

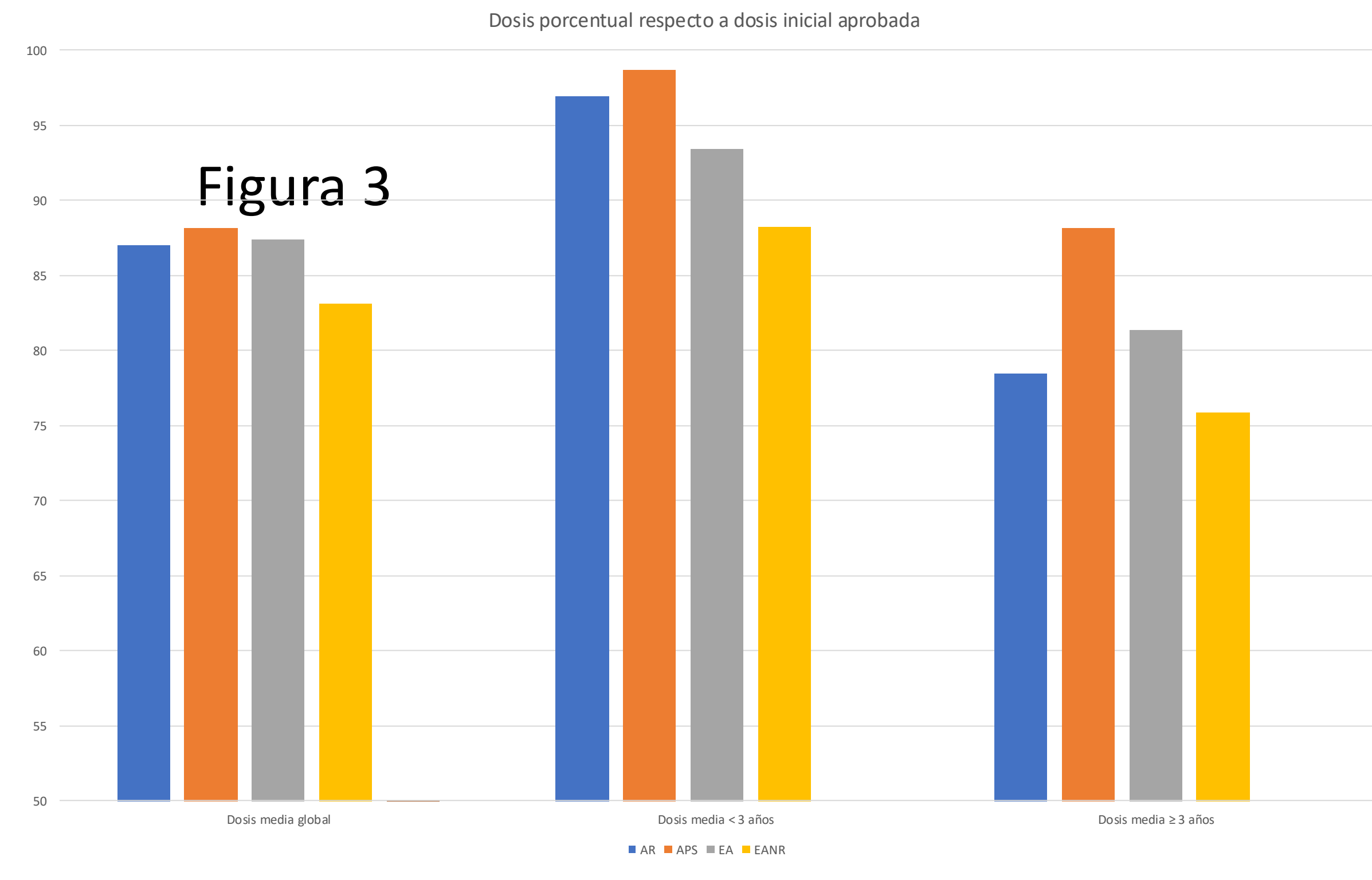
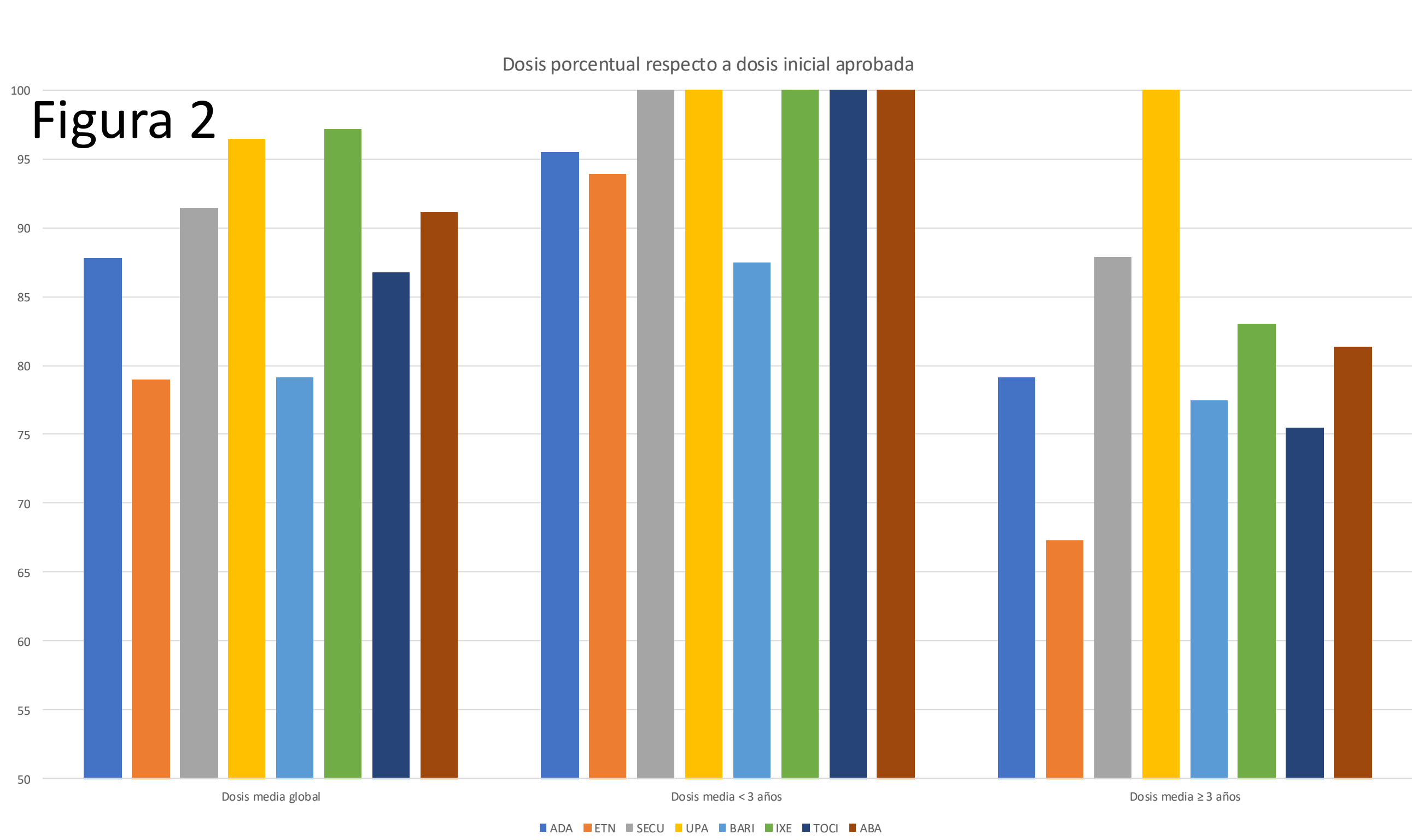
