ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES EN REMISIÓN

3ª Jornada de Actualización Artritis idiopática juvenil







ESMERALDA NÚÑEZ CUADROS

VALENCIA. 9 DE MAYO 2014

Organizado por: Sociedad Española de Reumatología Pediátrica

Patrocinado por: abbvie

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA



- **Escasa evidencia** en AIJ
- **Gran variabilidad** en la práctica clínica
- Desconocemos **consecuencias**
- Nuevos términos:
  Optimización/Desintensificación

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO



T. BIOLÓGICOS

57%

(96% anti TNF)

FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

74%

(95% MTX)

AINEs (51%), CORTICOIDES sistémicos (38%)

INFILTRACIONES (46%)

Beukelman T et al. J Rheumatol 2012; 39: 1867- 74

INTRODUCCIÓN

% DE REMISIÓN EN AIJ SEGÚN FÁRMACO

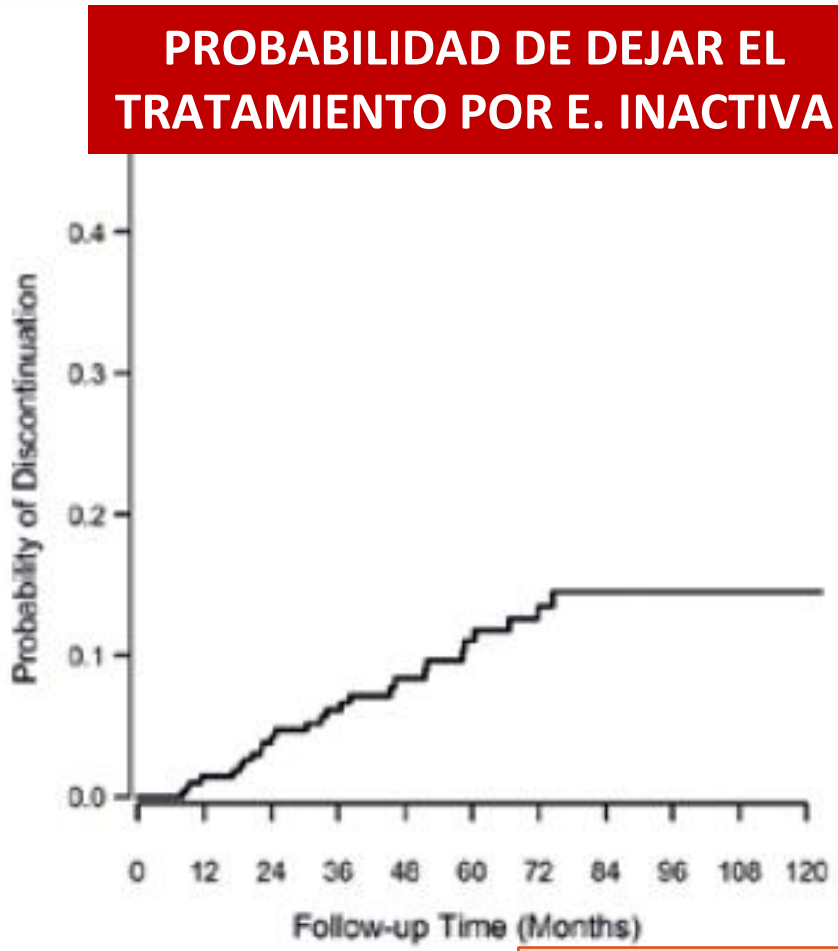
First author, year, reference number	Medication	Type of study	Number of patients	Inactive disease (%)
Ruperto, 2008 (2)	Abatacept	Clinical trial	190	30*
De Benedetti, 2012 (3)§	Tocilizumab	Clinical trial	112	28**
Ruperto, 2012 (4)§	Canakinumab	Clinical trial	176	31#
Otten, 2011 (5)	Etanercept	National registry	262	37–49
Papsdorf, 2011 (6)	Etanercept	National registry	787	47.6
Solari, 2013 (7)	Etanercept	Single-centre series	173	50.3

Verazza S et al. Clin Exp Rheumatol 2013; 31: S98- S101

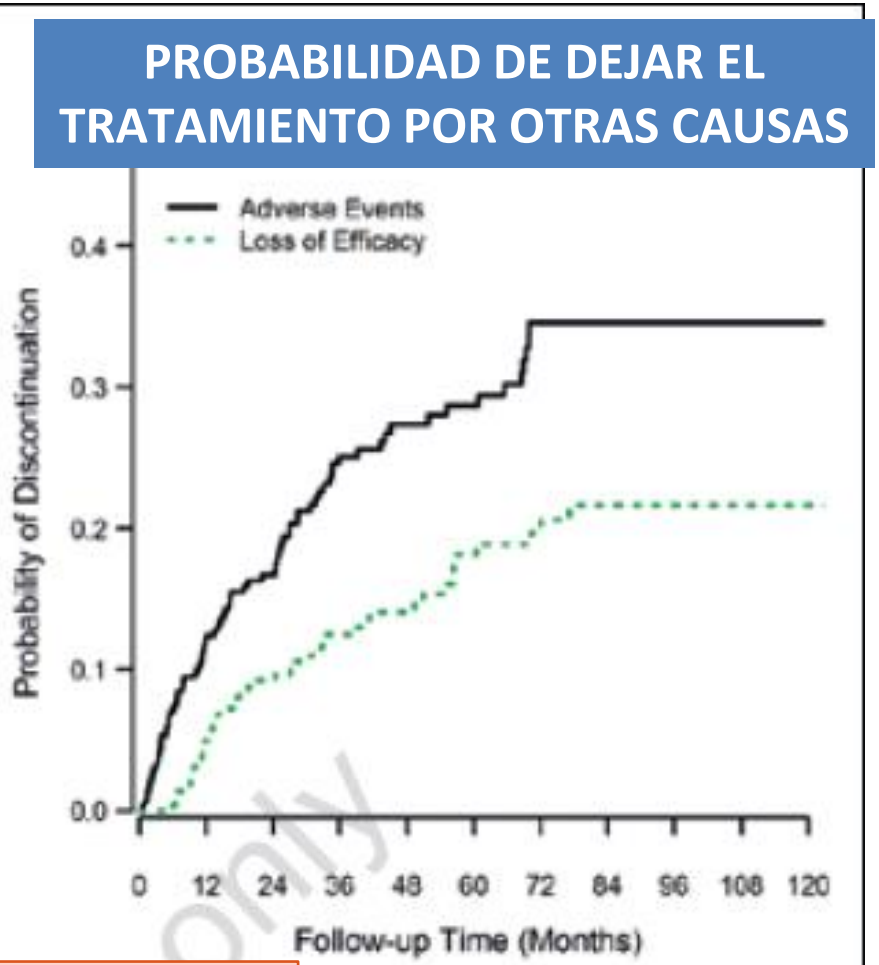
INTRODUCCIÓN

PROBABILIDAD DE REMISIÓN EN AIJ

PROBABILIDAD DE DEJAR EL TRATAMIENTO POR E. INACTIVA



PROBABILIDAD DE DEJAR EL TRATAMIENTO POR OTRAS CAUSAS

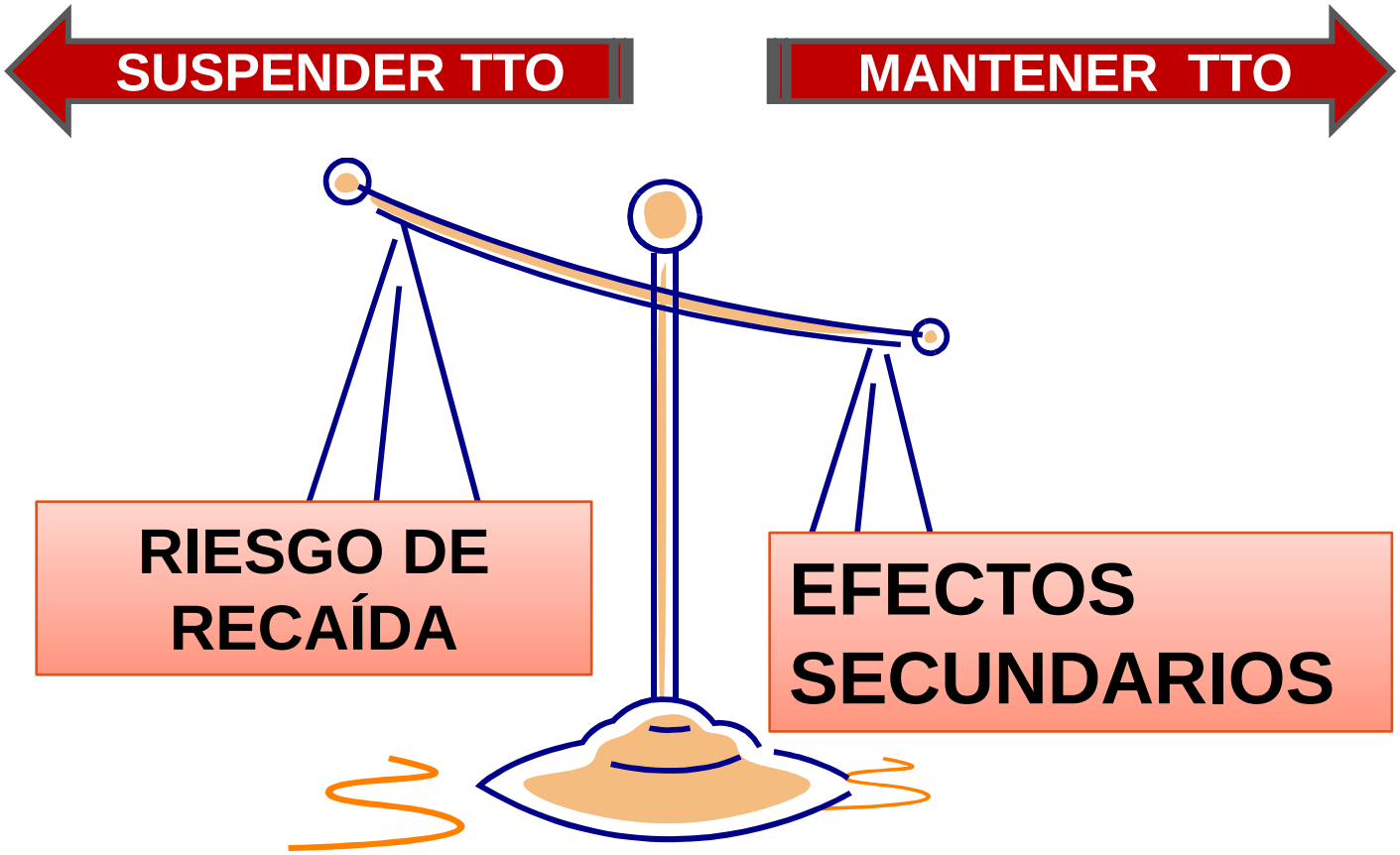


Tras 1º F. Biológico

Romano M et al. Reumatismo 2013; 65: 278- 85

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

UNA VEZ EN REMISIÓN … ¿QUÉ HACEMOS?



