



SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA TERAPIA DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS, REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

Oviedo a 21 de enero de 2019

Con fecha 25 de Mayo de 2018 la CURMP aprobó el **Protocolo de Uso de la Terapia en enfermedades sistémicas, reumáticas y autoinmunes**, elaborado por el Grupo de Expertos creado para tal fin.

El protocolo presenta una serie de recomendaciones, en las que se posiciona los fármacos en base a criterios de eficiencia, por lo que es fundamental que vaya acompañada de una evaluación económica.

Este documento se presenta por tanto, como una herramienta complementaria para la selección de los diferentes fármacos en función de criterios de eficacia, seguridad y coste, que será actualizado con carácter anual en función de las nuevas moléculas y ofertas disponibles.



SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA TERAPIA DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS, REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON AGENTES BIOLÓGICOS O INHIBIDORES ORALES DE LA VÍA JAK (ENERO-DICIEMBRE 2019)

1. Fracaso a FAME convencional en monoterapia o combinación durante 3-6 meses.

Se empleará cualquiera de los anti-TNF asociados a MTX, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª OPCIÓN ANTI-TNF BIOSIMILAR

2. Ante el fracaso terapéutico a anti-TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).

Fallo primario

Se empleará un segundo fármaco con mecanismo de acción diferente según criterios de eficiencia:

1ª OPCIÓN INHIBIDOR VÍA JAK (BARICITINIB)

2ª OPCIÓN ANTI-IL6 (SARILUMAB)

3ª OPCIÓN ABATACEPT

En pacientes con anticuerpos anti-CPP o factor reumatoide positivo será de elección RITUXIMAB.

Fallo secundario

Se considerará un segundo agente anti-TNF asociado a MTX, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª OPCIÓN ANTI-TNF BIOSIMILAR

En pacientes con falta de respuesta a un segundo agente anti-TNF se realizará un cambio de diana terapéutica. Según criterios de eficiencia:

1ª OPCIÓN INHIBIDOR VÍA JAK (BARICITINIB)

2ª OPCIÓN ANTI-IL6 (SARILUMAB)

3ª OPCIÓN ABATACEPT

NOTA:

Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.

Los cambios de tratamiento en pacientes que hayan presentado un fracaso a un inhibidor de la vía JAK se valorarán de forma individualizada.



SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA TERAPIA DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS, REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA CON AGENTES BIOLÓGICOS (ENERO-DICIEMBRE 2019)

1. Fracaso a FAME. Pacientes con artritis psoriásica en los que los FAME convencionales hayan sido ineficaces (durante al menos 3 meses) o hayan tenido que retirarse por intolerancia está indicado el inicio de terapia biológica.

Se empleará cualquiera de los anti-TNF asociados o no a FAME, priorizando el uso de la opción mas coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª OPCIÓN ANTI-TNF BIOSIMILAR

En caso de contraindicación de anti-TNF o afectación cutánea grave se considerará la utilización de fármacos anti-IL17 o anti IL12/23. Según criterios de eficiencia:

1ª OPCIÓN ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB)

En pacientes con comorbilidades graves que contraindique la utilización de fármacos biológicos, se utilizará **APREMILAST** (se debe evaluar la respuesta en la semana 16, dictamen 03/2016)

2. Ante el fracaso terapéutico anti-TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).

Fallo primario

Se empleará un segundo agente biológico con mecanismo de acción diferente según criterios de eficiencia:

1ª OPCIÓN ANTI- IL17 (IXEKIZUMAB)

2ª OPCIÓN ANTI-IL12/23 (USTEKINUMAB)

Fallo secundario

Se considerará un segundo agente anti-TNF, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª OPCIÓN ANTI TNF BIOSIMILAR

NOTA:

Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.



SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA TERAPIA DE LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS, REUMÁTICAS Y AUTOINMUNES

ABORDAJE TERAPÉUTICO PARA TRATAMIENTO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON AGENTES BIOLÓGICOS (ENERO-DICIEMBRE 2019)

1. Fracaso a al menos dos AINEs con potencia antiinflamatoria demostrada durante un período de 4 semanas cada uno, a la dosis máxima recomendada.

Se empleará cualquiera de los anti-TNF asociados a MTX, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª OPCIÓN ANTI-TNF BIOSIMILAR

2. Ante el fracaso terapéutico anti TNF, se diferenciará entre fallo primario (ausencia de respuesta al menos tras 3 meses del inicio del tratamiento) y fallo secundario (pérdida de respuesta o toxicidad).

Fallo primario

Se empleará un segundo agente biológico con mecanismo de acción diferente.

1ª OPCIÓN ANTI-IL17 (SECUKINUMAB)

Fallo secundario

Se considerará un segundo agente anti-TNF asociado a MTX, priorizando el uso de la opción más coste-efectiva salvo contraindicación o intolerancia.

1ª OPCIÓN ANTI-TNF BIOSIMILAR

NOTA:

Líneas sucesivas de tratamiento deberán ser valoradas de forma individualizada y teniendo en cuenta criterios de eficiencia.