



P-32 - OPTIMIZACIÓN DE LA INDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB MEDIANTE MODELO FARMACOCINÉTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. Pérez González¹, B. del Rosario-García², I. Alonso-Abreu³, M. Carrillo-Palau³, C. Reygosa³, J.S. Medina-Chico⁴, S. Medina-Heras⁵, F. Benítez-Zafra¹, A. Morant-Domínguez¹, B. Vera-Santana¹, R. Ramos⁶, F. Gutiérrez-Nicolás⁷, M. Hernández-Guerra¹ y L. Ramos³

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ³Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ⁴Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermería especialista, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ⁵Laboratorio de Inmunología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ⁶Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias IISC, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ⁷Servicio de Farmacia Hospitalaria e Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias IISC, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Resumen

Introducción: La monitorización terapéutica ha permitido establecer niveles en la inducción de ustekinumab (UST) asociados con objetivos terapéuticos para mejorar la respuesta al tratamiento con UST.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la optimización proactiva de UST mediante modelo farmacocinético (FK) en la inducción (semana 8) del tratamiento en la EII.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en pacientes con EII que iniciaron tratamiento con UST en 2 grupos: pauta habitual de inducción (dosis inicial de UST por ev ajustada a peso) o pauta optimizada de inducción (tras dosis inicial de UST por ev ajustada a peso se realiza medición de concentraciones de UST a las 4 semanas y según FK se ajusta la inducción). Los niveles de UST se midieron mediante FIA a las 4 semanas en grupo optimizado y a las 8 semanas en todos los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes; 72 pacientes en grupo con pauta habitual (hombres 52,8%; enf. Crohn 59,2%; uso biológico previo 95,8%; CF > 250 g/kg 61,5%) y 16 pacientes en grupo optimizado (hombres 56,3%; enf. Crohn 68,8%; uso biológico previo 93,88%; CF > 250 g/kg 68,8%), sin diferencias significativas en las características basales de los grupos. La concentración media de UST en 8 semana fue significativamente mayor en los pacientes con optimización mediante FK frente a la pauta habitual (15,4 [10,4-20,3] ?g/ml vs. 9,2 [7,7-10,7] ?g/ml; $p > 0,0018$) (fig. A). En el grupo optimizado, 6 pacientes (37,5%) recibieron dosis adicionales endovenosas de UST. La tasa de pacientes que logran una concentración de UST $\geq 6,6$?g/ml (relacionado con remisión bioquímica a la semana 12 y 24) y ≥ 9 ?g/ml (asociado con la durabilidad del tratamiento ≥ 12 meses) fue significativamente mayor en el grupo optimizado frente a la pauta habitual (fig. B y C).

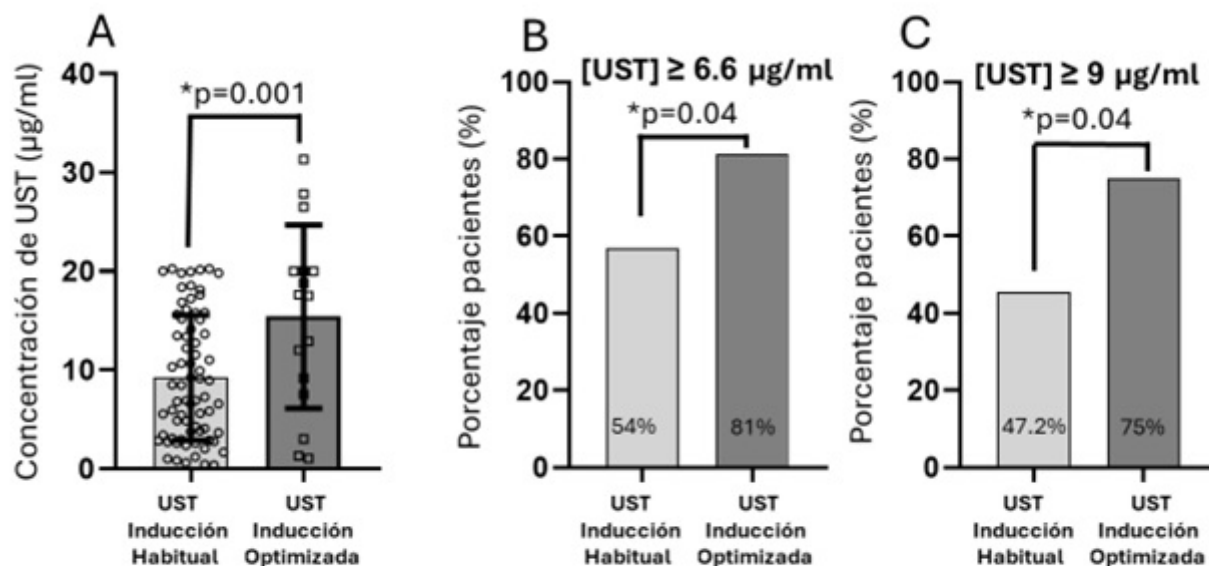


Fig. 1: Concentración de Ustekinumab (UST) según el régimen utilizado (A). Porcentaje de pacientes que logra una concentración de UST $\geq 6.6 \mu\text{g/ml}$ (B) ó $\geq 9 \mu\text{g/ml}$ (C) en la semana 8.

Conclusiones: La pauta optimizada del tratamiento, mediante ajuste basado en modelo farmacocinético, logra una concentración diana de UST en la inducción que permite garantizar la eficacia del tratamiento.