

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

para el

# Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica

Guía rápida



**Espoguía**

Sociedad Española de Reumatología



Edición: 2024

**Esta guía debe citarse:**

Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ES-POGUÍA. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica. Actualización. Sociedad Española de Reumatología, Madrid. 2024.

# Índice

Presentación.....	4
Preguntas clínicas para responder .....	5
Recomendaciones de la GPC .....	8
Calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación.....	26
Estrategias diagnósticas y terapéuticas.....	30

## Presentación

Esta Guía Rápida forma parte de la actualización 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.

La metodología empleada para actualizar la ESPOGUIA se ha basado en el manual metodológico de Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud<sup>1</sup>.

La Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica fue financiada por Lilly, Novartis, Pfizer y UCB. La Fundación Española de Reumatología (FER), entidad empleadora del personal de la Unidad de Investigación (UI) de la SER y coordinadora de los pagos a los panelistas y revisores, ejerció su labor con total independencia. Los financiadores no influyeron de forma directa ni indirecta sobre la selección de los panelistas, la búsqueda ni la interpretación de la evidencia, ni en ninguno de los aspectos de la redacción final de la misma. De esta forma el diseño, análisis e interpretación de los resultados se ha realizado de forma estrictamente independiente a la industria financiadora.

En la página web de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)), en el apartado de investigación y guías de práctica clínica, se puede consultar la versión de la guía completa. También está disponible una guía con información para personas con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica, sus familiares y cuidadores.

# Preguntas clínicas para responder

## Tratamiento de la espondiloartritis axial (EspAax)

### Tratamiento con FAME biológico o con inhibidores de JAK frente a placebo

1. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿cuál es la eficacia de los Inhibidores de IL-17 y los inhibidores de JAK frente a placebo?<sup>N</sup>

### Factores pronósticos

2. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿la intervención farmacológica con FAME biológicos o inhibidores de JAK frena la progresión del daño estructural?<sup>A</sup>
3. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿cuáles son los factores pronósticos de respuesta al tratamiento con inhibidores de IL-17 e inhibidores de JAK?<sup>N</sup>

### Fallo al tratamiento

4. En pacientes con espondiloartritis axial que no han respondido a inhibidor del TNF, ¿es eficaz la intervención con otro inhibidor del TNF u otra terapia dirigida?<sup>A</sup>

### Optimización del tratamiento

5. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿se puede suspender o reducir el tratamiento con los FAME biológicos?<sup>N</sup>

### Manifestaciones extramusculoesqueléticas

6. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿cuál es la eficacia de los FAME biológicos y FAME sintéticos dirigidos, en las manifestaciones extramusculoesqueléticas (uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal)?<sup>N</sup>

## Ejercicio

7. En los pacientes con espondiloartritis axial, ¿qué tipo de programa de ejercicio es más eficaz para mejorar los parámetros clínicos y funcionales?<sup>A</sup>

## Hábito tabáquico y obesidad

8. En pacientes con espondiloartritis axial, ¿el tabaco y la obesidad empeora la actividad de la enfermedad, la progresión radiográfica y la respuesta al tratamiento?<sup>N</sup>

## Tratamiento de la artritis psoriásica (APs)

### Intervención precoz

9. En pacientes con artritis psoriásica, ¿la detección e intervención farmacológica precoz mejora la capacidad funcional, el daño estructural y la calidad de vida?<sup>A</sup>

### FAME sintéticos convencionales

10. En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia de los FAME tradicionales en su forma periférica, axial, entesitis y dactilitis?<sup>A</sup>

### Tratamiento con FAME biológico o con FAME sintético de diana específica

11. En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia de los Inhibidores de IL-23 e IL-17 y los fármacos sintéticos de diana específica (inhibidores de JAK y apremilast), en su forma periférica, axial, entesitis y dactilitis?<sup>N</sup>

## Tratamiento con FAME biológico o con FAME sintético de diana específica frente a inhibidor del TNF

12. En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia, efectividad y seguridad de los inhibidores de IL-17, IL-23 o de los inhibidores JAK frente a los inhibidor del TNF?<sup>N</sup>

### FAME biológico y FAME de diana específica en monoterapia

13. En pacientes con artritis psoriásica, ¿es más eficaz el tratamiento combinado de MTX y FAME biológicos o sintéticos dirigidos que el tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos en monoterapia?<sup>A</sup>

### Manifestaciones extramusculoesqueléticas

14. En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia de los FAME biológicos y FAME sintéticos dirigidos, en las manifestaciones extramusculoesqueléticas (uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal)?<sup>N</sup>

### Hábito tabáquico y obesidad

15. En pacientes con artritis psoriásica, ¿el tabaco y la obesidad empeora la actividad de la enfermedad, la progresión radiográfica y la respuesta al tratamiento?<sup>N</sup>

## Tratamiento de la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica

### Educación sanitaria

16. En pacientes con artritis psoriásica o espondiloartritis axial, ¿es beneficiosa la educación sanitaria impartida por la enfermera?<sup>A</sup>

<sup>N</sup> Preguntas nuevas

<sup>A</sup> Preguntas actualizadas

## Recomendaciones de la GPC

### Tratamiento de la espondiloartritis axial (EspAax)

#### Tratamiento con FAME biológico o con inhibidores de JAK frente a placebo

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, ¿cuál es la eficacia de los Inhibidores de IL-17 y los inhibidores de JAK frente a placebo?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 1:</b> En pacientes con espondiloartritis axial activa, se recomienda el uso de inhibidores de IL-17A, IL-17A/F e inhibidores de JAK, como una de las opciones terapéuticas tras fallo y/o intolerancia a AINE. La línea terapéutica dependerá de las características clínicas del paciente*.</p> <p>*Como información complementaria, en el Anexo 2 se incluyen las recomendaciones de la Guía anterior.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><u>Consideraciones clínicas relevantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraciones de subgrupo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pacientes ≥65 años:</i> En pacientes de edad ≥65 años, fumadores activos (o con historia de tabaquismo intenso), riesgo de cáncer, u otros factores de riesgo cardiovascular, se priorizarán opciones distintas a los inhibidores de JAK. En este escenario, y en caso de necesidad de uso de inhibidores de JAK, se empleará la dosis más baja posible.</li> <li>– <i>Pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica:</i> En estos pacientes se requiere además que se evalúen signos objetivos de inflamación, como la proteína C-reactiva elevada (PCR) y/o imagen por resonancia magnética (RM).</li> </ul> </li> </ul>	

