

CIENCIASMEDICASNEWS

APORTE A LA RUTINA DE LA TRINCHERA ASISTENCIAL DONDE LOS CONOCIMIENTOS SE FUNDEN CON LAS DEMANDAS DE LOS PACIENTES, SUS NECESIDADES Y LAS ESPERANZAS DE PERMANECER EN LA GRACIA DE LA SALUD.

La AR revisa sus criterios de diagnosis y apuesta por la medicina individualizada - DiarioMedico.com

Diariomedico.com

ESPAÑA

LA CLASIFICACIÓN DE LA ACR CONTABA CON MÁS DE 20 AÑOS A SUS ESPALDAS: ES TIEMPO DE AJUSTES Y PRECISIONES

La AR revisa sus criterios de diagnosis y apuesta por la medicina individualizada

Un lavado de cara: ésta es la novedad principal de 2010 en el campo de la artritis reumatoide (AR). A falta de poco más de un mes para que finalice el año es momento de repasar los principales avances que han tenido lugar a lo largo de estos meses y, para ello, nada mejor que hacerlo a través de las voces de la élite nacional en AR, reunida en el IV Foro Arthe.

Laura D. Ródenas - Miércoles, 24 de Noviembre de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

IV Foro Arthe



Raimon Sanmartí, Emilio Martínez Mola, Rosario García Vicuña y Concha

García Campoy, moderadora de la primera mesa, atienden a una ponencia de Olga Sánchez Pernaute en la primera jornada.
FORO ARTHE 2010. RAIMÓN SANMARTÍ, EMILIO MARTÍN MOLA, TXARO GARCÍA VICUÑA, CONCHA GARCÍA CAMPOY Y OLGA SÁNCHEZ PERNAUTE

¿Qué ha pasado en la reumatología en el último año? Este es el interrogante que abrió Arthe 2010, un foro de discusión organizado por la división Roche España que este año ha celebrado su cuarta edición. La cita, que tuvo lugar el pasado fin de semana en Madrid y congregó a medio centenar de especialistas en la materia, tiene por objeto la revisión de las novedades que están cambiando la práctica médica en artritis reumatoide (AR), una patología crónica sistémica de etiología todavía desconocida que se encuadra en el área de inflamación -como es sabido, su principal rasgo de identidad es una sinovitis inflamatoria persistente de las articulaciones-, "una de las cinco áreas claves de la compañía y, sin duda, con mayor proyección", como explicaba Carmen Marqués, directora del departamento nacional de I+D.

Hechos y expectativas. Pasado y futuro. Esta es la cuestión principal que ocupó la mesa de debate. En un análisis compartimentado el primer hito que destaca es la actualización en 1987 de los criterios para la AR por parte del American College of Rheumatology (ACR). La clasificación, no obstante, no fue categórica y los criterios aprobados se demostraron poco sensibles en el diagnóstico precoz, ya que para que un afectado pudiese ser considerado como tal -reuniese los "requisitos consensuados"- podían pasar hasta dos años. Del mismo modo, y según queda recogido en Artritis Reumatoide: Impacto de la enfermedad, análisis de los costes asociados y estudio del acceso a fármacos biológicos en las comunidades autónomas, un artículo de investigación publicado por Rosario García de Vicuña, del Hospital La Princesa, de Madrid, y expresidenta de la Sociedad Española de Reumatología, en colaboración con IMS Health, "los criterios no permiten establecer diferencias entre los pacientes de reciente inicio y los de larga evolución ni indicar si un paciente desarrollará una AR agresiva". De ahí la necesidad de articular un nuevo catálogo de referencia. "Lo que más valor tiene hoy es el número de articulaciones afectadas y no tanto la duración de los síntomas", señaló Emilio Martín Mola, jefe de Reumatología de La Paz, en la capital, durante la primera de sus intervenciones.

