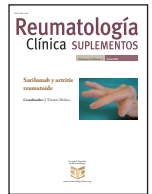




Sociedad Española
de Reumatología

Reumatología Clínica SUPLEMENTOS

www.reumatologiaclinica.org



El médico de familia en el control y seguimiento del paciente en tratamiento con sarilumab

Alejandro Tejedor Varillas* y Juan Carlos Hermosa Hernán

Medicina Familiar y Comunitaria, Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas de la SemFYC

RESUMEN

Palabras clave:

Sarilumab
Recomendaciones
Seguimiento por el médico de familia

Este capítulo se centra en intentar revisar y desarrollar de forma esquemática lo que refleja el título: ¿cuál es o debe ser el papel del médico de familia en el control y seguimiento del paciente con artritis reumatoide en tratamiento con sarilumab?, dado que tanto las indicaciones actualizadas del tratamiento, dosis, pautas de utilización y otras características del tratamiento ya se han abordado de forma exhaustiva en los capítulos anteriores.

Las terapias biológicas son ya una realidad imparable en el abordaje terapéutico de múltiples enfermedades, entre ellas las enfermedades reumatológicas, lo que supone una gran innovación terapéutica en el presente, pero con una gran potencialidad de desarrollo e implantación en un futuro inmediato. Por ello, el médico de familia no solo no debe permanecer al margen de esta corriente de tratamiento con terapias biológicas, sino que debe incorporarse a ella, adquirir y mantener actualizados los conocimientos de todos los aspectos relacionados con el correcto control y administración de la medicación por parte del paciente (en este caso el sarilumab), valorar la presencia de comorbilidades, polifarmacia y posibles interacciones, realizar una detección precoz de aparición de efectos adversos, hacer un seguimiento del grado de adherencia y cumplimiento del tratamiento, etc. Todo ello redundará en una mayor eficacia y seguridad del tratamiento y en lo que se puede definir como una mayor calidad asistencial al paciente con artritis reumatoide.

© 2018 Sociedad Española de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Keywords:

Sarilumab
Recommendations
General practitioner follow-up

The role of the general practitioner in the monitoring and follow-up of patients treated with Sarilumab

ABSTRACT

In this article, we focus on schematically reviewing and developing the topic: What should the role of general practitioners (GPs) be in monitoring patients with rheumatoid arthritis (RA) treated with sarilumab? Updated treatment indications, doses, indications for use, and other characteristics of treatment have been exhaustively addressed in previous articles. Biological therapies are a reality that cannot be ignored in the therapeutic approach to several diseases, including rheumatic diseases. This represents a significant therapeutic innovation in the present as well as strong potential for development and implementation in the immediate future. Consequently, GPs should tend towards treatment with biological therapies, including them in their therapeutic resources. They should therefore become familiar with every aspect concerning the correct management and administration of the patient's medication (in this case sarilumab) and remain up-to-date on the topic. Furthermore, they should also evaluate the presence of comorbidities, polypharmacy, and possible interactions through early detection of adverse reactions and monitoring the degree of treatment adherence, etc. Overall, all of this enhances the efficacy and safety of the treatment, resulting in a higher quality of care for patients with rheumatoid arthritis.

© 2018 Sociedad Española de Reumatología. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: atejedorv@telefonica.net (A. Tejedor Varillas).

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es la artropatía inflamatoria crónica *más prevalente en España*, ya que afecta en torno al 0,5-1%¹ de la población. Ocasiona una gran repercusión sobre la funcionalidad y la calidad de vida y un alto impacto emocional en el paciente que la padece, y genera altos costes, tanto directos como indirectos, al paciente y al sistema sanitario. Además, la Organización Mundial de la Salud ha destacado esta situación como un problema que va en aumento (tabla 1).

