



P278 - OPTIMIZACIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA Y MINIMIZACIÓN DE COSTES EN ESPONDILOARTRITIS EN PRÁCTICA CLÍNICA: UTILIDAD DE REDOSER

F.J. Godoy Navarrete¹, S. Manrique-Arija¹, F. Osorio², A. Cabezas-Lucena¹, M.C. Morales del Águila¹ y F.G. Jiménez-Núñez¹

¹UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. ²Universidad de Málaga.

Resumen

Objetivos: Describir el porcentaje de espondiloartritis en reducción de dosis de terapia biológica (TB) en práctica clínica que mantendrían remisión o baja actividad de la enfermedad (LDA) tras 2 años de seguimiento. Identificar los posibles factores asociados a recaída. Calcular la reducción del coste de las terapias biológicas en práctica clínica.

Métodos: Diseño: estudio observacional retrospectivo. Pacientes: espondiloartritis en reducción de dosis (RD) de TB. Criterios de inclusión: artritis psoriásica (Criterios CASPAR) y espondiloartritis axial (Criterios ASAS), que han iniciado RD de tratamiento con TB entre 2009-2019. Protocolo: los pacientes con TB son seguidos prospectivamente en una consulta monográfica con protocolo preestablecido. El día de reducción de dosis = visita basal (v0). Variables de interés: Reducción mantenida: pacientes que mantuvieron RD desde el inicio de la optimización hasta la fecha índice (recogida de datos). Recaída a los 3, 6, 12 y 24 meses: pacientes que tras iniciar reducción de dosis volvieron a dosis previa o habitual. Reducción del coste: se calculó comparando coste real tras reducción de dosis con el coste teórico según PVL en la última década. Otras variables: demográficas, tiempo al diagnóstico y evolución de la enfermedad, clínico-analíticas: NAD, NAI, PCR, VSG, índices de actividad: DAPSA, BASDAI, ASDAS y función física: HAQ, BASFI. Tratamiento previo con otra TB. Adecuación de reducción de dosis según REDOSER. Análisis: descriptivo, bivariante, regresión logística multivariante (VD: recaída). Análisis de reducción de costes.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes con espondiloartritis en RD de TB. En la tabla 1 se muestran las características principales. El tiempo medio desde el inicio de la TB hasta la optimización fue de 47,61 meses (\pm 37,06). Tras 24 meses de seguimiento, un 73,8% de los pacientes (48), consiguieron una reducción mantenida. Estos pacientes, mantuvieron la remisión o LDA según los diferentes índices [mediana (p25-75) de DAPSA y BASDAI = 2,3 (2,1- 2,9) de 1,5 (0,7- 2,6), respectivamente y media (DE), de ASDAS = 1,4 (0, 54)] y un menor tiempo de evolución de la enfermedad. La RD de TB llevada a cabo en práctica clínica desde 2009 hasta 2019 supuso un ahorro total de 584.080,37€, con un ahorro paciente/año de 6.192,28€. A posteriori, evaluamos lo apropiado de la optimización según REDOSER y se observó que en 53 pacientes (81,5%) la reducción habría sido adecuada Vs resto que era dudosa. En el análisis bivariante entre pacientes que habían recaído y los que no, sólo se observaron diferencias en la línea de TB usada [2ª línea: (5 (29,4%) vs 2 (4,2%), ($p = 0,025$)] y en un mayor% de pacientes con REDOSER dudoso [9 (52,9%) vs

3 (6,3%), $p < 0,001$] respectivamente. En el análisis multivariante la única variable independiente asociada a recaída fue un REDOSER dudoso [OR (IC95%), 3,46 (1,18-10,17); $p = 0,024$], $R^2 = 40,2\%$.

