SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

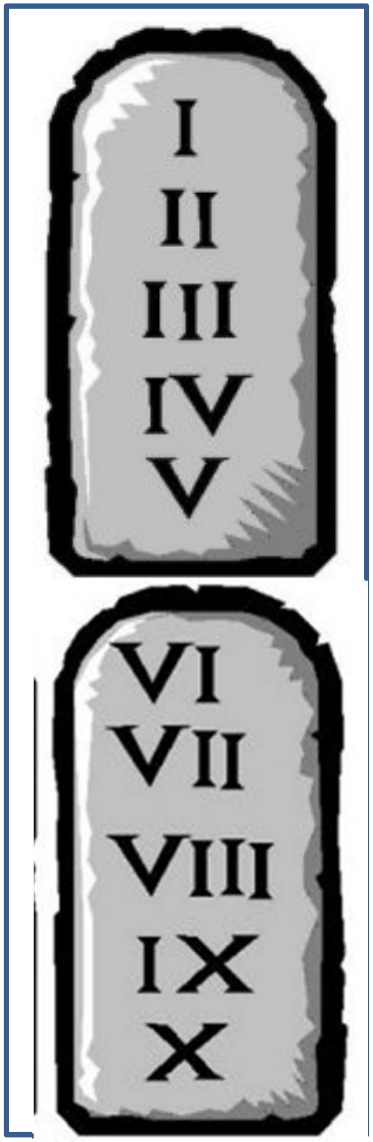
GEAS
Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

DECÁLOGO RÁPIDO DEL BUEN USO DE LOS INMUNOSUPRESORES

Hospital Universitario La Paz
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

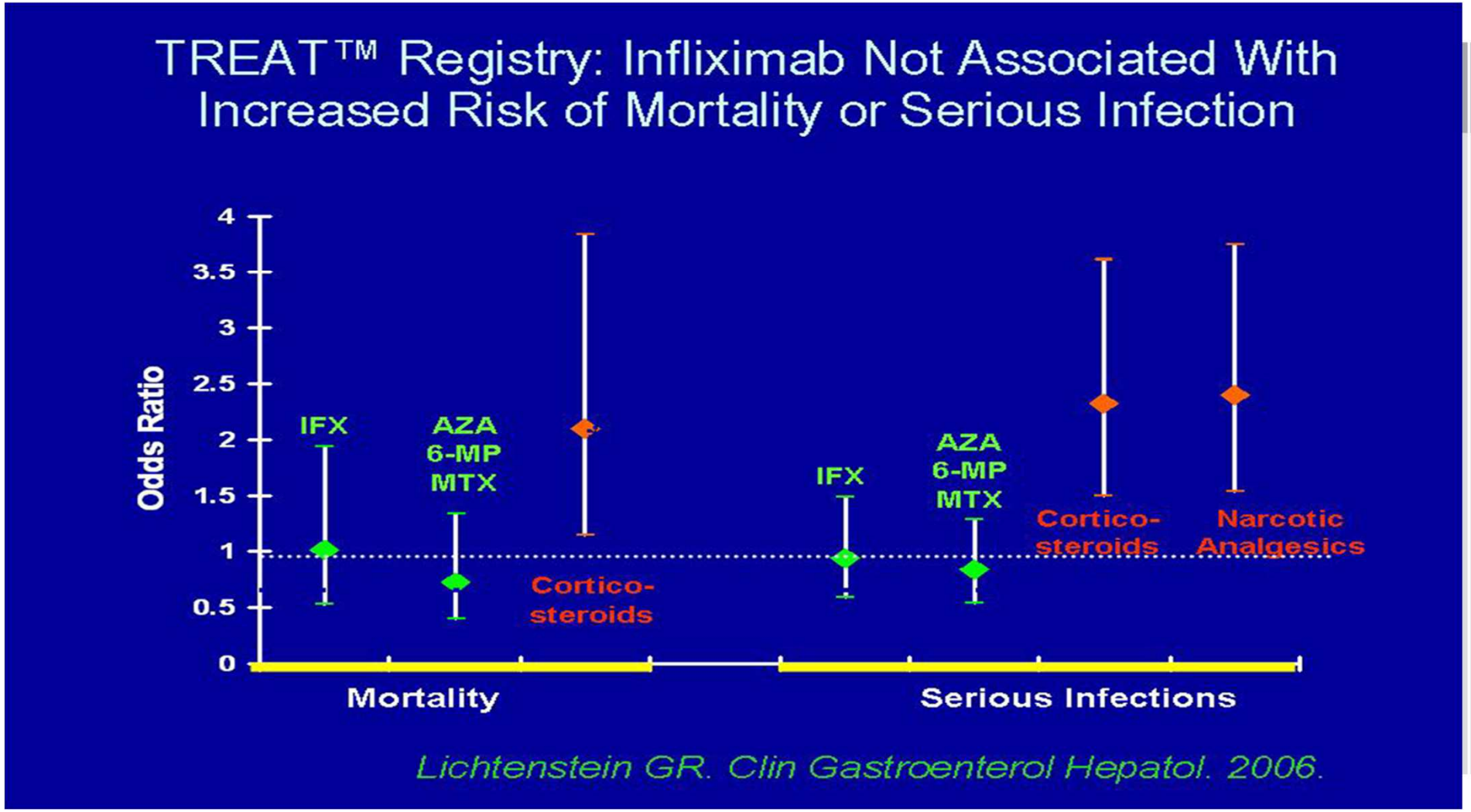
Angel Robles Marhuenda
Servicio Medicina Interna

