



CAPÍTULO DIAGNÓSTICO

Recomendación 1. Se recomienda considerar el dolor lumbar inflamatorio y la oligoartritis periférica sobretodo de miembros inferiores como datos claves para la sospecha de EsA [5, D, 84,3%].

Recomendación 2. Se recomienda definir dolor lumbar inflamatorio si se cumplen ≥ 4 de los siguientes criterios: 1) aparición anterior a los 40 años, 2) comienzo insidioso 3) mejoría con el ejercicio, 4) no mejoría con el reposo y, 5) dolor nocturno [2b, B, 84,3%].

Recomendación 3. El diagnóstico precoz de los pacientes con EsA debe de ser considerado una prioridad en la atención reumatológica [5, D, 90%].

Recomendación 4. Se recomienda generar e implantar actividades/estrategias/planes que fomenten el conocimiento en las EsA y la colaboración entre médicos de AP y reumatólogos para establecer criterios de derivación de estos pacientes adecuados [5, D, 88,6%].

Recomendación 5. Se recomienda derivar al reumatólogo lo antes posible aquellos pacientes menores de 45 años con a) lumbalgia inflamatoria, b) artritis asimétrica preferentemente en miembros inferiores, entesitis, dactilitis o c) raquialgia o artralgiás + 1 de: psoriasis, EII, uveítis anterior, historia familiar de EsA, psoriasis, EII o uveítis anterior, sacroileitis radiográfica o HLA-B27 + [5, D, 94,3%].

Recomendación 6. No se recomienda el uso de la tomografía computarizada para el diagnóstico precoz de las EsA [2b, B, 90%].

Recomendación 7. En pacientes con alta sospecha de EsA y duda diagnóstica (incluyendo radiografía simple sin alteraciones sugestivas, HLA-B27 y otros parámetros clínicos) se puede recomendar la realización de un estudio ecográfico por manos expertas, en el que se valore tanto el número como el grado de afectación de las entesis [2b, B, 71,4%].

Recomendación 8. No se recomienda gammagrafía ósea para el diagnóstico precoz de las EsA [2a, B, 87,1%].

Recomendación 9. En pacientes con alta sospecha de EsA y duda diagnóstica (incluyendo radiografía simple sin alteraciones sugestivas, HLA-B27 y otros parámetros clínicos) se puede recomendar la realización de una RM de sacroiliacas [2b, B, 90%].

Recomendación 10. Sólo las alteraciones claramente ostensibles de inflamación aguda (edema/osteítis) de las sacroiliacas en la RM deben de ser consideradas para el diagnóstico de EsA [2b, B, 90%].

Recomendación 11. A pesar de sus limitaciones para el diagnóstico precoz, se recomienda utilizar los criterios de Nueva York modificados para establecer el diagnóstico de la EA [2b, B, 71,4%].

Criterios de Nueva York modificados para el diagnóstico de la EA.

1. Criterios clínicos

- a) Dolor lumbar y rigidez > 3 meses de duración que mejora con el ejercicio pero no se alivia con el reposo
- b) Limitación de movimientos de la columna lumbar en el plano sagital y frontal
- c) Limitación de la expansión torácica con respecto a los valores normales corregidos para edad y sexo[†]

2. Criterio radiológico

- a) Sacroilitis bilateral de al menos grado 2 o unilateral grado 3-4

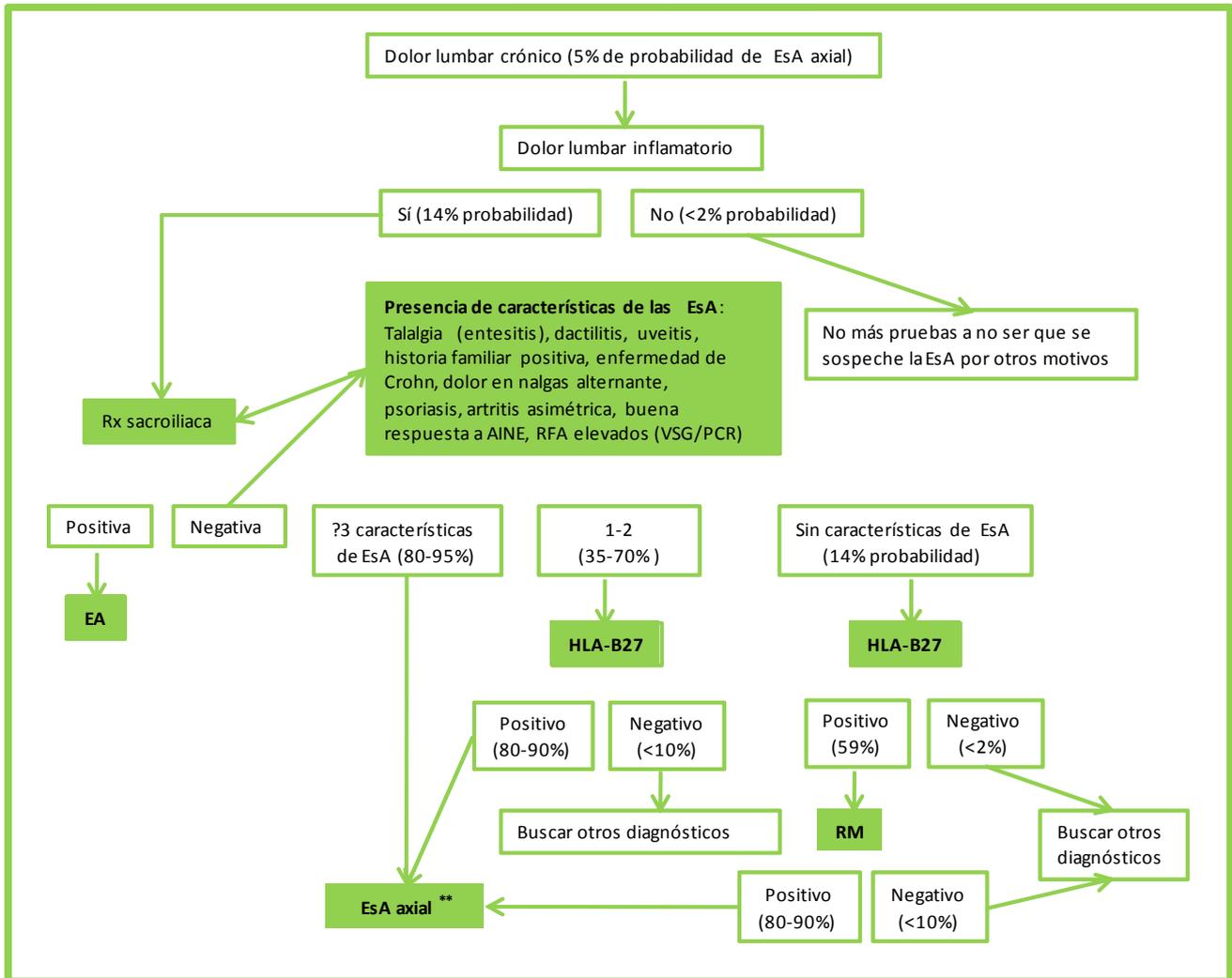
***Interpretación:** Se establece el diagnóstico de EA si se cumple el criterio radiológico y al menos uno de los clínicos.

†<2,5 centímetros.

Recomendación 12. No se recomiendan los criterios de ESSG ni los de Amor para la clasificación de las EsA [2b, B, 74,3%].

Recomendación 13. Se recomienda seguir los criterios de del grupo ASAS para el diagnóstico de EsA axial [2b, B, 81,4%].

Árbol de decisión para el diagnóstico de espondiloartritis (EsA) axial (y sus probabilidades)*.



* El punto de partida es la presencia de dolor lumbar inflamatorio en pacientes con lumbalgia crónica. En general se sugiere una probabilidad del 90% para hacer el diagnóstico definitivo de EsA axial.

** Si la probabilidad es >90% se considera que el diagnóstico de EsA axial es definitivo. Si está entre el 80-90% como probable.

Criterios de clasificación de la espondiloartritis (EsA) axial del grupo ASAS (Ankylosing Spondylitis Assessment Study)*.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN de EsA axial en pacientes con dolor lumbar >3 meses de evolución y edad de inicio <45 años

A. Criterios clínicos	
1. Lumbalgia inflamatoria [†]	
2. Artritis periférica (sinovitis activa presente o pasada diagnosticada por un médico)	
3. Entesitis (entesitis en talón: presencia o historia de dolor espontáneo o tumefacción a la exploración en la inserción del tendón de Aquiles o fascia plantar en el calcáneo)	
4. Dactilitis (presencia o historia de dactilitis diagnosticada por un médico)	
5. Buena respuesta a AINE (franca mejoría o desaparición del dolor lumbar a las 24-48 horas de la administración de dosis máximas de un AINE)	
6. Historia familiar (presencia en familiar de primer o segundo grado de cualquiera de: EA, psoriasis, uveítis, Are, EII)	
7. Uveítis anterior (presencia o historia de uveítis anterior confirmada por un oftalmólogo)	
8. Psoriasis (presencia o historia de psoriasis diagnosticada por un médico)	
9. EII (presencia o historia de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa diagnosticada por un médico)	
10. HLA-B27 (test positivo utilizando técnicas de laboratorio estándar)	
11. Aumento de PCR (PCR elevada en presencia de dolor lumbar, y tras exclusión de otras causas de elevación de PCR)	
B. Sacroilitis en imagen	
1. Sacroilitis (radiológica, RM): sacroilitis definitiva de acuerdo con los criterios de Nueva York modificados o inflamación aguda en RM (-altamente sugestiva de sacroilitis)	
C. Predisposición genética	
1. HLA-B27 positivo	

* **Interpretación:** Se clasifican como EsA axial si se cumple el criterio de sacroilitis en imagen, y al menos uno de los clínicos, o el criterio de HLA-B27 positivo si se asocia al menos a 2 criterios clínicos.

† Lumbalgia inflamatoria en pacientes con dolor lumbar crónico (>3 meses) si se cumplen al menos 4 de: 1) edad de inicio < 40 años; 2) inicio insidioso; 3) mejoría con el ejercicio; 4) no mejoría con el reposo; 5) dolor nocturno (con mejoría tras levantarse).

Abreviaturas: AINE=antiinflamatorio no esteroideo; EsA=espondiloartritis; EII=enfermedad inflamatoria intestinal; Are=artritis reactiva; VSG=velocidad de sedimentación globular; PCR=proteína C reactiva; RM=resonancia magnética nuclear.

Crterios de clasificacin de las espondiloartritis (EsA) perifrica del grupo ASAS (Ankylosing Spondylitis Assessment Study).

CRITERIOS DE CLASIFICACIN de EsA predominantemente perifrica en pacientes con edad de inicio de los sntomas <45 aos

Artritis, entesitis o dactilitis (criterio necesario) y:

≥ 1 de los siguientes:

1. Infeccin previa
2. Sacroilitis (Rx o RM)
3. Uveítis
4. Psoriasis
5. EII
6. HLA-B27

Ó alternativamente, artritis, entesitis o dactilitis (criterio necesario) y:

≥ 2 de los siguientes:

1. Artritis
2. Entesitis
3. Dactilitis
4. Dolor lumbar inflamatorio
5. Historia familiar de EsA

Abreviaturas: Rx=radiografía simple; RM=resonancia magnética nuclear; EII=enfermedad inflamatoria intestinal.

Recomendación 14. Se recomienda seguir los criterios de Berlin 1999 para el diagnóstico de Are [2b, B, 76,7%].

Crterios diagnósticos de la artritis reactiva (Are) de Berlin 1999.

Crterios mayores:

1. Artritis (2 de 3): Asimétrica, mono u oligoartritis, en miembros inferiores
2. Clínica de infeccin previa (1 de 2):
 - a. Enteritis (diarrea de al menos un día de duracin, y de 3 días a 6 semanas antes de la artritis)
 - b. Uretritis (disuria/secrecin de al menos un día de duracin, y de 3 días a 6 semanas antes de la artritis)

Crterios menores:

1. Evidencia de infeccin desencadenante (1 de 3)
 - a. Coprocultivos positivos para enterobacterias relacionadas con las Are (*Salmonella enteritidis*, *Shigella flexneri*, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni*)
 - b. Deteccin de *Chlamydia trachomatis* en orina de la maana, líquido cefaloraquídeo o en el exudado uretral/cervical)
 - c. Considerar como causa de artritis reactiva posible en casos de antecedente de infeccin por *Chlamydia pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *mycoplasma hominis*, *Clostridium difficile*
2. Evidencia de infeccin sinovial persistente (inmunohistología) con deteccin de PCR para *Chlamydia trachomatis*

Are probable: 2 criterios mayores ó 1 criterio mayor + 1 criterio menor

Are definida: 2 criterios mayores + 1 criterio menor

Crterios de exclusin: Se deben excluir otras enfermedades reumáticas definidas mediante historia clínica y exámenes complementarios específicos

Recomendación 15. Se recomienda seguir el criterio clínico del reumatólogo o los criterios CASPAR para el diagnóstico de la Aps (si la afectacin es predominantemente perifrica) y los criterios del grupo GRAPPA para el diagnóstico de la afectacin axial [5, D, 76,2%].

Crterios CASPAR para la clasificacin de la artritis psoriásica.

CRITERIOS

1. Enfermedad inflamatoria articular (perifrica, espinal o entesítica), con 3 o más puntos obtenidos de las siguientes categorías:

CATEGORÍAS	PUNTUACIN
a) Presencia actual de psoriasis, historia personal o familiar de psoriasis	
- Presencia actual definida como psoriasis en la piel o cuero cabelludo evaluado por un reumatólogo o dermatólogo	2
- La historia personal es la historia de psoriasis obtenida del paciente, dermatólogo, médico de cabecera, reumatólogo u otro personal sanitario cualificado	1
- La historia familiar es la historia de psoriasis en un familiar de primer o segundo grado referido por el paciente	1
b) Distrofia psoriásica ungueal, incluidos onicólisis, <i>pitting</i> e hiperqueratosis, observados en la exploracin actual	1
c) Factor reumatoide negativo, determinado por cualquier método excepto el látex, preferible ELISA o nefelometría. Los valores serán los del laboratorio local de referencia	1
d) Historia actual de dactilitis, definida como inflamacin de todo el dedo o una historia de dactilitis recogida por un reumatólogo	1
e) Evidencia radiográfica de neoformacin ósea yuxtaarticular cerca de los márgenes de la articulacin (manos y pies): osificacin mal definida (excluidos osteofitos)	1

Criterios elaborados por el grupo GRAPPA para el diagnóstico de la afectación axial en la Aps.

El diagnóstico de afectación axial se debe basar en la presencia de 2 de los siguientes criterios:

Dolor lumbar inflamatorio	Edad de inicio < 45 años, duración >3 meses, rigidez matutina >30 minutos, inicio insidioso, mejoría con el ejercicio, dolor alternante en nalgas
Limitación funcional	Limitación en la movilidad cervical, dorsal o lumbar en el plano sagital y frontal. Notar las diferencias con la EA, por ejemplo que habitualmente la limitación en el movimiento es menor y más asimétrica
Radiológico	Sacroilitis unilateral \geq grado 2 en radiografía simple, presencia de sindesmofitos, en resonancia magnética de sacroiliacas: edema de médula ósea, erosiones o disminución del espacio articular

EVALUACIÓN

Recomendación 16. Los pacientes con EsA deben de ser evaluados de forma indefinida salvo algunos casos como algunos pacientes de Are en los que en principio la enfermedad ha remitido completamente [5, D, 82,9%].

Definición de la Sociedad Internacional de evaluación de las Espondiloartritis (ASAS) de algunas de las variables a evaluar en estos pacientes.

VARIABLE	DEFINICIÓN
Dolor lumbar inflamatorio	Si presencia de al menos 4 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Inicio anterior a los 40 años • Inicio insidioso • Mejoría con el ejercicio • No mejoría con el reposo • Dolor nocturno (con mejoría al levantarse)
Artritis	Historia o presencia actual de sinovitis activa diagnosticada por un médico
Historia familiar	Presencia de un familiar de primer o segundo grado con alguno de: <ul style="list-style-type: none"> • Espondilitis Anquilosante • Psoriasis • Uveitis • Artritis reactiva • EII
Psoriasis	Historia o presencia actual de psoriasis diagnosticada por un médico
EII	Historia o presencia actual de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, diagnosticada por un médico
Dactilitis	Historia o presencia actual de dactilitis diagnosticada por un médico
Entesitis	Entesitis de talón: historia o presencia actual de dolor espontáneo o a la palpación en la inserción del tendón de Aquiles o fascia plantar en el calcáneo
Uveitis anterior	Historia o presencia actual de uveítis anterior confirmada por un oftalmólogo
Buena respuesta a AINE	Desaparición o gran mejoría del dolor lumbar a las 24-48 horas del tratamiento con dosis plenas de AINE
HLA-B27	Test positivo conforme a las técnicas de laboratorio estándar
PCR elevada	Niveles de PCR elevados por encima del límite superior de la normalidad en presencia de dolor lumbar y tras haber descartado otras causas de elevación de la PCR
Sacroilitis por rayos X	Bilateral grado 2-4 o unilateral grado 3-4, de acuerdo con el sistema de graduación de sacroilitis propuesto en los criterios de Nueva York modificados: <ul style="list-style-type: none"> • 0=normal • 1=cambios sospechosos • 2=mínimas anomalías: pequeñas áreas localizadas de erosión o esclerosis, sin cambios en la anchura del Espacio articular sacroiliaco • 3=anomalías inequívocas: moderada o avanzada sacroileitis con uno o más de: erosiones, evidencia de esclerosis, ensanchamiento articular, estrechamiento articular, o anquilosis parcial • 4=anomalías graves: anquilosis total
Sacroilitis por RM	Lesiones activas inflamatorias en la articulación sacroiliaca con edema de médula ósea/osteítis definitiva, sugestiva de sacroilitis asociada a EsA

Abreviaturas: EII=enfermedad inflamatoria intestinal; AINE=antiinflamatorios no esteroideos; PCR=proteína C reactiva; RM=resonancia magnética nuclear; EsA=espondiloartritis.