- *Grupos de fármacos:* Aunque existen ciertas diferencias entre los diferentes inhibidores de IL-17 (A y A/F) y entre los diferentes inhibidores de JAK, el grupo elaborador ha asumido que las recomendaciones deberían ser realizadas por grupos de fármacos al no poder demostrar (todavía no existen ensayos head to head en espondiloartritis axial entre fármacos de la misma familia) que las diferencias en el mecanismo de acción entre ellos puedan suponer una diferencia en su eficacia o su perfil de seguridad.

## Factores pronósticos

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, ¿la intervención farmacológica con FAME biológicos o inhibidores de JAK frena la progresión del daño estructural?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 2:</b> El grupo elaborador considera que la evidencia disponible es insuficiente y/o inadecuada para emitir una recomendación concluyente sobre el efecto de los FAME biológicos o inhibidores de JAK en el freno de la progresión del daño estructural de los pacientes con espondiloartritis axial; sin embargo, sí se sugiere valorar los factores predictivos de progresión de daño estructural en la indicación de estos fármacos.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>A</sup></p>
<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, ¿cuáles son los factores pronósticos de respuesta al tratamiento con inhibidores de IL-17 e inhibidores de JAK?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 3:</b> En pacientes con espondiloartritis axial activa que van a iniciar tratamiento con inhibidores de IL-17A, IL-17A/F, se sugiere identificar los factores predictores de buena respuesta terapéutica, tales como el sexo masculino y la proteína c reactiva (PCR) elevada.</p>	<p>Débil a favor<sup>N</sup></p>

<p><b>Recomendación 4:</b> En pacientes con espondiloartritis axial activa que van a iniciar tratamiento con inhibidores de IL-17A, IL-17A/F, se sugiere identificar los factores predictores de progresión radiográfica, tales como el sexo masculino, la edad, tabaquismo, proteína c reactiva (PCR) elevada, positividad del antígeno HLA-B27 y edema de médula ósea en resonancia de columna.</p>	<p>Débil a favor<sup>N</sup></p>
<p><u>Consideraciones clínicas relevantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización y evaluación:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Basándose en la literatura revisada, la evaluación de la proteína c reactiva (PCR) en cada visita podría ser útil para identificar a aquellos pacientes con espondiloartritis axial que tienen mayor riesgo de progresión desde el punto de vista estructural. Asimismo, el tabaquismo debería de ser evaluado de forma periódica y promover el abandono del hábito tabáquico en estos pacientes.</li> <li>– Actualmente no hay estudios que evidencien el valor de los factores pronósticos de respuesta a los inhibidores de JAK.</li> </ul> </li> </ul>	

## Fallo al tratamiento

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con espondiloartritis axial que no han respondido a inhibidor del TNF, ¿es eficaz la intervención con otro inhibidor del TNF u otra terapia dirigida?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 5:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, tras fracaso al tratamiento con un primer inhibidor del TNF, se recomienda la utilización de otro inhibidor del TNF, un inhibidor de IL-17A o IL-17A/F o un inhibidor de JAK.</p>	<p>Fuerte a favor)<sup>A</sup></p>

Consideraciones clínicas relevantes:

- Consideraciones de subgrupo:
  - *Pacientes ≥65 años*: En pacientes de edad  $\geq 65$  años, fumadores activos (o con historia de tabaquismo intenso), riesgo de cáncer, u otros factores de riesgo cardiovascular, se priorizarán opciones distintas a los inhibidores de JAK. En este escenario, y en caso de necesidad de uso de inhibidores de JAK, se empleará la dosis más baja posible.

## Optimización del tratamiento

<b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, ¿se puede suspender o reducir el tratamiento con los FAME biológicos?	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<b>Recomendación 6:</b> En pacientes con espondiloartritis axial que se encuentren en baja actividad o remisión de la enfermedad de forma mantenida (mínimo 6 meses), se recomienda valorar la posibilidad de disminuir la frecuencia de administración del FAME biológico de forma consensuada con el paciente y manteniendo un seguimiento clínico.	Fuerte a favor <sup>N</sup>
<b>Recomendación 7:</b> En pacientes con espondiloartritis axial que se encuentren en baja actividad o remisión de la enfermedad de forma mantenida, no se recomienda la suspensión sistemática del tratamiento con FAME biológico debido al aumento de riesgo de reactivación de la enfermedad.	Fuerte a favor <sup>N</sup>

Consideraciones clínicas relevantes:

- Consideraciones de implementación para reducir la dosis total del fármaco administrado:
  - En el caso de fármacos biológicos de presentación endovenosa (infiximab es el más utilizado) se puede disminuir la dosis que se administra en el hospital de día en función del peso del paciente.
  - En el caso de fármacos biológicos de administración subcutánea, que se dispensan en forma de pluma o jeringa precargada, se disminuye la frecuencia de su administración.

