

GUTI



DE PRÁCTICA FARMACÉUTICA EN ESPONDILOARTROPATÍAS





**GUÍA DE
PRÁCTICA
FARMACÉUTICA EN
ESPONDILOARTROPATÍAS**



COORDINADORES :

Emilio Monte Boquet

Servicio de Farmacia. Hospital Universitari i Politècnic La Fe Valencia.

José Ivorra Cortés

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe Valencia.

AUTORES :

Vicente Merino Bohórquez

Servicio de Farmacia. HU Virgen Macarena Sevilla.

Nuria Rudi Sola

Servicio de Farmacia. Hospital General de Granollers.

Piedad López Sánchez

Servicio de Farmacia. Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real.

Maria Olatz Ibarra Barrueta

Servicio de Farmacia. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa. Osi Uribe.

Vera Lucia Áreas de Águilas

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Marta Juan Aguilar

Servicio de Farmacia. Hospital Comarcal de Vinaroz.

Raúl Ferrando Piqueres

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Castellón.

Arantza Ais Larisgoitia

Servicio de Farmacia. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

EDITA : SEFH. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

ISBN : 978-84-09-12941-6

DEPÓSITO LEGAL : M. 27155-2019



ÍNDICE

CAPÍTULO 01 EL MODELO CMO EN CONSULTAS EXTERNAS DE FARMACIA HOSPITALARIA	PAG.05
CAPÍTULO 02 VISITA INICIAL	PAG.11
CAPÍTULO 03 VISITAS DE SEGUIMIENTO. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES	PAG.17
CAPÍTULO 04 ATENCIÓN FARMACÉUTICA	PAG.31
CAPÍTULO 05 CRITERIOS DE DERIVACIÓN/FINALIZACIÓN	PAG.47
BIBLIOGRAFÍA	PAG.59

Las espondiloartritis (EspA), tradicionalmente denominadas espondiloartropatías, son un grupo de enfermedades reumáticas interrelacionadas que comparten características clínicas, patogénicas, genéticas, radiográficas, epidemiológicas y de respuesta terapéutica. Se dividen en dos grandes grupos, según la localización de las articulaciones que se afectan: espondiloartritis de predominio axial (EspAax) en las articulaciones de la columna y sacroilíacas y espondiloartritis de predominio periférico (EspAp) en las extremidades. Dentro de la EspAax, actualmente se engloban dos subgrupos: la espondilitis anquilosante (EA), cuando se detectan las lesiones típicas en las radiografías, y la EspAax no radiográfica (EspAax-nr), que presenta lesiones en la resonancia magnética pero no en las radiografías. Las EspAp incluyen a la artritis psoriásica (APs), las artritis reactivas, las artritis asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal y las EspA indiferenciadas.

Las EspA son un grupo de enfermedades que tienen un impacto sociosanitario importante. Su prevalencia no es baja, pues afecta a un 1,9% de la población general y a un 13% de los pacientes atendidos en los servicios de reumatología españoles, según el Estudio Nacional de Validación de Espondiloartropatías. Por otro lado, se estima que la EA, enfermedad paradigma del grupo, comporta una pérdida de trabajo anual medio de 62 días por paciente y lleva al 20% de los pacientes a cambiar de profesión y a otro 20% a una situación de invalidez permanente. Sin embargo, hasta el momento no se les ha dedicado la misma atención que a otras enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide o la osteoporosis.

La presente guía tiene como objetivo sentar las bases de lo que debe ser la atención farmacéutica a los pacientes con EspA atendidos en los servicios de farmacia de los hospitales con la finalidad de aportar valor mediante nuestra actividad profesional no solo a los pacientes, sino también al sistema sanitario y a la sociedad.

CAPÍTULO 01

EL MODELO CMO EN CONSULTAS EXTERNAS DE FARMACIA HOSPITALARIA

Nuria Rudi Sola

Servicio de Farmacia. Hospital General de Granollers.

Vicente Merino Bohórquez

Servicio de Farmacia. HU Virgen Macarena Sevilla.

1 . OBJETIVO

En este capítulo se pretende dar unas breves pinceladas del Modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria, publicado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) en el seno del proyecto MAPEX (Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al paciente externo). Dicho modelo plantea la reorientación de la práctica farmacéutica en las consultas de pacientes externos y se basa en tres cualidades básicas que definen el modelo de atención farmacéutica que responde a los retos y necesidades actuales de los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad: capacidad (C), motivación (M) y oportunidad (O).

2 . ATENCIÓN FARMACÉUTICA: ANTECEDENTES

La problemática asistencial en la atención a pacientes externos está evolucionando con rapidez y la mayor relevancia de los pacientes crónicos hace que sea indispensable dar respuesta a sus necesidades, tanto desde un punto de vista de resultados de salud, como para garantizar la sostenibilidad del sistema en un entorno con presión creciente sobre los costes. Como respuesta a esta necesidad, el Ministerio de Sanidad, las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y otros agentes como las sociedades científicas, hospitales, etc. están desarrollando planes y estrategias en torno al paciente crónico.

En 2012 la SEFH publicó el “Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico”, cuyo objetivo principal era establecer las líneas de trabajo para mejorar de la atención a los pacientes crónicos por parte del Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria (FH). Posteriormente, la SEFH llevó a cabo un proceso de reflexión con el fin de identificar el punto de partida para

abordar las líneas estratégicas descritas en el Plan. Como resultado de este proceso de reflexión, la SEFH concluyó que el eje 2, “Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención”, constituía un marco esencial para avanzar en una mejor atención a los pacientes crónicos desde la posición del FH y para el desarrollo de futuras actuaciones en este sentido.

En esta línea la SEFH desarrolló en el año 2013 el “*Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*”, en 2014 el “*Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*” y en 2015 el “*Modelo de selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH y/o VHC de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*”.

En 2014, la SEFH puso en marcha el *Proyecto Mapex: Mapa Estratégico de Atención Farmacéutica al paciente externo*, a través del cual se buscaba reforzar el marco de actuaciones que permitieran a los FH anticiparse a las necesidades de estos pacientes con el objetivo último de contribuir de manera eficaz a la consecución de los resultados en salud y a la sostenibilidad del sistema. Dentro de este mapa estratégico, se establecieron unos objetivos en base a unos pilares estratégicos consensuados por un comité de expertos y se definieron las iniciativas a llevar a cabo para la consecución de estos objetivos. Entre las diversas iniciativas propuestas, se priorizó el desarrollo, implantación y evaluación de modelos de estratificación de pacientes para determinadas patologías y evaluar los beneficios clínicos de la atención farmacéutica en función de dicha estratificación.

En 2016 se publicó el *Modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria* donde quedan recogidos los aspectos clave de las tres cualidades básicas que definen el modelo de atención farmacéutica que responde a los retos y necesidades actuales de los pacientes (C -Capacidad-, M -Motivación-,

O -Oportunidad.). En este sentido cabe destacar que, dentro de la cualidad Capacidad, entre otros aspectos, se recomienda la utilización de modelos de selección y estratificación de pacientes.

3 . EL MODELO CMO

En el entorno hospitalario, la oportunidad de trabajar conjunta y directamente con pacientes creó en los Servicios de Farmacia un modelo de trabajo basado en «lograr un adecuado control clínico a través del uso correcto de los medicamentos». Básicamente, esto debía hacerse tomando en consideración el control económico, la información y el refuerzo de la adherencia y la integración en el equipo multidisciplinar.

Una profunda reflexión y análisis sobre las evidencias disponibles en otros entornos de la profesión farmacéutica en el mundo y la idea fundamental de aportar valor desde nuestra actividad profesional tanto a los pacientes, en función de sus necesidades, como al sistema sanitario para el que trabajamos y a la sociedad en la que estamos inmersos, ha tenido como consecuencia el desarrollo de un modelo de atención farmacéutica denominado «*Modelo CMO*». Las tres cualidades básicas que definen el modelo son:

- **C: capacidad.** Entendida como la posibilidad de atender a los pacientes y proveer de atención farmacéutica a todos ellos, siempre en función de sus necesidades. Obviamente, estas irán mucho más allá de las meramente farmacoterapéuticas. Todas ellas se deberán entender y atender para establecer con los pacientes una relación integral y de una manera continuada en el tiempo. La herramienta fundamental es el uso de modelos de estratificación.

• **M: motivación.** La capacidad de alinear objetivos a corto plazo con objetivos a largo plazo, en relación con la farmacoterapia, es el motor fundamental de la relación del FH con los pacientes. Esto supone un planteamiento diferente al clásico de identificación, prevención y manejo de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación, entendiendo que el alineamiento con el resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente y la ayuda en la consecución de estos objetivos (planteando, diseñando y llevando a cabo todas aquellas intervenciones sanitarias necesarias para que el paciente logre su situación clínica ideal, acorde con sus circunstancias) son la principal fuerza de trabajo en este nuevo modelo. Además, esta nueva relación con los pacientes sobrepasa el clásico abordaje de refuerzo y estímulo en la adherencia que clásicamente se había planteado. Por un lado, porque analiza la adherencia desde una perspectiva más abierta, al considerar no solo la consecuencia de no tomar la medicación, sino también todos los condicionantes que la afectan negativamente (creencias, percepciones, etc). Por otro, analizando incluso la propia posesión de los fármacos (no adherencia primaria) y estableciendo las medidas adaptadas, individualizadas y coordinadas en el tiempo para poder alcanzar este objetivo. Si el paciente y su motivación van a ser el pilar fundamental de actuación en el nuevo modelo, se entiende que la entrevista clínica debe ir dando paso a la entrevista motivacional.

