

P-412

EMPEORAMIENTO CLÍNICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
NO ADHERENTES A BELIMUMAB



Marta de la Rubia Navarro¹, Elena Grau García², M^a Jesús Cuellar Monreal³, Iago Alcántara Álvarez¹, Inmaculada Chalmeta Verdejo¹, Hikmat Charia², Luis González Puig¹, Anderson Víctor Huaylla Quispe¹, José Ivorra Cortés¹, Samuel Leal², Isabel Martínez Cordellat¹, Laura Mas Sánchez¹, Pablo Francisco Muñoz Martínez¹, Rosa Negueroles Albuixech¹, José Eloy Oller Rodríguez¹, Daniel Ramos Castro¹, Carmen Riesco Bárcena¹, Alba Torrat Novés¹, Ernesto Tovar Sugrañes¹, Elvira Vicens Bernabeu¹, Belén Villanueva Mañes¹, Inés Cánovas Olmos¹, Carmen Nájera Herranz¹, José Andrés Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe (HUP La Fe, Valencia). ²Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, HUP La Fe, Valencia. ³Servicio de Farmacia. HUP La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica y sistémica que afecta típicamente a mujeres en edad fértil. El manejo terapéutico de la enfermedad es muy complejo, sin embargo, el pronóstico ha mejorado sustancialmente en los últimos 50 años. En 2011 fue aprobado belimumab, un anticuerpo monoclonal IgG1k que inhibe la molécula BlyS (estimulador del linfocito B), reduciendo la proliferación y limitando la supervivencia de estas células.

OBJETIVOS

El objetivo es analizar la asociación entre la adherencia terapéutica a belimumab y la actividad de la enfermedad en pacientes con LES.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, en pacientes con diagnóstico de LES (SLICC/ACR 2012), tratados con belimumab subcutáneo (200 mg/semana). La actividad de la enfermedad fue evaluada mediante la escala SLEDAI en tres visitas consecutivas y se consideró empeoramiento clínico un aumento de la puntuación de SLEDAI ≥4 puntos. Se recogieron la persistencia y adherencia de belimumab (calculada según el número de dispensaciones en farmacia intrahospitalaria) durante el seguimiento, estableciéndose el umbral de mala adherencia terapéutica por debajo del 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes (83,9% mujeres) con una edad media de 48 (15) años. El tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del fármaco fue de 13 (6) años y el tiempo de tratamiento medio fue de 2 (1) años. Se consideraron como no adherentes a 15 pacientes (48,4%). La persistencia, adherencia y datos relativos a la actividad de la enfermedad se muestran en la tabla.

	No-adherentes N= 15 Media (SD) / n(%)	Adherentes N=16 Media (SD) / n(%)
Sexo femenino	13 (86,7%)	13 (81,25%)
Edad	48,53 (12,13)	47,69 (17,51)
Anti-DNA	17,97 (20,29)	20,5 (29,1)
SLEDAI V0	3,4 (2,13)	2,38 (2,33)
SLEDAI V2	1,79 (2,01)	2,07 (2,09)
Diferencia SLEDAI V2 –SLEDAI V0	-1,73 (2,63)	-0,25 (1,48)
Adherencia (%)	81,01 (14,78)	99,51 (2,48)
Persistencia (semanas)	125,63 (62,64)	105,79 (80,64)

La mala adherencia fue secundaria a una mejoría clínica (66,67%), infecciones de repetición (13,33%), cirugía (6,67%), embarazo (6,67%) e incapacidad para la recogida del fármaco durante la pandemia COVID-19 (6,67%). El grupo no adherente mostró una peor puntuación de SLEDAI que el grupo adherente en la V0, a pesar de que ambos grupos presentan una puntuación de SLEDAI similar en la V2. Se observó una asociación entre la mala adherencia y una mayor diferencia entre SLEDAI basal y final (P=0,046).

CONCLUSIONES

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre la mala adherencia terapéutica y una mayor puntuación en el SLEDAI al inicio. Esta mayor puntuación de SLEDAI al inicio del estudio en el grupo de no adherentes podría deberse a las manifestaciones clínicas, dado que la actividad serológica es similar en ambos grupos.