

# Medicina al Día

## Terapia Combinada da Mejores Resultados en la Artritis Reumatoidea

El manejo tradicional de la artritis reumatoidea basado en terapia secuencial, en que se dejan agentes modificadoras de enfermedad sólo para etapas avanzadas de la enfermedad, ha visto cambios dramáticos en los últimos años. Está claro ahora que si se espera la aparición de cambios radiológicos antes de comenzar con agentes moduladores, ya es muy tarde. La mortalidad es alta, la capacidad funcional decae progresivamente, hay progresión radiológica inexorable. La diferencia del enfoque terapéutico se debe en gran parte a que ha cambiado la forma de medir los "outcomes". En vez de usar marcadores de inflamación como la VHS y el grado de hinchazón para medir el progreso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento (*ya que estos pueden sugerir una artritis "estable", sin embargo, hay progresión de la incapacidad funcional y cambios radiológicos*), se acepta que es más útil usar criterios funcionales como la capacidad para trabajar, cambios radiográficos y deformidad de las articulaciones. En este marco, las intervenciones modernas se basan en reducir la actividad inflamatoria en forma precoz y agresiva. Se conoce además que los agentes modificadores de enfermedad tradicionales como las sales de oro y la penicilamina, no son útiles para inducir remisión mantenida. También se sabe que el efecto clínico de la combinación de diferentes agentes moduladores de enfermedad es superior al de monoterapia, sin aumentar la incidencia de efectos adversos. La combinación de tres agentes puede ser la más efectiva. Actualmente se están evaluando combinaciones con antirreumáticos como el metotrexate, la hidroxicloroquina, la sulfasalazina, la ciclosporina, el infliximab, y el etanercept (*estos dos últimos no hay en Chile*). Pincus concluye que el objetivo del tratamiento del paciente con artritis reumatoidea debe ser la remisión completa de enfermedad. Es probable que esto requiera combinaciones de modificadores de enfermedad en forma permanente, aunque se necesitan más estudios para hacer recomendaciones sólidas.

*Pincus T, et al. Combination therapy with multiple disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis: a preventive strategy. Ann Intern Med November 16, 1999;131:768-74.*

## Estudios Muestran Pobre Adherencia al Tratamiento Antidepresivo

La depresión es un problema frecuentemente crónico o relapsante. La investigación demuestra que el tratamiento farmacológico en un primer episodio debe durar por lo menos seis meses, y por más tiempo cuando es crónica o relapsante. En Australia, la HIC (*Health Insurance Commission*), el organismo estatal que lleva cuentas de todas las consultas médicas y recetas de medicamentos, observó que el número de pacientes que siguen el tratamiento antidepresivo se reduce dramáticamente después de un mes de tratamiento (*aproximadamente un 20% del número inicial*), y esta caída se mantiene durante los próximos seis meses (*estudios hechos en población de pacientes en medicina general*). Se especula cuál puede ser el motivo de esta mala adherencia al tratamiento: efectos secundarios importantes, falta de interés en seguir el tratamiento, consejos de amistades de evitar drogas ya que son adictivos, decisión de suspender el tratamiento luego de una rápida y buena respuesta inicial en la percepción de que ya es suficiente, etc. Lo que queda claro de esta información es la necesidad de educar bien al paciente en el lenguaje apropiado, en cuanto a la razón del uso de fármacos, cuales efectos adversos puede esperar, y la necesidad de un tratamiento mantenido por un período específico inicial y luego según evaluación. La entrega de material educativo escrito es muy útil en este proceso.

*Comentario de Dr John Ellard  
Consultor Psiquiátrico de la HIC  
Medicine Today, Vol 1 No 1, Enero 2000*