

Plan Nacional de Formación Continuada

CUESTIONES PARA RECORDAR

Dentro del término **artritis** se incluyen diversas patologías: artritis reumatoide, espondiloartropatías (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis enteropática, artritis reactiva), gota, condrocalcinosis y conectivopatías (el paradigma de las cuales es el lupus eritematoso sistémico).

La **artritis reumatoide** es una enfermedad sistémica autoinmune crónica, caracterizada por provocar inflamación de las articulaciones, lo que conduce a una destrucción progresiva, con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. También puede producir manifestaciones extraarticulares, afectando a diversos órganos y sistemas, como los ojos, los pulmones, el corazón, la piel o los vasos sanguíneos. En Europa, la incidencia es de 20-30 casos por 100.000 habitantes al año, mientras que la prevalencia se encuentra entre el 0,3% y el 1%. Ambas, la incidencia y la prevalencia, aumentan con la edad hasta alrededor de los 70 años. La enfermedad la padecen el doble de mujeres que de hombres. La causa sigue siendo desconocida, aunque se trata de una enfermedad autoinmune potencialmente desencadenada por una infección en individuos genéticamente predispuestos. Se trata de una enfermedad progresiva que aumenta la morbilidad de los pacientes y disminuye la esperanza de vida.

La rigidez matutina de larga duración es el síntoma de comienzo más frecuente. Se acompaña de fatiga, cansancio vespertino, pérdida del apetito y debilidad muscular. Este cuadro precede a la artritis en semanas e incluso meses. La artritis es típicamente simétrica y poliarticular.

Existen tres líneas de tratamiento farmacológico: sintomático, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y fármacos biológicos. El tratamiento sintomático se basa en el empleo de antiinflama-

torios y analgésicos: AINE y corticosteroides. Por su parte, los FAME son inmunosupresores y citotóxicos; de acción más lenta que los anteriores, se recomienda iniciar el tratamiento con esta línea de fármacos tan pronto como se tenga el diagnóstico, ya que el tratamiento precoz mejora el pronóstico. El metotrexato y la sulfasalazina, que son los que presentan mejor perfil, actúan rápidamente y mantienen niveles plasmáticos eficaces durante más tiempo, con una eficacia contrastada.

Los fármacos biológicos interfieren de forma específica con algún elemento relacionado con la producción y la función de las citocinas, ya que existe una expresión exagerada de algunas de ellas. Los *anti-TNF* están autorizados en casos leves que no responden adecuadamente al metotrexato, asociados a éste, y en casos graves, aunque no hayan sido tratados con metotrexato. Son etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab. Encontramos también anticuerpos frente a otras proteínas transmembrana, como el rituximab y abatacept; finalmente, encontramos antagonistas de receptores de interleucinas: tocilizumab y anakinra.

La **espondilitis anquilosante** es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta de forma preferente al esqueleto axial, la pelvis y el tórax, siendo las articulaciones sacroiliacas su localización más constante y característica. También pueden afectarse las articulaciones periféricas, y algunos pacientes desarrollan manifestaciones extraarticulares (uveítis, insuficiencia aórtica...). No existe tratamiento curativo de la enfermedad, por lo que los objetivos terapéuticos consisten en reducir el dolor y la rigidez articular, prevenir la anquilosis y las deformidades, es decir, conseguir que el paciente tenga una buena capacidad funcional y una adecuada calidad de vida. En el tratamiento farmacológico los AINE ejercen un efecto beneficioso inmediato, con mejoría del dolor y de la rigidez.

Aproximadamente un 10% de las personas que tienen psoriasis padece además **artritis psoriásica**. A nivel articular, ésta se caracteriza por ser inflamatoria, es decir, cursa con dolor, inflamación, calor, dificultad para movilizar la articulación inflamada y, a la larga, posibilidad de deformación. El objetivo del tratamiento de la artritis psoriásica es atender al dolor, reducir la inflamación articular y lograr detener la evolución de la enfermedad. El tratamiento farmacológico se inicia con AINE, lo cual mejoraría la inflamación articular pero podría empeorar la psoriasis. En caso de no mejorar, puede entonces recurrir a pequeñas dosis de *corticoides*, especialmente en aquellas artritis que afectan a las articulaciones de las manos. Si la artritis no es controlada con el antiinflamatorio, se recurre a los fármacos llamados modificadores de enfermedad (metotrexato, la sulfasalazina, la leflunomida, las sales de oro, la azatioprina y la ciclosporina A). Dentro de la denominada terapia biológica, aquellos fármacos que han obtenido la aprobación para el tratamiento de la artritis psoriásica son el infliximab, el etanercept, el adalimumab y el golimumab.