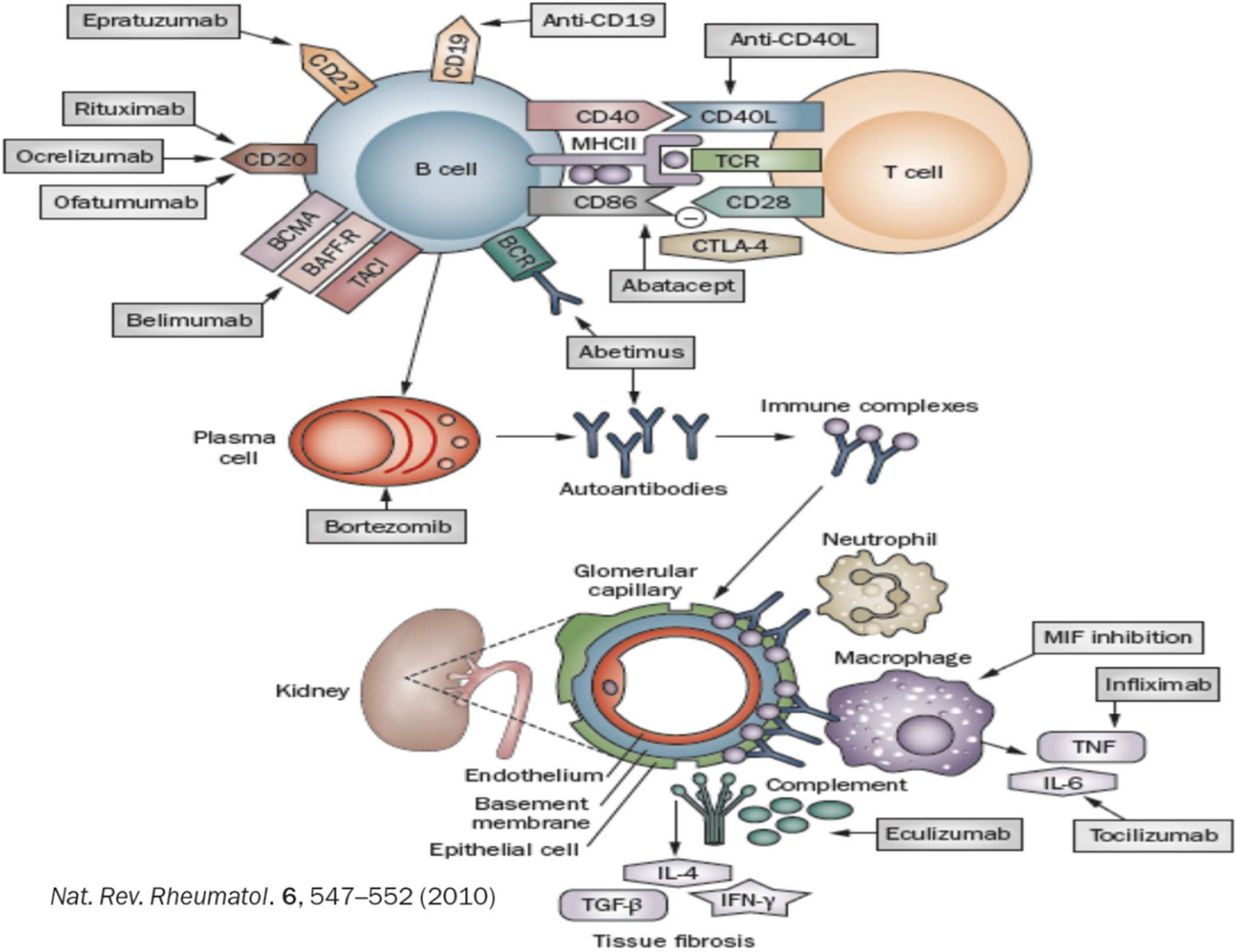
Inmunosupresores en EAS



1. Toxicidad enfermedad/esteroides
2. Conocer las alternativas terapéuticas
3. IS ajustado a perfil clínico
4. Instruir al paciente
5. Prevenir/Predecir toxicidades
6. Planificar objetivos y reevaluar
7. Lo moderno no siempre es mejor
8. No retirar el tratamiento “de base”
9. Tratar no solo brotes
10. Nuevas estrategias

1.Toxicidad enfermedad activa y esteroides





Nat. Rev. Rheumatol. **6**, 547–552 (2010)

2. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

Clasificación de las terapias biológicas		
Diana terapéutica	**Fármaco**	**Indicación oficial**
Antagonistas del TNF-α	Etanercept	Artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, psoriasis en placas, psoriasis pediátrica
Antagonistas del TNF-α	Infliximab	Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, psoriasis, enfermedad de Crohn del adulto y pediátrica, colitis ulcerosa del adulto y pediátrica
Antagonistas del TNF-α	Adalimumab	Artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil poliarticular, espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial sin evidencia radiográfica de espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, psoriasis, enfermedad de Crohn del adulto y pediátrica, colitis ulcerosa
Antagonistas del TNF-α	Golimumab	Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y colitis ulcerosa
Antagonistas del TNF-α	Certolizumab pegol	Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, espondiloartropatía axial sin evidencia radiográfica de espondilitis anquilosante, artritis psoriásica
Agonistas del receptor de la IL-1	Anakinra	Artritis reumatoide
Agonistas del receptor de la IL-1	Canakinumab	Síndromes periódicos asociados a la criopirina, artritis idiopática juvenil sistémica, gota artrítica
Terapias anti-linfocitos B		