Verazza S et al. Clin Exp Rheumatol 2013; 31: S98- S101

PREGUNTAS A PLANTEAR

¿CUÁNDO?



¿A QUÉ LLAMAMOS REMISIÓN?

¿CÓMO?



¿HAY ALGUNA ESTRATEGIA MEJOR QUE OTRA?

¿DISPONEMOS DE MARCADORES EVOLUTIVOS?



BIOMARCADORES

PREGUNTAS A PLANTEAR

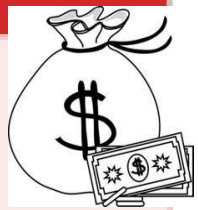
¿PUEDE TENER CONSECUENCIAS POSTERIORES?



INMUNOGENICIDAD / EFICACIA

Y LA ECONOMÍA ¿PUEDE CONDICIONAR NUESTRAS DECISIONES?

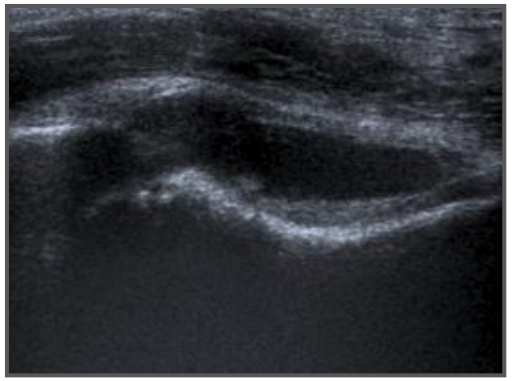
OPTIMIZACIÓN / DESINTENSIFICACIÓN



¿CUÁNDO?



- Remisión/enfermedad clínicamente inactiva
- Remisión clínica vs radiológica





CRITERIOS DE REMISIÓN



American College of Rheumatology Provisional Criteria for Defining Clinical Inactive Disease in Select Categories of Juvenile Idiopathic Arthritis

***Wallace C et al*. Arthritis Care& Research 2011; 63: 929- 36**

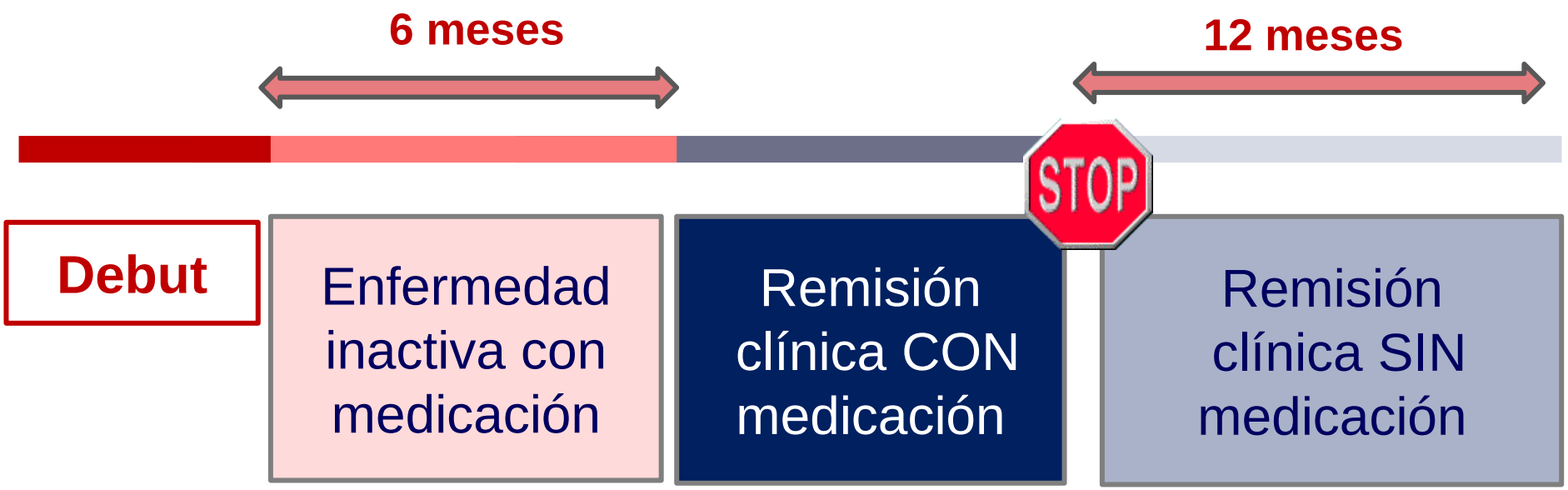
ENFERMEDAD CLÍNICAMENTE INACTIVA

- NO **artritis** activa
- NO **fiebre, rash, serositis, esplenomegalia o linfadenopatías**
- **Uveítis** inactiva según SUN Working Group
- **VSG** y/o **PCR** normales (laboratorio local)
- **IM = NO actividad** de enfermedad
- **Rigidez matutina** < 15 minutos

CRITERIOS DE REMISIÓN

American College of Rheumatology Provisional Criteria for Defining Clinical Inactive Disease in Select Categories of Juvenile Idiopathic Arthritis

***Wallace C et al*. Arthritis Care& Research 2011; 63: 929- 36**



CRITERIOS DE REMISIÓN

Remission, Minimal Disease Activity, and Acceptable Symptom State in Juvenile Idiopathic Arthritis

Defining Criteria Based on the Juvenile Arthritis Disease Activity Score

***Consolaro A et al*. Arthritis & Rheumatism 2012; 64: 2366-74**

JADAS

ENFERMEDAD INACTIVA	REMISIÓN CLÍNICA	MINIMA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD
JADAS < 1	MÉDICO < 2 PADRES < 2,3 NIÑO < 2,2	JADAS < 2 (OLIGO) JADAS < 3,8 (POLI)

SINTOMATOLOGÍA ACEPTABLE PADRES/NIÑOS < 3,2-,4/3-4,5

Y LAS P.IMAGEN¿QUÉ APORTAN?



CLINICA



LABORATORIO



ECO/ RM ??

Detectan sinovitis subclínica

LA ECOGRAFÍA ¿QUÉ APORTA?



Do patients with juvenile idiopathic arthritis in remission exhibit active synovitis on joint ultrasound?

***Bugni Miotto E Silva V et al*. Rheumatol Int 2013; 8**

SINOVITIS SUBCLÍNICA
(Hipertrofia/derrame +/- doppler)

CASOS n:36

41,7% pctes (3,1% articulaciones)

Radiocarpiana
Codo
Tibioastragalina

CONTROLES n:36

11,1% pctes (0,6% articulaciones)

Radiocarpiana

LA ECOGRAFÍA ¿QUÉ APORTA?

Do patients with juvenile idiopathic arthritis in remission exhibit active synovitis on joint ultrasound?

Bugni Miotto E Silva V et al. Rheumatol Int 2013; 8

SINOVITIS SUBCLÍNICA MÁS FRECUENTE EN:

OLIGO EXT/ POLIARTICULAR

MAYOR EDAD AL DEBUT ENFERMEDAD

TRATAMIENTO CON METOTREXATE

LA RESONANCIA¿QUÉ APORTA?

Do Patients With Juvenile Idiopathic Arthritis in Clinical Remission Have Evidence of Persistent Inflammation on 3T Magnetic Resonance Imaging?

HALLAZGOS RM MANO/MUÑECA
(Sinovitis/tenosinovitis/edema óseo)

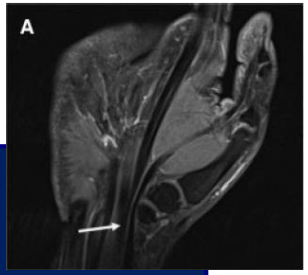
AR
n:10



70%

Sinovitis A. radiocarpiana e IFP

AIJ
n:11



63%

Tenosinovitis tendones flexores

Brown A et al. Arthritis Care & Research 2012; 64:1846-54

Y LAS P.IMAGEN¿PREDICEN BROTES?

AR	AIJ
Doppler +	Doppler +
Predice desarrollo brotes corto plazo	**¿Tiene valor predictivo?**

PROGRESIÓN ENFERMEDAD + DAÑO ESTRUCTURAL



Lanni S et al. Rheumatology 2013; 52: 413-20

Y LAS P.IMAGEN¿PREDICEN BROTES?



Ultrasound-detected synovial abnormalities are frequent in clinically inactive juvenile idiopathic arthritis, but do not predict a flare of synovitis

n: 39
Remisión mínima 3 meses
Seguimiento ecográfico 52 articulaciones
Durante 2 años

Momento de iniciar el estudio…

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS	% PACIENTES
HIPERTROFIA SINOVIAL	76,9%
DERRAME SINOVIAL	66,7%
SEÑAL DOPPLER	33,3%
TENOSINOVITIS	15,4%

61,5%
REMISIÓN
38,5%
BROTE SINOVITIS
(10,6 meses)

Magni-Manzoni S et al. Ann Rheum Dis 2013; 72: 223-8

Y LAS P.IMAGEN¿PREDICEN BROTES?

Ultrasound-detected synovial abnormalities are frequent in clinically inactive juvenile idiopathic arthritis, but do not predict a flare of synovitis

n: 39
Remisión mínima 3 meses
Seguimiento ecográfico 52 articulaciones
Durante 2 años

SÓLO 37,7% DE ARTICULACIONES CON BROTE TENÍAN ANOMALÍAS ECOGRÁFICAS AL INICIO ESTUDIO

Percentage

PACIENTES CON ENF.INACTIVA PERSISTENTE TUVIERON CON MÁS FRECUENCIA DOPPLER + QUE LOS QUE TUVIERON BROTE

Magni-Manzoni S et al. Ann Rheum Dis 2013; 72: 223-8

POR TANTO LA ECOGRAFÍA ES…



ÚTIL:

- Accesible
- Inocua
- Complementa la exploración física



PERO….

- ¿Nos haría cambiar la clasificación establecida por la exploración física?
- ¿Modificaría nuestra actitud terapéutica?

¿COMO?