• **O: oportunidad.** Entendida como llevar a cabo atención farmacéutica más allá de la presencia física de los pacientes en las consultas externas de los hospitales. O, dicho de otra manera, poder tomar decisiones en tiempo real o en tiempo útil que permitan a los pacientes cumplir con sus objetivos farmacoterapéuticos. La tercera idea de este modelo es que trabajamos no ya para el hospital, sino desde el hospital. Partimos de la base de que la clásica relación entre el paciente y el profesional sanitario ha dejado de ser paternalista para pasar a un modelo en el que el paciente quiere participar en la toma de decisiones sobre su salud. La figura del paciente informado o,

yendo más allá, la del paciente empoderado o experto (consecuencia del acceso a la abundante información disponible a través de internet) son ya conceptos cada vez más frecuentes. En ese escenario, la clásica aportación de información oral y escrita que complementaba la actuación del FH en consultas externas ya no es suficiente. Por tanto, sobre esa base, la información visual y emocional son dos escalones superiores que deben formar parte de nuestra actividad. No hace falta decir que la telefarmacia y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación y las del aprendizaje y el conocimiento nos van a conectar directamente con los pacientes en este nuevo modelo.

CAPÍTULO 02



VISITA INICIAL

Piedad López Sánchez

Servicio de Farmacia. Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real.

1 . OBJETIVOS DE LA VISITA INICIAL

La visita inicial es la que tiene lugar cuando un paciente va a iniciar por primera vez un tratamiento con un biológico y su objetivo es establecer un primer contacto con el paciente para comenzar el plan de actuación farmacéutica, promoviendo desde el inicio la corresponsabilidad del paciente/cuidador con el tratamiento a través de información y educación basada en el autocuidado.

Por tanto, con la primera visita se pretende que el paciente:

- Conozca el nuevo tratamiento que inicia: cuál es el objetivo que se desea conseguir, principales efectos adversos y cómo manejarlos, vía y forma de administración, condiciones de conservación...
- Conozca la prestación de la atención farmacéutica y cómo está organizada, de manera que se vaya creando un vínculo apropiado que fomente la comunicación fluida entre farmacéutico-paciente.
- Se corresponsabilice con el cumplimiento y entienda que una buena adherencia al plan farmacoterapéutico puede contribuir a la eficacia y a conseguir los resultados esperados.

La visita inicial incluye registro de datos, validación del tratamiento, entrevista clínica y motivacional y planificación de las consultas de seguimiento.

2 . REGISTRO DE DATOS

Resulta de gran utilidad disponer de un procedimiento de actuación coordinado con la consulta médica para la programación de la visita inicial de tratamiento en la consulta de Atención Farmacéutica, mediante el sistema de citación en consultas externas del hospital. De este modo, previamente a la primera entrevista de la visita de inicio, se puede consultar la información

disponible que guiará y centrará al FH en el conocimiento del paciente. Así, antes de la Consulta de Atención Farmacéutica, se podrá disponer de información relevante como datos sociodemográficos (edad, sexo), antecedentes personales, diagnóstico, datos analíticos de actividad de la enfermedad (Velocidad de Sedimentación globular-VSG, Proteína C Reactiva-PCR), tratamientos previos, fecha de inicio con fármaco biológico, intervalo de tratamiento con medicamento biológico y tratamiento concomitante para otras patologías.

Los datos del paciente se pueden extraer de diferentes fuentes disponibles, tales como informes médicos, comités asesores, registro de pruebas complementarias e historia clínica (tanto de atención primaria como de especializada).

retos y necesidades actuales de los pacientes (C -Capacidad-, M -Motivación-, O -Oportunidad.). En este sentido cabe destacar que, dentro de la cualidad Capacidad, entre otros aspectos, se recomienda la utilización de modelos de selección y estratificación de pacientes.

3 . VALIDACIÓN DEL TRATAMIENTO

Una vez identificados los datos del paciente y su tratamiento, es necesario validar la adecuación del fármaco a la forma clínica de la enfermedad y a las características del paciente. En caso de hospitales donde el FH forme parte de un comité multidisciplinar, este aspecto ya habrá sido valorado previamente en el seno de dicho comité.

Se debe verificar la correcta prescripción del fármaco de acuerdo a principio activo, dosis, posología y vía de administración. También se deben valorar posibles incompatibilidades, contraindicaciones o interacciones con otros fármacos.

En el caso de existir algún tipo de discrepancia relativa a la prescripción, será necesario establecer contacto con el reumatólogo responsable de la misma antes de la dispensación del tratamiento.

4 . ENTREVISTA CLÍNICA Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Los objetivos de la entrevista clínica con el paciente son:

- Identificar al paciente
- Crear y mantener la relación interpersonal
- Corresponsabilizar al paciente con el tratamiento
- Resolver las dudas del paciente referentes a su tratamiento

Durante la entrevista clínica se identifican aspectos del paciente sobre los que el FH debe incidir para llevar a cabo una óptima atención farmacéutica, ya que permitirá identificar y priorizar la actuación sobre pacientes con mayor riesgo (de incumplimiento terapéutico, mayor incidencia de reacciones adversas, etc.).

Se debe informar verbalmente de la posología, forma de administración, conservación y posibles efectos adversos del fármaco prescrito, así como de cualquier otro aspecto de relevancia. La información verbal se puede reforzar con una hoja informativa del fármaco que se entrega al paciente. Además, es importante ofrecer un soporte telefónico para dudas y/o problemas que puedan surgir durante el tratamiento.

Si se informa adecuadamente a un paciente, será un colaborador activo en el proceso de su enfermedad, lo que le hará más responsable de la misma y de su tratamiento. Será capaz de tomar decisiones y comprenderá la importancia

de tener buen cumplimiento. De esta manera, se fomenta desde el inicio la importancia de tener una buena adherencia y de mantener unos hábitos de vida saludable.

Durante la entrevista, el FH debe utilizar un lenguaje comprensible y adaptado al nivel de conocimiento del paciente, de manera que se asegure una buena comunicación con él. De este modo se consigue:

- Fomentar una relación afable entre ambos
- Resultar accesible, flexible y empático en lo relativo a cualquier duda que tenga el paciente sobre su tratamiento
- Comprometer al paciente con el cumplimiento del tratamiento, haciéndole ver la importancia de la adherencia al mismo
- Asegurar, en coordinación con el servicio de reumatología para evitar duplicidades y discrepancias, un buen entendimiento de la forma de administración del fármaco mediante educación con dispositivos de demostración e infografías
- Conocer a la persona que administrará el fármaco (el propio paciente, una persona de su entorno cercano o profesionales de enfermería), para así saber a quién dirigirse en las explicaciones de la administración de los fármacos

De manera sincronizada, la entrevista clínica debe ir acompañada de una entrevista motivacional. La motivación de los pacientes conseguirá disminuir los abandonos y mejorará el cumplimiento. En este contexto, los objetivos del tratamiento deben quedar claros y ser realistas y alcanzables.

Los principios generales de una entrevista motivacional son:

- Ser empático/a: para ofrecer respeto al paciente
- Evitar discutir: para no crear desconfianza y construir una realidad donde la solución es posible

- Trabajar la resistencia de los pacientes: para aumentar su confianza y generar cercanía
- Promover la autoeficacia: poner en valor herramientas para autocontrol

Habrá que utilizar preguntas abiertas que permitan y animen a los pacientes a explicarse aumentando así la percepción del problema. También ofrecer una escucha reflexiva y destacar los aspectos positivos y apoyar lo dicho por ellos. En toda conversación, además, deben existir afirmaciones automotivadoras.

En las siguientes visitas, será importante reforzar todos estos aspectos motivacionales y fortalecer el compromiso del paciente con el tratamiento.

5 . PLAN DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Es importante definir con el médico prescriptor los objetivos terapéuticos y consensuar distintos criterios como:

- Inicio de tratamiento.
- Criterios de suspensión del tratamiento.
- Criterios de cambio de tratamiento: pauta y/o dosis.
- Pérdida del seguimiento del paciente.
- Reanudación del tratamiento.

CAPÍTULO 03



VISITAS DE SEGUIMIENTO. ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES

Maria Olatz Ibarra Barrueta

Servicio de Farmacia. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa. Osi Uribe.

1. OBJETIVO DE LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO

El proceso de atención farmacéutica contempla el seguimiento del paciente para valorar que se alcancen los objetivos terapéuticos, recoger datos de seguridad y resolver todas las dudas relacionadas con el tratamiento y cambios de tratamiento. En la tabla 1 se resumen los aspectos a tener en cuenta durante las visitas de seguimiento.