En los últimos 10-15 años, el arsenal terapéutico frente a la AR ha crecido llamativamente, desde los clásicos fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMEs o su equivalente en inglés, DMARDs), cuyo máximo representante, y aún hoy tratamiento de elección en la AR, es el metotrexato, sin olvidar la leflunomida, salazopirina, hidroxicloroquina, sales de oro, hasta los FAME biológicos (FAMEb: adalimumab, etanercept, golimumab, infliximab, abatacept, rituximab, tocilizumab, sarilumab) y los FAMEs dirigidos (FAMEsd: tofacitinib, baricitinib). Además, en los últimos tiempos comienzan a aparecer fármacos biosimilares, de infliximab, etanercept y adalimumab^{2,3} (tabla 2).

Las decisiones de tratamiento en el paciente con AR se basan en el grado de actividad de la enfermedad, la progresión del daño es-

tructural, la presencia de comorbilidades, los problemas de seguridad de los fármacos y otros factores propios del paciente^{3,4}.

Las terapias biológicas son ya una realidad imparable en el abordaje terapéutico de múltiples enfermedades, entre ellas las enfermedades reumatológicas, lo que supone una gran innovación terapéutica en el presente, pero con una gran potencialidad de desarrollo e implantación en un futuro inmediato.

Este capítulo se centra en intentar revisar y desarrollar de forma esquemática lo que refleja el título: ¿cuál es o debe ser el papel del equipo de atención primaria (AP) y, específicamente, del médico de familia (MF) en el control y seguimiento del paciente con AR en tratamiento con FAME, especialmente con sarilumab?, dado que tanto las indicaciones actualizadas del tratamiento con este, las dosis, pautas de utilización y otras características del tratamiento ya se han abordado de forma exhaustiva en los capítulos anteriores.

Por ello el MF no solo no debe permanecer al margen de esta corriente de tratamiento, sino que debe incorporarse a ella y adquirir y mantener actualizados los conocimientos de los aspectos relacionados con el correcto control y administración de la medicación por parte del paciente, la presencia de comorbilidades, la polifarmacia y sus posibles interacciones, la detección precoz de aparición de efectos adversos, el grado de adherencia y el cumplimiento del trata-

Tabla 1
Tasas generales de incidencia de enfermedades reumáticas en Europa. Casos nuevos por 100.000 varones y mujeres, respectivamente¹

Varones								
Enfermedad	0-15 años	16-24 años	25-44 años	45-64 años	65-74 años	≥ 75 años	Todas las edades	Clasificación
Artritis reumatoide	*	10	20	580	1.140	2.180	440	6
Artritis infantil	43	18	11	9	2	1	—	—
Espondilitis anquilosante	0	30	70	120	20	25	70	7
Gota	—	10	430	1.250	1.970	1.800	980	5
Lupus eritematoso sistémico	—	—	8	8	13	10	7	8
Esclerodermia	—	0	1	3	3	2	1	9
Artrosis	—	110	550	4.660	8.180	10.180	3.470	4
Raquiialgia	350	2.170	4.710	6.240	5.340	5.380	4.810	2
Fibromialgia	1.070	1.890	3.760	6.540	6.950	6.630	4.700	3
Osteoporosis (cadera)	—	—	—	3.490	5.180	15.640	5.800	1
Discapacidad (mHAQ > 0,5 + dolor)	—	1.710	7.920	16.725	12.010	18.740	10.820	—
Todas las enfermedades reumáticas	3.730	7.240	12.220	20.540	23.620	24.460	15.510	—
Mujeres								
Enfermedad	0-15 años	16-24 años	25-44 años	45-64 años	65-74 años	≥ 75 años	Todas las edades	Clasificación
Artritis reumatoide	*	63	160	1.670	2.330	2.740	1.110	5
Artritis infantil	86	36	22	18	13	10	—	—
Espondilitis anquilosante	0	0	20	20	10	0	14	8
Gota	—	20	40	210	530	690	230	6
Lupus eritematoso sistémico	—	—	28	45	35	28	32	7
Esclerodermia	—	1	1	9	5	5	5	9
Artrosis	—	90	820	6.540	12.170	15.820	5.870	3
Raquiialgia	510	3.300	5.670	7.360	6.580	6.260	5.890	2
Fibromialgia	1.100	2.800	4.690	8.360	7.370	6.800	5.800	4
Osteoporosis (cadera)	—	—	—	7.660	24.350	49.360	22.500	1
Discapacidad (mHAQ > 0,5 + dolor)	—	2.420	9.140	14.380	18.340	30.740	13.600	—
Todas las enfermedades reumáticas	3.880	9.600	15.660	26.600	29.790	31.630	20.720	—