Recomendación 17. En todas las evaluaciones de los pacientes con EsA se deberán recoger un conjunto mínimo de parámetros (que pueden variar en función de la EsA de base) que permitan evaluar la actividad inflamatoria, función, daño estructural y toxicidad y respuesta al tratamiento, existiendo otros dominios de la enfermedad que serán optativos a la hora de evaluar al paciente [5, D, 88,6%].

Recomendación 18. Se recomienda utilizar formularios específicos que faciliten la recogida sistemática de datos de los pacientes con EsA, preferiblemente en formato electrónico [5, D, 82,9%].

Recomendación 19. La primera evaluación de un enfermo con/con sospecha de EsA debe incluir: historia clínica, exploración física, análisis de laboratorio (al menos: hemograma, bioquímica, VSG, PCR, inmunología), estudio radiológico, una evaluación del pronóstico y del tratamiento (si es que está pautado) [5, D, 87,1%].

Recomendación 20. La historia clínica de los pacientes con EsA deberá incluir: antecedentes familiares y personales, datos sociodemográficos, historia previa de la enfermedad, sintomatología actual y tratamientos (previos y concomitantes) [5, D, 87,1%].

Variables a recoger en la historia clínica de las espondiloartritis.

APARTADO	DEFINICIÓN/COMENTARIO	VARIABLE
Sociodemográfico		<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel de estudios - Nivel socioeconómico - Actividad laboral principal - Situación laboral actual
Antecedentes familiares	- Presencia de un familiar de primer o segundo grado con alguno de los siguientes: EA, psoriasis, Aps, uveítis aguda, Are, o Ell	- Antecedente familiar positivo
Antecedentes personales		<ul style="list-style-type: none"> - Alergias - Enfermedades (comorbilidad*) - Intervenciones quirúrgicas - Estilos de vida - Nivel de independencia - Historia ginecológica, última menstruación
Espondiloartritis	<p>Manifestaciones articulares/partes blandas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor vertebral inflamatorio - Dolor alternante en nalgas uni/bilateral - Artritis periférica - Entesopatías <p>Manifestaciones extrarticulares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uveítis/conjuntivitis - Infecciones intestinales (diarrea) o urogenitales (uretritis o cervicitis) en el mes previo a la artritis 	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo (si ya está diagnosticado) - Momento de inicio - Manifestaciones clínicas: (articulares, extrarticulares) - Tratamientos recibidos ✓ Respuesta y toxicidad - Informes, radiografías previas** ✓ Daño estructural
Clínica actual	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones inflamatorias de la mucosa intestinal en colonoscopia - Lesiones ungueales - Psoriasis cutánea - Balanitis circinada - Queratoderma blenorrágica - Lesiones cardíacas o pulmonares 	<ul style="list-style-type: none"> - Momento de inicio - Manifestaciones clínicas: <ul style="list-style-type: none"> • Generales (astenia, anorexia, malestar, pérdida de peso, fiebre) • Articulares y de partes blandas** ✓ Actividad ✓ Función • Extrarticulares - Tratamiento actual (si existe) de la EsA y concomitantes ✓ Respuesta y toxicidad

Abreviaturas: EA=espondilitis anquilosante; Aps=artritis psoriásica; Are=artritis reactiva; Ell=enfermedad inflamatoria intestinal; EsA=espondiloartritis..

** Se recogerán mediante el interrogatorio propio de la historia y se evaluarán objetivamente tal y como se describe en los puntos siguientes ‡ Ver [capítulo 8](#).

Recomendación 21. En los pacientes con EsA la exploración física, además del examen general por órganos y aparatos, deberá incluir una evaluación detallada del aparato locomotor [5, D, 88,6%].

Resumen de los elementos a incluir en la exploración física de las espondiloartritis.

EXPLORACIÓN	DESCRIPCIÓN
General	- Tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, altura
Órganos y aparatos	- La habitual en medicina
Aparato locomotor	
Esqueleto axial	- Columna cervical, dorsal y lumbar
Articular	- 44-78 articulaciones con sacroiliacas
Entesis	- 13 entesis y dactilitis
Otros	- Alteraciones en piel y faneras

Recomendación 22. En todos los pacientes con EsA se recomienda la exploración de la columna cervical, dorsal y lumbar para detectar la presencia de dolor a la palpación/movilización, tono de la musculatura paravertebral, tumefacción o deformidades, siendo especialmente relevante la correcta evaluación de la movilidad espinal [5, D, 90%].

Recomendación 23. Se recomienda explorar (de 44 hasta 78 articulaciones en función de la EsA de base), buscando la presencia de tumefacción a la palpación, tono de la musculatura periarticular, movilidad, marcha y presencia de deformidades [5, D, 84,3%].

Recomendación 24. Se recomienda evaluar las entesis en todos los pacientes con EsA siguiendo alguno de los instrumentos disponibles [5, D, 81,4%].

Localización de las entesis a evaluar en los distintos instrumentos de evaluación.

DESCRIPTOR	MASES	Berlin	SPARCC	San Francisco	Leeds	IMPACT
C1/C2	-	-	-	X	-	-
C7/T1	-	-	-	X	-	-
T12/L1		-	-	X	-	-
1ª costocondral	D/I	-	-	-	-	-
7ª costocondral	D/I	-	-	-	-	-
Epicóndilo lateral del húmero	-	-	D/I	-	D/I	-
Epicóndilo medial del húmero	-	-	D/I	-	-	-
Espina iliaca posterosuperior	D/I	-	-	-	-	-
Espina iliaca anterosuperior	D/I	-	-	D/I	-	-
Cresta iliaca	D/I	D/I	-	-	-	-
Proceso espinoso L5	X	-	-	X	-	-
Tuberosidad isquiática	-	-	-	D/I	-	-
Inserción proximal del Aquiles	D/I	D/I	D/I	D/I	D/I	D/I
Trocanter mayor	-	D/I	D/I	D/I	-	-
Cóndilo femoral medial	-	D/I	-	-	D/I	-
Cóndilo femoral lateral	-	D/I	-	-	-	-
Inserción de la fascia plantar	-	D/I	D/I	D/I	-	D/I
Inserción del supraespinoso	-	-	D/I	-	-	-
Inserción del cuádriceps en la rótula	-	-	D/I	-	-	-
Extremo inferior de la rótula	-	-	D/I	-	-	-
Tubérculo tibial	-	-	D/I	-	-	-

Abreviaturas: C=cervical; T=torácica/dorsal; L=lumbar; X=sitio presente; D=derecho; I=izquierdo.

Recomendación 25. Se recomienda evaluar las dactilitis en todos los pacientes con EsA registrando si está presente o no y si esta es aguda o crónica [5, D, 88,6%].

Recomendación 26. Se recomienda incluir en la analítica de la primera evaluación de los pacientes con EsA: un hemograma completo, bioquímica básica que incluya perfil hepático (GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, albúmina), función renal (creatinina), calcio, reactantes de fase aguda (VSG, PCR), análisis de orina elemental con sedimento, FR, ANA y HLA-B27 [5, D, 91,4%].

Recomendación 27. El examen radiológico básico inicial debe incluir radiografías simples (rayos X) cuya localización variará en función de la EsA de base y que incluyen: AP de pelvis (articulaciones sacroilíacas y caderas), AP y lat de columna vertebral en sus tres segmentos, tórax y articulaciones periféricas [5, D, 88,6%].

Recomendación 28. Se recomienda realizar una evaluación del pronóstico en cada visita del paciente con EsA (en la primera con los datos disponibles en ese momento) que a su vez debe incluir factores sociodemográficos, socioeconómicos, y laborales, marcadores genéticos (si es accesible), factores dependientes de la enfermedad, tratamiento y factores psicológicos [5, D, 70%].

Recomendación 29. Los pacientes con EsA deben de ser evaluados al menos una vez al año, intervalo que se puede modificar en función del tipo y gravedad de la EsA de base, de las características del paciente y de la estrategia y tipo del tratamiento [5, D, 90%].

Recomendación 30. El seguimiento de un paciente con EsA debe estar sistematizado e incluir la recogida de datos socio-laborales, clínicos, analíticos, radiológicos y de respuesta/toxicidad del tratamiento [5, D, 84,3%].

Variables mínimas a recoger durante el seguimiento en las espondiloartritis.

ÁREA	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	PERIODICIDAD
Socio-económico	- Situación laboral - Apoyo psico-social y familiar	- Incapacidad laboral temporal, permanente	- En cada visita
Clínica y exploración	- Evolución de manifestaciones previas - Aparición de nuevas manifestaciones - Manifestaciones clínicas actuales: <ul style="list-style-type: none"> • Generales (astenia, anorexia, malestar, pérdida de peso, fiebre) • Articulares y de partes blandas <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actividad ✓ Función • Extrarticulares[‡] 	- Dolor espinal global y nocturno* - Valoración global del paciente y médico* - BASDAI - BASFI - Recuento articular (44-78) - Índice de entesitis validado** - Dactilitis - Distancia dedo-suelo, rotación cervical, distancia occipucio-pared y trago-pared, expansión torácica, test de Schöber, flexión lateral de la columna, distancia intermaleolar	- En cada visita
Analítica		- Hemograma - Bioquímica - Orina - VSG, PCR	- Si FAME, anti-TNF, o fármacos tóxicos cada 2-4 meses
Radiología	- Rx de columna, sacroiliacas, articulaciones periféricas	- mSASSS - BASRI - Índice de Sharp-van der Heijde modificado para Aps	- Anual los 3 primeros años y posteriormente cuando se estime oportuno
Tratamiento	- Eficacia y toxicidad	- Ver capítulo 5	- En cada visita

* Escala horizontal de 1-10 con descriptores numéricos (alternativamente escala analógica visual).

** Índice MASES, San Francisco, Berlin, etc.

‡Ver [capítulo 8](#).

Abreviaturas: BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI=Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; Aps=artritis psoriásica; BASRI= Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index; FAME=fármacos modificadores de la enfermedad; VSG=velocidad de sedimentación globular; PCR=protein C reactiva.

Recomendación 31. Para evaluar la actividad inflamatoria, se recomienda hacer: valoración del dolor espinal (global y nocturno), VGP, VGM, recuento de articulaciones tumefactas y entesopatías (incluyendo la dactilitis), y reactantes de fase aguda [5, D, 87,1%].

Recomendación 32. Se recomienda evaluar el dolor espinal (tanto global como nocturno por separado) mediante una escala horizontal de 10 cm dividida en 10 segmentos iguales de 1 cm, en la que las mediciones se acompañen de descriptores numéricos del 0 al 10, con indicadores en los extremos que marquen “Ningún dolor” (0) y “Máximo dolor” (10) [5, D, 94,3%].

Recomendación 33. Se recomienda realizar una valoración global de la enfermedad del paciente mediante una escala horizontal de 10 cm dividida en 10 segmentos iguales de 1 cm, en la que las mediciones se acompañen de descriptores numéricos del 0 al 10, con indicadores en los extremos que marquen “No activa” (0) y “Muy activa” (10) [5, D, 94,3%].

Recomendación 34. Se recomienda realizar una valoración global de la enfermedad del médico mediante una escala horizontal de 10 cm dividida en 10 segmentos iguales de 1 cm, en la que las mediciones se acompañen de descriptores numéricos del 0 al 10, con indicadores en los extremos que marquen “No activa” (0) y “Muy activa” (10) [5, D, 93%].

Recomendación 35. Se recomienda realizar una valoración global de la enfermedad del paciente mediante el cuestionario BASDAI [5, D, 88,6%].

Recomendación 36. Se recomienda la utilización del BASFI como instrumento de evaluación de la función física [5, D, 88,6%].

Recomendación 37. Para aquellos interesados en evaluar la calidad de vida de los pacientes con EsA, se recomienda el uso bien de cuestionarios genéricos validados como el SF-12, o específicos como el ASQoL o el PsAQoL [5, D, 87,1%].

Recomendación 38. Se recomienda que el reumatólogo vigile y controle la comorbilidad asociada a las EsA, para lo que contará con la colaboración del médico de AP y en caso necesario de otros especialistas, y procurará la participación activa del propio enfermo [5, D, 90%].

Recomendación 39. En todos los paciente con EsA se deben descartar las manifestaciones extrarticulares (como la uveitis, EII o psoriasis), [5, D, 91,7%]. Informar al respecto al paciente puede ser de gran ayuda para su diagnóstico precoz [5, D, 91,7%].

Recomendación 40. No se recomienda hacer una búsqueda sistemática de posibles complicaciones cardíacas mediante pruebas complementarias en ausencia de manifestaciones clínicas u otros factores que así lo indiquen [5, D, 91,4%].

Recomendación 41. No se recomienda hacer una búsqueda sistemática de posibles complicaciones pulmonares mediante pruebas complementarias en ausencia de manifestaciones clínicas u otros factores que así lo indiquen [5, D, 91,4%].

Recomendación 42. En los pacientes con EsA se recomienda el control analítico rutinario de la función renal y elemental de orina, así como un seguimiento de la presión arterial, adaptado a las características de cada caso (actividad inflamatoria, tratamiento, edad, comorbilidades asociadas, etc.) [5, D, 85,7%].

Recomendación 43. En los pacientes con EsA se recomienda una valoración cuidadosa de cualquier semiología neurológica [5, D, 84,3%].

Recomendación 44. Se recomienda tener muy presente la posibilidad de desarrollar osteoporosis en los enfermos con EsA y valorar la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales para su diagnóstico y evaluación según los factores de riesgo y las características clínicas de cada caso [5, D, 87,1%]. Dado que la interpretación de la densitometría mineral ósea lumbar puede verse dificultada por la presencia de calcificaciones en las entesis espinales, se recomienda valorar en este caso la densitometría de cadera [5, D, 87,1%].

Recomendación 45. En los pacientes con EsA se recomienda reducir la actividad inflamatoria de la enfermedad al máximo y conseguir un adecuado control de los factores de riesgo tradicionales [5, D, 90%].

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Recomendación 46. El tratamiento de las EsA debe ajustarse a las manifestaciones clínicas de la enfermedad, gravedad de los síntomas, otros hallazgos clínicos, a factores pronósticos, así como a las características generales (edad, sexo, comorbilidad, etc.) preferencias y expectativas del paciente [5, D, 92,9%].

Recomendación 47. El manejo óptimo de los pacientes con EsA requiere la combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que deben instaurarse lo antes posible [5, D, 92,9%].

Recomendación 48. El objetivo del tratamiento de las EsA es la remisión de la enfermedad, o, en su defecto, reducir al mínimo la actividad inflamatoria para alcanzar una mejoría significativa de los síntomas y signos (inflamación articular, dolor, rigidez axial y periférica, etc.), preservar la capacidad funcional, mantener una buena calidad de vida y controlar el daño estructural [5, D, 93,3%].

Recomendación 49. Los analgésicos como el paracetamol o los opiáceos, pueden ofrecerse a pacientes con EsA que no consiguen controlar el dolor con los AINE, o si estos últimos están contraindicados o son mal tolerados [5, D, 87,1%].

Recomendación 50. Los AINE se recomiendan (si no existe contraindicación) como tratamiento de primera línea para el control del dolor, la rigidez y mejorar la función en pacientes con EsA [1b, A, 94,3%]. Una vez alcanzado el objetivo terapéutico se recomienda mantener la mínima dosis eficaz [5, D, 94,3%]. Antes de considerar un AINE como ineficaz este debe haberse administrado durante al menos 2-4 semanas a las dosis máximas recomendadas o toleradas [4, C, 94,3%].

Recomendaciones sobre el uso de AINE en relación a la toxicidad de los mismos.

RIESGO GASTROINTESTINAL

Se debe evaluar el perfil gastrointestinal basal de riesgo del paciente y AINE, de tal manera que:

- Si el riesgo gastrointestinal es alto, se debe evitar en la medida de lo posible el uso de AINE y en caso de ser necesarios usar COXIB + inhibidores de la bomba de protones (IBP)
- Si riesgo gastrointestinal es medio se pueden usar COXIB solos o AINE + IBP
- Si el riesgo gastrointestinal es bajo, se deben usar IBP en el caso de dispepsia asociada a AINE

RIESGO CARDIOVASCULAR

Se debe evaluar el perfil basal de riesgo cardiovascular del paciente y AINE, teniendo en cuenta que los factores fundamentales son el tiempo y la dosis, de tal manera que:

- Si el riesgo cardiovascular es alto se debe evitar el uso de AINE. Excepcionalmente pueden utilizarse por un tiempo limitado y a la menor dosis posible
- Si el riesgo cardiovascular es intermedio pueden utilizarse AINE a dosis bajas durante el menor tiempo posible

En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, edema o hipertensión arterial no controlada deberán restringirse los AINE; la hipertensión arterial aislada no es una contraindicación de AINE aunque es obligado su control durante el tratamiento

En pacientes anticoagulados se deben restringir los AINE. Se recomienda como primera elección el uso de medidas no farmacológicas (reposo, bajar peso, bastón, rehabilitación), paracetamol o codeína

OTROS RIESGOS (RENAL, HEPÁTICO, ETC.)
En pacientes con riesgo renal debe restringirse el uso de AINE
En pacientes con enfermedad hepática, los AINE deben ser utilizados a la dosis mínima necesaria por el menor tiempo posible y monitorizando enzimas hepáticas; en pacientes con insuficiencia hepática grave el uso está contraindicado
En pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a AINE, eritema multiforme, urticaria, Síndrome de Stevens-Johnson o fotosensibilidad, se debe tener precaución antes de prescribirlo
Se recomienda precaución en el uso de AINE en asmáticos
Cuando existen antecedentes de alergia a AINE tradicionales o al ácido acetilsalicílico, se deben tomar precauciones porque hay evidencia contradictoria de reacción cruzada con otros AINE
En enfermedades hematológicas, los AINE deben ser utilizados a la dosis mínima necesaria por el menor tiempo posible y se debe vigilar el hemograma
En pacientes con lupus eritematoso sistémico se debe considerar la posible aparición de meningitis aséptica en relación con el uso de AINE, especialmente con el ibuprofeno

Recomendación 51. En las EsA se recomiendan las infiltraciones de GC locales en pacientes refractarios a AINE [1c, A, 90%]. Sólo en situaciones excepcionales con gran componente inflamatorio se recomienda el uso de GC sistémicos [2b, B, 90%].

Recomendaciones sobre el uso de glucocorticoides (GC) sistémicos.

