



Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica

GUÍA RÁPIDA



Esta Guía Rápida forma parte de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica, elaborada por la Sociedad Española de Reumatología con la ayuda de un equipo multidisciplinar de profesionales. Constituye una ayuda para la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

En la página web de la SER (www.ser.es), en el apartado de investigación y guías de práctica clínica, se puede consultar la versión de la guía completa y su documento metodológico. También está disponible una guía informativa para pacientes con espondilitis anquilosante y otra para pacientes con artritis psoriásica.

Edición: 2015



Índice

Preguntas clínicas para responder	4
Recomendaciones de la GPC	6
Niveles de evidencia y grados de recomendación	11

Preguntas clínicas para responder

Tratamiento de la espondiloartritis axial (EspAax)

Intervención precoz

1. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿la intervención farmacológica precoz mejora la capacidad funcional, el daño estructural y la calidad de vida?

Terapias biológicas frente a FAME tradicionales

2. En pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica, ¿cuál es la eficacia de las distintas terapias biológicas frente a placebo o FAME tradicionales? ¿Cuál es la eficacia relativa de las distintas terapias biológicas?

Optimización del tratamiento

3. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿se puede suspender el tratamiento con inhibidores del TNF? ¿Se puede reducir el tratamiento con inhibidores del TNF?

Pronóstico visual

4. En pacientes con espondilitis anquilosante, ¿la utilización de biológicos, en comparación con el empleo de la sulfasalazina, disminuye el número de recidivas de uveítis y mejora el pronóstico visual?

Ejercicio

5. En los pacientes con espondilitis anquilosante, ¿qué tipo de programa de ejercicio es más eficaz para mejorar los parámetros clínicos y funcionales?

Hábito tabáquico

6. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿el tabaco empeora las manifestaciones clínicas (artritis, afectación axial, entesitis, daño estructural)?

Tratamiento de la artritis psoriásica (APs)

Intervención precoz

7. En pacientes con artritis psoriásica, ¿la intervención farmacológica precoz mejora la capacidad funcional, el daño estructural y la calidad de vida?

Terapias biológicas en monoterapia

8. En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia de las terapias biológicas en monoterapia, en su forma periférica, axial, entesitis, dactilitis y uveítis?

FAME tradicionales

9. En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia de los FAME tradicionales en su forma periférica, axial, entesitis, dactilitis y uveítis?

Metotrexato y Terapia Biológica

10. En pacientes con artritis psoriásica, ¿es más eficaz el tratamiento combinado de MTX y TB que el tratamiento con TB en monoterapia?

Manejo multidisciplinar

11. En pacientes con artritis psoriásica y psoriasis cutánea moderada-grave, ¿cuál es el beneficio, en términos de mejoría de control clínico y satisfacción del paciente, de un manejo multidisciplinar (consultas dermatología-reumatología) del paciente?

Tratamiento de la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica

Educación sanitaria

12. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿es beneficiosa la educación sanitaria impartida por la enfermera? En pacientes con artritis psoriásica y afectación periférica y/o axial, ¿es beneficiosa la educación sanitaria impartida por la enfermera?

Recomendaciones de la GPC

Tratamiento de la espondiloartritis axial (EspAax)

Intervención precoz

En pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) activa, se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico lo antes posible. ([Recomendación de grado D](#)).

Terapias biológicas frente a FAME tradicionales

Se recomienda la utilización de terapia iTNF, como el tratamiento farmacológico de elección para los pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica activa* refractarios a AINE. ([Recomendación de grado A](#)).

* Definida por signos objetivos de inflamación con elevación de la PCR y/o RMN.

No se recomienda la utilización de tocilizumab en pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica refractarios a AINE y/o tratamiento con iTNF. ([Recomendación de grado C](#)).

Optimización del tratamiento

En aquellos pacientes con espondiloartritis axial que alcancen el objetivo clínico no se recomienda suspender el tratamiento con terapia iTNF. ([Recomendación de grado C](#)).

En aquellos pacientes con espondilitis anquilosante en los que se haya alcanzado el objetivo clínico, tras la administración de terapia con iTNF a dosis estándar, se recomienda valorar la posibilidad de reducir la dosis del fármaco iTNF. ([Recomendación de grado C](#)).

Pronóstico visual

El grupo elaborador de la guía considera que, en pacientes con espondilitis anquilosante, los iTNF, especialmente los anticuerpos monoclonales, han resultado eficaces en la disminución del número de recidivas de uveítis y mejora del pronóstico visual, pero no puede establecerse su superioridad o inferioridad frente a la sulfasalazina basándose en la evidencia científica actual. ([Recomendación de grado D](#)).

Ejercicio

A los pacientes adultos diagnosticados de espondilitis anquilosante se les recomienda realizar, como parte del tratamiento de su enfermedad, programas de ejercicios para mejorar los síntomas, la calidad de vida y la forma física relacionada con la salud. ([Recomendación de grado B](#)).

La recomendación anterior se hace extensiva a los pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica. ([Recomendación de grado D](#)).

Los programas deben incluir ejercicios de tipo aeróbico y ser realizados preferentemente de forma supervisada en grupo. (Anexo 2)*. ([Recomendación de grado B](#)).

Hábito tabáquico

Se recomienda instar a los pacientes fumadores con espondiloartritis axial para que abandonen el hábito tabáquico desde el momento del diagnóstico. ([Recomendación de grado C](#)).

Tratamiento de la artritis psoriásica (APs)

Intervención precoz

En pacientes con artritis psoriásica periférica activa, se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico lo antes posible. ([Recomendación de grado D](#)).

Terapias biológicas en monoterapia

Las terapias biológicas en monoterapia han demostrado mayor eficacia que los FAME o placebo en el tratamiento de los pacientes con artritis psoriásica en sus diferentes manifestaciones: periférica, axial, entesitis, dactilitis y uveítis. [\(Recomendación de grado D\)](#).

FAME tradicionales

Se recomiendan los FAME tradicionales (metotrexato, leflunomida, sulfasalazina) como tratamiento de primera línea de la artritis psoriásica periférica activa. [\(Recomendación de grado C\)](#).

Entre ellos se considera el metotrexato como el de primera elección, por sus efectos sobre la artritis y la psoriasis. [\(Recomendación grado D\)](#).

Estos fármacos no deberían ser utilizados para tratar síntomas de enfermedad axial. No existe evidencia que apoye su uso en entesitis. Existen dudas sobre su eficacia en dactilitis. [\(Recomendación de grado C\)](#).

Metotrexato y Terapia Biológica

Se recomienda la utilización de tratamiento con terapia biológica tanto en monoterapia como combinado en pacientes con artritis psoriásica refractaria a FAME. La terapia combinada con metotrexato podría aumentar la supervivencia de los fármacos iTNF, especialmente los anticuerpos monoclonales. [\(Recomendación de grado C\)](#).

Manejo multidisciplinar

Se recomienda que dermatólogos y reumatólogos trabajen en estrecha colaboración, ya sea en la misma consulta o separados, para conseguir un control óptimo de la enfermedad psoriásica. [\(Recomendación de grado D\)](#).

Siempre y cuando en el área sanitaria de referencia se oferte la modalidad de asistencia multidisciplinaria, cuya implantación es actualmente minoritaria, se recomienda este tipo de consulta. ([Recomendación de grado D](#)).

Tratamiento de la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica

Educación sanitaria

Se recomienda la participación de enfermería clínica especializada, bien de forma presencial o telefónica, en las consultas de seguimiento de pacientes con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica ya que aumenta el grado de satisfacción de los mismos. ([Recomendación de grado D](#)).

Los pacientes fumadores con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica, podrían beneficiarse de la utilización de programas de educación sobre cese tabáquico proporcionados por una enfermera, porque éstos pueden incrementar las tasas de abandono del hábito tabáquico. ([Recomendación de grado D](#)).

Se recomienda la realización de talleres educativos impartidos por enfermería, previos al inicio de terapias subcutáneas, pues contribuyen a disminuir el temor de los pacientes hacia esta forma de aplicación de tratamiento. ([Recomendación de grado D](#)).

Se recomienda la colaboración de enfermería para resolver las dudas y ayudar al paciente en la cumplimentación de los cuestionarios de autoevaluación; siempre que no se influencie en las opiniones y preferencias del aquel. ([Recomendación de grado D](#)).

Los pacientes con artritis psoriásica podrían beneficiarse de la ayuda de programas de educación, preferiblemente en forma grupal, impartidos por enfermería clínica especializada. Se favorecería así el automanejo del propio paciente y el aumento de la adherencia al tratamiento. ([Recomendación de grado D](#)).

Consejos generales para el manejo del paciente

El manejo de los pacientes con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica debe hacerse teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente. [\(Recomendación de grado D\)](#).

Antes de la instauración temprana del tratamiento para la espondiloartritis axial o para la artritis psoriásica, se debería informar adecuadamente a los pacientes de las propiedades farmacológicas, la duración del tratamiento, los beneficios que se esperan alcanzar y los posibles efectos secundarios, teniendo en cuenta sus preferencias. [\(Recomendación de grado D\)](#).

En la prescripción de los biológicos considerar: edad, tratamiento anterior, preferencias del paciente, tolerancia, efectos secundarios, posibilidad de embarazo y el coste a igual efectividad. [\(Recomendación de grado D\)](#).

Debería instruirse al paciente y/o familia sobre medidas de autocuidado articular y automanejo de la terapia biológica. [\(Recomendación de grado D\)](#).

El profesional sanitario ofrecerá información a los pacientes con espondiloartritis axial sobre el tipo de ejercicio físico más adecuado a realizar en cada paciente. [\(Recomendación de grado D\)](#).

El profesional sanitario ofrecerá información a los pacientes con espondiloartritis axial sobre la existencia de programas de deshabituación del consumo de tabaco. [Recomendación de grado D\)](#).

Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de evidencia y grados de recomendación del Centro Oxford de Medicina Basada en la Evidencia (CEBM)

Grado de recomendación	Nivel de Evidencia	Tratamiento, Prevención, Etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial, prevalencia	Análisis económicos y de decisión
A	1a	RS de EC (con homogeneidad*)	RS de cohortes de casos incidentes (con homogeneidad*); CDR† validadas en diferentes poblaciones	RS de estudios de diagnóstico nivel 1 (con homogeneidad*); CDR de estudios 1b multicéntricos	RS de estudios de cohortes prospectivas (con homogeneidad*)	RS de estudios económicos de nivel 1 (con homogeneidad*)
	1b	EC individual (con IC estrecho)	Estudios de cohortes individuales iniciales con seguimiento > 80%; CDR† validados en una población	Estudio de cohortes validatorio** con buenos estándares de referencia†††; CDR† validada en un centro	Estudio de cohortes prospectiva con buen seguimiento****	Análisis basados en costes o alternativas clínicamente sensibles; RS de la evidencia incluyendo análisis de sensibilidad multivariante
	1c	EC “todos o ninguno”§	Series de casos “todos o ninguno”	Splns y SnOuts absolutos††	Serie de casos “todos o ninguno”	Análisis absoluto en términos de mejor valor o peor valor ††††
B	2a	RS de estudios de cohortes (con homogeneidad*)	RS de estudios de cohortes retrospectivos o grupos controles no tratados en EC (con homogeneidad*)	RS de estudios diagnósticos de nivel>2 (con homogeneidad*)	RS (con homogeneidad*) de estudios 2b y mejores	RS de estudios económicos de nivel>2 (con homogeneidad*)
	2b	Estudio de cohortes individual (o EC de baja calidad; p.ej., <80% seguimiento)	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles en EC; Derivación de CRD† o validada solo en media muestra §§§	Estudios de cohortes exploratorios** con buenos estándares de referencia†††; Derivación de CRD† o validada solo en media muestra §§§ o bases de datos	Estudio de cohortes retrospectivas o con seguimiento insuficiente	Análisis basado en costes o alternativas clínicamente sensibles; revisiones limitadas de la evidencia o estudios aislados; e incluyendo análisis de sensibilidad multivariante
	2c	“Resultados en salud”; estudios ecológicos	“Resultados en salud”		Estudios ecológicos	Auditorias o estudios de “Resultados en salud”
	3a	RS de estudios de casos y controles, (con homogeneidad*)		RS de estudios 3b y de mejor calidad (con homogeneidad*)	RS de estudios 3b y de mejor calidad (con homogeneidad*)	RS de estudios 3b y mejores (con homogeneidad*)
	3b	Estudios de casos y controles individuales		Estudios no consecutivos o que no aplican de forma consistente estándares de referencia	Estudios no consecutivos de cohortes o población muy limitada	Análisis basado en alternativas o costes limitados, estimaciones de datos de baja calidad pero incluyendo análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles
C	4	Series de casos (y estudios de cohortes o casos y controles de baja calidad §§)	Series de casos y estudios de cohortes de pronóstico de baja calidad***	Estudios de casos y controles o con estándares de referencia malos o no independientes	Series de casos o que no se ajusta a estándares de referencia	Estudios sin análisis de sensibilidad

Grado de recomendación	Nivel de Evidencia	Tratamiento, Prevención, Etiología y daño	Pronóstico	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial, prevalencia	Análisis económicos y de decisión
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios fundamentales	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios fundamentales	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios fundamentales	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios fundamentales	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios fundamentales

Notas

Los usuarios deben añadir un signo negativo "-" para advertir del nivel que falla en la intención de dar una respuesta concluyente como resultado de:

1. BIEN un estudio aislado con un intervalo de confianza amplio
2. O una revisión sistemática con heterogeneidad controvertida

En estos casos la evidencia no es concluyente, por lo que solo puede dar lugar a recomendaciones del grado D.

*	Por homogeneidad entendemos revisiones sistemáticas con ausencia de controversia en la heterogeneidad, ya sea estadística o de diseño. Pueden existir revisiones con heterogeneidad estadística pero no relevante desde el punto de vista clínico.
†	Regla de Decisión Clínica. (Se trata de algoritmos o sistemas de puntuación que llevan a la estimación de un pronóstico o a una clasificación diagnóstica)
‡	Ver nota número 1 arriba con respecto a cómo comprender, evaluar y utilizar ensayos u otros estudios con amplios intervalos de confianza.
§	Se cumplen cuando todos los pacientes murieron antes de que se dispusiera del tratamiento, pero ahora algunos sobreviven con él; o cuando algunos pacientes murieron antes del tratamiento, pero ninguno murió con él.
§§	Por cohorte de baja calidad entendemos aquellas que o no definen bien los grupos de comparación, o las medidas no son del todo ciegas o realizadas de la misma y objetiva manera, o el seguimiento es incompleto o demasiado corto, o no se tienen en cuenta variables confusoras importantes. Por estudio de casos y controles de baja calidad entendemos aquellos que o no definen bien los grupos de comparación o las medidas no son del todo ciegas o realizadas de la misma y objetiva manera, o no se tienen en cuenta variables confusoras importantes.
§§§	Una Split-sample validation (validación en muestra partida) se logra dividiendo la muestra de forma aleatoria en dos partes, una en la que se realiza el análisis exploratorio y otra en la que se confirman los resultados.
††	Un "Absolute SpPin" es un hallazgo diagnóstico cuya especificidad es tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico. Un "Absolute SnNout" es un hallazgo diagnóstico cuya sensibilidad es tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
‡‡	Bueno, mejor, malo y peor se refieren a las comparaciones entre tratamientos en cuanto a sus riesgos y beneficios clínicos.

†††	Los estándares de referencia Buenos son independientes de la prueba y se aplican de forma ciega u objetivamente a todos los pacientes. Los estándares de referencia Malos o Pobres no se aplican de forma ciega u objetiva, pero también son independientes de la prueba. La utilización de un estándar de referencia no independiente (el test está incluido o afecta a la referencia) implica que se trata de un estudio de nivel 4.
††††	Tratamientos de mejor valor son tan buenos pero más baratos, o mejores pero igual de caros o incluso menos. Tratamientos de peor valor son tan buenos pero más caros, o peores pero igual de caros o incluso más.
**	Los estudios validatorios o de validación, comprueban la calidad de un test diagnóstico específico, basado en evidencia previa. Los estudios exploratorios recogen información y la analizan para buscar factores con asociación “significativa”.
***	Por estudio de cohortes de pronóstico de baja calidad entendemos aquellos en los que el muestreo está sesgado a favor de pacientes que ya han tenido el resultado, o en los que la medida del resultado se consigue en menos del 80% de los pacientes, o los resultados se miden de una forma no objetiva o sin corrección por variables de confusión.
****	Un buen seguimiento en un estudio de diagnóstico diferencial es >80%, con un tiempo adecuado para que aparezcan diagnósticos alternativos (1-6 meses en agudos o 1-5 años en crónicos)

Grados de Recomendación

A	Basadas en los resultados de estudios de nivel 1 consistentes
B	Basadas en los resultados de estudios de nivel 2 o 3 consistentes o en extrapolaciones* de estudios de nivel 1
C	Basadas en los resultados de estudios de nivel 4 o en extrapolaciones* de estudios de nivel 2 o 3
D	Basadas en los resultados de estudios de nivel 5 o en resultados controvertidamente inconsistentes de estudios en cualquier nivel

*Se refiere a cuando los datos se utilizan en situaciones con diferencias potencialmente importantes desde el punto de vista clínico con respecto al estudio original.