mHAQ: modified Health Assessment Questionnaire.

*Artritis infantil.

Tabla 2Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR)²⁻⁴

Fármaco	Mecanismo de acción	Posología
<i>Fármacos de administración intravenosa (hospital de día)</i>		
Abatacept	Inhibidor de linfocitos T	Cada 4 semanas
Infliximab	Anti-TNF α	Cada 8 semanas
Rituximab	Inhibidor del CD20 de linfocitos B	Cada 6 meses
Tocilizumab	Antagonista del receptor de IL-6	Cada 4 semanas
<i>Fármacos de administración subcutánea (dispensación en farmacia hospitalaria)</i>		
Adalimumab	Anti-TNF α	Cada 2 semanas
Certolizumab	Anti-TNF α	Cada 2 semanas
Etanercept	Anti-TNF α	Cada semana si dosis de 50 mg, 2 veces por semana si dosis de 25 mg
Golimumab	Anti-TNF α	Mensual
Tocilizumab	Antagonista del receptor de IL-6	Cada semana
Sarilumab	Antagonista del receptor de IL-6	Cada 2 semanas

IL: interleucina; TNF: factor de necrosis tumoral.

miento, etc., lo que redundará en una mayor eficacia y seguridad del tratamiento y en lo que se puede definir como una mayor calidad asistencial al paciente con AR, cuyos puntos clave se recogen en la tabla 3.

La indicación del tratamiento con sarilumab corresponde al reumatólogo. Desde la consulta de AP, el MF debe contemplar no solo una atención puntual o a demanda del paciente ante un problema aislado con su medicación o con su enfermedad, sino que se deben desarrollar actividades que abarquen e integren dimensiones tales como la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad y las comorbilidades, la accesibilidad y continuidad asistencial y el mantenimiento y recuperación de la salud, así como su rehabilitación física, la restauración funcional y la reinserción social o laboral⁵⁻⁷.

Actividades básicas que debe desarrollar el médico de familia

Se podría resumir de una forma esquemática cuáles serían las actividades básicas que se deben desarrollar con los pacientes en tratamiento con sarilumab desde la consulta del MF:

1. Detección y registro codificado de los pacientes en tratamiento con sarilumab, incluyendo un mínimo de datos: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tiempo de tratamiento, dosis, pauta de tratamiento, comorbilidades asociadas, tolerancia, etc.
2. Confirmar la administración de la medicación según la pauta terapéutica establecida.

Tabla 3

Calidad asistencial al paciente con artritis reumatoide: puntos clave

1. Sospecha precoz. Diagnóstico precoz
2. Derivación. Accesibilidad. Circuitos
3. Planteamiento terapéutico <ul style="list-style-type: none"> • Farmacológico: tratamientos biológicos. Tratamientos alternativos • Otras intervenciones no farmacológicas • Integración de cuidados. Tratamiento individualizado. Soportes, recursos, apoyos, etc.
4. Plan de tratamiento
5. Seguimiento activo
6. Cuidados compartidos-responsabilidad compartida
7. Autocuidados
8. Entornos. Asociaciones. TIC. Redes

TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

3. Seguimiento del paciente en la consulta de AP. El MF debe diseñar un plan de seguimiento de carácter individualizado, adaptado a las necesidades de cada caso, que contemple y se adapte a las comorbilidades que presenta el paciente y a las interacciones con otros fármacos, y siempre en coordinación con el reumatólogo y el resto de especialistas de referencia, que incluya tanto controles clínicos y analíticos como una estrategia de seguimiento y control evolutivo en el tiempo con 3 objetivos fundamentales:

