

Retención de la terapia anti-TNF en artritis reumatoide y espondiloartritis

José Miguel Senabre-Gallego¹, José Rosas¹, Gregorio Santos-Soler¹, José Alberto García-Gómez², Esteban Salas-Heredia¹, José Antonio Bernal-Vidal¹, Ana Pons-Bas¹, Catalina Cano-Pérez¹, Estíbaliz Ivars-Miralles¹, Xavier Barber-Vallés³, Grupo AIRE-MB

1. Sección Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. 2. Unidad Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Elche. 3. Centro de Investigación Operativa. Universitat Miguel Hernández. Elche

OBJETIVO

Analizar la retención de los diferentes fármacos anti-TNF utilizados en el tratamiento la artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (EsA), en condiciones de práctica clínica real

MÉTODOS

Los datos se extrajeron del registro observacional de terapia biológica en reumatología de nuestro centro. Las diferencias Las tasas de retención en cada enfermedad se estimaron utilizando las curvas de Kaplan-Meier para cada fármaco. El modelo de Cox se utilizó para obtener el riesgo de interrupción de tratamiento ajustado con las variables de confusión (edad y tiempo de evolución) tomando como referencia adalimumab (ADA). Dada la n insuficiente, los pacientes tratados con golimumab o certolizumab y los pacientes con APs no se incluyeron en el estudio

Tabla 1. Características basales

	AR	EsA	APs	Todos	p-valor
N (%)	227 (48)	183 (39)	60 (13)	470 (100)	
Edad, media (DE)*	57.5 (12.6)	46.5 (15.8)	50.6 (13.8)	52.3 (15.0)	<0,001
Mujeres, n (%)	175 (77)	82 (45)	40 (67)	297 (63)	<0,001
Tiempo de evolución, media (DE)*	10.3 (9.9)	8.1 (10.1)	6.9 (8.2)	9.0 (9.9)	<0,001
1er fármaco biológico, n (%)	82 (49)	84 (53)	16 (38)	191 (49)	<0,001
FR positivo, n (%)	168 (77)	-	-	-	
ACPA positivo, n (%)	152 (66)	-	-	-	
HLAB27 positivo, n (%)	-	33 (76)	-	-	

Tabla 2. Tasas de retención a los 5 años por enfermedad y orden de tratamiento

	1er tratamiento		≥2º tratamiento	
	AR	EsA	AR	EsA
Adalimumab	34.6	35.7	33.3	33.7
Etanercept	34.2	50.4	39.7	51.9
Infliximab	14.8	21.1	-	-

*Al inicio del 1er biológico. AR: artritis reumatoide, EsA: espondiloartritis, Aps: artritis psoriásica, FR factor reumatoide, ACPA: anticuerpos anti-peptido citrulinado.

