

## **SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE PACIENTES CON PROCESOS REUMÁTICOS - REUMATOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA – Revisión 2014**

Algunos pacientes con patología reumatológica potencialmente grave requieren una asistencia coordinada entre la Sección de Reumatología y los servicios de Atención Primaria. Si bien nuestra Sección está siempre disponible para imprevistos o situaciones de agravamiento del paciente, resulta imprescindible un apoyo de los SAE en la supervisión de determinadas patologías y tratamientos habituales en estos pacientes a fin de detectar precozmente la aparición de complicaciones.

### **SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE PATOLOGIA REUMATICA**

Diversas enfermedades y sus tratamientos obligan a una MONITORIZACION periódica para detectar posibles complicaciones. Debido a la saturación de agendas de citación, no podemos visitar a los pacientes solo para este motivo, por lo que resulta imprescindible una colaboración desde AP en este sentido.

Fundamentalmente, se solicita del médico de cabecera que realice analíticas periódicas en pacientes tratados con fármacos potencialmente tóxicos (metotrexato, leflunomida, inmunosupresores) y en caso de detectar complicaciones hematológicas, renales o hepáticas, nos contacte telefónicamente 964.726609 o bien indique al paciente que solicite visita preferente.

Damos a continuación algunas normas sencillas al respecto:

#### **METOTREXATO (Metoject®)**

Se trata de un fármaco que aunque dentro de la categoría de citostáticos, se utiliza desde los años 80 en Reumatología para diversas enfermedades inflamatorias sistémicas (especialmente artritis reumatoide, psoriásica, colagenosis, y algunas vasculitis) ya que en dosis bajas (7.5 a 25 mg semanales) tiene mayormente efectos antiinflamatorios. Es un fármaco seguro, fácil de administrar por vía oral o subcutánea (jeringas precargadas que puede inyectarse el propio paciente), pero que requiere un mínimo seguimiento periódico ya que puede tener toxicidad hepática, hematológica y pulmonar:

#### **CONTROLES:**

- Analítica general, incluyendo VSG, hemograma completo, perfil ingreso, PCR
  1. Mensualmente los 3 primeros meses
  2. Cada 2-3 meses posteriormente, mientras continúe en tratamiento
- Suspender el tratamiento y adelantar cita a Reumatología, en caso de:
  1. Disnea o fiebre alta (pedir RX tórax F+P preferente para descartar neumonitis por metotrexato o neumonía infecciosa)
  2. Intervención quirúrgica o bucodental: Datos recientes indican que no es imprescindible suspender MTX. Añadir cobertura antibiótica estándar.

3. Embarazo de una paciente tomando MTX. Dado que es un producto teratígeno y abortivo, es recomendable prevención en pacientes fértiles (barrera, anovulatorios, etc). En caso de desear gestación, retirar el producto 6 meses antes de una posible fecundación.

#### NOTA

**Actualmente se administra en el CENTRO DE SALUD del paciente.**

Hay dos presentaciones para administración subcutánea: METOJECT y BERTANEL. Difieren notoriamente en la concentración y volumen del producto administrado, por lo que NO son directamente intercambiables.

#### **LEFLUNOMIDA (Arava®)** Requiere visado.

Se trata de un antimetabolito funcionalmente similar al metotrexato, que también puede dar toxicidad hepática y hematológica.

CONTROLES: Las recomendaciones de seguimiento son prácticamente idénticas a las de metotrexato. Cabe recordar que este fármaco se acumula hasta 1 año en tejido graso, por lo que en caso de complicaciones o embarazo es necesario un procedimiento de *lavado* específico con colestiramina.

#### **HIDROXICLOROQUINA (Dolquine®)**

Este antimalárico tiene muy baja toxicidad sistémica, incluso se puede usar en embarazadas. Está indicado para el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico, entre otras.

CONTROLES: Requiere supervisión oftalmológica cada 12-18 meses para descartar posible toxicidad retiniana. Raramente puede dar miopatía, erupciones cutáneas reversibles o neuritis.

#### **CICLOSPORINA (Sandimmun Neoral®)** Requiere visado. Actualmente poco usado.

Es un antimetabolito que actúa sobre linfocitos T-helper. Precisa control hematológico y bioquímico general cada 1-2 meses. Su principal complicación es la aparición de nefropatía, con HTA y elevación de creatinina sérica.

CONTROLES: T.A. cada 15-30 días. Hemograma completo y bioquímica general cada 1-3 meses.

#### **MICOFENOLATO (Cell-Cept®)** Requiere visado

Muy eficaz para la nefritis lúpica. También usado en vasculitis y otras Colagenosis, como uso compasivo. Bien tolerado y con baja toxicidad, es una alternativa eficaz a los tratamientos con ciclofosfamida.

CONTROLES: hemograma completo y bioquímica general cada 1-3 meses.

#### **AGENTES BIOLÓGICOS: ANTI-TNF (Enbrel®, Humira®, Remicade®)** Tratamiento hospitalario.

Han supuesto una auténtica revolución terapéutica en las enfermedades sistémicas, especialmente artritis reumatoide y espondiloartropatías, dada su

alta eficacia para suprimir la inflamación. Su mayor problema es que producen una inmunosupresión que aumenta el riesgo de TBC (especialmente extrapulmonar) y de infecciones bacterianas y oportunistas.

**CONTROLES: Hemograma completo y bioquímica de rutina cada 1-3 meses.**

Suspender el tratamiento en caso de infección o sde. febril hasta que se resuelva esa situación.

Preferible no administrar en los 15 días previos o posteriores a intervenciones quirúrgicas o bucodentales invasivas. Aunque en la ficha técnica se recomienda evitar en gestantes, la experiencia clínica es favorable en este contexto y no parece dar problemas. Precaución sin embargo, evitar en lo posible.