*** Como sucede con otras patologías crónicas, si no se maneja bien, la AR puede acarrear serios problemas, por lo que los protocolos son esenciales**

La European League Against Rheumatism, más conocida como Eular, aboga, precisamente, por la necesidad de detectar este trastorno autoinmunitario en sus fases más tempranas a fin de aprovechar esa "ventana de oportunidad terapéutica" de la que se habla cuando, dicho en lenguaje vulgar, se coge la enfermedad a tiempo, puesto que su curso responde mucho mejor que si el tratamiento se retrasa. El reto probablemente sería prevenir el daño estructural irreversible.

Mola incidió, asimismo, sobre las nuevas formas de aproximación al paciente

con AR: el treat to target (T2T), que pretende acercarse a esta alteración con parámetros establecidos en función de objetivos personalizados de control para cada paciente. "Al igual que sucede con otras enfermedades crónicas -indicaba Mola- si no se maneja bien, la AR puede acarrear complicaciones que pueden conducir incluso a la muerte, por lo que se hace esencial la puesta en práctica de protocolos que propugnen, ante todo, un seguimiento activo".

*** La IL-33 funciona como una alarma que sugiere la implicación de la inmunidad innata en la patogenia de las enfermedades reumáticas**

El mapa del futuro

Entre las consideraciones generales, la primera pasa por definir el objetivo en términos de remisión clínica o baja actividad. En adelante, cabría reglamentar las visitas cada 1-3 meses, utilizar herramientas de medida y respuesta, tener en cuenta comorbilidades y consultar las decisiones con el paciente, un aspecto que también recogió Raimon Sanmartí, coordinador de la Unidad de Artritis del Hospital Clínico de Barcelona, cuando habló de las 15 recomendaciones de Eular.

La comunicación médico-paciente pasa así a ser un valor central en el diseño de esa nueva estrategia que ha dado en llamarse medicina individualizada.

"Esquemáticamente la propuesta se resume en las 4P: personalizada, en tanto que atiende al perfil genético; predictiva, en tanto que prevee posibles reacciones adversas; preventiva, al centrarse en la salud y no en la enfermedad y participativa, puesto que presupone la implicación del paciente", enumeró Sara Marsal, coordinadora de la Unidad de Artritis Reumatoide del Hospital Valle de Hebrón.

*** Tocilizumab, un anticuerpo monoclonal contra el receptor IL-6, es ya un competidor directo de los anti-TNF dentro de la estrategia de primera línea**

De lo que se trata es de poner al paciente en el centro de la diana y analizar con él el blanco específico de un tratamiento "que habrá de adecuarse tanto a la persona como al momento", sostuvo Marsal. Como avanzaba ya el título de uno de los cuatro talleres que cerrarían este Arthe 2010, las terapias biológicas prometen el tránsito del prêt à porter a la alta costura. "Un traje a medida", ése el compromiso: "El diseño de actuaciones más adaptadas al sustrato genético de cada paciente", al que aludió Jaime del Barrio, director del Instituto Roche, como moderador de la segunda jornada de debate, en sustitución de la periodista Concha García Campoy, que hizo los honores el primer día.

*** Los criterios de la ACR no permitían diferenciar entre pacientes de reciente inicio y de larga evolución ni indicar si la AR se intensificaría**

Y he aquí, en la voluntad de traslación de estos buenos propósitos que pretenden lograr la remisión de la enfermedad o, cuanto menos, una atenuación satisfactoria de ella, donde entra en juego la necesidad de apostar por un entendimiento integral de los diferentes agentes terapéuticos, a juicio de Inmaculada de la Torre, especialista en Reumatología del hospital madrileño

Gregorio Marañón. "En los últimos tiempos hemos asistido a un salto radical en la etiopatogenia de la artritis reumatoide y ha quedado patente la importancia de un tratamiento precoz". En este sentido, "entre los factores predictivos de remisión figuran tres: joven, varón y no fumador, pero también el tratamiento precoz con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), siendo el metotrexato (MTX) el más común".