Variable	Pacientes (n = 65)
Características epidemiológicas	
Sexo, varón, n (%)	45 (69,2)
Edad en años, mediana (p25-p75)	50,6 (41,6-57,5)
Tiempo hasta el diagnóstico, meses, mediana (p25-p75)	24,01 (12,0-48,1)
Tiempo de evolución hasta fecha índice, meses, mediana (p25-p75)	171,4 (114,7-255,5)
Porcentaje pacientes en reducción en la fecha índice, n (%)	48 (73,8%)
Características clínicas y analíticas	
Diagnóstico	
Artritis psoriásica, n (%)	33 (50,8)
Espondilitis anquilosante, n (%)	23 (35,4)
Espondiloartritis axial no radiográfica, n (%)	9 (13,85)
Tipo de afectación	
Periférica, n (%)	27 (41,5)
Axial, n (%)	21 (32,3)
Mixta, n (%)	17 (26,2)
Factores de riesgo cardiovascular	
Hipertensión arterial n (%)	17 (26,2)
Dislipemia n (%)	11 (16,9)
Diabetes mellitus n (%)	3 (4,6)
Índice de masa corporal, mediana (p25-p75)	25,9 (24,3-28,7)
Tabaco actual	
Fumadores, n (%)	19 (29,2)
Exfumadores, n (%)	44 (67,7)
No fumadores, n (%)	2 (3,1)
HLA-B27 positivo n (%)	27 (41,5)
Enfermedad erosiva, n (%)	19 (29,2)
Psoriasis cutánea n (%)	32 (49,2)
Uveítis, n (%)	7 (10,8)
Enfermedad inflamatoria intestinal, n (%)	2 (3,1)
Tratamiento en el momento de la reducción	
FAME sintético	
Metotrexato, n (%)	21 (32,3)
Sulfasalazina, n (%)	4 (6,2)
Leflunomida, n (%)	3 (4,6)
FAME biológico	
Enbrel, n (%)	24 (39,6)
Benepali, n (%)	7 (10,8)
Humira, n (%)	18 (27,7)
Golimumab, n (%)	11 (16,9)
Certolizumab, n (%)	0 (0)

Infliximab, n (%)	2 (3,1)
Secukinumab, n (%)	3 (4,6)
Tiempo hasta optimización, meses, media (DE)	47,61 (37,06)
Características clínico analíticas	
Proteína C reactiva basal, mediana (p25-p75)	2,9 (2,9-3,4)
Proteína C reactiva 12 meses, mediana (p25-p75)	2,9 (2,9-4,2)
Velocidad sedimentación globular basal, mediana (p25-p75)	7,0 (5,0-12,0)
Velocidad sedimentación globular 12 m, mediana (p25-p75)	7,0 (5,0-12,5)
DAPSA basal, mediana (p25-p75)	4,5 (2,2-8,2)
DAPSA 24m, mediana (p25-p75)	2,3 (2,1-2, 9)
BASDAI basal, mediana (p25-p75)	1,8 (0,6-2,5)
BASDAI 24m, mediana (p25-p75)	1,5 (0,7-2,6)
ASDAS basal, media (DE)	1,49 (0,73)
ASDAS 24m, media (DE)	1, 4 (0, 54)
BASFI basal, mediana (p25-p75)	1,1 (0,5-2,8)
BASFI 24m, mediana (p25-p75)	1,0 (0,0-1,7)
Recaída	
Recaída 3 meses, n (%)	7 (12,1)
Recaída 6 meses, n (%)	3 (6,7)
Recaída 12 meses, n (%)	4 (9,5)
Recaída 24 meses, n (%)	3 (8,6)
REDOSER (Reducción adecuada), n (%)	53 (81,5)

Conclusiones: La optimización de TB en espondiloartritis es posible en la mayoría de los pacientes manteniendo la remisión/LDA a los 24 meses conllevando una mayor reducción de costes y mayor eficiencia. La recaída de la optimización se asoció a presentar un resultado de REDOSER dudoso previo a la reducción, pudiendo ser esta herramienta muy útil previo a la valoración de reducción de TB.