- Detección precoz de complicaciones.
 - Derivadas de la propia enfermedad.
 - Por efecto del tratamiento. Efectos adversos, interacciones, alergia, etc.
 - Por las comorbilidades asociadas a la AR.
 - Seguridad del responsable de la administración del fármaco (paciente, familiar o cuidador principal, enfermera de AP o especializada).
 - Grado de cumplimiento. Adherencia al tratamiento.
 - Educación, información, autocuidados, paciente experto.
- Control del tratamiento.
- Seguimiento del paciente en tratamiento con sarilumab.

Detección precoz de mala evolución/complicaciones de la propia enfermedad

El MF en contacto directo con el reumatólogo de referencia debe poner especial atención para intentar detectar la posible aparición de síntomas y signos que orienten a una escasa o nula respuesta de la enfermedad a los tratamientos pautados inicialmente, especialmente los FAME, y que justifiquen reevaluar el plan terapéutico establecido^{8,9}.

Estas posibles complicaciones o conjunto de signos y síntomas que denotan complicaciones de la propia AR se resumen en la tabla 4^{8,9}.

Por otro lado, se recomienda la valoración del riesgo cardiovascular (RCV) en todos los pacientes diagnosticados de AR, de cualquier edad, etnia y sexo, independientemente de que tengan o no factor reumatoide positivo. Debe prestarse especial atención a los pacientes con síntomas de aparición más temprana, mayor duración de la enfermedad, con anticuerpos antipéptidos citrulinados positivos, pacientes en tratamiento con corticosteroides, con cifras de reactivantes de fase aguda más elevadas y portadores del alelo HLA-DBR1¹⁰.

Tabla 4
Complicaciones derivadas de la artritis reumatoide (AR)

Complicaciones hematológicas	Anemia de proceso crónico que responde solo en un porcentaje al tratamiento con suplementos orales de hierro. Se relaciona con la velocidad de sedimentación y con la actividad de la enfermedad en la AR Leucopenia y trombocitopenia
Cáncer	Las leucemias y linfomas y algunos tumores sólidos pueden ser más frecuentes en pacientes con enfermedades reumatológicas
Complicaciones cardíacas	Pericarditis y derrame pericárdico Miocarditis
Complicaciones oculares	Uveítis, queratitis y epiescleritis
Complicaciones pulmonares	Neumonía, derrame pleural y fibrosis intersticial
Factores de riesgo	Obesidad, diabetes, tabaquismo

Detección de complicaciones derivadas del propio tratamiento

Los MF deben estar alerta ante la posible aparición de efectos adversos derivados del uso de sarilumab. Su perfil de seguridad se asocia con infecciones y disminución en el recuento absoluto de neutrófilos y de plaquetas, así como con la elevación de alanina aminotransferasa y lípidos, todos ellos consistentes con el ya conocido efecto del bloqueo de la IL-6, así como también con reacciones en el sitio de inyección, perfil consistente con la ruta de administración subcutánea (tabla 5)^{11,12}. Es importante prestar especial atención en poblaciones más susceptibles como ancianos, pacientes con IMC bajo o con insuficiencia renal^{11,12}.

Otros efectos adversos descritos, pero menos frecuentes, son perforaciones gastrointestinales (tasa de 0,14 acontecimientos por 100 pacientes-año en la población de seguridad a largo plazo sarilumab + FAMES convencionales [FAMESc] —ningún caso en pacientes con sarilumab en monoterapia—, la mayoría de estos pacientes estaban tomando de forma concomitante antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides o metotrexato), o reacciones de hipersensibilidad a sarilumab^{11,12}.