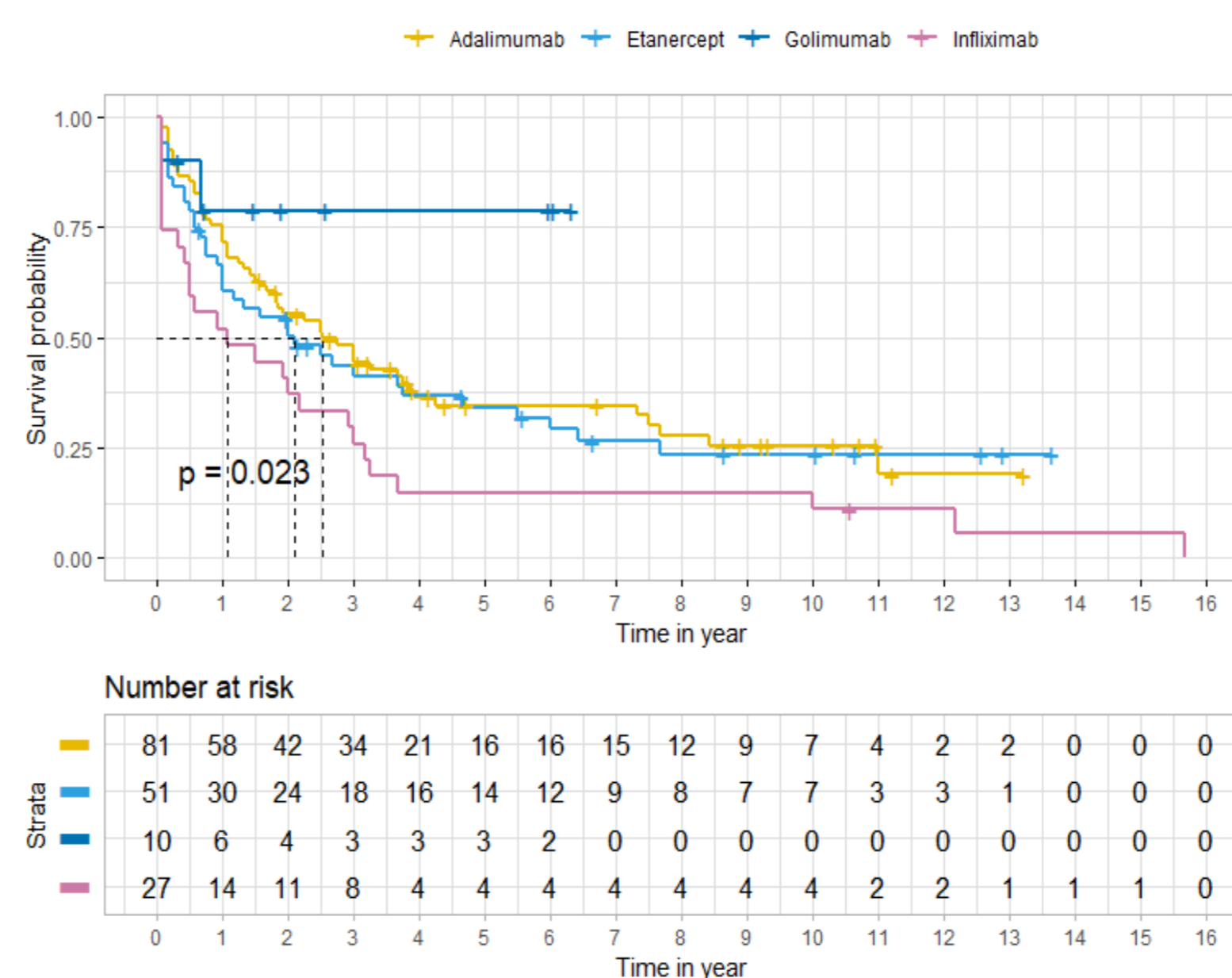
RESULTADOS

- Inicio enero de 2000
- N: 524 pacientes con terapia dirigida (biológicos o pequeñas moléculas)
 - AR: 227 (43%)
 - EsA: 183 (35%)
 - APs: 60 (11%)