## Manifestaciones extramusculares

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, ¿cuál es la eficacia de los FAME biológicos y FAME sintéticos dirigidos, en las manifestaciones extramusculares (uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal)?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 8:</b> En pacientes con espondiloartritis axial y uveítis, se recomienda el uso de inhibidores del TNF monoclonales y certolizumab pegol para la prevención de episodios de uveítis anterior.</p> <p><b>Recomendación 8.1:</b> Los inhibidores del TNF, especialmente adalimumab, también se recomiendan para el tratamiento de la uveítis anterior refractaria o recurrente cuando hayan fracasado las terapias convencionales.</p> <p><b>Recomendación 8.2:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, no se recomienda el uso de etanercept en la prevención ni en el tratamiento de episodios de uveítis anterior.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p> <p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p> <p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p>

<p><b>Recomendación 9:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, el grupo elaborador considera que no existe evidencia para recomendar el uso de inhibidores de IL-17 o de inhibidores de JAK en la prevención ni en el tratamiento de los episodios de uveítis anterior.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 10:</b> En pacientes con espondiloartritis axial y enfermedad inflamatoria intestinal activa, se recomienda el uso de inhibidores del TNF* monoclonales y los inhibidores de JAK** para el manejo de la inflamación intestinal.</p> <p>*Aprobados: infliximab y adalimumab en colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn; golimumab solo en colitis ulcerosa.</p> <p>**Aprobados upadacitinib en colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn; tofacitinib solo en colitis ulcerosa.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 11:</b> En pacientes con espondiloartritis axial y enfermedad inflamatoria intestinal, no se recomienda el uso de los inhibidores de IL-17.</p>	<p>Fuerte en contra<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 12:</b> Debido a incidencia más baja de psoriasis en espondiloartritis axial, hay menos evidencia de la eficacia de los diferentes tratamientos en psoriasis; por lo que se sugiere remitirse a las recomendaciones formuladas para artritis psoriásica.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p>

Consideraciones clínicas relevantes:

- Consideraciones de subgrupo:
  - *Pacientes ≥65 años:* En pacientes de edad ≥65 años, fumadores activos (o con historia de tabaquismo intenso), riesgo de cáncer, u otros factores de riesgo cardiovascular, se priorizarán opciones distintas a los inhibidores de JAK. En este escenario, y en caso de necesidad de uso de inhibidores de JAK, se empleará la dosis más baja posible, sobre todo en caso de uso en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, donde la dosis es mayor que en el caso de la EspAax.
- Consideraciones de implementación:
  - La mayoría de FAME biológicos indicados para el tratamiento de la EspAax (inhibidores del TNF e IL-17) tienen indicación en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. En el caso de los inhibidores de JAK (upadacitinib y tofacitinib) su uso no está indicado en ficha técnica para psoriasis en placas, por lo que su uso en pacientes con espondiloartritis axial y psoriasis en placas moderada-grave debe valorarse de forma compartida con Dermatología.

## Ejercicio

<p><b>Pregunta clínica:</b> En los pacientes con espondiloartritis axial, ¿qué tipo de programa de ejercicio es más eficaz para mejorar los parámetros clínicos y funcionales?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 13:</b> En pacientes adultos diagnosticados de espondiloartritis axial se sugiere incorporar, programas de ejercicios para mejorar los síntomas, la calidad de vida y la forma física relacionada con la salud, como parte del tratamiento de su enfermedad.</p>	<p>Débil a favor<sup>A</sup></p>

<p><b>Recomendación 14:</b> Los programas deberían incluir ejercicios de tipo aeróbico y ser realizados preferentemente de forma supervisada por fisioterapeuta, en grupo*.</p> <p>*En el <i>anexo 5</i> se incluye información más detallada que puede orientar a los pacientes sobre este tipo de ejercicios.</p>	Débil a favor <sup>A</sup>
---	----------------------------

## Hábito tabáquico y obesidad

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, ¿el tabaco y la obesidad empeora la actividad de la enfermedad, la progresión radiográfica y la respuesta al tratamiento?</p>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<p><b>Recomendación 15:</b> En pacientes con espondiloartritis axial, se recomienda el abandono del hábito tabáquico y mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18,5 y 25 para mejorar el control de la enfermedad.</p>	Fuerte a favor <sup>N</sup>
<p><u>Consideraciones clínicas relevantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraciones de subgrupo:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pacientes fumadores:</i> Al paciente que fume se le debería ofrecer la derivación a las unidades de deshabituación tabáquica o a su médico de familia para que le ofrezca información al respecto.</li> <li>– <i>Paciente con sobrepeso/obesidad:</i> Al paciente con sobrepeso/obesidad se le debería ofrecer la derivación a unidades de obesidad, si están disponibles en el sistema sanitario, o a su médico de familia para que le ofrezca información al respecto.</li> </ul> </li> </ul>	

## Tratamiento de la artritis psoriásica (APs)

### Intervención precoz

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica, ¿la detección e intervención farmacológica precoz mejora la capacidad funcional, el daño estructural y la calidad de vida?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 16:</b> En pacientes con artritis psoriásica periférica y factores de mal pronóstico*, se sugiere iniciar el tratamiento farmacológico lo antes posible con FAME sintéticos convencionales y/o biológicos, con la finalidad de mejorar los signos y los síntomas, la capacidad funcional y la calidad de vida, a través de la supresión de la inflamación.</p> <p>*Poliartritis, daño estructural, PCR elevada, dactilitis u onicopatía.</p>	<p>Débil a favor<sup>A</sup></p>

### FAME sintéticos convencionales

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia de los FAME tradicionales en su forma periférica, axial, entesitis y dactilitis?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 17:</b> En pacientes con artritis psoriásica periférica activa se recomienda, como tratamiento de primera línea, los FAME sintéticos convencionales (metotrexato, leflunomida, sulfasalazina).</p>	<p>Fuerte a favor<sup>A</sup></p>
<p><b>Recomendación 17.1:</b> Entre los FAME sintéticos convencionales se considera el metotrexato como el de primera elección, por sus efectos sobre la artritis y la psoriasis.</p>	<p>Débil a favor<sup>A</sup></p>
<p><b>Recomendación 17.2:</b> Estos FAME sintéticos convencionales no se deben utilizar para tratar síntomas de enfermedad axial.</p>	<p>Débil a favor<sup>A</sup></p>