Las infecciones graves observadas más frecuentemente con sarilumab incluyeron neumonía y celulitis, infecciones graves y a veces fatales a causa de bacterias, micobacterias, micosis invasivas, virus u otros patógenos oportunistas que se han informado en pacientes que recibieron agentes inmunosupresores para la AR. Entre las infecciones oportunistas con sarilumab se declararon tuberculosis, candidiasis e infección por *Pneumocystis*^{11,12}.

Tabla 5
Efectos secundarios más frecuentes con sarilumab¹²

Sistema de clasificación de órganos	Frecuencia	Reacción adversa
Infecciones	Frecuentes	Infecciones de vías respiratorias altas
		Infecciones de orina
		Nasofaringitis
		Herpes oral
Trastornos de la sangre y sistema linfático	Muy frecuentes	Neutropenia
	Frecuentes	Trombocitopenia
Trastornos del metabolismo y la nutrición	Frecuentes	Reacción de inmunogenicidad
		Hipercolesterolemia
Trastornos hepato biliares	Frecuentes	Hipertrigliceridemia
		Elevación de transaminasas
Trastornos generales en el lugar de inyección	Frecuentes	Eritema en el lugar de inyección
		Prurito en el lugar de inyección

El tratamiento con sarilumab puede asociarse con una mayor incidencia de la disminución en el recuento absoluto de neutrófilos sin clara relación con el incremento de infecciones. De igual modo, en estudios clínicos también se ha descrito la reducción en el recuento de plaquetas, si bien esta reducción no estaba asociada con episodios de hemorragia^{11,12}.

No se recomienda el tratamiento con sarilumab en pacientes con enfermedad hepática activa o insuficiencia hepática. El tratamiento con sarilumab está asociado con mayor incidencia de la elevación de las transaminasas. Las elevaciones son transitorias y no provocan ninguna lesión hepática clínicamente evidente en los estudios clínicos^{11,12}.

Valoración integral del paciente, especialmente de las comorbilidades asociadas a los procesos reumatológicos por los que se administra sarilumab

La coexistencia de AR y otras comorbilidades puede influir tanto en la evolución y pronóstico de la propia enfermedad, la AR, como en la selección de los tratamientos más adecuados. Las comorbilidades pueden acortar la supervivencia y favorecer un mayor deterioro funcional. El papel del MF, junto con otros especialistas, es fundamental en el seguimiento, control y promoción de acciones preventivas adecuadas para el abordaje óptimo de las comorbilidades⁸. Por su frecuencia destacan la depresión, la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus (DM), sin olvidarse de otras como infecciones, cardiopatía isquémica, hepatopatías, enfermedad renal crónica, enfermedad péptica o accidente cerebrovascular.

Valoración de reacciones adversas graves derivadas de problemas en el tratamiento con sarilumab

Las reacciones adversas graves podrían deberse a confusión en la dosis administrada, complicaciones locales en el lugar de inyección, dificultad en la comprensión de las indicaciones por parte de los pacientes o sus cuidadores, etc.

Las medidas de seguridad que hay que tener en cuenta en la correcta administración de sarilumab se recogen en la tabla 6.

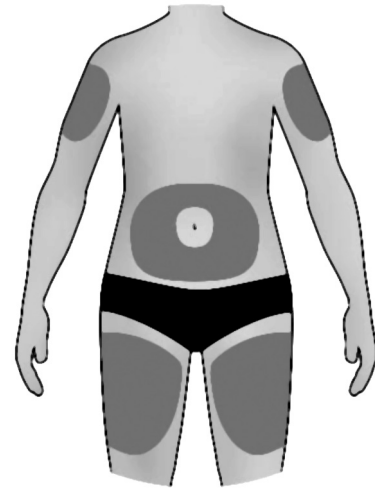
Grado de cumplimiento. Adherencia al tratamiento

Hablamos de grado de adherencia terapéutica según la clásica definición de Haynes y Sackett al referirnos a en qué medida la conducta del paciente con la toma de medicación, el seguimiento de la dieta recomendada o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; y el grado de incumplimiento es la medida en que no se realizan dichas iniciaciones. Son muchos los estudios, tanto de carácter internacional como nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que varían entre el 30 y el 70%¹³⁻¹⁶. Como principales predictores de