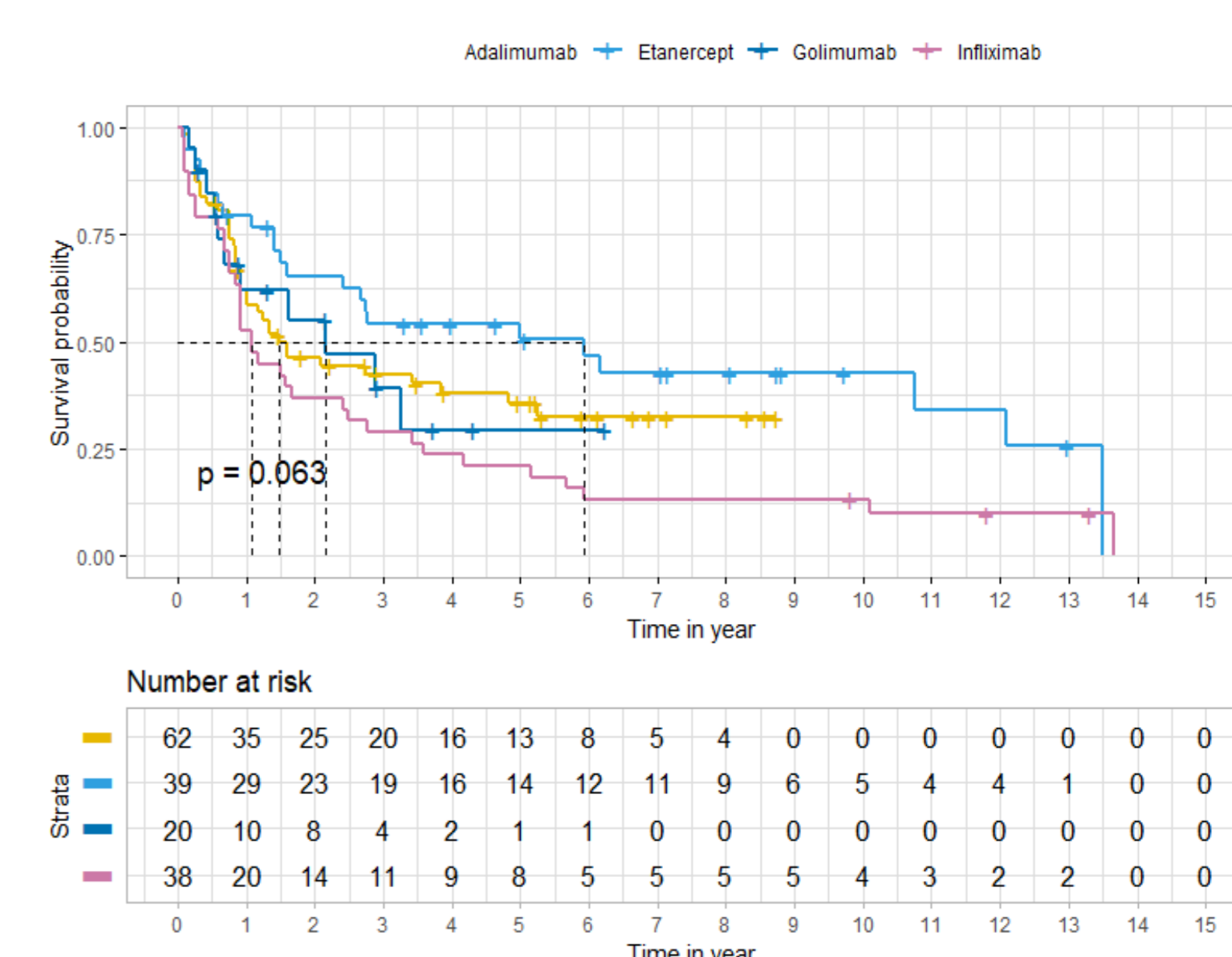
Modelo de COX

- Pacientes con AR que iniciaron su 1er tratamiento biológico: se observó un mayor riesgo de interrupción para infliximab (IFX) vs ADA (HR 2.11; IC95% 1.23 - 4.03; p=0.008)
- Pacientes con EsA que iniciaron su 1er tratamiento biológico: se observó un mayor riesgo de interrupción para IFX vs ADA (HR 1.71; IC95% 1.01 - 2.87; p=0.046), y un menor riesgo de interrupción para etanercept (ETN) vs ADA (HR 0.43; IC95% 0.22 - 0.87; p=0,019)
- Pacientes con AR que iniciaron su 2º tratamiento biológico o posteriores: se observó un mayor riesgo de interrupción para INF vs ADA (HR 2.405; IC95% 1.06 - 5.66; p=0.037), y un menor riesgo de interrupción para ETN vs ADA (HR 0.47; IC95% 0.26 - 0.86; p=0.014)
- Pacientes con EsA que iniciaron su 2º tratamiento biológico o posteriores: se observó un mayor riesgo de interrupción para INF vs ADA (HR 3.23; IC95% 1.11 - 9.39; p=0.031)
- No se encontraron diferencias en el resto de las comparaciones

