



Carta al Editor

Monitorización por enfermería de la administración de tratamientos biológicos subcutáneos (adalimumab) en enfermedades inflamatorias crónicas

Experience of monitoring subcutaneous biological treatment (adalimumab) by nurses in chronic inflammatory diseases

Sr. Editor:

Las enfermedades como la artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (Apso) son procesos crónicos, que requieren un diagnóstico precoz, monitorización y tratamiento activo¹. El estudio EPISER demostró que las enfermedades reumáticas presentan una extraordinaria frecuencia en la población española, tienen un importante impacto social por discapacidad²⁻⁴.

Los fármacos biológicos van dirigidos a bloquear diversas moléculas como el factor de necrosis tumoral alfa (infiximab/Remicade®, adamilumab/Humira®, etanercept/Embril®), otros como (rituximab/Mabthera®), un anticuerpo citotóxico que depleta la población de linfocitos B, con actividad contra receptor CD20, inhibidores de la coestimulación (abatacept/Orencia®), e inhibidores del receptor de interleucina-6 (tocilizumab/Roactemra®)^{5,6}. La administración de estas terapias requiere personal de enfermería experimentado para monitorizar su administración, y realizar tareas de educación, cuidados y control de aparición de efectos adversos^{1,7,8}.

Coincidiendo con la puesta en marcha en nuestro centro de un hospital de día polivalente y el cambio de dispositivo (pluma o jeringa), de nueva prescripción de adalimumab^{9,10}, el doble objetivo de nuestro trabajo fue: *a*) conocer la opinión de los pacientes tratados con biológicos subcutáneos respecto a la educación realizada por parte de enfermería, y *b*) evaluar sus preferencias, tras haber utilizado los dos dispositivos de adalimumab (Humira®): jeringa vs pluma. Se realizó una sesión formativa a los pacientes tratados con adalimumab, una encuesta anónima sobre valoración de la educación de enfermería y un cuestionario domiciliario para evaluar diferentes variables de los dos dispositivos, tras administrarse una dosis con «jeringa adalimumab» y posteriormente otra con «pluma adalimumab». Se incluyó a 16 pacientes tratados en tres meses con Humira® jeringa precargada (7V/9M), diagnosticados de AR (9/16) y Apso (7/16), con una edad media de 53,8 años (rango: 29-77). Evolución media de la enfermedad: 7,5 años (rango: 1-21 años), con una media de tratamiento con Humira® de 20,43 meses. Se enseñaron: zonas de punción, manejo del dispositivo y técnica de autoinyección, transporte y conservación de la medicación, eliminación de residuos, conocimientos y cuidados específicos. En una segunda visita de 30 min, el personal de enfermería realizaba una valoración global y supervisaba la autoadministración de la medicación.

Las variables evaluadas fueron: dolor a los 0 y 15 min post-inyección, dificultad manejo, valoración global y preferencia de dispositivo tras inyectarse una dosis con jeringa precargada y posteriormente otra mediante la pluma. Para la evaluación se utilizó la escala visual analógica (EVA: 0-10), pero dado que el número de pacientes de la muestra era reducido, se agruparon los resultados a escala 1-4. EVA: 0 (1), 1-3 (2), 4-7 (3) y 8-10 (4). Todos los pacientes analizados dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

El 81,25% de los pacientes (13/16) se autoadministraba la medicación y al 18,75% (3/16), otra persona (familiar o enfermera). El 50% de los pacientes (8/16) recibió educación por enfermería previa al tratamiento, valorándola positivamente respondiendo a las siguientes cuestiones: *a*) valoración global de la atención y educación recibida: el 100% la consideró «muy buena» en una escala (no sabe: 0, muy deficiente: 1, deficiente: 2, normal: 3, buena: 4 y muy buena: 5); *b*) valoración del tiempo empleado en la visita de enfermería: el 100% lo consideró «muy satisfactorio» en una escala (no sabe: 0, muy escaso: 1, escaso: 2, regular: 3, satisfactorio: 4 y muy satisfactorio: 5), y *c*) en la utilidad de la formación recibida: 5/8 (62,5%) la valoró «Muy buena» y 3/8 (37,5%) «Buena» entre una escala (no sabe: 0, muy inadecuada: 1, inadecuada: 2, normal: 3, buena: 4 y muy buena: 5). De ellos a 7/8 (87,5%) les hubiera gustado recibirla y 1/8 (12,5%) no lo sabía. Mediante los cuestionarios domiciliarios, se recogen datos tras valorar los dos dispositivos de 13/16 pacientes. Uno no pudo valorar la pluma por infección y 2 no aportaron información final. Las variables principales evaluadas fueron: dolor post inyección a los 0 y 15 min, dificultad manejo dispositivo, preferencia dispositivo.

