

PALOMA GARCÍA DE LA PEÑA, JEFA DE REUMATOLOGÍA DE HM HOSPITALES EN MADRID

“LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS HAN MARCADO UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LA VIDA DE LOS PACIENTES”



Si la doctora García de la Peña tuviera que señalar un hito relacionado con el tratamiento de la artritis reumatoide, sin duda elegiría la aparición de los fármacos biológicos. “El primero, que se presentó en el año 2000, marcó un antes y un después en la vida de los pacientes reumatológicos”, asegura.

Con más de 17 años de experiencia médica, **Paloma García de la Peña** es todo un referente en la especialidad de Reumatología. En la actualidad es *jefa del Servicio de Reumatología de HM Hospitales de Madrid* y *socia fundadora de la Unidad Reumacare*, estando especializada en conectivopatías, especialmente en esclerosis sistémica, fenómeno de Raynaud, capilaroscopia y enfermedad pulmonar intersticial difusa e

hipertensión pulmonar de las enfermedades inflamatorias y conectivopatías. Debido a ello, conoce muy bien las características de la artritis reumatoide, las cifras de su incidencia y los últimos avances relacionados con la enfermedad.

Para ponernos en antecedentes, comenta que la artritis reumatoide *“es una enfermedad crónica inflamatoria que se manifiesta principalmente como una poliartritis simétrica, erosiva y con afec-*

tación predominante por las articulaciones de las manos y de los pies". En torno a ella podríamos decir que tiene una parte buena y otra menos buena. La buena es que hay ciertos factores, como el tabaco y la periodontitis, que se asocian con el desarrollo de la enfermedad y que son modificables. Por eso, "si no se fuma y se mantiene la dentadura en buen estado, se ayudaría a prevenirla de algún modo". Y la parte menos buena es que aunque es una enfermedad que no se hereda, quienes tengan un familiar de primer o segundo grado con ella presentan más posibilidades de desarrollarla. García de la Peña asegura que "a día de hoy no hay una prueba para saber si una persona va a desarrollarla, pero sí se puede saber si juega con más papeletas para ello. Por ejemplo, hay ciertos genes que se asocian más con el desarrollo de la artritis reumatoide, como el HLA DRB04".

Respecto al grado de incidencia en la afectación de las manos y los pies es en un 90-95% de los casos, mientras que para el resto de las articulaciones, aunque también pueden verse afectadas, lo están en menor medida: muñecas, tobillos y rodillas en un 80%; hombros en un 60%; cadera y acromioclavicular en un 50%, y esternoclavicular y temporomandibular en un 30%. Además, si bien "el esqueleto axial no resulta dañado como sí ocurre en la espondilitis anquilosante, excepto en la articulación atloaxoidea (primera y segunda vértebras cervicales)", a nivel de sintomatología todo ello se traduce "en una rigidez matutina o prolongada a lo largo del día por la afectación articular así como en astenia o cansancio general o manifestaciones en otros sistemas u órganos como los ojos, la piel y el pulmón, o de tipo cardiacas", explica la doctora.

Evitar la incapacidad funcional

Para ella, instaurar un tratamiento adecuado de forma temprana es determinante en la evolución de la enfermedad. "Si no se hace, se producirá una pérdida marcada de la calidad de vida y se puede desarrollar incapacidad funcional de las articulaciones afectadas". Algo que no es baladí, más sabiendo que la artritis reumatoide tiene, según las cifras que maneja, una prevalencia variable que oscila alrededor del 0,8% y es más predominante en mujeres que en hombres. Así, por cada varón que desarrolla la enfermedad hay 2-3 mujeres afectadas. Al respecto, matiza García de la Peña que debido a los cambios sociodemográficos y los hábitos de vida últimos, "nuestra sociedad científica, la Sociedad Española de Reumatología (SER), está llevando a cabo un nuevo estudio, EPISER, sobre la prevalencia de las principales enfermedades reumatológicas". Este estudio ofrecerá datos actualizados de la prevalencia en artritis reumatoide como ya lo hiciera en su día el estudio EPISER 2000.

Formación en Atención Primaria

Pero para intervenir a tiempo en la enfermedad, el papel del médico de Atención Primaria "es fundamental" en opinión de García de la Peña. Comenta que hace años se llevó a cabo el Programa SERAP para el diagnóstico precoz de la artritis de recién comienzo, con charlas a los médicos de atención primaria para formarles en cuáles deben ser los criterios de derivación de un paciente con artralgias/artritis. Para ella, "sin duda, este tipo de actividades son claves para avanzar". También en el ámbito privado, donde mu-



Investigadora y docente

Paloma García de la Peña es en la actualidad jefa del Servicio de Reumatología de HM Hospitales en Madrid y Socia Fundadora de la Unidad Reumacare. Doctora en Medicina con la calificación de sobresaliente cum laude y Premio extraordinario de tesis, además de miembro de las principales sociedades científicas relacionadas con su especialidad de nivel nacional, compagina su actividad profesional con la docencia en la Universidad CEU San Pablo y con la investigación, siendo participante principal y colaboradora en distintos ensayos nacionales e internacionales.

