



91 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS POR VÍA SUBCUTÁNEA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Ramos¹, J. Ramos Rodríguez², R. de la Barreda³, F. Gutiérrez Nicolás², G.J. Nazco Casariego², I. Alonso Abreu³, M. Carrillo Palau³ y E. Quintero^{3,4}

¹Servicio de Aparato Digestivo; ²Servicio de Farmacia; ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ⁴Departamento de Medicina Interna, Psiquiatría y Dermatología, Instituto Universitario de Tecnologías Biomédicas CIBICAN, Universidad de La Laguna.

Resumen

Introducción y objetivos: El incumplimiento o la pérdida de adherencia (no-adherencia) al tratamiento médico es muy frecuente en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), puede determinar el desarrollo de complicaciones, el uso de corticoides y la necesidad de escalar tratamientos en estos pacientes. Los objetivos de este estudio son analizar la adherencia al tratamiento biológico de administración subcutánea en pacientes con EII e identificar factores de riesgo para la no-adherencia al tratamiento.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de cohorte en pacientes con EII que recibieron tratamiento biológico subcutáneo (adalimumab y ustekinumab) entre enero de 2016 y julio de 2019. Se realizó revisión retrospectiva de la historia clínica para recoger datos demográficos y de la EII. Se calculó el ratio modificado de posesión de la medicación (mMPR) para los primeros 12 meses de tratamiento y para el final del seguimiento (global-42 meses). Se definió como no-adherencia (adherencia inadecuada) si el mMPR era 90%. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar los factores de riesgo asociados con la no-adherencia.

Resultados: Se incluyeron 154 pacientes (84H/70M; edad media de inicio de tratamiento biológico 36 ± 14 años; enfermedad de Crohn n = 118, colitis ulcerosa n = 31, Colitis Indeterminada n = 5). De ellos, 121 (78,6%) recibieron adalimumab (ADA) y 33 (21,4%) ustekinumab (UST); 97/154 (63%) de los pacientes no habían recibido tratamiento biológico previo y 26/154 (16,9%) recibieron > 2 agentes biológicos antes del tratamiento subcutáneo. El tiempo medio entre el diagnóstico de EII y el uso del biológico subcutáneo fue de 16 ± 10 meses. El tiempo medio de uso de tratamiento subcutáneo se prolongó durante $17,6 \pm 11,0$ y $17,08 \pm 6,8$ meses para ADA y UST, respectivamente. La tasa global de no-adherencia al tratamiento fue 6,5% (10/154 pacientes) y específicamente del 6,1% (8/121 pacientes) y del 6,6% (2/33 pacientes) para el uso de ADA y UST, respectivamente. La no-adherencia durante los primeros 12 meses de tratamiento (n = 98) fue del 6,1% (6/98 pacientes), en todos los pacientes pero diferencialmente del 2,7% (2/73 pacientes) para ADA y del 16% (4/25 pacientes) para UST ($p = 0,017$). En el análisis multivariado, el tratamiento con UST mostró un valor predictivo independiente de no-adhesión en los primeros 12 meses del tratamiento (OR 6,7, IC95% 1,1-39,5).

Conclusiones: La adhesión al tratamiento con biológicos por vía subcutánea en pacientes con EII es aceptable en nuestro medio, siendo superior con ADA que con UST en los primeros 12 meses de tratamiento. La utilización del tratamiento biológico por vía subcutánea precisa control y monitorización para asegurar su

beneficio clínico.