



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

85 - MONITORIZACIÓN PROACTIVA DE NIVELES TERAPÉUTICOS DE INFILIXIMAB DURANTE LA FASE DE INDUCCIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Maria González-Vivó^{1,2}, Nuria Carballo Martínez^{2,3}, Nuria Padulles Zamora⁴, Elena Colominas González^{2,3}, Francisca Murciano Gonzalo¹, Lourdes Abril Rodríguez¹ y Lucía Márquez-Mosquera^{1,2}

¹Servicio de Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona. ²IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona. ³Servicio de Farmacia, Hospital del Mar, Barcelona. ⁴Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Bellvitge, Hôpital de Llobregat.

Resumen

Introducción: La monitorización farmacológica terapéutica (MFT) de infliximab (IFX) en la enfermedad inflamatoria intestinal se utiliza ya en la práctica clínica, pero aún no se ha generalizado la utilización de la MFT proactiva, que es de especial interés durante la inducción, ya que la aclaración del fármaco y la carga inflamatoria se asocian a niveles subóptimos y fallo de tratamiento. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del uso de una estrategia de MFT proactiva precoz.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes efectuado en pacientes *naïve* a tratamientos biológicos que iniciaron IFX entre 2016 y 2019 (grupo control o no-MFT) y entre 2019 y 2021 (grupo proactivo o p-MFT). En el grupo p-MFT, se evaluaron prospectivamente los niveles de IFX desde la semana 2 y se realizó ajuste de dosis desde la semana 6 según un modelo farmacocinético poblacional validado (Fasanmade *et al.* Clinical Therapeutics 2011). En el grupo no-MFT, el ajuste de dosis se realizó considerando la clínica y los resultados analíticos. Se evaluó la eficacia de la MFT precoz mediante la comparación de remisión clínica (RC) y bioquímica (RB) en semana 14 y 52 y la mejoría endoscópica (ME) en semana 52 entre ambos grupos.

Definiciones. RC: índice de Harvey-Bradshaw 5 en EC y Mayo parcial 3 en CU. RB: calprotectina fecal (CF) 150 $\mu\text{g/g}$ o proteína C reactiva 0,5 mg/dL. ME: ausencia de úlceras en EC y score de Mayo endoscópico 1 en CU. Remisión objetiva (RO) (variable combinada): ME o mejoría radiología en EC, y CF 150 $\mu\text{g/g}$ o ME en CU.

Resultados: 30 pacientes incluidos en cada grupo: 13 CU, 16 EC y 1 colitis no clasificada, sin diferencias estadísticamente significativas en las características basales. En el grupo p-MFT, un 43,3% eran hombres, la edad mediana al diagnóstico fue 35,46 años, y la mediana de tiempo entre diagnóstico e inicio de IFX 11,53 meses. Un 63,3% tomaban tiopurinas concomitantes y un 23,3%, corticoides sistémicos. Entre las CU, se incluyó 1 proctitis, seis colitis izquierdas y 6 extensas. En EC, había 10 L1, cuatro L2 y 2 L3; con un patrón inflamatorio en 5, estenosante en 7 y fistulizante en 4. En semana 14, la proporción de RC fue mayor en el grupo proactivo que en el grupo control (86,7 vs. 56,7%, $p = 0,01$) y estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Aunque la tasa de RB era mayor en el grupo p-TMF, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (61,1% en p-TDM vs. 50,0% en no-TDM, $p = 0,59$), sin embargo, la recogida de muestras de sangre y heces fue incompleta en este período. En semana 52, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en RC, RB o ME entre ambos grupos. La tasa de RO fue mayor en el grupo pTMF, pero las

diferencias no alcanzaron la significación estadística (60,9 vs. 33,3%, p = 0,06).

Conclusiones: La MFT proactiva durante la inducción en pacientes *naïve* a biológicos, podría ser una herramienta útil para alcanzar niveles óptimos de fármaco y así, clasificar correctamente el fallo primario al tratamiento.