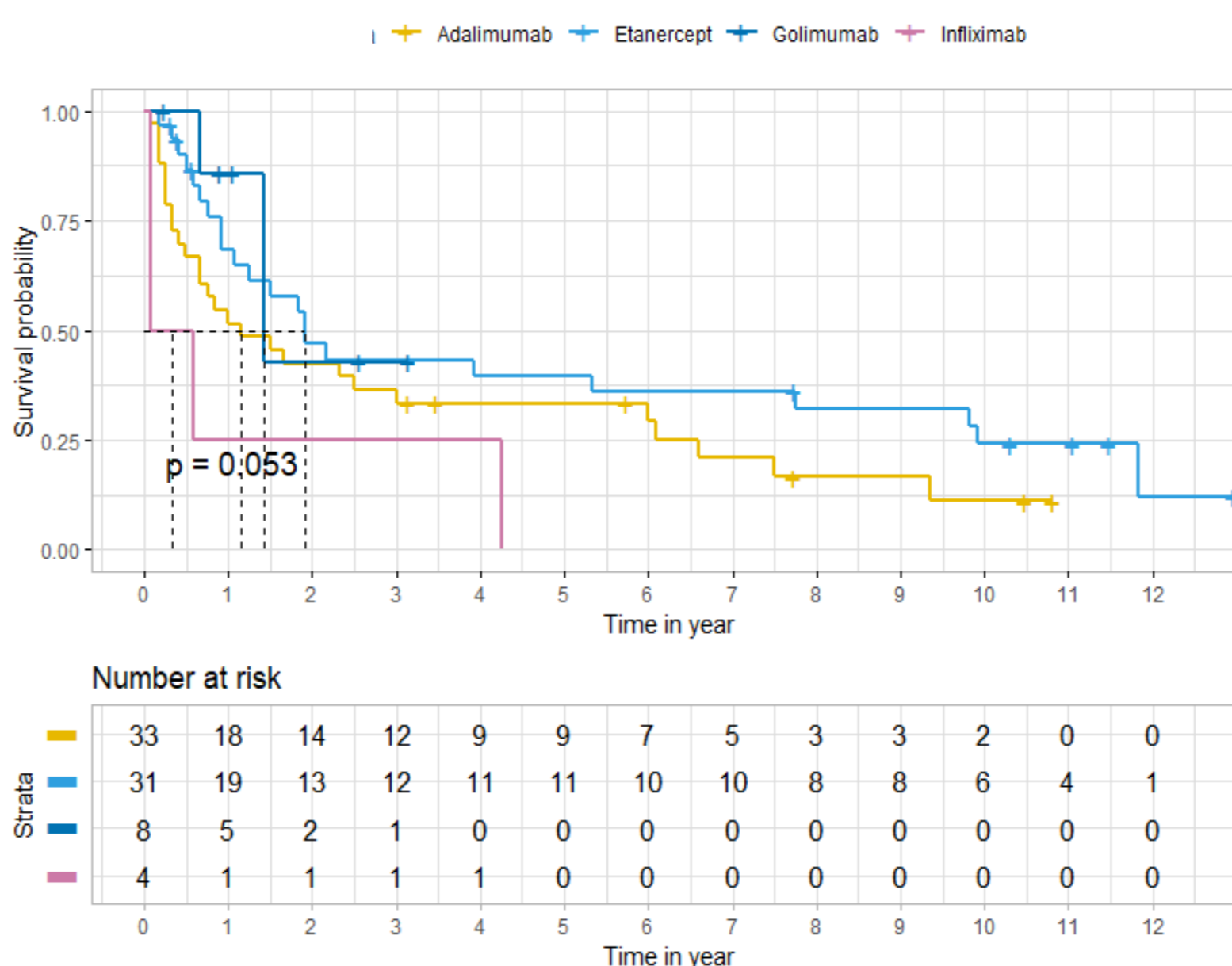
1. Supervivencia de terapia de 1ª opción en AR