**OTROS BIOLÓGICOS: RITUXIMAB (Mabthera®) y ABATACEPT (Orencia®)**  
Tratamiento hospitalario.

Tienen un mecanismo de acción distinto a los antiTNF y por ello un efecto inmunosupresor menos agresivo que éstos. No suelen aumentar el riesgo de TBC.

CONTROLES: Las recomendaciones de seguimiento y supervisión son similares a los antiTNF.

### TRATAMIENTOS ANTI-OSTEOPOROSIS

Han aparecido algunos tratamientos de indicación o tratamiento hospitalario, que el médico de SAP debe conocer y supervisar:

**ZOLEDRONATO (Aclasta®)** Tratamiento hospitalario.

Es el bifosfonato más potente actualmente comercializado. Está indicado en osteoporosis grave y en enfermedad ósea de Paget.

Se administra por vía iv. exclusivamente, en <1 hora, en Hospital de Día, una vez al año. Requiere tratamiento previo y posterior con calcio y vit.D oral, de tipo similar a los pacientes habituales con osteoporosis.

Raramente puede aparecer hipocalcemia o fibrilación auricular a los 5-30 días de la infusión. En un 15% de casos se produce febrícula y malestar pseudogripal a los 1-4 días del tratamiento, que remiten con paracetamol.

CONTROLES: No requiere controles específicos.

**PTH subcutánea (Forsteo®, Preotact®)** Prescripción hospitalaria.

Los análogos de PTH son osteoformadores, a diferencia de los bifosfonatos que solo inhiben la resorción ósea. Producen intensos aumentos de la DMO por lo que están indicados en osteoporosis grave y complicada.

Se administran en plumas autoinyectoras precargadas, por vía subcutánea. El paciente se inyecta él mismo o mediante un familiar, diariamente, en un ciclo de 18 meses. Tiene un coste elevado y justifica seguimiento especializado.

CONTROLES: Aunque las complicaciones son muy raras, pueden ocasionar un hiperparatiroidismo yatrógeno, por lo que es preciso vigilar calcemia, fosforemia, niveles de PTHi sérica y calciuria 24 horas en estos pacientes, cada 3 meses aprox.

**DENOSUMAB (Prolia® sc)** Tratamiento ambulatorio.

Se administra por vía subcutánea un inyectable cada 6 meses. Hay que evitar administrarlo en caso de infección activa, aunque teóricamente no se relaciona con alteraciones de la inmunidad.

**CONTROLES:** Aunque las complicaciones son muy raras, pueden producirse casos de hipocalcemia por lo que se recomienda valorar y compensar déficits previos de vitamina D, y control balance fosfocálcico semestral, previo a la inyección.

**NOTA:** Hay que insistir en que NO se trata de un fármaco de uso exclusivo de especialista (no lleva visado), por lo que puede ser prescrito y controlado por At. Primaria sin mayor complejidad. Su coste anual es solo moderadamente mas elevado que un bifosfonato, por lo que este aspecto no debe ser un inconveniente para su utilización en los casos que sea preciso.

**RIESGO DE OSTEONECROSIS MANDIBULAR (ONM) Y FRACTURAS ATÍPICAS (Bifosfonatos y Denosumab)** Se relacionan con los tratamientos intensivos para pacientes oncológicos con metástasis óseas. Los estudios actuales revelan que **es excepcional este tipo de complicaciones con los tratamientos habituales para la osteoporosis. No es imprescindible suspender estos tratamientos previos a cirugía o manipulación dental**, si bien se deja este punto a criterio del odontólogo. El riesgo de FX atípicas es mucho menor que el de las fracturas convencionales, pero se recomienda valorar un descanso de tratamiento a los 5 años si no hay elementos de riesgo elevado de fracturas, en cuyo caso se puede continuar con el mismo tratamiento u otro distinto.

## **RESUMEN – REUMATOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA**

DEPARTAMENT DE SALUD DE CASTELLÓ

### **DERIVACION DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Nuestras prioridades son la patología inflamatoria del aparato locomotor, osteoporosis y enfermedades del colágeno.

Las raquialgias simples y dolores difusos tipo FM pueden derivarse a otras especialidades y son demorables siempre, salvo que haya alteración del estado general o alt. analíticas.

Las escoliosis, metatarsalgias simples, meniscopatías, etc. No son propias de nuestra especialidad.

#### *REQUISITOS BASICOS PARA DERIVACION*

- 1. Cumplimentar adecuadamente la petición de interconsulta**, justificando ésta en base a la patología propia de la especialidad de Reumatología
- 2. Remitir al paciente con unos estudios básicos previos**
  - a. ANALITICA: VSG, hemograma, bioquímica con uratos y PCR; si hay artritis asociada, pedir además FR, ANA
  - b. RADIOLOGIA de la/s parte/s afecta/s (mano, cervical, pelvis, rodilla....)
- 3. En caso de problemas urgentes, es mejor llamarnos telefónicamente al 964.726609 / 441086** para concertar visita anticipada preferente y comentar el caso.

## **RESPUESTA DESDE REUMATOLOGÍA**

Como especialistas, nos comprometemos a

1. Evaluar adecuadamente al paciente y realizar las recomendaciones y/o prescripciones necesarias para su tratamiento.
2. Emitir un informe preliminar tras la visita inicial, y completo al alta del paciente, en su caso, utilizando el sistema SIA o el que se determine pro la Gerencia del Departament de Salut de Castelló.
3. Asumir las complicaciones que puedan surgir relacionadas con la enfermedad o el tratamiento de nuestros pacientes, citándolos con prioridad o ingresándolos si es necesario.