



Reumatología Clínica

<http://www.reumatologiaclinica.org>



P097 - ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS TERAPIAS DIRIGIDAS EMPLEADAS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

E. Júdez¹, F.A. Pretel², G. Sánchez Nievas¹, M. Sianes¹, I. Labiano¹, G. García-Consuegra¹ y M.A. García Morales¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ² Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Resumen

Objetivos: Analizar la supervivencia y los motivos de suspensión de las distintas terapias dirigidas (TD) prescritas en un servicio de Reumatología de un Hospital Universitario. Analizar la existencia de factores que condicionen diferencias en la supervivencia

Métodos: Análisis de la base de datos de TD (recogida prospectiva) que incluye a todos los pacientes que han comenzado TD en el servicio de Reumatología entre 2000-2020. Se realizó análisis descriptivo, análisis de supervivencia y análisis multivariado.

Resultados: Un total de 697 pacientes (54,4% mujeres, edad media al inicio del 1^{er} tratamiento de 48,4 años con una desviación estándar (DE) de 14,2 años) iniciaron 1117 TD. Los principales diagnósticos fueron: 295 pacientes (42%) AR, 252 (36%) SpA, 105 (15%) APs y 45 (7%) otros diagnósticos (LES, ES...). La media de TB/TD recibidos fue de 1,75 (DE = 1,17) por paciente. Un 45% (n = 292) iniciaron una 2^a línea de TD y 127 (18%) una 3^a. Prescripciones más frecuentes fueron adalimumab 23% (n = 276), etanercept, 22% (n = 264), infliximab 19% (n = 235), golimumab 9% (n = 106) y tocilizumab 6% (n = 71). Se observaron cambios en el patrón temporal de prescripción. Los principales motivos de suspensión fueron: ineficacia 28%, acontecimientos adversos (AA) 17% y otros motivos 11%. La interrupción por AA es más frecuente en las TD de 1^{er} línea y por ineficacia aumenta con las sucesivas líneas de tratamientos. Infliximab (n = 70) fue la TD que más veces se suspendió por AA (31% de sus suspensiones) y secukinumab (n = 10) por ineficacia en 40%. Los pacientes con AR tenían una edad superior (media 54, DE: 13) a la de los pacientes con APs (media 45,8 DE: 11,8). Este patrón se mantuvo para los pacientes con SpA y con "Otros diagnósticos" (Kruskal-Wallis; p < 0,001). La supervivencia global de las TD al 1^{er}, 3^{er} y 5^o año fue del 74%, 55% y 44% respectivamente. La comparación de la supervivencia de las TD no mostró diferencias estadísticamente significativas (p = 0,62). La supervivencia al año estuvo entre el 58% para certolizumab (DE: 0,07; IC95: 0,43-0,71) y el 80% Orencia (DE: 0,05; IC95: 0,69-0,92) y a los 3 años entre el 65% para rituximab (DE: 0,07; IC95: 0,48-0,78) y el 48% tocilizumab (DE: 0,06; IC95: 0,37-0,63). El análisis de supervivencia en función del Diagnóstico mostró diferencias estadísticamente significativas (p = 0,0034) con una menor supervivencia de las TD en los pacientes con AR (supervivencia a los 5 años en AR del 38% (DE: 0,02; IC95: 0,33-0,43). La línea de tratamiento también condicionó la supervivencia de la TD de manera estadísticamente significativa (p = 0,044). La supervivencia a los 2 años de la 1^a línea fue del 65% (DE: 0,01; IC95: 0,61-0,69) frente al 38% (DE: 0,14; IC95: 0,18-0,78) de la 5^a línea. La regresión de Cox incluyó diagnóstico, TD,

sexo y línea terapéutica. Ser mujer (HR: 1,36; IC95: 1,14-1,63; $p < 0,001$) y línea terapéutica (HR: 1,17; IC95: 1,07-1,27; $p < 0,001$) son factores de riesgo mientras que baricitinib (HR: 0,22; IC95: 0,06-0,73; $p = 0,013$) y tofacitinib (HR: 0,20; IC95: 0,04-0,8; $p = 0,033$) se consideran factores protectores.

Conclusiones: La supervivencia global de las TD es del 44% a los 5 años. Existe un cambio temporal en el patrón de prescripción y diferencias en los motivos de suspensión entre los distintos fármacos, aunque no se observa diferencias en la supervivencia. La línea de tratamiento, el diagnóstico y el sexo del paciente condicionan la supervivencia de las TD. La supervivencia de los Jakinibs podría ser mayor.