Depleción de linfocitos B	Rituximab	Linfoma no hodgkiniano, leucemia linfática crónica, artritis reumatoide, granulomatosis con poliangeítis y poliangeítis microscópica
Inhibición de los linfocitos B	Belimumab	LES
Modulación de los linfocitos T		
Bloqueo de la coestimulación	Abatacept	Artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil poliarticular
Antagonista del receptor de la IL-6	Tocilizumab	Artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil sistémica, artritis idiopática juvenil poliarticular
Antagonista de la subunidad p40 de las IL-12 e IL-23	Ustekinumab	Psoriasis en placas, artritis psoriásica

3. PAUTAR INMUNOSUPRESOR ADECUADO

- CONTRAINDICACIONES
  - GESTACIÓN
  - AFECTACIÓN RENAL,HEPÁTICA,…
- PERFIL CLÍNICO
  - GRAVEDAD
    - LATENCIA EFECTO
  - “DIANA TISULAR”

4. INFORMAR AL PACIENTE

- **INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**

Hospital Universitario La Paz

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

-Dapsona 100 mg cada 24 horas

Madrid, 16/10/2012

Dr. Robles

5. PREVENIR TOXICIDADES

- INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS
  - POLIFARMACIA
- REVISIONES ESPECÍFICAS
  - OFTÁLMICA
  - GINECOLÓGICAS
  - T.A.
- PROFILAXIS
  - "ANTINFECCIOSAS"
    - MÁS MANTOUX /IGRAA Y MENOS SEPTRIM®
    - VACUNAS
  - VITAMINA D / Ca2
  - FERTILIDAD→
    - PROTECCIÓN OVÁRICA / PRESERVACIÓN ESPERMÁTICA

Nota informativa

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

agencia española de medicamentos y productos sanitarios

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS

REACTIVACIÓN DE LA HEPATITIS B SECUNDARIA A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

Información para profesionales sanitarios

Fecha de publicación: 21 de julio de 2014
Fecha de corrección: 25 de julio de 2014 (ver al final)

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD.
Referencia: MUH (FV), 11/2014