La media agrupada de dolor basal de la jeringa respecto a la pluma durante la administración en 13/16 pacientes fue de 2,15 y 2,0 ($p=0,4$) (escala 1-4) (prueba de la chi al cuadrado); respecto al dolor 15 min post-inyección se evidenció una diferencia significativa entre ambos dispositivos, de 1,85 y 1,46 ($p=0,035$) (escala 1-4). Comparando la dificultad en el manejo de ambos dispositivos, demostró ser mayor en la jeringa (2,08) respecto de la pluma (1,46), con una significación estadística de $p=0,03$. No se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a la valoración global entre ambos mecanismos ($p=0,55$). Los resultados respecto al dispositivo preferido fueron: jeringa 1/13 (8%), pluma 7/13 (54%) e indistinta 5/13 (38%).

Tras comparar ambos dispositivos, los pacientes con AR y Apso tratados en nuestro centro consideraron más manejable la pluma que la jeringa, presentan menos dolor a los 15 min post-inyección con la pluma y un alto porcentaje utilizarían la pluma. El cuidado del paciente con enfermedades inflamatorias crónicas debe abordarse desde una perspectiva de trabajo en equipo, que incluye médico, enfermera, rehabilitador y fisioterapeuta, etc., siempre con la finalidad de ofrecer una atención global.

Bibliografía

1. Harto-Castaño A. Training program for patients with multiple sclerosis at the start of immunomodulatory therapy. *Enferm Clin.* 2007;17:267-71.
2. Loza E, Jover JA, Rodríguez-Rodríguez L, Carmona L, EPISER Study Group. Observed and expected frequency of co-morbid chronic diseases in rheumatic patients. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:418-21.
3. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology.* 2002;41:88-95.
4. Loza E, Jover JA, Rodríguez L, Carmona L, EPISER Study Group. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Semin Arthritis Rheum.* 2009;38:312-9.
5. Weinblatt ME, Kremer JM, Bankhurst AD, Bulpitt KJ, Fleischmann RM, Fox RI, et al. A Trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor: Fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate. *N Engl J Med.* 1999;340:253-9.
6. Edwards JC, Szczepanski L, Szechinski J, Filipowicz-Sosnowska A, Emery P, Close DR, et al. Efficacy of B-cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* 2004;350:2572-81.
7. Giezen TJ, Mantel-Teeuwisse AK, Straus SM, Schellekens H, Leufkens HG, Egberts AC. Safety-related regulatory actions for biologics approved in the United States and the European Union. *JAMA.* 2008;300:1887-96.
8. Khanna D, McMahon M, Furst DE. Safety of tumour necrosis factor-alpha antagonists. *Drug Saf.* 2004;27:307-24.
9. Kivitz A, Segurado OG. HUMIRA pen: a novel autoinjection device for subcutaneous injection of the fully human monoclonal antibody adalimumab. *Expert Rev Med Devices.* 2007;4:109-16.
10. Kivitz A, Cohen S, Dowd JE, Edwards W, Thakker S, Wellborne FR, et al. Clinical assessment of pain, tolerability, and preference of an autoinjection pen versus a prefilled syringe for patient self-administration of the fully human, monoclonal antibody adalimumab: the TOUCH trial. *Clin Ther.* 2006;28:1619-29.

Lucinda Sánchez-Eslava^a, Hèctor Corominas^{b,*}, Manel Riera^c y Ramon Fíguls^b

^a *Enfermera Hospital de Dia polivalente, Hospital Dos de Maig de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Unitat de Reumatologia, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España*

^c *Unitat de Reumatologia, Hospital Dos de Maig, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Hector.corominas@sanitatintegral.org, vancor@yahoo.com (H. Corominas).