Tabla 6

Medidas de seguridad encaminadas a una correcta administración del fármaco (sarilumab)

- Es conveniente entregarle información al paciente que incluya consejos de administración de la medicación
- Comprobar que la dosis pautada por su médico corresponde con la que le dan en la farmacia
- La pauta de administración es cada 2 semanas
- Conservar en nevera a una temperatura entre 2 y 8 °C. Una vez fuera de la nevera, se debe administrar en los 14 días siguientes a temperatura ambiente, no superior a 25 °C. No congelar
- Conservar la jeringa precargada/pluma precargada en el embalaje original para protegerla de la luz
- Se debe revisar la jeringa precargada/pluma precargada antes de su uso. La solución no se debe utilizar si está turbia, decolorada o contiene partículas, o si alguna parte del dispositivo parece estar dañada
- Limpieza con alcohol en el lugar de administración y administración correcta
- Después de usar, poner la jeringa precargada/pluma precargada en un contenedor para desechar objetos punzantes, y debe deshacerse de ella de acuerdo con la normativa local
- No reciclar el contenedor. Mantener el contenedor fuera de la vista y el alcance de los niños
- Educar a los pacientes en los signos o síntomas que puedan representar infecciones graves o perforaciones intestinales para buscar atención médica de forma inmediata
- La inyección es subcutánea. Los lugares de inyección son: cara anterior del abdomen, excepto en 5 cm alrededor del ombligo, cara externa de los muslos (tercio medio) y cara externa de los brazos (tercio medio) (fig. 1)

**Figura 1** Grafico de los lugares de inyección del sarilumab.

falta de adherencia a los tratamientos se pueden considerar los recogidos en la tabla 7¹⁷.

En la tabla 8 se recoge un conjunto de recomendaciones sobre las intervenciones que han propuesto distintas instituciones y asociaciones¹⁸⁻²².

Seguimiento y control de pacientes en tratamiento con sarilumab

La participación del MF en el seguimiento de los pacientes en tratamiento con sarilumab debe ser una actividad compartida con el reumatólogo^{8,23}. El MF puede centrar el control y seguimiento en varios aspectos:

1. Solicitud y valoración de pruebas complementarias^{8,9}. En la valoración inicial es recomendable la realización de:
 - Radiografía de tórax.
 - Mantoux.
 - Analítica que incluya función renal y hepática, hemograma completo y reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva). Las recomendaciones posteriores deberían incluir una solicitud de analítica según el plan terapéutico individualizado establecido^{8,23,24}.
 - Serología hepatitis B y C. Serología VIH.

Tabla 7

Principales predictores de la falta de adherencia al tratamiento

- Complejidad del tratamiento
- Efectos adversos de la medicación
- Inadecuada relación médico-paciente
- Atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores
- Enfermedad asintomática
- Seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico al alta
- Inasistencia a las citas programadas
- Falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente
- Falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente
- Deterioro cognitivo
- Presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión
- Dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos
- Coste de la medicación

Modificada de referencia 17.

2. Control de aspectos relacionados con el tratamiento con sarilumab centrado fundamentalmente en:
 - Búsqueda activa de posibles síntomas y signos que puedan deberse a efectos secundarios del sarilumab.
 - Conciliación terapéutica. Actividad encaminada a evitar errores de medicación en la prescripción, dosis, vías de administración, interacciones, contraindicaciones, etc.
 - Seguimiento y control de factores de RCV. Valoración de comorbilidades^{8,25}.
 - Información al paciente sobre aspectos relacionados con la vía de administración, posibles complicaciones, interacciones, hábitos saludables, con el establecimiento de mecanismos de comunicación fluidos y razonables.

