

ever, regression analysis showed a statistically significant correlation between smoking and functional limitation ( $r = 0.096$ ;  $p = 0.02$ ).

Relationship between tobacco consumption and spinal stiffness levels in patients with ax-SpA

	Smoker	Occasional smoker	Non smoker	P	$\chi^2$
Cervical stiffness	84.2%	77.1%	73.1%	0.171	9.044
Thoracic stiffness	76.0%	76.6%	72.4%	0.408	6.141
Lumbar stiffness	89.0%	93.8%	83.5%	0.002	20.518

**Conclusions:** Smoking in patients with ax SpA is associated to greater stiffness in the lumbar region, but is not related to stiffness in the cervical or dorsal regions. Additionally, smoking is associated to the degree of functional limitation in these patients.

The Atlas was funded by Novartis and done in collaboration with CEADE.

### P378. QUALITY OF LIFE IMPROVEMENT IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS TREATED WITH NSAIDS AND BIOLOGICAL THERAPY FROM THE PATIENT'S PERSPECTIVE: RESULTS FROM THE ATLAS-2017

M. Garrido-Cumbrera<sup>1,2</sup>, D. Gálvez-Ruiz<sup>1</sup>, J. Gratacós<sup>3</sup>, C. Blanch Mur<sup>4</sup> and V. Navarro-Compán<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla. <sup>2</sup>CEADE. Madrid. <sup>3</sup>Department of Rheumatology. Hospital Universitari Parc Taulí. I3PT. UAB. Sabadell. <sup>4</sup>Novartis. Barcelona. <sup>5</sup>Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introduction:** In patients with axial spondyloarthritis (axSpA), the main long-term outcome is quality of life. Clinical trials and observational studies have shown the efficacy of biological therapy (BT) on improving the signs and symptoms of the disease. However, data assessing the impact of BT on quality of life is scarce and mainly comes from clinical trials.

**Objectives:** To assess the improvement in quality of life from the patient's perception as a result of pharmacological treatments.

**Methods:** A sample of 680 patients diagnosed with axSpA was interviewed through an online survey as part of the Spanish Atlas-2017, which aimed to promote early referral, improve healthcare, and the use of effective treatments in patients with axSpA. For this study, self-reported data from patients who had received both NSAIDs and BT were analysed. Patients were asked about the improvement they had experienced on 7 different aspects of quality of life after starting treatment with NSAIDs or BT: independence, leisure and free time, social relations, sport and physical activity, and mood and sexual relations. Improvements were measured on a 0 to 10 Likert Scale and classified as low ( $\leq 5$ ) and high ( $\geq 6$ ). Non-parametric (Wilcoxon) tests were used to compare the mean degree of improvement between patients with biological therapy and those with NSAIDs.

**Results:** A total of 189 patients were included. Mean (SD) age was 46 (XX) years, 53% were females and 77.1% were HLA-B27+. A higher percentage of patients perceived high improvement after receiving a BT than after receiving an NSAID for both, overall quality of life assessment (57% vs 22%, respectively) and for the different quality of life-related aspects. Additionally, mean degree of improvement for overall quality of life assessment and the different related aspects were reported to be significantly higher after receiving BT than after NSAIDs.

Percentage of patients who state high improvement ( $\geq 6$  in 0-10) in different aspects related to their quality of life after receiving biological therapy and NSAIDs

	NSAID	Biological Therapy	P Wilcoxon
Independence	22.6	53.0	< 0.001
Leisure & Spare Time	22.9	58.2	< 0.001
Employment	20.7	53.6	< 0.001
Social Relations	19.4	52.1	< 0.001
Sport & Physical Activity	14.4	41.3	< 0.001
Emotional Wellbeing	17.4	53.9	< 0.001
Sexual Activity	16.0	53.4	< 0.001
Global	22.2	57.0	< 0.001

**Conclusions:** In clinical practice, patients' self-reported satisfaction in overall and different aspects of quality of life is substantially greater after being treated with BT than with NSAIDs. However, these results need to be confirmed in a longitudinal study. The Atlas was funded by Novartis and done in collaboration with CEADE.

### P379. THE VALUE OF BELONGING TO PATIENTS' ASSOCIATION FOR AXIAL SPONDYLOARTHRITIS: RESULTS FROM THE ATLAS-2017

M. Garrido-Cumbrera<sup>1,2</sup>, D. Gálvez-Ruiz<sup>3</sup>, E. Collantes Estévez<sup>1</sup>, C. Blanch Mur<sup>4</sup> and V. Navarro-Compán<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Sevilla. <sup>2</sup>CEADE. <sup>3</sup>Universidad de Córdoba. <sup>4</sup>Novartis. Barcelona. <sup>5</sup>Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introduction:** International guidelines stimulate patients with axial spondyloarthritis (axSpA) becoming members of patient associations and self-help groups. However, the scientific evidence for this is limited and poor.

**Objectives:** To assess the relationship between belonging to axSpA patient associations with regard to physical and psychological outcomes of the disease.

