



## Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiaclinica.org>

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

F.J. Godoy Navarrete<sup>1</sup>, S. Manrique-Arija<sup>1</sup>, F. Osorio<sup>2</sup>, A. Cabezas-Lucena<sup>1</sup>, M.C. Morales del Águila<sup>1</sup> y F.G. Jiménez-Núñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. <sup>2</sup>Universidad 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 dudosos [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) |
| <b>Recaída</b>                      |               |
| 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)       |
| REDOSEN (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 REDOSEN dudoso previo a la reducción, pudiendo ser esta herramienta muy útil previo a la valoración de reducción de TB.