

Riesgo de herpes zóster tras el inicio de un tratamiento inmunosupresor en adultos con enfermedad reumática

Juan Diego Unciti-Broceta¹ en nombre de Justin Gatwood², Yong Zhu³, Andrea Steffens³, Stephanie Gallagher³, Mary DuCharme³, Nikita Stempniewicz²

¹GSK, Madrid, España; ²GSK, Philadelphia, PA, EE.UU.; ³Optum Life Sciences, Eden Prairie, MN, EE.UU.

Conclusiones



Los adultos con enfermedades reumáticas presentan un riesgo elevado de HZ tras el inicio del tratamiento IS



El riesgo de HZ observado refuerza la necesidad de que, desde los servicios de reumatología, se tenga en cuenta la importancia de la prevención cuando se está planteando el uso de un tratamiento IS, independientemente de la edad del paciente

Objetivos

- Comparar la incidencia de herpes zóster (HZ) en pacientes con enfermedad reumática tras el inicio del tratamiento inmunosupresor (IS)
- Describir la relación de los tratamientos IS con el riesgo de HZ en adultos estadounidenses con enfermedad reumática
- Comprender el riesgo de complicaciones asociadas a un episodio de HZ

Antecedentes



La incidencia del HZ en población adulta en EE.UU. (mayores de 18 años) es de 4,5 por 1.000 personas-año (PA)¹



La incidencia del HZ entre los adultos con enfermedad reumática difiere según la enfermedad:

- Artritis reumatoide: 9,6–21,5 por 1.000 PA^{2–5}
- Lupus eritematoso sistémico: 12,2–24,0 por 1.000 PA^{2,3,6}
- Artritis psoriásica: 9,6–14,9 por 1.000 PA^{7,8}

Diseño del estudio

Diseño del estudio: Estudio de cohortes retrospectivo

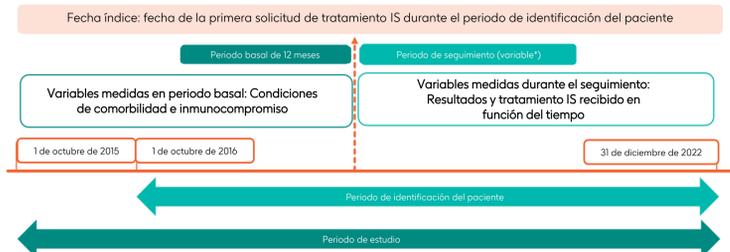
Fuente de datos: Datos de reclamaciones administrativas de EE. UU. (Optum Research Database), incluyendo a los afiliados a planes de salud con seguro comercial y Medicare Advantage con Parte D entre octubre de 2015 y diciembre de 2022

Criterios de elegibilidad	
Inclusión	Exclusión
≥1 reclamación médica o farmacéutica con suministro/administración de un tratamiento IS ^{9,10}	≥1 reclamación médica con diagnóstico de HZ durante el periodo basal
Edad ≥18 años en la fecha índice	≥1 solicitud médica o farmacéutica de vacunación frente al HZ anterior a la fecha índice
Afiliación continua a las prestaciones médicas y farmacéuticas durante al menos 12 meses antes de la fecha índice	Embarazo demostrado durante el periodo basal
≥1 reclamación médica por artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico o artritis psoriásica durante el periodo de referencia	Información demográfica desconocida, como edad, sexo o región geográfica

Análisis:

Tasas de incidencia de HZ por 1.000 PA, en general y estratificadas por características basales, clase de medicación recibida, enfermedad reumática y estado de inmunosupresión en función del tiempo

El análisis multivariable permitió obtener riesgos ajustados en función de diferentes factores, tales como los tratamientos IS recibidos en función del tiempo



Enfermedades de base consideradas: Artritis reumatoide (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª Revisión [CIE-10]: M05.x, M06.x), lupus eritematoso sistémico (CIE-10: M32.x), artritis psoriásica (CIE-10: L40.5x)

Resultados:

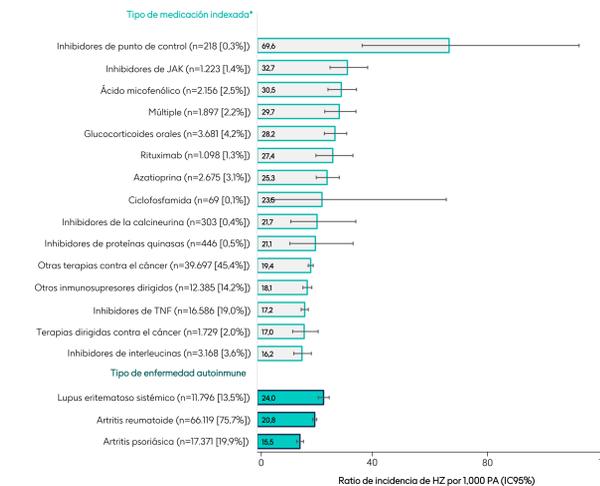
- Diagnóstico de HZ
- Complicaciones asociadas al HZ (neuralgia postherpética, HZ oftálmico, HZ diseminado y meningoencefalitis asociada a HZ) entre las personas con HZ y seguimiento suficiente**

*Comienza a partir de la fecha índice y finaliza con el diagnóstico de HZ, la vacunación frente a HZ, embarazo, baja del plan de salud, fallecimiento o final del periodo de estudio, lo que ocurra primero. **La neuralgia postherpética y la meningoencefalitis relacionada con el HZ se miden entre los pacientes con HZ con ≥30 días de seguimiento; el HZ oftálmico y el HZ diseminado se miden entre los pacientes con HZ con ≥30 días de seguimiento.

Grupo de edad en años	n (%)	21.167 (24,2)
18–49, n (%)	31.141 (35,6)	
50–64, n (%)	35.064 (40,1)	
≥65, n (%)		
Sexo	n (%)	62.638 (71,7)
Mujer, n (%)	24.734 (28,3)	
Raza y etnia	n (%)	60.727 (69,5)
Blanco no hispano, n (%)	10.726 (12,3)	
Negro no hispano, n (%)	2.296 (2,6)	
Asiático no hispano, n (%)	9.776 (11,2)	
Hispano, n (%)	3.847 (4,4)	
Ausencia de dato/desconocido, n (%)		
Puntuación basal del índice de comorbilidad de Charlson, ¹¹ media (DE)	n (%)	2,05 (2,0)

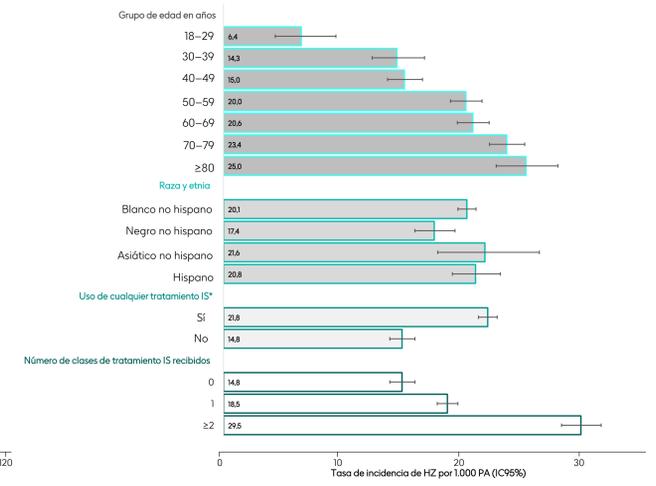
Resultados

Tasas de incidencia de HZ por clase de tratamiento y enfermedad



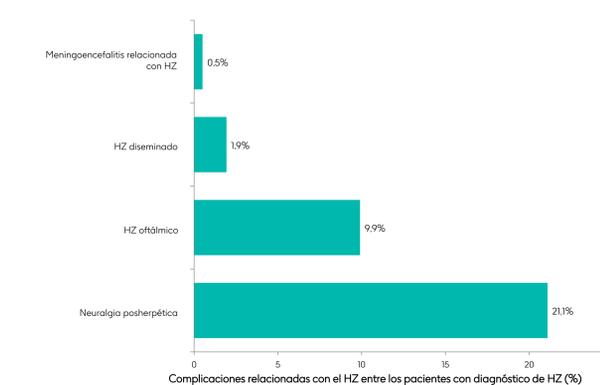
*Anticiclina (n=41 [0,1%]) no se muestra porque la tasa de incidencia es 0 (ver suplemento) (n [%]) es el número y porcentaje basal de prescripciones/pacientes. Se utilizaron límites de confianza exactos de Poisson del 95% para las tasas de incidencia.