La reactivación del virus de la hepatitis B (VHB) en pacientes en tratamiento con quimioterapia antineoplásica o inmunosupresores puede ocurrir durante el mismo o después de un tiempo prolongado una vez finalizado.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios recomienda a los profesionales sanitarios:

Entre los medicamentos que se han asociado a la reactivación del VHB se encuentran las siguientes:

- Quimioterapia tradicional: ciclofosfamida, metotrexato, mercaptopurina, fluorouracilo, gemcitabina, vinblastina, vincristina, etopósido, docetaxel, bleomicina, mitomicina, doxorubicina, epirubicina.
- Anticuerpos monoclonales: rituximab, ofatumumab, tocilizumab, ustekinumab, alemtuzumab.
- Anti-TNF: adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab.
- Corticosteroides: dexametasona, prednisona, prednisolona, metil-prednisolona.

- **Pacientes seronegativos para hepatitis B: se recomienda vacunación.**
- **Pacientes con HBsAg positivo o bien con HBsAg negativo y anticuerpos anti-HBc positivos: se realizará prueba de detección de ADN viral y se instaurará tratamiento con un análogo de nucleótido que se mantendrá hasta 12 meses después de finalizar la terapia inmunosupresora.**

- **En los pacientes con HBsAg positivo:**
  - **Si los niveles de ADN en suero son bajos (<2.000 UI/ ml) y se va a realizar tratamiento inmunosupresor durante un corto periodo de tiempo, se recomienda administrar lamivudina.**
  - **Si los niveles de ADN en suero son elevados y/o se va a realizar tratamiento inmunosupresor durante un largo periodo de tiempo, se recomienda administrar entecavir o tenofovir.**

- En los pacientes con HBsAg negativo y anticuerpos anti-HBc positivos:
  - Si los niveles de ADN en suero son detectables, se recomienda la misma pauta que para los pacientes con HBsAg positivo.
  - Si los niveles de ADN en suero no son detectables:
    - En términos generales se recomienda realizar mediciones periódicas (entre 1 y 3 meses) de transaminasas y ADN, e iniciar tratamiento con un análogo de nucleótido cuando se inicie la reactivación del virus.
    - En pacientes con neoplasias hematológicas sometidos a tratamiento con rituximab y/o regimenes combinados en los que no se pueda garantizar realizar mediciones periódicas del ADN viral se recomienda iniciar tratamiento con lamivudina.

6. PLANIFICAR OBJETIVOS Y REEVALUAR

- PLANIFICAR SEGUIMIENTO
  - CLÍNICO Y ANALÍTICO
- DEFINIR HASTA DONDE LLEGAR
  - ¿SIEMPRE REMISIÓN COMPLETA?
  - ¿ES ASUMIBLE CUALQUIER TOXICIDAD?

