

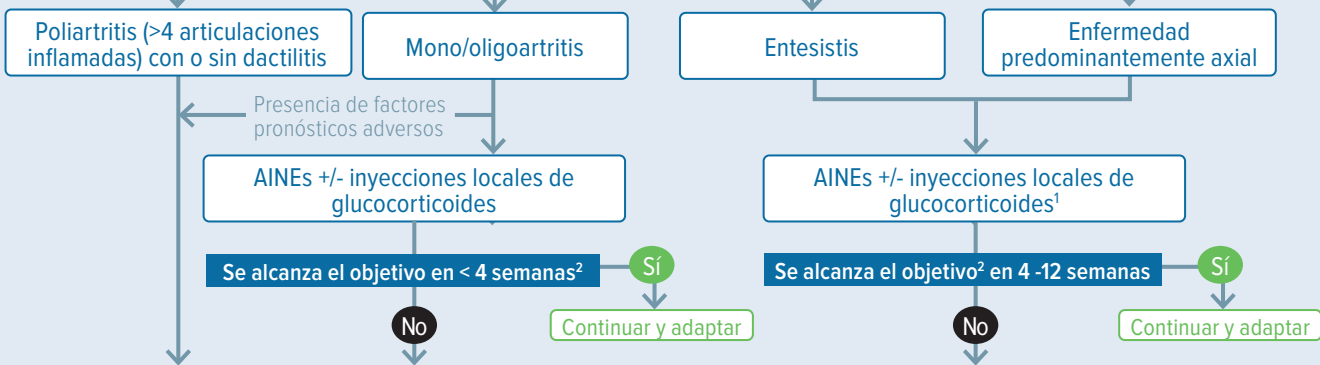
ALGORITMO DE TRATAMIENTO de la APs de EULAR¹

Recomendaciones EULAR 2019 para el tratamiento de la Artritis Psoriásica con tratamientos no tópicos¹