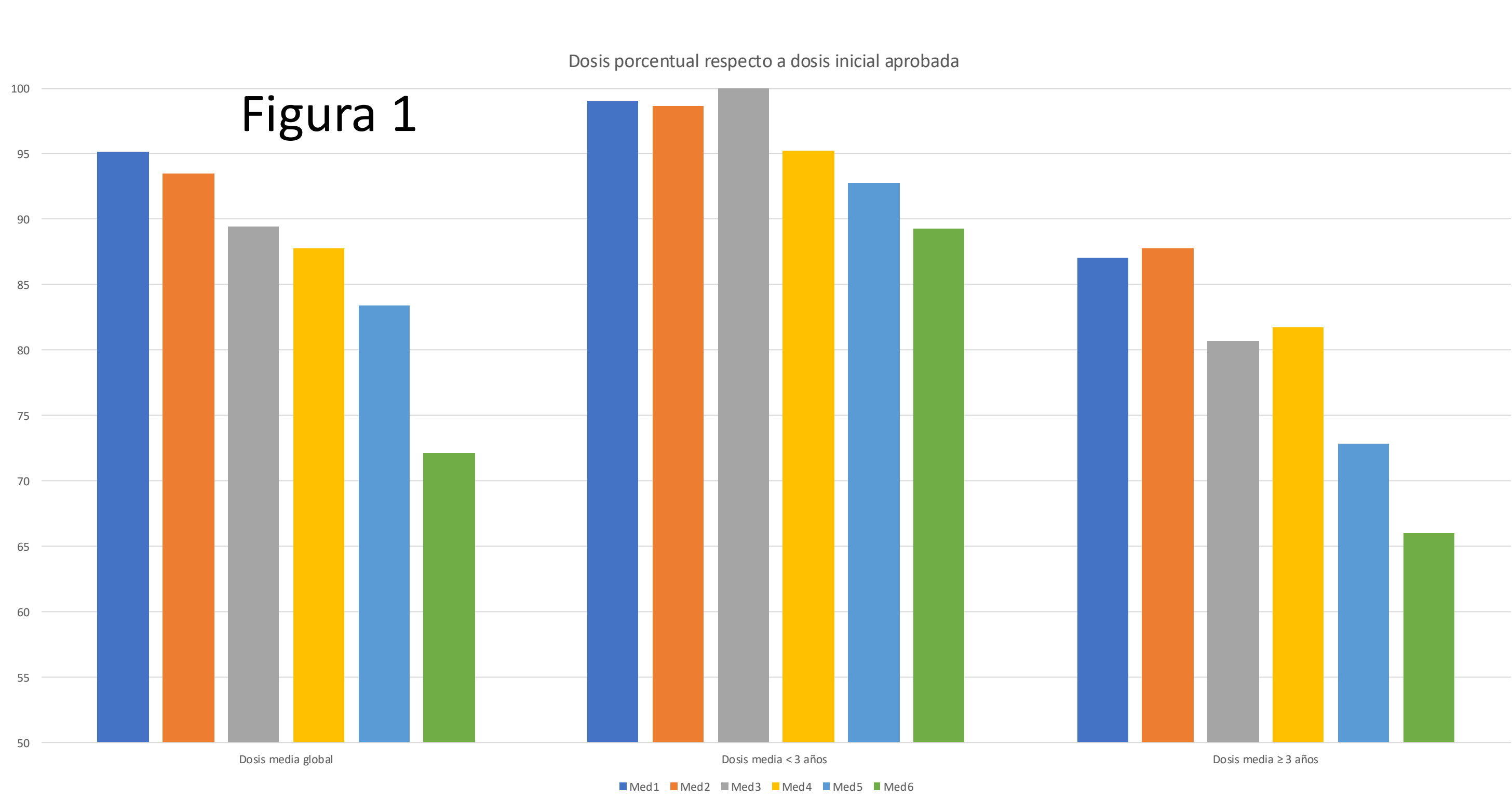
499. Factores asociados a la prescripción ajustada a dosis mínima eficaz de medicamentos hospitalarios en enfermedades inflamatorias articulares.