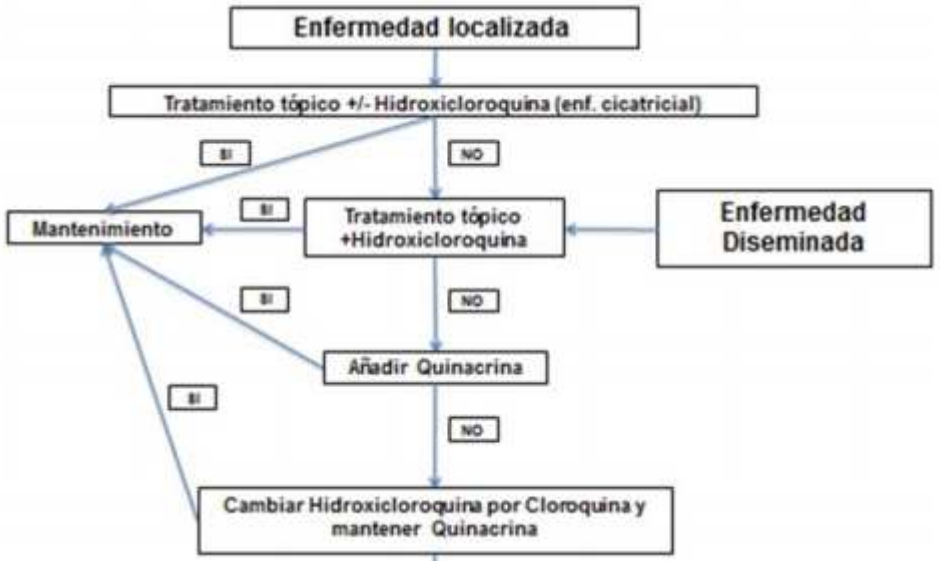
VALORAR CAMBIOS DE ESTRATEGIA

7. LO MODERNO NO ES SIEMPRE LO MEJOR

Nomenclatura de las terapias biológicas

Prefijo	Raíz	Sufijo	Tipo de molécula	Origen	Ejemplo
XYZ– (elegidos por el promotor)	–lim–[a] –li–[a] –l–[a] –cir–[b] –tu–[c]	–cept	Receptor de fusión	Humano	Etanercept
		–omab	Monoclonal	Murino	–
		–ximab	Monoclonal	Quimérico	Infliximab
		–zumab	Monoclonal	Humanizado	Tocilizumab
		–umab	Monoclonal	Humano	Adalimumab

- ANTIPALÚDICOS
- TALIDOMIDA
- DAPSONA
- ESTANOZOLOL
- PENTOXIFILINA



8. MANTENER EL TRATAMIENTO "BASE"

- RETIRADA PROGRESIVA DE ESTEROIDES
- DOSIS MÍNIMA EFICAZ DEL I.S.
- NO RETIRAR
  - HIDROXICLOQUINA
  - TRATAMIENTO COADYUVANTE
    - ESTATINAS
    - IECA/ARA2
    - AAS/ACO
    - PROTECCIÓN SOLAR

9. NUEVAS ESTRATEGIAS

- INDUCCIÓN→MANTENIMIENTO
- MULTITARGET
  - MMF/cfm + TACROLIMUS
  - CFM/MMF + BORTEZOMIB
  - MTX/MMF + RITUXIMAB
- TREAT TO TARGET
  - OBJETIVOS ESPECÍFICOS MEDIBLES

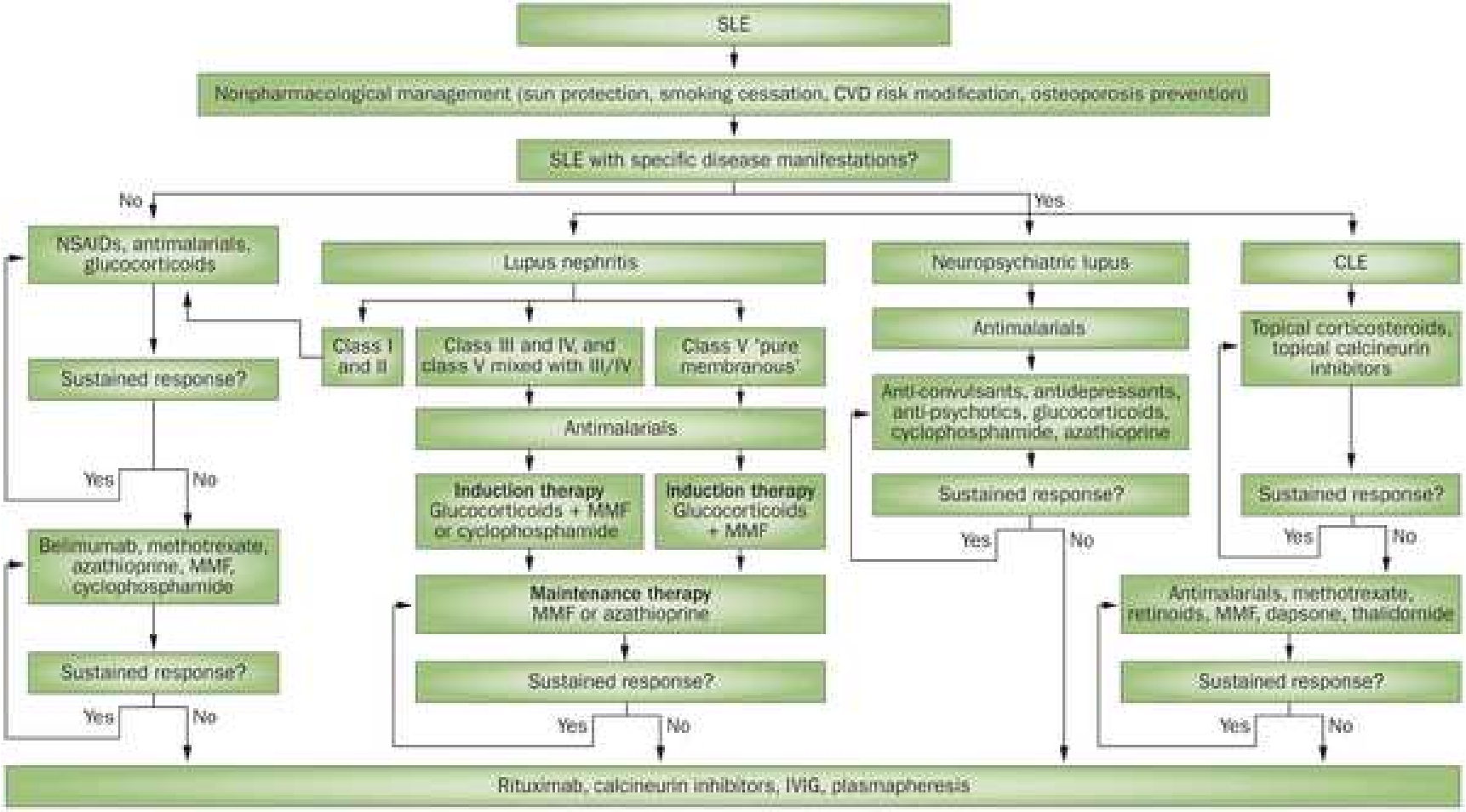
TREAT TO TARGET A.R.