TABLA 1. ASPECTOS A TENER EN CUENTA DURANTE LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO

Fecha visita	
Efectividad-validación farmacéutica	<ul style="list-style-type: none"> o Valoración del objetivo terapéutico o Monitorización de alteraciones en la analítica o Revisión del tratamiento integral y posibles cambios o Cálculo de adherencia por registros de dispensación de farmacia (RDF)
Entrevista con el paciente	
Dudas con respecto al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> o Datos de seguridad o Datos de adherencia (confirmar datos de RDF y aplicar cuestionarios) o Revisión de la técnica de administración
Información oral y/o escrita	
Registro de datos	<ul style="list-style-type: none"> o Dispensaciones (lote) o Registro en la historia clínica: incidentes y plan farmacoterapéutico
Evaluación del riesgo de morbilidad farmacoterapéutica y estratificación	

2. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

2.1. EFECTIVIDAD

La respuesta al tratamiento en EA viene determinada por las siguientes variables:

- Cuestionario BASDAI: escala 0-10
- Índice ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score)
- Valoración global del paciente (VGP): EVA 0-10
- Valoración global del médico (VGM): EVA 0-10
- Dolor axial nocturno (DN): EVA 0-10
- Reactantes de fase aguda (RFA): PCR, VSG

A los 3 - 4 meses se puede realizar una primera evaluación de la efectividad del tratamiento. El objetivo del mismo es la “remisión de la enfermedad” o reducción al mínimo de la actividad inflamatoria, que se alcanza con una puntuación ≤ 2 en cada uno de los cuatro dominios siguientes: BASDAI, VGP, dolor (pregunta 2 del BASDAI) e inflamación (medias de preguntas 5 y 6 del BASDAI). Alternativamente, un valor de ASDAS < 1.3 se considera equiparable. En pacientes con enfermedad más avanzada o resistente el objetivo es menos ambicioso y se considera una buena respuesta una disminución relativa del BASDAI >2 o del ASDAS >1 .

Si hay respuesta, se continuará el tratamiento con un seguimiento cada 3 - 4 meses. En determinados pacientes con mínima actividad clínica durante al menos 2 evaluaciones (6 meses), se puede plantear la optimización del tratamiento disminuyendo la dosis o alargando el intervalo terapéutico.

Se considerará fracaso a un fármaco biológico cuando exista entesitis persistente, manifestaciones extraarticulares activas, como la uveítis o

presencia de articulaciones inflamadas que supongan una impotencia funcional y/o altere la actividad laboral del paciente.

La valoración de la respuesta en la APs está menos estandarizada, en parte por la gran variabilidad clínica que presenta. Un objetivo que se ha relacionado con un mejor pronóstico es conseguir la mínima actividad de la enfermedad (MAE) definida por el cumplimiento de 5 de los 7 criterios que se enumeran a continuación:

- Número de articulaciones dolorosas (NAD) ≤ 1
- Número de articulaciones tumefactas (NAT) ≤ 1
- Psoriasis area severity score (PASI) ≤ 1 o área de superficie corporal (BSA) $\leq 3\%$
- EVN dolor paciente ≤ 15
- EVN actividad paciente ≤ 20
- HAQ $\leq 0,5$
- Número de entesis dolorosas ≤ 1

La respuesta al tratamiento se evalúa cada 3 - 4 meses. En la práctica clínica, en caso de no conseguirse la MAE, se recomienda utilizar índices compuestos que contengan recuentos articulares. En APs poliarticular o formas periféricas, el objetivo es la remisión clínica con un DAS28 $< 2,6$ (o al menos $< 3,2$), y se considera respuesta buena si se reduce el DAS28 en 1,2 puntos del basal o entre $> 0,6$ y $< 1,2$ consiguiendo una actividad $< 5,1$.

Una alternativa es la utilización del DAPSA (Disease Activity index for psoriatic arthritis) en el que la remisión se considera con puntuaciones < 4 y baja actividad en < 14 .

En la APs axial, el objetivo es reducir el BASDAI o ASDAS de forma similar a lo expuesto anteriormente en las EspAax.

Se considera fracaso terapéutico cuando no hay respuesta, existe progresión radiológica y/o monoartritis o no se controlan las manifestaciones extraarticulares.

Se evalúa la respuesta al tratamiento biológico a los cuatro meses del inicio, preferiblemente coincidiendo con la visita médica, de acuerdo con el objetivo terapéutico de alcanzar remisión de la enfermedad, o en su defecto la mínima actividad inflamatoria (MAI) para alcanzar una ausencia de síntomas y signos (inflamación articular, dolor, rigidez axial y periférica, etc.) o mejoría significativa que permita preservar la capacidad funcional, mantener una buena calidad de vida y controlar el daño estructural.

La respuesta al tratamiento viene determinada por el grado de actividad basal y por el cambio en la actividad inflamatoria respecto a la situación previa, y se deberá valorar de acuerdo con los criterios consensuados previamente con el equipo multidisciplinar según la evidencia disponible.

La revisión de la efectividad se basa en el cálculo (tabla 2) y valoración (tabla 3) de los siguientes índices compuestos:

- BASDAI Índice de actividad de la espondilitis anquilosante de Bath,
- ASDAS Ankylosing Spondylitis Disease Score
- DAS28 Disease Activity Score, medido en 28 articulaciones
- PASI Psoriasis Area and Severity Index
- BSA Body Surface Area

Estos valores deben formar parte de un registro que permita ver la evolución del paciente.

TABLA 2. CALCULADORAS, ÍNDICES Y CUESTIONARIOS UTILIZADOS EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

Cuestionario BASDAI	https://gresser.es/INDICES/BASDAI.pdf
Calculadora ASDAS	http://www.gresser.es
Calculadora DAS28	http://www.gresser.es
Calculadora PASI	http://www.gresser.es
Calculadora FRAX	http://www.gresser.es
Cuestionario de calidad de vida en espondilitis anquilosante (ASQoL)	http://www.gresser.es/INDICES/ASQoL_ES.pdf
Cuestionario ASAS-HI	https://gresser.es/INDICES/ASAS%20HI.pdf
Cuestionario índice funcional de la espondilitis anquilosante de Bath (BASFI)	https://gresser.es/INDICES/BASFI-espa%c3%b1ol%20numerica.pdf
Cuestionario de valoración de la discapacidad (HAQ)	https://gresser.es/INDICES/HAQ_ES.pdf

TABLA 3. VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA FORMA DE ESPONDILOARTRITIS

PATOLOGÍA	BUENA RESPUESTA	REMISIÓN CLÍNICA	MÍNIMA ACTIVIDAD INFLAMATORIA
<i>EspAax</i> <i>APs axial</i>	BASDAI 50 y VGM (disminución absoluta en 2 o más puntos respecto a valor previo) y Disminución del 50% (o una disminución absoluta de más de 2 puntos respecto a los valores previos) en al menos uno de los siguientes: VGP, dolor axial nocturno (si ambos previos al tratamiento eran >4) o disminución de VSG y/o PCR, si previamente estaban elevadas.	BASDAI, VGM y VGP ≤ 2	BASDAI, VGM y VGP < 4

GUÍA DE PRÁCTICA FARMACÉUTICA
EN ESPONDILOARTROPATÍAS

PATOLOGÍA	BUENA RESPUESTA	REMISIÓN CLÍNICA	MÍNIMA ACTIVIDAD INFLAMATORIA
	<i>Mejoría clínicamente importante:</i> Disminución ASDAS $\geq 1,1$ <i>Mejoría relevante:</i> Disminución ASDAS $\geq 2,0$	ASDAS-PCR $< 1,3$	ASDAS-PCR $< 2,1$
<i>EspAp</i>	Disminución $\geq 50\%$ del recuento articular (sobre 44 articulaciones) y VGM y disminución $\geq 50\%$ de uno de estos criterios: VGP o VGS y/o PCR, si previamente estaban elevadas.		
<i>Formas poli-articulares puras</i>	Se considera clínicamente relevante alcanzar ACR20.	DAS28 $< 2,6$	DAS 28 $< 3,2$
<i>Formas oligoarticulares</i>	No existe ningún criterio claro de respuesta al tratamiento. VGM (evalúa individualmente al paciente y tiene en cuenta el tipo de articulación afectada y el impacto que esta produce en el sujeto)		
<i>APs</i>			Consecución de al menos 5 de los 7 criterios: NAD ≤ 1 , NAT ≤ 1 , PASI ≤ 1 o BSA $\leq 3\%$, EVN dolor ≤ 15 , EVN actividad ≤ 20 , HAQ $\leq 0,5$, número de entesis dolorosas ≤ 1 .

BASDAI50: disminución del 50% respecto al valor BASDAI previo. VGM: valoración global del médico. VGP: valoración global de la enfermedad por el paciente. VSG: velocidad de sedimentación globular. PCR: proteína C reactiva. ACR20: mejoría igual o superior al 20% en el número de articulaciones dolorosas y tumefactas, definida por el *American College of Rheumatology*. NAD: número de articulaciones dolorosas. NAT: número de articulaciones tumefactas. EVN dolor: escala visual numérica de dolor del paciente. EVN actividad: escala visual numérica de actividad del paciente

2.2. CALIDAD DE VIDA Y EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

La valoración de la calidad de vida y la evaluación de la discapacidad se realiza mediante herramientas específicas o generales (tabla 2). También se debe evaluar el dolor mediante una escala numérica visual (ENV).

