



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Editorial

Experiencia de unidades de terapias biológicas en artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes

Experience of biological therapy units in rheumatoid arthritis and other autoimmune diseases

Pedro Santos-Moreno* y Omaira Valencia

Biomab – Centro de Artritis Reumatoide, Bogotá, Colombia



Como centro de atención integral en artritis reumatoide (AR) y como profesionales que trabajan en la práctica diaria para obtener mejores resultados clínicos en los pacientes tratados con terapias biológicas, estuvimos interesados en revisar el artículo recientemente publicado en la revista REUMATOLOGÍA CLÍNICA por Álvaro-Gracia et al. sobre el seguimiento y monitorización en la utilización de agentes biológicos en diferentes especialidades médicas y enfermedades en una unidad de terapias biológicas (UTB) dentro de un hospital universitario.

La existencia de una UTB no solo está ligada a la aplicación de un medicamento biológico; en nuestra experiencia, la UTB mejora la adherencia del paciente al seguimiento y tratamiento, ligado con una mejor educación y mejor control clínico, sobre todo en pacientes con bajo nivel socioeconómico y/o aquellos que no tienen una buena red de apoyo familiar y/o social; adicionalmente se obtiene un mejor control e identificación temprana de eventos adversos.

De allí surge nuestro interés en el artículo de Álvaro-Gracia et al., particularmente en los resultados de AR, encontrando un sentido total a las diferencias en las tasas de supervivencia de las terapias a través de las diferentes enfermedades, en particular la tasa de supervivencia en AR (38,4 meses), siendo esta la enfermedad más frecuente con prescripción de terapias biológicas, donde se demostró que las razones de la interrupción fueron la ineficacia, la pérdida de efectividad y las reacciones adversas¹.

El tiempo de supervivencia de los fármacos en este informe difiere del análisis de datos del registro CORRONA, donde la mediana de interrupción o cambio de terapia fue de 25,1 meses para los pacientes con AR. La razón más frecuente de la interrupción fue la pérdida de eficacia, seguida por temas de seguridad, la preferencia del médico, la preferencia del paciente y el acceso al tratamiento².

En un seguimiento de 36 meses de pacientes tratados con 3 alternativas anti-TNF en una cohorte de 307 sujetos con AR desarrollado

en nuestra UTB, se encontró que el 97% completó el seguimiento a los 24 meses y el 95% a los 36 meses; con una tasa de eventos adversos (TEA) del 20% por año que difiere entre los diferentes medicamentos; la TEA más baja la tuvo el etanercept con el 12% y la más alta la tuvo el infliximab con el 24%³. En el artículo de Álvaro-Gracia et al., se muestra un resultado muy similar para este mismo agente (12%), y entre los otros agentes biológicos usados en reumatología con mayor TEA se encontró anakinra (28,6%), seguida de rituximab (24,6%) e infliximab (24%)¹.

La similitud en los resultados de ambos seguimientos es congruente con estudios anteriores, demostrando que aun cuando los agentes pertenecen al mismo grupo farmacéutico, como es el caso de infliximab y etanercept, en cuanto a la respuesta en efectividad y el porcentaje de efectos adversos estos difieren entre sí, como ha sido previamente descrito en diversos estudios de seguimiento de pacientes en tratamiento con terapias biológicas⁴⁻⁹.

Cabe resaltar que este tipo de análisis sobre las tasas de supervivencia de los medicamentos también se encuentra relacionado con variables externas como el tipo de cobertura, las preferencias de especialistas y pacientes, y las limitaciones de acceso a las terapias biológicas, como se describe en el análisis CORRONA²; de esta manera, nuestra recomendación para este tipo de estudios es que los datos deben ser analizados por enfermedad y tipo de medicamento y cuando sea posible, tener en cuenta las variables relacionadas con la cobertura, las preferencias del paciente y el médico, la combinación de la terapia biológica con metotrexato y las barreras de acceso, especialmente para tener un mejor conocimiento de las causas de discontinuidad del tratamiento.

Financiación

Pedro Santos-Moreno y Omaira Valencia declaran que el presente documento no ha recibido ninguna financiación para su elaboración.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedrosantosmoreno@hotmail.com (P. Santos-Moreno).

Conflicto de intereses

Pedro Santos-Moreno declara que ha recibido honorarios por conferencias, advisory boards, investigación y otros rubros de Abbvie, Abbott, Janssen, Pfizer, UCB, Biopas, Pharmedique, La Sante, Lafracol, Bristol, Roche, Sanofi, Lilly, Novartis.

Omaira Valencia no declara conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Álvaro-Gracia JM, Arredondo M, Daudén E, Meca-Lallana V, Morell A, Gisbert JP, et al. Launch and preliminary analysis of La Princesa's Inter-specialists Biological Therapies Unit. *Reumatol Clin*. 2019. In press.
2. Strand V, Miller P, Williams SA, Saunders K, Grant S, Kremer J. Discontinuation of biologic therapy in rheumatoid arthritis: analysis from the Corrona RA Registry. *Rheumatol Ther*. 2017;4:489-502 [consultado 15 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.medengine.com/Redeem/>
3. Santos-Moreno P, Sánchez G, Gómez D, Bello-Gualtero J, Castro C. Direct comparative effectiveness among 3 anti-tumor necrosis factor biologics in a real-life cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2016;22:57-62.
4. Park KT, Sin A, Wu M, Bass D, Bhattacharya J. utilization trends of anti-TNF agents and health outcomes in adults and children with inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2014 Jul [consultado 15 Oct 2018]; 20:1242-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24846718>
5. Quintana G, Restrepo JP, Cáceres H, Rueda J, Rosselli D. Economic evaluation of the treatment of rheumatoid arthritis with anti-TNF biological therapy in Colombia. *Acta Médica Colomb* [Internet]. 2011;36:24-9 [consultado 15 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n1/v36n1a05.pdf>
6. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:492-509.
7. Burke RA, White ND. Biologic disease-modifying antirheumatic drugs. PSAP [Internet]. 2014 [consultado 11 Abr 2017]. Disponible en: <https://www.accp.com/docs/bookstore/psap/p14b2.m1ch.pdf>
8. Ajeganova S, van Steenbergen HW, van Nies JAB, Burgers LE, Huizinga TWJ, van der Helm-van Mil AHM. Disease-modifying antirheumatic drug-free sustained remission in rheumatoid arthritis: An increasingly achievable outcome with subsidence of disease symptoms. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:867-73.
9. Singh JA, Hossain A, Tanjong Ghogomu E, Mudano AS, Maxwell LJ, Buchbinder R, et al. Biologics or tofacitinib for people with rheumatoid arthritis unsuccessfully treated with biologics: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Mar 10 [consultado 19 Abr 2018]; 3:CD012591. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28282491>