Recomendaciones
Los eventos adversos de los GC se deben ser considerados y discutidos con el paciente previo al inicio de los mismos
Se debe dar información sobre el manejo de los GC
Si los GC se van a utilizar durante largos periodos se puede generar una “tarjeta de GC” en la que conste fecha y dosis de inicio, disminución de dosis y regímenes de mantenimiento
La dosis inicial, de bajada, y las dosis a largo plazo dependen de la enfermedad reumática subyacente, la actividad de la enfermedad, factores de riesgo y de la respuesta individual
El momento de administración puede ser importante en relación tanto con los ritmos circadianos de la enfermedad como los de la secreción endógena de GC
Si se decide iniciar tratamiento con GC, las comorbilidades y factores de riesgo para el desarrollo de eventos adversos deben ser evaluados y tratados si procede, incluyendo la HTA, DM, úlcus péptico, fractura reciente, cataratas, glaucoma, infecciones crónicas, dislipemia y medicaciones concomitantes tipo AINE
Para tratamientos prolongados se debe mantener la mínima dosis eficaz, y la reducción de dosis se debe intentar si remisión o bajo grado de actividad. Se debe reevaluar la indicación de GC de forma regular
Durante el tratamiento los pacientes se debe monitorizar: IMC, TA, edema periférico, IC, perfil lipídico, glucemia y/o glucosuria, presión ocular dependiendo del riesgo individual, dosis y duración del GC
Si se inicia prednisona a dosis $\geq 7,5$ mg diarios durante más de 3 meses, se deben prescribir suplementos de calcio y vitamina D
Los bifosfonados para reducir el riesgo de osteoporosis inducida por GC se deben pautar en función del riesgo incluyendo la densidad mineral ósea
Los pacientes en tratamiento concomitante con AINE deben tener pautada protección gástrica (IBP o misoprostol), o alternativamente se puede cambiar a un inhibidor de la COX-2
Los pacientes en tratamiento con GC durante más de un mes que vayan a ser sometidos a una cirugía necesitan un tratamiento esteroideo sustitutivo adecuado en el periodo perioperativo
Los GC en el embarazo no tienen un riesgo adicional para la madre y feto
El crecimiento en los niños en tratamiento con GC debe ser evaluado regularmente, y se debe valorar el uso de hormona de crecimiento en caso de deficiencias en el mismo

Abreviaturas: HTA=hipertensión arterial; DM=diabetes mellitus; AINE=antiinflamatorio no esteroideo; IMC=índice de masa corporal; IC=insuficiencia cardíaca; mg=miligramo; IBP=inhibidores de la bomba de protones, COX-2=ciclooxigenasa 2.

Recomendación 52. Se recomienda valorar el uso de los FAME en pacientes con EsA refractarios a AINE [1a, A, 84,3%]

Recomendación 53. No se recomienda el uso rutinario de la SSZ en las EsA para el tratamiento de los síntomas axiales [1a, A, 85,7%], pero sí en casos de afectación periférica [1a, A, 85,7%] y otras manifestaciones extraarticulares como la uveítis [2c, B, 85,7%] y la EII [1a, A, 85,7%].

Recomendación 54. Se recomienda valorar individualmente el uso de la MTX en aquellos pacientes con EA, ESI y Are refractarios (sobre todo en las formas periféricas y entesitis) a todas las terapias de eficacia demostrada disponibles [5, D, 78,6%], y valorar

como uso rutinario en la APs [2a, B, 78,6%] y en las manifestaciones extraarticulares como la uveítis [2c, B, 78,6%] y EII [1a, A, 78,6%].

Recomendación 55. Se recomienda valorar individualmente el uso de la LEF en pacientes con EA, ESI y Are (sobretudo en las formas periféricas y entesitis), y manifestaciones extrarticulares refractarios a todas las terapias de eficacia demostrada disponibles [5, D, 77,1%], y valorar como uso rutinario en la APs para la artritis periférica y dactilitis [1b, A, 77,1%], y entesitis [5, D, 77,1%].

Recomendación 56. Se recomienda valorar individualmente el uso de la CsA en pacientes con EA, ESI y Are (sobretudo en las formas periféricas y entesitis), refractarios a todas las terapias de eficacia demostrada disponibles [5, D, 55,7%], y valorar su uso en las manifestaciones extrarticulares [2b, B] y en la APs para la artritis periférica y dactilitis [2b, B, 55,7%], y entesitis [5, D, 55,7%].

Recomendación 57. Se recomienda valorar individualmente el uso de la AZA, sales de oro, ciclofosmadida y D-penicilamida siempre que no exista posibilidad de otros tratamientos o exista fracaso al resto de terapias disponibles y el paciente con EsA esté clínicamente activo y se considere que el potencial beneficio puede superar a los posibles eventos adversos [5, D, 48,5%].

Recomendación 58. El pamidronato puede ofrecerse en casos seleccionados a pacientes con EsA refractarios a los tratamientos convencionales y en los que existe alguna contraindicación para el inicio de terapia con anti-TNF [5, D, 58,6%].

Recomendación 59. Se recomienda valorar individualmente el uso de la talidomida en aquellos pacientes con EsA y afectación axial especialmente grave y refractaria a todas las terapias de eficacia demostrada disponibles, teniendo muy presente su perfil de toxicidad [5, D, 58,6%].

Recomendación 60. Siempre que no se alcance el objetivo terapéutico se recomienda revalorar el tratamiento del paciente [5, D, 74,3%].

Recomendación 61. Se recomiendan como variables de evaluación de la respuesta al tratamiento en las EsA el BASDAI, la VGP, dolor espinal nocturno, artritis/entesitis, el DAS-28 y los RFA [5, D, 87,1%].

Principales fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), según ficha técnica salvo que se indique otra fuente.

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN		INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]	NOMBRE COMERCIAL
AZATIOPRINA	- Dosis: 1,5-2,5 mg/kg Ajustar dosis: insuficiencia renal, hepática y ancianos - Vía: oral - Frecuencia: diaria. Iniciar 0,5-1 mg/kg/día y ↑ cada 4-6 semanas	- Dosis: 1,5-2,5 mg/kg Ajustar dosis si insuficiencia renal, hepática y ancianos - Vía: iv - Frecuencia: diaria. Iniciar 0,5-1 mg/kg/día y ↑ cada 4-6 semanas	- Enfermedad inmunitaria grave que no responde a esteroides o estos están contraindicados o dosis necesaria provoca efectos adversos graves	- Alergia al principio activo, excipientes, 6-mercaptopurina - Lactancia materna	- Muy frecuentes: infecciones, leucopenia - Frecuentes: trombopenia, náuseas (vía oral) - Poco frecuentes: anemia, pancreatitis, función hepática alterada - Raros: neoplasias, incluyendo linfomas exceptuando el de Hodgkin, pancitopenia - Su administración conjunta con alopurinol aumenta la frecuencia de eventos adversos	IMUREL®, comp 50 mg y vial 50 mg
CICLOFOSFAMIDA[‡]	- Dosis: 50-200 mg. Ajustar dosis según recuento leucocitario - Vía: oral - Frecuencia: diaria	- Dosis: 1,2 mg/m ² . Ajustar dosis según recuento leucocitario - Vía: iv - Frecuencia: mensual. Iniciar con bolo 500-700 mg e ir ↑.	- Enfermedades autoinmunes	- Alergia al principio activo o excipientes - Tres primeros meses del embarazo - Depresión de médula ósea	- Náuseas, vómitos, disuria, cistitis hemorrágica, alopecia, cáncer, oligo y amenorrea, oligozoospermia, pancitopenia, infecciones	GENOXAL®, comp 50 mg,
CLOROQUINA	- Dosis: 250 mg - Vía: oral - Frecuencia: diaria		- Espondiloartritis	- Alergia al principio activo, excipientes, 4- aminoquinoleínas - Retinopatía/deterioro del campo visual, trastorno hematológico, déficit glucosa-6- fosfato-DH, miastenia gravis. - Embarazo y lactancia	- Muy frecuentes: no constan en ficha técnica - Frecuentes: náusea, deterioro percepción de los colores (reversible), opacificación de cornea - Poco frecuentes: cefalea, depresión de la onda T (ECG), trastornos en la acomodación visual - Raros: retinopatía, miopatía, déficit auditivo	RESOCHIN®, comp 250 mg
CICLOSPORINA A	- Dosis (según peso corporal): 2,5-5 mg/kg - Vía: oral - Frecuencia: diaria. Iniciar con 2,5 mg/kg, si se precisa ↑ 0,5 mg/kg cada 2 semanas		- No consta en ficha técnica su indicación en las EspA	- Alergia al principio activo o excipientes - Alteración de la función renal (excepto proteinuria en el síndrome nefrótico) - HTA no controlada. - Pacientes con psoriasis y otros inmunosupresores, PUVA, UVB, coal tar y radioterapia	- Muy frecuentes: trastorno renal/urinario, HTA, hiperlipidemia, temblor, cefalea - Frecuentes: parestesia, náuseas, hipercalemia, hipertricotosis, mialgia - Poco frecuentes: encefalopatía, disfunción hepática, anemia, trombopenia, - Raros: pancreatitis, alteración menstrual	SANDIMUN NEORAL®, comp 25 mg, 50 mg, 100 mg, solución frasco 50 ml Sin indicación para AR: ampollas para perfusión 50 mg/ml, 250 mg/ 5 ml
D-PENICILAMINA[‡]	- Dosis: 125-500 mg - Vía: oral - Frecuencia: diaria. Inicia con 125-250 mg/día. Se puede ↑ dosis a las 8 semanas a razón de 125 mg/día. Seguir ↑ la dosis cada 8 semanas, pudiendo llegar hasta 500-750 mg/día. Administrarlo 2 horas antes de la comida principal		- No consta en ficha técnica su indicación en las EspA	- Alergia al principio activo, excipientes - Alteraciones graves del sistema hematopoyético o función renal	- Lesiones cutáneas, proteinuria, síndrome nefrótico y glomerulonefritis membranosa náuseas, diarrea, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia hemolítica, púrpura, leucopenia, bronquiolitis obliterante, hiperplasia mamaria	CUPRIPEN®, comp 50 mg, 250 mg
HIDROXICLOROQUINA	- Dosis: 400-600 mg - Vía: oral - Frecuencia: diaria		- No consta en ficha técnica su indicación en las EspA	- Alergia al principio activo, excipientes, derivados de la cloroquina - Retinopatía	Los mismos que para la cloroquina pero no se especifican sus frecuencias	DOLQUINE®, comp 200 mg
LEFLUNOMIDA	- Dosis: 10-20 mg - Vía: oral - Frecuencia: diaria. Iniciar con 100 mg/día durante 3 días, pero se puede iniciar directamente sin dosis de carga		- Artritis psoriásica activa	- Alergia al principio activo o excipientes - Insuficiencia hepática, infección grave, inmunodeficiencia severa, citopenia importante, insuficiencia renal moderada/grave, hipoproteinemia grave - Embarazo y lactancia	- Muy frecuentes: no constan en ficha técnica - Frecuentes: leucopenia, náuseas, diarrea, aftas, tenosinovitis, ↑ transaminasas, ↑CPK, cefalea - Poco frecuentes: urticaria, ansiedad, anemia - Raros: pancitopenia, enfermedad pulmonar intersticial, hepatitis, HTA grave, pancreatitis	ARAVA®, comp 10 mg, 20 mg, 100 mg

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN		INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]	NOMBRE COMERCIAL
METOTREXATO	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 7,5-25 mg - Vía: oral - Frecuencia: semanal. Iniciar 7,5-10 mg/sem durante 4 sem y ↑2,5-5 mg cada 2-6 sem <ul style="list-style-type: none"> - Administrar ácido fólico 5-10 mg/sem - Ajustar dosis si insuficiencia renal - Si ineficacia vía oral, se puede considerar la misma dosis por vía parenteral 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 7,5-25 mg - Vía: sc, im, iv, intratecal - Frecuencia: semanal. Iniciar 7,5-10 mg/sem durante 4 sem y ↑2,5-5 mg cada 4-8 sem <ul style="list-style-type: none"> - Administrar ácido fólico 5-10 mg/sem - Ajustar dosis si insuficiencia renal 	<ul style="list-style-type: none"> - Artritis psoriásica cuando la gravedad lo requiera y hayan fracasado otros tratamientos. - Síndrome de Reiter en las formas crónicas activas graves que no responden al tratamiento convencional con esteroides y/o AINE 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo o excipientes - Hepatopatía crónica, alcoholismo, insuficiencia hepática, insuficiencia renal grave, discrasia sanguínea, inmunodeficiencia - Embarazo y lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: estomatitis, náuseas, ↑ transaminasas, - Frecuentes: úlceras orales, cefalea, anemia, leucopenia, trombopenia, neumonitis - Poco frecuentes: linfoma, ↑nódulos reumáticos, cirrosis, fibrosis hepática - Raros: sepsis, neoplasias, insuficiencia renal, fibrosis pulmonar 	METOTREXATO WYETH®, comp 2,5 mg METOTREXATO WYETH®, vial solución inyect. 500 mg/20 ml, 1000 mg/40 ml, 5000 mg / 200 ml METOTREXATO MERCK®, vial solución inyect. 50 mg/ 2ml, 500 mg/20 ml, 1000 mg/40 ml, 5000 mg/200 ml METOTREXATO PFIZER®, vial solución inyect. 50 mg/20 ml, 500 mg/20 ml METOJECT jeringa 7,5 mg/0,75 ml, 10 mg/1 ml, 15 mg/1,5 ml, 20 mg/2 ml, 25 mg/2,5 ml
SALES DE ORO	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 25-50 mg - Vía: intramuscular - Frecuencia: semanal. Iniciar con 10 mg la 1ª sem, ↑25 mg la 2ª y 25-50 mg la 3ª y sucesivas	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 6 mg - Vía: oral - Frecuencia: diaria 	<ul style="list-style-type: none"> - No consta en ficha técnica su indicación en las EsA 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al aurotiomato sódico, sales de oro u otros metales pesados - Trastorno renal, hematológico, hepático grave - Síndrome de Sjögren, LES, enterocolitis necrotizante, fibrosis pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: reacción alérgica, reacción hepatobiliar y genitourinaria - Frecuentes: náusea, diarrea - Poco frecuentes: neumonitis, anemia, leucopenia, trombopenia - Raros: enterocolitis ulcerativa, Guillain-Barré 	MIOCRIN®, amp 10 mg RIDAURA® [‡] , comp 3 mg
SULFASALAZINA[‡]	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 2-3 gr - Vía: oral - Frecuencia: diaria 		<ul style="list-style-type: none"> - No constan las EspA como indicación en su ficha técnica, pero el MSC español sí tiene esta indicación aprobada 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo o excipientes - Porfiria aguda intermitente - Obstrucción intestinal o urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, pérdida de apetito, alteraciones gástricas, dolor abdominal, alteración del gusto, fiebre, mareo, cefalea, tinnitus, tos, prurito, artralgia, proteinuria, leucopenia. 	SALAZOPIRINA®, comp 500 mg

Abreviaturas: EsA=espondiloartritis; comp=comprimidos; amp=ampolla; ECG=electrocardiograma; mg=miligramo; ml=mililitro; kg=kilogramo; HTA=hipertensión arterial; iv=intravenoso; sc=subcutáneo; im=intramuscular; msc=Ministerio de Sanidad y Consumo; AINE=antiinflamatorio no esteroideo.

†Eventos adversos: Muy frecuentes (al menos 1 de cada 10 pacientes); frecuentes (al menos 1 de cada 100 pacientes); poco frecuentes (al menos 1 de cada 1.000 y menos de 1 de cada 100); raros (al menos 1 de cada 10.000 y menos de 1 de cada 1.000 pacientes).

‡Datos obtenidos a partir del Vademecum, GUIPCAR, EMEA, MSC y la Biblioteca Cochrane.

Actuaciones y monitorización de los fármacos modificadores de la enfermedad en pacientes con espondiloartritis (EsA).