*** El mayor beneficio se obtiene al asociar biológicos con metotrexato u otro FAME; el ciclo etiopatogénico no es excluyente**

Al abrigo de los FAME ha nacido otro grupo de fármacos, los agentes biológicos, entre los que se hallan los antagonistas del TNF (anti-TNF), rituximab (anticuerpo anti-CD20 denominado RTX) y tocilizumab (antagonista del receptor de la IL-6). Al hilo de lo expuesto por De la Torre, conviene destacar que "el mayor beneficio se obtiene al asociar biológicos con MTX u otro FAME". De hecho, la única contraindicación chocante de los agentes biológicos es la aparición de infecciones.

*** La propuesta se resume en las 4P: medicina personalizada, predictiva, preventiva, y, por supuesto, participativa**

En primera línea los anti-TNF competirían con la antagonistas de la interleucina 6, mientras que en segunda, se acepta la eficacia de RTX o abatacept, una proteína de fusión CTLA4-Ig. Mola completó este punto cuando citó el estudio de La Paz que él mismo lideró en torno a las potencialidades de RTX. Su eficacia como primer agente biológico -dice- puntúa un 7,8, aunque sólo está aprobado como segundo o tercero. "Se demostró más eficaz en combinación con MTX e igualmente eficaz después de dos o más ciclos. Eso sí, sin respuesta, la administración continuada es cuestionable. El momento más adecuado para su evaluación se da a las 16 semanas".

En la misma dinámica, la experta del Gregorio Marañón apuntó que "las indicaciones de tocilizumab se quedan cortas", al tiempo que planteó lo poco lógico que resulta la intervención terapéutica de forma secuencial. "La acción con terapias biológicas en diferentes puntos no ha de verse como excluyente dentro del ciclo etiopatogénico, pues se trata de un ciclo autopropagado". Ahora bien, ¿cuál es el hilo conector? De la Torre subrayó la creciente atención a la médula ósea y los órganos linfoides secundarios.

Olga Sánchez Pernaute, reumatóloga en la **Fundación Jiménez Díaz**, por su parte, desplazó el foco de interés hacia la IL-33, "una nueva alarma que sugiere que la inmunidad innata está implicada en la patogenia de las enfermedades reumáticas". Se halla sobreexpresada, por ejemplo, en la esclerodermia. Dedicó también cierto tiempo de reflexión al imperativo de reforzar el estudio del microARN, pero eso es ya otro cantar.

La conclusión que se extrae es que las nuevas estrategias de tratamiento, que incluyen un diagnóstico temprano, inicio precoz de FAME, una monitorización estrecha dirigida a un objetivo específico del que se hace partícipe al afectado y la introducción de terapias biológicas, mejoran el desenlace del paciente, aunque las tasas de remisión, de acuerdo con el artículo de Vicuña, todavía

están estancadas en un porcentaje que oscila entre el 17 y el 50. "La pregunta es si la remisión clínica, a remolque de las promesas genómicas, es ya una realidad. Pues bien, estamos ante un desafío a medio plazo", remató De la Torre.

Una geografía asimétrica en biomedicina

"El nivel de renta y el gasto per cápita influyen en el acceso a terapias biológicas". La afirmación, de Rosario García Vicuña, facultativa en La Princesa de Madrid, es rotunda. El coste es una causa que justifica las inequidades que acompaña la extensión de estos nuevos agentes, "pero no es el único". En España, por ejemplo, el estudio mencionado al inicio de este artículo denuncia importantes variaciones en el consumo de biológicos entre siete autonomías. Sin dar nombres, Vicuña apunta tres factores: las diferencias del sistema sanitario por comunidades, en función de la renta pero también de las prioridades sanitarias o la penetración de la iniciativa privada; la variabilidad asistencial, dependiendo de los recursos humanos y la infraestructura disponible; y, por último, la diferencia en cuanto a la prevalencia. En España se calcula que son más de 200.000 los afectados por AR. En Europa, Noruega, Bélgica, Suiza y Suecia están a la cabeza, alejados de los colistas alemanes, austríacos, británicos e italianos. A nivel nacional el porcentaje viene incrementándose desde 2007.