



25 CONGRESO
SEFAP • JEREZ
25-27 Mayo 2022

**Tratamiento de la artritis reumatoide.
¿Qué es lo más adecuado para nuestros pacientes?**

M^a Amparo Barreda Aznar
Servicio de Farmacia de Atención Primaria
Departamento de salud de Castellón

25 años SEFAP

De la calidad terapéutica a la calidad asistencial





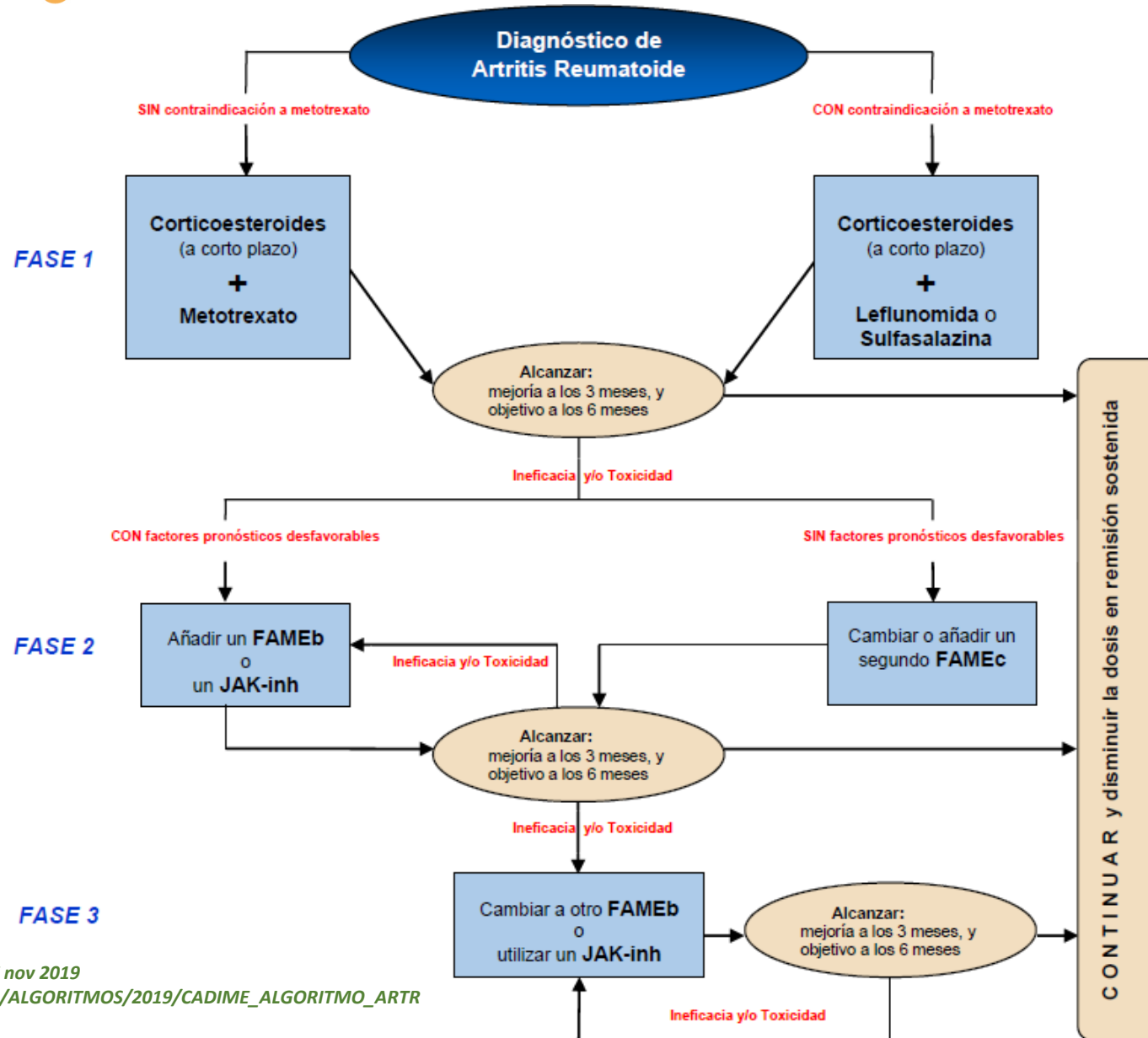
Artritis reumatoide: ¿De qué hablamos?