PRINCIPIO ACTIVO	PRE-TRATAMIENTO	DURANTE EL TRATAMIENTO	SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO
AZATIOPRINA	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: infección activa , cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de las características del paciente 	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones, citopenia grave <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica general <ul style="list-style-type: none"> • Durante escalada cada 2-3 sem, luego cada 2-4 meses <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, durante el embarazo o lactancia
CICLOFOSFAMIDA[‡]	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: infección activa , cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica - Orina elemental con sedimento <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de las características del paciente 	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones, citopenia, cistitis hemorrágica, cáncer (vejiga, cutáneo, linfoma) <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, bioquímica orina elemental con sedimento <ul style="list-style-type: none"> • cada 1-2 sem durante los 2-3 primeros meses, posteriormente cada 1-4 meses <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de la evolución del paciente (cistoscopias, citología urinaria) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, durante el embarazo y la lactancia
CLOROQUINA	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: citopenia, comorbilidad oftalmológica relevante - Desaconsejar embarazo <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica - Examen oftalmológico incluyendo campimetría y fondo de ojo <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de las características del paciente 	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones, citopenia, trastornos visuales <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen oftalmológico cada 6 meses-4 años en función de las características del paciente <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco
CICLOSPORINA A	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: infección activa, cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo - TA <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica - Perfil hepato-renal - Orina elemental con sedimento <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna de la gripe - En función de las características del paciente 	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones, citopenia grave, HTA <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, bioquímica general con perfil hepatorenal, orina y sedimento <ul style="list-style-type: none"> • perfil renal y electrolitos cada 2 semanas durante 3 meses, posteriormente cada 1-3 meses • si cambio de dosis o ↑ creatinina o TA, monitorizar semanalmente hasta estabilización • si ↑≥ 30% en creatinina, ↓ dosis un 25-50%. <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si HTA tratamiento con calciantagonistas (de elección nifedipino) - Evitar uvas y zumo 1 hora antes y otra después del tratamiento - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Suspensión temporal si alteración de la función renal al mes de ↓dosis CsA, reanudar si la creatinina vuelve a cifras dentro del 10% del valor anterior al tratamiento. Valorar suspensión definitiva si no es así. - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, durante el embarazo y lactancia
D-PENICILAMINA[‡]	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: infección activa , cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica - Orina elemental con sedimento <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de las características del paciente 	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones, citopenia <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica <ul style="list-style-type: none"> • cada 2 semanas durante el ajuste de dosis, posteriormente cada 1-3 meses <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En tratamientos prolongados administrar 25 mg/día de piridoxina - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, - Suspensión temporal durante el embarazo y lactancia
HIDROXICLOROQUINA	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: citopenia, comorbilidad oftalmológica relevante - Desaconsejar embarazo <p>b) Pruebas complementarias:</p>	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones, citopenia, trastornos visuales <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen oftalmológico cada 6 meses-4 años en función de las 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco

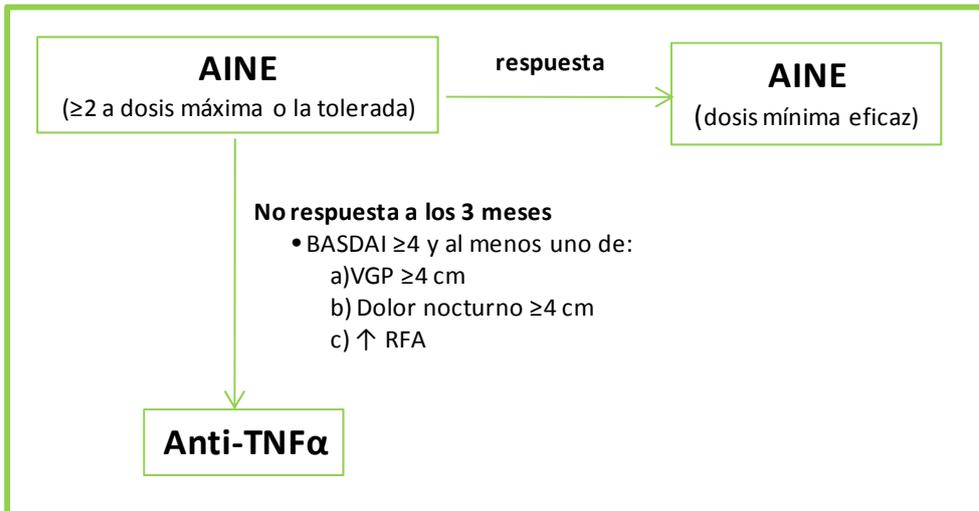
PRINCIPIO ACTIVO	PRE-TRATAMIENTO	DURANTE EL TRATAMIENTO	SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO
	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica - Examen oftalmológico incluyendo campimetría y fondo de ojo c) Otras actuaciones: - En función de las características del paciente 	características del paciente c) Otras actuaciones: - En función de la evolución del paciente	
LEFLUNOMIDA	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Descartar: infección activa , cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica c) Otras actuaciones: - En función de las características del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Aparición de Infecciones, citopenia, hepatitis b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica <ul style="list-style-type: none"> • cada 2-4 semanas los primeros 6 meses, posteriormente cada 1-3 meses • biopsia hepática si aumento de transaminasas (>2 veces el límite superior) persistente no atribuible a otras causas c) Otras actuaciones: - ↓ a 10 mg/día si ↑ de transaminasas (>2 veces el límite superior) - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Suspender si tras disminución de dosis en casos de hipertransaminasemia no se consigue una reducción a 1,2 veces el valor máximo, se debe suspender la leflunomida y administrar colestestamina o charcoal - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, - Suspensión temporal durante el embarazo y lactancia
METROTEXATE	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Descartar: infección activa , cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo b) Pruebas complementarias: - Hemograma, bioquímica, albúmina sérica y Rx de tórax c) Otras actuaciones: - Vacuna antigripal y antineumocócica - En función de las características del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Aparición de Infecciones, citopenia, hepatitis, neumonitis b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica <ul style="list-style-type: none"> • cada 2 semanas durante el ajuste de dosis, posteriormente cada 1-3 meses • biopsia hepática si aumento de transaminasas (>2 veces el límite superior) persistente no atribuible a otras causas c) Otras actuaciones: - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Valorar suspensión definitiva si neumonitis por MTX, ↑ persistente de transaminasas(>2 veces el límite superior) - Suspensión temporal si ↑ de transaminasa leve y transitoria - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, - Suspensión temporal durante el embarazo y lactancia
SALES DE ORO	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Descartar: infección activa , cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica - Orina elemental con sedimento c) Otras actuaciones: - En función de las características del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Aparición de Infecciones, citopenia b) Pruebas complementarias: - Hemograma , bioquímica, orina y sedimento <ul style="list-style-type: none"> • cada 2 semanas durante los 2-3 primeros meses, posteriormente cada 2-4 meses • si proteinuria en el sedimento, solicitarla en orina de 24 horas, si >500 mg/24 horas suspender hasta que desaparezca o sea <200 mg/24 horas pudiéndose reiniciar posteriormente c) Otras actuaciones: - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Valorar suspensión definitiva si proteinuria > 1gr/24 horas - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, durante el embarazo y la lactancia
SULFASALAZINA	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Descartar: infección activa , cáncer, citopenia, comorbilidad relevante - Desaconsejar embarazo b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica c) Otras actuaciones: - En función de las características del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> a) Aspectos clínicos - Aparición de Infecciones, citopenia b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica <ul style="list-style-type: none"> • mensual durante los 3 primeros meses, posteriormente cada 3-4 meses c) Otras actuaciones: - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Valorar suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio, durante el embarazo y la lactancia

Abreviaturas: sem=semana; HTA=hipertensión arterial; TA=tensión arterial; gr=gramo; Rx=radiografía simple; mg=miligramo; MTX=metrotexate; CsA=ciclosporina A.

Recomendación 62. En las EsA se recomienda evaluar el tratamiento farmacológico a los 3-4 meses [5, D, 85,7%].

Recomendación 63. En los pacientes con EsA de predominio axial, están indicados los anti-TNF α si, a los 3 meses de tratamiento con AINE, persiste un BASDAI ≥ 4 junto con al menos uno de los siguientes criterios: a) VGP ≥ 4 ; b) dolor nocturno ≥ 4 ; c) elevación de los RFA. Es fundamental en cualquier caso la opinión de un reumatólogo o médico experto en EsA [5, D, 87,1%].

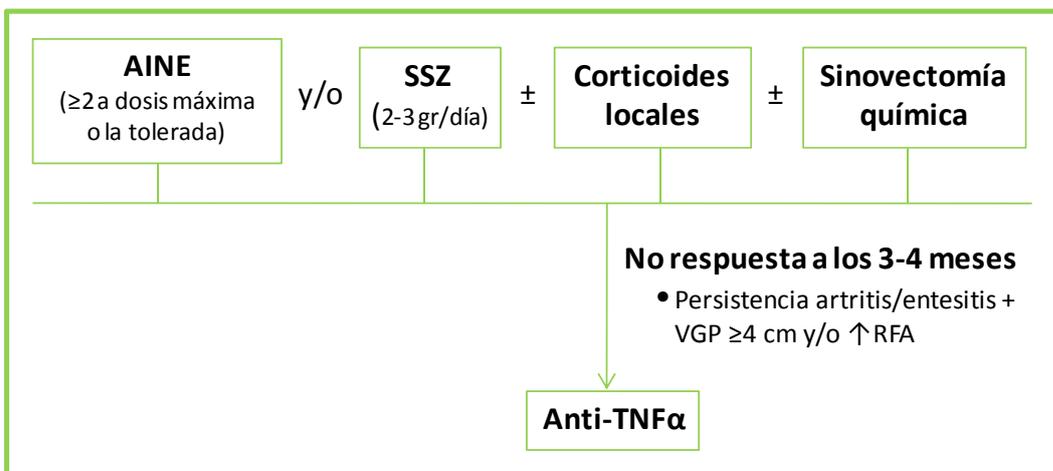
Cambios en el tratamiento en las formas axiales de la espondilitis anquilosante y artritis psoriásica.



Abreviaturas: AINE=antiinflamatorio no esteroideo; BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; VGP=valoración global del paciente de la enfermedad; RFA=reactantes de fase aguda; cm=centímetro.

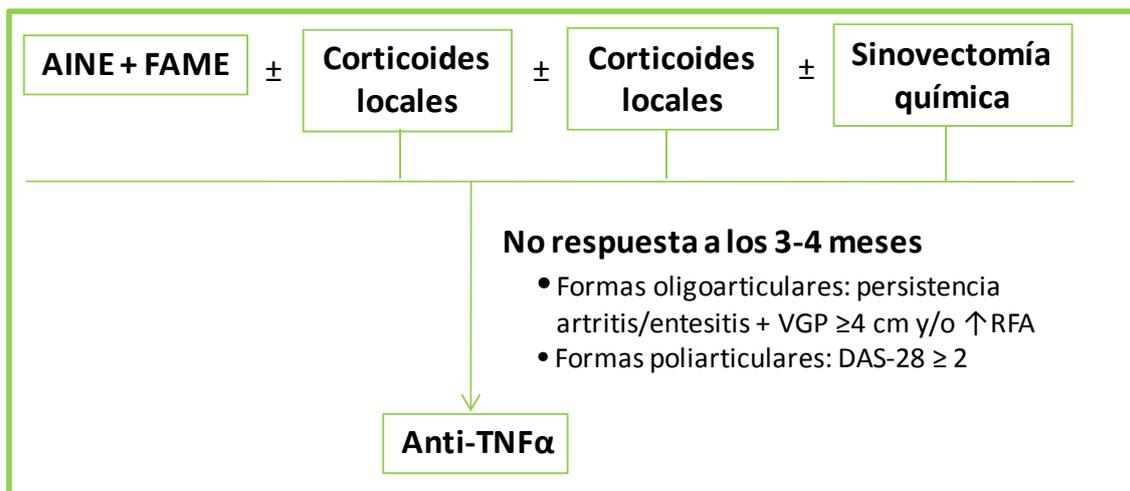
Recomendación 64. En las formas periféricas de las EsA, están indicados los anti-TNF α si, a pesar de tratamiento con al menos 2 AINE, SSZ (EA y APs), u otros FAME (APs) y tratamientos locales, persisten durante más de 3-4 meses artritis, o entesitis, además de una VGP ≥ 4 y/o una VSG/PCR elevados, y en las formas poliarticulares puras, si el paciente presenta un DAS-28 $\geq 3,2$ [5, D, 85,7%].

Cambios del tratamiento en la espondilitis anquilosante con afectación periférica.



Abreviaturas: AINE=antiinflamatorio no esteroideo; SSZ=sulfasalazina; VGP=valoración global del paciente de la enfermedad; RFA=reactantes de fase aguda; cm=centímetro; gr=gramo.

Cambios del tratamiento en la artritis psoriásica con afectación periférica.



Abreviaturas: AINE=antiinflamatorio no esteroideo; BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; VGP=valoración global del paciente de la enfermedad; RFA=reactantes de fase aguda; cm=centímetro; FAME=fármaco modificador de la enfermedad.

Recomendación 65. En las EsA determinadas situaciones como una monoartritis, entesitis o algunas manifestaciones extraarticulares refractarias a tratamientos convencionales y gran impacto funcional o de otra índole en el sujeto han de considerarse como fracaso terapéutico [5, D, 87,1%].

Recomendación 66. En los pacientes con EsA que se considere no han seguido un tratamiento correcto, previo a la indicación de un anti-TNF α , este debe reiniciarse/completarse correctamente [5, D, 87,1%].

Recomendación 67. En los pacientes con EsA que respondieron a un FAME que posteriormente se suspendió, en caso nuevo brote, previo a la indicación de un anti-TNF α , debe volver a pautarse el mismo FAME [5, D, 81,4%].

Recomendación 68. Se considerará que un paciente con EsA y afectación axial responde a anti-TNF α si tras 3-4 meses de tratamiento se consigue la remisión de la enfermedad o se produce una disminución relativa del BASDAI del 50% (o una disminución absoluta de 2 puntos respecto a los valores previos) y una disminución relativa del 50% (o absoluta de 2 puntos respecto a los valores previos) en al menos uno de los siguientes: VGP, dolor axial nocturno (si ambos previo al tratamiento eran >4), o disminución de VSG y/o PCR (si previamente estaban elevadas), [5, D, 88,6%].

Recomendación 69. Los pacientes con EsA y afectación axial que no han respondido a un anti-TNF α pueden cambiar a un segundo anti-TNF α [5, D, 88,6%].

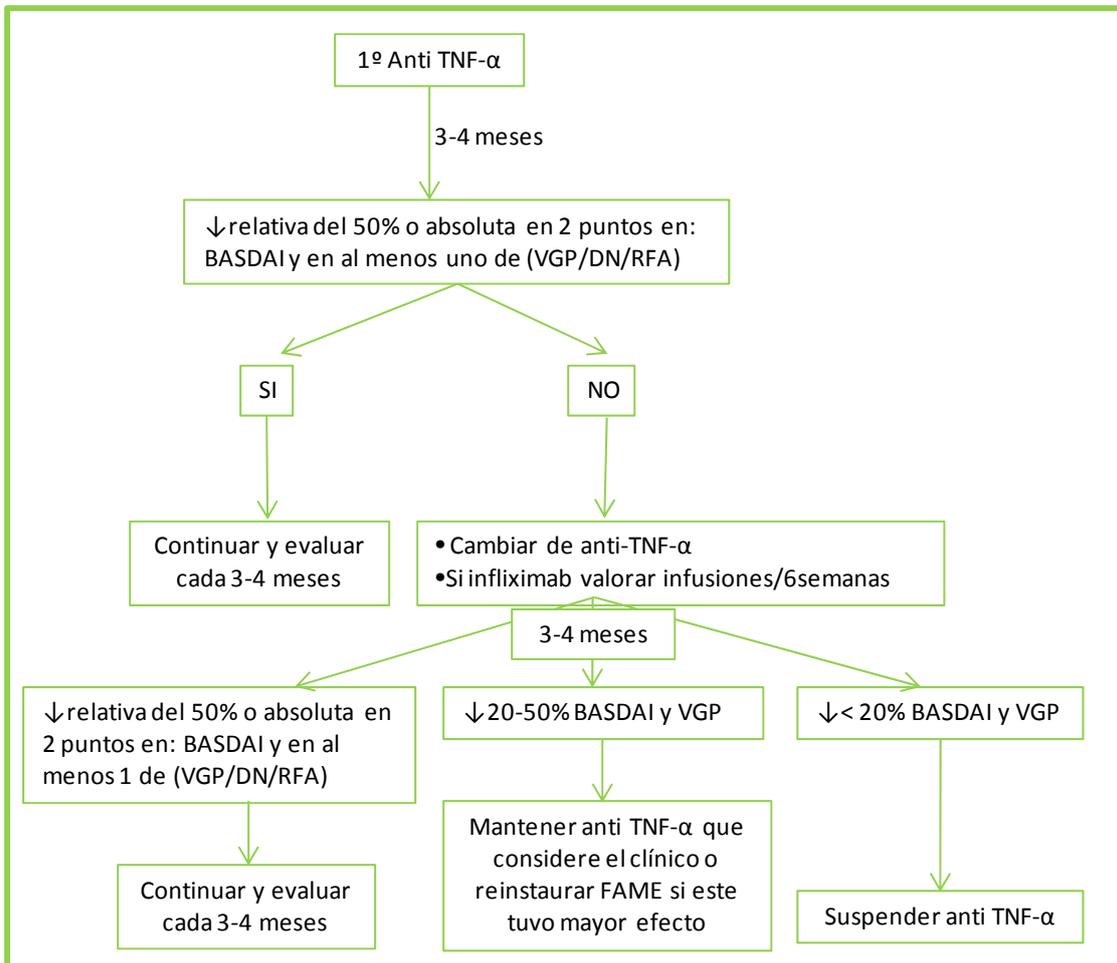
Recomendación 70. En los pacientes con EsA y afectación axial, si, con el 2º anti TNF- α la respuesta alcanzada es $< 50\%$ pero $>20\%$ en el BASDAI y en la VGP, dado que ya se habrían utilizado las opciones terapéuticas más eficaces actualmente disponibles, se debe mantener el tratamiento con el agente biológico que el clínico considere de elección, salvo que alguno de los tratamientos no biológicos previamente utilizados hubiera sido más efectivo, en cuyo caso se recomienda valorar su reinstauración [5, D, 87,1%].

Recomendación 71. En los pacientes con EsA y afectación axial, si con el 2º anti TNF- α , la respuesta alcanzada es $<20\%$ en el BASDAI y en la VGP, se suspenderá el anti TNF- α , si el criterio médico así lo aconseja [5, D, 88,3%].