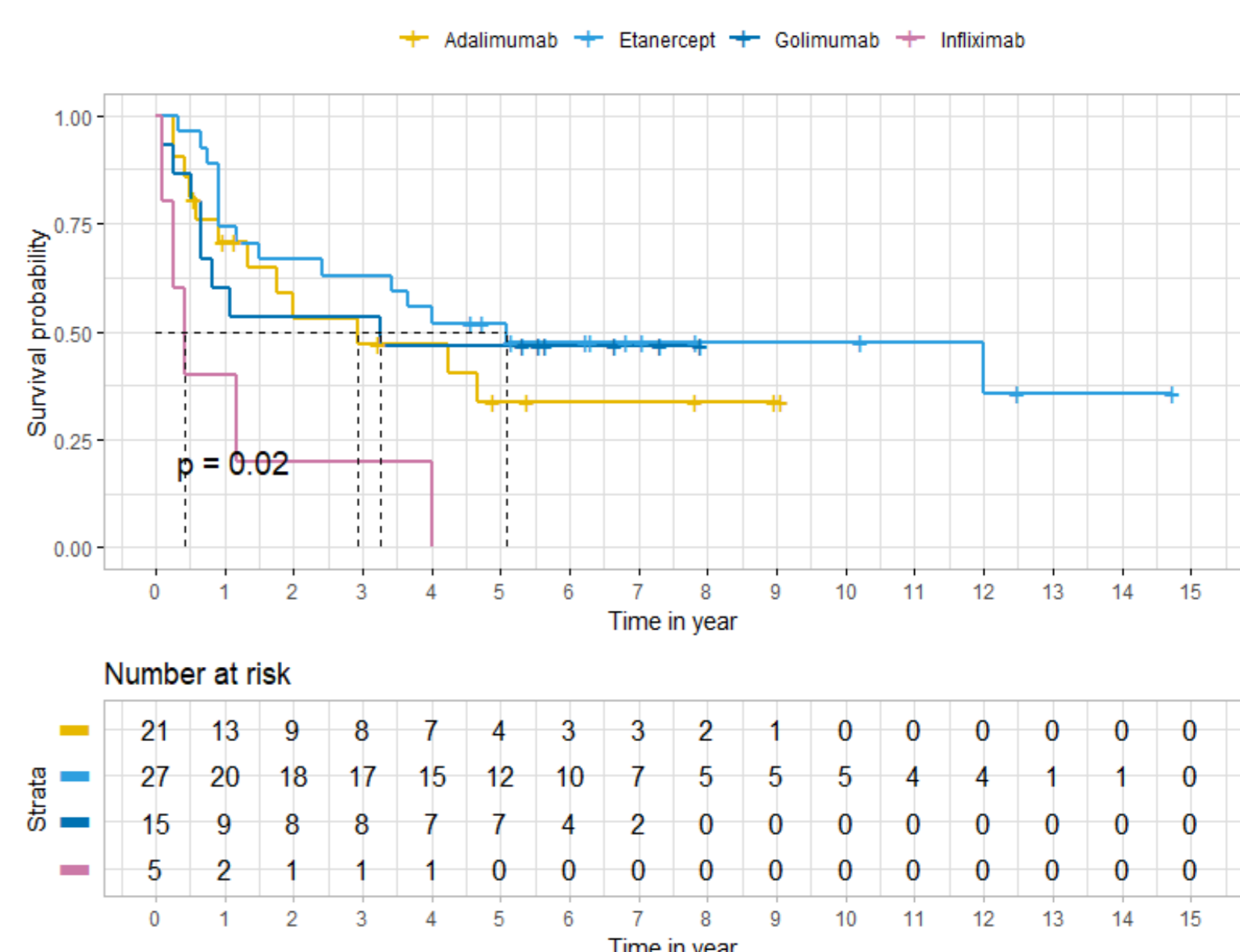
2. Supervivencia de terapia de 1ª opción en EA



3. Supervivencia de terapia de 2ª opción y posteriores en AR



4. Supervivencia de terapia de 2ª opción y posteriores en EA



CONCLUSIONES

- Al comparar con ADA, el tratamiento con INF muestra mayor riesgo de interrupción en AR y EsA, tanto en 1ª opción como en posteriores
- Al comparar con ADA, el tratamiento con ETN muestra menor riesgo de interrupción al utilizarlo como 1ª opción en EsA y como 2ª opción o posterior en AR

Título: Retención de la terapia anti-TNF en artritis reumatoide y espondiloartritis

José Miguel Senabre Gallego¹, MD; José Rosas¹, MD, PhD; Gregorio Santos-Soler¹, MD; José Alberto García-Gómez², MSci; Esteban Salas-Heredia¹, MD; José Antonio Bernal-Vidal¹, MD PhD; Ana Pons-Bas¹, RN; Catalina Cano-Pérez¹, RN; Estíbaliz Ivars-Miralles¹, RN; Xavier Barber-Vallés³, MSci PhD; Grupo AIRE-MB

1. Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa
2. Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Elche
3. Centro de Investigación Operativa. Universitat Miguel Hernández. Elche

Palabras clave: tasa de retención, terapia biológica, artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica

Objetivo: analizar la retención de los diferentes fármacos anti-TNF utilizados en el tratamiento la artritis reumatoide (AR) y las espondiloartritis (EsA), en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Los datos se extrajeron del registro observacional de terapia biológica en reumatología de nuestro centro. Las tasas de retención en cada enfermedad se estimaron utilizando las curvas de Kaplan-Meier para cada fármaco. El modelo de Cox se utilizó para obtener el riesgo de interrupción de tratamiento ajustado con las variables de confusión.

