


GUTIA




DE
PRÁCTICA
FARMACÉUTICA
EN
PSORIASIS





**GUÍA DE
PRÁCTICA
FARMACÉUTICA EN
PSORIASIS**



COORDINADORES :

Joaquín Borrás Blasco

Servicio de Farmacia Hospital de Sagunto.

Pablo de la Cueva Dobao

Servicio Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor Madrid.

AUTORES :

Vicente Merino Bohórquez

Servicio de Farmacia. HU Virgen Macarena Sevilla.

Nuria Rudi Sola

Servicio de Farmacia. Hospital General de Granollers.

Pablo de la Cruz

Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia.

Esther Ramírez Herraiz

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Olatz Urbina Bengoa

Servicio de Farmacia. Hospital Santiago Apóstol, Álava.

Belén Hernández Muniesa

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

EDITA : SEFH. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

ISBN : 978-84-09-13650-6

DEPÓSITO LEGAL : M. 27154-2019



ÍNDICE

CAPÍTULO 01 MODELO CMO EN PSORIASIS	PAG. 05
CAPÍTULO 02 VISITA INICIAL	PAG. 13
CAPÍTULO 03 ESTRATIFICACIÓN PACIENTES	PAG. 23
CAPÍTULO 04 ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN BASE A LOS NIVELES DE ESTRATIFICACIÓN	PAG. 35
CAPÍTULO 05 CRITERIOS DE DERIVACIÓN Y FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	PAG. 49

CAPÍTULO 01

MODELO CMO EN PSORIASIS

Nuria Rudi Sola

Servicio de Farmacia. Hospital General de Granollers.

Vicente Merino Bohórquez

Servicio de Farmacia. HU Virgen Macarena Sevilla.

1. INTRODUCCIÓN A LA ENFERMEDAD

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica, recidivante y mediada inmunológicamente que tiene un efecto negativo significativo sobre el bienestar físico, emocional y psicológico de los pacientes. Es una enfermedad con participación multiorgánica en la que se ve afectado el aparato locomotor y con frecuencia se asocia a distintas patologías concomitantes. Su etiología no es del todo conocida, pero se sabe que en el desarrollo de la psoriasis participan factores tanto genéticos como ambientales.

Existen diversas manifestaciones clínicas de la psoriasis, pero en general, se presenta en forma de pápulas y placas eritematodescamativas, crónicas y simétricas. La región de la piel afecta dependerá del tipo de psoriasis del paciente: psoriasis crónica estacionaria o psoriasis en placas (psoriasis vulgaris), en gotas (guttata), invertida, pustulosa, eritrodérmica, del cuero cabelludo y ungueal. Su aparición y distribución es variable, pudiendo aparecer de forma repentina o lenta. Muchas veces, desaparece y luego se reactiva.

La psoriasis tiene una distribución universal, la prevalencia varía considerablemente en diferentes ámbitos geográficos, siendo en general mayor en los países más distantes del Ecuador. La prevalencia en niños oscila entre el 0% (Taiwán) y el 2,1% (Italia), y en adultos varía según los estudios entre 0,91% (Estados Unidos) y 8,5% (Noruega). Actualmente, en España se estima una prevalencia del 2,3 %, con una incidencia del 1,4 % (produciéndose 14 casos nuevos al año por 10.000 habitantes), lo que supone un aumento respecto a las estimaciones de prevalencia previas.

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 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (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 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”.

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.

Actualmente, el modelo tradicional de atención farmacéutica a pacientes externos está siendo desplazado por otros modelos más innovadores, fundamentalmente debido a cambios normativos y de regulación sanitaria, a nuevos modelos de trabajo en el entorno sanitario, a la relación con los pacientes e incluso a los cambios que la propia sociedad ha sufrido. Se ha producido una revolución tan importante, que los modelos tradicionales de atención farmacéutica necesitan ser replanteados.

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 también al sistema sanitario para el que trabajamos y a la sociedad en la que estamos inmersos, han dado como resultado el planteamiento de un nuevo modelo asistencial, bautizado como “modelo CMO”. Las tres grandes ideas de este modelo son:

- **C: capacidad.** Entendida como la posibilidad de atender a los pacientes y proveer de atención farmacéutica a todos los pacientes, 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 será el uso de modelos de estratificación.

M: motivación. La capacidad que tenemos de alinear objetivos a corto plazo con objetivos a largo plazo, en relación con la farmacoterapia, es el motor fundamental de nuestra relación con los pacientes. Se está presentando al lector un planteamiento diferente al clásico de identificación, prevención y manejo de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. Entendemos 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. 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, al ir un paso antes, analizando incluso la propia posesión de los fármacos (no adherencia primaria), y otro después, 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, entendemos que la entrevista clínica se debe sobrepasar para alcanzar el uso de la entrevista motivacional.

O: oportunidad. 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 nuestra actuación en consultas externas ya no aporta valor a la mayoría de pacientes. Por tanto, sobre esa base, la información visual y emocional son dos escalones superiores que deben formar parte de nuestra actividad y que se comentarán en el último capítulo del libro. 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 con psoriasis en este nuevo modelo.

4 . BIBLIOGRAFÍA

Ferrándiz C. Procesos dermatológicos frecuentes. Dermatitis papuloescamosas. Psoriasis. En: Medicina Interna Ferreras-Rozman. Decimoséptima Ed. Barcelona: El Servier España S.L.; 2012. 2.

Luelmo J, Gratacós J, Martínez-Losa MM, Ribera M, Romani J, Calvet J, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinar de psoriasis y artritis psoriásica. Reum Clin. 2014; 10(3): 141-6.

Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol. 2013; 133(2):377-85.

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-Farmacaceutica-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 [último acceso: 14 de Noviembre de 2018]

CAPÍTULO 02



VISITA INICIAL

Pablo de la Cruz Murie

Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario Virgen
de la Arrixaca Murcia.

En la visita inicial debemos ser proactivos y la planificación anticipada será una herramienta clave durante este primer contacto con los pacientes .

La visita de inicio incluirá las siguientes etapas:

1 . REGISTRO DE DATOS

Es conveniente **obtener de forma previa los antecedentes personales, familiares y sociales porque con frecuencia influirán en el tratamiento.** Para ello nos serán de utilidad las distintas fuentes de datos disponibles en nuestro ámbito como informes médicos, historia clínica hospitalaria y de atención primaria, registros de pruebas complementarias,etc.

La psoriasis ha demostrado ser un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular. Previamente, debemos registrar los factores de riesgo cardiovascular del paciente, porque la modificación de estos puede ayudar a compensar su elevado riesgo. Entre los factores de riesgo cardiovascular se encuentran el tabaquismo, la dieta y cualquier diagnóstico previo de hipertensión, diabetes, dislipidemia u obesidad.

Además, debe recogerse la evolución previa de la enfermedad y la frecuencia de las recaídas o brotes, ya que existe una importante variabilidad en la presentación clínica de la enfermedad.

Aunque no hay marcadores serológicos específicos de psoriasis, podría ser interesante realizar una analítica para valorar determinados parámetros como la albúmina sérica, que puede estar disminuida, el ácido úrico, que puede estar elevado, el perfil lipídico, o marcadores generales de inflamación sistémica, como la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación glomerular, que pueden estar alterados en pacientes con psoriasis.

En la tabla 1 se resume el conjunto de datos que idealmente deben obtenerse de forma previa.