Recomendación 72. En las EsA y afectación poliarticular periférica, el paciente con un anti-TNF α deberá conseguir la remisión clínica (DAS28 $< 2,6$) o al menos reducir su actividad inflamatoria hasta un DAS 28 $<3,2$. En casos en los que éste no se alcance, se aceptaría como suficiente un descenso del DAS de 1,2

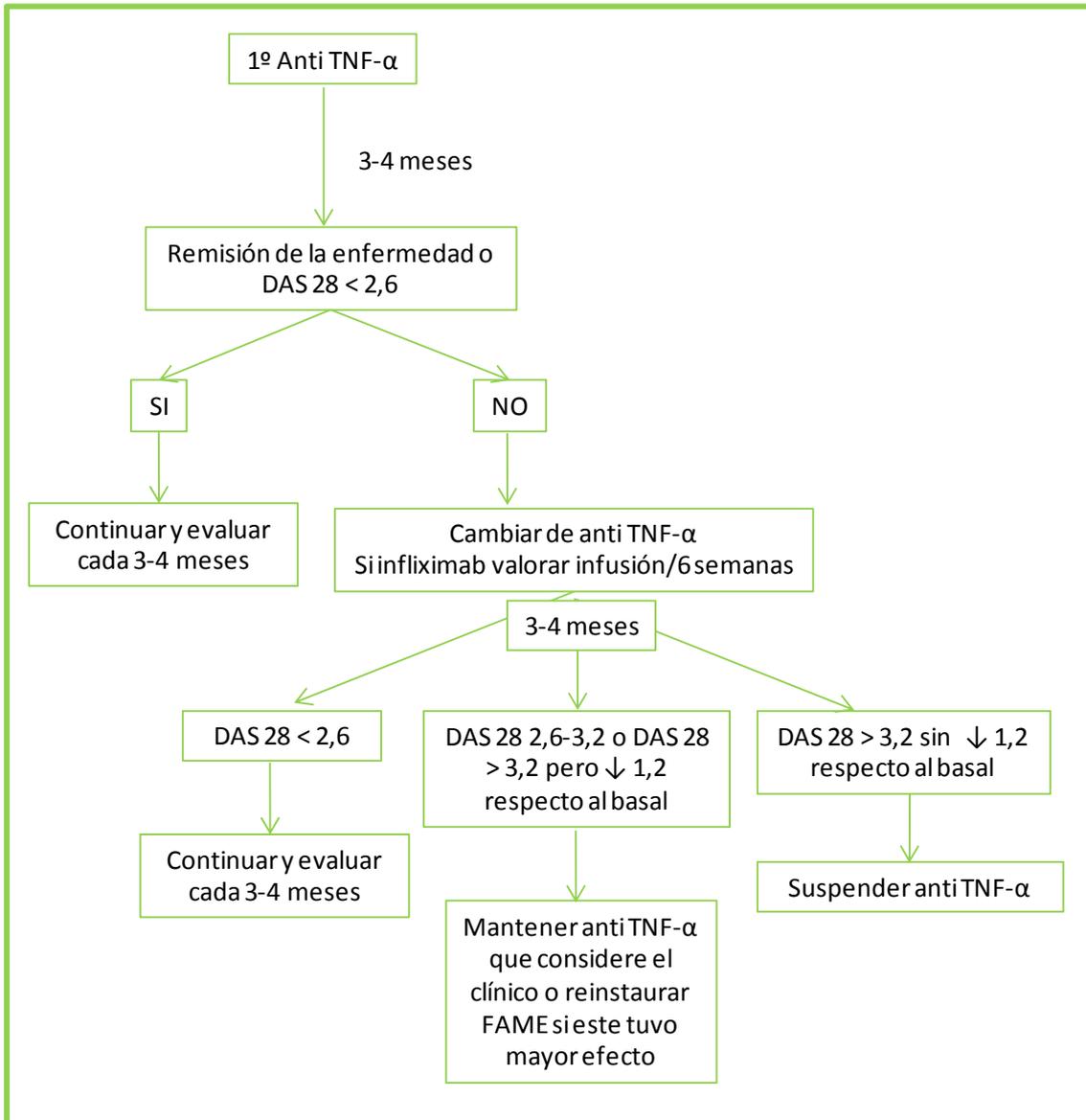
(desde el nivel previo), para mantener el tratamiento con el anti-TNF α que el clínico considere de elección, salvo que alguno de los tratamientos no biológicos previamente utilizados hubiera sido más efectivo, en cuyo caso se recomienda valorar su reinstauración [5, D, 80%].

Algoritmo de evaluación de la terapia con anti TNF- α en la afectación axial.



Abreviaturas: BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; VGP=valoración global del paciente de la enfermedad; DN=dolor espinal nocturno; RFA=reactantes de fase aguda; FAME=fármaco modificador de la enfermedad.

Monitorización de los anti TNF- α en las formas poliarticulares.



Agentes biológicos en el tratamiento de las espondiloartritis (EsA), según ficha técnica*.

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]	NOMBRE COMERCIAL
ABATACEPT	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis (según peso corporal): <ul style="list-style-type: none"> <60 kg: 500 mg 60-100 kg: 750 mg >100 kg: 1.000 mg - Vía: perfusión iv durante 30 minutos - Frecuencia: tras primera dosis, otra a las 2 y 4 semanas. Después 1 cada 4 semanas 	NO APROBADA ACTUALMENTE POR LA AEM COMO INDICACIÓN PARA LAS ESA	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo o excipientes - Infecciones graves y no controladas 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: cefalea - Frecuentes: náuseas, herpes, infección respiratoria/urinaria - Poco frecuentes: cáncer de piel, citopenia, psoriasis - Raros: septicemia 	ORENCIA®, vial 250 mg
ADALIMUMAB	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 40 mg - Vía: subcutánea - Frecuencia: cada 2 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> - EA activa grave y respuesta insuficiente a la terapia convencional - Aps activa y progresiva con respuesta insuficiente a FAME 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo o excipientes - TBC activa, infecciones graves - IC moderada a grave (NYHA clases III/IV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: reacción en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) - Frecuentes: cefalea, infección respiratoria/urinaria, herpes, diarrea - Poco frecuentes: LES, arritmia, TBC, sepsis, citopenia - Raros: ICC, esclerosis múltiple, linfoma, tumor sólido maligno 	HUMIRA®, jeringa/pluma 40 mg
ANAKINRA	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 100 mg - Vía: subcutánea - Frecuencia: diaria. Procurar administrarse cada día a la misma 	NO APROBADA ACTUALMENTE POR LA AEM COMO INDICACIÓN PARA LAS ESA	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo, excipientes o proteínas derivadas de <i>E. Coli</i> - Insuficiencia renal grave (Clcr<30 ml/minuto) 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: reacción en el lugar de inyección, cefalea - Frecuentes: neutropenia, infecciones graves 	KINERET®, jeringa 100 mg
ETANERCEPT	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 25 mg ó 50 mg - Vía: subcutánea - Frecuencia: 25 mg 2 veces por semana (intervalo de 72-96 horas); 50 mg una vez a la semana. 	<ul style="list-style-type: none"> - EA activa grave y respuesta insuficiente a la terapia convencional - Aps activa y progresiva con respuesta insuficiente a FAME 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo o excipientes - Sepsis o riesgo de sepsis - Infecciones activas 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: reacción en el lugar de inyección, infección respiratoria, urinaria, cutánea - Frecuentes: alergia, autoanticuerpos - Poco frecuentes: infecciones graves, trombopenia, psoriasis - Raros: pancitopenia, TBC, LES 	EMBREL®, jeringa 25 mg y 50 mg
INFLIXIMAB	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis (según peso corporal): 5 mg/kg - Vía: perfusión iv durante 2 horas - Frecuencia: tras primera dosis, otra a las 2 y 6 semanas. Después 1 cada 6-8 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> - EA activa, grave, en pacientes adultos que han respondido de forma inadecuada a la terapia convencional - Aps activa y progresiva y respuesta insuficiente a FAME - Deberá administrarse en combinación con MTX o en monoterapia si está contraindicación o intolerancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo, excipientes u otras proteínas murinas - TBC activa, infecciones graves - IC moderada a grave (NYHA clases III/IV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: reacción infusional - - Frecuentes: cefalea, infección respiratoria, herpes, diarrea - Poco frecuentes: LES, TBC, sepsis, citopenia - Raros: ICC, esclerosis múltiple, linfoma 	REMICADE®, vial 100 mg
RITUXIMAB	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 1000 mg - Vía: perfusión iv. Se recomienda administrar 100 mg iv de metilprednisolona (o equivalente) 30 minutos antes - Frecuencia: otra infusión a las 2 semanas Se puede repetir ciclo a los 6-12 meses 	NO APROBADA ACTUALMENTE POR LA AEM COMO INDICACIÓN PARA LAS ESA	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo o excipientes - Infecciones graves y activas - IC grave (NYHA clase IV) o enfermedades cardiacas graves no controladas 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: reacción infusional leve, infección respiratoria superior - Frecuentes: infección urinaria, hipercolesterolemia, migraña, parestesias - Poco frecuentes: reacción infusional grave, infecciones graves - Raros: enfermedad cardiaca grave 	MABTHERA®, vial 100 mg y 500 mg

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]	NOMBRE COMERCIAL
TOCILIZUMAB sin notificación de comercialización	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis (según peso corporal): 8 mg/kg (no menos de 480 mg). Ajuste de dosis si alteración de enzimas hepáticas, bajo recuento absoluto de neutrófilos o plaquetas - Vía: perfusión iv - Frecuencia: cada 4 semanas 	NO APROBADA ACTUALMENTE POR LA AEM COMO INDICACIÓN PARA LAS ESA	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia al principio activo o excipientes - Infecciones graves y activas 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: infección respiratoria superior - Frecuentes: hipercolesterolemia, herpes, elevación de transaminasas, HTA, neutropenia - Poco frecuentes: hipertrigliceridemia, elevación de bilirrubina total 	ROACTEMRA®, vial 20 mg

*Los datos de la presente tabla están obtenidos de la ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento (AEM).

†**Eventos adversos:** Muy frecuentes (al menos 1 de cada 10 pacientes); frecuentes (al menos 1 de cada 100 pacientes); poco frecuentes (al menos 1 de cada 1.000 y menos de 1 de cada 100); raros (al menos 1 de cada 10.000 y menos de 1 de cada 1.000 pacientes).

Abreviaturas: TNF=factor de necrosis tumoral; EA=espondilitis anquilosante; ESP=espondiloartritis; Aps=artritis psoriásica; FAME=fármacos modificadores de la enfermedad; MTX=metotrexato; LES=lupus eritematoso sistémico; TBC=tuberculosis; IC=insuficiencia cardiaca; ICC=insuficiencia cardiaca congestiva; NYHA=New York Heart Association; Kg=kilogramo; mg=miligramo; iv=intravenoso; FAME=fármaco modificador de la enfermedad; HTA=hipertensión arterial.

Actuaciones y monitorización de las terapias biológicas en pacientes con espondiloartritis (EsA).

PRINCIPIO ACTIVO	PRE-TRATAMIENTO	DURANTE EL TRATAMIENTO	SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO
ANTI-TNFα Adalimumab Etanercept Infliximab	a) Aspectos clínicos - Descartar: infección activa (incluyendo TBC), cáncer, IC, citopenia, enfermedad desmielinizante, comorbilidad relevante - Descartar contactos recientes con pacientes con TBC - Desaconsejar embarazo b) Pruebas complementarias: - Hemograma - Serología VHB, VHC - Rx de tórax - Mantoux y Booster c) Otras actuaciones: - Vacuna antineumocócica y de la gripe - Valorar vacuna VHB - Evitar vacunas con gérmenes atenuados o vivos	a) Aspectos clínicos - Aparición de Infecciones (incluyendo TBC), citopenia grave proceso desmielinizante, neuritis óptica, cáncer - Aparición o empeoramiento de IC b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica general <ul style="list-style-type: none"> • mensual durante los 3 primeros meses, posteriormente cada 3-4 meses c) Otras actuaciones: - En función de la evolución del paciente	- Aparición de cáncer, proceso desmielinizante o neuritis óptica, citopenia grave u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio - Valorar si embarazo o lactancia
ANAKINRA (Sin indicación en ficha técnica actualmente)	a) Aspectos clínicos - Descartar: infección activa (incluyendo TBC), cáncer, IC, citopenia, enfermedad desmielinizante, comorbilidad relevante - Descartar contactos recientes con pacientes con TBC - Desaconsejar embarazo b) Pruebas complementarias: - Hemograma - Serología VHB, VHC - Rx de tórax - Mantoux y Booster c) Otras actuaciones: - Vacuna antineumocócica y de la gripe - Valorar vacuna VHB - Evitar vacunas con gérmenes atenuados o vivos	a) Aspectos clínicos - Aparición de Infecciones (incluyendo TBC), IC, citopenia grave proceso desmielinizante, neuritis óptica, cáncer b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica general <ul style="list-style-type: none"> • mensual durante los 3 primeros meses, posteriormente cada 3-4 meses c) Otras actuaciones: - En función de la evolución del paciente	- Aparición de cáncer, proceso desmielinizante o neuritis óptica, citopenia grave u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio - Valorar si embarazo o lactancia
ABATACEPT (Sin indicación en ficha técnica actualmente)	a) Aspectos clínicos - Descartar: infección activa (incluyendo TBC), cáncer, IC, citopenia, enfermedad desmielinizante, comorbilidad relevante - Descartar contactos recientes con pacientes con TBC - Desaconsejar embarazo b) Pruebas complementarias: - Hemograma - Serología VHB, VHC - Rx de tórax - Mantoux y Booster c) Otras actuaciones: - Vacuna antineumocócica y de la gripe - Valorar vacuna VHB - Evitar vacunas con gérmenes atenuados o vivos	a) Aspectos clínicos - Aparición de Infecciones (incluyendo TBC), IC, citopenia grave proceso desmielinizante, neuritis óptica, cáncer - Aparición o empeoramiento de función respiratoria en pacientes con EPOC previa b) Pruebas complementarias: - Hemograma y bioquímica general <ul style="list-style-type: none"> • mensual durante los 3 primeros meses, posteriormente cada 3-4 meses c) Otras actuaciones: - En función de la evolución del paciente	- Aparición de cáncer, proceso desmielinizante o neuritis óptica, citopenia grave u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio - Valorar si embarazo o lactancia

PRINCIPIO ACTIVO	PRE-TRATAMIENTO	DURANTE EL TRATAMIENTO	SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO
RITUXIMAB (Sin indicación en ficha técnica actualmente)	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: infección activa (incluyendo TBC), cáncer, IC, citopenia, enfermedad desmielinizante, comorbilidad relevante - Descartar contactos recientes con pacientes con TBC - Desaconsejar embarazo <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Serología VHB, VHC - Niveles de inmunoglobulinas - Rx de tórax - Mantoux y Booster <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna antineumocócica y de la gripe - Valorar vacuna VHB - Evitar vacunas con gérmenes atenuados o vivos 	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones (incluyendo TBC), IC, citopenia grave proceso desmielinizante, neuritis óptica, cáncer <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica general con perfil lipídico <ul style="list-style-type: none"> • mensual durante los 3 primeros meses, posteriormente cada 3-4 meses <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparición de cáncer, proceso desmielinizante o neuritis óptica, citopenia grave u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio - Valorar si embarazo o lactancia
TOCILIZUMAB (Sin indicación en ficha técnica actualmente)	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar: infección activa (incluyendo TBC), cáncer, IC, citopenia, enfermedad desmielinizante, comorbilidad relevante - Descartar contactos recientes con pacientes con TBC - Desaconsejar embarazo <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Serología VHB, VHC - Rx de tórax - Mantoux y Booster <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna antineumocócica y de la gripe - Valorar vacuna VHB - Evitar vacunas con gérmenes atenuados o vivos 	<p>a) Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición de Infecciones (incluyendo TBC), IC, citopenia grave proceso desmielinizante, neuritis óptica, cáncer <p>b) Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma y bioquímica general con perfil lipídico <ul style="list-style-type: none"> • mensual durante los 3 primeros meses, posteriormente cada 3-4 meses • ALT y AST entre 4 y 8 semanas los 6 primeros meses de tratamiento y a partir de entonces cada 12 semanas <p>c) Otras actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En función de la evolución del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparición de cáncer, proceso desmielinizante o neuritis óptica, citopenia grave u otros eventos graves relacionados con el fármaco - Suspensión temporal si infección o cirugía mayor electiva en periodo perioperatorio - Valorar si embarazo o lactancia

Abreviaturas: IC=insuficiencia cardiaca; RX=radiografía simple; VHB=virus hepatitis B; VHC=virus de hepatitis C; TBC=tuberculosis; EPOC=enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Recomendación 73. El control del dolor es fundamental desde el inicio de los síntomas en las EsA, para lo que los AINE son el tratamiento de elección [1b, A, 83%]. Se pueden utilizar analgésicos si la respuesta a AINE es insuficiente o existe intolerancia o contraindicación [5, D, 83%].

Recomendación 74. En las EsA se considera al paracetamol a dosis de hasta 3-4 gr/día como el analgésico de elección [5, D, 68,3%].

Recomendación 75. En pacientes ancianos con EsA y a la hora de tomar decisiones terapéuticas, se deben de tener muy presentes los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia propios de la edad [5, D, 91,4%].

Recomendación 76. En los ancianos con EsA se recomienda una estricta monitorización de la función renal y hepática, y un ajuste de dosis de fármacos que se eliminen por estas vías [5, D, 91,4%].

Recomendación 77. En los ancianos con EsA y tratamientos inmunosupresores se monitorizará de forma especialmente estricta la posible aparición de eventos adversos y la interacción con sus fármacos habituales [5, D, 85,7%].

Recomendación 78. En los ancianos con EsA y tratamiento con terapias biológicas se recomienda una estricta monitorización de los posibles eventos adversos relacionados, con especial atención a las infecciones, neoplasias e insuficiencia cardiaca [4, C, 88,6%]. También se recomienda seguir las mismas indicaciones referentes a la vacunación que para la población adulta joven [4, C, 88,6%].

Recomendación 79. Los pacientes en edad fértil (tanto hombres como mujeres) deben ser informados de los posibles efectos de las EsA en relación a la fertilidad, embarazo, y lactancia, y muy especialmente del efecto de sus tratamientos farmacológicos en estas áreas [5, D, 90%].

Recomendación 80. En pacientes con EsA durante el embarazo se recomienda utilizar AINE de forma controlada y en casos justificados, en los que se suspenderán 6-8 semanas antes del parto y su toma coincidirá con la toma de leche materna en la lactancia [4, C, 85,7%].

Recomendación 81. En pacientes con EsA durante el embarazo se recomienda utilizar los GC en casos justificados (preferible prednisona, (metil)prednisolona, cortisona o hidrocortisona), de forma controlada, evitando dosis altas (especialmente el 1º trimestre), y utilizando una pauta de estrés en el parto [4, C, 86,6%]. En la lactancia si se requieren dosis altas de GC, se sugieren amamantar 4 horas después de la última dosis [4, C, 86,6%].

Recomendación 82. La talidomida está contraindicada en pacientes con EsA durante el embarazo [2b, B, 95,7%] y no se recomienda su uso en la lactancia [5, D, 95,7%].

Recomendación 83. En pacientes con EsA se recomienda valorar individualmente el uso de pamidronato durante el embarazo y la lactancia, reservándolo para aquellos casos en los que el beneficio de la terapia supera claramente los posibles efectos tóxicos [4, C, 74,3%].

Recomendación 84. En pacientes con EsA se recomienda valorar individualmente el uso de antipalúdicos (preferible hidroxicloroquina, y dosis habitualmente utilizadas en reumatología) durante el embarazo y la lactancia, reservándolo para aquellos casos en los que el beneficio de la terapia supera claramente los posibles efectos tóxicos [3b, B, 65,7%].

Recomendación 85. El MTX está contraindicado en pacientes con EsA durante el embarazo y lactancia [2b, B, 97,1%], y se deben usar medidas anticonceptivas durante el tratamiento tanto en hombres como mujeres y suspenderlo 3-4 meses antes de la concepción [4, C, 97,1%].