10 recomendaciones sobre el tratamiento de la artritis reumatoide hasta alcanzar el objetivo, basadas tanto en datos científicos como en la opinión de expertos:

(1) El objetivo principal del tratamiento de la artritis reumatoide debe ser un estado de remisión clínica.
(2) La remisión clínica se define como la ausencia de signos y síntomas de actividad significativa de la enfermedad inflamatoria.
(3) Aunque la remisión debe ser un objetivo claro, basándose en los datos científicos disponibles, una baja actividad de la enfermedad puede ser un objetivo terapéutico alternativo aceptable, en particular en casos de enfermedad establecida de larga duración.
(4) Hasta que se alcance el objetivo de tratamiento deseado, el tratamiento farmacológico debe ajustarse al menos cada 3 meses.
(5) Los criterios de valoración de la actividad de la enfermedad deben obtenerse y documentarse regularmente, hasta una vez al mes en los pacientes con una actividad alta o moderada de la enfermedad, o con menos frecuencia (p. ej., cada 3–6 meses) en los pacientes con una baja actividad de la enfermedad mantenida o en remisión.
(6) Es necesario utilizar en la práctica clínica habitual índices compuestos validados de actividad de la enfermedad, que incluyan valoraciones articulares, para guiar las decisiones de tratamiento.
(7) Deben considerarse los cambios estructurales y el deterioro funcional al tomar decisiones clínicas, además de evaluar índices compuestos de actividad de la enfermedad.
(8) El objetivo de tratamiento deseado debe mantenerse durante toda la evolución restante de la enfermedad.
(9) La consideración de la comorbilidad, los factores particulares del paciente y los riesgos asociados a la medicación puede influir en la elección del índice (compuesto) de la actividad de la enfermedad y del nivel del valor objetivo.
(10) El paciente debe estar adecuadamente informado sobre el objetivo del tratamiento y la estrategia prevista para conseguirlo bajo la supervisión del reumatólogo.

Ann Rheum Dis (2010)

TREAT TO TARGET L.E.S.