2.3. SEGURIDAD

El paciente debe conocer los efectos adversos más frecuentes y las medidas para prevenirlos (por ejemplo, la administración de ácido fólico como rescate del metotrexato).

La monitorización de reacciones adversas, tanto las referidas por el paciente como las que alteran el hemograma o bioquímica, es imprescindible en el seguimiento del paciente. De todas ellas son destacables:

- Reacciones asociadas a la vía de administración: reacciones en el punto de inyección en la vía subcutánea y reacciones relacionadas con la perfusión en la vía intravenosa
- Infecciones: infecciones respiratorias, urinarias, cutánea (celulitis), herpes, sinusitis, sepsis
- Alteraciones gastrointestinales
- Reactivación de hepatitis B
- Alteración del hemograma y bioquímica

También es importante la revisión de posibles reacciones adversas a otros fármacos no biológicos. En efecto, la revisión de todo el tratamiento global del paciente es necesaria para evitar interacciones o efectos adversos.

Se deben revisar también las posibles precauciones y/o contraindicaciones del tratamiento tales como:

- Requerimientos de controles especiales (oftalmológico, tensión arterial), con antimaláricos.
- Suspensión de la terapia biológica en pacientes con infecciones activas clínicamente importantes.
- Precaución en los pacientes con terapia biológica y antecedentes de enfermedades sistémicas autoinmunitarias (lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades relacionadas, secukinumab en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal), con insuficiencia cardíaca moderada o grave (clase funcional III/IV), o con enfermedades desmielinizantes o de reciente aparición.

Se debe verificar que el paciente y/o cuidador conoce los posibles efectos secundarios más frecuentes relacionados con el fármaco y de las medidas adecuadas para prevenirlos y aliviarlos, así como de los síntomas ante los que debe consultar con su médico o farmacéutico.

Además, se debe revisar que no exista ninguna indicación sin tratamiento para el alivio de los efectos secundarios, como por ejemplo la necesidad de uso de un protector gástrico en aquellos pacientes tratados con AINEs o corticoides, el uso de folatos en los tratados con metotrexato o sulfasalazina, administrando el folato en ayunas al día siguiente del metotrexato o la necesidad de calcio, vitamina D y bifosfonatos en los tratados con corticoides. Se revisará también la necesidad de realizar incrementos y/o disminuciones de dosis de forma gradual (corticoides, sulfasalazina), o la conveniencia de cambio de vía de administración (metotrexato vía parenteral para disminuir las molestias gastrointestinales asociadas a la administración vía oral).

Otros aspectos importantes a tener en cuenta en relación a la seguridad son:

- Se realizan controles analíticos con la periodicidad adecuada para prevenir posibles alteraciones que puedan requerir modificaciones del tratamiento
- Se revisa la necesidad de medidas anticonceptivas verificando que los pacientes conocen los riesgos de los fármacos que utilizan en relación con su capacidad reproductiva, riesgos para el feto en caso de un posible embarazo y del uso durante la lactancia
- Cumplimiento de los requisitos de vacunación

2.4. ADHERENCIA

Se recomienda valorar la adherencia, idealmente con dos métodos de medida, como pueden ser los RDF (cálculo de la tasa de posesión de la medicación) y cuestionarios como el Morisky Green, acompañados con la entrevista clínica para confirmar el dato.

Una vez detectado un potencial problema de adherencia, se deben identificar los factores o barreras que lo condicionan y diseñar estrategias individualizadas para corregirlos.

2.5. ADMINISTRACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Durante el seguimiento, es importante verificar que el paciente conoce la forma adecuada de autoadministración del biológico, así como sus condiciones de conservación.

3 . ESTRATIFICACIÓN

El objetivo de la estratificación es identificar a los pacientes que más se puedan beneficiar de la atención farmacéutica y establecer las intervenciones farmacéuticas más efectivas en cada paciente.

Como objetivos secundarios se encuentra la optimización de la farmacoterapia, el fomento de la corresponsabilidad del paciente y/o cuidador y el aumento de la adherencia a los tratamientos. De este modo, el objetivo último sería incrementar la efectividad y seguridad de los tratamientos, incrementar su eficiencia y contribuir a la obtención de los mejores resultados en salud y calidad de vida de los pacientes.

Para la estratificación de pacientes se propone la utilización del *Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas* de la SEFH que, para enfermedades reumáticas, contempla 23 variables, agrupadas en los siguientes apartados:

1. Variables demográficas: sexo, edad, peso, paciente embarazada, paciente con deseo de embarazo
2. Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional:
 - a. Hábitos de vida no saludables: alcohol y/o drogadicción, tabaquismo
 - b. Factores relacionados con el trato paciente-profesional: barreras de comunicación
 - c. Soporte social y familiar y condiciones socioeconómicas
 - d. Situación laboral
 - e. Calidad de vida
 - f. Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional
 - g. Capacidad funcional o discapacidad

3. Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios
 - a. Comorbilidades
 - b. Multidisciplinariedad
 - c. Número de hospitalizaciones y visitas a urgencias
 - d. Actividad de la enfermedad

4. Variables relacionadas con el tratamiento
 - a. Paciente NAIVE a terapia de uso hospitalario
 - b. Polimedicación
 - c. Modificación del régimen regular de la medicación en los últimos 6 meses
 - d. Riesgo de la medicación
 - e. Interacciones
 - f. Intolerancia al tratamiento
 - g. Falta de adherencia al tratamiento
 - h. Medicamento sujeto a seguimiento adicional

El modelo asigna una puntuación a cada variable, de modo que la puntuación total del paciente se obtendrá sumando todas las variables que presente. En función de la puntuación obtenida, el paciente se clasifica en un nivel de prioridad:

- Prioridad 1: ≥ 31 puntos o, con independencia de la puntuación obtenida, pacientes embarazadas o con deseo gestacional
- Prioridad 2: de 18- 30 puntos
- Prioridad 3: ≤ 17 puntos

En cuanto a la frecuencia de estratificación, el modelo propone que la primera se realizará al inicio del tratamiento en la visita de inicio y/o en la primera visita de seguimiento (segunda visita), tras 3 - 4 meses de tratamiento, para valorar si se han alcanzado los objetivos terapéuticos. Posteriormente, la periodicidad dependerá de la prioridad del paciente, tal como se recoge en la tabla 4.

TABLA 4. PERIODICIDAD PARA VALORAR AL PACIENTE DE ACUERDO AL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS DE LA SEFH

Todos los pacientes	Al inicio del tratamiento
Pacientes prioridad 1	Periodicidad semestral
Pacientes prioridad 2	Periodicidad anual salvo que se cumpla alguna de las siguientes situaciones: a) Decisión del profesional b) Cuando exista algún cambio en el tratamiento de la EI.
Pacientes prioridad 3	En el caso de que se detecte la necesidad debido a: a) Decisión del profesional b) Cuando exista algún cambio en el tratamiento de la EI.

En el caso de pacientes pediátricos, dado que el modelo para enfermedades inflamatorias inmunomediadas no ha sido validado en esta población, se recomienda aplicar el *Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos Pediátricos de la SEFH*.

CAPÍTULO 04



ATENCIÓN FARMACEÚTICA

Vera Lucía Áreas de Águilas

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Marta Juan

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Castellón.

Raúl Ferrando Figueres

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Castellón.

1 . OBJETIVO

Tal y como se ha comentado en el capítulo anterior, con la estratificación se pretende establecer las intervenciones farmacéuticas más efectivas en función del nivel de riesgo de cada paciente. En este capítulo se detallan las actuaciones farmacéuticas adaptadas al nivel de prioridad de cada paciente con EspA axial o periférica y APs, dependiendo de su nivel de estratificación, para incrementar la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos contribuyendo a la obtención de mejores resultados en salud.

2 . ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas de la SEFH establece actuaciones de atención farmacéutica concretas, comprendidas en tres grandes ámbitos en los que se intervendrá de manera adaptada a las necesidades de cada paciente dependiendo del nivel de prioridad en el que se encuentre:

- Seguimiento farmacoterapéutico: revisión de la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos.
- Formación y educación al paciente: información sobre la medicación, apoyo a la tramitación administrativa de los tratamientos, fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
- Coordinación con el equipo asistencial: elaboración de protocolos, guías, procedimientos normalizados de trabajo (PNT), docencia, unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, documentación /historia clínica compartida, etc.

Las actuaciones farmacéuticas son acumulativas, de manera que a los pacientes de prioridad 1 se les realizarán las propias de dicho nivel más las de prioridad 2 y prioridad 3 y se desarrollan en el marco de la entrevista con el paciente/cuidador en un momento determinado, que puede coincidir o no con el acto de dispensación.

En la tabla 5 se recogen las actuaciones de atención farmacéutica que requiere cada paciente en función de su nivel de estratificación, agrupadas en los tres ámbitos mencionados.