## Tratamiento con FAME biológico o con FAME sintético de diana específica

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia de los Inhibidores de IL-23 e IL-17 y los fármacos sintéticos de diana específica (inhibidores de JAK y apremilast), en su forma periférica, axial, entesitis y dactilitis?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 18:</b> En pacientes con artritis psoriásica activa, tras fallo y/o intolerancia a un FAME sintético convencional o FAME biológico (inhibidores del TNF), se recomienda el uso de inhibidores de IL-17A, IL-17A/F e inhibidores de JAK para las manifestaciones periférica, axial, entesitis y dactilitis*.</p> <p>*Como información complementaria, en el Anexo 2 se incluyen las recomendaciones de la Guía anterior.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 19:</b> En pacientes con artritis psoriásica activa, tras fallo y/o intolerancia a un FAME sintético convencional o FAME biológico (inhibidores del TNF), se recomienda el uso de inhibidores de IL-23 para las manifestaciones periférica, entesitis y dactilitis*.</p> <p>*Como información complementaria, en el Anexo 2 se incluyen las recomendaciones de la Guía anterior.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 20:</b> En pacientes con artritis psoriásica activa, tras fallo y/o intolerancia a un FAME sintético convencional o FAME biológico (inhibidores del TNF), se recomienda el uso de los fármacos inhibidores de IL-17A, IL-17A/F, IL-12/23 e IL-23 e inhibidores de JAK para el control del daño estructural*.</p> <p>*Como información complementaria, en el Anexo 2 se incluyen las recomendaciones de la Guía anterior.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>

<p><b>Recomendación 21:</b> En pacientes con artritis psoriásica activa, tras fallo a un FAME sintético convencional, se puede considerar el uso de apremilast para las manifestaciones periférica, entesitis y dactilitis.</p>	<p>Débil a favor<sup>N</sup></p>
<p><u>Consideraciones clínicas relevantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraciones de subgrupo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pacientes ≥65 años:</i> En pacientes de edad ≥65 años, fumadores activos (o con historia de tabaquismo intenso), riesgo de cáncer, u otros factores de riesgo cardiovascular, se priorizarán opciones terapéuticas distintas a los inhibidores de JAK. En este escenario, y en caso de necesidad de uso de inhibidores de JAK, se empleará la dosis más baja posible.</li> <li>– <i>Pacientes con artritis psoriásica axial:</i> El único agente con ECA que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la artritis psoriásica axial es secukinumab, un inhibidor de IL-17A. Evidencia indirecta sugiere que los inhibidores del TNF, o de otros IL-17A e IL-17A/F, así como los inhibidores de JAK podrían ser opciones de tratamiento para este dominio de la enfermedad.</li> <li>– <i>Grupos de fármacos:</i> Aunque existen ciertas diferencias entre los diferentes inhibidores de IL-17 (A y A/F) y entre los diferentes inhibidores de JAK, el grupo elaborador ha asumido que las recomendaciones deberían ser realizadas por grupos de fármacos al no poder demostrar (todavía no existen ensayos <i>head to head</i> en artritis psoriásica entre fármacos de la misma familia) que las pequeñas diferencias en el mecanismo de acción entre ellos puedan suponer una diferencia en su eficacia o su perfil de seguridad.</li> <li>– Sin embargo, existen dos tipos de IL-17 con diferente mecanismo de acción: 1) inhibidores de IL-17A (secukinumab e ixekizumab) y 2) inhibidor de IL-17A y F (bimekizumab). Por lo tanto, a los efectos de la ESPOGUÍA se incluyen todos ellos como inhibidores de IL-17 (iIL-17).</li> <li>– FAME de diana específica: 1) inhibidor de PDE4 (apremilast) y 2) inhibidores de JAK (tofacitinib y upadacitinib).</li> </ul> </li> </ul>	

## Tratamiento con FAME biológico o con FAME sintético de diana específica frente a inhibidor del TNF

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica, ¿cuál es la eficacia, efectividad y seguridad de los inhibidores de IL-17, IL-23 o de los inhibidores JAK frente a los inhibidores del TNF?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 22:</b> En pacientes con artritis psoriásica activa se recomienda el uso de cualquier FAME biológico (inhibidores del TNF, IL-17A y 17A/F, IL-23, IL-12/23) o un inhibidor de JAK ya que no hay evidencia de que exista diferencia en la eficacia, efectividad y seguridad, al margen de la diferencia de eficacia en las manifestaciones extramusculoesqueléticas.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><u>Consideraciones clínicas relevantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraciones de subgrupo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pacientes ≥65 años:</i> En pacientes de edad ≥65 años, fumadores activos (o con historia de tabaquismo intenso), riesgo de cáncer, u otros factores de riesgo cardiovascular, se priorizarán opciones terapéuticas distintas a los inhibidores de JAK. En este escenario, y en caso de necesidad de uso de inhibidores de JAK, se empleará la dosis más baja posible.</li> <li>– <i>Pacientes con artritis psoriásica axial:</i> El único agente con un ECA que demuestra eficacia para el tratamiento de la artritis psoriásica axial es secukinumab, un inhibidor de IL-17A. Evidencia indirecta sugiere que los inhibidores del TNF o de otros IL-17A e IL-17A/F, así como y los inhibidores de JAK podrían ser opciones de tratamiento para este dominio de la enfermedad.</li> </ul> </li> </ul>	