Recomendación 86. En pacientes con EsA se recomienda valorar individualmente el uso de CsA durante el embarazo, reservándolo para aquellos casos en los que el beneficio de la terapia supera claramente los posibles efectos tóxicos [2b, B, 68,6%]. No se recomienda su uso durante la lactancia [4, C, 68,6%].

Recomendación 87. En pacientes con EsA se recomienda valorar individualmente el uso de micofenolato de mofetilo durante el embarazo, reservándolo para aquellos casos en los que el beneficio de la terapia supera claramente los posibles efectos tóxicos [2b, B, 47,1%], en los que se suspenderá el tratamiento 6 semanas antes de la concepción [5, D, 47,1%]. No se recomienda su uso durante la lactancia [4, C, 47,1%].

Recomendación 88. En pacientes con EsA durante el embarazo y lactancia se recomienda utilizar SSZ (dosis ≤ 2 gr/día) de forma controlada y en casos justificados [2b, B, 80%], así como suspenderla durante un ciclo menstrual completo en las mujeres previo a la concepción (si no se considera necesaria durante el embarazo), y 2-3 meses antes de la concepción en varones [5, D, 80%].

Recomendación 89. En pacientes con EsA la LEF está contraindicada durante el embarazo y la lactancia, así como instaurar medidas de anticoncepción (en hombres y mujeres) antes de iniciar el tratamiento, y, en caso de embarazo y/o si un varón desea tener hijos, se recomienda su suspensión inmediata e iniciar tratamiento con colestiramina 8 gr 3 veces al día durante 11 días, hasta alcanzar unos niveles plasmáticos de LEF $<0,02$ mg/l en 2 determinaciones en un intervalo de 2 semanas tras lo que se debe esperar 3 meses antes de la concepción [5, D, 90%].

Recomendación 90. En pacientes con EsA las sales de oro no se recomiendan durante el embarazo y la lactancia [4, C, 88,3%].

Recomendación 91. La D-Penicilamida está contraindicada en pacientes con EsA durante el embarazo y lactancia [4, C, 92,9%].

Recomendación 92. En pacientes con EsA se recomienda valorar individualmente el uso de AZA durante el embarazo, reservándolo para aquellos casos en los que el beneficio de la terapia supera claramente los posibles efectos tóxicos [4, C, 78,6%]. No se recomienda su uso durante la lactancia [4, C, 78,6%].

Recomendación 93. En pacientes con EsA se recomienda valorar individualmente el uso de ciclofosfamida durante el embarazo, evitándola en el 1º trimestre y reservándolo para aquellos casos en los que el beneficio de la terapia supera claramente los posibles efectos tóxicos [2b, B, 70%]. No se recomienda su uso durante la lactancia [4, C, 70%].

Recomendación 94. En pacientes con EsA se recomienda valorar individualmente el uso de la terapia biológica durante el embarazo reservándolo para aquellos casos en los que el beneficio de la terapia supera claramente los posibles efectos tóxicos [2a, B, 78,6%]. No se recomienda su uso durante la lactancia [2b, B, 78,6%].

Uso de fármacos durante el embarazo y la lactancia en las espondiloartritis.

FÁRMACO	TERATOGENICIDAD (EVIDENCIA)*	TOXICIDAD FETO, EMBARAZADA, PARTO, Y RECIÉN NACIDO	LACTANCIA Y NEONATO	RECOMENDACIONES
AINE	- B,C (según AINE)	- Cierre del ductus arterioso - Insuficiencia renal fetal - Hipertensión pulmonar primaria - Oligoamnios - Trastornos en la homeostasis	- Se excretan en muy pequeña cantidad en la leche materna - No toxicidad demostrada	- Suspender 6-8 semanas antes del parto (preferible semana 32) - Coincidir toma de AINE con toma de leche materna
COXIB	- C	- Riesgo potencial similar a los AINE	- Datos insuficientes en humanos	- Suspender 6-8 semanas antes del parto (preferible semana 32) - No se recomienda durante la lactancia
GLUCOCORTICOIDES	- B	-Paladar hendido -Insuficiencia adrenal fetal - Bajo peso al nacer - Parto pretérmino -Catarata congénita subcapsular - Toxicidad por uso de esteroides a dosis altas y/o prolongadas en adultos [†]	- Se excretan en muy pequeña cantidad en la leche materna - No toxicidad demostrada	- Usar prednisona, (metil)prednisolona, cortisona o hidrocortisona - Evitar dosis altas (sobre todo 1º trimestre) - Si tratamiento prolongado asociar calcio y vit-D - Pauta de estrés en el parto - Amamantar 4 horas después de toma del fármaco
TALIDOMIDA	- X	- Defectos en extremidades y órganos internos (corazón, riñón)	- Datos insuficientes en humanos	- Contraindicada durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia
PAMIDRONATO	- D	- Datos insuficientes en humanos	- Datos insuficientes en humanos	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo y lactancia
ANTIPALÚDICOS	- B	- No demostrada (a dosis reumatológicas) en humanos	- Se excretan en muy pequeña cantidad en la leche materna - No toxicidad demostrada	- Parecen seguros pero valorar individualmente - Preferible hidroxicloroquina (dosis de 6,5mg/Kg)
METROTEXATO	- X	- Paladar hendido - Hidrocefalia, anencefalia - Meningomielopatía - Malformaciones óseas	- Se excreta en concentraciones que pueden suponer un riesgo para el lactante	- Contraindicado durante el embarazo y lactancia - Suspensión 3-4 meses antes de la concepción
CICLOSPORINA A	- C	- No demostrada en humanos	- Datos insuficientes en humanos	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia
MICOFENOLATO DE MOFETILO	- D	- Abortos en 1º trimestre - Paladar hendido -Labio leporino - Carencia del oído externo/medio - Malformación de órganos	- Se excreta en concentraciones que pueden suponer un riesgo para el lactante	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia - Suspensión 6 semanas antes de la concepción
SALAZOPIRINA	- B	- No demostrada en humanos	- Se excretan en muy pequeña cantidad en la leche materna - Un caso de diarrea hemorrágica	- Parece seguro pero valorar individualmente - Suplementos de ácido fólico - Dosis ≤ 2 gr/día - Utilizar con precaución durante la lactancia
LEFLUNOMIDA	- X	- No demostrada en humanos	- Potencialmente riesgo de graves eventos adversos	- Contraindicada durante el embarazo y lactancia
SALES DE ORO	- B	- Datos insuficientes en humanos	- Datos insuficientes en humanos	- No se recomienda durante el embarazo y lactancia
D-PENICILAMIDA	- D, X (para enfermedades)	- Defectos del tejido conectivo	- Datos insuficientes en humanos	- Contraindicada durante el embarazo y lactancia

FÁRMACO	TERATOGENICIDAD (EVIDENCIA)*	TOXICIDAD FETO, EMBARAZADA, PARTO, Y RECIÉN NACIDO	LACTANCIA Y NEONATO	RECOMENDACIONES
	reumáticas)			
AZATIOPRINA	- D	- Retraso del crecimiento intrauterino - Leucopenia neonatal - Hipogamaglobulinemia - Infecciones	- Se excreta en concentraciones que pueden suponer un riesgo para el lactante	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia
CICLOFOSFAMIDA	- D	- Anormalidades faciales, musculoesqueléticas, de órganos - Retraso en el crecimiento intrauterino - Pancitopenia	- Se excreta en concentraciones que pueden suponer un riesgo para el lactante	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo, evitar su uso en el 1º trimestre - No se recomienda durante la lactancia
ANTI TNF-α	- B	- Datos insuficientes en humanos - Sugerido síndrome VACTERL	- Datos insuficientes en humanos	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia
ANAKINRA	- B	- Datos insuficientes en humanos	- Datos insuficientes en humanos	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia
RITUXIMAB	- C	- Niveles bajos o indetectables de linfocitos B (CD19+) - Granulocitopenia, linfopenia		- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia
ABATACEPT	- C	- Datos insuficientes en humanos	- Datos insuficientes en humanos	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia
TOCILIZUMAB	- C	- Datos insuficientes en humanos	- Datos insuficientes en humanos	- Valorar individualmente su uso durante el embarazo - No se recomienda durante la lactancia

Abreviaturas: AINE=antiinflamatorio no esteroideo; mg=miligramo; Kg=kilogramo; VACTERL= defectos vertebrales, atresia anorectal, anomalías cardíacas, fístula traqueoesofágica con atresia esofágica, anomalías renales y defectos en miembros superiores.

***Clasificación de la FDA** (U.S. Federal Drug Administration) sobre teratogenicidad de los fármacos: **Categoría A:** Estudios adecuados y bien controlados no han logrado demostrar riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo y no existen pruebas de riesgo en trimestres posteriores. **Categoría B:** Indica una de las siguientes posibilidades: a) En estudios sobre animales no ha existido manifestación teratógena, pero no ha sido confirmado en humanos; b) En estudios sobre animales se ha detectado un cierto potencial teratógeno, pero no ha podido ser confirmado en humanos. **Categoría C:** Indica una de las siguientes posibilidades: a) En estudios sobre animales se ha detectado efecto teratógeno, pero aún no se ha ensayado en humanos; b) Aún no se han efectuado estudios (ni en animales ni en humanos). **Categoría D:** Se han efectuado estudios que demuestran efectos teratógenos sobre el feto humano, pero en ocasiones el beneficio obtenido con el empleo de estos medicamentos puede superar el riesgo esperado (uso en situaciones límite de posible muerte materna). **Categoría X:** Medicamentos que han demostrado, indudablemente, poseer efectos teratogénicos manifiestos y cuyos riesgos superan con creces el posible beneficio a obtener.

†Intolerancia a la glucosa, hipertensión, retención de líquidos, osteoporosis, infecciones, etc.

Recomendación 95. En pacientes con EsA y amiloidosis secundaria se recomienda un control estricto de la enfermedad subyacente así como una monitorización periódica de los niveles de proteína sérica amiloide (SAA) [5, D, 83,3%].

Recomendación 96. En pacientes con EsA de larga evolución la aparición de deterioro de la función renal y/o proteinuria sin otra causa que lo justifique debe hacer sospechar al clínico de un posible caso de amiloidosis secundaria [2b, B, 96,7%].

Recomendación 97. En las EsA se recomienda el uso de AINE [2b, B, 94,3%], fisioterapia y ortesis [3b, B, 94,3%] como tratamientos de elección en las entesitis. Las infiltraciones locales de GC se pueden considerar en casos refractarios/intolerancia a AINE [4, C, 94,3%]. Si todo lo anterior falla se puede considerar el uso de anti-TNF [1b, B, 94,3%].

Recomendación 98. En pacientes con ESI, el control de la inflamación y del dolor desde el inicio de los síntomas es fundamental, por lo que se recomienda que se traten y monitorice la respuesta al tratamiento de forma individualizada con fármacos que han demostrado eficacia en las formas establecidas de EsA [5, D, 92,9%].

Recomendación 99. En los pacientes con sospecha de Are y uretritis o cervicitis se recomienda realizar pruebas para la detección de *Chlamydia trachomatis* en orina, exudado uretral o de cérvix, y a los pacientes con diarrea pruebas para detección de enterobacterias en heces y suero [5, D, 94,3%].

Recomendación 100. En las Are se recomiendan los AINE en las fases agudas [2b, B, 94,3%], valorando el uso GC orales/infiltraciones si existe un gran componente inflamatorio [5, D, 94,3%]. En los pacientes refractarios y/o con intolerancia a los tratamientos mencionados, o con afectación crónica o enfermedad erosiva, se debe instaurar tratamiento con FAME [2b, B, 94,3%]. Si a pesar de ello persiste el cuadro clínico valorar tratamiento con anti-TNF α [4, C, 94,3%].

Recomendación 101. En las Are el tratamiento antibiótico está indicado en pacientes con infección aguda genitourinaria por *Chlamydia*, o con infección previa documentada y no tratada, pero no se recomienda su empleo en la Are establecida [1c, A, 92,7%].

OTROS TRATAMIENTOS

Recomendación 102. Se recomienda informar al paciente con EsA de todos los aspectos relacionados con su enfermedad incluyendo la evolución de la misma, así de cómo todo lo relacionado con el tratamiento [4, C, 92,5%].

Recomendación 103. Se recomienda a los pacientes con EsA el abandono del hábito tabáquico [4, C, 95%].

Recomendación 104. Los programas de ejercicios deben ser una parte importante del tratamiento de las EsA ya que mejoran la función física, la sensación global de bienestar y la flexibilidad [1a, A, 93,8%].

Recomendación 105. En fases iniciales se recomienda un programa de ejercicio aeróbico [2b, B, 90%]. Cuando el paciente asocia limitación parcial de la movilidad se deben añadir ejercicios de estiramiento [1b, A, 90%]. En los casos que progresan a anquilosis se pueden combinar ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento [4, C, 90%].

Recomendación 106. Para conseguir la máxima eficacia se deben emplear estrategias para aumentar el cumplimiento (educación, supervisión inicial, asociaciones de pacientes, etc.) [4, C, 90%].

Intervenciones/estrategias que favorecen el cumplimiento del ejercicio pautado.

INTERVENCIÓN/ESTRATEGIA		COMENTARIO/ACLARACIÓN
1	Informar claramente sobre los objetivos y beneficios del ejercicio	Parece un requisito esencial crear la expectativa en el paciente de que los programas de ejercicios pueden ayudarle a mejorar
2	Monitorizar el cumplimiento y la tolerancia	Preguntar sobre el nivel de actividad física, los obstáculos que encuentra para realizar ejercicio
3	Simplificar las recomendaciones	Se ha demostrado que algo tan simple como el número de veces que el paciente tiene que tomar una medicación determina el cumplimiento[775]. Programas con un número limitado de ejercicios y sencillos tendrán más probabilidades de mantenerse en el tiempo
4	Vincular el ejercicio a un hábito cotidiano	Ayudar al paciente a que lo integre en su rutina diaria
5	Enseñar el ejercicio de forma directa y didáctica	La instrucción directa por un profesional (habitualmente un fisioterapeuta) parece ser un factor importante. Utilizar material complementario (sobre todo folletos en los que predominen los dibujos) también parece útil[776]
6	Acceso fácil y gratuito a instalaciones y recursos comunitarios que faciliten la realización de los programas de ejercicios	Aquí pueden jugar un gran papel las asociaciones de enfermos[777, 778]

Recomendación 107. La aplicación de agentes físicos (TENS, termoterapia, etc.) en regiones sintomáticas puede mejorar el dolor y la sensación de rigidez en algunos pacientes [2b, B, 87,5%].

Recomendación 108. Las manipulaciones vertebrales están absolutamente contraindicadas en aquellos pacientes, sobre todo de edad media o avanzada, con EA evolucionada, que presenten inflamación activa y/o columnas rígidas o poco flexibles y/o frágiles o inestables [4, C, 92,5%].

Recomendación 109. La balnearoterapia puede recomendarse a pacientes con EsA sin enfermedad activa donde otras terapias más asequibles hayan resultado inefectivas [2b, B, 86,3%].

Recomendación 110. La terapia ocupacional y la prescripción de ayudas técnicas pueden estar indicadas en casos avanzados cuando los déficits existentes empiezan a originar algún tipo de limitación funcional para efectuar adecuadamente las actividades cotidianas [1b, A, 87,5%].

Recomendaciones y productos de apoyo para las actividades de la vida diaria.

ACTIVIDAD	RECOMENDACIONES Y PRODUCTOS DE APOYO
Aseo personal	- Utilizar la ducha en lugar de la bañera
	- Instalar barras de apoyo o asideros en la pared y asientos de ducha
	- Alfombrillas antideslizantes, colocadas tanto dentro como a la salida de la ducha
	- Esponjas de mango alargado
Retrete	- Elevador del asiento
Vestido	- Zapatos sin cordones o con cordones elásticos
	- Calzadores de mango alargado
	- Calzadores para medias o calcetines
	- Tiras elásticas sujetas al pantalón, a la falda o a la ropa interior
Dormir	- Evitar las almohadas altas que mantengan una excesiva flexión cervical
Desplazamiento	- Silla de rueda
	- Zapatos con suela deslizante
Deporte	- Evitar deportes de alto impacto o aquellos que impliquen movimientos bruscos de la espalda
Conducción	- Espejos adicionales: <ul style="list-style-type: none"> • Espejos retrovisores interiores centrales adicionales panorámicos • Espejos retrovisores interiores centrales suplementarios convexos • Espejos retrovisores interiores giratorios • Espejos retrovisores laterales adicionales giratorios • Lentes de aparcamiento
	- Para aparcar marcha atrás es desabrocharse el cinturón de seguridad

Recomendación 111. En pacientes con EsA se recomienda valorar el uso de infiltraciones locales con GC (intra o periarticulares), en casos refractarios a los tratamientos convencionales y/o con gran componente inflamatorio, a nivel de las entesis y bursas [4, C, 90%], articulaciones periféricas [5, D, 90%], y sacroilíacas [1c, A, 90%] siempre valorando la accesibilidad y los posibles efectos secundarios.

Recomendación 112. Se recomienda infiltrar con GC de liberación lenta [5, D, 87,1%].

Recomendación 113. En pacientes con EsA se recomienda valorar de forma individual la radiosinovectomía en casos de sinovitis crónica que produzca dolor y/o discapacidad, refractarios/con intolerancia a tratamientos convencionales (incluyendo la infiltración con GC) [2b, B, 81,4%].

Recomendación 114. Se recomienda la asociación de GC en la sinoviólisis [4, C, 90%].

Recomendación 115. No se recomienda el uso de la sinoviólisis en pacientes con EA que no hayan completado su maduración ósea [5, D, 86,7%].

Recomendación 116. En pacientes con EsA se recomienda recurrir a la cirugía de columna en casos muy seleccionados con dolor o discapacidad importantes refractarios al tratamiento médico [2c, B, 80%].

Recomendación 117. En pacientes con EsA se recomienda la artroplastia de cadera en pacientes con dolor o discapacidad importantes refractarios al tratamiento médico y evidencia de daño estructural [2b, B, 95,7%].

Recomendación 118. No se recomienda el uso de la radiación como tratamiento de las EsA [2b, B, 94,3%].