TABLA 5. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE CON EspA

S- SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEÚTICO

Eficacia nuevo tratamiento (protocolos, guías de práctica clínica)	Prioridad 3
Algoritmos de líneas de tratamiento	Prioridad 3
Eficiencia	Prioridad 3
Conveniencia	Prioridad 3
Precauciones y/o contraindicaciones	Prioridad 3
Criterios de ajustes de dosificación	Prioridad 3
Medicamentos concomitantes, incluidos modificadores de los síntomas, automedicación, medicina alternativa	Prioridad 3
Comorbilidades (manifestaciones extraarticulares)	Prioridad 3
Evaluación de la efectividad	Prioridad 3
Optimización de la terapia biológica	Prioridad 3
Monitorización niveles séricos de fármacos biológicos	Prioridad 3
Seguridad (reacciones adversas)	Prioridad 3
Promoción y evaluación continua de la adherencia. Estrategias para mejorar la adherencia	Prioridad 3

Nivel de conocimiento de las reacciones adversas del tratamiento y sobre su prevención	Prioridad 1
Plan de acción entre niveles asistenciales	Prioridad 1
Objetivos a corto plazo según el modelo CMO	Prioridad 1

FE- FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

Información, oral y escrita, sobre su enfermedad y tratamiento, adaptada a necesidades del paciente	Prioridad 3
Formación de la técnica de administración	Prioridad 3
Fomento de estilos de vida saludables	Prioridad 3

C-COORDINACIÓN

Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y los niveles asistenciales (Comités de Biológicos, Programas sanitarios)	Prioridad 3
Plan farmacoterapéutico	Prioridad 3
Revisión de resultados	Prioridad 3
Valorar la derivación a otros profesionales	Prioridad 3
Facilitar el acceso al paciente a la consulta de Atención Farmacéutica: telefarmacia	Prioridad 3
Coordinación social, con los servicios sociales o con los servicios psicológicos y psiquiátricos del centro hospitalario	Prioridad 2
Coordinación con Reumatología mediante reuniones periódicas	Prioridad 1

Para la óptima realización de las actuaciones propuestas cabe destacar la importancia de la disposición de procedimientos normalizados de trabajo en los Servicios de Farmacia Hospitalaria que sirvan como directrices de las actividades a realizar y que aseguren la calidad del proceso. Además, las actuaciones farmacéuticas deberán quedar recogidas en la historia clínica del paciente.

3. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES DE PRIORIDAD 3

Las actuaciones farmacéuticas en paciente en este nivel se realizan según criterio del FH, que valora la necesidad de intervenir, y cuando exista algún cambio en el tratamiento de la espondiloartropatía.

3.1. ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

En cada visita de seguimiento se debe revisar la adecuación, efectividad y seguridad del tratamiento, teniendo en cuenta:

- Protocolos consensuados, guías actualizadas de práctica clínica
- Tratamientos previos recibidos (analizando las causas de suspensión, falta de efectividad, intolerancia) aplicando algoritmos de tratamiento
- Medicamentos concomitantes (revisión de interacciones, adherencia), incluidos fármacos modificadores de los síntomas, automedicación y medicinas alternativas. Historial de alergias
- Comorbilidades (riesgo cardiovascular, obesidad), incluidas las manifestaciones extraarticulares de la enfermedad
- Precauciones y contraindicaciones al tratamiento pautado
- Ajuste de dosificación según parámetros analíticos y antropométricos
- Conveniencia (adecuación al estado físico, psicológico y estilo de vida del paciente)
- Eficiencia (de acuerdos con los criterios establecidos en la institución, informes de posicionamiento terapéutico)

En caso de detectar alguna incidencia relacionada con el tratamiento, el FH la trasladará al reumatólogo para consensuar las acciones a llevar a cabo.

La evaluación de la efectividad del tratamiento se realiza tal y como se ha detallado en el capítulo 3 de esta guía. En caso de detectar problemas en relación a la efectividad del tratamiento, se contactará con el reumatólogo para consensuar las actuaciones a llevar a cabo.

En pacientes que hayan mantenido el objetivo terapéutico (remisión o baja actividad de la enfermedad de forma mantenida) durante al menos seis meses, se revisará, en el seno del equipo multidisciplinar, la posibilidad de optimizar la terapia biológica mediante una reducción de dosis (20-50%) o espaciando el periodo entre administraciones. En caso de optimización de la terapia, se evaluará el resultado a las ocho semanas, y luego cada 12-16 semanas si el paciente continúa en objetivo terapéutico.

En caso de recaída tras la optimización, se debe valorar el ajuste del tratamiento:

- EspAax: si la recaída es leve, valorar el uso de AINE a dosis plenas durante al menos cuatro semanas, si es grave se propone regresar a la dosis de terapia biológica recomendada en ficha técnica. Se recomienda que, ante un aumento de la actividad de la enfermedad, en aquellos pacientes en los que se ha reducido la dosis de anti-TNF, se considere el aumento de las dosis, volviendo a las dosis previas o a dosis estándar.
- Formas poliarticulares: deberá ajustarse de nuevo la dosis o el intervalo de la terapia biológica.

Se podrá considerar la suspensión de la terapia biológica si el paciente recibe dosis de optimización mínima, permanece en objetivo terapéutico tras 6-12 semanas desde la última disminución de dosis y no hay evidencia de progresión radiológica significativa desde el inicio de la optimización.

En aquellos pacientes con EspAx que alcancen el objetivo clínico no se recomienda suspender el tratamiento con terapia anti-TNF.

Si se verifica la existencia de fracaso terapéutico, se valorarán en el seno del equipo multidisciplinar las posibles opciones terapéuticas: cambio de dosis de los fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMES), combinación de FAMES o cambio de tratamiento.

La monitorización de concentraciones séricas del fármaco biológico y la determinación de anticuerpos, si están disponibles, pueden ser de gran utilidad en la toma de decisiones y en el establecimiento de nuevas pautas de dosificación, ya que una proporción sustancial de pacientes con EspA muestran una respuesta inadecuada a los tratamientos (fallo primario o secundario) y aproximadamente el 25% puede experimentar eventos adversos que conducen a suspensión después de dos años. Los anticuerpos anti-fármaco (ADA) son responsables de un aumento del aclaramiento y neutralización del fármaco, lo que conlleva una pérdida de respuesta clínica. Algunos autores demuestran la formación de ADA hasta en el 25,5% de los pacientes con EspA tratados con infliximab y en un 22% de los pacientes en tratamiento con adalimumab.

Sin embargo, hay pocos estudios que correlacionen las concentraciones de fármaco biológico con la respuesta clínica, aunque en el caso de infliximab hay algún estudio que se aproxima a un intervalo terapéutico objetivo, al igual que ocurre con adalimumab, tal y como se muestra en la tabla 6. Dicha tabla recoge también la semivida de eliminación de algunos de los principales fármacos biológicos y una propuesta del periodo de tiempo que debe trascurrir desde el inicio del tratamiento hasta realizar la monitorización de niveles plasmáticos.

Tabla 6. SEMIVIDA DE ELIMINACIÓN DE LOS PRINCIPALES FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y PROPUESTA DEL PERIODO DE TIEMPO QUE DEBE TRASCURRIR DESDE EL INICIO DEL TRATAMIENTO, HASTA REALIZAR LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES SÉRICOS

FÁRMACO	SEMIVIDA DE ELIMINACIÓN	MONITORIZACIÓN TRAS INICIO DE TRATAMIENTO	INTERVALO TERAPÉUTICO
Infliximab	8-9,5 días	14 semanas	2-8 µg/mL
Adalimumab	14 días	12 semanas	5-8 µg/mL
Certolizumab	14 días	12 semanas	ND
Etanercept	70 horas (entre 7 y 300 horas)	17 semanas	ND

ND: no disponible

En caso de detección de posibles reacciones adversas, se debe verificar que el paciente cumple criterios para la derivación al reumatólogo y/o finalización de tratamiento y comprobar que no existe ninguna contraindicación al tratamiento de la EspA. Se deben registrar las posibles reacciones adversas. Se debe reforzar periódicamente la importancia de la adherencia al tratamiento, haciendo hincapié en los beneficios que se esperan obtener y el impacto negativo en la evolución de la enfermedad si no se mantiene una correcta adherencia.

Durante las visitas de seguimiento, se realizará una evaluación continua de la adherencia del paciente al tratamiento utilizando al menos dos métodos, registro de dispensación y un cuestionario validado. Se deben analizar posibles factores relacionados con la falta de adherencia en el contexto de la entrevista motivacional con el paciente y/o cuidador.

Se proponen medidas para mejorar la adherencia empoderando al paciente con el apoyo del cuidador teniendo en cuenta los factores modificadores de la adherencia dependientes de la enfermedad, del tratamiento, del sistema, del paciente y socioeconómicos. Se deben acordar con el paciente medidas que puedan mejorar la adherencia no intencionada (olvidos) e intencionada (creencias relacionadas con la relación beneficio-riesgo del tratamiento). En la tabla 7 se muestran, a modo de ejemplo, algunas aplicaciones móviles para la promoción de la adherencia.