TABLA 1. CONJUNTO DE DATOS PREVIOS AL TRATAMIENTO

Valoración psoriasis	<ul style="list-style-type: none">• PASI (Psoriasis Area and Severity Index)• BSA (Body Surface Area)• PGA (Physician´s global assessment)• NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index)
Estado de salud y calidad de vida	<ul style="list-style-type: none">• Infección• Enfermedad Desmielinizante• Insuficiencia cardíaca• Cáncer• Embarazo• DLQI (Dermatology Life Quality Index)
Parámetros de laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• Hemograma• Función hepática (GOT,GPT,GGT,LDH)• Función renal (Urea, creatinina, filtrado glomerular)• Bilirrubina• Iones• Lipidograma (triglicéridos y colesterol)• Orina (anormales y sedimento)
Otras pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none">• Serologías víricas (VHB,VHC,VIH)• Despistaje tuberculosis (Mantoux o IGRA)• Autoinmunidad (ANA, Anti-DNA)• Reactantes de fase aguda (VSG, PCR), Factor Reumatoide, ácido úrico y HLAB27

2. ENTREVISTA CLÍNICA

La psoriasis puede ser una enfermedad frustrante para el paciente, por esta razón durante esta fase es conveniente obtener información de cómo los pacientes entienden y perciben la enfermedad.

El farmacéutico debe ser empático y dedicar un tiempo adecuado al paciente, además puede ser útil, tocar al paciente cuando sea apropiado para comunicar físicamente que el trastorno de la piel no es ni repulsivo ni contagioso.

La entrevista y el asesoramiento deben tener lugar en un entorno propicio para el aprendizaje y la participación del paciente, familiares y cuidadores de modo que el este entorno resulte cómodo, confidencial y seguro.

En ella, se informará con detalle al paciente y cuidadores sobre la conservación, dosificación, interacciones medicamentosas y pauta de administración de la medicación.

Se proporcionará formación para la autoadministración de los medicamentos de uso subcutáneo.

Se informará a los pacientes sobre la posibilidad de los siguientes efectos adversos más relevantes de los tratamientos prescritos para la psoriasis (Tabla 2).

TABLA 2. EFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

TRATAMIENTO	ACONTECIMIENTOS ADVERSOS
Corticosteroides Tópicos	Atrofia cutánea, telangiectasias, estrías, acné, foliculitis, púrpura y exacerbaciones de la enfermedad si interrupción brusca.
Análogos vitamina D	Irritación de la piel lesional y perilesional y fotosensibilización.
Tazaroteno	Irritación de la piel lesional y perilesional.
Inhibidores calcineurina (pimecrolímús y tacrolímús)	Picor o escozor en el área de aplicación, parestesias e hiperestesias y riesgo incrementado de infecciones virales (herpes simple)
Alquitrán y ditranol	Irritación, foliculitis, fotosensibilidad
Metotrexato	Hepatotoxicidad, toxicidad hematológica, fibrosis pulmonar, efectos gastrointestinales y teratogenia
Ciclosporina	Nefrotoxicidad e hipertensión arterial
Acitretina	Alteración niveles transaminasas, colesterol y triglicéridos, artralgias , mialgias y teratogenia
Infliximab	Infección tracto respiratorio superior, cefalea prurito urticaria
Adalimumab	Infecciones leves, cefalea, rash cutáneo, reacciones en el punto de inyección

TRATAMIENTO	ACONTECIMIENTOS ADVERSOS
Etanercept	Infecciones leves, diarrea, rash cutáneo, reacciones en el punto de inyección.
Ustekinumab	Infecciones leves, nasofaringitis, reacción en el punto de inyección.
Secukinumab	Infecciones leves, nasofaringitis, reacción en el punto de inyección.
Ixekizumab	Infecciones vías respiratorias altas, neutropenia, reacción en el punto de inyección.
Brodalizumab	Infecciones leves (vías respiratorias altas y tracto urinario), reacción en el punto de inyección.
Certolizumab pegol	Infecciones leves, náuseas.
Apremilast	Náuseas, diarrea, pérdida de peso.

En todos los pacientes con psoriasis independientemente de la gravedad se recomienda el abordaje integral y multidisciplinar de las comorbilidades mediante consejos orientados a la adquisición de hábitos de vida saludables, entrevista motivacional (para la pérdida de peso y abandono del consumo de alcohol y tabaco), soporte psicológico y derivación a los especialistas correspondientes para el tratamiento activo de estas comorbilidades (endocrinología, cardiología, reumatología, salud mental, etc.).

Se recomienda proporcionar apoyo e información orientado a manejar el impacto de la enfermedad sobre el bienestar físico, psicológico y social del paciente y cuidador.

Se informará al paciente y cuidadores sobre la existencia de asociaciones de afectados por psoriasis (Acción Psoriasis y Psoriasis en Red en España).

Se entregará al paciente los datos de contacto (teléfonos, correos electrónicos de contacto, etc.), horarios de consultas y fecha de siguiente consulta para el acceso del paciente en situaciones de necesidad (aparición de efectos adversos, conservación de la medicación, omisión de dosis y otras incidencias).

3. VALIDACIÓN DEL TRATAMIENTO

Además de las características del paciente se deben tener en cuenta las del medicamento y los objetivos farmacoterapéuticos establecidos. En la valoración de la adecuación del tratamiento se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Estado del paciente (gravedad y extensión de las lesiones): PASI, DLQI, BSA, PGA, NAPSI
- Indicaciones del tratamiento (indicaciones aprobadas, protocolos, guías de consenso y eficacia clínica)
- Posología y duración del tratamiento
- Vías de administración
- Precauciones de uso
- Interacciones
- Perfil de reacciones adversas
- Características individuales del paciente (peso, comorbilidades, contraindicaciones, embarazo y lactancia)
- Manejo perioperatorio de la terapia psoriásica
- Preferencias del paciente
- Velocidad esperada de instauración del efecto
- Posibilidad de utilización de biosimilares.

- Proporcionar información sobre fármacos que pueden estar implicados en exacerbaciones de la enfermedad (Litio, B Bloqueantes, Antifinflamatorios No Esteroideos, Inhibidores del Enzima Convertidor de Angiotensina, Antimaláricos, Carbamazepina, Interferón α). La intervención en este punto facilitará el reajuste del tratamiento y el uso seguro de la medicación.
- Proporcionar educación sobre la importancia de ser adherente al tratamiento prescrito. En la tabla 3 se detallan los factores que afectan a la adherencia
- En el caso de tratamientos con fármacos biológicos establecer, cuando proceda, un plan de monitorización farmacocinética durante la inducción y/o el mantenimiento y establecer los distintos escenarios clínicos posibles a la luz de los resultados obtenidos.

TABLA 3. FACTORES QUE AFECTAN A LA ADHERENCIA

DIMENSIONES ADHERENCIA	PROBLEMAS RELACIONADOS
Enfermedad	Severidad de los síntomas, grado de discapacidad, severidad de la enfermedad y comorbilidades.
Sistema sanitario y equipo asistencial	Relación con el equipo sanitario, formación, tiempos de consulta, educación al paciente y seguimiento.
Paciente	Conocimiento de su enfermedad, creencias, motivación, olvidos y omisiones, autosuficiencia y estrés.
Entorno socioeconómico	Recursos económicos, desempleo, nivel educativo, soporte social.
Terapia	Complejidad, efectos adversos, tiempos de respuesta, duración.

4 . BIBLIOGRAFÍA

Hjuler K.F., Bottcher M., Vestergaard C., et al: Increased prevalence of coronary artery disease in severe psoriasis and severe atopic dermatitis. *Am J Med.* 2015; 128(12):1325-34.