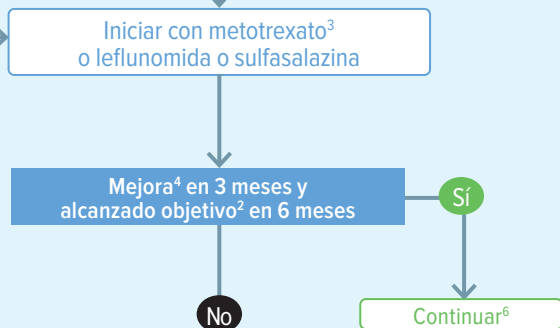
Diagnóstico clínico de APs activa

Considerar consultar a un dermatólogo en caso de gran afectación en la piel

FASE I

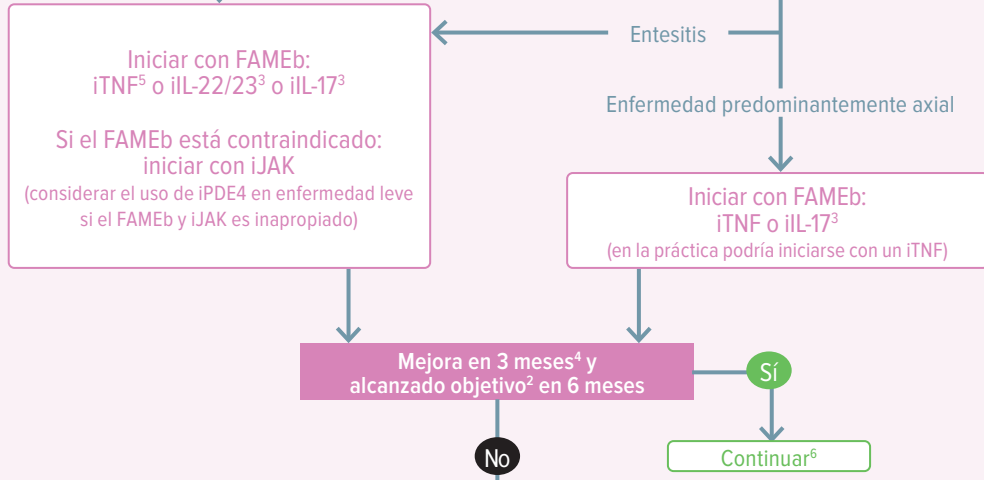


FASE II

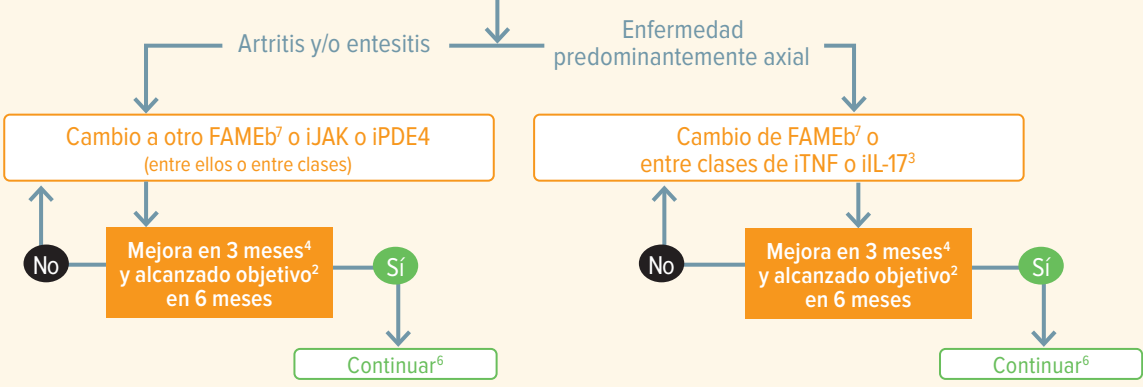


AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos
FAME: Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad
FAMEb: FAME biológico
FAMEsc: FAME sintético convencional
FAMEsd: FAME sintético dirigido
EULAR: European League Against Rheumatism
iIL-12/23: inhibidor de la interleucina 12/23
iIL-17: inhibidor de la interleucina 17
iJAK: inhibidor de la quinasa Janus
iPDE4: inhibidor de la fosodiesterasa 4
iTNF: Inhibidor del factor de necrosis tumoral
MTX: Metotrexato
APs: Artritis Psoriásica

FASE III



FASE IV



1. No glucocorticoides en enfermedad axial. 2. El objetivo es la remisión para enfermedad de baja actividad (especialmente en caso de enfermedad de larga duración) de acuerdo a las recomendaciones treat-to-target. 3. Preferido en presencia de implicación relevante en la piel; sin embargo, en caso de enfermedad inflamatoria intestinal concomitante o uveítis se debería considerar un iTNF. 4. Mejora de media de al menos un 50% de reducción en la actividad de la enfermedad. 5. Como complemento al metotrexato. 6. Considerar precauciones disminuyendo en remisión sostenida. 7. Incluye abatacept.

Mejora de la seguridad con protector de aguja²

50 mg/ml
La concentración preferida por pacientes y profesionales de la salud^{3,4}

10 presentaciones disponibles²



DIAGNÓSTICO DESDE REUMATOLOGÍA

Paciente remitido con psoriasis desde DERMATOLOGÍA para su estudio



Paciente que consulta a REUMATOLOGÍA (con o sin Ps) por dolor articular, dactilitis y/o entesitis



Aunque el médico responsable del diagnóstico y tratamiento sea el reumatólogo, es importante realizar un **manejo multidisciplinar del paciente⁷**

Ps: Psoriasis

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE MTX EN PACIENTES CON APs⁸

| Recomendación | NE | GR | GA |
|--|----|----|------|
| 1 En pacientes con APs activa periférica (oligo-poliarticular) se recomienda usar un FAME (NE 1 b; GR A; GA 100%), siendo MTX el fármaco de elección en general, y especialmente en casos de afectación cutánea clínicamente relevante | 1b | A | 100% |
| 2 Se recomienda una dosis de inicio de MTX no inferior a 10-15 mg/sem y esta se debe determinar sobre la base de la gravedad de la enfermedad y factores pronósticos relacionados con el paciente | 5 | C | 100% |
| 3 Una vez establecida la dosis inicial de MTX, si no se consigue con ella la respuesta adecuada, se debe proceder a un incremento rápido de su dosis hasta alcanzar los 25-30 mg/semana en unas 8 semanas | 5 | C | 100% |
| 4 Se recomienda iniciar la administración de MTX por vía oral, valorando su uso por vía parenteral en pacientes con alta actividad de la enfermedad, que requieran dosis > MTX 15 mg/semana, con mal cumplimiento de la medicación oral, polimedicados, obesos o para evitar errores posológicos, teniendo en cuenta siempre las preferencias del paciente | 5 | C | 100% |
| 5 Una vez conseguido el objetivo terapéutico y mantenido al menos 6 meses, se puede valorar un ajuste de dosificación hasta conseguir la dosis mínima que mantenga el citado objetivo | 5 | D | 90% |
| 6 MTX es eficaz en el tratamiento de la artritis psoriásica periférica | 1b | A | 100% |
| 7 En aquellos pacientes con entesitis/dactilitis en el contexto de artritis periférica se podría valorar el tratamiento con MTX | 2a | B | 100% |
| 8 En pacientes con indicación de terapia biológica se evaluará individualmente el mantenimiento o no de MTX | 1b | A | 100% |
| 9 No hay evidencia de que MTX en la APs presente problemas especiales de seguridad | 1b | A | 100% |