Estrategias en diferentes escenarios:

- Pacientes con FAME
- Pacientes con T. Biológicas+/- FAME



PACIENTES CON FAME-CUESTIONES

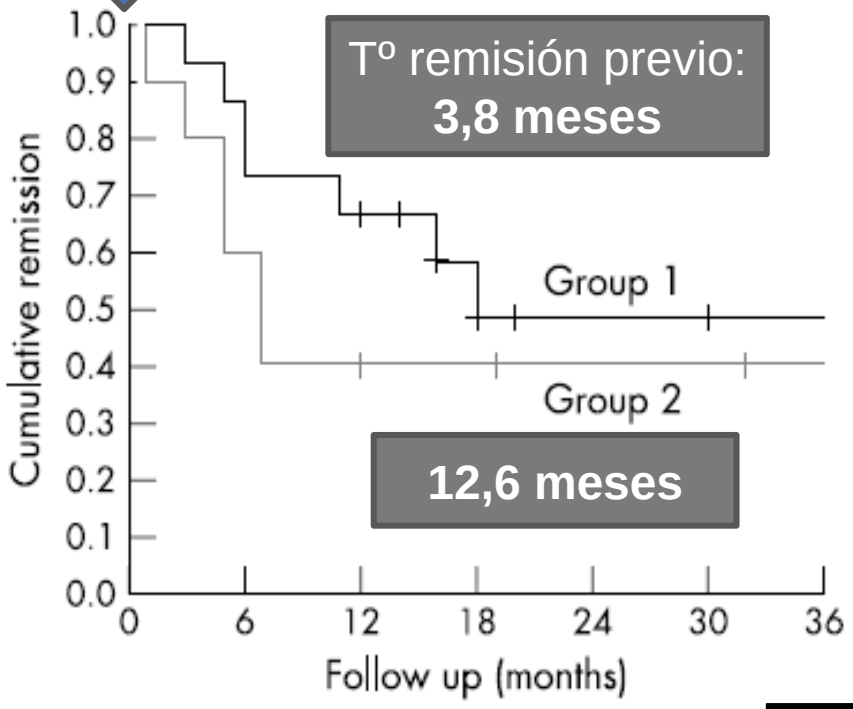


1. ¿Cuánto tiempo mantengo tratamiento tras la remisión?
2. ¿Hay algún marcador predictor de recaída?
3. Opciones de desescalada

PACIENTES CON FAME-CUESTIONES

1 Methotrexate treatment in juvenile idiopathic arthritis: when is the right time to stop?

Cese MTX



No diferencias significativas entre retirada precoz o tardía

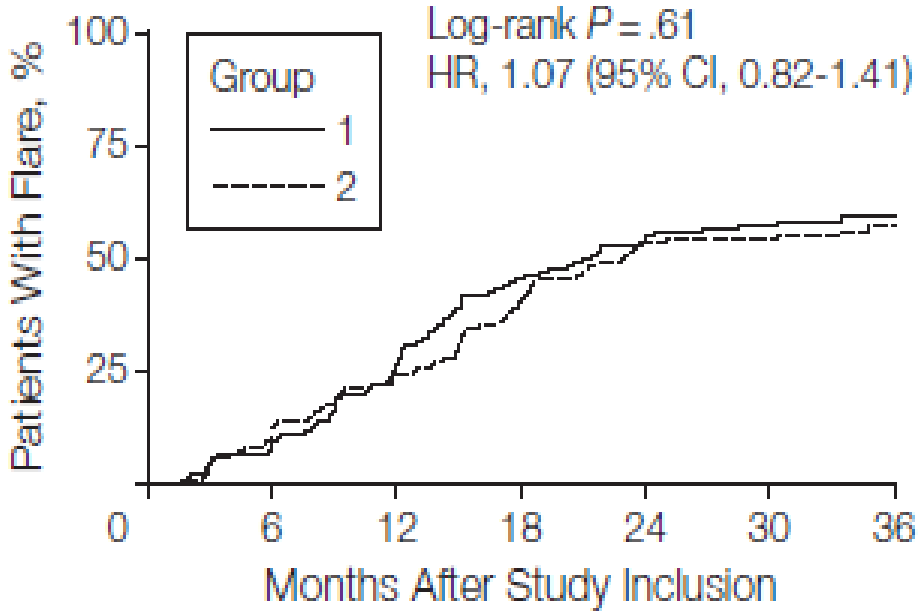
Foell D et al. Ann Rheum Dis 2004; 63: 206-8

PACIENTES CON FAME-CUESTIONES

1

Methotrexate Withdrawal at 6 vs 12 Months in Juvenile Idiopathic Arthritis in Remission

A Randomized Clinical Trial



	% RECAÍDAS	TIEMPO DE REMISIÓN
G 1 (6 meses)	56,7%	21 meses
G 2 (12 meses)	55,6%	23 meses

Foell D et al. JAMA 2010; 303: 1266-73

PACIENTES CON FAME-CUESTIONES

1

Does Continued Treatment With Methotrexate in Juvenile Idiopathic Arthritis in Remission Prevent Flare?

Diferente tiempo de seguimiento de los grupos

El efecto de MTX como protector del desarrollo de brotes no puede establecerse

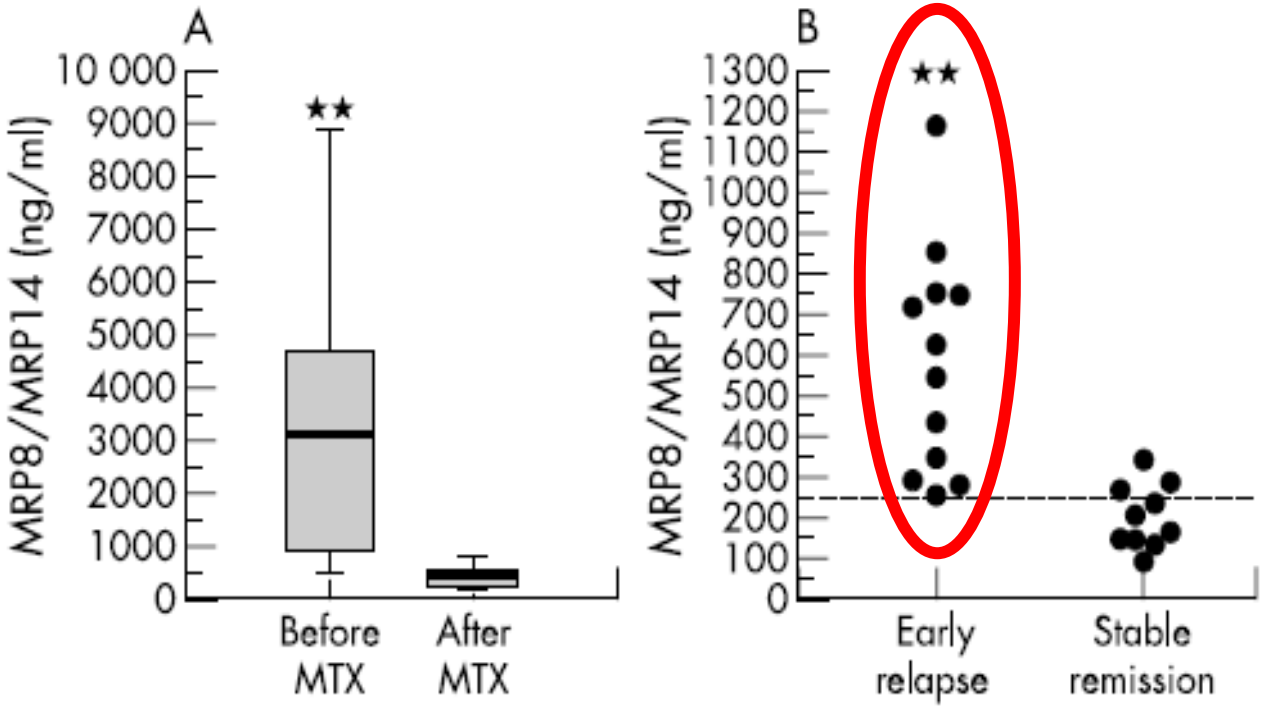
Pan N et al. Curr Rheumatol Rep 2011; 13: 97-99

PACIENTES CON FAME

2

- ¿Hay algún marcador predictor de recaída?

MRP 8/14→ MARCADOR DE RIESGO DE RECAÍDA



≥ 250 ngr/ml
S:100%;
E:70%

≥ 270 ngr/ml
S:92%;
E:80%

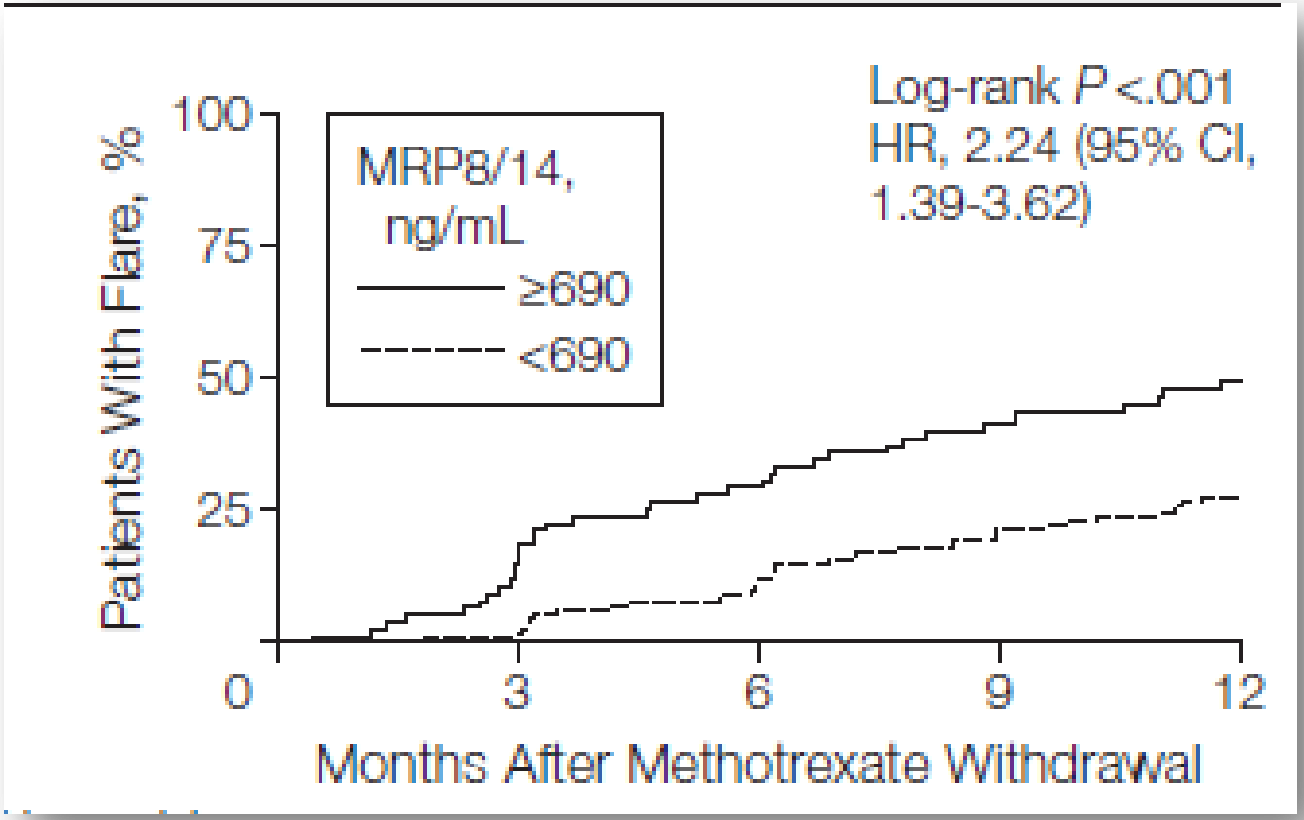
Foell D et al. Ann Rheum Dis 2004; 63: 206-8

PACIENTES CON FAME

2

- ¿Hay algún marcador predictor de recaída?