Mehta N.N., Yu Y., Pinnelas R., et al: Attributable risk estimate of severe psoriasis on major cardiovascular events. *Am J Med.* 2011; 124(8):775,e1-6.

Mallbris L., Granath F., Hamsten A., et al: Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54: pp. 614-621.

Armstrong AW, Robertson AD, Wu J, Schupp C, Lebwohl MG. Undertreatment trends, and treatment dissatisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in the United States: Findings from the National Psoriasis Foundation surveys, 2003-2011. *JAMA Dermatology.* 2013;149(10):1180-1185.

Vidal D. Nueva tabla para establecer la gravedad de la psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(10):891-3.

National Clinical Guideline Centre. Psoriasis. Assessment and management of psoriasis. NICE clinical guideline 153. October 2012. Last updated September 2017. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/psoriasis-cg153>.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003

Krueger g, Koo J, Lebwohl m, Menter A, Stern rs, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001;137:280-28

Smith CH, Jabbar-Lopez ZK, Yiu ZZ, et al. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2017. *Br J Dermatol* 2017; 177:628.

Naya Cendón C, Couceiro Rodríguez C, Correa Precedo CM, González Iglesias I. Psoriasis. Guías clínicas Fisterra. Último acceso Octubre 2018. Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/psoriasis/>

CAPÍTULO 03



VISITA DE ESTRATIFICACIÓN DEL PACIENTE CON PSORIASIS

Esther Ramírez Herraiz

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2012 la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) publicó el “Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre atención farmacéutica al paciente crónico” en el que la estratificación aparece como herramienta del nuevo modelo de atención al paciente (eje 2 de la línea estratégica).

Gracias a la puesta en marcha en el año 2014 de la iniciativa MAPEX (Mapa Estratégico de Atención farmacéutica al Paciente Externo), la SEFH propuso realizar un proyecto que nos permitiese como farmacéuticos anticiparnos a las necesidades de los pacientes externos utilizando como herramienta principal la estratificación de los mismos según su riesgo de morbilidad farmacoterapéutica.

Posteriormente en el año 2016 se publicó el modelo CMO en las consultas externas de Farmacia Hospitalaria donde se recogen las tres cualidades básicas de esta atención al paciente externo: Capacidad, Motivación y Oportunidad. Dentro de esta capacidad se recomienda la utilización de Modelos de Selección y Estratificación en el ámbito de trabajo del farmacéutico hospitalario.

En nuestra práctica clínica habitual, la utilización de criterios de estratificación de pacientes en las consultas de atención farmacéutica, es baja según podemos apreciar por los resultados de la encuesta MAPEX (figura 1). Con el desarrollo del Modelo de Estratificación en pacientes con psoriasis, como es nuestro caso, pretendemos:

- Facilitar la optimización de los recursos desarrollando las estrategias de intervención más adecuadas para cada nivel de prioridad establecido.
- Conseguir que el farmacéutico hospitalario pueda anticiparse a las necesidades de los pacientes con psoriasis para obtener resultados en salud

de forma eficiente.

- Gestionar de forma eficiente la atención farmacéutica a los pacientes con psoriasis adecuándonos a sus necesidades para, así poder centrar nuestro esfuerzo y dedicación a las actividades que nos aporten un valor añadido y la obtención de mejores resultados en salud en el paciente con psoriasis.

El **objetivo principal** fue diseñar un modelo de atención farmacéutica para pacientes con psoriasis en función de la complejidad de esta patología, del paciente y del tratamiento.

Los objetivos específicos que se plantearon para conseguir el anterior fueron:

- Desarrollar un modelo de estratificación para los pacientes con psoriasis en función de distintas variables de riesgo y de necesidad de atención farmacéutica.
- Desarrollar un modelo de atención farmacéutica dirigido a pacientes con psoriasis a partir de esta estratificación que incluya entrevistas clínicas de inicio y seguimiento, conciliación de la medicación, evaluación global de los tratamientos, adherencia y calidad de vida para:
 - Establecer patrones de actuación diferentes según la morbilidad farmacoterapéutica del paciente.
 - Garantizar la seguridad en la atención farmacéutica.
- Diseñar una herramienta informática que dé soporte al modelo continuada en el tiempo. La herramienta fundamental será el uso de modelos de estratificación.

¿SE UTILIZAN EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS CRITERIOS PARA ESTRATIFICAR A SUS PACIENTES?

RESULTADOS NACIONALES

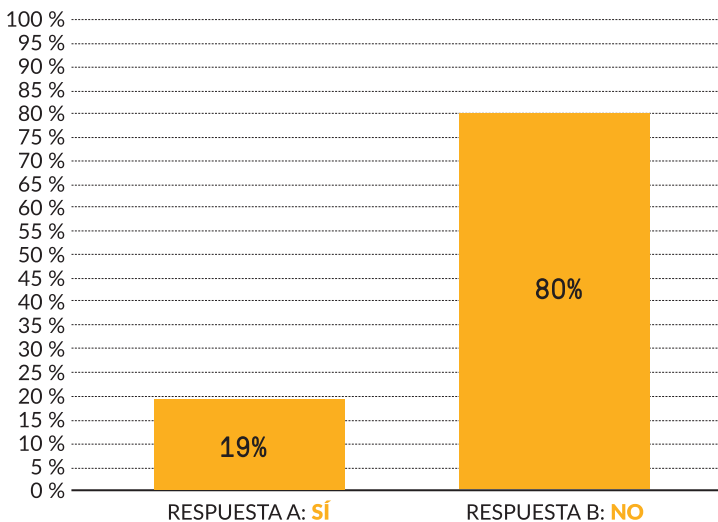


Figura 1: Resultados de la encuesta MAPEX sobre criterios de estratificación de pacientes en las consultas de Atención Farmacéutica.

2. OBJETIVOS DEL MODELO

El objetivo del modelo es identificar aquellos pacientes con psoriasis que más se pueden beneficiar de nuestras intervenciones de Atención Farmacéutica para así obtener mejores resultados en salud y orientarlas según las características específicas de cada paciente.

Con esta selección de pacientes podemos homogeneizar las intervenciones farmacéuticas para:

- Aumentar la efectividad, eficiencia y seguridad de los tratamientos.
- Optimizar la farmacoterapia de los pacientes con psoriasis.
- Aumentar su adherencia a los tratamientos.
- Contribuir a mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes con psoriasis.

3. METODOLOGÍA DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN

Se utilizó una metodología participativa en la que se implicaron 9 farmacéuticos hospitalarios que se reunieron en talleres de trabajo para:

- Definir las variables del modelo
- Comprobar previamente la validez del mismo realizando un pre-test en una muestra de 216 pacientes de los tres grupos de patologías inflamatorias mediadas por la inmunidad provenientes de estos 9 hospitales. A partir del pre-test se extrajeron conclusiones para mejorar el modelo y establecer los puntos de corte de los distintos niveles de estratificación.
- Definir el modelo de atención farmacéutica al paciente con psoriasis en este caso.
- Estratificar 9 pacientes para validar el modelo y elaborar el documento final del mismo.

4. VARIABLES DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN

El modelo de estratificación de pacientes con psoriasis se desarrolla en torno a un conjunto de 23 variables comunes para los tres grupos de patologías de enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (dermatológicas,

músculo-esqueléticas y gastro-intestinales) y unas variables específicas según el tipo de patología. Cada variable se asocia a un peso relativo que varía entre 1 y 4 en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente.

Se agrupan en cuatro bloques:

- Variables demográficas
- Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional.
- Variables clínicas y de utilización de los servicios sanitarios.
- Variables relacionadas con el tratamiento.