Fernando Perez Ruiz, Javier Aróstegui Lavilla, Joana Atxotegi Saenz de Buruaga, Javier Duruelo Echevarrieta, Elena Garmendia Sanchez, Maria del Consuelo Modesto Caballero. Osakidetza, OSI EEC, Hospital Universitario Cruces, Servicio Asistencial de Reumatología; Grupo de Investigación en artritis, Instituto de Investigación Biomédica BIOBizkaia; Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco UPV/EHU.

Objetivo:
Estudiar la variabilidad en la dosis mínima eficaz prescrita (también conocida como “optimización”) de medicamentos hospitalarios ambulatorios y los factores asociados a la misma.

Método:
Análisis de una base de datos administrativa con inclusión prospectiva y actualización mensual de datos sobre la prescripción de medicamentos hospitalarios en un Servicio Asistencial de Reumatología. Esta base de datos ha sido aprobada para explotación científica por el Comité de Ética de Investigación del Centro. Se han analizado los datos de prescripción activa y frecuente en las enfermedades inflamatorias crónicas articulares, medicamentos con > 5% del total, y prescritos por todos los facultativos (infliximab, adalimumab, etanercept, secukinumab, baricitinib y upadacitinib), incluyendo como variables, dosis actual y tiempo desde inicio del tratamiento (punto de corte en 3 años), FAME asociado y dosis, facultativa/o prescriptor/a, diagnóstico, edad y genero. Se excluyeron medicamentos con prescripción fuera de indicación o dosis no autorizadas. La dosis mínima eficaz se calcula como el porcentaje de la dosis estándar aprobada en SmPC/FT: DME= dosis prescrita/dosis aprobada*100.

Resultados:
531 pacientes con prescripción activa el 31 de Diciembre de 2024, 321 primera (60%), 210 sucesivas; 305 mujeres (55%) y 226 hombres, con diagnósticos artritis reumatoide (AR) 261 (49%), artritis psoriásica (APS) 107 (30%), espondiloartropatias axiales (EA/EANRx) 138 (26%), otros 25 (5%). La distribución de las prescripciones fue: adalimumab 47%, etanercept 15%, tocilizumab 5%, baricitinib 5%, upadacitinib 6%. Tres variables mostraron una clara asociación con la dosis ajustada mínima eficaz: facultativo/a prescriptor/a, tiempo desde la prescripción y medicamento. Los primeros se agrupaban en tres clusters: pasivo (Med1-2), intermedio (Med3-4) y activo (Med5-6), Los pacientes con tiempo desde prescripción ≥ 3 años mostraron dosis ajustadas menores y con las mismos cluster, pero en las prescripciones solo se mantenían en el cluster activo independientemente del tiempo de prescripción (Figura 1) . Las dosis prescritas tras ≥ 3 años fueron menores para adalimumab (79%), etanercept (67%), baricitinib (78%) y tocilizumab (75%) y mostraron dosis ajustadas más bajas que el resto en el periodo ≥3 años, sin diferencias en dosis prescritas < 3 años por efecto de priorizaciones institucionales en primera y segunda líneas. El único medicamento con dosis 100% en todo momento fue upadacitinib. Solo la EANRx se asoció a ajuste precoz de dosis y solo APS no se asoció a ajuste de dosis a largo plazo. No se observaron asociaciones con otras variables (edad, género, tiempo de evolución, FAME, dosis de FAME). El ajuste de dosis supone una menor exposición a los medicamentos y una reducción de factura en medicamentos de 290.000 euro/año.



Conclusiones: el ajuste a dosis mínima eficaz (“optimización”) parece modulada fundamentalmente por los prescriptores, pero también por el tiempo desde la prescripción, el medicamento prescrito y la enfermedad específica.