MRP 8/14→ MARCADOR DE RIESGO DE RECAÍDA



Foell D et al. JAMA 2010; 303: 1266-73

PACIENTES CON FAME

2

- ¿Hay algún marcador predictor de recaída?

MRP 8/14→ MARCADOR DE RIESGO DE RECAÍDA

BROTES por 1000 pacientes-mes	< 690 ng/ml	> 690 ng/ml	p
0-3 m	5,9	60,3	< 0,0001
0-6 m	19,9	57,3	0,001
0-12 m	26	57	0,001
0-24 m	19,5	48,2	< 0,001
> 24 m	11,2	39,8	0,22
TOTAL	17,7	47,8	< 0,001

Foell D et al. JAMA 2010; 303: 1266-73

PACIENTES CON FAME

2

- ¿Hay algún marcador predictor de recaída?

MRP 8/14→ MARCADOR DE RIESGO DE RECAÍDA

BUEN MARCADOR DE RECAÍDA PRECOZ (1º 3 MESES)

Foell D et al. JAMA 2010; 303: 1266-73

PACIENTES CON FAME

3

- Opciones de desescalada/ retirada

DESESCALADO

↓ DOSIS

↓ 2,5 mgr c/ 6-8 semanas

↑ INTERVALO

Administrar c/ 2semanas

Si dosis ≤ 10 mgr se puede pasar a vía oral

RETIRADA BRUSCA



“Recomendaciones para la indicación y manejo de MTX en pacientes con artritis idiopática juvenil”. *Pendiente publicación*

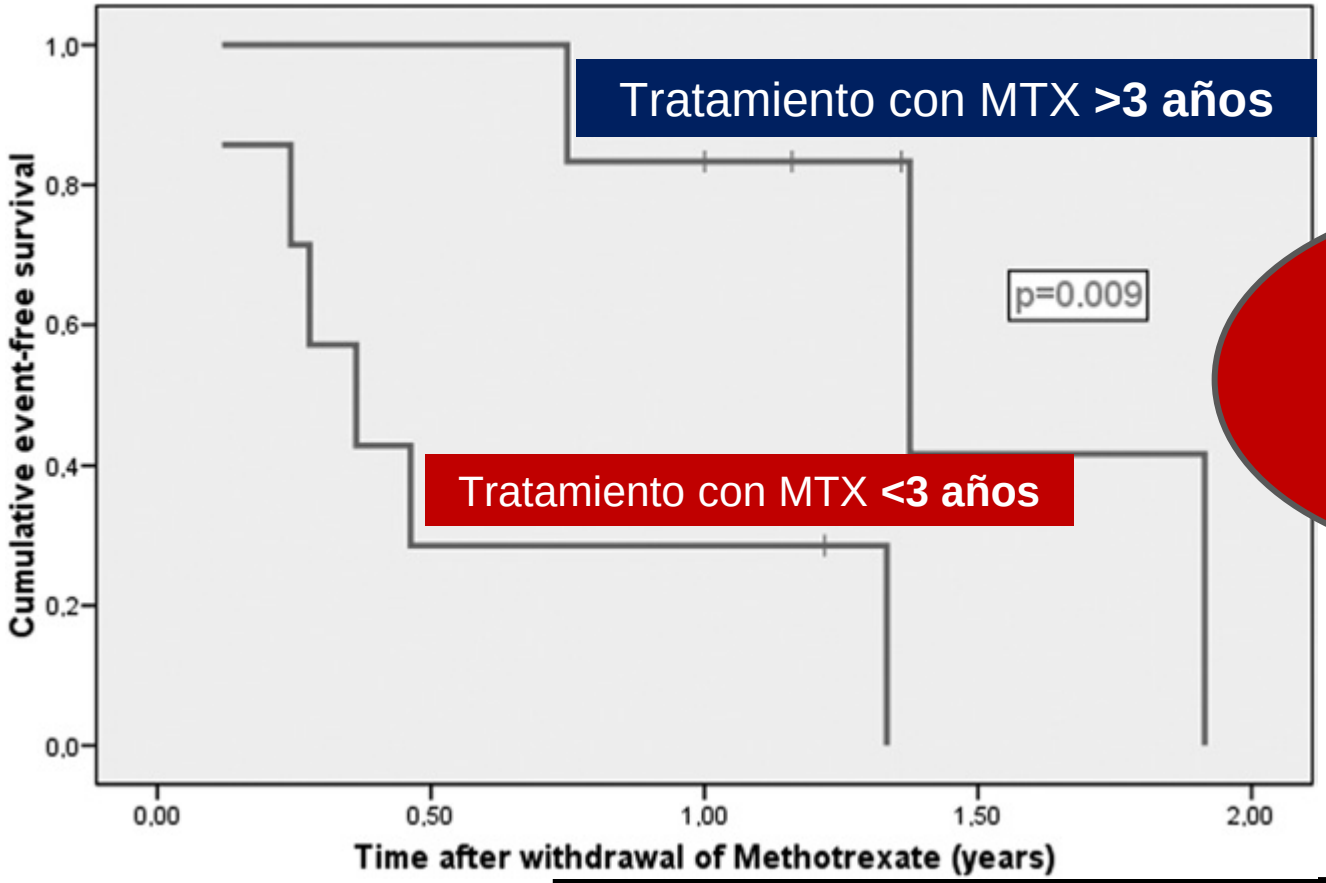
Y en UVEITIS…
¿Ocurre lo mismo?



UVEÍTIS EN REMISIÓN

Relapse Rate of Uveitis Post-Methotrexate Treatment in Juvenile Idiopathic Arthritis

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON MTX



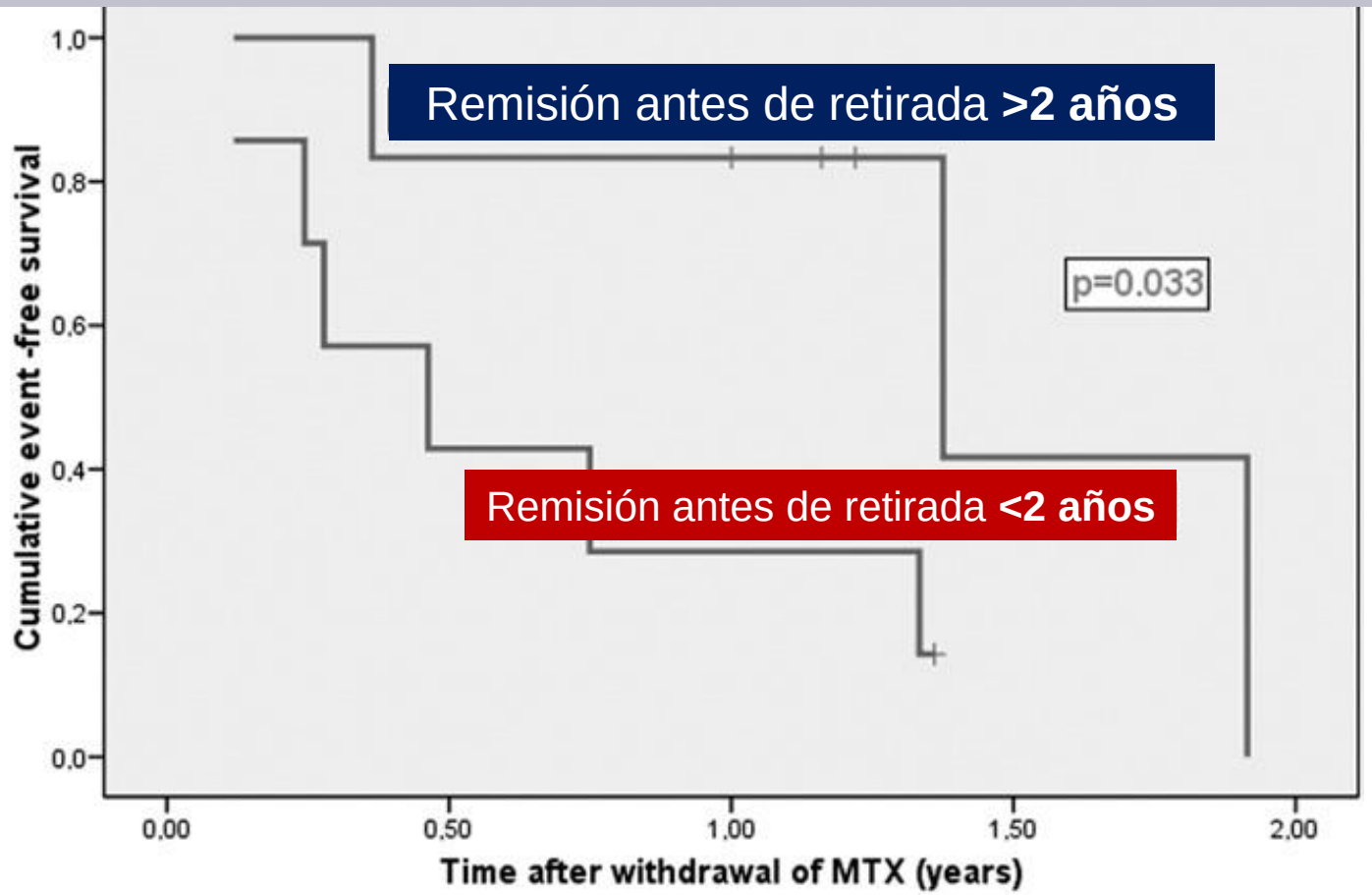
RECAEN
69%
(7,5 meses)

***Kalinina Ayuso V et al*. Am J Ophthalmol 2011; 151: 217-22**

UVEÍTIS EN REMISIÓN

Relapse Rate of Uveitis Post-Methotrexate Treatment in Juvenile Idiopathic Arthritis