**Methods:** A sample of 680 axSpA patients was interviewed as part of the Spanish-2017 Atlas, which aimed to promote early referral, improve healthcare, and the use of effective treatments in patients with axSpA. By means of an online survey, the following self-reported data were collected: sociodemographic, smoking habit, degree of functional limitation in 18 daily activities (graded from 0-3 as none, little, some, moderate), spinal stiffness level at cervical, thoracic, and lumbar spine (0-3 none, little, some, moderate), disease activity through BASDAI (0-10), risk of severe psychiatric illness using General Health Questionnaire - GHQ-12 (0-12), and treatment received (NSAIDs and biological therapy). Differences for all these variables between associated-patients and non-associated patients were tested, using Mann-Whitney or Chi-square tests.

**Results:** Out of 680 patients, 301 (44.3%) were members of patient associations. Compared to non-associated patients, those associated were older, more frequently male, married, and few smoked (Table). Additionally, despite having longer disease duration and receiving similar treatment, associated patients had lower disease activity (BASDAI 5.1 vs 5.8;  $p = 0.001$ ), less functional limitation (26.5 vs 28.7;  $p < 0.05$ ), and less risk of severe psychiatric illness (GHQ-12 4.9 vs 6.5;  $p < 0.001$ ).

Characteristics stratified by patient association membership status

	Associated (mean $\pm$ SD or %)	Non-Associated (mean $\pm$ SD or %)	P
Age (years)	49.7 $\pm$ 11.2	42.4 $\pm$ 9.4	< 0.001
Gender (Male)	57.8%	39.3%	< 0.001
Education Level (University)	34.6%	38.8%	0.3
Marital Status (Married)	79.1%	65.4%	< 0.001
Smoker	32.6%	41.6%	< 0.01
Disease duration (years) (N = 555)	26.0 $\pm$ 12.4	17.0 $\pm$ 10.3	< 0.001
HLA-B27 (Positive) (N = 558)	79.7%	74.9%	0.097
Treatment			
NSAIDs (without biology)	28.6%	30.9%	0.5
Biological (monotherapy or with NSAIDs)	39.2%	34.0%	0.2
BASDAI (0-10) (N = 442)	5.1 $\pm$ 2.1	5.8 $\pm$ 2.1	0.001
Stiffness			< 0.01
Without Stiffness			
Low	10.2%	11.2%	
Mild	17.6%	20.0%	
High	27.8%	38.6%	
Functional Limitation (0-54) (N = 605)	26.5 $\pm$ 13.4	28.7 $\pm$ 12.9	0.038
GQH-12 (0-12) (N = 474)	4.9 $\pm$ 4.5	6.5 $\pm$ 4.4	< 0.001

**Conclusions:** In axSpA, belonging to patient associations is related to better physical and psychological outcomes. Accordingly, rheu-

matologists should encourage patients to join these groups. However, further data on longitudinal studies is required to confirm these results.

The Atlas was funded by Novartis and done in collaboration with CEADE.

### P380. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS DENSITOMÉTRICA EN PACIENTES VIH SEGÚN LOS VALORES DE REFERENCIA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

J. Loarca Martos<sup>1</sup>, F. López Gutiérrez<sup>1</sup>, C. Sobrino Grande<sup>1</sup>, J.L. Casado Osorio<sup>2</sup> y M. Vázquez Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología; <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienen menor densidad mineral ósea (DMO) que la población general. En nuestro país, para el cálculo de la T-Score se utilizan los valores de DMO de población sana obtenidos de la cohorte americana NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey) para cuello femoral (CF) y los proporcionados por la marca comercial Hologic para columna lumbar (CL), que pueden no ser representativos de nuestra población local.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de osteoporosis (OP) en pacientes VIH seguidos en un hospital terciario de la Comunidad de Madrid, utilizando como referencia para el cálculo de la T-Score los valores de DMO obtenidos de una cohorte de pacientes sanos de nacionalidad española, en comparación a los valores utilizados habitualmente.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal en pacientes VIH valorados en el Servicio de Enfermedades infecciosas del Hospital Ramón y Cajal. Se estimó la prevalencia de OP (definido como Ts  $\leq -2,5$ ) según los valores de referencia habituales (en base a NAHNES III y Hologic), y se comparó con la obtenida al calcular la Ts con los valores de referencia de DMO pico en CF y CL (20-29 años), según la cohorte del estudio de M. Díaz Curiel, realizado sobre 2442 pacientes sanos de ambos sexos y de nacionalidad española, con edades comprendidas entre 20-80 años.

