

PRESCRIPCIÓN Y PERSISTENCIA DE UPADACITINIB EN VIDA REAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

GUILLERMO GONZÁLEZ-MOZO¹, MARIA ENJUANES¹, ELENA ABAD-PLOU¹, EVA GALÍNDEZ-AGIRREGOIKOA¹, EDUARDO CUENDE¹, MARIA ROSA EXPOSITO-MOLINERO¹, M E RUIZ LUCEA¹, A R INCHAURBÉ¹, JUAN MARÍA BLANCO-MADRIGAL¹, I TORRE¹, O FERNANDEZ¹, DAVID MARTINEZ-LOPEZ¹, MARÍA-MONTSERRAT ALONSO-DIAZ¹, IÑIGO GOROSTIZA², MARÍA L. GARCÍA VIVAR³.
SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA, FARMACIA E INVESTIGACION. HU BASURTO, 48013 BILBAO

INTRODUCCIÓN

- Upadacitinib (UPA) es un inhibidor de Janus quinasa (JAKi) selectivo de JAK1 y JAK1/3 , aprobado en Artritis Reumatoide (AR), Artritis Psoriásica (APs) y Espondiloartritis Axial (EspAx), radiográfica y no radiográfica (amplio uso en reumatología)
- En Nov 2022, el PRAC extiende a todos los JAKi y a todas las indicaciones las recomendaciones de seguridad derivadas del estudio “ORAL SURVEILLANCE” de Tofacitinib en AR con factores de riesgo CV (mayor mortalidad, riesgo de trombosis venosa, enfermedad isquémica, infecciones y cáncer que TNF).
- En nuestra CCAA se encuentra priorizado como JAKi preferente tras fallo a biosimilar de Adalimumab en todas las indicaciones desde mayo 2022. Previamente desde 2019 en AR estaba priorizado Baricitinib, por lo que tenemos un “pool” de pacientes con AR que han hecho “cycling” entre JAKi
- Revisamos nuestra experiencia en cuanto a prescripción del fármaco y persistencia en diferentes escenarios.

OBJETIVOS

- Describir el perfil de paciente (pt) tratado con UPA.
- Evaluar la persistencia global de UPA en vida real y en diferentes indicaciones.
- Evaluar la persistencia en pacientes refractarios a tratamiento biológico y a JAKi en el subgrupo de AR.

MÉTODOS

- Se realizó un estudio retrospectivo sobre los pts con enfermedades (enf) reumáticas tratados con UPA en nuestro hospital entre junio 2021 y diciembre 2023.
- Se revisan las historias clínicas y se recogen datos del pt (edad, genero, comorbilidades), de la enf (diagnóstico, duración, exposición previa a otros tratamientos), duración del tratamiento (tto) con UPA, efectos secundarios y causa de discontinuación en su caso.
- Los datos se analizan con IBM SPSSv29.

CONCLUSIONES

- Nuestro paciente candidato a UPA parece ser mujer con AR, de mediana edad, no fumadora, escasa comorbilidad y bajo RCV. Los pacientes que inician tto tras nov 22 son más jóvenes, con enf menos evolucionada y menos refractaria, reciben UPA a fallo a primer biológico en 60%.
- La adherencia a UPA fue muy buena, y la causa principal de suspensión fue ineficacia. No hubo suspensiones por seguridad en los ttos con UPA. Ninguno sufrió eventos cardiovasculares o cáncer.Los cambios entre JAKi parecen frecuentes en la práctica clínica.
- La supervivencia de fármaco es buena, necesitamos más volumen de pacientes por indicación para valorar diferencias. En artritis reumatoide, haber recibido tratamiento con otro JAKi no parece afectar a la persistencia . Sí que encontramos peor supervivencia del fármaco en pacientes que han recibido más de dos tratamientos biológicos frente a los refractarios a 1 ó 2.
- En nuestra experiencia , UPA es una opción terapéutica con un perfil de eficacia , seguridad y persistencia muy interesante en nuestros pacientes con AR y necesitamos ampliar la muestra en el resto de indicaciones.