Tasas de incidencia del HZ por características de los pacientes



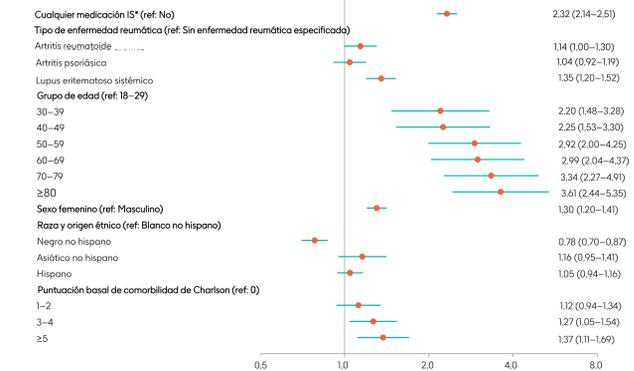
*Dependiente del tiempo, comparación entre periodos con y sin uso de tratamientos IS después del índice. Se utilizaron límites de confianza exactos del 95% de Poisson para las tasas de incidencia.

Complicaciones asociadas al HZ



El denominador es el número de pacientes con diagnóstico de HZ durante el periodo de seguimiento fijado para esa complicación. La neuralgia postherpética y la meningoencefalitis relacionada con el HZ se miden entre los pacientes con HZ con ≥30 días de seguimiento (N=3.775) El HZ oftálmico y el HZ diseminado se miden entre los pacientes con HZ con ≥30 días de seguimiento (N=3.887).

Riesgo relativo de HZ ajustado (IC95%)



*Dependiente del tiempo, comparación entre periodos con y sin uso de tratamientos IS después del índice. Modelos ajustados en función del tipo de seguro, la región geográfica, las comorbilidades de referencia del AHRQ, la utilización de recursos sanitarios por cualquier causa, el recuento de visitas o urgencias y el recuento de prescripciones en farmacia.

Abreviaturas

AHRQ: Agencia de Investigación y Calidad Sanitarias; CCS: Software de clasificación clínica; CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades; COVID-19: enfermedad por coronavirus 2019; DE: desviación estándar; EE.UU.: Estados Unidos; HZ: herpes zóster; IC: intervalo de confianza; IQR: rango intercuartílico; IS: inmunosupresor; JAK: Janus quinasa; MARD: Medicare Advantage Parte D; N: número total de pacientes; n: número de prescripciones/pacientes; PA: personas-año; TNF: factor de necrosis tumoral.

Referencias

1. Johnson BH et al. *BMC Infect Dis*. 2015;15:502.
2. Chen SY et al. *Infection*. 2014;42(2):325–334.
3. Gatwood J et al. Presented at AMCP 2024; April 15–18, 2024; New Orleans, LA, United States.
4. Veetil BMA et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(6):854–861.
5. Singer D et al. *J Rheumatol*. 2023;50(7):873–880.
6. Stempniewicz N et al. Presented at EULAR; May 31–June 3, 2023; Milan, Italy.

7. Singer D et al. *Psooriasis (Auckl)*. 2024;14:63–78.
8. Gatwood J et al. Presented at IDWeek 2024; October 16–19, 2024; Los Angeles, CA, United States.
9. Sun Y et al. *Ophthalmology*. 2022;129(10):1096–1106.
10. Andersen KM et al. *Lancet Rheumatol*. 2022;4(1):e33–e41.
11. Quan H et al. *Am J Epidemiol*. 2011;173(6):676–682.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Business & Decision Life Sciences Medical Communication Service Center la asistencia editorial y la coordinación de las publicaciones; y a Marc Pison (Business & Decision Life Sciences) el apoyo en la redacción médica, en nombre de GSK. Los autores también agradecen a Castella Medical la asistencia editorial y la coordinación de las publicaciones, en nombre de GSK.

Información

Financiación: Estudio financiado por GSK (VEO-000603). Conflictos de interés: Justin Gatwood, Nikita Stempniewicz y Juan Diego Unciti-Broceta son empleados de GSK y poseen acciones en GSK. Justin Gatwood también declara haber recibido financiación para investigación de AstraZeneca y Merck & Co., así como pagos por consultoría de Genentech, Merck & Co. y Janssen en los últimos 24 meses. Yong Zhu, Andrea Steffens, Stephanie Gallagher y Mary DuCharme son empleados de Optum y poseen acciones en Optum, que recibió financiación de GSK para llevar a cabo este estudio. Los autores no declaran otras relaciones o actividades financieras o no financieras.

Póster digital
Materiales suplementarios