A continuación se presentan las variables y pesos relativos del modelo:

TABLA 1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN	PESO
Sexo	Mujer	1
Edad	Edad ≤ 12 años (Se recomienda emplear el modelo de estratificación de pacientes pediátricos)	1
	13 ≤ Edad ≤ 17 años	3
	18 ≤ Edad ≤ 69 años	2
	Edad ≥ 70 años	2
Peso	Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m ²)	2
Paciente embarazada		3 Directamente prioridad 1
Paciente con deseo de embarazo		2 Directamente prioridad 1

TABLA 2. VARIABLES SOCIOSANITARIAS Y DEL ESTADO COGNITIVO Y FUNCIONAL

VARIABLE	DEFINICIÓN	PESO
Hábitos de vida no saludables	Alcoholismo y/o drogadicción.	3
	Tabaquismo	2
Factores relacionados con el trato paciente-profesional	Paciente con barreras de comunicación.	3
Soporte social y familiar y condiciones socioeconómicas	Paciente sin soporte social o familiar (incluye paciente geriátrico sin cuidador) o con condiciones socioeconómicas que pueden provocar que no mantenga la medicación o no se administre el tratamiento en las condiciones de salubridad y conservación adecuadas o mantenimiento de condiciones de vida saludables.	3
Situación laboral	Paciente activo cuya actividad puede dificultar el tratamiento.	2
Calidad de vida en el paciente	El paciente ha disminuído su calidad de vida como consecuencia de la patología: Test recomendado: • E. Dermatológicas: test Dermatology Life Quality Index (DLQI)	3
Desórdenes mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional	Paciente con antecedentes psiquiátricos, incluyendo depresión y estrés o ansiedad no acompañada de cuidador. • Test recomendado: HADS.	3
	Paciente con deterioro cognitivo (Cuestionario Minimental) y dependencia funcional (Cuestionario de Katz).	2

TABLA 3. VARIABLES CLÍNICAS Y DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

VARIABLE	DEFINICIÓN	PESO
Comorbilidades	El paciente tiene dos o más enfermedades crónicas con especial complejidad además de la enfermedad inflamatoria (EI).	2
	Paciente con insuficiencia renal y/o hepática.	3
Multidisciplinariedad	El paciente es atendido por dos o más especialistas como consecuencia de los órganos afectados por la/s EI.	3
Nº hospitalizaciones y visitas a Urgencias	El paciente ha tenido al menos un ingreso o una visita a urgencias en los últimos dos meses relacionado con la EI y / o tratamiento.	3
Actividad de la enfermedad	El paciente tiene actividad de la EI moderada / alta (según el criterio científico más actual).	3
Puntúa si tiene alguna de las siguientes comorbilidades	Enfermedad cardiovascular Síndrome metabólico Diabetes	1 Si tiene una comorbilidad 2 Si tiene más de una

TABLA 4. VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN	PESO
Paciente NAIVE (a terapia de uso hospitalario)		4
Polimedicación	El paciente toma 6 o más medicamentos, entendiéndose como medicamento la forma farmacéutica acompañada de dosis y vía.	3
Modificación régimen regular de la medicación en los últimos 6 meses		3

VARIABLE	DEFINICIÓN	PESO
Riesgo de la medicación	El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en hospitales.	3
	El paciente toma medicamentos (incluyendo fármacos biológicos) para la EL con recomendaciones de almacenaje/conservación en frío.	Variable informativa
Interacciones	Existe riesgo de interacción farmacológica (clínicamente relevante).	3
Intolerancia al tratamiento	Aparición de reacciones adversas en el último año.	3
Falta de adherencia al tratamiento	Existe sospecha o evidencia de que el paciente no es adherente a su tratamiento (determinación mediante cuestionarios validados: Morinsky-Green-Levine y otras mediciones de la adherencia).	4
Medicamento sujeto a seguimiento adicional	Paciente con tratamiento recientemente comercializado (primer año de autorización).	2

Existen test y cuestionarios recomendados para algunas variables y se pueden utilizar si existen dudas sobre la puntuación de las mismas, no siendo necesario utilizarlas de forma estandarizada para utilizar el modelo de estratificación.

5. PUNTUACIÓN PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

El objetivo del modelo es identificar aquellos pacientes con psoriasis que más se pueden beneficiar de nuestras intervenciones de Atención Farmacéutica

para así obtener mejores resultados en salud y orientarlas según las características específicas de cada paciente.

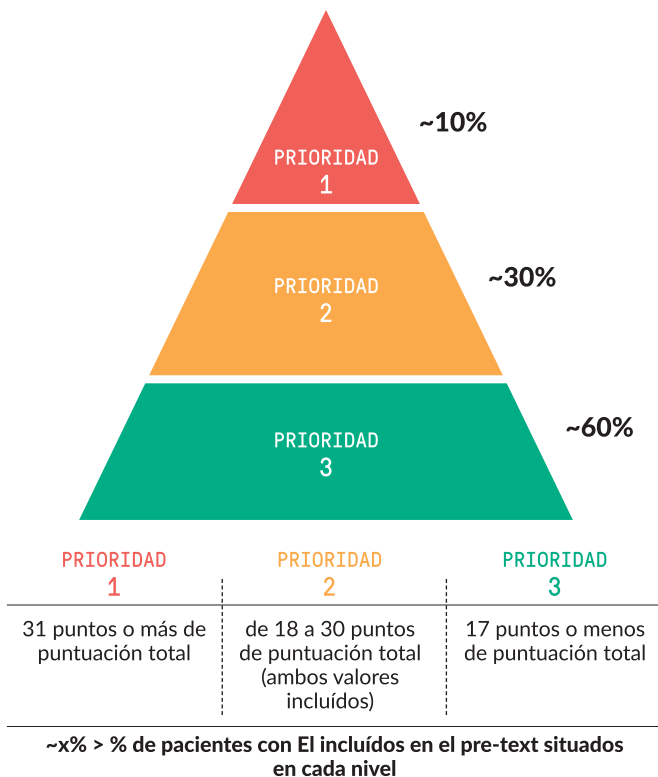


Figura 2: Pirámide de estratificación en función de la puntuación.

Como excepción a esta puntuación, las pacientes embarazadas o con deseo de embarazo se asignarán al nivel de prioridad 1, independientemente de la puntuación obtenida en el modelo de estratificación.

6 . GLOSARIO

Cuestionario Minimental: método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria. Consta de 30 preguntas agrupadas en diez secciones.

Cuestionario de Katz: Es una escala de valoración de las actividades de la vida diaria (AVD), que abarca seis funciones humanas básicas. Proporciona un método objetivo para clasificar a los grupos heterogéneos de personas enfermas crónicas, discapacitadas y minusválidas, y describir sus necesidades de salud y los resultados.

DLQI (*Dermatology Life Quality Index*): Cuestionario de diez preguntas utilizado para medir la calidad de vida de pacientes con psoriasis a partir de 16 años de vida.

ISMP: Instituto para el uso seguro de los medicamentos. Es una organización multidisciplinar dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de utilización de los medicamentos.

MAPEX: modelo de trabajo que establezca las líneas asistenciales, docentes e investigadoras del farmacéutico de hospital para atender las necesidades presentes y futuras del paciente externo (mapa de trabajo de atención farmacéutica al paciente externo).

Test de Morisky Green-Levine: uno de los métodos más utilizados para evaluar si un paciente cumple con el tratamiento pautado. Consta de cuatro preguntas y se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan **NO** a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan **SÍ** a una o más.