RESULTADOS

- Incluimos 101 pts, mayormente mujeres (78.2%), con edad media de 55.4 años (DS 13.09); Fueron diagnosticados de AR 64,4 %, APs 19.8%, y EspAx 14.9% (y un pt con enfermedad de Still del adulto). El tiempo de evolución de la enf fue 9 años (mediana, rango 1-49)
- El 55.4 % nunca fumaron. El 54,5% tenía algún otro factor de riesgo CV; el riesgo CV por SCORE y/o Regicor fue elevado solo en 5%.
- La mediana de terapias biológicas (TB) previas fue 2 (percentil 25-75, 1-3), 40.6% habían recibido solo 1 TB, 61,4% ≤ 2. El 35,6% habían sido tratados con otro JAKi, más frecuentemente Baricitinib en AR suspendido por ineficacia.
- La mediana de exposición a tto con UPA fue de 10 meses (pc 25-75, 5-16) y la adherencia buena (media 89,64 (SD13.062).
- La supervivencia del tto se refleja en las curvas de Kaplan-Meier y no hemos encontrado diferencias significativas en función del diagnóstico (1), ni la experiencia previa con otro JAKi (3) o una TB. Sí que encontramos peor persistencia significativa en el grupo que había recibido más de 2 TB previas (2).
- 27 pacientes (26,7%) discontinuaron UPA principalmente por ineficacia (66.66%), y el 25,9% por efectos adversos. No hubo infecciones mayores, cáncer ni eventos CV salvo una trombosis venosa superficial. 1 pt fallece tras cirugía de columna, 1 se suspende por falta de adherencia y 1 cambia de Tofacitinib por riesgo CV antes de recomendaciones del PRAC. 24 pts (79.16%) pasaron a TB posterior y 20.3% a otro JAKi.

	Antes de nov22 n=62	Después de nov22 n=39	Global n=101
Edad - Media (SD)	57.9 (12.77)	51.3 (12.72)	55.4 (13.09)
Sexo (% mujeres)	88.7	61.5	78.2
Diagnóstico (%)	AR 77.4 APs 17.7 EspAx 4.8	AR 46.6 APs 23,1 EspAx 30.8	AR 64.4 APs 19.8 EspAx 14.9
Duración media de la enfermedad - años (rango)	9.5 (2-49)	5 (1-30)	9 (1-49)
Fumadores (%)	Nunca 54.8 Ex 27.4 Activos 17.7	Nunca 56.4 Ex 30.8 Activos 12.8	Nunca 55.4 Ex 28.7 Activos 15.8
Factores de riesgo cdv (%)	61.3	43.6	54.5
T.Biológica previa ≤1 (%)	27.4	61.5	40.6
Jak previo (%)	51.6	10.3	35.6

Tabla 1. Características de la población.