Tabla 7. APLICACIONES MÓVILES GRATUITAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA, DISPONIBLES PARA ANDROID E IOS.

RecuerdaMed



Desarrollada por el Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Permite establecer una alarma para recordar el momento de la toma y añadir avisos sobre alergias y fotografías de los medicamentos.

MediSafe



Se trata de un “pastillero virtual” que se llena de pastillas cuando se escanea el código de barras de la caja del medicamento con la cámara de fotos del dispositivo móvil. Envía alertas de medicación al paciente. Permite realizar el seguimiento de las tomas desde otro dispositivo móvil. Permite la generación de informes de progreso, para mostrar al médico o al farmacéutico. Recordatorio de reposición: la aplicación manda una alarma cuando la medicación se está acabando.

MyTherapy



Permite el registro de la toma de medicación, la duración de tratamiento, constantes vitales y síntomas. Entre sus funciones principales se encuentra el ajuste de los registros. Permite el registro de medicamentos escaneando el código de barras o introduciendo el nombre de los medicamentos. Además dispone de un listado de constantes para recabar y llevar a cabo un seguimiento.

3.2. ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DE LA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL PACIENTE

Se debe informar a los pacientes de las propiedades farmacológicas, la duración del tratamiento, los beneficios que se esperan alcanzar, los posibles efectos secundarios y cómo manejarlos y la forma de administración del medicamento (manejo de dispositivos). Se debe proporcionar información oral y escrita.

La información proporcionada deberá estar adaptada al nivel de conocimiento que tiene el paciente para, posteriormente, resolver sus dudas.

Se desarrollarán herramientas o acciones específicas de formación para reforzar aspectos críticos relacionados con el tratamiento y la enfermedad en coordinación con el servicio de reumatología.

Además de informar acerca del tratamiento, el FH debe aprovechar el seguimiento del paciente para fomentar estilos de vida saludable:

- Recalcar la importancia de abstenerse de la ingesta de alcohol en pacientes tratados con metotrexato.
- Realizar, como parte del tratamiento de la enfermedad, programas de ejercicios de tipo aeróbico y, preferentemente, de forma supervisada en grupo.
- Instar a los pacientes fumadores para que abandonen el hábito tabáquico.
- Prevenir la obesidad en pacientes con APs mediante una dieta equilibrada y control de peso. El perfil de riesgo cardiovascular se debe tener en cuenta tanto en la evaluación como en el manejo terapéutico de estos pacientes.

El FH puede detectar necesidades de información y formación y sugerir recursos adaptados a sus necesidades formativas fomentando su participación en escuelas de pacientes y facilitando herramientas de acceso a información fiable y contrastada (webs de sociedades científicas, servicios

médicos, farmacéuticos y enfermeros, asociaciones de pacientes, laboratorios farmacéuticos). En la tabla 8 se recogen algunos recursos de interés para pacientes.

TABLA 8. RECURSOS WEB DE INTERÉS PARA PACIENTES

SERVICIOS DE FARMACIA	
Información terapéutica: medicamentos consejos nutricionales, información general	https://www.ufpelafe.com/medicamentos
Información terapéutica: medicamentos, tutoriales para la correcta administración de medicamentos parenterales, información general	http://tufarmaceuticodeguardia.org/
Sociedades científicas	https://www.ser.es/
Inforeuma es una web de la Sociedad española de reumatología con contenidos prácticos donde el paciente puede encontrar: información sobre enfermedades reumáticas, consejos de expertos, testimonios de pacientes, diferentes tipos de tratamientos, noticias de interés	https://inforeuma.com/
Aprendiendo a convivir con espondilitis anquilosante	https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2016/03/aprendiendo_a_convivir_con_la_espondilitis_anquilosante.pdf
Aprendiendo a convivir con artritis psoriásica	https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2016/03/aprendiendo_a_convivir_con_la_Artritis_Psoriasica.pdf

ASOCIACIONES DE PACIENTES

Asociación de personas con enfermedades crónicas inflamatorias inmunomediadas	https://unimid.es
Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEADE)	https://www.espondiloartritisaxial.org/
Liga Reumatológica Española (LIRE). Asociación Española de Enfermedades Reumáticas y Músculo Esqueléticas (ERYMEs)	https://www.lire.es
Coordinadora Nacional de Artritis. Agrupa a más de 20 asociaciones en España	https://www.conartritis.org
Acción psoriasis: Asociación de pacientes de psoriasis y artritis psoriásica	https://www.accionpsoriasis.org
Psoriasis en Red. Asociación Española de pacientes de Psoriasis y Artritis Psoriásica	https://www.psoriasisenred.org
Escuelas de Pacientes	http://www.escuelas.msrebs.gob.es/

ORGANISMOS

Cedimcat (Centro de Información de medicamentos de Cataluña). Hojas informativas de medicamentos	http://www.cedimcat.info/index.php?option=com_
Información de salud. Espondilitis anquilosante. Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIS)	https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/espondilitis-anquilosante

LABORATORIOS FARMACEÚTICOS

Contenidos sobre enfermedades inmunomediadas: espondilitis anquilosante y artritis psoriasisica	https://abbviecare.es/
---	---

OTROS

La campaña “HoySíPuedo” proporciona información, recursos y consejos para todas las etapas en el recorrido de la salud reproductiva, así como una guía del paciente con recursos para abordar la planificación familiar y el tratamiento integrado con su médico

www.hoysipuedosermadre.com

3.3. ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DE LA COORDINACIÓN CON EL EQUIPO ASISTENCIAL

Se considera fundamental unificar criterios de tratamiento con los diferentes profesionales implicados, a través de los comités de biológicos, y entre niveles asistenciales mediante el desarrollo de programas orientados a cumplir los objetivos de la farmacoterapia. En este sentido, algunas actuaciones que se deben poner en marcha son las siguientes:

- Consensuar y seleccionar el tratamiento que mejor se adapte a las necesidades del paciente teniendo en cuenta la eficiencia de las diferentes alternativas, comprometiéndose en la revisión de resultados en el contexto de un plan farmacoterapéutico personalizado.
- Revisar los objetivos de la farmacoterapia estableciendo un circuito para la gestión y el abordaje de los objetivos no cumplidos con la medicación: interacciones, reacciones adversas, errores de medicación, adherencia, otros.
- Planificar la próxima visita a la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos en coordinación con otras citas que se le programen al paciente en el hospital
- Coordinar con el equipo asistencial de atención primaria la necesidad de vacunación y de control de hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio, hábito tabáquico).

- Facilitar el acceso del paciente a la consulta de atención farmacéutica mediante consultas telefónicas y/o mediante la utilización de tecnologías de la información y comunicación.

4. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES DE PRIORIDAD 2

Según establece el *Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas* de la SEFH, en los pacientes clasificados de prioridad 2 se realizarán las actuaciones de atención farmacéutica establecidas para el nivel de prioridad 3 y, además, otras especificadas para el nivel de prioridad 2. En concreto, en el ámbito de la coordinación con el equipo asistencial, el modelo establece las siguientes actuaciones:

- Establecer la coordinación con los servicios sociales o con los servicios de psicología y psiquiatría del centro hospitalario.
- Definir actuaciones consensuadas específicas para cada paciente entre los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales implicados que se registren en la historia clínica del paciente.

5. ACTUACIONES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES DE PRIORIDAD 1

Tal como establece el modelo, se propone la realización de las actuaciones de atención farmacéutica establecidas para prioridad 2 y 3, además de otras especificadas para el nivel de prioridad 1, en concreto en el ámbito del seguimiento farmacoterapéutico y de coordinación con el equipo asistencial.

5.1. ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

- Evaluar el nivel de conocimiento del paciente en relación a las reacciones adversas al tratamiento, a su prevención y a su manejo.
- Desarrollar un plan de acción entre niveles asistenciales para abordar reacciones adversas al tratamiento y para resolver incidencias mediante la definición de vías rápidas de comunicación permanente.
- A criterio del farmacéutico, establecer objetivos a corto plazo según el modelo CMO.

5.2. ACTUACIONES FARMACÉUTICAS EN EL ÁMBITO DE LA COORDINACIÓN CON EL EQUIPO ASISTENCIAL

La coordinación con el Servicio de Reumatología mediante reuniones periódicas puede ser la base para:

- Unificar criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y los niveles asistenciales.
- Valorar la derivación del paciente a otros profesionales.

CAPÍTULO 05



CRITERIOS DE DERIVACIÓN / FINALIZACIÓN

Arantza Ais Larisgoitia

Servicio de Farmacia Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

1 . OBJETIVO

Uno de los objetivos por los que se creó el proyecto MAPEX, es reforzar el marco de actuaciones que permiten a los FH anticiparse a las necesidades de los pacientes externos. Además, el Plan estratégico de la SEFH sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico recoge en su apartado de alianzas y relaciones con otros agentes, la necesidad de desarrollar alianzas con otros profesionales sanitarios (enfermería, médicos, farmacéuticos comunitarios...) con el objetivo de favorecer la contribución y participación en acciones relacionadas con el uso de medicamentos.

Trabajando en línea con ambos objetivos y sintiendo la necesidad que surge durante el proceso de Atención Farmacéutica a pacientes con espondiloartropatías, de monitorizar, modificar o suspender el tratamiento con terapias biológicas, este capítulo pretende identificar y definir los puntos críticos que, tras su valoración por el FH, puedan requerir derivar al paciente a otros profesionales sanitarios que forman parte del equipo asistencial. La confirmación de la necesidad de suspender temporal o definitivamente el tratamiento farmacológico constituye una herramienta útil en el proceso de atención farmacéutica a estos pacientes con el fin último de alcanzar los mejores resultados en salud para los pacientes con espondiloartropatías.

La detección de la necesidad de derivación a otro profesional sanitario puede surgir durante la realización de la visita inicial, visita de seguimiento y/o visita de finalización.

Según el Consenso de la Sociedad Española de Reumatología (SER) sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas, la gestión de riesgos del tratamiento con terapias biológicas debe ser dirigida por el médico que la haya indicado o por el que éste haya designado; no obstante, esta debería implicar a todo el personal

sanitario, incluyendo enfermería, médico de familia, farmacia hospitalaria y al propio paciente. La tarea del FH es, por tanto, implicarse en que el paciente tenga las herramientas necesarias para poder resolver esta competencia. Siempre que se indique un tratamiento con terapia biológica se debe instruir al paciente sobre los síntomas de alarma que debe vigilar como posible indicio de algún riesgo.

Se debe conseguir que el paciente pueda consultar a su FH en cualquier momento, ya sea fuera o dentro de las visitas programadas, alcanzando un cuidado integral del paciente, dentro y fuera del ámbito hospitalario.

2. PUNTOS CRÍTICOS PARA LA DETECCIÓN DE MOTIVOS DE DERIVACIÓN Y/O FINALIZACIÓN

Los puntos críticos que pueden determinar la derivación a otro profesional sanitario pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)
- Seguimiento de comorbilidades y/o nuevos diagnósticos
- Situaciones especiales del paciente
- Adherencia al tratamiento farmacológico
- Interacciones farmacológicas
- Falta de respuesta al tratamiento

2.1. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS:

El seguimiento farmacoterapéutico estrecho y sistematizado ha demostrado que minimiza los efectos adversos de cualquier fármaco.

Los efectos adversos asociados con las terapias biológicas son potencialmente serios, aunque estos riesgos hay que interpretarlos teniendo en cuenta los beneficios del tratamiento en el contexto del paciente. Es necesario realizar una estrecha monitorización para garantizar un correcto manejo de los efectos adversos asociados a este tipo de fármacos, entre los cuales destacan por su frecuencia:

- Infecciones:

En el registro español de reacciones adversas a las terapias biológicas en enfermedades reumáticas (BIOBADASER) y en otros registros y/o estudios, se ha encontrado una mayor incidencia de infecciones en los pacientes con estas terapias, independientemente de la enfermedad de base. La presencia de tuberculosis activa o infecciones graves constituyen una contraindicación de la terapia biológica, por lo que es un criterio de suspensión temporal del tratamiento. El diagnóstico y el tratamiento precoz de las infecciones, así como la supresión temporal de la terapia biológica, son fundamentales.

Es muy importante que el FH contribuya a educar al paciente en la identificación de síntomas de infección (fiebre, tos persistente, debilidad, pérdida de peso...) y poder realizar un rápido abordaje de estas situaciones. Una vez resulta la infección, se puede reiniciar el tratamiento biológico.

- Reacciones en la piel:

Los tratamientos biológicos que requieren administración subcutánea presentan como reacción adversa frecuente la aparición de hematoma, calor, dolor, hinchazón, prurito y/o eritema en el punto de la piel donde el paciente se inyecta la medicación. Es competencia del FH educar al paciente en la vigilancia de estas reacciones.

Los medicamentos autorizados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios en el momento de la publicación de esta guía, para el tratamiento de las espondiloartropatías son infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab y secukinumab. Si el paciente está en tratamiento con alguno de los siguientes fármacos, podría ser necesaria la derivación al servicio de alergología, para descartar la sensibilidad al látex:

- Etanercept (Enbrel®). El capuchón de la aguja de la jeringa precargada contiene látex (goma seca natural)
- Golimumab (Simponi®). La tapa de la aguja en la pluma precargada o en la jeringa precargada se fabrica a partir de goma seca natural que contiene látex
- Secukinumab (Cosentyx®). El capuchón extraíble de la aguja de la jeringa precargada contiene un derivado de la goma látex natural

También es importante educar al paciente para que se observe e informe de cualquier cambio en la piel con el objetivo de detectar precozmente neoplasias ya que éste sería un criterio de suspensión del tratamiento.

- Toxicidad Hematológica:

La presencia de anemia, leucopenia, linfopenia o trombopenia pueden requerir una suspensión temporal de la terapia biológica, por lo que es importante educar al paciente en la importancia de acudir a las citas programadas de analíticas de sangre.

La gestión del riesgo en el uso de medicamentos es una parte muy importante de la farmacovigilancia. En el proceso de gestión de pacientes crónicos se clasifica como situación ideal, contar con sistemas efectivos de notificación y gestión de las incidencias sobre la seguridad de los medicamentos y desarrollo de procesos y actuaciones para evitar que se vuelvan a producir. La principal fuente de detección de sospecha de RAM son los profesionales sanitarios,

aunque, desde julio de 2012, los pacientes también pueden participar en el sistema de notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas, directamente a través del formulario de notificación electrónico (disponible en www.notificaRAM.es).

2.2. SEGUIMIENTO DE COMORBILIDADES Y/O NUEVOS DIAGNÓSTICOS:

Si al paciente se le diagnostica una neoplasia maligna, descompensación de insuficiencia cardíaca, empeoramiento de la enfermedad intersticial pulmonar, síndrome lupus-like, u otro trastorno autoinmune, proceso desmielinizante o neuritis óptica debe suspenderse el tratamiento con terapia biológica. En caso de sospecha de alguna de estas circunstancias, se derivará al paciente de inmediato a su reumatólogo.

2.3. SITUACIONES ESPECIALES DEL PACIENTE:

- Embarazo y/o lactancia:

No se recomienda el uso de etanercept, golimumab y secukinumab durante el embarazo. En el caso de infliximab, adalimumab y certolizumab sólo se recomienda su uso en caso de ser clínicamente necesario.

Durante la lactancia materna pueden utilizarse adalimumab y certolizumab. No se recomienda el uso de infliximab ni golimumab. En el caso de etanercept y secukinumab, se recomienda valorar el beneficio para el niño de realizar lactancia materna y el riesgo para la madre de suspender la terapia biológica. Es importante educar a las mujeres en edad fértil de la importancia de informar al reumatólogo si en algún momento durante el tratamiento con terapia

biológica, quisieran tener un hijo. Sería necesaria la derivación coordinada a reumatología y ginecología para mantener un adecuado tratamiento farmacológico durante todo el proceso de concepción, embarazo y lactancia.

- Cirugía electiva:

Para procedimientos de cirugía menor electiva, no hay necesidad de interrumpir el tratamiento con terapias biológicas, ya que no hay evidencia de mayor riesgo de infección o alteración de la cicatrización.

La suspensión temporal de las terapias biológicas en el período perioperatorio de la cirugía mayor electiva es un dilema clínico, debido a la necesidad de equilibrar el riesgo de aparición de infección y el riesgo de brotes de enfermedad. Hasta ahora, se ha sugerido un período de suspensión previa de dos vidas medias de la terapia biológica. Sin embargo, actualmente no hay ensayos clínicos aleatorizados disponibles para pacientes con enfermedades inflamatorias reumatológicas sometidos a cirugía mayor electiva. Después de una revisión sistemática de la literatura, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Asociación Americana de Cirujanos de Cadera y Rodilla (AKHS), encontró un aumento del riesgo de infecciones graves y de eventos adversos graves debidos al tratamiento con terapias biológicas. Por lo tanto, la recomendación de ACR/AKHS sugiere que se debe suspender la terapia biológica previa a la cirugía electiva, planificando la cirugía al final del ciclo de dosificación para esa medicación específica. El tiempo previo de la suspensión temporal de la medicación depende del fármaco y del intervalo de administración utilizado (tabla 9).

Tabla 9. RECOMENDACIONES DE SUSPENSIÓN PREVIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN CIRUGÍA MAYOR ELECTIVA

Fármaco e intervalo de dosificación	Días sin medicación previos a la cirugía
Adalimumab cada 7 días	14
Adalimumab cada 14 días	21
Etanercept cada 7 o 14 días	14
Golimumab cada 28 días	35
Golimumab cada 56 días	63
Infliximab cada 28 días	35
Infliximab cada 42 días	49
Infliximab cada 56 días	63
Certolizumab cada 14 días	21
Certolizumab cada 28 días	35
Secukinumab cada 28 días	35

La medicación debe reanudarse como mínimo 14 días después de la cirugía, basándose en el tiempo normal de curación de la herida, individualizando por

paciente y considerando la posibilidad de aparición de complicaciones en la curación de la herida o infecciones sistémicas.