La **gota** es una enfermedad conocida desde la antigüedad, que se incluye en el denominado grupo de las artropatías microcristalinas. Se caracteriza por episodios bruscos de dolor intenso, inflamación, eritema, gran sensibilidad al tacto y aumento de la temperatura local, en una o más articulaciones, debido al depósito de sales de urato en el interior de las mismas. La inflamación de las articulaciones en la gota se debe a la formación o depósito en su interior de microcristales de una sal de ácido úrico (el urato monosódico). Los ataques de inflamación son una consecuencia de la presencia de estos cristales en la articulación y nunca ocurren en su ausencia. A su vez, para que se formen cristales de urato, es necesario que los niveles de ácido úrico en la sangre estén elevados, lo

que se conoce como hiperuricemia (niveles de ácido úrico > 7 mg/dL), ya sea por incrementarse su producción, por disminuir su excreción o por ambos mecanismos.

En el caso de la inflamación aguda, tomar dosis repetidas de colchicina es un remedio clásico, pero frecuentemente produce diarrea antes de que el ataque de gota haya cedido y, por ello, este tratamiento está siendo abandonado. Los AINE suelen reducir rápidamente la inflamación articular. Para el tratamiento de la hiperuricemia hay dos tipos de fármacos: los inhibidores de la xantina oxidasa, responsable de su síntesis, el *allopurinol* y el *febuxostat*, que disminuyen la cantidad de ácido úrico que se forma, y los llamados uricosúricos, cuyo único exponente comercializado actualmente es la *benzbromarona*, que mejoran la eliminación renal de ácido úrico. El objetivo terapéutico es obtener una uricemia de 5,5-6 mg/dL.

El **lupus eritematoso sistémico** (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica, de etiología desconocida, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Puede aparecer a cualquier edad pero, en la mayoría de los pacientes, debuta entre los 15 y los 40 años, con una relación entre los géneros femenino y masculino de 9:1, respectivamente. Además de la producción variable de autoanticuerpos, se suman factores genéticos y ambientales (luz ultravioleta, retrovirus, fármacos), que pueden estar implicados en su patogenia.

Las manifestaciones clínicas del LES incluyen síntomas constitucionales (astenia, pérdida de peso y anorexia) y manifestaciones del aparato locomotor, ya sean artralgias (migratorias o simétricas, intermitentes o diarias) o artritis (migratoria y episódica, afectando a grandes y pequeñas articulaciones). El objetivo terapéutico es disminuir el número y la duración de los brotes, evitando la pérdida y/o destrucción de tejidos con la menor toxicidad y efectos secundarios posibles. Además de evitar el daño agudo, es recomendable el control del proceso inflamatorio crónico, por los efectos deletéreos a largo plazo (afección vascular, acumulación de daño orgánico, pérdida de calidad de vida, etc.). En este sentido, hay dos grandes grupos de fármacos: los dirigidos a controlar la inflamación de una manera global a nivel tisular, y aquellos que, de manera selectiva, inhiben un paso fundamental para el desarrollo del proceso inflamatorio, ya sea a nivel celular o humorar. Entre los primeros destacan los AINE, los corticosteroides o los inmunosupresores clásicos –azatioprina, metotrexato, ciclofosfamida, etc.–, mientras que, en el segundo grupo, se incluyen principalmente los fármacos biológicos, como rituximab, etanercept y belimumab. Hay un tercer grupo, el de los inmunomoduladores, donde se incluirían sustancias capaces de influir sobre ciertos aspectos del sistema inmune, pero sin determinar inmunodepresión; es el caso de la hidroxicloroquina.