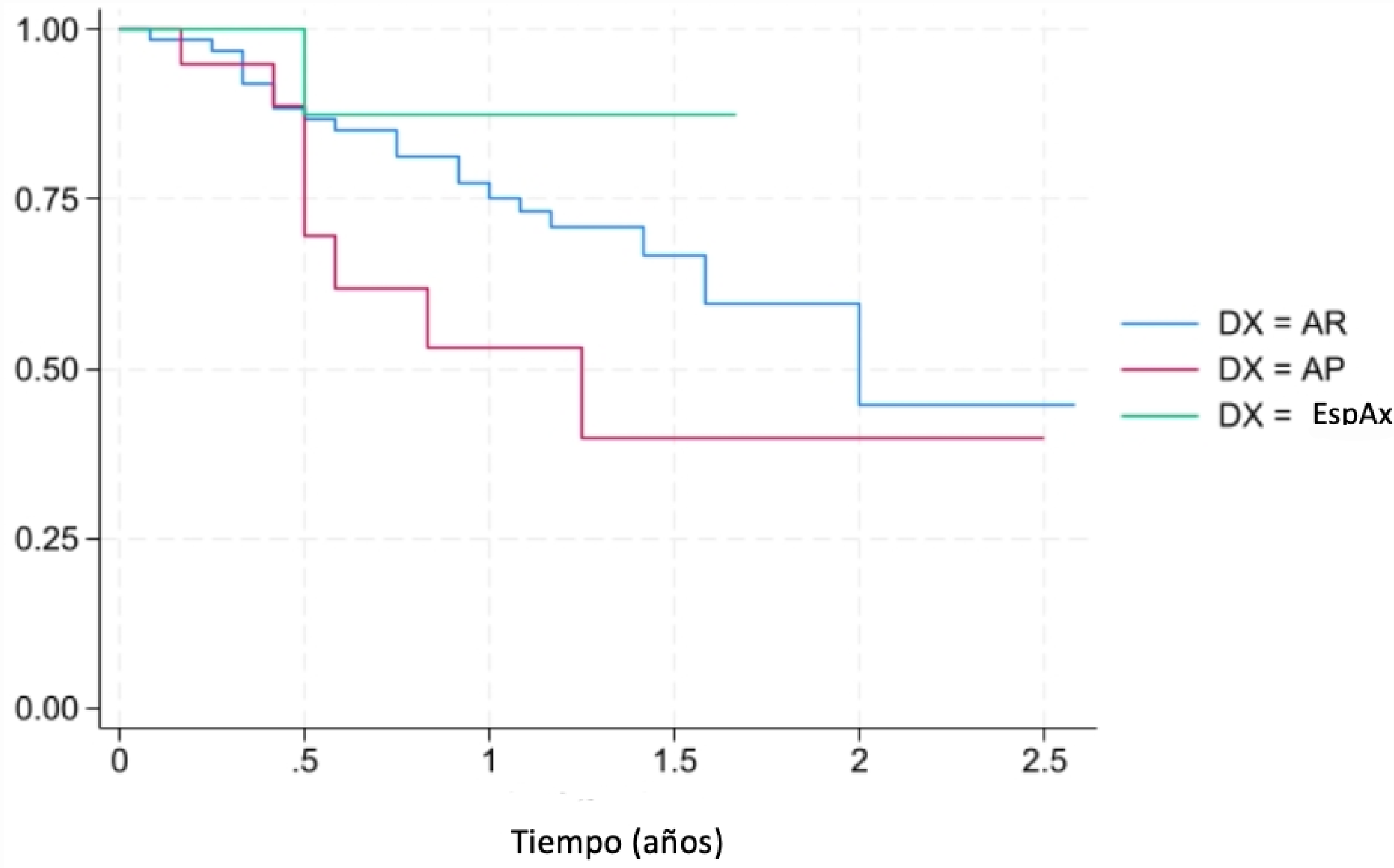


Tabla 2. Supervivencia estimada según la enfermedad de base (Kaplan-Meier).

