

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO COMUNITARIO DE OPTIMIZACIÓN PARA EL MANEJO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

José Luis Martín Varillas^{1,a}, Elena Aurrecoechea^{2,a}, Ana Colón-López de Dicastillo², Silvia Lorenzo Martín², David Gómez Gómez³, Blanca Ayestarán Gonzalez¹ y Ricardo Blanco^{3,a}.

¹Reumatología y Farmacia Hospitalaria, Hospital de Laredo, Cantabria; ²Reumatología y Farmacia Hospitalaria, Hospital Sierrallana, Cantabria; ³Reumatología y Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria, España;

^aGrupo de Inmunopatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, Cantabria, España.

CONTEXTO CLÍNICO

El amplio arsenal terapéutico disponible para el tratamiento de la Artritis Reumatoide (AR) activa de moderada a grave, hace necesario valorar el impacto que su prescripción tiene sobre el gasto sanitario global y, por tanto, establecer estrategias de optimización de su uso dentro de los sistemas sanitarios.

En Cantabria, los servicios de Reumatología y Farmacia Hospitalaria han consensuado un protocolo corporativo de optimización de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos y sintéticos dirigidos. En este protocolo se definen los criterios de remisión clínica, el tiempo mínimo de mantenimiento de esa remisión clínica para el inicio de la optimización y las pautas posológicas de optimización para cada uno de los fármacos.

OBJETIVOS

Evaluar la aplicación del protocolo corporativo de optimización de FAME biológicos y sintéticos dirigidos en pacientes con AR, así como su impacto sobre el gasto sanitario.

MÉTODOS

- Análisis multicéntrico y retrospectivo, realizado en los tres hospitales públicos de la comunidad. Se incluyeron todos los pacientes con AR en tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos. Se evaluó la situación de partida (jun-21) y se realizaron monitorizaciones de seguimiento a los 6 (dic-21) y 15 meses (sep-22). Los datos de los pacientes se extrajeron del programa de prescripción electrónica asistida y de la historia clínica e incluyeron: medicamento, posología y motivos de cambios posológicos. Además, para cada fármaco, se estableció como comparador la pauta posológica estándar según ficha técnica y coste unitario.
- En las mediciones periódicas se estableció el número de pacientes optimizados e intensificados para cada fármaco, con el fin de calcular el porcentaje de optimización e intensificación de cada medicamento respecto a la pauta posológica indicada en ficha técnica. A partir del coste unitario del medicamento, se calculó también el coste anual teórico de los tratamientos y el coste anual real teniendo en cuenta la pauta posológica real de cada paciente.

RESULTADOS

Se incluyeron datos de los 17 medicamentos utilizados en AR con un total de 815 pacientes en tratamiento en septiembre de 2022 (12% de aumento anual del número de pacientes).

- Tras la implantación del protocolo, el porcentaje de pacientes optimizados incrementó de un 17.1%(basal) a un 26.1% (mes 6) y a un 26.6% (mes 15). El porcentaje de pacientes intensificados se mantuvo en un 0.6% en este periodo.
- A nivel de costes, se obtuvieron unos ahorros teóricos anuales de 537.644€ (basal) de 690.689€ (mes 6) y de 726.040€ (mes 15), lo que en términos relativos supone pasar de un 8.3% de ahorro anual (basal), a un 11.9% (mes 6) y a un 14.2% (mes 15). Es decir, en 15 meses se ha conseguido aumentar el ahorro teórico anual en un 35% con respecto a la situación de partida.
- Los fármacos con un mayor porcentaje optimización a los 15 meses de la implantación del protocolo fueron: tocilizumab, etanercept y adalimumab originales y golimumab (**FIGURA y TABLA**).

