, la mediana pronosticada de la exposición a infliximab en estado estacionario (área bajo la curva de concentración-tiempo en estado estacionario, AUCss) en pacientes pediátricos entre 6 y 17 años de edad fue aproximadamente un 20 % inferior que la mediana pronosticada de la exposición al fármaco en estado estacionario en adultos. Se pronosticó que la mediana de la AUCss en pacientes pediátricos de 2 años a menos de 6 años de edad sería aproximadamente un 40% inferior que en adultos, aunque el número de pacientes que apoyan esta estimación es limitado. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** Infliximab no tiene reacciones cruzadas con TNFα en especies distintas a la humana y chimpancés. Por tanto, los datos preclínicos sobre seguridad convencionales con infliximab son limitados. En un estudio de toxicidad sobre el desarrollo embrionario llevado a cabo en el ratón que utiliza un anticuerpo análogo que inhibe selectivamente la actividad funcional del TNFα del ratón, no hubo indicación de toxicidad materna, embriotoxicidad o teratogenicidad. En un estudio sobre la fertilidad y la función reproductora general, el número de ratones preñados se redujo tras la administración del mismo anticuerpo análogo. Se desconoce si este hallazgo fue debido a los efectos sobre los machos y/o las hembras. En un estudio de toxicidad a dosis repetidas en ratones de 6 meses de duración, utilizando el mismo anticuerpo análogo frente al TNFα de ratón, se observaron depósitos cristalinos en la cápsula lenticular de algunos de los ratones macho que fueron tratados. No se han realizado revisiones oftalmológicas específicas en pacientes para averiguar la importancia de este hallazgo en el hombre. No se han realizado estudios a largo plazo para evaluar el potencial carcinogénico de infliximab. Los estudios en ratón deficiente en TNFα demostraron que no había incremento en tumores cuando fueron estimulados con iniciadores y/o estimuladores conocidos de tumores. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Sacarosa. Polisorbato 80. Dihidrógenofosfato de sodio monohidrato. Hidrogenofosfato de sodio dihidrato. **6.2 Incompatibilidades.**En ausencia de estudios de compatibilidad, este medicamento no debe mezclarse con otros.**6.3 Período de validez. Antes de la reconstitución:** 60 meses a 2 °C-8 °C.Inflixtra se puede conservar a temperaturas de hasta un máximo de 25 °C durante un único periodo de hasta 6 meses, pero sin sobrepasar la fecha de caducidad inicial. La nueva fecha de caducidad debe ser escrita en la caja. Una vez que se ha extraído del almacenamiento refrigerado, Inflectra no debe devolverse al almacenamiento refrigerado. **Tras la reconstitución:** Se ha demostrado la estabilidad química y física en uso de la solución reconstituida durante 24 horas a 25°C. Desde el punto de vista microbiológico, el producto deberá usarse tan pronto como sea posible pero dentro de las 3 horas de la reconstitución y dilución. Si no se usa inmediatamente, los tiempos y las condiciones de conservación antes de su utilización son responsabilidad del usuario y no deberán sobrepasar 24 horas a 2-8 °C. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C).Para las condiciones de conservación de hasta 25 °C antes de la reconstitución del medicamento, ver sección 6.3. Para las condiciones de conservación tras la reconstitución del medicamento, ver sección 6.3. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Vial de vidrio Tipo 1 con un tapón de goma (butilo) y un cierre de aluminio con un disco extraíble. Tamaños de envases de 1, 2, 3, 4, 5 viales.