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES

Recomendación 119. Las uveítis deben considerarse como urgencias médicas, e instaurarse un tratamiento precoz y agresivo para minimizar el riesgo de desarrollar complicaciones oculares [5, D, 90%].

Recomendación 120. Se recomienda la colaboración interdisciplinaria entre oftalmólogos y reumatólogos, preferiblemente de forma conjunta en unidades de uveítis para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con EsA y uveítis [5, D, 86,7%].

Recomendación 121. Se recomienda que los pacientes con EsA que presentan más de 3 brotes de UAA al año deban seguir tratamiento con SSZ o MTX [2b, B, 82,2%]. No se recomienda de entrada el tratamiento con terapias biológicas [5, D, 82,2%].

Recomendación 122. El diagnóstico de la psoriasis cutánea debe realizarse por visualización de las lesiones, preferible por un experto en dermatología, y sólo en casos excepcionales se recurrirá al diagnóstico histológico [5, D, 83,3%].

Recomendación 123. Se recomienda en la práctica clínica evaluar a los pacientes psoriasis con la ayuda de la regla de los 10, considerando como psoriasis grave aquella con valores de PASI mayor de 10, BSA mayor de 10 o una puntuación en el DLQI mayor de 10 [5, D, 82,5%].

Recomendación 124. Se recomienda en todos los pacientes con psoriasis conservar una buena higiene de la piel [1b, A, 91,1%].

Recomendación 125. Se recomienda derivar un paciente al especialista del aparato digestivo ante la mínima sospecha de afectación intestinal para continuar el estudio [5, D, 76,7%].

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Recomendación 126. En los pacientes con EA se debe realizar en diagnóstico e instaurar un tratamiento apropiado lo antes posible [1, A, 93,3%].

Recomendación 127. La primera evaluación de un enfermo con/con sospecha de EA debe incluir: historia clínica, exploración física, análisis de laboratorio (al menos: hemograma, bioquímica, VSG, PCR, HLA-B27), estudio radiológico (sacroiliacas, cadera y columna) y una evaluación del pronóstico [5,D, 93,3%].

Primera evaluación del paciente con espondilitis anquilosante.

- 1) Anamnesis general y musculoesquelética completa (incluyendo la rigidez matutina espinal)
- 2) Datos sociodemográficos, nivel educativo, nivel socioeconómico, actividad laboral principal, situación laboral actual
- 3) Historia familiar y personal de psoriasis, Aps, EII, u otra enfermedad reumática
- 4) Comorbilidad y factores de riesgo cardiovascular
- 5) Consumo previo y actual de fármacos con especial atención a los relacionados con la EA (analgésicos, AINE, GC, etc.)
- 6) Examen físico general y del aparato locomotor
- 7) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV de dolor en la última semana
- 8) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del paciente
- 9) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del médico
- 10) Recuento articular (44 articulaciones)
- 11) BASDAI
- 12) BASFI
- 13) Test de Schöber, distancia dedo-suelo, flexión lateral lumbar, expansión torácica, occipucio-pared/trago-pared, rotación cervical
- 14) Índice validado de valoración de entesitis (MASSES preferible, Berlin, etc.)
- 15) SF-12 ó ASQoL
- 16) Radiología AP de pelvis y AP y lat de columna en sus tres segmentos, valorar si otras articulaciones afectas
- 17) Analítica general (hemograma, bioquímica, orina elemental), HLA-B27, VSG, PCR

Abreviaturas: Aps=artritis psoriásica; EII=enfermedad inflamatoria intestinal; EA=espondilitis anquilosante; AINE=antinflamatorios no esteroideos; GC=glucocorticoides; EVA=escala analógica visual; BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI=Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index.

Recomendación 128. Se recomienda evaluar la rigidez espinal matutina en los pacientes con EA en minutos [5, D, 88,9%].

Recomendación 129. En la EA se recomienda realizar un recuento articular del número de articulaciones tumefactas sobre un total de 44 [5, D, 80%].

Recomendación 130. Dado su gran valor pronóstico y funcional, se recomienda una evaluación clínica exhaustiva de la articulación de la cadera de forma rutinaria en la EA [5, D, 88,9%].

Recomendación 131. En la EA se recomienda realizar un BASDAI, tanto para valorar la actividad de la enfermedad como la respuesta al tratamiento [5, D, 95%].

Recomendación 132. Se recomienda el uso del BASFI como primera opción para evaluar la función de los pacientes con EA, de forma alternativa se puede evaluar con el IFD [5, D, 93,8%].

Recomendación 133. En los pacientes con EA se recomienda evaluar la movilidad espinal (como parte de la evaluación de la función) con el test de Schöber modificado, distancia dedo-suelo, flexión lateral lumbar, expansión torácica, occipucio-pared/trago-pared y la rotación cervical [5, D, 93,8%].

Recomendación 134. En la EA se recomienda evaluar las entesis mediante el dolor a la palpación y seguir un índice validado de las mismas (preferiblemente el índice MASSES) [5, D, 78,8%].

Recomendación 135. En la EA se recomienda evaluar el daño estructural en la radiografía simple de: AP de pelvis, y AP y lat de columna en sus tres segmentos, siguiendo escala de graduación basada en los criterios de Nueva York (sacroiliacas), el mSASSS (columna), y valorar si se realizan más radiografías si hay otras articulaciones afectadas [5, D, 90%].

Recomendación 136. En la EA se recomienda evaluar tanto la VSG como la PCR [5, D, 91,1%].

Recomendación 137. En la EA se recomienda solicitar el HLA-B27 y otros biomarcadores en función de las dudas diagnósticas [5, D, 90%].

Recomendación 138. En la EA se recomienda realizar una evaluación del pronóstico teniendo en cuenta factores como el sexo masculino, una edad temprana de inicio, la presencia de artritis periférica, el tabaquismo, el bajo nivel educacional o situación socioeconómica baja, la práctica habitual de una actividad que requiera un esfuerzo físico intenso o una actividad física escasa [5, D, 86,7%].

Recomendación 139. Se recomienda realizar un seguimiento sistematizado de los pacientes con EA que incluya la recogida de datos socio-laborales, clínicos, analíticos, radiológicos, pronósticos, y de respuesta/toxicidad del tratamiento. Su periodicidad va a depender del tipo de variable y características del paciente y su tratamiento [5, D, 81,1%].

Seguimiento de los pacientes con espondilitis anquilosante*.

- 1) Anamnesis general y musculoesquelética (incluyendo la rigidez matutina espinal)
- 2) Cambios relevantes socioeconómicos o sociolaborales
- 3) Examen físico general y del aparato locomotor
- 4) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV de dolor (global y nocturno) en la última semana
- 5) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del paciente
- 6) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del médico
- 7) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la fatiga
- 8) Recuento articular (44 articulaciones)
- 9) BASDAI
- 10) BASFI
- 11) Test de Schöber, distancia dedo-suelo, flexión lateral lumbar, expansión torácica, occipucio-pared/trago-pared, rotación cervical
- 12) Índice validado de valoración de entesitis (MASSES preferible, Berlin, etc.)
- 13) SF-12 ó ASQoL
- 14) Radiología de articulaciones afectas: cada dos años. Antes, en función de la actividad de la enfermedad o aparición de nueva sintomatología
- 15) Analítica general (hemograma, bioquímica, orina elemental), VSG, PCR, otros en función de la actividad de la enfermedad, aparición de nueva sintomatología, tratamiento específico, etc.

* Se realizarán en cada visita a no ser que se indique otra cosa.

Abreviaturas: EVA=escala analógica visual; BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI=Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index.

Recomendación 140. Se recomienda que, tras establecer el diagnóstico de EA, los controles se realicen con frecuencia (entre 2-4 semanas y 1,5-3 meses) para determinar la evolución de la actividad de la enfermedad y respuesta/toxicidad al tratamiento. Posteriormente, cuando el paciente esté en remisión, o presente un bajo nivel de actividad, o una buena respuesta terapéutica, los controles se realicen cada 6 y 12 meses, con la excepción de aquellos pacientes que precisen de monitorización farmacológica con FAME o anti-TNF α , en los que los controles se realizarán cada 2-4 meses [5, D, 86,7%].

Recomendación 141. En casos de aparición de dolor espinal agudo, artritis periférica o manifestaciones extraarticulares, se recomienda una evaluación lo más temprana posible, e incluso en el caso de algunas manifestaciones como la uveítis se recomienda una evaluación urgente [5, D, 91,1%].

Recomendación 142. Se recomienda utilizar las siguientes definiciones a la hora de evaluar la respuesta a un tratamiento [5, D, 90%].

- **Remisión de la enfermedad:** ausencia de síntomas, signos y cualquier otro dato indicativo de actividad de la EA.
- **Actividad de la enfermedad:** a la presencia a los 3-4 meses de, en las formas axiales un BASDAI ≥ 4 y al menos uno de: VGP >4 , dolor espinal nocturno >4 , aumento de reactantes de fase aguda. En las formas periféricas, la persistencia de artritis y/o entesitis en ≥ 1 localización y al menos uno de: VGP >4 , aumento de reactantes de fase aguda.
- **Menor actividad clínica posible:** BASDAI ≤ 2 VGP < 2 , alternativamente BASDAI, VGP y dolor espinal nocturno < 4 .

Recomendación 143. Se recomiendan como variables de respuesta al tratamiento en la EA el BASDAI, la VGP, dolor espinal nocturno, artritis/entesitis y reactantes de fase aguda [5, D, 88,9%].

Recomendación 144. Siempre que no se alcanza el objetivo terapéutico en la EA hay que tomar una decisión terapéutica [5, D, 88,9%].

Recomendación 145. Se recomienda continuar con los AINE a la dosis mínima eficaz si los pacientes con EA alcanzan el objetivo terapéutico [5, D, 86,7%].

Recomendación 146. Se recomienda considerar que no hay respuesta al tratamiento en la EA con afectación axial si a los 3-4 meses de tratamiento a dosis plenas/máxima toleradas de al menos 2 AINE el BASDAI es ≥ 4 y (uno de los siguientes): VGP ≥ 4 , dolor nocturno ≥ 4 y/o hay aumento de los reactantes de fase aguda [5, D, 92,2%].

Recomendación 147. Se recomienda considerar que no hay respuesta al tratamiento en la EA con afectación periférica si a los 3-4 meses de tratamiento a dosis plenas/máxima toleradas de (AINE y/o SSZ, GC locales y sinovectomía química) persiste la artritis/entesitis y la VSG ≥ 4 y/o hay aumento de los reactantes de fase aguda [5, D, 92,2%].

Recomendación 148. Se recomienda evaluar la respuesta al agente anti TNF- α en la EA cada 3-4 meses teniendo en cuenta el BASDAI, la VGP, dolor espinal nocturno, y reactantes de fase aguda [5, D, 91,1%].

Recomendación 149. La elección del tratamiento en la EA debe basarse en las características de la enfermedad y del paciente [5, D, 95,6%].

Recomendación 150. Los AINE son el tratamiento elección en los pacientes con EA [1b, A, 93,3%].

Recomendación 151. Los COX-2 pueden considerarse en los pacientes con EA refractarios o intolerancia/contraindicación a los AINE [1b, A, 90%].

Recomendación 152. La infiltración de GC intra o periarticular se puede considerar como terapia coadyuvante en pacientes seleccionados con EA y sacroileitis [1c, A, 83,3%], mono u oligoartritis persistentes o entesitis [5, D, 83,3%], siempre valorando el posible riesgo de eventos adversos especialmente la rotura tendinosa. Sólo en situaciones excepcionales con gran componente inflamatorio se recomienda el uso de GC sistémicos [2b, B, 83,3%].

Recomendación 153. Se recomienda el uso de la SSZ en la EA con afectación periférica [1a, A, 82,2%] y en los casos de uveítis [2c, B, 82,2%].

Recomendación 154. Se recomienda valorar individualmente el uso del MTX en aquellos pacientes con EA refractarios (sobretudo en las formas periféricas y entesitis) a todas las terapias de eficacia demostrada disponibles [5, D, 74,4%], y en las uveítis [2c, B, 74,4%].

Recomendación 155. Se recomienda valorar individualmente el uso de la LEF en aquellos pacientes con EA y afectación periférica refractarios a todas las terapias de eficacia demostrada disponibles [5, D, 70%].

Recomendación 156. Se recomienda valorar individualmente el uso de la CsA, AZA, sales de oro, ciclofosfamida y D-penicilamida siempre que no exista posibilidad de otros tratamientos o exista fracaso al resto de terapias disponibles y el paciente con EA esté clínicamente activo y se considere que el potencial beneficio puede superar a los posibles eventos adversos [5, D, 48,8%].

Recomendación 157. Se recomienda valorar individualmente el uso de la talidomida en aquellos pacientes con EA y afectación axial especialmente grave y refractaria a todas las terapias de eficacia demostrada disponibles, teniendo muy presente su perfil de toxicidad [5, D, 58,8%].

Recomendación 158. El pamidronato puede ofrecerse en casos seleccionados a pacientes con EA refractarios a los tratamientos convencionales y en los que existe alguna contraindicación para el inicio de terapia con anti-TNF α [5, D, 55,6%].

Recomendación 159. Cuando esté indicado el uso de un anti-TNF α en la EA, la elección de uno u otro dependerá del criterio médico y las manifestaciones y circunstancias particulares de cada paciente [5, D, 93,3%].

Recomendación 160. Se recomienda el uso de IFX en pacientes con EA refractarios a AINE y otros tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC) en las formas axiales y refractarios a AINE, FAME y tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC, sinoviortesis) en las formas periféricas [1a, A, 91,1%].

Recomendación 161. Se recomienda el uso de ETN en pacientes con EA refractarios a AINE y otros tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC) en las formas axiales y refractarios a AINE, FAME y tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC, sinoviortesis) en las formas periféricas [1a, A, 90%].

Recomendación 162. Se recomienda el uso de ADA en pacientes con EA refractarios a AINE y otros tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC) en las formas axiales y refractarios a AINE, FAME y tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC, sinoviortesis) en las formas periféricas [1a, A, 88,9%].

Recomendación 163. Se recomienda valorar la sinoviolisis radioisotópica (asociado a GC en la inyección) en casos de EA con artritis refractarias a tratamientos convencionales incluyendo la infiltración con GC, muy sintomáticas y/o que provocan un gran trastorno funcional [5, D, 80%].

Recomendación 164. Se recomienda informar al paciente con EA de todos los aspectos relacionados con su enfermedad incluyendo la evolución de la misma así de cómo todo lo relacionado con el tratamiento [4, C], y el abandono del hábito tabáquico [4, C, 88,9%].

Recomendación 165. En los pacientes con EA se recomienda adecuar el tipo de ejercicio, técnica o programa de ejercicio, a los requerimientos específicos de su enfermedad, características, circunstancias particulares y preferencias, así como de los recursos disponibles [5, D, 88,9%].

Recomendación 166. Se recomienda indicar el ejercicio físico en los pacientes con EA de forma rutinaria [1b, A, 9,3%].

Recomendación 167. Se recomienda realizar todas las estrategias disponibles para incrementar el grado de cumplimiento del programa de ejercicio, especialmente para aquellos que se van a realizar en el domicilio [4, C, 90%].

Recomendación 168. En fases iniciales se recomienda un programa de ejercicio aeróbico [2b, B, 91,1%]. Cuando el paciente asocia limitación parcial de la movilidad se deben añadir ejercicios de estiramiento [1b, A, 91,1%]. En los casos que progresan a anquilosis se pueden combinar ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento [4, C, 91,1%].

Recomendación 169. Las manipulaciones vertebrales están absolutamente contraindicadas en aquellos pacientes, sobre todo de edad media o elevada, con EA evolucionada que presenten inflamación activa y/o columnas rígidas o poco flexibles y/o frágiles o inestables [4, C, 91,1%].

Recomendación 170. La terapia ocupacional y la prescripción de ayudas técnicas pueden estar indicadas en casos avanzados de EA [1b, A, 90%].

Recomendación 171. Se recomienda indicar tratamiento quirúrgico en pacientes con EA y dolor y/o discapacidad importantes refractarios al tratamiento médico [2b, B, 83,3%].

ARTRITIS PSORIÁSICA

Recomendación 172. Desde la primera visita se recomienda realizar como mínimo una evaluación de la actividad, función y daño estructural de la Aps, así como de la respuesta y toxicidad de los tratamientos para la misma y una evaluación pronóstica [5, D, 92,5%].

Recomendación 173. La primera evaluación de un enfermo con/con sospecha de Aps debe incluir: historia clínica, exploración física, análisis de laboratorio (al menos: hemograma, bioquímica, VSG, PCR, FR), estudio radiológico (tórax, sacroiliacas, otras articulaciones afectas) y una evaluación del pronóstico [5, D, 91,1%].

Recomendación 174. Se recomienda que en la evaluación de los distintos dominios de la Aps tener en cuenta que la contribución tanto de las manifestaciones musculoesquelética como otras propias de la enfermedad como las cutánea [5, D, 88,8%].

Primera evaluación del paciente con Aps.

- 1) Anamnesis general y musculoesquelética completa
- 2) Datos sociodemográficos, nivel educativo, nivel socioeconómico, actividad laboral principal, situación laboral actual
- 3) Historia familiar y personal de psoriasis, Aps, EII, u otra entidad reumática
- 4) Comorbilidad y factores de riesgo cardiovascular
- 5) Consumo previo y actual de fármacos con especial atención a los relacionados con la Aps (analgésicos, AINE, corticoides, etc.)
- 6) Examen físico general y del aparato locomotor
- 7) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV de dolor en la última semana
- 8) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del paciente
- 9) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del médico
- 10) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la fatiga
- 11) Recuento articular (78/76 ó 68/66 ó 28, en función de síntomas y localización de los mismos)
- 12) Si sospecha/presencia de enfermedad axial: BASDAI, BASFI, test de Schober modificado, distancia dedo-suelo, flexión lateral lumbar, expansión torácica, occipucio-pared/trago-pared, rotación cervical
- 13) Índice validado de valoración de entesitis (MASES, Mander, SPARCC, etc.)
- 14) Dactilitis (presente/ausente y aguda/crónica)
- 15) DAS28: formas poliarticulares
- 16) Piel: buscar lesiones ocultas de psoriasis en pliegue interglúteo, retroauricular, cuero cabelludo, ombligo.
- 17) Uñas: explorar siempre en busca de piqueteado, onicolisis, surcos, hiperqueratosis subungueal, lesión en mancha de aceite.
- 18) HAQ
- 19) SF-12 ó SF-36
- 20) Radiología de tórax, pelvis AP y articulaciones afectas
- 21) Analítica general (hemograma, bioquímica, orina elemental), FR, ANA, anti-CCP, VSG, PCR

Abreviaturas: Aps=artritis psoriásica; EII=enfermedad inflamatoria intestinal; AINE=antiinflamatorios no esteroideos; EVA=escala analógica visual; BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI=Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; HAQ=health assessment questionnaire; FR=factor reumatoide; ANA=anticuerpos antinucleares; anti-CCP=anticuerpos anti péptido citrulinado.