"El paciente reumatológico es un paciente crónico que requiere un tiempo de atención adecuado"

chas veces es el propio paciente el que se cita directamente con el especialista o bien es remitido por internistas o traumatólogos, asegura que se está trabajando actualmente en proyectos que favorecen el diagnóstico precoz.

También ha habido, en opinión de la doctora, enormes avances relacionados con la investigación de los mecanismos que desencadenan la enfermedad en los últimos 15-10 años. Por ejemplo la profundización en el conocimiento de cada estipe celular (leucocitos tanto B como las distintas familias de LT, sinoviocitos, osteoclastos, células endoteliales, fibroblastos, células dendríticas y macrófagos), el descubrimiento de los anticuerpos anticitrulina y su utilidad en la práctica clínica, la implicación de cada interlequina en el proceso inflamatorio, el papel de las enzimas JAK, etc., los avances en el conocimiento de las infecciones asociadas a la enfermedad o tratamientos, el riesgo cardiovascular asociado o el manejo de la vacunación.

La gran revolución farmacológica

Pero si hay algo que marcó un antes y un después en la vida de los pacientes reumatológicos fue el año 2000. En esa fecha, recuerda García de la Peña, se comercializó el primer fármaco biológico para pacientes con artritis reumatoide, el Infliximab. *“Fue el primer fármaco de una familia llamada ANTI TNF, que hoy ya tiene entre sus filas al Adalimumab, Etanercept, Certozilumab y Golimumab”.* Añade que en la actualidad *“disponemos de diversas familias de terapias biológicas con diversos modos de administración (intravenoso y subcutáneo), que van dirigidas frente a distintas dianas del TNF, entre las que cabe destacar Tocilizumab (Anti-IL6), Rituximab (anti-CD20) y Abatacept (anti CTLA-4)”.* Un auténtico arsenal terapéutico para el reumatólogo al que se suman más recientemente los fármacos de pequeña molécula, que *“bloquean la actividad de las enzimas llamadas JAK que intervienen en la señalización intracelular. El Tofacitinib y el Baricitinib son los primeros que han sido comercializados en nuestro país y se administran por vía oral”.*

El deseable manejo multidisciplinar

A pesar de estos grandes avances, aún quedan muchos por lograr. García de la Peña señala, por ejemplo, que *“clínicamente, sigue habiendo un número de pacientes a los que no se consigue controlar la actividad de la enfermedad para que ésta sea lo más baja posible o entren en remisión”.* Llegar a este control sería un gran avance, como lo sería también conseguir que todos los servicios de Reumatología tengan el apoyo de enfermería, *“el cual es fundamental para la educación y control de los pacientes”.* Alude

“El descubrimiento de los anticuerpos anticitrulina y su utilidad en la práctica clínica es uno de los grandes avances de los últimos 15 años”

la doctora asimismo al hecho de continuar la colaboración de los reumatólogos con las asociaciones de pacientes. *“Son un pilar básico que además pueden asesorar sobre muchos temas, como es el ejercicio, el cómo preparar la consulta cuando va al médico, temas de incapacidad, etc.”* Y es que, en su opinión, *“un paciente que conoce su enfermedad y es parte activa del manejo, y que está controlado y atendido, es una persona más feliz, con menos complicaciones e ingresos y con menos absentismo laboral”.*

El manejo multidisciplinar, que ayude a evitar las infecciones, a llevar mejores programas de vacunación y mejor control de los factores de riesgo cardiovascular es otra de las propuestas de la doctora García de la Peña para mejorar la intervención sobre la artritis, al igual que aumentar el conocimiento de la enfermedad tanto en la población en general como en las personas implicadas en la gestión de recursos sanitarios. *“El paciente reumatológico es un paciente crónico que requiere un tiempo de atención adecuado así como un acceso igualitario a la medicación independientemente de donde sea atendido”.* recalca. Precisamente por ello es importante *“evitar los seguimientos duplicados públicos/privados, que duplican el gasto y quitan tiempo para atender mejor a otras personas”.* ■

Progresos en la detección

Ante la sospecha de que un paciente pueda padecer una artritis reumatoide, el protocolo de actuación que la doctora sigue habitualmente en consulta lo resume en dos pasos esenciales: 1) Se realizan una serie de pruebas, analíticas en su mayoría, pero también radiografías simples en manos y pies, y entre los hallazgos más frecuentes que presentan los pacientes son el aumento de los reactantes de fase aguda VSG (velocidad de sedimentación glomerular) y PCR (proteína c reactiva). Además hay dos marcadores de la enfermedad, que son el factor reumatoide (FR) y, específicamente, los anticuerpos anticitrulina, que aparecen en el 70-80% de los pacientes e implican mayor agresividad de la enfermedad. El conocimiento de estos anticuerpos es uno de los progresos más importantes que se han dado en la última década en cuanto a la detección de la enfermedad. 2) También es aconsejable realizar al inicio una radiografía de tórax y unas pruebas de función respiratoria. En cuanto al tratamiento, al principio se prescribe un tratamiento sintomático a base de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y dosis bajas de corticoides si es preciso. Luego, en un periodo inferior al mes, en la mayoría de los casos se inicia el tratamiento *“de fondo”* para controlar la actividad de la enfermedad, con el metotrexato como fármaco de primera línea.