## FAME biológico y FAME de diana específica en monoterapia

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica, ¿es más eficaz el tratamiento combinado de MTX y FAME biológicos o sintéticos dirigidos que el tratamiento con FAME biológicos o sintéticos dirigidos en monoterapia?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 23:</b> Para todas las manifestaciones periféricas de la artritis psoriásica se recomienda la utilización en monoterapia de los inhibidores de IL-17A, IL-17A/F, IL-23 e IL-12/23. Los anti-TNF monoclonales, especialmente infliximab, se recomiendan en combinación con MTX.</p> <p><b>Recomendación 23.1:</b> La terapia combinada con metotrexato puede aumentar la supervivencia de los fármacos inhibidores del TNF monoclonales, sobre todo los quiméricos.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>A</sup></p> <p>Débil a favor<sup>A</sup></p>

## Manifestaciones extramusculares

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica ¿cuál es la eficacia de los FAME biológicos y FAME sintéticos dirigidos, en las manifestaciones extramusculares (uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal)?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 24:</b> En pacientes con artritis psoriásica y psoriasis activa, se recomienda el uso de inhibidores del TNF, IL-17A, IL-17A/F, IL-12/23 e IL-23 para el tratamiento de la psoriasis.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 24.1:</b> En pacientes con artritis psoriásica y psoriasis moderada-grave, se recomienda como primera opción el uso de un inhibidor de IL-17A e IL-17A/F, IL-12/23 o IL-23 frente a inhibidores del TNF.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p>

<p><b>Recomendación 25:</b> En pacientes con artritis psoriásica y psoriasis activa, se puede considerar el uso de inhibidores de JAK. En caso de psoriasis moderada-grave es relevante realizar una valoración compartida con dermatología.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 26:</b> En pacientes con artritis psoriásica y psoriasis activa, se podría considerar el uso de apremilast, teniendo en cuenta que su eficacia es limitada comparada con los FAME biológicos o inhibidores de JAK.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 27:</b> En pacientes con artritis psoriásica, no se recomienda el uso de abatacept para el tratamiento de la psoriasis, dado que no ha demostrado eficacia en este dominio clínico.</p>	<p>Fuerte en contra<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 28:</b> En pacientes con artritis psoriásica y enfermedad inflamatoria intestinal activa, se recomienda el uso de inhibidores del TNF* monoclonales, IL-12/23, IL-23** y los inhibidores de JAK*** para el manejo de la inflamación intestinal.</p> <p>*Aprobados: infliximab y adalimumab en colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn; golimumab solo en colitis ulcerosa.</p> <p>** En el momento de elaborar la GPC, el único inhibidor IL-23 aprobado para la EII es el risankizumab para enfermedad de Crohn.</p> <p>*** Aprobados upadacitinib en colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn; tofacitinib solo en colitis ulcerosa.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 29:</b> En pacientes con artritis psoriásica y enfermedad inflamatoria intestinal, no se recomienda el uso de los inhibidores de IL-17.</p>	<p>Fuerte en contra<sup>N</sup></p>
<p><b>Recomendación 30:</b> Debido a la menor incidencia de uveítis en artritis psoriásica, la evidencia de la eficacia de los diferentes tratamientos en uveítis es menor, por lo que se sugiere remitirse a las recomendaciones formuladas para la espondiloartritis axial.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>N</sup></p>

Consideraciones clínicas relevantes:

- Consideraciones de subgrupo:
  - *Pacientes ≥65 años*: En pacientes de edad ≥65 años, fumadores activos (o con historia de tabaquismo intenso), riesgo de cáncer, u otros factores de riesgo cardiovascular, se priorizarán opciones terapéuticas distintas a los inhibidores de JAK. En este escenario, y en caso de necesidad de uso de inhibidores de JAK, se empleará la dosis más baja posible.

## Hábito tabáquico y obesidad

<p><b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica ¿el tabaco y la obesidad empeora la actividad de la enfermedad, la progresión radiográfica y la respuesta al tratamiento?</p>	<p><b>Fuerza de la recomendación</b></p>
<p><b>Recomendación 31:</b> En pacientes con artritis psoriásica, se recomienda el abandono del hábito tabáquico y mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18,5 y 25 para mejorar el control de la enfermedad.</p>	<p>Fuerte a favor<sup>N</sup></p>
<p><u>Consideraciones clínicas relevantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideraciones de subgrupo:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pacientes fumadores</i>: Al paciente que fume se le debería ofrecer la derivación a las unidades de deshabituación tabáquica o a su médico de familia para que le ofrezca información al respecto.</li> <li>– <i>Paciente con sobrepeso/obesidad</i>: al paciente con sobrepeso/obesidad se le debería ofrecer la derivación a unidades de obesidad, si están disponibles en el sistema sanitario, o a su médico de familia para que le ofrezca información al respecto.</li> </ul> </li> </ul>	

## Tratamiento de la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica

### Educación sanitaria

<b>Pregunta clínica:</b> En pacientes con artritis psoriásica o espondiloartritis axial, ¿es beneficiosa la educación sanitaria impartida por la enfermera?	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<b>Recomendación 32:</b> En las consultas de seguimiento de pacientes con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica se sugiere la participación de enfermería clínica especializada, bien de forma presencial o telefónica, ya que aumenta el grado de satisfacción de los mismos.	Débil a favor <sup>A</sup>
<b>Recomendación 33:</b> 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.	Débil a favor <sup>A</sup>
<b>Recomendación 34:</b> Antes del inicio de terapias subcutáneas se podrían realizar talleres educativos impartidos por enfermería, ya que contribuyen al cumplimiento del tratamiento.	Débil a favor <sup>A</sup>
<b>Recomendación 35:</b> Se sugiere la colaboración de enfermería para resolver las dudas y ayudar al paciente en la cumplimentación de los cuestionarios de autoevaluación; siempre que no se influya en las opiniones y preferencias del aquel.	Débil a favor <sup>A</sup>

<p><b>Recomendación 36:</b> 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 autocontrol de la enfermedad y el aumento de la adherencia al tratamiento.</p>	<p>Débil a favor<sup>A</sup></p>
--	----------------------------------