TIEMPO DE REMISIÓN HASTA LA RETIRADA

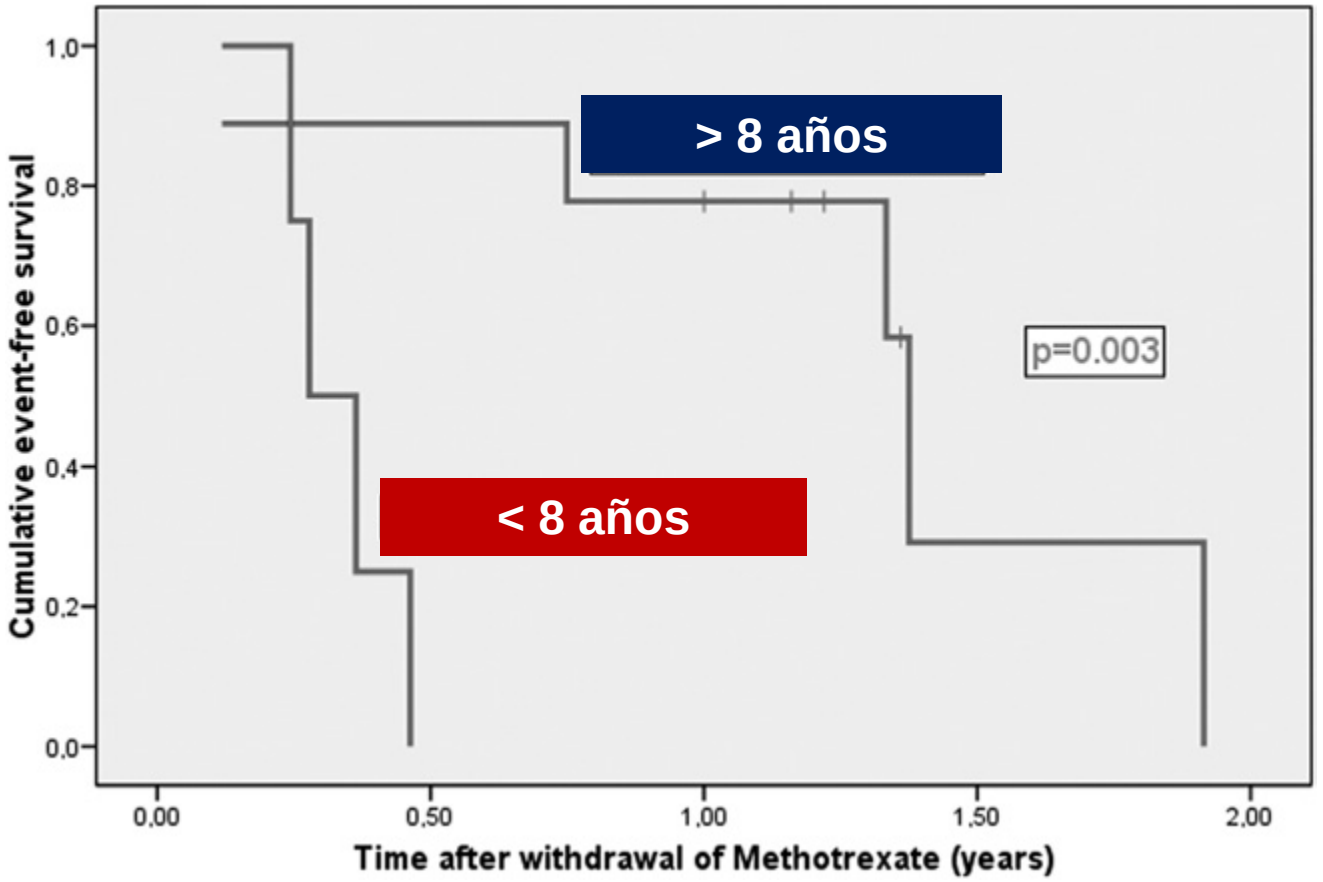


Kalinina Ayuso V et al. Am J Ophthalmol 2011; 151: 217-22

UVEÍTIS EN REMISIÓN

Relapse Rate of Uveitis Post-Methotrexate Treatment in Juvenile Idiopathic Arthritis

EDAD EN EL MOMENTO DE LA RETIRADA



Kalinina Ayuso V et al. Am J Ophthalmol 2011; 151: 217-22

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS





T. BIOLÓGICOS

FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

AINEs, CORTICOIDES sistémicos, INFILTRACIONES

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS -CUESTIONES

1

- ¿Cuál es el riesgo de RECAÍDA tras retirada?

2

- ¿Alguna ESTRATEGIA disminuye más el riesgo de recaída?



3

- ¿Hay algún MARCADOR para predecir el curso de la enfermedad tras el cese del tratamiento?

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

1

- **¿Cuál es el RIESGO de recaída tras retirada?**



PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

1

- ¿Cuál es el riesgo de recaída tras retirada?

Iglesias E et al. Rheumatol Int 2013; 26

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS PUBLICADOS	% RECAÍDAS tras retirada	TIEMPO medio hasta recaída (mes)	% PCTES con enf. INACTIVA a los 6 meses
Prince (2009) n:19	47,3	8,4	53
Remesal (2010) n:26	69	5,8	50
Pratsidou-Gertsi (2010) n:11	100	3	-
Baszis (2011) n:99	67	3,9	50
Pastepski (2012) n:39	69,2	14,2	61,5

Verazza S et al. Clin Exp Rheumatol 2013; 31:S98-S101

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS



1

- **¿Cuál es el riesgo de recaída tras retirada?**

***Iglesias E et al*. Rheumatol Int 2013; 26**

CARENCIAS DE ESTOS ESTUDIOS

- **NO especifican cómo hacen retirada cuando tienen tratamiento combinado** *(salvo Baszis et al)*
- **La mayoría sólo experiencia con Etanercept**
- **NO analizan las diferencias entre los distintos tipos de AIJ**

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

1

- **¿Cuál es el riesgo de recaída tras retirada?**

***Iglesias E et al*. Rheumatol Int 2013; 26**



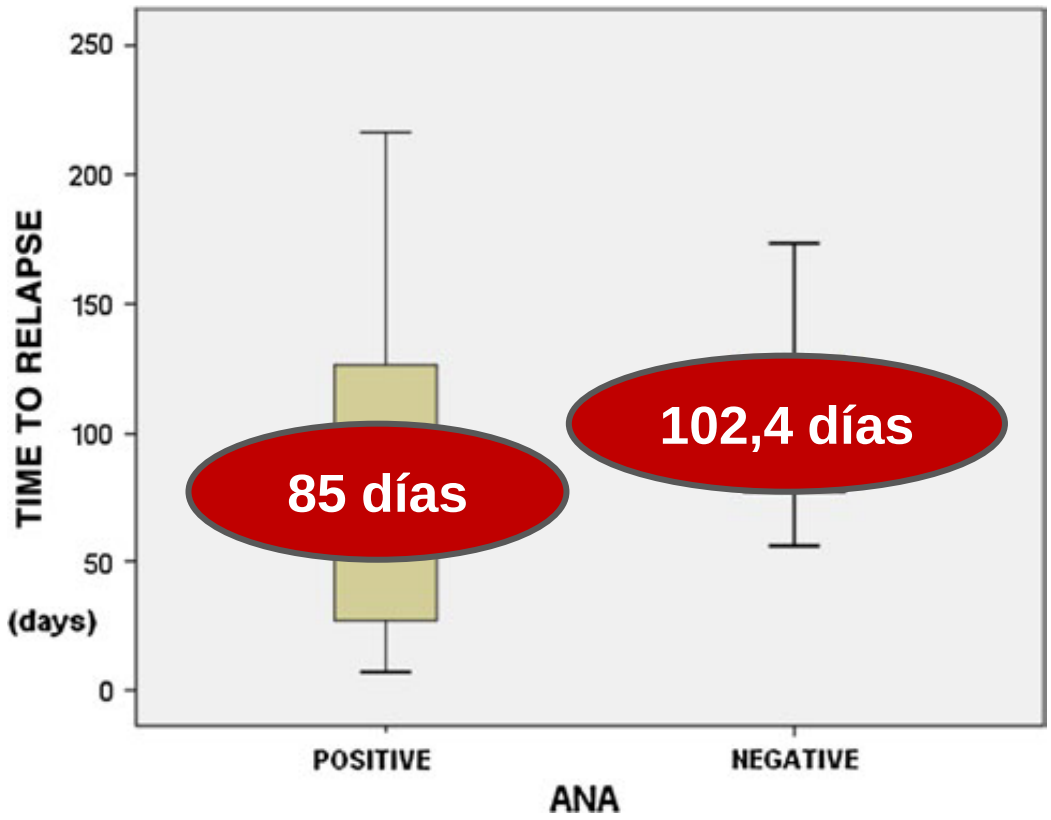
FORMA CLÍNICA n: 18 pacientes	% RECAÍDAS	TIEMPO HASTA RECAÍDA (meses)
POLI FR (-)	89 %	2,6
OLIGO PERSIST	80 %	4,4
INDIFERENCIADA	33 %	2,5
ERA	100%	1,4
TOTAL	82 %	3,04 meses

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS -CUESTIONES

1

- ¿Cuál es el riesgo de recaída tras retirada?

***Iglesias E et al*. Rheumatol Int 2013; 26**



No diferencias

- **Forma de AIJ**
- **ANA+/-**

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

1

- ¿Cuál es el riesgo de recaída tras retirada?

Perfetti F et al. Pediatric Rheumatology 2013; 11:P154

PREDICTORES DE REMISIÓN TRAS RETIRADA DE ETANERCEPT

RECAÍDA 77,6%

Los que mantuvieron REMISIÓN sin tratamiento mostraron:

- **Menor frecuencia de ANA (+)**
- **VSG < 20 mm**
- **No afectación tobillo al inicio de tto**

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

2

- **¿Alguna ESTRATEGIA disminuye más el riesgo de recaída?**



PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

2

- ¿Alguna estrategia disminuye más el riesgo de recaída?

ESTUDIOS RETROSPECTIVOS PUBLICADOS	Comparan retirada brusca vs descenso progresivo
Prince (2009) n:19	Sí diferencias
Remesal (2010) n:26	No diferencias
Pratsidou-Gertsi (2010) n:11	No diferencias
Baszis (2011) n:99	-
Pastepski (2012) n:39	-

Iglesias E et al. Rheumatol Int 2013; 26

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

2

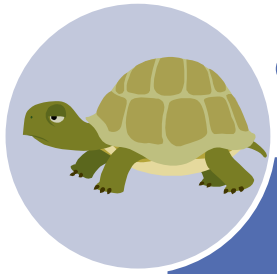
- ¿Alguna estrategia disminuye más el riesgo de recaída?

INDICADORES EVOLUCIÓN SATISFACTORIA TRAS CESE



REMISIÓN PROLONGADA

RECOMIENDAN 1,5 AÑO DE REMISIÓN



↓ LENTO ETANERCEPT

4/5 CON RETIRADA BRUSCA RECAYERON

Prince FH et al. Ann Rheum Dis 2009; 68: 1228-29

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

2

- ¿Alguna estrategia disminuye más el riesgo de recaída?

RETIRADA BRUSCA
n: 14

RETIRADA GRADUAL
n: 12

No diferencias significativas

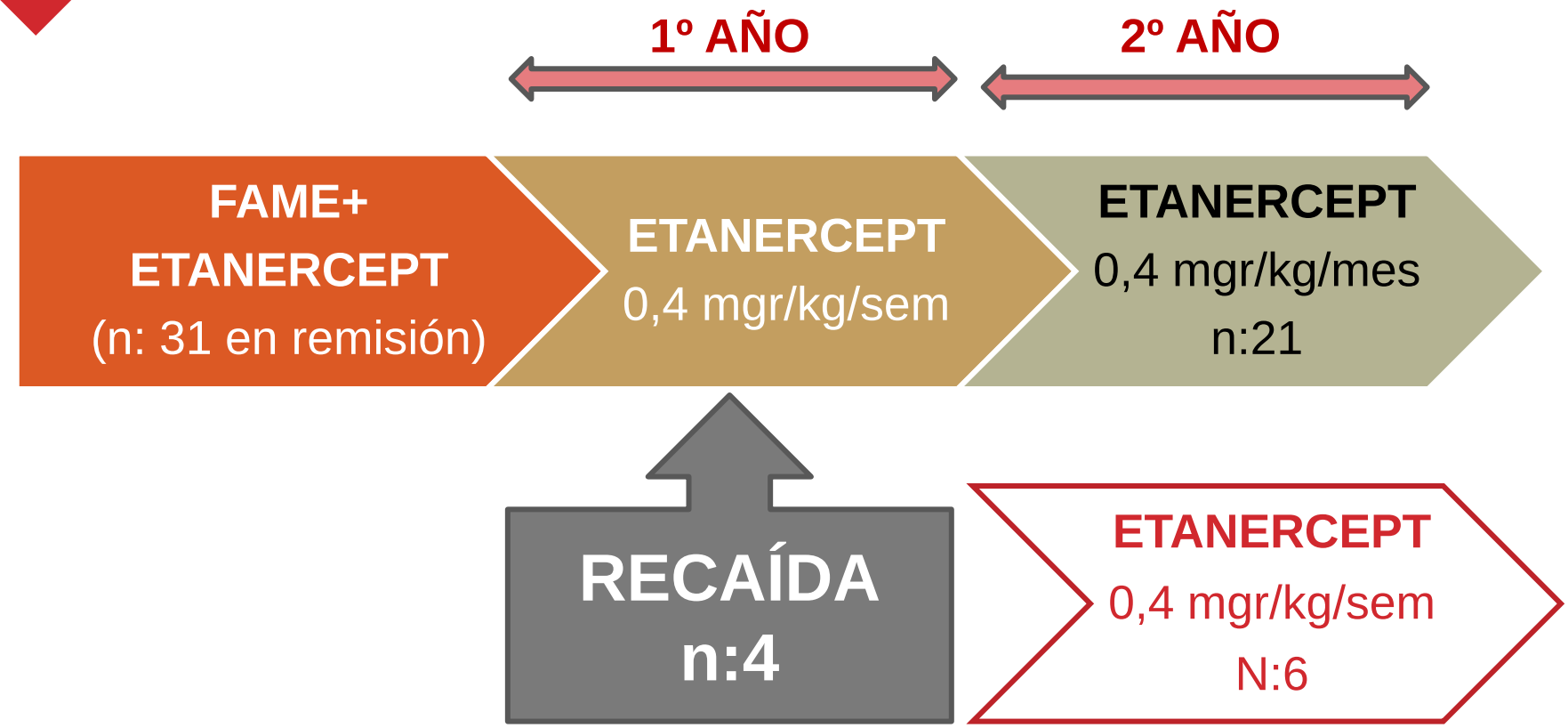
¿Bajas dosis podrían mantener la remisión?

***Remesal A et al*. J Rheumatol 2010; 37: 1970-71**

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

2

- ¿Alguna estrategia disminuye más el riesgo de recaída?



Cai Y et al. Rheumatol Int 2013; 33:2277-82

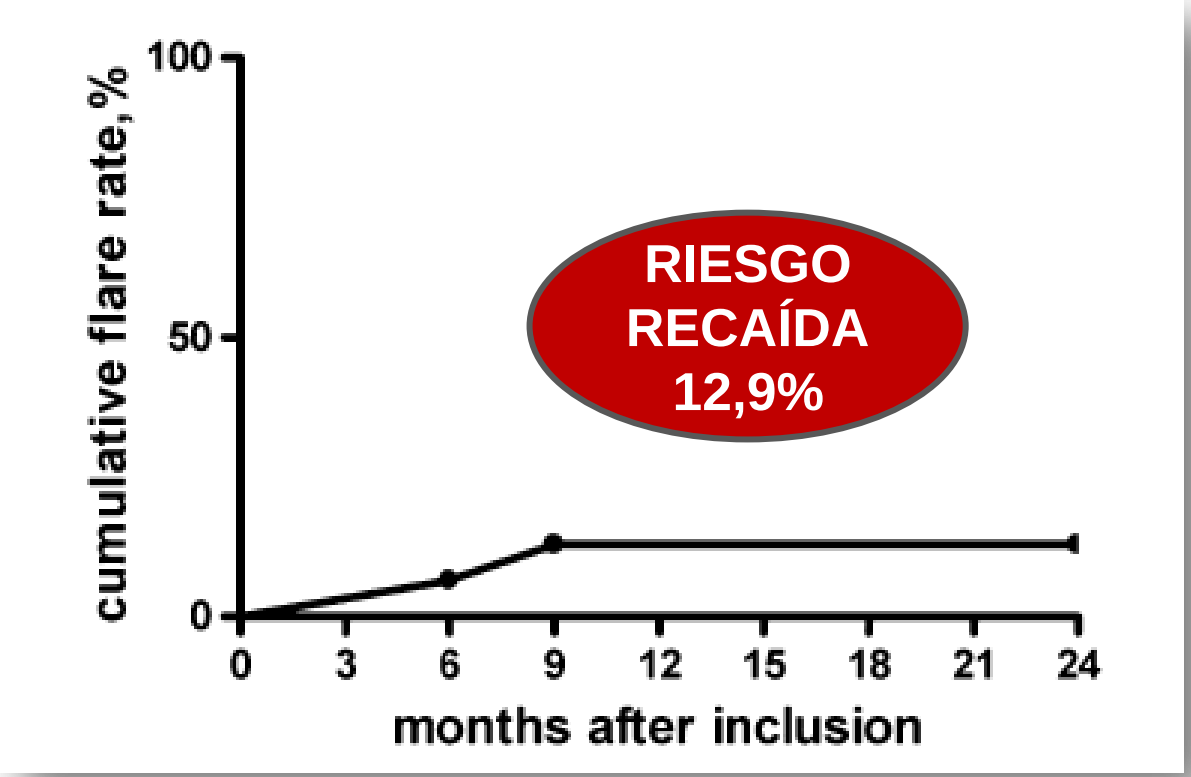
PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

2

- ¿Alguna estrategia disminuye más el riesgo de recaída?

No cambios en la RM de los que permanecieron en remisión

Ningún factor relacionado con riesgo de recaída



Cai Y et al. Rheumatol Int 2013; 33:2277-82

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

3

- **¿Hay algún MARCADOR para predecir el curso de la enfermedad tras el cese del tratamiento?**



PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

3

A44: High Levels of DEK Autoantibodies May Predict Early Flare Following Cessation of Anti-TNF Therapy

AutoAc DEK

Proteínas DEK → **NETs**

Importantes resolver la inflamación

↑ Niveles AutoAc DEK → **AIJ**

Papel en patogénesis NO claro

Mor -Vaknin N et al. Arthritis Rheumatol 2014; 66: S65-6

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

3

A44: High Levels of DEK Autoantibodies May Predict Early Flare Following Cessation of Anti-TNF Therapy

AutoAc DEK

n:135

AIJ poli/oligo ext remisión

BROTE 37% → **↑↑ AutoAc DEK**

OR: 3,3

23% abandonos

REMISIÓN 63% → **↓↓ AutoAc DEK**

ETANERCEPT	77%
ADALIMUMAB	18%
INFLIXIMAB	5%
METOTREXATE	40%

Mor -Vaknin N et al. Arthritis Rheumatol 2014; 66: S65-6

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

3

A44: High Levels of DEK Autoantibodies May Predict Early Flare Following Cessation of Anti-TNF Therapy

AutoAc DEK

n:135

AIJ poli/oligo ext remisión

BROTE 37% → **↑↑ AutoAc DEK**

OR: 3,3

23% abandonos

REMISIÓN 63% → **↓↓ AutoAc DEK**

Correlación negativa entre los días hasta el brote y los niveles de Auto Ac

Mor -Vaknin N et al. Arthritis Rheumatol 2014; 66: S65-6

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

3

A68: The Role of Serum S100A12 Protein Levels in Maintaining Inactive Disease on Anti-tumor Necrosis Factor Therapy in Polyarticular Forms of Juvenile Idiopathic Arthritis

S100 A12

Valor basal en pacientes en remisión con tto

S100 < 120 ng/ml	S100 > 120 ng/ml
66%	33%

RECAEN 18%

Niveles basales no diferentes según sexo, tipo AIJ, ANA, tto con MTX o tipo de antiTNF. No se correlacionan con duración previa de enfermedad inactiva.

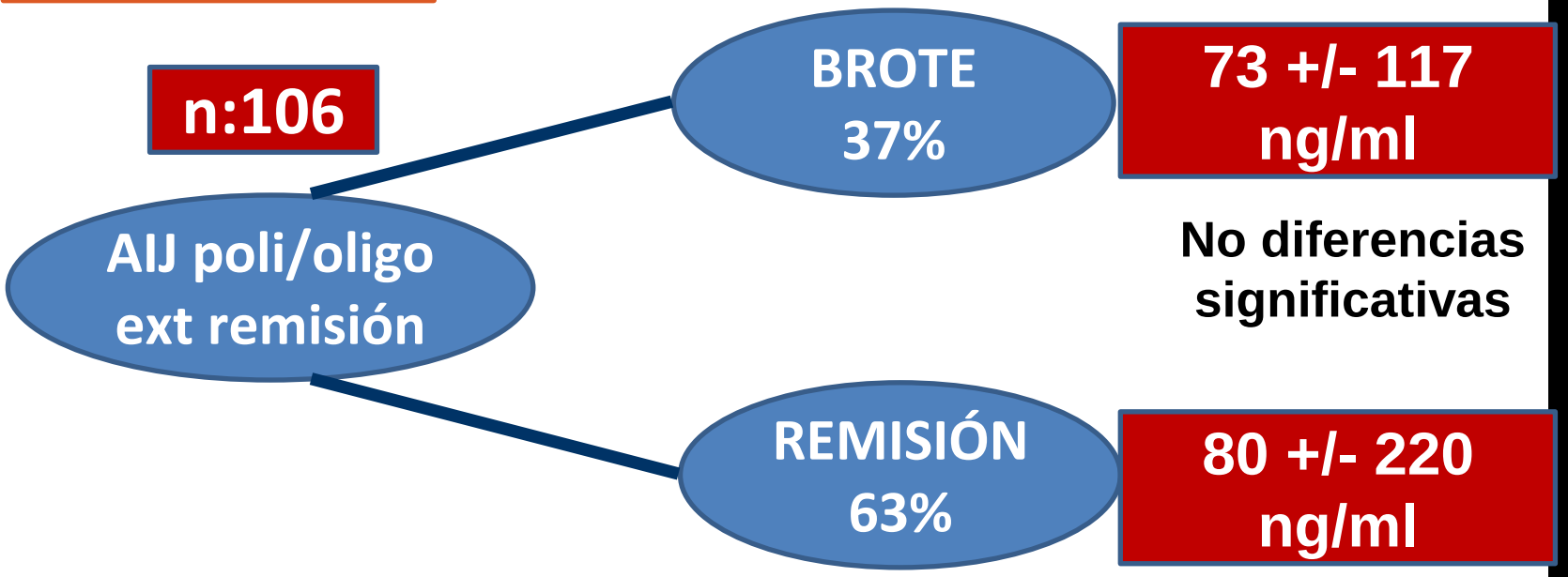
Hinze C et al. Arthritis Rheumatol 2014; 66: S99-100

PACIENTES CON T.BIOLÓGICAS

3

A12: The Role of Serum S100A12 Protein Levels in Disease Flare After Withdrawal of Anti-tumor Necrosis Factor Therapy in Polyarticular Forms of Juvenile Idiopathic Arthritis

S100 A12 — **Valor en el momento del cese del tto**



Los niveles en el momento del cese sí se correlacionan inversamente con el momento del brote.
S100A12 > 120 ng/ml -> BROTE PRECOZ

Hinze C et al. Arthritis Rheumatol 2014; 66: S19-20

¿Algo sobre estrategias en AIJ sistémica en remisión?



