



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA GOTA

Guía rápida



Investigador principal: **Fernando Pérez Ruiz**

Coordinador: **Estíbaliz Loza**

Director de Proyecto: **María Jesús García de Yébenes**



Índice

Diagnóstico	2
Evaluación	3
Enfermedad renal crónica	6
Enfermería	10
Atención Primaria	10
Tratamiento	12

Para más información consulte la guía completa en:
www.ser.es/practicaClinica/GuipClinGot



Diagnóstico:

Recomendación 1:

El diagnóstico definitivo de gota se basa en la identificación de cristales de UMS en líquido sinovial o material toféceo (NE 2b; GR B; GA 100%).

Recomendación 2:

En periodos intercríticos es posible obtener líquido sinovial para establecer el diagnóstico de gota (NE 2b; GR B; GA 100%).

Recomendación 3:

En casos de artritis no filiada se debe incluir la gota dentro del diagnóstico diferencial (NE 5; GR D; GA 92%).

Recomendación 4:

La presencia de cristales de UMS no descarta la presencia de infección concomitante (NE 3a; GR C; GA 92%).

Recomendación 5:

El "cuadro clínico" y los niveles de ácido úrico sérico ni excluyen ni confirman el diagnóstico de gota (NE 5; GR D; GA 77%).

Recomendación 6:

No se recomienda la realización de radiografía simple, TAC ni RMN para establecer el diagnóstico de la gota (NE 2b; GR B; GA 77%).

Recomendación 7:

La ecografía ayuda al diagnóstico de la gota; la visualización de cristales es la que establece el diagnóstico definitivo (NE 4; GR C; GA 75%).

Recomendación 8:

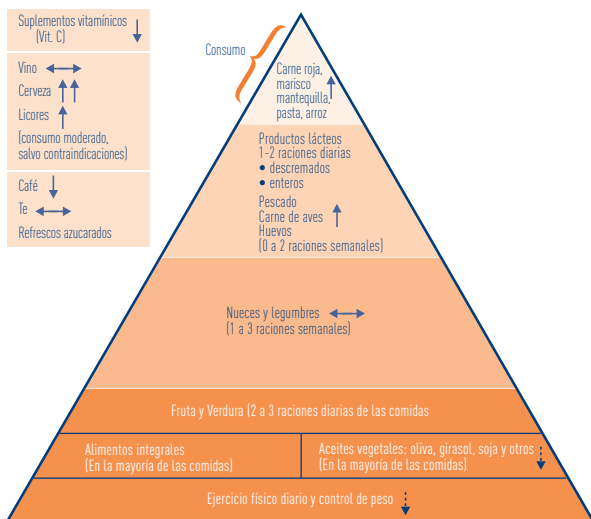
La punción dirigida por ecografía facilita la obtención de líquido u otras muestras para establecer el diagnóstico de gota (NE 4; GR C; GA 100%).

Evaluación:

Recomendación 9:

En todos los pacientes con gota debe evaluarse tanto la etiología como el mecanismo inductor de la hiperuricemia (NE 5; GR D; GA 92%).

Figura 1. Influencia de la dieta en la gota



Adaptado de Choi HK et al., 2005 (1). Las flechas hacia arriba indican aumento del riesgo de gota, las flechas hacia abajo indican disminución del riesgo, y las flechas horizontales señalan la ausencia de efecto sobre el riesgo. Las líneas discontinuas indican potencial efecto pero sin evidencia clara sobre el desarrollo de gota.

Recomendación 10:

En la primera valoración de un paciente con gota se debe realizar anamnesis y exploración física completa, general y del aparato locomotor (NE 5; GR D; GA 100%).

Tabla 1. Factores de riesgo de gota

Riesgo alto	Riesgo incierto	Posible factor protector
Dietas ricas en purinas de origen animal	Dietas ricas en purinas de origen vegetal	Lácteos
Alcohol	Leche en polvo	Cerezas
Diuréticos	Región 1q21 del cromosoma 1	Vitamina C
Ciclosporina en trasplantados	Región 1q21 del cromosoma 1	Café, incluido el descafeinado
Gen SLC2A9 (codifica transportador de glucosa y fructosa GLUT9)	Polimorfismo repetido del gen del receptor de estrógeno timina-adenina en el cromosoma 6q25.1	SLC22A12 (codifica URAT1, un transportador renal de ácido úrico tubular)

Recomendación 11:

Se debe prestar especial atención a los factores de riesgo cardiovascular, empleando alguno de los instrumentos de estimación de riesgo disponibles (NE 5; GR D; GA 92%).

