



M.^a Teresa Eyaralar Riera
Farmacéutica de Carbayín Alto (Asturias). REAP

Dispensación activa de corticoides por vía oral en pacientes con artritis reumatoide

La decisión de elaborar una ficha de dispensación activa en pacientes con artritis reumatoide (AR) que usan corticoides se justifica más por el hecho de la condición física limitada del paciente que por el control del riesgo derivado de su uso. A este respecto, distintas publicaciones muestran sus discrepancias.

En la actualidad, no se cuestiona su efectividad, fundamentalmente en casos graves y con un esquema terapéutico bien organizado, pero sí como único medio de tratamiento.

La artritis reumatoide requiere un tratamiento complejo con riesgo elevado que, normalmente, implica revisiones periódicas para la reevaluación sistemática de la relación riesgo/beneficio de dicho tratamiento. Las pruebas incluyen analíticas y radiografías. Hoy en día, no hay un tratamiento curativo, y en la práctica se observa una amplia variabilidad, dependiendo del centro sanitario, el médico, la zona, los protocolos, etc. El tratamiento no siempre se ajusta a la evidencia científica disponible. En nuestro país, el coste global que genera un paciente con AR se estima entre 3.000 y 7.000 euros/año.

Objetivo del tratamiento

En primer lugar, hay que considerar dos aspectos: no existe un tratamiento curativo y la enfermedad es progresiva, si bien con el tratamiento se pretende:

- Conseguir la remisión de la enfermedad.
- Prevenir o controlar la lesión articular y la pérdida de funcionalidad.
- Reducir el dolor y la inflamación.

Se trata de un tratamiento agresivo y se debe iniciar no más allá de tres semanas tras el diagnóstico. Esto se justifica porque la lesión articular se produce durante los dos primeros años de evolución de la enfermedad; después es más lento, aunque progresivo.

El tratamiento de base se realiza con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) (metotrexato, leflunomida, sulfasalazina) y el sintomático con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (analgésicos y/o corticoides locales o sistémicos), en dosis bajas.

Cuando no hay respuesta a FAME se utilizan también los fármacos modificadores de la respuesta biológica (FMRB) (etanercept, infliximab, anakinra).

Medicamentos asociados

- Inhibidores de la bomba de protones (IBP), por el riesgo incrementado de hemorragia digestiva o lesión de la

mucosa gastrointestinal.

- Medicamentos para disminuir el riesgo de osteoporosis (alendronato, calcitoninas, risedrónico, terapia hormonal sustitutiva, etc). Deben ir asociados a dosis adecuadas de calcio (de 1 a 1,2 g/día) y vitamina D. Además del tratamiento específico para la artritis, estos pacientes tienen comprometida la funcionalidad y la movilidad que, junto con el uso continuado de corticoides, incrementa el riesgo de osteoporosis. En la AR la resorción ósea está aumentada.
- Medicamentos para la depresión, frecuente debido a la pérdida de capacidad funcional y laboral.
- Medicamentos para enfermedades concomitantes como diabetes, hipertensión arterial (HTA) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Dosis habituales en adultos

Prednisona. Dosis de ataque: 30 mg/diarios en 4 tomas después de las comidas. Mantenimiento: 5-10 mg en 1 toma por la mañana o en 2 tomas, por la mañana y antes de acostarse. Utilizar la dosis mínima eficaz. En la poliartritis crónica se emplean dosis de hasta 90 mg/día

Deflazacort. De 6 a 90 mg/día. Dosis de mantenimiento, la mínima eficaz es de 3-18 mg/día. Algunos pacientes utilizan doble dosis en días alternos.

En situaciones de estrés (infecciones, cirugía, traumatismo), puede ser necesario aumentar la dosis.

Tomar con alimento. Hay que tomar la primera o única dosis por la mañana, antes de las 9 h, y la última antes de acostarse.

Duración del tratamiento

Puede utilizarse en periodos de agudizaciones, con dolor generalizado de articulaciones, o en dosis bajas durante años.

La supresión tras tratamientos prolongados se realizará de forma progresiva, con el fin de recuperar la función del eje hipotálamo-hipofisario. La ficha técnica de Dacortin® recoge cómo realizar la supresión gradual, que dependerá de la dosis que esté empleando el paciente.

Dificultades de uso

La deformación de las articulaciones, en especial de las manos, puede dar lugar a dificultades para fraccionar formas farmacéuticas, la administración de medicamentos como los inhaladores, abrir envases con tapón de seguridad, la utilización de medidores para formas farmacéuti-



cas líquidas, abrir determinados blísters o embalajes, o la administración de gotas oftálmicas.

- Debido a la inmovilidad y la posición del cuerpo, hay determinados medicamentos cuya administración puede suponer riesgo de esofagitis o ulceración (ej.: bifosfonatos, con mayor riesgo la forma farmacéutica semanal).
- Para la administración por sonda se pulveriza el comprimido, se disuelve en 5 cm³ de agua y, a continuación, se lava la sonda.