<b>Consejos generales para el manejo del paciente</b>	<b>Fuerza de la recomendación</b>
<p>El manejo de los pacientes con espondiloartritis axial o con artritis psoriásica debe hacerse teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>V</sup></p>
<p>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.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>V</sup></p>
<p>En la prescripción de un tratamiento se debería considerar: edad, tratamiento previo, preferencias del paciente, tolerancia, efectos secundarios, posibilidad de embarazo y el coste a igual eficacia.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>V</sup></p>
<p>Debería instruirse al paciente y/o su familia sobre medidas de autocuidado articular y autoadministración de la terapia biológica.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>V</sup></p>

<p>El profesional sanitario ofrecerá información a los pacientes con espondiloartritis axial sobre el tipo de ejercicio físico más adecuado de forma personalizada.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>V</sup></p>
<p>El profesional sanitario ofrecerá información a los pacientes con espondiloartritis axial sobre la existencia de programas de deshabituación del consumo de tabaco.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>V</sup></p>
<p>Dada la afectación de múltiples órganos y tejidos en la artritis psoriásica, el reumatólogo debería trabajar en estrecha colaboración con los diferentes especialistas (dermatólogo, oftalmólogo y gastroenterólogo) para conseguir un control óptimo de las respectivas manifestaciones extramusculares (psoriasis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal). La estrecha colaboración con el dermatólogo es fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis psoriásica.</p>	<p>Buena práctica clínica<sup>V</sup></p>

<sup>N</sup> Recomendaciones provenientes de preguntas nuevas

<sup>A</sup> Recomendaciones provenientes de preguntas actualizadas

<sup>V</sup> Recomendaciones provenientes de la ESPOGUÍA anterior que mantienen su vigencia

# Calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación

## Sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)<sup>2</sup>

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

Calidad	Diseño del estudio	Disminuir si*	Aumentar si**
Alta ⊕⊕⊕⊕	ECA		<b>Asociación:</b>
Modera- da ⊕⊕⊕⊖	–	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Limitación en la calidad (diseño):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Importante (-1)</li> <li>– Muy importante (-2)</li> </ul> </li> <li>• <b>Inconsistencia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Importante (-1)</li> <li>– Muy importante (-2)</li> </ul> </li> <li>• <b>Evidencia directa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Importante (-1)</li> <li>– Muy importante (-2)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia científica de una fuerte asociación (RR&gt;2 o &lt;0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1)</li> <li>• Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR&gt;5 o &lt;0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) (+2)</li> </ul>

Calidad	Diseño del estudio	Disminuir si*	Aumentar si**
Baja ⊕⊕⊕⊕	Estudios observacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Imprecisión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Importante (-1)</li> <li>– Muy importante (-2)</li> </ul> </li> <li>• <b>Alta probabilidad de sesgo de publicación: (-1)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gradiente dosis-respuesta (+1)</b></li> <li>• <b>Consideración de los posibles factores de confusión:</b> Los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1)</li> </ul>
Muy baja ⊕⊕⊕⊕	Otros tipos de diseño		

\* En el caso de los ECA, se puede disminuir la calificación de la calidad de la evidencia científica.

\*\* En el caso de los estudios observacionales, se puede aumentar la calificación de la calidad de la evidencia científica.

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RR: riesgo relativo;

## Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

Recomendación	Pacientes	Clínicos	Gestores / Planificadores
Fuerte	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.

Recomenda- ción	Pacientes	Clínicos	Gestores / Planificado- res
Débil o Condi- cional	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el/la médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

## Recomendaciones de buena práctica clínica (BPC)\*

BPC	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo elaborador
-----	---

\*En ocasiones, el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, probablemente, no existe evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos se relacionan con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica.

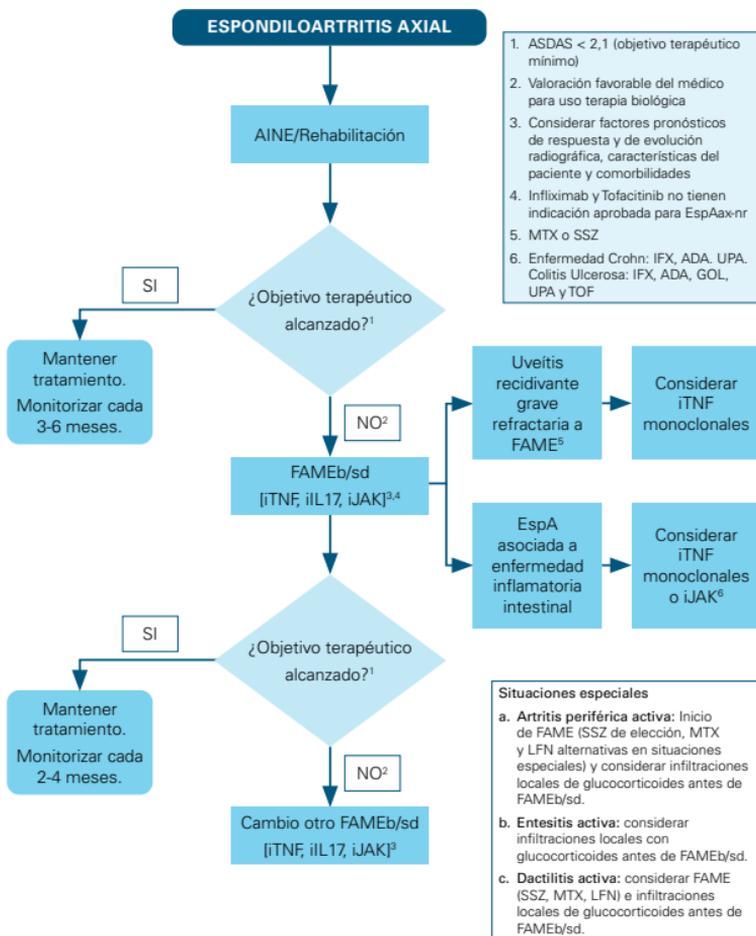
## Adaptación de las recomendaciones con el método GRADE-ADOLOPMENT