TOCILIZUMAB EN AIJ SISTÉMICA

PReS-FINAL-2139: Tapering and withdrawal of tocilizumab in patients with systemic JIA in inactive disease: results from an alternative dosing regimen in the tender study

TENDER
2 años de tto

3 mees
ENF. INACTIVA

PROGRAMA DOSIS ALTERNATIVAS

n:39

26 mantienen REMISION

c/3 semanas (3)
c/4 semanas (14)
RETIRADA (9)

13 RECAEN

De Benedetti et al. Pediatric Rheumatol 2013; 11: P 151

ANAKINRA EN AIJ SISTÉMICA

Anakinra in Adult-Onset Still's Disease: Long-Term Treatment in Patients Resistant to Conventional Therapy

- ↓Nº dosis/semana 7-6-5-4-3
- Días alternos

Todas las recaídas con pautas de cada 48h

N: 28

↓ DOSIS
n: 6

- RECAÍDA n: 4 (67%)
- REMISIÓN n: 2 (33%)

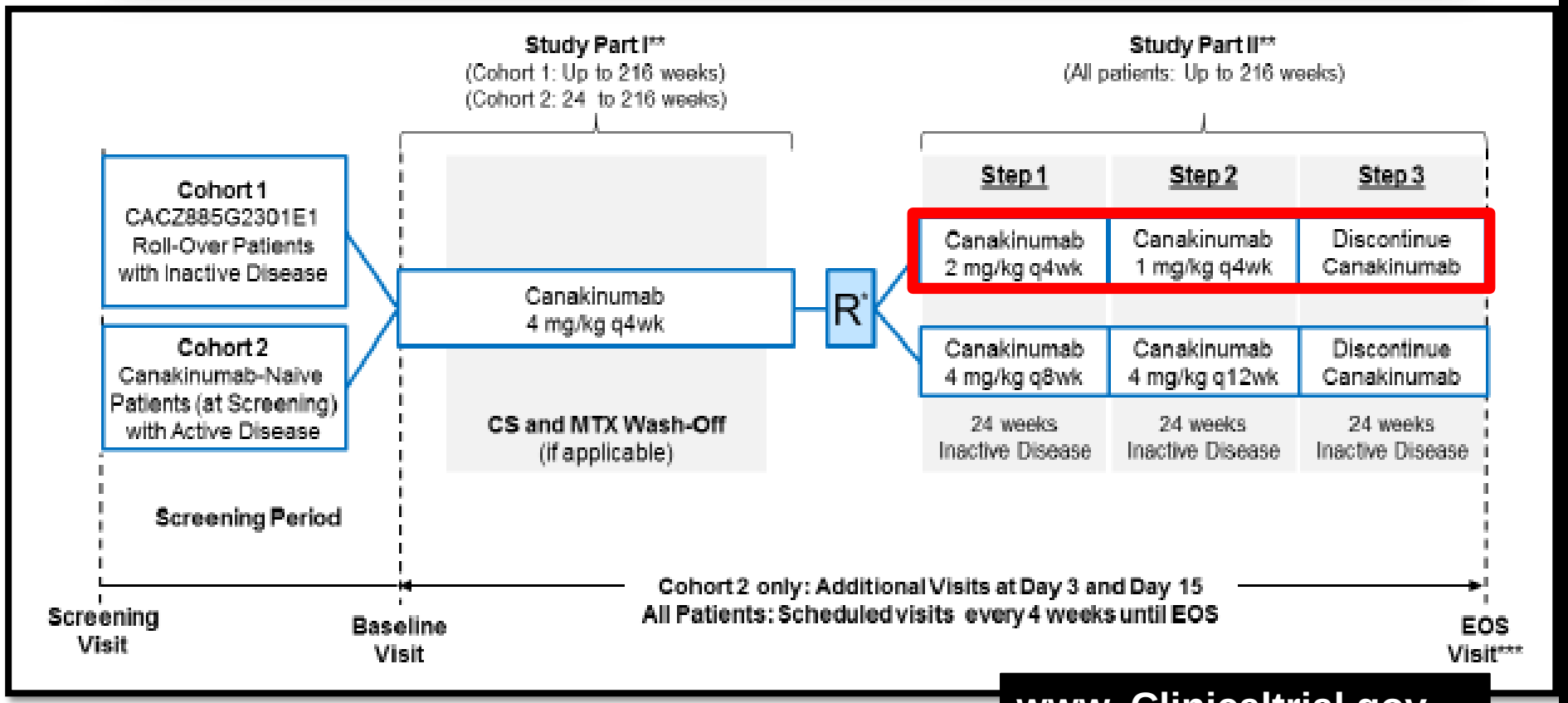
CESE TRATAMIENTO
n: 6

- RECAÍDA n: 3 (50%)
- REMISIÓN n: 3 (50%)

Giampietro C et al. Arthritis Care& Research 2013; 65: 822- 26

CANAKINUMAB EN AIJ SISTÉMICA

An open-label canakinumab (ACZ885) dose reduction or dose interval prolongation efficacy and safety study in patients with active Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis (SJIA)



www. Clinicaltrial.gov

CONSECUENCIAS DEL CESE

- Inmunogenicidad
- Eficacia

- Seguridad



CONSECUENCIAS DEL CESE DE TTO

T. BIOLÓGICAS

Clinical remission in juvenile idiopathic arthritis after termination of *etanercept*

Postepski J et al. Rheumatol Int 2013; 33:2657-60

n:39

69% Recaída

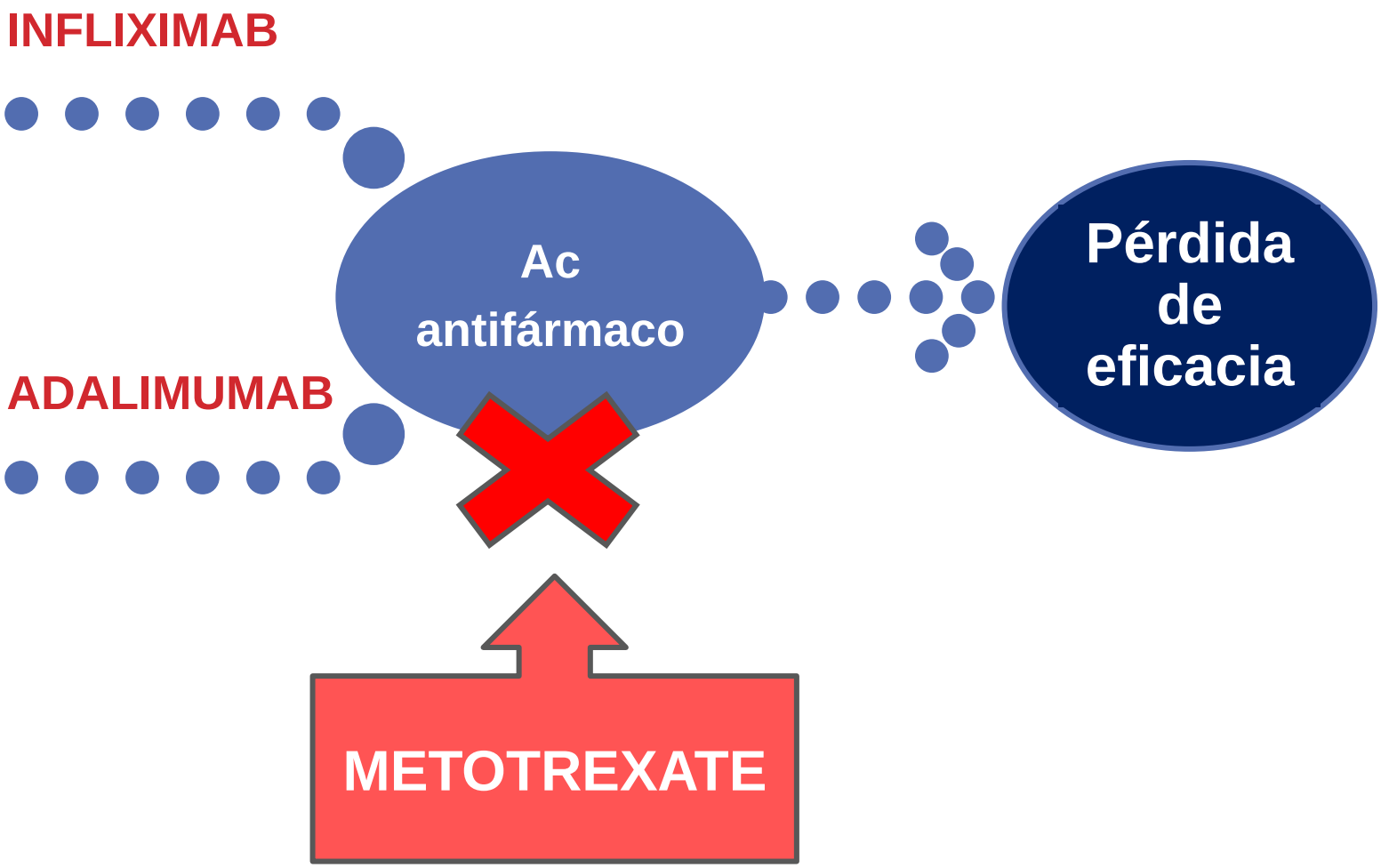
(38,5% 1º 6 meses)

30,8% reinicio ETN

Todos respondieron a la reintroducción (similar resto estudios)

CONSECUENCIAS DEL CESE DE TTO

INMUNOGENICIDAD



Van Schouwenburg PA et al. Nat Rev Rheumatol 2013; 9:164-72

CONSECUENCIAS DEL CESE DE TTO

INMUNOGENICIDAD Y DESESCALADA

INFLIXIMAB

ADALIMUMAB

DESESCALADA

NO MONOTERAPIA

METOTREXATE

ETANERCEPT

POSIBILIDAD MONOTERAPIA

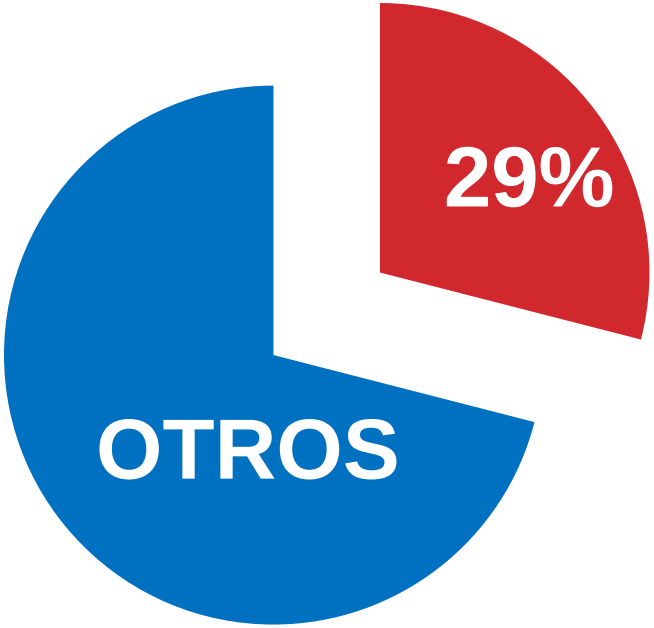
Van Schouwenburg PA et al. Nat Rev Rheumatol 2013; 9:164-72

FARMACOECONOMÍA
¿Debe influir la situación económica en nuestras decisiones?