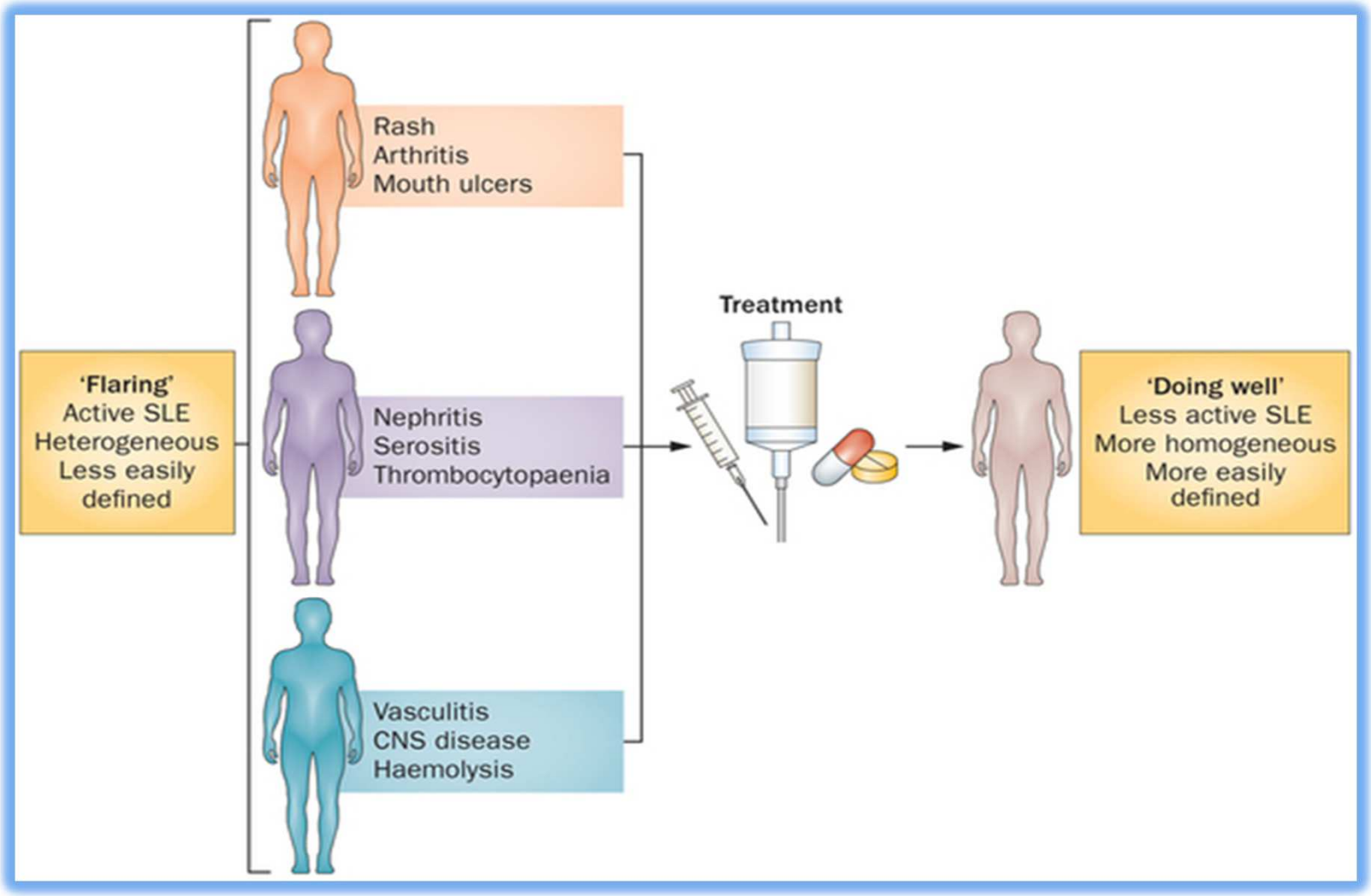


Nature Reviews Rheumatology 10, 97–107 (2014)