Adaptada	Recomendación ESPOGUÍA 2018 modificada a la clasificación GRADE
Nueva	Desarrollo de novo de la recomendación

1. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad. Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/01/manual\\_elaboracion\\_gpc\\_man\\_o.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/01/manual_elaboracion_gpc_man_o.pdf).
2. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*. 2004;328(7454):1490.
3. Centro Oxford de Medicina basada en la evidencia CEBM (<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>).
4. Klugar M, Kantorová L, Pokorná A, Ličeník R, Dušek L, Schünemann HJ, et al. Visual transformation for guidelines presentation of the strength of recommendations and the certainty of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2022;143:178-85.
5. Sabalet T, Blasco JA, Gracia FJ, Engelhard R. The use of GRADE terminology to express the strength of recommendations and quality of Evidence for adoption or adaptation of recommendations for updating Clinical Practice Guidelines. Poster session presented at Making Health Choice Transparent, Equitable and Efficient. 20 Guidelines International Network Conference; 2022 September 21-24; Toronto (Canada). In Abstract Book Guidelines International Network Conference. P 53.

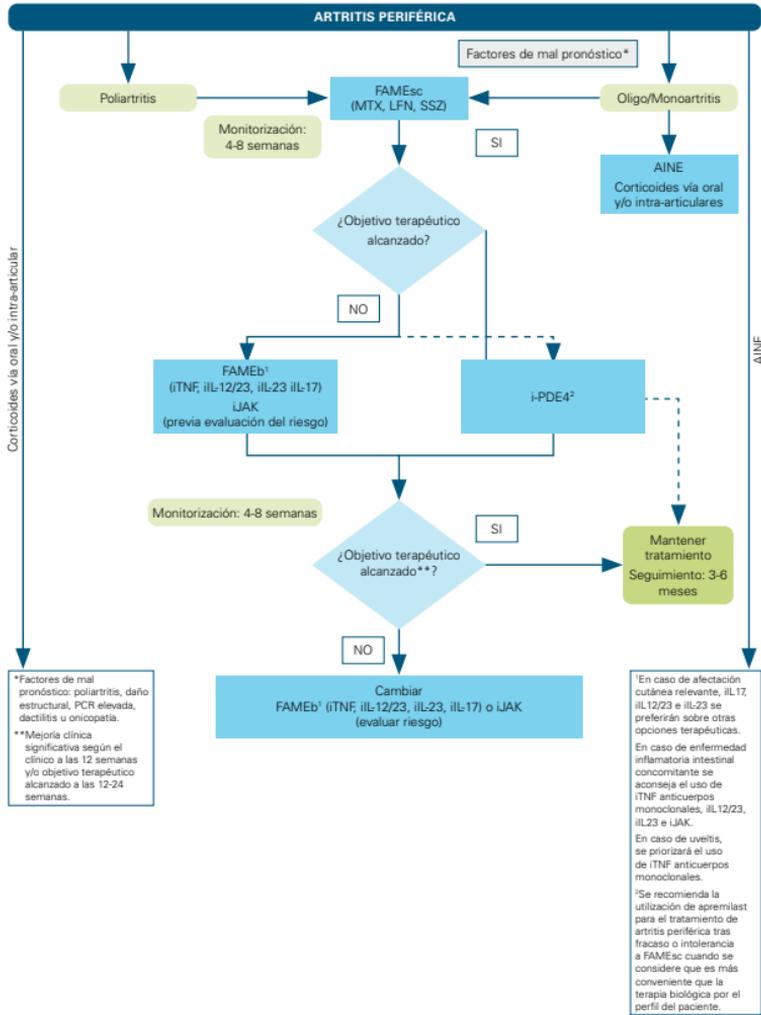
# Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Algoritmo de tratamiento de la espondiloartritis axial