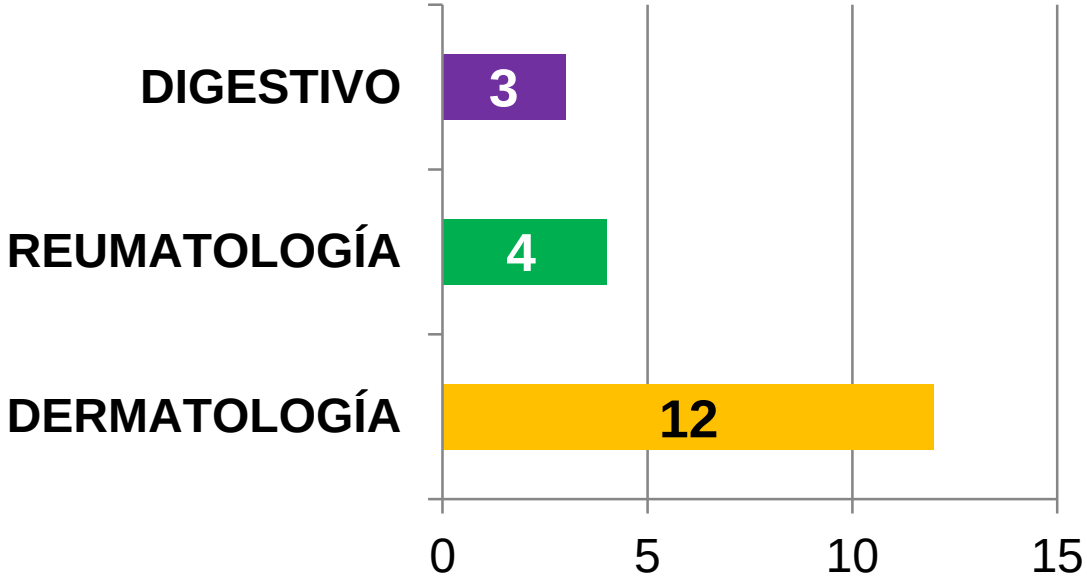
ECONOMÍA Y TERAPIAS BIOLÓGICAS

GASTO FARMACEÚTICO



BIOLÓGICOS

MILLONES EUROS/AÑO



Datos cedidos UGC Farmacia 2013. HRU de Málaga

Compartir

Recomendar 0

Twittear 0

Compartir

g+1 0

POLÍTICA / Gestión/ Las sociedades insisten en la reducción de la variabilidad de los tratamientos

SER y SEFH homogeneizan vías de ahorro para crecer en sostenibilidad

Imagenes



Lo + leído hoy | Lo + leído

1. Un total de 131 aspirantes a MIR ya han elegido Familia, 45 más que en 2013
2. La Ley de Colegios, preparada para pasar por el Consejo de Ministros
3. Las inequidades en el acceso a fármacos en FQ se podrían reducir antes de verano
4. La reestructuración del ICS no contempla cambios en el estatus de los profesionales
5. La receta electrónica duplica en dos años su peso en el SNS
6. Satisfacción por la moción que insta al Gobierno a elaborar indicadores efectivos en diabetes
7. El auge en el desembolso en tecnología, insuficiente para renovar equipos
8. La apertura del Hospital de Villalba se retrasa a 2015
9. Dos visiones del Colegio de Las Palmas
10. El juez levanta la imputación a los seis consejeros de PSN pero sigue la tramitación de la causa

Publicidad

EL GLOBAL.net

Viernes, 2 de Mayo de 2014

Email:

Recordarme

Compartir

Recomendar 0

Twittear 0

Compartir

FARMACIA /

Farmacéuticos hospitalarios y reumatólogos presentan un documento de optimización de terapias biológicas

EL GLOBAL.net

Viernes, 2 de Mayo de 2014

Compartir

Recomend

Twittear

Compartir

REDACCIÓN/MADRID

@ElGlobalNet

jueves, 10 de octubre de 2013 / 14:15

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Reumatología (SER) han presentado un documento para la optimización del uso de terapias biológicas, en el que se establecen una serie de recomendaciones que ayuden a los reumatólogos en el proceso de disminución de dosis de estos medicamentos cuando la enfermedad está controlada. Esta actitud terapéutica, que se practica de forma habitual en algunas Unidades de Reumatología del país, busca la mejor relación beneficio/riesgo para el paciente y contribuye a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Las terapias biológicas para pacientes reumáticos ocupan el tercer lugar en el gasto sanitario directo en la farmacia hospitalaria.

ECONOMÍA Y TERAPIAS BIOLÓGICAS

CONSENSO SER Y SEFH

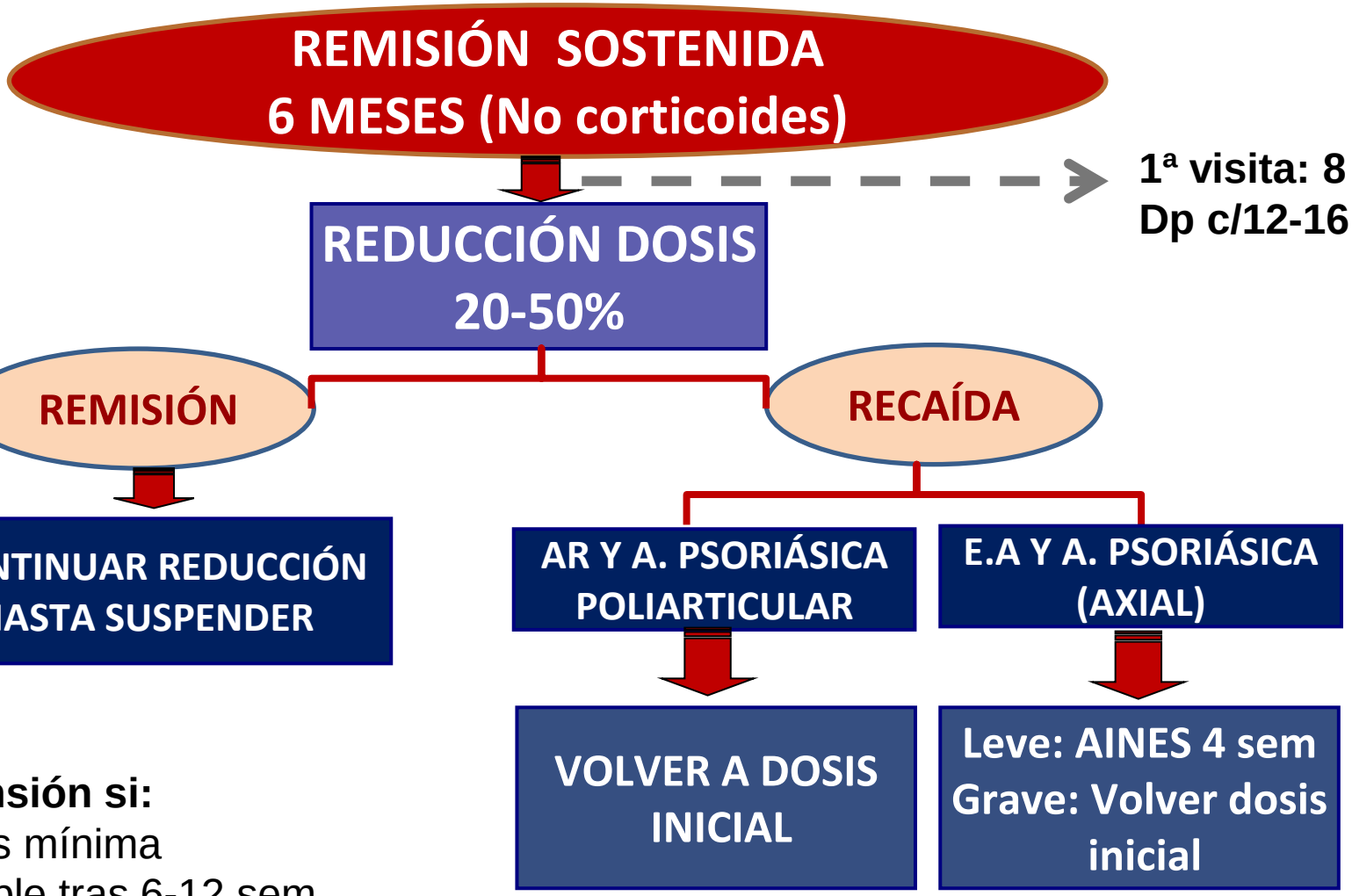


Unificar criterios en la optimización de dosis de fármacos biológicos

- Disminuir la variabilidad entre profesionales
- Buscar la mínima dosis efectiva
- Limitar los efectos secundarios
- PROMOVER EL AHORRO ECONÓMICO

ECONOMÍA Y TERAPIAS BIOLÓGICAS

CONSENSO SER Y SEFH



Suspensión si:

- Dosis mínima
- Estable tras 6-12 sem
- No progresión rx

ECONOMÍA Y TERAPIAS BIOLÓGICAS

CONSENSO SER Y SEFH

PAUTAS POSOLÓGICAS DE OPTIMIZACIÓN de fármacos biológicos

Fármacos	Pautas posológicas	n (%)
Adalimumab	40 mg cada 21 días	8 (34,8%)
	40 mg cada 30 días	1 (4,3%)
Etanercept	50 mg cada 10 días	8 (34,8%)
	50 mg cada 14 días	3 (13%)
	50 mg cada 21 días	1 (4,3%)
Golimumab	50 mg cada 6 semanas	2 (8,7%)

Sangrador C et al. Rev O.F.I.L 2014; 1: 10-16

CONCLUSIONES