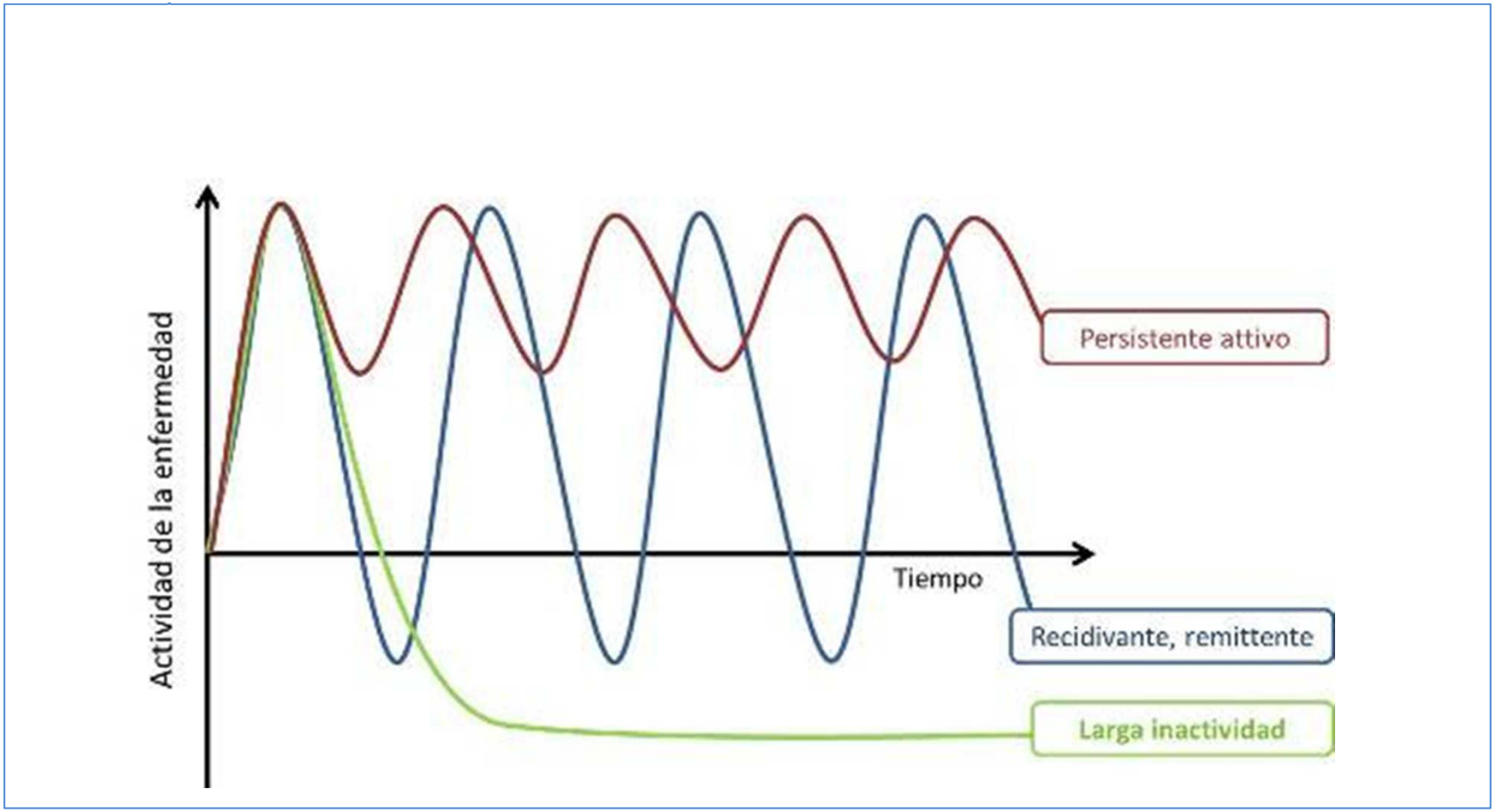
Downloaded from http://ard.bmj.com/ on October 24, 2014 - Published by group.bmj.com
ARD Online First, published on April 16, 2014 as 10.1136/annrheumdis-2013-205139

Treat-to-target in systemic lupus erythematosus: recommendations from an international task force

Ronald F van Vollenhoven,[1] Marta Mosca,[2] George Bertsias,[3] David Isenberg,[4]



10. NO TRATAR SOLO EL BROTE-PREVENIRLO



CLUB | FÚTBOL | FANS | SECCIONES | ENTRADAS | SOCIOS | TOUR | TIENDA

Primer Equipo | Plantilla | Calendario | Clasificación | Noticias | Fotos | Vídeos

Fútbol
Liga
Jornada 9
Santiago Bernabéu
25/10/2014
18:00

Sábado, 25 - 18:00

REAL MADRID - - FC BARCELONA

COMPRA EN LA FCB TIENDA ONLINE OFICIAL ▶

Ficha partido | Social media

Fecha: Sábado
Estadio: Santia
Ciudad: Madrid
Capacidad: 80.

VIII Reunión Nacional de Actualización en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas para Residentes

SÁBADO, 25 DE OCTUBRE

CASO 3. Mujer hipertiroidea de 52 años con artralgias y lesiones cutáneas

17:50-18:00 h — **Presentación del caso**
Dra. Patricia Jiménez Aranda
Servicio de Medicina Interna
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

18:00-18:10 h — **Discusión del caso**
Dra. Gemma Muñiz Nicolás
Servicio de Medicina Interna
Hospital Virgen de la Salud. Toledo

18:10-18:15 h — **Preguntas y dudas**

18:15-18:30 h — **Resumen de la VIII Reunión y Clausura**
Dr. Jesús Canora Lebrato
Coordinador de la Sección de Autoinmunes, SOMIMACA
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid