



Antonio García García

es Catedrático del Departamento de Farmacología. Jefe del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitario de la Princesa. Director del Instituto Teófilo Hernando de I+D del Medicamento, Universidad Autónoma de Madrid.

La artrosis afecta a más de 7 millones de españoles y cuesta a la Administración 4.700 millones de euros anuales

El impacto sociosanitario de la artrosis

La artrosis afecta a más de 7 millones de españoles, es responsable del 30% de las incapacidades laborales y del 35% de las consultas de atención primaria. Cada año, esta enfermedad degenerativa articular cuesta a la Administración la friolera de 4.700 millones de euros. A ello hay que añadir los costes por el absentismo laboral que ocasiona y la mermada calidad de vida asociada al dolor y al deterioro de la función articular. Todos estos factores hacen de la artrosis una enfermedad crónica con un gran impacto sociosanitario y económico.

Clásicamente la artrosis se ha percibido por médicos y gestores sanitarios como un mal inevitable asociado al envejecimiento y al desgaste físico de las articulaciones, particularmente de aquellas que soportan más peso, caso de la rodilla y la cadera. Tampoco los pacientes, que confiesan en la consulta el empobrecimiento progresivo de su calidad de vida, reciben la información y el apoyo terapéutico adecuados, a la vista de los avances que se han producido en la última década.

Creo que el problema reside en la falta de percepción, por los distintos estamentos sociales, del impacto de la artrosis, cuya ya alta prevalencia aumentará progresivamente con el envejecimiento de la población. Esa enorme laguna solo puede

llenarse con la adquisición por esos estamentos de una información completa sobre los aspectos epidemiológicos, sociosanitarios, diagnósticos, pronósticos y terapéuticos de la artrosis. Las sociedades científicas deberían liderar la elaboración de protocolos de consenso que unificaran criterios para que los médicos de las distintas especialidades atiendan a los pacientes con pautas y estrategias terapéuticas claras y similares. Por otra parte, la Administración Sanitaria debería hacer campañas de información dirigidas a los pacientes. Estos, por su parte, a través de sus asociaciones, deben hacer llegar a la Administración su inquietud por la falta de atención que presta a la artrosis. Puesto que son los Centros de Atención Primaria los que vertebran la asistencia a los

La creación de un registro nacional de pacientes de artrosis se podría avanzar de forma decisiva en la mejora de la atención sanitaria que se presta actualmente a estos pacientes

pacientes con artrosis, estos centros podrían crear unidades de artrosis para definir y unificar los criterios de atención al paciente. Si se creara un registro de pacientes de artrosis a nivel nacional, que se facilitará en la medida que se extienda el uso de la historia clínica electrónica, se podría avanzar de forma decisiva en la mejora de la atención sanitaria que se presta actualmente al paciente de artrosis.

Los objetivos del tratamiento de la artrosis, que se recogen en varias guías nacionales e internacionales, contemplan la aplicación de medidas no farmacológicas y farmacológicas. El armamentario farmacológico hoy disponible para tratar la artrosis persigue mitigar el dolor, preservar la función articular, disminuir la inflamación (en el 50% de los casos la artrosis se acompaña de sinovitis) y proteger el cartílago y el hueso subcondral. Los analgésicos (fundamentalmente el paracetamol) y los AINE (antiinflamatorios no esteroideos) selectivos y no selectivos para la COX2, son medicamentos de acción rápida. Por su parte, los llamados medicamentos SYSADOA (acrónimo del inglés "Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis") tipo ácido hialurónico, diacereína, sulfato de glucosamina y condroitín sulfato, son de acción lenta.

El SYSADOA más estudiado, en más de 3000 pacientes y una veintena de ensayos clínicos, ha sido el condroitín sulfato. Los resultados de esos estudios pueden resumirse así: (1) reduce significativamente el

dolor y mejora la función articular, en comparación con el placebo; (2) el inicio de su acción es lento, ya que comienza a las 2-3 semanas de tratamiento; (3) el tamaño de su efecto es similar o superior al del paracetamol o los AINE; (4) disminuye el consumo de AINE; (5) frena la progresiva reducción del espacio articular, con respecto al placebo; (6) reduce en un 60% la necesidad de prótesis, con respecto al placebo; (7) su perfil de seguridad es similar al placebo; y (8) el estudio farmacoeconómico VECTRA concluye que por cada 10.000 pacientes tratados con condroitín sulfato en lugar de AINE se evitarían 2.666 efectos adversos gastrointestinales, de los que 90 serían graves; además, el uso de AINE aumenta el consumo de gastroprotectores y 2,2 visitas médicas con respecto al condroitín sulfato. A ello habría que añadir el aumento del riesgo cardiovascular asociado al uso crónico de AINE y el hecho de que muchos pacientes mayores que sufren de artrosis, también padecen enfermedades que necesitan tratamiento farmacológico. En este contexto cabe resaltar que el condroitín sulfato no produce interacciones medicamentosas.

El favorable perfil de eficacia-riesgo del condroitín sulfato se ha reflejado en las guías terapéuticas de sociedades científicas nacionales (SER, Sociedad Española de Reumatología; SEMERGEN, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) e internacionales (EULAR, Sociedad Europea de Reumatología; OARSI, Sociedad Internacional de

Investigación en Artrosis). Estas guías avalan la utilización del condroitín sulfato en el tratamiento de la artrosis con el máximo nivel de eficacia y seguridad, es decir, evidencia 1A y grado de recomendación A.

Ya que el cociente beneficio/riesgo de los SYSADOA es claramente favorable en el tratamiento de las artrosis, cabe preguntarse por qué la Administración Sanitaria prima las cuestiones relativas al gasto, y no el tratamiento eficaz y seguro que mejora la calidad de vida de los pacientes. Ya he comentado antes que desde el punto de vista farmacoeconómico, el condroitín sulfato resulta coste-efectivo, ya que no produce los efectos adversos gastrointestinales y cardiovasculares de los AINE; de ahí que su uso se asocie a una disminución del número de consultas, al tiempo que aumenta la calidad de vida de los pacientes. Además, disminuye también la necesidad de prótesis. Por ello sería muy interesante que se evaluara la calidad de vida de los pacientes como resultado del tratamiento con AINE, paracetamol, otros analgésicos y los SYSADOA, en un estudio prospectivo realizado en centros de salud de toda España. Obviamente, este estudio debería coordinarse por el Ministerio de Sanidad. Por otra parte, como he comentado anteriormente, también el Ministerio de Sanidad debería elaborar un cuaderno de información para el paciente, con contenidos y dibujos didácticos, para que conociera bien el alcance de la artrosis y su abordaje terapéutico, que debería ser similar en todos los centros de

salud y hospitales de España. En la elaboración de este cuaderno deberían colaborar las sociedades científicas de atención primaria, las sociedades de reumatología y traumatología y las de farmacología y farmacología clínica. Con la implementación de estas medidas, la Administración podrá percibir con claridad el impacto económico y sociosanitario de la artrosis, y tomar las medidas adecuadas, a nivel nacional, para mejorar la calidad de vida de los más de 7 millones de españoles que sufren esta enfermedad.

Para el diagnóstico precoz de la artrosis se están identificando biomarcadores asociados al colágeno II y a otras estructuras articulares relacionadas con el cartílago y el hueso subcondral. También hay gran interés por la farmacogenómica y los aspectos genéticos de la artrosis; así, el test Arthrochip puede identificar a pacientes con alto riesgo de padecer artrosis. También se investiga la transformación de las células mesenquimales en condrocitos, que podrían implantarse en la articulación con fines reparadores del cartílago lesionado. La prevención y la detección precoz de la artrosis permitirá un tratamiento adecuado, antes de que el cartílago sufra un proceso degenerativo irreversible. El efecto condroprotector de los SYSADOA, y particularmente del condroitín sulfato, que ha demostrado frenar el estrechamiento progresivo de la articulación artrósica, debe esperarse que sea más eficaz en los estadios más precoces de la enfermedad.

El cociente beneficio/riesgo de los SYSADOA en el tratamiento de la artrosis es claramente favorable para el numerador