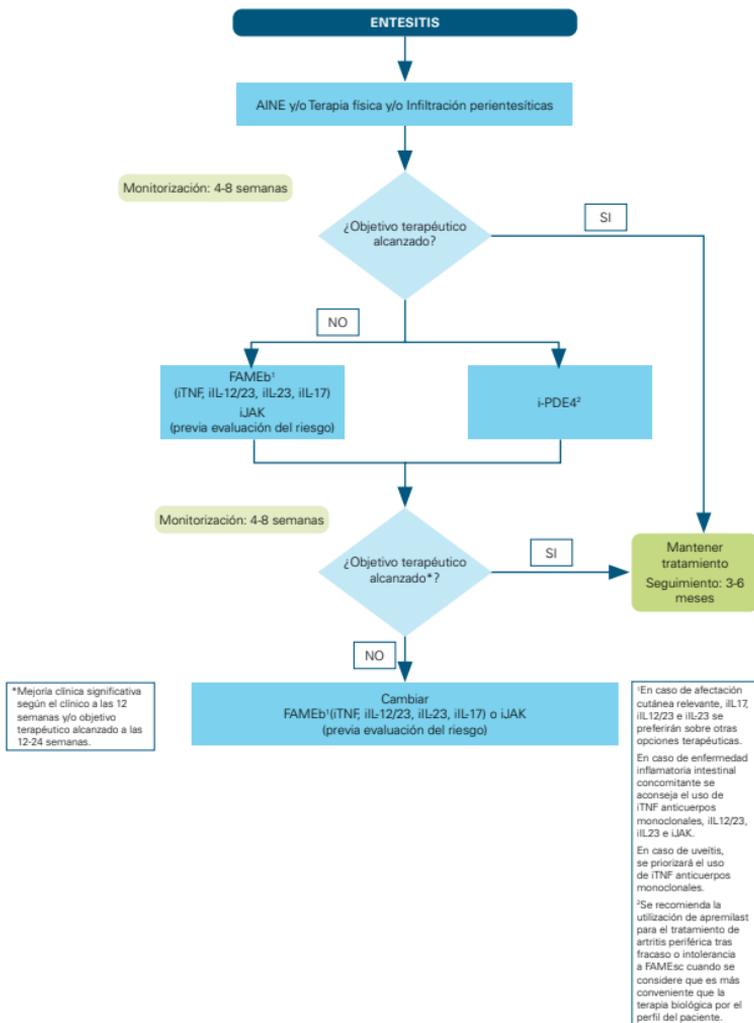


ADA: adalimumab; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ASDAS: ASAS-endorsed disease activity score; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; FAMEb: FAME biológicos; FAMEsc: FAME sintéticos convencionales; FAMEsd: FAME sintéticos dirigidos; GOL: golimumab; iL17: Interleucina 17; iL12/23: Interleucina 12/23; iL23: Interleucina 23; iJAK: Inhibidores de la quinasa Janus; IFX: infliximab; iTNF: Inhibidores del TNF; LFN: leflunomida; MTX: metotrexato; SSZ: Sulfasalazina; TOFA: tofacitinib; UPA: upadacitinib.

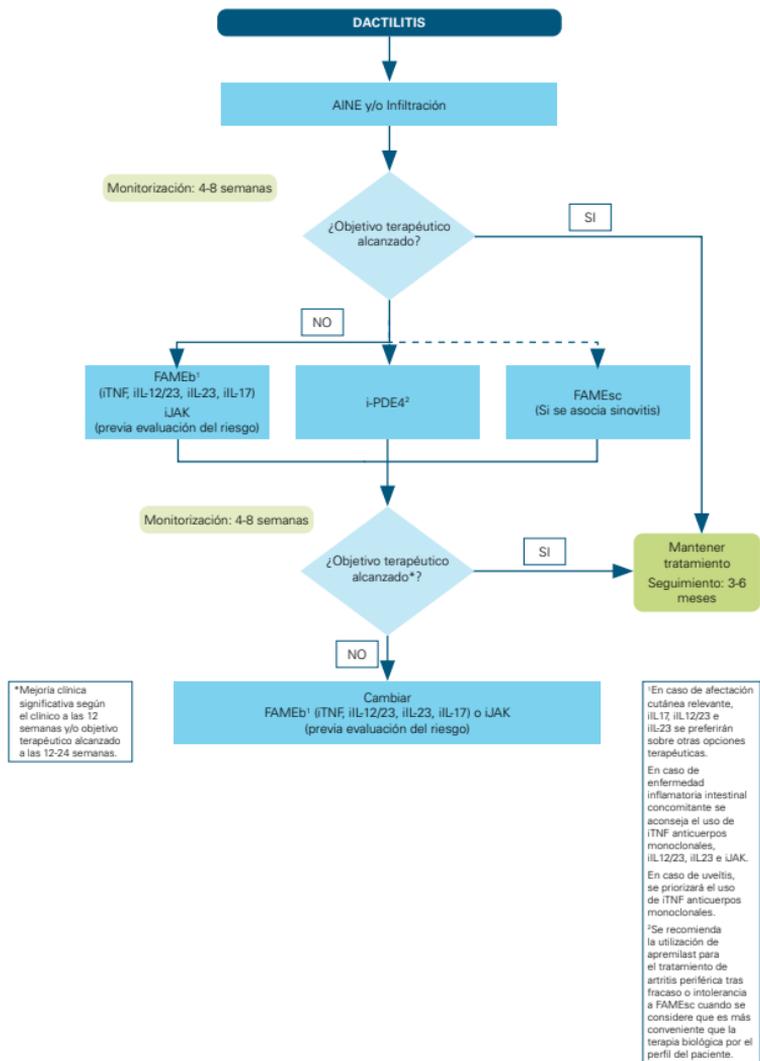
### Algoritmo de tratamiento de la espondiloartritis axial



FAME: fármacos antineumáticos modificadores de la enfermedad; FAMEb: FAME biológicos; FAMEsc: FAME sintéticos convencionales; FAMEsd: FAME sintéticos dirigidos; IL17: Interleucina 17; IL12/23: Interleucina 12/23; IL23: Interleucina 23; LJAK: Inhibidores de la quinasa Janus; i-PDE4: inhibidor de PDE4; TNF: Inhibidores del TNF; LFN: leflunomida; MTX: metotrexato; SSZ: Sulfasalazina.



AINE: antiinflamatorios no esteroideos; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; FAMEb: FAME biológicos; FAMEsc: FAME sintéticos convencionales; FAMEsd: FAME sintéticos dirigidos; iIL-17: Interleucina 17; iIL12/23: Interleucina 12/23; iIL23: Interleucina 23; iJAK: Inhibidores de la quinasa Janus; i-PDE4: inhibidor de PDE4; ITNF: Inhibidores del TNF.



AINE: antiinflamatorios no esteroideos; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; FAMEb: FAME biológicos; FAMEsc: FAME sintéticos convencionales; FAMEsd: FAME sintéticos dirigidos; iIL-17: Interleucina 17; iIL12/23: Interleucina 12/23; iIL23: Interleucina 23; iJAK: Inhibidores de la quinasa Janus; i-PDE4: inhibidor de PDE4; iTNF: Inhibidores del TNF.



[https://www.ser.es/wp-content/  
uploads/2024/12/Guía-rápida-GPC\\_  
ESPOGUIA-versión-PDF.pdf](https://www.ser.es/wp-content/uploads/2024/12/Guía-rápida-GPC_ESPOGUIA-versión-PDF.pdf)