BIBLIOGRAFÍA

Plan estratégico sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico [citado 26 julio de 2016]. Disponible en: www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico2012.pdf

Morillo Verdugo R, Sáez de la Fuente J, Calleja Hernández MA. MAPEX: mirar profundo, mirar lejos. *Farm Hosp* 2015; 39 (4):189-91.

Resultados de la encuesta del proyecto MAPEX. Disponible en: URL: <http://www.sefh.es/mapex/index.php/documentacion> [último acceso: 11de noviembre de 2018].

Morillo Verdugo R, Calleja Hernández MA. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: URL: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/CMO2/Libro_CMO.pdf [último acceso: 11de noviembre de 2018].

Modelo de Estratificación y Atención Farmacéutica para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 2018.

Calidad de vida y Psoriasis. Por el Grupo de Trabajo de Psoriasis de la AEDV(GPs).<https://aedv.es/wp-content/uploads/2016/07/Calidad-de-vida-y-psoriasis.pdf>.Acceso11/11/2018.

E.Daudéna, E.Herrerab, L.Puigc, J.L.Sánchez- Carazod, J.Toribioe, N.Perulero. Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable. Estudio PSO-LIFE Impact of Active and Stable Psoriasis on Health-Related Quality of Life: The PSO-LIFE Study. *Actas Dermo-Sifilográficas (EnglishEdition)*,Volume104,Issue8,October2013: 685-693.

Albert Colomer C, Luque Luque R . Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años .*Med Clin (Barc)* 2001Jun30; 117(4):129-34.

Valoración de las actividades de la vida diaria- Índice de Katz. Servicio Andaluz de Salud. Dra.Miriam Sánchez Segura et al. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoterv*. 22n. 3 Ciudad de la Habana Sep-dic.2006.

Adams AJ, Stolpe SF. Defining and measuring primary medication non adherence: development of a quality measure. *J Manag Care Spec Pharm* 2016; 22(5):516-23.

CAPÍTULO 04

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN BASE A LOS NIVELES DE ESTRATIFICACIÓN

Olatz Urbina Bengoa

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Álava.

El **objetivo principal de este capítulo** es establecer un modelo de Atención Farmacéutica (AF) individualizado para cada paciente con psoriasis en función de su nivel de estratificación y por tanto adecuándonos a sus necesidades en función de la complejidad del propio paciente, de su patología y comorbilidades así como del tratamiento que recibe. De esta forma se pretende realizar un AF lo más individualizada y adecuada posible para los pacientes según su nivel de estratificación.

El modelo de estratificación y AF para pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas, estratifica a los pacientes en 3 posibles niveles en el momento de su aplicación. Las actuaciones de los niveles de prioridad son acumulativas de tal manera que las actuaciones de Prioridad 3 constituyen las actuaciones básicas para los enfermos con psoriasis. A los pacientes del nivel 1 se les aplicarán las propias de su nivel más las de nivel 2 y las de nivel 3.

Se deberá realizar una **valoración del Modelo de Estratificación** según el nivel de prioridad: La prioridad 1 se valorará al menos semestralmente, la prioridad 2 anualmente en ausencia de cambios significativos y la prioridad 3 cuando existan cambios de tratamiento. El farmacéutico de hospital podrá individualizar estos periodos ajustando los intervalos de visitas según su criterio profesional.

Además, al tratarse de un modelo dinámico en el tiempo se deberá realizar una **valoración del Modelo de Estratificación** en el cambio de tratamiento y/o agudizaciones de la enfermedad y/o aparición de eventos adversos y/u otro tipo de circunstancias que puedan modificar el nivel de AF.

La AF en el paciente con psoriasis se basa en tres actuaciones principales:

1. Seguimiento farmacoterapéutico
2. Formación y educación al paciente
3. Coordinación con el equipo asistencial

1. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (1-3)

El objetivo es garantizar la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos.

1.1. PRIORIDAD 3

1.1.1. Revisión, validación y conciliación del tratamiento de la psoriasis y del resto de la medicación concomitante (automedicación, medicina alternativa, etc...).

Esta monitorización se realizará mediante una valoración global del paciente teniendo en cuenta su tratamiento, medicaciones y patologías concomitantes, disfunciones orgánicas o alteraciones de parámetros analíticos.

Se revisarán interacciones, contraindicaciones con otras patologías o estados fisiológicos como el embarazo, edad, fármacos concomitantes y se evaluará la necesidad de modificación de dosis por alteración de parámetros analíticos. Se realizará un seguimiento de la aparición de eventos adversos potenciales y de la adherencia del paciente.

Esta información quedará registrada en la historia clínica electrónica para su lectura en visitas posteriores y por los diferentes miembros del equipo multidisciplinar, contribuyendo así a una visión global e integrada de los distintos profesionales que intervienen en el tratamiento y cuidado del paciente.

En la validación de las pautas posológicas se contemplará:

- Alergias e intolerancias.

- Pautas e intervalos posológicos.
 - Dosis de inicio o inducción y de seguimiento.
 - Dosis según el peso del paciente: Ej. ustekinumab 45 mg en peso < 100 kg y 90 mg en peso > 100 kg.
 - Optimización de dosis: reducciones de dosis, ampliación del intervalo posológico.

- Periodos de transición entre diferentes fármacos.

- Conocer y validar los tratamientos concomitantes y sus posibles cambios, para confirmar la adecuación de las pautas y descartar posibles interacciones medicamentosas y con plantas medicinales, ofreciendo al clínico la información necesaria (alternativas terapéuticas, necesidad de ajuste de dosis o necesidad de monitorización de eficacia y/o toxicidad). Los pacientes en tratamiento para la psoriasis reciben con frecuencia algún tratamiento concomitante para el prurito, el dolor, el síndrome metabólico (diabetes mellitus tipo II, hipertensión, hiperlipidemia) la depresión y la ansiedad.

1.1.2. Programas de Minimización de Riesgos

- Comprobar la realización y los resultados de los test de cribado necesarios antes del inicio de los tratamientos inmunosupresores.

Reactivación de la tuberculosis y de la hepatitis B (HB).

Es imprescindible conocer si el paciente ha padecido estas infecciones o de lo contrario, si ha sido vacunado. La reactivación de *Mycobacterium tuberculosis* puede ser grave e incluso mortal.

Es necesario detectar infección tuberculosa latente y si fuera necesario, realizar tratamiento preventivo dirigido a reducir el riesgo de progresión a tuberculosis activa en pacientes candidatos a terapias biológicas. El riesgo de

enfermar de estos pacientes parece depender del fármaco utilizado, siendo superior para infliximab y adalimumab.(4)

En los pacientes que van a recibir tratamiento inmunosupresor hay que conocer los marcadores de la HB antes de iniciar el tratamiento.

- Calendario vacunal: las vacunas de virus vivos atenuados están contraindicadas en los pacientes que están siendo inmunosuprimidos farmacológicamente. Estas son: sarampión/rubeola/parotiditis, varicela, cólera vía oral, fiebre tifoidea oral, fiebre amarilla. Se debe recordar a los pacientes que si en algún momento se plantean viajar al extranjero deben advertirlo para hacer una revisión de las vacunas a administrar.

- Insuficiencia cardíaca: posibilidad de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca congestiva con el uso concomitante de los fármacos anti-TNF (etanercept, adalimumab, infliximab).

- Enfermedades neurológicas: no se recomienda el uso de fármacos antiTNF en pacientes con esclerosis múltiple u otras enfermedades desmielinizantes.

- Pacientes con cáncer: se recomienda precaución ante el inicio de agentes inmunosupresores en pacientes con cáncer o diagnóstico de cáncer en los 5 años previos. En caso de instaurarse tratamiento es importante hacer una evaluación exhaustiva de potenciales interacciones con la medicación concomitante.

- Psoriasis y situaciones especiales.

Embarazo

Hasta en el 75% de las mujeres la psoriasis aparece antes de los 40 años, por lo que en el momento en que son diagnosticadas se encuentran en edad fértil.

Adalimumab en su ficha técnica contempla su potencial uso en el embarazo cuando este sea claramente necesario (ficha técnica actualizada en junio de 2018). Adalimumab atraviesa la placenta con lo que los niños podrían tener un riesgo incrementado de infecciones al nacer.

Certolizumab pegol debido a la ausencia de región Fc de este fármaco, ya que no se trata de una inmunoglobulina completa, sino de una fracción Fab-pegilada no existe la posibilidad de su unión a los receptores FcRn para su transferencia placentaria activa entre la madre y el feto, sugiriendo que el mínimo paso que pueda experimentar este fármaco se debe más a un paso por difusión pasiva que a una transferencia activa. Tal y como se ha demostrado en un estudio clínico que el traspaso placentario de Certolizumab Pegol al bebé al no tener fracción FC es mínimo o inexistente.

Infliximab, etanercept, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab: categoría B de la FDA. La información es escasa y se recomienda su interrupción durante el embarazo o individualizar la decisión de continuación valorando la importancia de mantener un adecuado control de la psoriasis respecto al potencial riesgo para el feto.

Apremilast: categoría C de la FDA. La ficha técnica de apremilast contraindica su uso en el embarazo.

Lactancia

Certolizumab pegol, se puede utilizar durante la lactancia según su ficha técnica. El adalimumab puede usarse en la lactancia. El resto de medicamentos biológicos no se recomiendan.

Virus Hepatitis C (VHC)

Los fármacos antiTNF son considerados seguros en pacientes con infección por el VHC siendo el etanercept el más utilizado en estos pacientes. Ustekinumab ha sido utilizado en pacientes con VHC. Podría ser una

alternativa a los fármacos antiTNF.

Virus Hepatitis B (VHB)

Los pacientes HBsAg positivos que van a ser tratados deben iniciar terapia antiviral con tenofovir, entecavir o tenofovir difenilamina previamente. (5)

Los pacientes HBsAg negativos, antiHbC positivos deben recibir terapia antiviral previa al tratamiento si poseen un alto riesgo de reactivación.

Se han reportado casos de reactivación en pacientes en tratamiento con adalimumab, infliximab, etanercept y ustekinumab.

VIH

El tratamiento con terapia antirretroviral mejora la psoriasis en los pacientes VIH positivos. Se puede considerar el uso de metotrexato, ciclosporina o biológicos sólo en pacientes con psoriasis grave y refractaria a tratamientos de primera línea como son los tratamientos tópicos y acitretina, cuando tengan su enfermedad infecciosa controlada. Apremilast también ha sido utilizado en pacientes VIH y puede ser una buena opción en estos pacientes, debido a la menor inmunosupresión asociada a su mecanismo de acción.

- Seguimiento de parámetros analíticos para detectar cambios bruscos o anomalías en los mismos y eventos adversos potenciales.

Por ejemplo, monitorización de las transaminasas hepáticas en el tratamiento con adalimumab, etanercept e infliximab.

- Control de eventos adversos .

Transmitir al paciente la necesidad de comentar la aparición de potenciales eventos adversos a los fármacos para su evaluación.

Por ejemplo, estos fármacos pueden aumentar el riesgo de infecciones. Ante

la aparición de fiebre deben consultarlo con un profesional sanitario para que éste evalúe el origen y la gravedad de la infección.

Otro ejemplo es apremilast y la aparición de síntomas psiquiátricos. Valorar su interrupción ante cualquier cambio de conducta, aparición de síntomas psiquiátricos o agravamiento de los preexistentes.

Adicionalmente es importante reportar los eventos adversos de los pacientes a Farmacovigilancia.

1.1.3. Desarrollo de intervenciones específicas orientadas a mejorar la adherencia.

La falta de adherencia es frecuente en las enfermedades de curso crónico, con tratamientos no curativos y que presentan un patrón recidivante como es el caso de la psoriasis.

Hay múltiples causas relacionadas con la falta de adherencia:

- Relacionadas con el paciente (edad, apoyo social, grado de satisfacción con el tratamiento).
- Relacionadas con el tratamiento (su larga duración, a veces de por vida, vía de administración, dispositivos utilizados y su complejidad, frecuencia de administración y la aparición de eventos adversos).
- Relacionados con la enfermedad (tratamientos no curativos cuyo objetivo es blanquear, evitar brotes, pero no la curación definitiva).
- Relacionados con el profesional sanitario (falta de comunicación entre paciente y profesional sanitario, falta de monitorización del paciente y barreras de comunicación o mala relación).

Hoy en día se puede valorar la adherencia mediante la medición de niveles

plasmáticos de anticuerpos monoclonales, aunque no es una actividad rutinaria en todos los centros.

Los métodos indirectos de medición de la adherencia más utilizados en la consulta del farmacéutico son:

- Entrevista al paciente sobre la administración del fármaco utilizando cuestionarios como el test de Haynes-Sackett, test de Morisky Green. Se considera un método sencillo pero no es muy preciso.
- Evaluar la medicación dispensada junto con el recuento de la medicación sobrante. De esta manera conoceremos los comprimidos, jeringas o plumas administrados por el paciente. Esta información no está exenta de errores si la información aportada por el paciente sobre la medicación sobrante está manipulada.

Habitualmente una combinación de ambos métodos junto con la evaluación de la respuesta a la terapia puede ofrecernos una estimación aproximada del grado de cumplimiento del tratamiento por el paciente.

1 . 2 . PRIORIDAD 2

Además de las acciones de AF enumeradas para los pacientes estratificados en el nivel 3 se propone la realización de la revisión validación y conciliación del tratamiento completo, además de en las visitas de inicio y de cambio de tratamiento, en todas las visitas de seguimiento.

1 . 3 . PRIORIDAD 1

A todas la acciones de AF enumeradas para los pacientes de prioridad 3 y 2

se propone añadir:

- Establecer un plan de acción entre los distintos niveles asistenciales con el objetivo de dar respuesta rápida a posibles eventos adversos o incidencias con la medicación.
- Establecer objetivos según el modelo CMO a corto plazo en las consultas externas de Farmacia Hospitalaria.

2 . FORMACIÓN

Un paciente formado e informado es aquel que posee los conocimientos suficientes para entender su enfermedad y su tratamiento y así sentirse capaz de realizarlo.

Para ello es preciso que los farmacéuticos estemos actualizados, ofreciendo la mejor información a nuestros pacientes con psoriasis para lograr que estos sean activos, con capacidad de decisión para satisfacer sus necesidades, resolver sus problemas con criterio, controlando su salud y su vida.

La formación debe ser exhaustiva en los 3 niveles de priorización y debe abordar los siguientes puntos:

2 . 1 . PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA

Las estrategias que el farmacéutico puede realizar para mejorar la adherencia deben individualizarse para cada paciente concreto e implican conocer los motivos de la falta de adherencia. Se dividen en:

- **Estrategias educacionales:** destinadas a informar, motivar y concienciar a los pacientes. Son las entrevistas personales, telefónicas, la educación con métodos audiovisuales o escritos etc.
- **Estrategias conductuales para modificar su comportamiento:**

instrumentos para recordar al paciente que tome o se administre el medicamento (pastilleros, alarmas, calendarios, App), adecuación de regímenes y posologías a la rutina del paciente.

2.2. INFORMACIÓN Y RESOLUCIÓN DE DUDAS RELACIONADAS CON:

- **La enfermedad**

El conocimiento de la enfermedad, de sus causas y consecuencias por parte del paciente serán clave para afrontar un correcto abordaje de un tratamiento integral de la psoriasis y sus comorbilidades.

El farmacéutico tiene un papel clave en el refuerzo de la información proporcionada por el dermatólogo y el resto de profesionales sanitarios.

- **Tratamiento**

Aportar material personalizado (hoja de medicación personalizada), que incluya la posología, conservación del medicamento, prevención y minimización de reacciones adversas.

Aportar información escrita de cada uno de los aspectos relevantes del tratamiento mejora la comprensión y adherencia de los tratamientos.

- **Recomendaciones sanitarias no farmacológicas**

- Estrés: el estrés es una causa común de los brotes psoriásicos y a su vez estos brotes generan estrés.

-Alcohol: evitar tomar alcohol.

- Tabaco: cesar el hábito tabáquico.
- Obesidad y dieta: la obesidad está asociada a implicaciones terapéuticas en el tratamiento de la psoriasis: disminuye de la eficacia de las terapias biológicas e incrementa del coste de los fármacos que requieren ajuste de las dosis por el peso del paciente. El consejo dietético podría englobarse como una parte fundamental del tratamiento para conseguir el objetivo terapéutico.

2.3. PROPORCIONAR RECURSOS WEB Y APPS PARA QUE EL PACIENTE CON PSORIASIS PUEDA DISPONER DE INFORMACIÓN FIABLE Y CONTRASTADA QUE COMPLEMENTE A LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LA CONSULTA DEL DERMATÓLOGO Y DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO.

2.4. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES MEDIANTE EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS, APLICANDO PROGRAMAS DE TELEFARMACIA Y DE DISPENSACIÓN DOMICILIARIA CUANDO ESTOS ESTÉN DISPONIBLES.

3. COORDINACIÓN CON EL EQUIPO ASISTENCIAL

3.1. PRIORIDAD 3

Unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de los pacientes con psoriasis (dermatólogos, farmacéuticos, enfermería) y niveles asistenciales (atención especializada, atención primaria y oficina de farmacia), estableciendo un programa de actuación con todos los agentes implicados en el cuidado de un paciente tipo. Nuestras actuaciones

deben estar coordinadas y para ello es conveniente registrar nuestras intervenciones en la historia clínica electrónica informatizada, mantener reuniones periódicas con los dermatólogos y el resto de los miembros del equipo, y establecer vías rápidas y efectivas de comunicación (mail, teléfono, reuniones presenciales e interconsultas).

- Participación del farmacéutico hospitalario en comités de biológicos.
- Colaboración en asociaciones de pacientes con psoriasis pudiendo aportar nuestros conocimientos sobre los fármacos y los tratamientos. Esto puede suponer una interacción con los enfermos que facilita nuestro conocimiento de su problemática y una mayor relación y confianza de los pacientes con los farmacéuticos hospitalarios.
- Desarrollo de programas orientados a cumplir objetivos en relación a la farmacoterapia.

3 . 2 . PRIORIDAD 2

Además de las acciones de AF enumeradas para los pacientes estratificados en el nivel 3, se propone:

- Coordinación con los servicios sociales o con los servicios de Psiquiatría del centro hospitalario.
- Definición de actuaciones consensuadas específicas para cada paciente entre los diferentes profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales implicados que se registren en la historia clínica del paciente.

3.3. PRIORIDAD 1

A todas las acciones de AF enumeradas para los pacientes de prioridad 3 y 2 se propone añadir:

- Realización de reuniones periódicas con el servicio de Dermatología para la coordinación del equipo asistencial sobre indicadores de eficacia y adherencia del paciente.

4. BIBLIOGRAFÍA

Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris--Update 2015--Short version--EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29(12):2277-94.

Curso Universitario SEFH de Farmacoterapia en Enfermedades Inflammatorias Inmunomediadas.

Título propio en formación. Farmacia hospitalaria en el abordaje integral de la psoriasis. Universidad de Alcalá. Año 2017.

Rodriguez-Jimenez P, Mir-Viladrich I, Chicharro P, Solano-Lopez G, Lopez-Longo FJ, Taxonera C, et al. Prevention and treatment of tuberculosis infection in candidates for biologic therapy: A multidisciplinary consensus statement adapted to the dermatology patient. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(7):584-601.

Stine JG, Bass M, Ibrahim D, Khokhar OS, Lewis JH. Dermatologists' awareness of and screening practices for hepatitis B virus infection before initiating tumor necrosis factor-alpha inhibitor therapy. *South Med J.* 2011;104(12):781-8.

Pagliarello C, Di Pietro C, Paradisi A, Abeni D, Tabolli S. Measuring empowerment in patients with psoriasis: the Psoriasis Empowerment Enquiry in the Routine Practice (PEER) questionnaire. *Eur J Dermatol.* 2010;20(2):200-4.

González A. et al. Grupo de expertos SROI_Psoriasis. Retorno social de la inversión de un abordaje ideal de la psoriasis. Instituto Max Wenwe. Madrid: Mayo 2016.

CAPÍTULO 05



CRITERIOS DE DERIVACIÓN Y FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Belén Hernández Muniesa

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO

1. Establecer los criterios para derivar a un paciente con psoriasis moderada/grave al especialista en cualquier momento del proceso: inicio, cambio, mantenimiento/seguimiento, finalización del tratamiento.
2. Establecer los criterios específicos para cada uno de los medicamentos indicados en psoriasis y dispensados en los servicios de farmacia hospitalaria.
3. Establecer los criterios de finalización/interrupción del tratamiento.

A continuación se presentan unos criterios generales y específicos que tienen que ver con el tratamiento, características del paciente y su enfermedad, por los que a lo largo del proceso de manejo y tratamiento de los pacientes con psoriasis (inicio, mantenimiento/seguimiento, fin), éstos deben ser derivados al dermatólogo especialista con el fin de mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos y garantizar los mejores resultados en salud posibles.

1. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL DERMATÓLOGO.

a) Criterios generales:

- Contraindicaciones al tratamiento.
- Reacciones de hipersensibilidad graves/Alergia al principio activo y/o a alguno de sus excipientes.
- Embarazo o deseo gestacional.
- Lactancia materna.
- Reacciones adversas graves.
- Interacciones que requieran ajuste de dosis y/o valoración de cambio de tratamiento.

- Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: artritis psoriásica, enfermedad de crohn, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares.
- Falta de adherencia.

b) Criterios específicos:

- Inhibidores de la fosfodiesterasa 4:

Apremilast:

Contraindicaciones: embarazo.

Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: intolerancia a galactosa, insuficiencia de lactasa o problemas de absorción de glucosa o galactosa; insuficiencia renal grave (FG<30ml/min); trastornos psiquiátricos.

Reacciones adversas: diarrea, náuseas y vómitos de carácter grave, pérdida de peso clínicamente significativa y de causa desconocida en pacientes con peso inferior al normal, ideación suicida.

Interacciones: inductores enzimáticos potentes del CYP 3A-4.

- Anti-TNF

Etanercept:

Contraindicaciones: sepsis o riesgo de sepsis, infecciones activas crónicas o localizadas.

Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: diabetes avanzada o mal controlada (riesgo aumentado de infecciones), insuficiencia

cardíaca congestiva (empeoramiento), enfermedades desmielinizantes (empeoramiento), hepatitis alcohólica (aumento de mortalidad).

Reacciones adversas: hematológicas (neutropenia, leucopenia, trombopenia), neurológicas (enfermedad desmielinizante), autoinmunes (lupus, vasculitis), alteraciones hepáticas, angioedema, urticaria, uveítis.

Interacciones: sulfasalazina, abatacept, anakinra, por aumento de riesgo de reacciones adversas graves. Vacunas de microorganismos vivos atenuados. Antidiabéticos (mayor riesgo de hipoglucemias).

Adalimumab:

Contraindicaciones: insuficiencia cardíaca moderada a grave (NYHA clases 3 y 4), tuberculosis activa, infecciones graves como sepsis e infecciones oportunistas (listeriosis, legionelosis).

Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: insuficiencia cardíaca congestiva (empeoramiento), enfermedades desmielinizantes (empeoramiento).

Reacciones adversas: hematológicas (neutropenia, leucopenia, trombopenia), neurológicas (enfermedad desmielinizante), autoinmunes (lupus, vasculitis), incremento de lípidos, hipopotasemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, hiperglucemia, hipertensión, ansiedad, depresión, diplopia, pancreatitis, alteraciones hepáticas, urticaria, angioedema, rash.

Interacciones: abatacept, anakinra, por aumento de riesgo de reacciones adversas graves. Vacunas de microorganismos vivos atenuados.

Infliximab:

Contraindicaciones: insuficiencia cardíaca moderada a grave (NYHA clases 3 y 4), tuberculosis activa, infecciones graves como sepsis, abscesos e infecciones oportunistas (listeriosis, legionelosis).

Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: insuficiencia cardíaca congestiva (empeoramiento), enfermedades desmielinizantes (empeoramiento).

Reacciones adversas: trastornos hepatobiliares (disfunción hepática, elevación de transaminasas), hematológicas (neutropenia, leucopenia, trombopenia), neurológicas (enfermedad desmielinizante), autoinmunes (lupus, vasculitis), insomnio, depresión, empeoramiento de la psoriasis, reacción relacionada con la infusión.

- Inhibidores de IL12/23

Ustekinumab:

Contraindicaciones: infecciones clínicamente importantes (tuberculosis activa).

Reacciones adversas: dermatitis exfoliativa, infecciones (celulitis, neumonía, infecciones víricas), depresión, parálisis facial.

Interacciones: vacunas de microorganismos vivos atenuados.

Guselkumab:

Contraindicaciones: infecciones clínicamente importantes (tuberculosis activa).

Reacciones adversas: Infecciones de las vías respiratorias altas, Infección por Herpes simple

Interacciones: vacunas de microorganismos vivos atenuados.

- Anti-IL17

Secukinumab:

Contraindicaciones: infecciones clínicamente importantes (tuberculosis activa).

Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: infecciones crónicas/infecciones recurrentes, enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn).

Reacciones adversas: infecciones (del tracto respiratorio superior, candidiasis mucocutánea, conjuntivitis), neutropenia (grado 3-4 CTCAE), urticaria.

Interacciones: vacunas de microorganismos vivos atenuados.

Ixekizumab:

Contraindicaciones: infecciones clínicamente importantes (tuberculosis activa).

Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: infecciones crónicas clínicamente importantes, enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).

Reacciones adversas: infecciones (del tracto respiratorio superior, candidiasis oral, conjuntivitis, tiña), neutropenia y trombocitopenia, urticaria.

Interacciones: vacunas de microorganismos vivos atenuados.

Brodalumab:

Contraindicaciones: infecciones clínicamente importantes (tuberculosis activa), enfermedad de Crohn activa.

Alteraciones significativas por presencia de comorbilidades: infecciones crónicas/infecciones recurrentes, signos y síntomas de infección. Pacientes con antecedentes de depresión/ideación-conducta suicida.

Reacciones adversas: infecciones (del tracto respiratorio superior, candidiasis, conjuntivitis, tiña), neutropenia.

Interacciones: vacunas de microorganismos vivos atenuados.

2. CRITERIOS DE FINALIZACIÓN/INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO.

Se recomienda que la valoración de continuación o finalización de tratamiento se realice de forma consensuada con el paciente.

Criterios generales:

Falta de respuesta (fallo primario): ausencia de respuesta entre las semanas 16-24 de tratamiento. No se alcanza el objetivo terapéutico PASI 75..

Pérdida de respuesta (fallo secundario): en pacientes que previamente habían alcanzado respuesta en la fase de inducción. Pérdida del PASI75, respuesta no mantenida en el tiempo (no suficientemente duradera a criterio del médico y paciente), pérdida del objetivo del tratamiento durante el curso de la terapia.

Reacciones de hipersensibilidad: alergia al principio activo y/o sus excipientes.

Reacciones adversas graves: infecciones graves, tuberculosis activa, conducta/ideación suicida, toxicidad grave debida al fármaco (grado 3-4 en la escala de la OMS).

Embarazo: se recomienda la evaluación de la relación beneficio/riesgo de forma previa al inicio del tratamiento, salvo en el caso de apremilast que está contraindicado.

Lactancia materna: se recomienda la evaluación previa de la relación beneficio/riesgo.

Aparición de una enfermedad grave durante el tratamiento que contraindique el uso de fármacos inmunomoduladores.

Falta de adherencia: como una de las posibles causas de falta de respuesta.

Criterios específicos:

Síntomas o signos de enfermedad desmielinizante con anti-TNF como: pérdida o reducción de visión en un ojo, doble visión, debilidad, signos de L`Hermitte.

Fallo cardiaco o empeoramiento de fallo cardiaco pre-existente con fármacos antiTNF.

Pérdida de peso clínicamente significativa en pacientes con peso inferior al normal en tratamiento con apremilast.

Depresión/empeoramiento de la depresión, síntomas de ideación/conducta suicida con brodalumab.

Blanqueamiento completo o casi completo (PASI 90) en pacientes con psoriasis en placa de moderada a grave, por un periodo superior a 6 meses, en dos situaciones; a petición del paciente o por efectos adversos. Siempre se debe plantear en el seno de consenso médico-paciente.

Cirugía programada: se recomienda suspensión de fármacos inmunomoduladores al menos 3-5 vidas medias del fármaco en cuestión.

Vacunas vivas: interrumpir la terapia inmunomoduladora al menos 6 meses antes de administrar una vacuna de microorganismos vivos y no reintroducir hasta 4 semanas después de la administración.

3 . BIBLIOGRAFÍA

E. Dauden, L. Puig, C. Ferrándiz, J.L. Sánchez-Carazo, J.M. Herranz-Hermosa on behalf of the Spanish Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate to severe psoriasis: Psoriasis group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. JEADV 2016, 30 (Suppl 2); 1-18.

C.H. Smith et al. British Association of dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 20217. Br J Dermatol 2017; 177:628-36.

Taltz®. Ficha técnica. [Acceso noviembre 2018].

Disponible en www.aemps.gob.es

Otezla®. Ficha técnica. [Acceso noviembre 2018].

Disponible en www.aemps.gob.es

Cosentix®. Ficha técnica. [Acceso noviembre 2018].

Disponible en www.aemps.gob.es

Stelara®. Ficha técnica. [Acceso noviembre 2018].

Disponible en www.aemps.gob.es

Enbrel®. Ficha técnica. [Acceso noviembre 2018].

Disponible en www.aemps.gob.es

Humira®. Ficha técnica. [Acceso noviembre 2018].

Disponible en www.aemps.gob.es

Remicade®. Ficha técnica. [Acceso noviembre 2018].

Disponible en www.aemps.gob.es



PATROCINA