FIGURA. Optimización de medicamento por grupo farmacológico

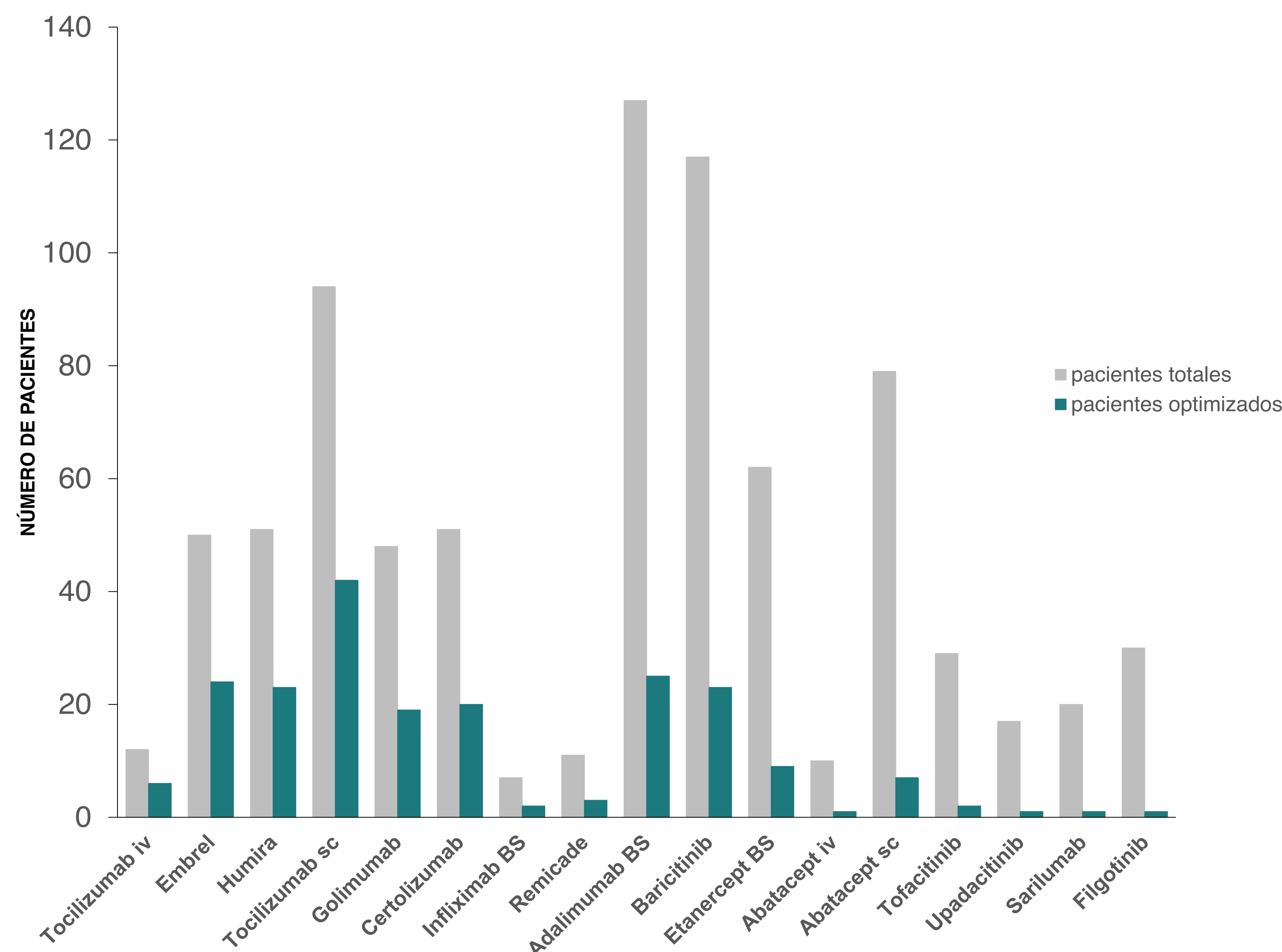


TABLA. Grado de optimización de pacientes por medicamento

Medicamento	Pacientes totales (n)	Pacientes optimizados (n)	Grado optimización (%)
Tocilizumab IV	12	6	50,0%
Etanercept (Embrél®)	50	24	48,0%
Adalimumab (Humira®)	51	23	45,1%
Tocilizumab SC	94	42	44,7%
Golimumab	48	19	39,6%
Certolizumab	51	20	39,2%
Infliximab biosimilar	7	2	28,6%
Infliximab (Remicade®)	11	3	27,3%
Adalimumab biosimilar	127	25	19,7%
Baricitinib	117	23	19,7%
Etanercept biosimilar	62	9	14,5%
Abatacept IV	10	1	10,0%
Abatacept SC	79	7	8,9%
Tofacitinib	29	2	6,9%
Upadacitinib	17	1	5,9%
Sarilumab	20	1	5,0%
Filgotinib	30	1	3,3%

CONCLUSIONES

Tras la implantación del protocolo en Cantabria, el porcentaje de optimización alcanzado va en línea con lo indicado en las guías clínicas (1). De los datos obtenidos, se puede concluir que uno de cada cuatro pacientes consigue disminuir dosis o intervalo de administración y, en consecuencia, disminuir considerablemente los costes de estos tratamientos. Establecer monitorizaciones periódicas con objetivos definidos es clave para el mantenimiento y el éxito de esta estrategia. Los fármacos con mayor experiencia de uso son los que acumulan mayor porcentaje de optimización.

REFERENCIAS

(1) Isidoro Gonzalez-Alvaro. *Rheumatology* 2015;54:1200-1209