- Enfermedad **autoinmune**, **sistémica**, de etiología desconocida, de carácter inflamatorio y **crónico**, que afecta simétricamente articulaciones grandes y pequeñas y **reduce** sustancialmente **la calidad y la expectativa de vida si no se trata**. Manifestaciones extraarticulares (mucocutáneas, hematológicas, oculares, pulmonares, cardiológicas). Comorbilidades.
- No tiene cura.
- Estrategia de tratamiento hasta el objetivo («treat to target»):
 - Remisión (cese de la actividad inflamatoria)
O
 - Mantener la enfermedad en nivel de actividad bajo (actividad residual):
 - Suprimir la inflamación articular
 - Disminuir riesgo de progresión de la lesión articular
 - Prevenir la invalidez
 - Disminuir la mortalidad



Ideas clave del tratamiento

- ✓ Precoz (iniciar inmediatamente tras diagnóstico): “ventana de oportunidad” 3 meses.
- ✓ Seguimiento estrecho y riguroso de la act inflamatoria en fases iniciales → → remisión enfermedad y mejora pronóstico funcional y global a largo plazo.
- ✓ Individualizado (según duración de la enfermedad, gravedad, pronóstico, respuesta a ttos previos, preferencias del paciente).
- ✓ Utilización de índices de actividad para la evaluación de la enfermedad (DAS28).
- ✓ Fármacos:
 - ✓ Modificadores de los síntomas: AINEs, glucocorticoides.
 - ✓ Modificadores de la Enfermedad (FAME):
 - ❖ Sintéticos: convencionales y dirigidos
 - ❖ Biológicos





Fármacos modificadores de los síntomas

AINEs:

- Acción únicamente sintomática (para rigidez matutina y control del dolor), combinados con los FAME.
- Utilizar menor dosis efectiva y menor tiempo posible.
- No superioridad de unos AINE sobre otros.
- No utilizar más de un AINE simultáneamente.
- Tener en cuenta la toxicidad GI (valorar necesidad de gastroprotección), hepática y cardio-renal, así como los factores de riesgo de la persona, incluyendo la edad y embarazo.

Glucocorticoides:

- En AR reciente pueden retrasar la aparición de lesiones radiológicas (prevenir progresión daño estructural).
- En cualquier estadio, ttos cortos: como tto antiinflamatorio potente hasta que los FAME ejerzan su acción (tto puente).
- Vía oral, matutina, dosis única.
- Dosis bajas (< 10 mg/día de prednisona o equiv) llevan asociadas menos RA que dosis medias-altas (30-60 mg/día).
- Reducir de forma progresiva hasta supresión si respuesta clínica adecuada.
- Siempre en combinación con un FAME.
- Riesgo pérdida rápida de masa ósea: adm Ca y Vit D



Metotrexato

- Tratamiento inicial recomendado (eficacia, efectos adversos conocidos que pueden prevenirse, comodidad de adm, disponibilidad, versatilidad de dosis y vías de adm, bajo coste, y menor tasa de abandonos).
- Eficacia dosis dependiente; respuesta terapéutica: 4 – 8 semanas.
- Dosis oral o parenteral (sc) semanal.
- Administrar ácido fólico 5 mg 24 h tras MTX reduce significativamente la toxicidad gastrointestinal y hepática, sin afectar la eficacia clínica¹. Uso off-label
- EA más frecuentes (GI, mucocutáneos, neurológicos) NO tienen carácter grave.
- EA relevantes: tox pulmonar, hepática y hematológica (dosis dependiente, revierte con adm folatos).
- Aumenta riesgo infecciones. Recomendada vacunación antigripal y antineumocócica.
- OJO: ancianos, IR.

1- Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 5. Art. No.: CD000951. DOI: 10.1002/14651858.CD000951.pub2.



MTX: Estrategia terapéutica óptima

Inicio de tratamiento:

- Dosis inicial: 10 -15 mg /semana
- Vía oral (buena bd a dosis bajas) pero consensuada con el pax ; si <20 mg/semana recomendada vía oral

Cuando cambiar de vía de administración:

- De oral a sc: Falta de respuesta terapéutica , toxicidad GI o incumplimiento terapéutico. Evita o retrasa la posterior terapia con biológicos
- De sc a oral: Intolerancia a la adm sc, preferencias del pax o reducción a dosis <7,5 mg/semana.

Incremento de la dosis:

- Cuando no respuesta con la dosis inicial.
- Incrementos de 2,5 a 5 mg c/2-6 semanas hasta alcanzar **max de 20 mg/ semana oral y 25 mg/semana sc.** Excepcionalmente 30 mg/semana sc
- Si no aparece respuesta tras 8 semanas con la dosis max : interrumpir tto .



Desescalado de dosis:

- Alcanzar la mínima dosis efectiva que mantenga una remisión completa (DAS28<2,6).
- Realizar reducciones de dosis de 2,5 – 5 mg c/ 3-6 meses.
- Mantener la vía de adm que lleve el paciente (si dosis <15 mg considerar v.o.)

Evaluación y seguimiento del tratamiento:

- En ↑ dosis : Monitorización ALT ± AST, crea, hemograma, VSG, c/ 1-1,5 mes.
- En estabilidad clínica y terapéutica: Monitorización c/1-3 meses.



¡Ojo a los errores de medicación con MTX !

- El paciente recibe una dosis diaria en vez de semanal, produce consecuencias graves para el paciente (muerte en algunos casos.)
- Alertas de la AEMPS (actualización fichas técnicas, prospectos y envases de metotrexato de administración oral ([MUH \(FV\) 12/2019](#), [MUH \(FV\) 7/2016](#), [MUH \(FV\) 11/2011](#), [2004/04](#)). [Guía dirigida a profesionales sanitarios](#) (julio 2021)
- Indispensable la actuación de todos los agentes implicados en la cadena de utilización de este medicamento.
- Revisión por el FAP de la prescripciones de MTX ; alertar al médico y al paciente cuando se detecte un error de prescripción/administración.







Tratamiento de la artritis reumatoide. ¿Qué es lo más adecuado para nuestros pacientes con MTX?


Plan:


- Iniciaré metotrexato sc semanal
- Acfol al día siguiente

Plan

 **Prescripción:** METOTREXATO JERINGA SUBCUTANEA (15 MG), asociado a diagnóstico: PSORIASIS. 1 JERINGA cada 7 días durante 180 días
15mg/semana

 **Prescripción:** ACFOL 5MG 28 COMPRIMIDOS, asociado a diagnóstico: DEFICIT ACIDO FOLICO. 1 COMPRIMIDO cada día durante 218 días

 **Solicitada Prueba Laboratorio.** ANALISIS+CLINICOS-HEMATOLOGIA

 **Solicitada Prueba Laboratorio.** HEMATOLOGIA-ANALISIS+CLINICOS



Tratamiento de la artritis reumatoide.
¿Qué es lo más adecuado para nuestros pacientes con MTX?

¿Qué puede hacer el FAP?:

- ¿MTX dosis semanal?
- ¿Duplicidad /solapamiento de tratamientos?
- ¿Lleva ácido fólico? ¿Cuándo lo toma el paciente?
- ¿Dosis MTX ajustada al aclaramiento renal ?
- ¿Presencia de tratamientos concomitantes con
 - Cotrimoxazol
 - Otros antibióticos
 - Teofilina
 - Acitretina...?





¡Muchas gracias!