La **artrosis u osteoartritis** es una patología articular degenerativa caracterizada por la alteración en la integridad del cartílago y el hueso subcondral. Su prevalencia aumenta con la edad, es rara en menores de 45 años y afecta, sobre todo, a mujeres, aunque la diferencia entre sexos depende de la localización y del grupo de edad. En España la prevalencia es del 10,2% y, en particular, la de manos es del 6,2%.

En la artrosis, se produce una importante disminución del número de células del cartílago, en la que juega un papel muy relevante la muerte celular por apoptosis. Desde un punto de vista enzimático, el elemento más importante en la degradación del cartílago son las proteasas, existiendo también factores desencadenantes como las sobrecargas mecánicas de la articulación, los microcristales y determinados productos procedentes de la degradación del cartílago.

El objetivo del tratamiento de la artrosis en general es disminuir el dolor y la rigidez, mejorar la función articular para evitar la incapacidad, reducir la progresión de la enfermedad e incrementar la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento farmacológico de la artrosis incluye analgésicos y FAME. La infiltración intraarticular es una técnica que se emplea con frecuencia en la rodilla. Con el uso de corticoides (nivel de evidencia Ib), se consigue una mejoría rápida, mientras que con la inyección de ácido hialurónico (nivel de evidencia Ia) la respuesta suele ser más prolongada.

INFORMACIÓN DE INTERÉS

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES (CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA)		
cac@redfarma.org	902 460 902 / 91 431 26 89	9:00-19:00 h., de lunes a viernes
LÍNEA DIRECTA DEL PNFC ⁽¹⁾ :		
pnfc@redfarma.org / tutoriafc@redfarma.org	91 432 81 02	9:00 a 14:00 h., de lunes a viernes
SECRETARÍA TÉCNICA ADMINISTRATIVA ⁽²⁾ :		
secretariatecnica@cgcof@redfarma.org	91 432 41 00 / Fax 91 432 81 00	L-J: 9:00-14:00 / 16:30-18:00 h / V: 9:00-14:00

⁽¹⁾ Consultas sobre contenidos técnico-científicos.

⁽²⁾ Consultas sobre corrección de exámenes y certificados.

DIRECCIONES DE INTERÉS

CUESTIONARIOS / SUGERENCIAS	CGCOF / PNFC: C/ Villanueva, 11, 7.º - 28001 Madrid
SECCIÓN DE FORMACIÓN EN PORTALFARMA	http://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada
PLATAFORMA DE FORMACIÓN ON LINE	http://formacion.portalfarma.com

CURSOS

CALENDARIO PREVISTO DEL PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS			
Curso	Plazos de Inscripción	Inicio	Cierre
Terapéutica farmacológica de los trastornos de los aparatos respiratorio, osteomuscular y genitourinario (2ª edición)	Hasta 9/6/14	16/7/14	16/1/15
Terapéutica farmacológica de los trastornos dermatológicos, oftalmológicos y otológicos. Agentes farmacológicos de diagnóstico		22/9/14(*)	23/5/15
Sistemas personalizados de dosificación (2ª Ed)	Cerrada	5/5/14	7/7/14
Sistemas personalizados de dosificación (3ª Ed)	25/9/14	5/10/14	2/12/14
Búsqueda y manejo de información en Bot PLUS 2.0	Cerrada	28/4/14	28/7/14
Búsqueda y manejo de información en Bot PLUS 2.0 (2ª Ed)	Hasta 14/10/14	20/10/14	20/1/15
Buenas prácticas de distribución farmacéutica	Cerrada	12/5/14	14/7/14
Investigación en farmacia asistencial	Cerrada	26/5/14	27/2/15

(*) El inicio de este curso se pospone a septiembre .

CURSOS Y ACREDITACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA	(*) Créditos asignados
Terapéutica farmacológica de los trastornos del aparato digestivo, metabolismo y sistema endocrino	13,8
Terapéutica farmacológica de los trastornos de los aparatos respiratorio, osteomuscular y genitourinario	13,7
Sistemas personalizados de dosificación	3,9
Farmacovigilancia	13,8
Búsqueda y manejo de información en Bot PLUS 2.0	Pendiente
Buenas prácticas de distribución farmacéutica	Pendiente
Investigación en farmacia asistencial	Pendiente

(*) Acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.