3. Actividades preventivas centradas fundamentalmente en:
 - Hábitos tóxicos. Cribado del consumo de alcohol y tabaco, por su relación con el propio tratamiento y, por otro lado, como factores de RCV⁴.
 - Cribado de factores de RCV: HTA, DM, hipercolesterolemia, obesidad, etc.⁴.
 - Vacunación: los pacientes con AR, además de tener un aumento del riesgo de primoinfecciones, tienen mayor probabilidad de sufrir reactivaciones de infecciones crónicas latentes, por lo que se recomienda la profilaxis con determinadas vacunas (tabla 9)^{8,24,26,27}.

La inmunización con microorganismos vivos atenuados se debe evitar, siempre que sea posible, en pacientes inmunodeprimidos con enfermedad reumática inflamatoria autoinmunitaria²⁷.

Cuando se requiere administrar inmunización con microorganismos vivos atenuados (sarampión, parotiditis, rubéola, fiebre tifoidea, poliomiélitis oral), se sugiere administrarla 2 semanas antes e idealmente 4 semanas previamente al inicio del tratamiento con FAME o biológico²⁷.

Tabla 8

Recomendaciones de intervenciones para aumentar la adherencia terapéutica

- Promover una buena relación médico-paciente
- Simplificar el tratamiento lo más posible
- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento que debe seguir
- Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico y de seguimiento
- Dar información escrita. Utilizar métodos de recordatorio
- Involucrar a la familia
- Reforzar periódicamente las pautas y recomendaciones. Fijar metas
- Investigar periódicamente el grado de cumplimiento
- Incentivar al paciente
- Llamar al paciente si no acude a revisión

Modificada de referencia 20.

Tabla 9
Recomendación de vacunación en la artritis reumatoide

	Vacunas inactivadas				Vacunas vivas atenuadas		Vacunas vivas
	Gripe	Neumococo	Hepatitis B	Tétanos (toxoiide)	Varicela/herpes zóster	Otras	
Metotrexato	*	*	*	*	*	No	No
Leflunomida	*	*	*	*	*	No	No
Sulfasalazina	*	*	*	*	*	No	No
FAME (biológicos)	*	*	*	*	No	No	No

FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

Modificada de referencia 27.

Se recomienda la vacunación frente a la gripe y el neumococo en los pacientes con AR antes o durante el tratamiento con FAMEsc o FAMEb. En pacientes no vacunados se pautará vacuna antineumocócica conjugada 13 valente (PCV) y polisacárida (PPSV): se indicará 1 dosis de PCV y a los 2 meses 1 dosis de PPSV, con un refuerzo a los 5 años de PPSV y otro después de los 65 años de edad^{24,26,27}.

Los pacientes con AR u otra enfermedad reumática inflamatoria autoinmunitaria deben recibir la vacuna con toxoide tetánico, de conformidad con las recomendaciones establecidas para la población general. También deben vacunarse frente a la hepatitis B²⁷.

Otro aspecto que hay que considerar es la vacunación de personas convivientes con el paciente con AR: vacuna antigripal, triple vírica, hepatitis B, tétanos, etc.

Seguimiento coordinado con el reumatólogo de referencia que ha indicado el tratamiento con sarilumab

El MF debería centrar su actividad en ser el profesional que integre y evite la fragmentación de la atención al paciente con AR, asegurando su continuidad, muy especialmente en las transiciones entre los distintos profesionales y escenarios: hospital, consulta ambulatoria, centro de salud, urgencias, domicilio, etc. Para ello son necesarios recursos, instrumentos y estrategias de participación y coordinación entre los distintos profesionales implicados y los servicios sanitarios que garanticen una atención integral del enfermo.

Esta coordinación debería basarse en el desarrollo de modelos de "gestión de cuidados compartidos", que permitan un adecuado nivel de comunicación e interrelación que facilite el intercambio de información y la participación en la toma de decisiones, orientado a la optimización de intervenciones que eviten duplicidades de servicios y a la mejora de los resultados en salud en beneficio de todos y muy especialmente de los pacientes^{28,29}.