Medicamento anterior para el mismo problema

Si utilizaba AINE y debe continuar se valorará la necesidad de un inhibidor de la bomba de protones (IBP). En el caso de usar también metotrexato, se recomienda pantoprazol, pues omeprazol interacciona con metotrexato.

Información sobre reacciones adversas a los medicamentos

- El aumento de peso por edema o por aumento del apetito es una de las reacciones adversas a medicamentos (RAM) que más preocupa. Hay que incidir en realizar una dieta baja en sodio, rica en calcio y adecuada en aporte calórico. La educación nutricional puede ser clave durante el tratamiento con controles periódicos de peso para la prevención de la obesidad.
- Aumento de la glucemia. Los pacientes con diabetes pueden necesitar aumento de dosis de antidiabético oral, incluso insulina. Los que utilizan insulina pueden necesitar incrementar las unidades a administrar. Cuando se reduce la dosis de corticoides o se retira, se realizará control frecuente de la glucemia para evitar hipoglucemias.
- Cataratas. Empeoramiento del glaucoma. Se recomienda revisión por el oculista.
- Aumento de la presión arterial. Puede requerir el uso de antihipertensivos, aumento de la dosis del que ya se estaba utilizando o añadir otro antihipertensivo.
- Puede producir úlcera, incrementándose este riesgo con la edad y el uso concomitante con otros medicamentos gastrolesivos como los AINE. Si utiliza metotrexato, pueden ser necesarios aportes diarios de ácido fólico.
- Si usa antiagregantes plaquetarios, se incrementa el riesgo gastrolesivo.
- La osteopenia y la osteoporosis están ligadas a altas dosis de corticoides y su uso prolongado. Se produce un intercambio negativo de los iones calcio en el organismo. El riesgo es mayor en mujeres posmenopáusicas. Una dosis >7,5 mg de prednisona durante más de 3 meses puede provocar cambios en la densidad mineral ósea (DMO) inversamente proporcional al incremento de la dosis. La osteoporosis se asocia con dosis altas de corticoides, así como con tiempo de uso >5 años y a la evolución de la propia AR o sus secuelas.
- La aparición de micosis puede requerir el empleo conjunto de un antifúngico oral.

Utilización de otros medicamentos

- Se deben realizar controles de potasio y sodio cuando el paciente emplee conjuntamente medicamentos que afecten a sus niveles séricos.

¿Es posible fraccionar el comprimido?

Prednisona® 5 y Prednisona® 10 (muy pequeños)	No ranurados
Dacortin® 2,5 y Dacortin® 5	Ranurados. 2 fracciones
Dacortin® 30	2 fracciones por una cara y 3 por la otra
Zamene® 6 y Zamene® 30. Fácil de partir	Ranurados. 4 fracciones
Deflazacort 6 Alter, Cantabria, Sandoz, Stada	No ranurados
Deflazacort 30 Alter, Cantabria, Sandoz, Stada	Ranurados. 4 fracciones

- En los que disminuyen el potasio (diuréticos, anfotericina B) puede ser necesario utilizar suplementos de potasio o medicamentos ahorradores de potasio si usa un antihipertensivo.
- En el caso de los que producen aumento de los niveles de sodio (comprimidos efervescentes, granulados, heparinas, etc.), cuatro comprimidos efervescentes de paracetamol de 1 g aportan 2,27 g de sodio (niveles máximos recomendados de ingestión diaria sin tomar ningún alimento ni bebida).
- Puede disminuir el efecto del corticoide, por lo que se requerirá aumento de dosis en uso conjunto con carbamazepina, fenitoína, rifampicina, barbitúricos y anticonceptivos orales.
- Puede aumentar el efecto del corticoide, por lo que puede ser necesario disminuir la dosis durante el tratamiento conjunto de eritromicina y ketoconazol.
- Si existe hipopotasemia se aumenta el riesgo de imprecisión digital.
- Se aumenta el riesgo de rotura de tendones en uso conjunto con quinolonas.
- Puede producirse miopatía y relajación muscular prolongada si se usa asociado a relajantes musculares como baclofeno.
- Con Sintrom® y warfarina hay que comunicar al servicio que realiza el control de anticoagulación cuando se inicia o modifica la dosis o se finaliza el tratamiento con corticoides. El incumplimiento del corticoide puede dar lugar a modificaciones «no controladas» del cociente internacional normalizado (INR).
- Debe distanciarse la administración de antiácidos.
- La prednisona está contraindicada en un periodo aproximado de 8 semanas antes y 2 semanas después de una vacuna profiláctica.
- En caso de tomar algún medicamento para el hipotiroidismo, puede ser necesario rebajar las dosis de corticoide. Intervenir ante dosis altas y periodos de largo uso.

Fe de erratas: En la tabla 1 de la ficha «Dispensación activa de corticoides por vía oral en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica» (*El Farmacéutico* n.º 360, pág. 82) se decía que Prednisona® se presenta en comprimidos de liberación gástrica «con ranura para 2 fracciones», pero, tras consultarlo con el laboratorio fabricante, nos han indicado que los comprimidos no se pueden partir.