La coordinación de la farmacia hospitalaria con los equipos médicos de cirugía, anestesia y reumatología es clave para un adecuado manejo perioperatorio de la terapia biológica. Se debe educar al paciente para que tenga presente que debe avisar a su médico o farmacéutico si le van a realizar una cirugía programada, siendo esta precaución muy recomendable en situaciones de cirugía no relacionada con la patología reumatológica, para la que habría que realizar el mismo manejo perioperatorio.

2.4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

La adherencia al tratamiento es un factor crítico en relación con la eficacia de los tratamientos farmacológicos. La no adherencia al tratamiento puede motivar una valoración errónea de su eficacia por parte del médico y conllevar un aumento en la dosis o la asociación de otros fármacos, que puede aumentar el riesgo de efectos adversos. Por eso, informar al médico sobre la tasa de adherencia al tratamiento de los pacientes, así como del análisis de las posibles causas de incumplimiento es una valiosa aportación del FH a la eficacia, seguridad y eficiencia de los tratamientos.

El farmacéutico debe realizar una valoración continua de los niveles de adherencia (registros de dispensación de medicación, cuestionarios validados...), detectar los factores pronósticos de incumplimiento presentes en el paciente y revisar la conducta a adoptar ante el olvido de tomas de medicación.

2.5. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:

En la visita inicial, es imprescindible obtener la historia farmacoterapéutica completa del paciente (medicaciones con y sin receta, vitaminas, plantas medicinales u otros suplementos) con el fin de evitar problemas relacionados con la medicación. Esta historia farmacoterapéutica debe ser validada con el paciente en cada visita de seguimiento y debemos educar al paciente para que nos informe, presencial, telefónica o telemáticamente, de las modificaciones en la misma.

La detección de alguna interacción que requiera monitorización de la situación clínica del paciente o modificación-suspensión de la terapia, sería una causa de derivación al médico.

Las terapias biológicas únicamente presentan contraindicación de uso con vacunas de microorganismos vivos. Se recomienda monitorización en casos de necesidad de administración simultánea de otros agentes infecciosos terapéuticos.

2.6. FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

Esta necesidad de derivación al reumatólogo surge principalmente en las visitas de seguimiento de Atención Farmacéutica.

Si el FH detecta que el paciente está en una situación clínica de fallo primario o secundario a la terapia biológica actual, se derivar al reumatólogo para su valoración.

3. VISITA DE FINALIZACIÓN

La realización de una visita de finalización del tratamiento con terapias biológicas debe realizarse mediante una entrevista con el paciente, presencial o vía telefónica, siempre que sea posible y ya sea debida a una suspensión temporal o definitiva de la terapia farmacológica del paciente.

Los aspectos que deben tratarse en la visita de finalización son:

- Fecha
- Motivo de la finalización del tratamiento
- Historial farmacoterapéutico
- Fecha de reinicio del tratamiento si procede

Y dependiendo del motivo de la finalización del tratamiento:

- Registro de RAM y su notificación
- Comorbilidad descompensada y/o nuevos diagnósticos, fecha de derivación
- Situaciones especiales:
 - a. Embarazo: fecha prevista de parto o de inicio de búsqueda de embarazo
 - b. Cirugía mayor electiva: fecha prevista de la cirugía, fecha de suspensión de la terapia biológica y fecha prevista de reinicio
- Adherencia: registrar la adherencia, al menos durante los últimos 6 meses de tratamiento con terapia biológica
- Interacciones farmacológicas detectadas, grado de significación clínica y fecha de resolución
- Falta de respuesta al tratamiento: fecha de derivación al reumatólogo

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Akkara Veetil BM, Bongartz T. Perioperative care for patients with rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol*. 2011 Nov 15;8(1): 32-41.

ASAS. Assessment of SpondyloArthritis International Society – ASAS en: <https://www.asas-group.org/>

BASDAI, índice de actividad de la espondilitis anquilosante de Bath. Disponible en: <https://gresser.es/INDICES/BASDAI.pdf>

Bloem K, Hernández-Breijo B, Martínez-Feito A, et al. Immunogenicity of therapeutic antibodies: monitoring anti-drug antibodies in a clinical context. *Ther Drug Monit*. 2017;39:327–332.

Calculadora ASDAS. Disponible en: <http://www.gresser.es>

Cimzia®. Ficha técnica [Acceso Noviembre 2018]. Disponible en www.agemed.es

Cosentyx®. Ficha técnica [Acceso Noviembre 2018]. Disponible en www.agemed.es

Enbrel®. Ficha técnica [Acceso Noviembre 2018]. Disponible en www.agemed.es

Fernández-Carballido C. Diagnóstico precoz de las espondiloartropatías en España: el programa ESPeranza. *Reumatol Clin*. 2010;6(S1):6–10.

Gómez J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, Collantes Estévez E, et al. Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients. *Reumatol Clin*. 2011 Sep-Oct; 7(5): 284-98.

Goodman SM, Springer B, Guyatt G, Abdel MP, Dasa V, George M, et al. 2017 American college of Rheumatology/American association of hip and knee surgeons guideline for the perioperative management of antirheumatic medication in patients with rheumatic diseases undergoing elective total hip or total knee arthroplasty. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69(8):1111–24.

Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, de Wit M, Cutolo M, Dougados M et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 updated. *Ann Rheum Dis* 2016; 75: 499-510.

Gratacós J, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en espondiloartritis axial. *Reumatol Clin*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.008>

Grupo para el estudio de la espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología.; Disponible en: <https://gresser.es/>

Gualtierotti R, Parisi M, Ingegnoli F. Perioperative Management of Patients with Inflammatory Rheumatic Diseases Undergoing Major Orthopaedic Surgery: A Practical Overview. *Adv Ther.* 2018; 35(4): 439–456. Published online 2018 Mar 20. doi: 10.1007/s12325-018-0686-0

Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. Ed. 2018. Sociedad Española de Reumatología. Disponible en: https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/03/ESPOGUIA-actualizaci%C3%B3n-2017_DEF_web.pdf [ultimo acceso: 14 de Noviembre de 2018]

Heinonen AV, Aaltonen KJ, Joensuu JT, et al. Effectiveness and drug survival of TNF inhibitors in the treatment of ankylosing spondylitis: a prospective cohort study. *J Rheumatol.* 2015;42:2339–2346.

Humira®. Ficha técnica [Acceso Noviembre 2018]. Disponible en www.agemed.es

Ibarra O, Morillo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Barcelona: Euromedicine Vivactis; 2017. Disponible en https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf

Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas. Proyecto MAPEX. 2018. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Modelo-de-Estratificacion-y-Atencion-Farmaceutica-pacientes-enf-inmunomediadas.pdf> [ultimo acceso: 14 de Noviembre de 2018]

Morillo-Verdugo R y Calleja-Hernández MA (2016). Introducción. En Calleja-Hernández MA y Morillo-Verdugo R (Eds). El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria (pp. 3-10). Barcelona: Editorial Euromedice-Vivactis. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf [ultimo acceso: 14 de Noviembre de 2018]

Navarro-Compan V, Oton T, Loza E, Almodovar R, Ariza-Ariza R, Bautista-Molano W, et al. Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) Consensus on Spanish Nomenclature for Spondyloarthritis. *Reumatología clínica.* 2018. Epub 2018/09/09. Consenso ASAS en nomenclatura en español para las espondiloartritis.

Navarro-Compan V, Plasencia-Rodriguez C, de Miguel E, et al. Anti-TNF discontinuation and tapering strategies in patients with axial spondyloarthritis: a systematic literature review. *Rheumatology (Oxford).* 2016;55: 1188–1194.

BIBLIOGRAFÍA

Plasencia C, Pascual-Salcedo D, Nuño L et al. Influence of immunogenicity on the efficacy of long-term treatment of spondyloarthritis with infliximab. *Ann Rheum Dis* 2012;71:1955-60.

Reino JG, et al. Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin*. 2011. doi:10.1016/j.reuma.2011.05.002

Remicade®. Ficha técnica [Acceso Noviembre 2018]. Disponible en www.agemed.es

Silva A, Ryuchi L, Rodrigues R. Perioperative management of drugs commonly used in patients with rheumatic diseases: a review. *Clinics (Sao Paulo)* 2017 Jun; 72(6): 386–390.

Simponi®. Ficha técnica [Acceso Noviembre 2018]. Disponible en www.agemed.es

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Curso Universitario SEFH de Farmacoterapia en Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas. 2017.

Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. 2018. Disponible en: <https://www.ser.es/espoguia/>.

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico. Madrid: SEFH; 2012.

Torre Alonso JC, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento y uso de terapias sistémicas biológicas y no biológicas en artritis psoriásica. *Reumatol Clin*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.007>

van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, Baraliakos X, Van der Bosch F, Sepriano A et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017; 76:978-991.

Vogelzang EH, Kneepkens EL, Nurmohamed MT et al. Anti-adalimumab antibodies and adalimumab concentrations in psoriatic arthritis; an association with disease activity at 28 and 52 weeks of follow-up. *Ann Rheum Dis* 2014;73:2178–2182.



PATROCINA