Resultados: Desde enero de 2000, 524 pacientes han recibido terapia dirigida (biológica o pequeñas moléculas) en nuestro centro. De ellos, 227 padecían AR, 183 EsA y 60 artritis psoriásica (APs). Las características basales de los pacientes se resumen en la tabla 1. Las tasas de retención a los 5 años estimadas según las curvas de Kaplan-Meier para AR y EA se muestran en la tabla 2. No se incluyó golimumab ni certolizumab ni los pacientes con APs por número insuficiente. Se realizó el modelo de Cox para cada enfermedad, ajustado por edad y tiempo de evolución. Se tomó como referencia el tratamiento con adalimumab (ADA).

- Pacientes con AR que iniciaron su 1er tratamiento biológico: se observó un mayor riesgo de interrupción para infliximab (IFX) vs ADA (HR 2.11; IC95% 1.23 - 4.03; p=0.008). No se encontraron diferencias en el resto de las comparaciones.

- Pacientes con EsA que iniciaron su 1er tratamiento biológico: se observó un mayor riesgo de interrupción para IFX vs ADA (HR 1.71; IC95% 1.01 - 2.87; p=0.046), y un menor riesgo de interrupción para etanercept (ETN) vs ADA (HR 0.43; IC95% 0.22 - 0.87; p=0,019).

- Pacientes con AR que iniciaron su 2º tratamiento biológico o posteriores: se observó un mayor riesgo de interrupción para INF vs ADA (HR 2.405; IC95% 1.06 - 5.66; p=0.037), y un menor riesgo de interrupción para ETN vs ADA (HR 0.47; IC95% 0.26 - 0.86; p=0.014).

- Pacientes con EsA que iniciaron su 2º tratamiento biológico o posteriores: se observó un mayor riesgo de interrupción para INF vs ADA (HR 3.23; IC95% 1.11 - 9.39; p=0.031). No se encontraron diferencias en el resto de las comparaciones.

Conclusiones:

1. Al comparar con ADA, el tratamiento con INF muestra mayor riesgo de interrupción en AR y EsA, tanto en 1ª opción como en posteriores.

2. Al comparar con ADA, el tratamiento con ETN muestra menor riesgo de interrupción al utilizarlo como 1ª opción en EsA y como 2ª opción o posterior en AR.

Agradecimientos. El estudio fue apoyado con una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

Tabla 1. Características basales

	AR	EsA	APs	Todos
N (%)	227 (48)	183 (39)	60 (13)	470 (100)
Edad, media (DE)*	57.5 (12.6)	46.5 (15.8)	50.6 (13.8)	52.3 (15.0)
Mujeres, n (%)	175 (77)	82 (45)	40 (67)	297 (63)
Tiempo de evolución, media (DE)*	10.3 (9.9)	8.1 (10.1)	6.9 (8.2)	9.0 (9.9)
1er fármaco biológico, n (%)	82 (49)	84 (53)	16 (38)	191 (49)
FR positivo, n (%)	168 (77)	-	-	-
ACPA positivo, n (%)	152 (66)	-	-	-
HLAB27 positivo, n (%)	-	33 (76)	-	-

*Al inicio del 1er biológico. AR artritis reumatoide, EsA espondiloartritis, APs artritis psoriásica, FR factor reumatoide, ACPA anticuerpos anti-péptido citrulinado.

Tabla 2. Tasas de retención a los 5 años por enfermedad y orden de tratamiento

	1er tratamiento		≥2º tratamiento	
	AR	EsA	AR	EsA
Adalimumab	34.6	35.7	33.3	33.7
Etanercept	34.2	50.4	39.7	51.9
Infliximab	14.8	21.1	-	-

AR artritis reumatoide, EsA espondiloartritis