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** 1. Es necesario calcular la dosis y el número de viales de Inflectra. Cada vial de Inflectra contiene 100 mg de infliximab. También es preciso calcular el volumen total de solución reconstituida de Inflectra necesario. 2. En condiciones asépticas, se debe reconstituir cada vial de Inflectra con 10 ml de agua para preparaciones inyectables, utilizando una jeringa equipada con una aguja de calibre 21 (0,8 mm) o menor. Es preciso retirar el tapón extraíble del vial y limpiar la parte superior con una torunda de algodón empapada en alcohol al 70 %. Se debe insertar la aguja de la jeringa en el vial en el centro del tapón de goma y dirigir el agua para preparaciones inyectables hacia la pared de vidrio del vial. La solución debe removerse con suavidad mediante un movimiento rotatorio del vial para disolver el polvo. Debe evitarse la agitación prolongada o vigorosa. EL VIAL NO DEBE AGITARSE. Es posible que durante la reconstitución se forme espuma en la solución. La solución reconstituida debe reposar durante 5 minutos. La solución debe ser de incolora a amarillo claro y opalescente. En la solución pueden aparecer unas finas partículas translúcidas, ya que infliximab es una proteína. La solución no debe utilizarse si presenta partículas opacas, alteración del color u otras partículas extrañas. 3. El volumen de solución reconstituida de Inflectra necesario debe diluirse hasta 250 ml con solución para perfusión 9 mg/ml (0,9 %) de cloruro sódico. No diluir la solución reconstituida de Inflectra con cualquier otro diluyente. Esto puede realizarse extrayendo del frasco de vidrio o de la bolsa de perfusión de 250 ml un volumen de la solución para perfusión 9 mg/ml (0,9 %) de cloruro sódico igual al volumen de Inflectra reconstituido. El volumen de solución reconstituida de Inflectra necesario debe añadirse lentamente al frasco o bolsa de perfusión de 250 ml y mezclarse suavemente. 4. La solución para perfusión intravenosa debe administrarse durante un periodo no inferior al tiempo de perfusión recomendado (ver sección 4.2). Debe usarse sólo un equipo para perfusión con un filtro de entrada de baja afinidad a proteínas, no pirogénico y estéril (tamaño del poro 1,2 micrómetros o menor). Como no incluye conservantes, se recomienda que la administración de la solución para perfusión intravenosa se comience lo antes posible y dentro de las 3 horas de la reconstitución y dilución. Cuando la reconstitución y dilución se realizan bajo condiciones asépticas, la solución para perfusión de Inflectra se puede utilizar dentro de las 24 horas si se conserva entre 2 °C y 8 °C. Las porciones no utilizadas de solución para perfusión intravenosa no deben conservarse para su reutilización. 5. Antes de su administración, Inflectra se debe inspeccionar visualmente en cuanto a partículas o alteración del color. No debe utilizarse si se observan partículas opacas visibles, alteración del color o partículas extrañas. 6. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Hospira UK Limited. Horizon. Honey Lane. Hurley. Maidenhead. SL6 6RJ. Reino Unido. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/13/854/001. EU/1/13/854/002. EU/1/13/854/003. EU/1/13/854/004. EU/1/13/854/005. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización 10 de septiembre 2013. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Septiembre 2016. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu/>. **11. PRESENTACIONES Y PVP (IVA).** Inflectra polvo para concentrado para solución para perfusión 1 vial. CN 701881.0. PVL: 439,75 €. PVP: 490,66 €. PVP (IVA) 510,29 €. **12. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA. USO HOSPITALARIO. **13. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SNS.** Incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Para cualquier asunto de farmacovigilancia por favor contacten con el buzón de farmacovigilancia ESP.AERreporting@pfizer.com

NOTAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Programa impreso
con la colaboración de:



SECRETARÍA TÉCNICA

INFORMACIÓN GENERAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

C/ Marqués del Duero, 5 – 1ª planta / 28001 Madrid

Tel: 91 576 77 99 / Fax: 91 578 11 33

ser@ser.es / www.ser.es

AGENCIA DE VIAJES

INSCRIPCIONES,

RESERVA DE ALOJAMIENTO Y PASAJES

UNIONTOURS, S.L.

C/ Galileo, 306-308 / 08028 Barcelona

Tel: 93 419 20 30 / Fax: 93 430 61 93

uniontours@uniontours.es

SEDE DEL CONGRESO

PALACIO DE CONGRESOS Y DE LA MÚSICA DE BILBAO

EUSKALDUNA JAUREGIA BILBAO

Avda. Abandoibarra, 4 / 48011 Bilbao

Teléfono: 944 035 000

info@euskalduna.eus

Organizado por:


Sociedad Española de
Reumatología


Fundación Española de
Reumatología

SER17