**Resultados:** Se incluyeron 949 pacientes en el periodo 2010-2017, 708 varones con una media de edad de 43,4 años, y 241 mujeres, con una media de edad de 46,5 años. La prevalencia de OP en CL en el subgrupo de pacientes varones fue del 17,4% (123 pacientes) según los valores de referencia americanos, frente a un 6,3% (45 pacientes) si se compara con los datos españoles. La Tscore calculada con datos de DMO española, fue superior en todos los grupos de edad ( $p < 0,05$ ), al compararla con la Ts basada en datos NAHNES III. La OP a nivel de CF fue del 4,9% (35 pacientes) según los valores de referencia habituales, en comparación a un 7,5% (53 pacientes) para población española, con una disminución de la Ts significativa ( $p < 0,05$ ) en todos los grupos de edad salvo en el de 20-39. La prevalencia de OP en CL en el subgrupo de pacientes mujeres fue del 16,6% (40 pacientes) de acuerdo con los valores de referencia americanos frente al 14,9% (36 pacientes) según los valores de referencia españoles. La Tscore calculada con datos de DMO española fue superior en los grupos de edad comprendidos entre los 40 y los 59 años ( $p < 0,05$ ) al compararla con la Ts basada en datos NAHNES III. La OP a nivel de CF fue del 8,2% (20 pacientes) según valores de referencia americanos, en comparación con un 7,5% (18 pacientes) al compararla con los datos la cohorte de Díez-Curiel, con un aumento de la Tscore para los grupos de edad entre 30-39 y 50-59 años ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Según los resultados de nuestro estudio, hasta un 30% de pacientes españoles con VIH serían reclasificados según la definición de OP, si usamos datos de referencia de DMO de la población española para el cálculo de la Ts, en vez de los datos americanos o los de referencia BMDCS/Hologic. Esto supone un impacto importante a la hora de tomar decisiones acerca del tratamiento de la OP en estos pacientes.

### P381. FRACTURA VERTEBRAL POR FRAGILIDAD: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN 2 CENTROS ESPAÑOLES

A. Naranjo Hernández<sup>1</sup>, J. Rosas<sup>2</sup>, S. Ojeda<sup>1</sup>, E. Salas<sup>2</sup>, A. Molina<sup>1</sup>, A. Saavedra<sup>1</sup>, F. Santana<sup>1</sup>, C. Cano<sup>2</sup>, M. Lorente<sup>2</sup>, A. Pons<sup>2</sup>, J.M. Senabre-Gallego<sup>2</sup>, G. Santos-Soler<sup>2</sup>, X. Barber<sup>3</sup> y Grupo CANAL

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. <sup>3</sup>Centro de Investigación Operativa. Universidad Miguel Hernández. Elche.

**Introducción:** La detección, estudio y tratamiento de la fractura vertebral (FV) es clave en prevención secundaria.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes con FV atendidos en dos centros españoles dentro de unidades de fractura o *fracture liaison services* (FLS).

**Métodos:** Se recogieron los pacientes atendidos (2012-2017) en primera visita por FV por fragilidad y se analizaron sus características clínicas (edad, sexo, valor más bajo de DXA de columna/cadera, escala FRAX, tratamiento previo), en 2 centros hospitalarios. En el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGC), los pacientes fueron atendidos en una unidad de fracturas FLS. En el H Marina Baixa (HMB), se identificaron a través de la solicitud de 1ª DXA (por atención primaria u otra especialidad, excluyendo reumatología), por fractura previa que incluyera FV, incluido en su programa FLS.

**Resultados:** En el HUGC se recogieron 158 pacientes (109 del listado de urgencias y 49 fueron remitidos mediante interconsulta) atendidos un promedio de 6 meses después de la fractura (tabla). La edad promedio de los pacientes fue de 76 a. en los procedentes de urgencias y de 71 a. en los atendidos mediante interconsulta. En 22 casos (14%) se detectó más de una FV. En la visita inicial estaban tratados el 11% de los pacientes del listado de urgencias y el 20% de los pacientes de interconsulta. El 24% de los pacientes había recibido tratamiento antifractura previamente, 14% lo tomaba en la visita basal (88% de los casos con bifosfonato). En el HMB se recogieron 152 pacientes, 113 de los cuales (74%) fueron derivados desde atención primaria y el resto de otras especialidades. El 39% de los pacientes estaba en tratamiento antifractura (53% de los casos con bifosfonato).

	HUGC Dr. Negrín (N = 158)	H Marina Baixa 8 (N = 152)
Edad, media (DE)	75 (9)	69 (11)**
Sexo, mujeres, n (%)	123 (78)	129 (85)
Tratamiento actual antifractura, n (%)	22 (14)	60 (39)**
Factores de riesgo de fractura, n (%)		
MC, media (DE)	28 (4)	27 (4)
Fractura previa no vertebral	34 (21)	53 (35)**
Antecedente familiar de fractura	15/148 (10)	27 (18)*
Menopausia precoz	24/111 (21)	42 (36)**
Tabaco	14/150 (9)	21 (14)
Alcohol	9/158 (5)	5 (3)
Artritis reumatoide	6/150 (4)	0
Corticoides	16/150 (10)	8 (5)
DXA, n (%)		
Normal	14/106 (13)	23/151 (15)
Osteopenia	38/106 (36)	46/151 (30)
Osteoporosis	54/106 (51)	82/151 (54)
Escala FRAX, media (DE)		
Fractura mayor	14,6 (9)	11,7 (7)**
Fractura de cadera	6,0 (5)	4,8 (5)

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

**Conclusiones:** La baja prevención secundaria tras FV justifica las unidades FLS, existiendo diferencias significativas en el porcentaje de casos tratados en la visita basal entre los centros analizados. Los pacientes remitidos mediante interconsulta son más jóvenes que los identificados a través del listado de urgencias.