Recomendación 175. En los pacientes con Aps se recomienda evaluar el dolor, y recoger la VGP y VGM (preferible con escalas horizontales y descriptores numéricos de 0 a 10, alternativamente EVA de 0 a 10 cm) referentes a la última semana [5, D, 87,5%].

Recomendación 176. Se recomienda evaluar la fatiga, no recomendándose ningún instrumento específico para la medición de la misma, una escala horizontal con descriptores numéricos (1-10) sería aceptable [5, D, 87,5%].

Recomendación 177. En la evaluación de los pacientes con Aps, se debe hacer un recuento de articulaciones dolorosas (68) y tumefactas (66) [5, D, 88,8%].

Recomendación 178. Se recomienda evaluar la afectación axial en la Aps mediante el BASDAI, BASFI, test de Schober modificado, flexión lateral de columna lumbar, distancia dedo-suelo, expansión torácica, distancia occipucio-pared/trago-pared, y la rotación cervical [5, D, 85%].

Recomendación 179. En los pacientes con Aps para evaluar las entesitis no se recomienda ningún índice sobre otro, pero parece preferible el índice de MASES [5, D, 80%].

Recomendación 180. En los pacientes con Aps se recomienda la evaluación rutinaria de dactilitis mediante su presencia/ausencia y carácter agudo/crónico [1b, A, 87,5%].

Recomendación 181. La evaluación de calidad de vida de estos pacientes se recomienda evaluar usando el SF-12 o el SF-36 [1b, A, 86,3%].

Recomendación 182. Recomendamos realizar el HAQ en pacientes con Aps y afectación articular periférica para evaluar la función (discapacidad) [1b, A, 87,5%].

Recomendación 183. No se recomienda ningún instrumento concreto para la evaluación de la afectación cutánea y ungueal en la práctica diaria, pero se recomienda anotar la presencia o ausencia de onicopatía, y consultar con un dermatólogo en caso de duda [5, D, 85,6%].

Recomendación 184. En los pacientes con sospecha de Aps se recomienda realizar radiografías de las regiones esqueléticas afectas y una radiografía AP de pelvis para detectar sacroileitis [5, D, 87,8%].

Recomendación 185. No se recomienda ningún método concreto de valoración del daño estructural, sería preferible el índice de Sharp-van der Heijde modificado para la Aps, para la valoración articular periférica y el mSASSS para la afectación axial [5, D, 85,2%].

Recomendación 186. En la Aps se recomienda evaluar tanto la VSG como la PCR [5, D, 91,1%].

Recomendación 187. En la Aps se recomienda realizar una evaluación del pronóstico teniendo en cuenta factores como el sexo, número de articulaciones inflamadas, VSG, fallo a otros fármacos, enfermedad con daño articular, pérdida de función, o disminución de la calidad de vida [5, D, 85,6%].

Recomendación 188. Se recomienda realizar un seguimiento sistematizado de los pacientes con Aps que incluya la recogida de datos socio-laborales, clínicos, analíticos, radiológicos y de respuesta/toxicidad del tratamiento. Su periodicidad va a depender del tipo de variable y características del paciente [5, D, 85,6%].

Seguimiento de los pacientes con artritis psoriásica*.

- 1) Anamnesis general y musculoesquelética
- 2) Cambios relevantes socioeconómicos o sociolaborales
- 3) Examen físico general y del aparato locomotor
- 4) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV de dolor en la última semana
- 5) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del paciente
- 6) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la valoración de la actividad general de la enfermedad en la última semana por parte del médico
- 7) Escala horizontal con descriptores numéricos (0-10), alternativamente EAV sobre la fatiga
- 8) Recuento articular (78/76 ó 68/66 ó 28, en función de síntomas y localización de los mismos)
- 9) DAS28: formas poliarticulares
- 10) Si enfermedad axial: BASDAI, BASFI, test de Schöber modificado, distancia dedo-suelo, flexión lateral lumbar, expansión torácica, occipucio-pared/trago-pared, rotación cervical
- 11) HAQ
- 12) SF-12 ó SF-36 anual
- 13) Radiología de articulaciones afectas: cada dos años. Antes, en función de la actividad de la enfermedad o aparición de nueva sintomatología
- 14) Analítica general (hemograma, bioquímica, orina elemental), VSG, PCR, otros en función de la actividad de la enfermedad, aparición de nueva sintomatología, tratamiento específico, etc.

* Se realizarán en cada visita a no ser que se indique otra cosa.

Abreviaturas: EVA=escala analógica visual; BASDAI=Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI=Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; HAQ=Health Assessment Questionnaire.

Recomendación 189. Se recomienda revisar al menos una vez al año a los pacientes con Aps si están controlados y no precisan otra monitorización farmacológica [5, D, 78,8%].

Recomendación 190. Los pacientes con Aps a los que se precise evaluar bien la efectividad, el cumplimiento terapéutico o los fármacos precisen de una monitorización específica se recomienda que sean evaluados cada 2 semanas-3/4 meses [5, D, 86,3%].

Recomendación 191. Los pacientes con Aps y reagudización grave, efectos adversos inesperados al tratamiento, fiebre, o rápido deterioro en su condición general, deben ser evaluados en el menor tiempo posible, no más allá de una semana [5, D, 87,1%].

Recomendación 192. Se recomienda seguir las siguientes definiciones [5, D, 80%]:

Definimos **remisión** de la enfermedad como ausencia de síntomas, signos y cualquier otro dato indicativo de actividad de la Aps.

Por otro lado hablamos de **enfermedad activa**:

- En las formas oligoarticulares hay actividad si persiste la artritis/entesitis y la VGP > 4 o los reactantes de fase aguda están elevados.
- En las formas poliarticulares se considera enfermedad activa si el DAS28 ≥ 2 .
- Si hay afectación axial, pensaremos en enfermedad activa si tenemos un BASDAI >4 y al menos uno de: VGP >4 , dolor axial nocturno >4 o los reactantes de fase aguda están elevados.

Recomendación 193. En la evaluación de la respuesta al tratamiento se recomienda emplear un índice compuesto como el DAS28 (preferible, y sobre un recuento de 66 articulaciones inflamadas y 68 dolorosas), PsARC, o los criterios de la ACR modificado para la Aps [5, D, 83,8%].

Recomendación 194. Se recomiendan como variables de respuesta al tratamiento en la Aps el DAS28, BASDAI, la VGP, dolor espinal nocturno, y los reactantes de fase aguda [5, D, 83,8%].

Recomendación 195. Siempre que no se alcanza el objetivo terapéutico en la Aps hay que tomar una decisión en relación al mismo [5, D, 85,6%].

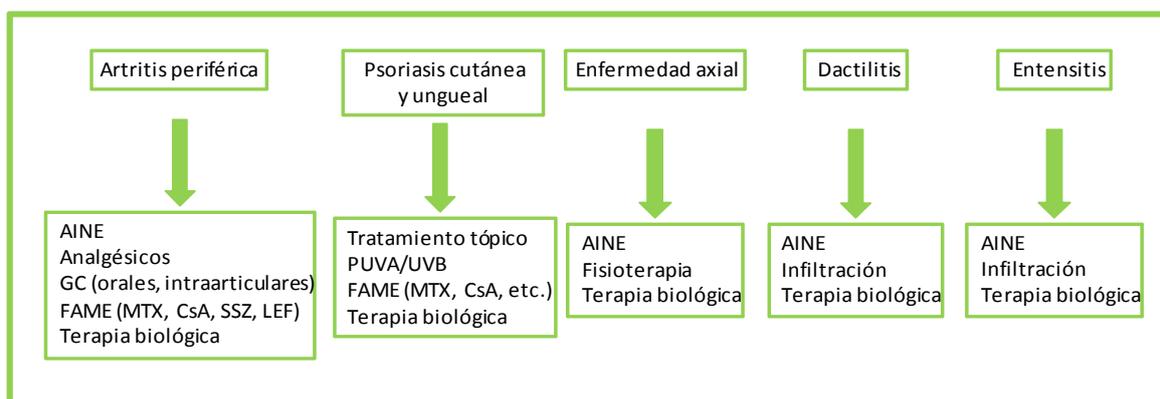
Recomendación 196. Se recomienda continuar con el tratamiento pautado a la dosis mínima eficaz si los pacientes con Aps alcanzan el objetivo terapéutico [5, D, 87,8%].

Recomendación 197. Se recomienda considerar que no hay respuesta al tratamiento en las Aps con afectación periférica si a los 3-4 meses de tratamiento a dosis plenas/máxima toleradas de (AINE y FAME, GC locales y sinovectomía), persiste la artritis/entesitis y la VGP ≥ 4 y/o hay aumento de los reactantes de fase aguda [5, D, 90%].

Recomendación 198. Se recomienda considerar que no hay respuesta al tratamiento en las Aps con afectación axial si a los 3-4 meses de tratamiento a dosis plenas/máxima toleradas de al menos 2 AINE el BASDAI es ≥ 4 y (uno de los siguientes): VGP ≥ 4 , dolor nocturno ≥ 4 y/o hay aumento de los reactantes de fase aguda [5, D, 83,8%].

Recomendación 199. Se recomienda evaluar la respuesta al agente anti-TNF α en la Aps cada 3-4 meses teniendo en cuenta el DAS28, BASDAI, la VGP, dolor espinal nocturno, y reactantes de fase aguda [5, D, 92,5%].

Recomendación 200. La elección del tratamiento en la Aps debe basarse en las características de la enfermedad y del paciente [5, D, 91,1%].



*Recomendaciones elaboradas por el GRAPPA Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis.
Abreviaturas: AINE=antiinflamatorios no esteroideos; GC=glucocorticoides; FAME=fármacos modificadores de la enfermedad; MTX=metotrexato; CsA=ciclosporina; SSZ=salazopirina; LEF=leflunomida

Recomendación 201. Se recomienda el uso de AINE para el control de los síntomas en los pacientes con Aps y artritis periférica [1b, A, 86,3%], así como si hay afectación axial [1b, A, 86,3%], entesitis [4, D, 86,3%], y dactilitis [5, D, 86,3%].

Recomendación 202. En las Aps se recomienda el uso de GC sistémicos en casos muy seleccionados de afectación articular grave [5, D, 86,3%], y las infiltraciones con GC en pacientes con mono, oligoartritis o poliartritis con una o dos articulaciones especialmente sintomáticas [5, D, 86,3%], y en las entesitis [5, D, 86,3%].

Recomendación 203. Se recomienda el uso de SSZ en la Aps para el tratamiento de la artritis [1a, A, 78,8%] y dactilitis [2a, B, 78,8%], no para la entesitis [1a, A, 78,8%] ni en la afectación axial [1c, A, 78,8%].

Recomendación 204. Se recomienda el uso de MTX en pacientes con Aps para la artritis periférica [2a, B, 81,3%], entesitis refractarias [5, D, 81,3%] y dactilitis [5, D, 81,3%].

Recomendación 205. Se recomienda valorar el uso de LEF en las Aps con artritis periférica y dactilitis [1b, A, 80%], valorar en casos de entesitis refractarias [5, D, 80%].

Recomendación 206. Se recomienda valorar el uso de la CsA en las Aps para el tratamiento de la artritis y dactilitis [2b, B, 67,5%], valorar en casos de entesitis refractarias [5, D, 67,5%].

Recomendación 207. Se recomienda valorar individualmente el uso de la AZA, sales de oro, D-penicilamida y antipalúdicos siempre que no exista posibilidad de otros tratamientos o exista fracaso al resto de terapias disponibles y el paciente con Aps esté clínicamente activo y se considere que el potencial beneficio puede superar a los posibles eventos adversos [5, D, 52,5%].

Recomendación 208. Cuando esté indicado el uso de un anti-TNF, la elección de uno u otro dependerá del criterio médico y las manifestaciones y circunstancias particulares de cada paciente [5, D, 85,6%].

Recomendación 209. Se recomienda el uso de IFX en pacientes con Aps refractarios a AINE, FAME y tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC, sinoviortesis) en las formas periféricas, y refractarios a AINE y otros tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC) en las formas axiales [1a, A, 88,8%].

Recomendación 210. Se recomienda el uso de ETN en pacientes con Aps refractarios a AINE, FAME y tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC, sinoviortesis) en las formas periféricas, y refractarios a AINE y otros tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC) en las formas axiales [1a, A, 88,8%].

Recomendación 211. Se recomienda el uso de ADA en pacientes con Aps refractarios a AINE, FAME y tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC, sinoviortesis) en las formas periféricas, y refractarios a AINE y otros tratamientos sintomáticos (analgésicos, infiltraciones locales de GC) en las formas axiales [1a, A, 88,8%].

Recomendación 212. En los pacientes con Aps se recomienda infiltrar con GC de liberación lenta [4, C, 81,3%] evitando siempre áreas de psoriasis.

Recomendación 213. Se recomienda valorar la sinoviolisis radioisotópica (asociado a GC en la inyección) en casos de artritis refractarias a tratamientos convencionales incluyendo la infiltración con GC, muy sintomáticas y/o que provocan un gran trastorno funcional [5, D, 82,5%].

Recomendación 214. Se recomienda informar al paciente con Aps de todos los aspectos relacionados con su enfermedad incluyendo la evolución de la misma así de cómo todo lo relacionado con el tratamiento [4, C, 92,2%].

Recomendación 215. En los pacientes con Aps se recomienda adecuar el tipo de ejercicio, técnica o programa de ejercicio a los requerimientos específicos de su enfermedad, características, circunstancias particulares y preferencias del paciente, así como de los recursos disponibles [5, D, 87,8%].

Recomendación 216. Se recomienda indicar el ejercicio físico en los pacientes con Aps de forma rutinaria [5, D, 87,8%].

Recomendación 217. En los pacientes con Aps se recomienda realizar todas las estrategias disponibles para incrementar el grado de cumplimiento del programa de ejercicio, especialmente para aquellos que se van a realizar en el domicilio [5, D, 85,6%].

Propuesta de un programa de rehabilitación para pacientes con artritis psoriásica.

ENFERMEDAD ARTICULAR PREDOMINANTE	ENFERMEDAD AXIAL PREDOMINANTE
1. Ejercicios de fortalecimiento muscular	1. Ejercicios de fortalecimiento muscular
2. Ejercicios de mantenimiento de la forma física	2. Ejercicios de mantenimiento de la forma física
3. Ejercicios de estiramiento	3. Ejercicios de estiramiento
4. Fisioterapia (cuando sea necesaria)	4. Fisioterapia (cuando sea necesaria)
5. Terapia ocupacional	5. Terapia ocupacional
6. Educación al paciente	6. Educación al paciente
	7. Ejercicios posturales
	8. Ejercicios respiratorios

Recomendación 218. Se recomienda indicar tratamiento quirúrgico en pacientes con EA y dolor y/o discapacidad importantes refractarios al tratamiento médico [2b, B, 83,3%].

EL PACIENTE Y LA ENFERMERÍA EN LAS ESA

Recomendación 219. Se recomienda una participación lo más activa posible del paciente en todos los procesos relacionados con su enfermedad, incluyendo la investigación [5, D, 82,2%].

Recomendación 220. Se recomienda dar más información a los pacientes en todo lo referente a su enfermedad al inicio y durante todo el proceso de su enfermedad [5, D, 90%].

Recomendación 221. Se recomienda incrementar el conocimiento, reconocimiento y difusión de la labor de las asociaciones de pacientes, así como la de informar explícitamente a todos los pacientes sobre las posibilidades que ofrecen las mismas [5, D, 91,1%].

Tabla 86. Trabajos de las asociaciones de pacientes.

1. Realización de conferencias y charlas divulgativas sobre la enfermedad
2. Cursos de rehabilitación y fisioterapia
3. Creación de materiales impresos (guías) para pacientes
4. Intercambio de información entre pacientes con reuniones y eventos sociales
5. Asesoramiento en aspectos legales para la obtención de minusvalías y temas fiscales
6. Promoción de la investigación con la colaboración activa en ensayos clínicos
7. Difusión de las novedades médicas entre sus asociados
8. Defensa y representación del colectivo de pacientes ante la administración
9. Realización de convenios con empresas para tarifas más económicas para el colectivo
10. Bolsas de trabajo para pacientes

Recomendación 222. Se recomienda que en los cuidados reumatológicos de los pacientes con EsA esté incluido el proporcionado por el personal de enfermería [5, D, 91,1%].

Tabla 88. Posibles funciones de la enfermera en las espondiloartritis.

EVALUACIÓN	EDUCACIÓN	TRATAMIENTO	GESTIÓN/ENLACE	INVESTIGACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Actividad - Función - Calidad de vida y dependencia - Comorbilidad - Aspectos psicológicos - Resultados de pruebas 	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre la EsA (curso, tratamiento, pronóstico, etc.) - Ergonomía y economía articular - Ejercicios, técnicas de relajación - Autoayuda y autoadministración de fármacos - Uso de dispositivos de ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorización: eventos adversos, interacciones - Administración de fármacos: iv, im, sc - Colaboración en la monitorización de tratamientos en el hospital de día - Colaboración en infiltraciones - - Ciertos aspectos psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación: analíticas y otras pruebas, revisiones reumatológicas, revisiones con otros especialistas, atención primaria - Ayuda telefónica - Informes - -Aspectos legales, administrativos - Asociaciones de pacientes - - Organismos oficiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboración - Generación de proyectos de investigación

Abreviaturas: iv=intravenoso; im=intramuscular; sc=subcutáneo.