Conflicto de intereses

A.T.V. declara haber recibido contraprestaciones económicas por actividades de carácter docente, no comerciales ni de asesoría, de laboratorios Esteve, MSD, Grunenthal y Abbvie.

J.C.H.H. declara haber recibido honorarios por actividades docentes (ponencias, conferencias y cursos), no por actividades comerciales ni de asesoría, de Laboratorios Menarini, Grunenthal, MSD y Esteve.

Bibliografía

- Olivé A, Monteagudo I, Wolf A; miembros de la UEMS. Sistema sanitario para los pacientes con enfermedades reumáticas: un servicio de reumatología. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2007;8:130-44.
- Castañeda S, González-Álvarez I. Novedades en el panorama terapéutico de la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2017;13:63-5.

- Sanmartí R, García-Rodríguez S, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL, Balsa A, Cáliz R, et al. Actualización 2014 del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2015;11:279-94.
- Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chazidionysio K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:960-77.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Contel i Segura JC, Ledesma i Castellort A, Blay i Pueyo C. Abordaje de la cronicidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J, editores. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Morera J, Pérez JE. Concepto funciones y actividades en atención primaria. Organización asistencial. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo Editores S.A.; 1997.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Artritis Reumatoide en España 2011. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/02/GUIPCAR-2016.pdf>
- Wasserman AM. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *Am Fam Phys*. 2011;84:1245-52.
- Guillén C, Redondo C, Boteanu A, Borja JF, Medina C, Zea A. Recomendaciones para el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. *Archivos de Medicina*. 2014;10:1-20.
- Informe del European Public Assessment Report (EPAR) for Kevzara (sarilumab). Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). European Medicines Agency (EMA). Abril 2017 [consultado 3-7-2017]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/004254/WC500230068.pdf
- Fleischmann R, Van Adelsberg J, Lin Y, Castelar-Pinheiro GR, Brzezicki J, Hrycaj P, et al. Sarilumab and Nonbiologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Patients With Active Rheumatoid Arthritis and Inadequate Response or Intolerance to Tumor Necrosis Factor Inhibitors. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69:277-90.
- Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM. Adherence in chronic disease. *Ann Rev Nurs Res*. 2000;18:48-90.
- Donnan PT, McDonald TM, Morris AD. Adherence to prescribed hypoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabet Med*. 2002;19:279-84.
- García MD, Orozco D, Gil V. Relación entre cumplimiento farmacológico y grado de control en pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemia. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:141-6.
- Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos en España? *Aten Primaria*. 2001;27:559-68.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-97.
- Sabaté E. WHO. Adherence Meeting Report. Genève: World Health Organization; 2001.
- Houston N, Hill M, Kottke T; and Expert Panel on Compliance. The multilevel compliance challenge; recommendations for a call to action. *Circulation*. 1997;95:1085-90.
- Orueta I. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29:40-8.
- Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
- Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud 2006;13. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/notas/NF-2006-8.pdf>
- Gaujoux-Viala C, Gossec L, Cantagrel A, Dougados M, Fautrel B, Mariette X, et al. Recommendations of the French Society for rheumatology for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*. 2014;81:287-97.
- Ranjan P, Chakrawarty A, Kumari A, Kumar J. Immunization in patients with rheumatic diseases: a practical guide for general practitioners. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:OE01-4.
- Dougados M, Soubrier M, Antúnez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: re-

- sults of an international, cross-sectional study (COMORA), *Ann Rheum Dis.* 2014; 73:62-8.
26. Garrido BC, Navarro MV, Navarro F. Vacunas y quimioprofilaxis en artritis reumatoide: ¿podría plantearse un calendario de vacunación? *Reumatol Clin.* 2011;7:412-6.
 27. Begazo AG. Inmunización y quimioprofilaxis en pacientes con artritis reumatoide. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2013;14:36-42.
 28. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
 29. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.