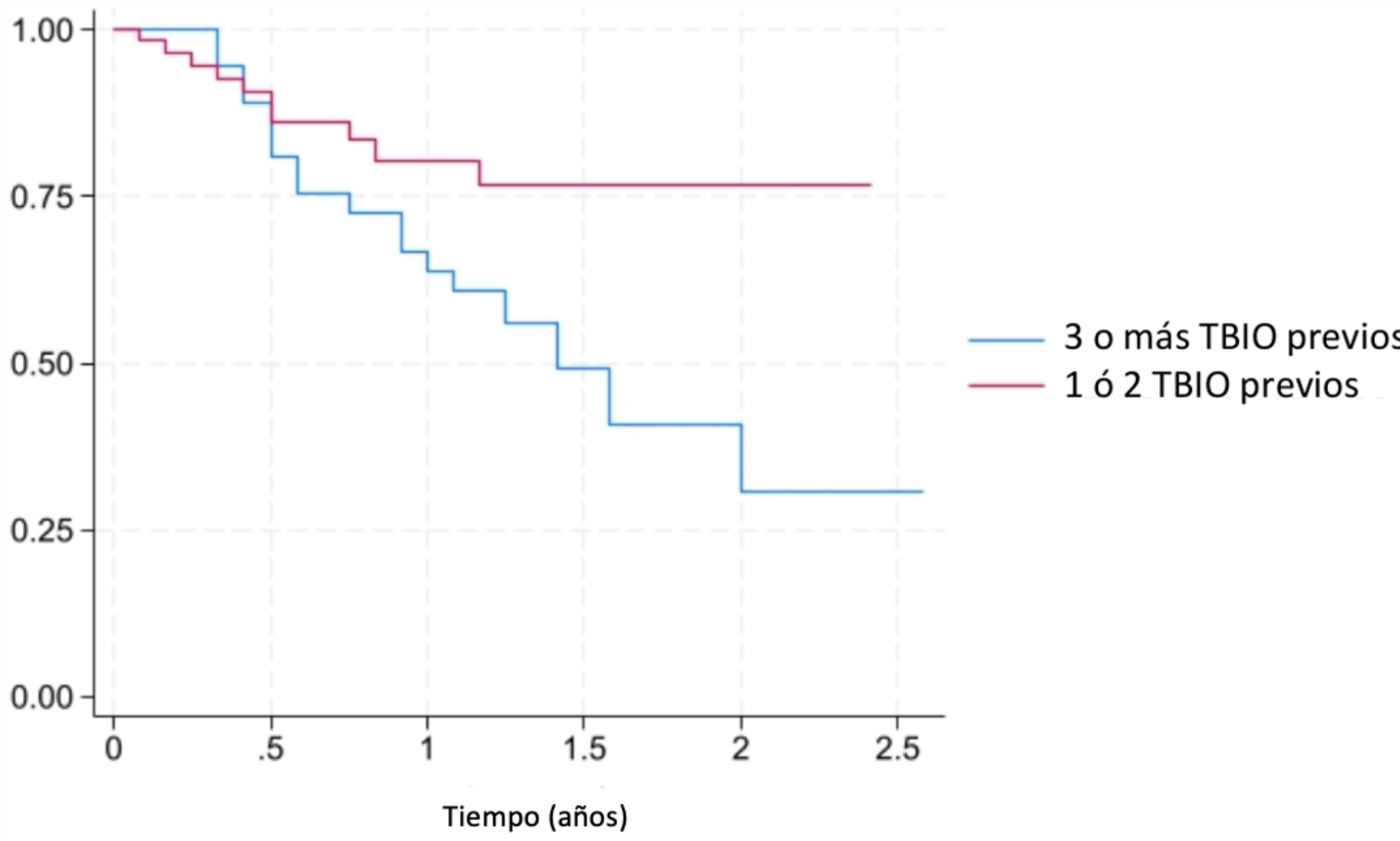


Tabla 3. Supervivencia estimada según las terapias biológicas previas (Kaplan-Meier).

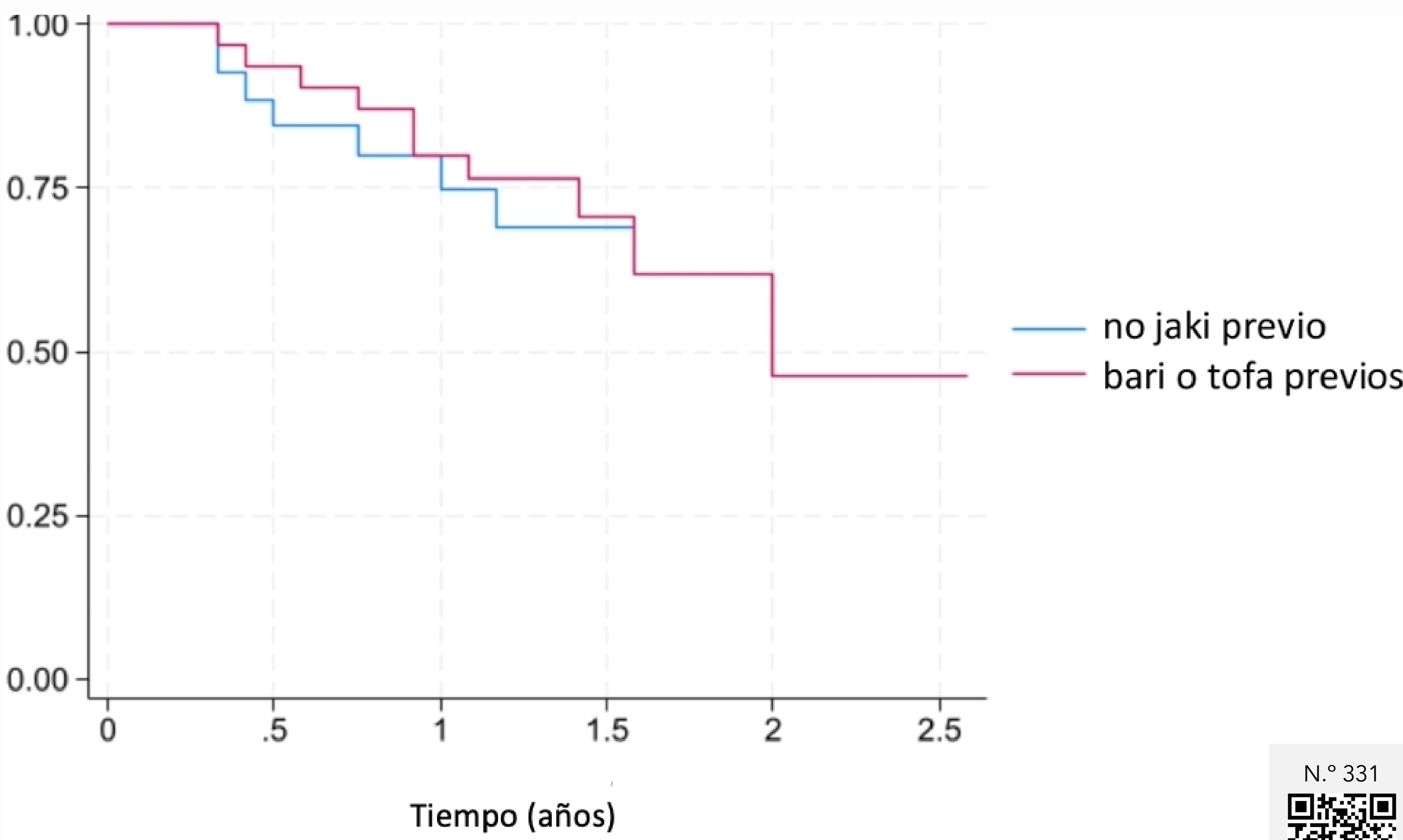


Tabla 4. Supervivencia estimada según los JAKi previos (Kaplan-Meier).