NE: nivel de evidencia. GR: grado de recomendación. GA: grado de acuerdo. APs: artritis psoriásica. FAME: fármaco modificador de la enfermedad. MTX: metotrexato.

EQUIVALENCIA DE DOSIS ENTRE LA VÍA ORAL Y LA SUBCUTÁNEA³

BIOEQUIVALENCIA DE METOTREXATO³

| Dosis oral (mg) | Dosis (mg) equivalente s.c. (IC 95%) ^b | Dosis (mg) s.c. recomendada |
|-----------------|---|-----------------------------|
| 10 | 8,3 (8,8-7,9) | 10 |
| 15 | 13,2 (14-12,4) | 15 |
| 20 | 15,3 (16,5-14,2) | 15 |
| 25 | 17,7 (19,5-16,1) | 20 |

¿CUÁNDO SE RECOMIENDA INICIAR LA VÍA PARENTERAL?³

- En pacientes:
- Con alta actividad de la enfermedad
 - Con mal cumplimiento de la medicación oral
 - Polimedicados
 - Obesos
 - Para evitar errores posológicos

IC: intervalo de confianza. mg: miligramo.

sc: subcutánea.

^a Fuente: Basado en un estudio de farmacocinética presentado en el ACR de 2015. Schiff y Sadowski.⁹

^b Combinación de abdomen y pierna.

Referencias: 1. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, de Wit M, McInnes I, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. Ann Rheum Dis. 2020 ;79(6):700-712. 2. Ficha técnica de Methofill®. Octubre 2020. Disponible: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/80871/80871_ft.pdf 3. Tornero Molina J, Calvo Alen J, Ballina J, Belmonte MA, Blanco FJ, Caracuel MA, et al. Recomendaciones sobre el uso de metotrexato parenteral en reumatología. Reumatol Clin. 2018;14(3):142-149. 4. Müller-Ladner U, Rockwitz K, Brandt-Jürgens J, Haux R, Kästner P, Braun J, et al. Tolerability and patient/physician satisfaction with subcutaneously administered methotrexate provided in two formulations of different drug concentrations in patients with rheumatoid arthritis. Open Rheumatol J. 2010;4:15-22. 5. Cañete JD, Daudén E, Quiero R, Aguilar MD, Sánchez-Carazo JL, Carrascosa JM et al. Elaboración mediante el método Delphi de recomendaciones para el manejo coordinado (reumatólogo/ dermatólogo) de la artritispsoriásica. Actas Dermosifiliogr. 2014;105(3):216-232. 6. Torre Alonso JC. Utilidad y aplicación en la práctica clínica de los criterios CASPAR. Reumatol Clin. 2010;6(S1):18-21. 7. Torre Alonso JC, Díaz del Campo Fontecha P, Almodóvar R, Cañete JD, Montilla Morales C, Moreno M et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología. sobre el tratamiento y uso de terapias sistémicas biológicas y no biológicas en artritis psoriásica. Reumatol Clin. 2018;14(5):254-268. 8. Cañete JD, Ariza-Ariza R, Bustabad S, Delgado C, Fernández-Carballido C, García Llorente JF, et al. Recomendaciones sobre el uso de metotrexato en pacientes con artritis psoriásica. Reumatol Clin. 2018;14(4):183-190. 9. Schiff M, Sadowski P. Oral to subcutaneous methotrexate dose-conversion strategies in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2015;67 Supplement S10:3831.