Recomendación 12:

El panel recomienda evaluar en los pacientes con gota la magnitud del ataque y la gravedad de la enfermedad (NE 5; GR D; GA 92%).

Recomendación 13:

La evaluación específica de los pacientes con gota incluye el nivel sérico de urato, la frecuencia e intensidad de los ataques (número y magnitud de articulaciones dolorosas y tumefactas), la presencia de tofos, el dolor, la calidad de vida, la capacidad funcional y la valoración general del estado de salud (NE 5; GR D; GA 92%).

Recomendación 14:

Una vez superado el episodio agudo el paciente con gota debe ser estudiado mediante análisis de sangre y orina con determinación de los siguientes parámetros: hemograma, bioquímica (perfil general, hepático y renal), reactantes de fase aguda y estudio de la eliminación de ácido úrico en orina (NE 5; GR D; GA 100%).

Recomendación 15:

Una vez iniciado el tratamiento hipouricemiante se deben realizar controles analíticos para constatar la consecución del objetivo terapéutico (uricemia <6 mg/dL), y monitorizar la comorbilidad y la posible toxicidad de los fármacos (NE 5; GR D; GA 100%).

Tabla 2. Pruebas de laboratorio en el paciente con gota

SITUACIÓN CLÍNICA	EVALUACIONES	ESTUDIO MICROCRISTALES PARA DIAGNOSTICO	ESTUDIOS EN SANGRE Y ORINA
Episodio agudo	Primera	<ul style="list-style-type: none"> • Artrocentesis • Análisis del líquido sinovial: <ul style="list-style-type: none"> o Recuento o Cultivo • Estudio de microcristales 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • PCR • Bioquímica elemental • Orina (elemental/sedimento)
	Sucesivas	Estudio de líquido sinovial si existen dudas diagnósticas	Sólo requieren estudio si existen dudas diagnósticas
Periodo post-episodio sintomático o de actividad permanente	A las 4-6 semanas del episodio agudo: evaluación del manejo de urato y de la presencia de comorbilidades	En los casos sin diagnóstico intentar demostrar la presencia de cristales de UMS en articulaciones asintomáticas o tofos.	<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia • Perfil lipídico, hepático y renal • Hemograma, LDH • VSG y PCR • Uricosuria (24 h) • FG y ácido úrico
	Entre 6 y 12 semanas del inicio del tratamiento hipouricemiante: Control de la uricemia y de la toxicidad farmacológica	En los casos sin diagnóstico intentar demostrar la presencia de cristales de UMS en articulaciones asintomáticas o tofos	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Perfil lipídico, hepático y renal (si procede) • PCR
	A los 3 meses: control de la uricemia y de la toxicidad		<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Perfil lipídico, hepático y renal (si procede) • PCR

Tabla 2. Pruebas de laboratorio en el paciente con gota. (continuación)

SITUACIÓN CLÍNICA	EVALUACIONES	ESTUDIO MICROCRISTALES PARA DIAGNOSTICO	ESTUDIOS EN SANGRE Y ORINA
Uricemia >6 mg/dL, tofos y/o actividad inflamatoria	Control trimestral de la uricemia y de la actividad inflamatoria. Ajuste de tratamiento si están con uricosúricos		<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia • Hemograma • Perfil lipídico, hepático y renal (si procede) • VSG, PCR • Uricosuria (24 h) • FG y ácido úrico • Excreción fraccionada de ácido úrico no disociado en orina
Uricemia <6 mg/dL. Ausencia de artritis y de tofos	Control semestral hasta 3 años y posteriormente de forma anual		<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia • Hemograma • Perfil lipídico, hepático y renal (si procede) • VSG, PCR • Uricosuria (24 H) • FG y ácido úrico

Abreviaturas: PCR = proteína C reactiva; UMS= urato monosódico; VSG= velocidad de sedimentación globula, mg= miligramo; dL= decilitro; h= horas; FG= filtrado glomerular.

Enfermedad renal crónica:

Recomendación 16:

En pacientes con ERC, puede valorarse el uso de colchicina oral para reducir la gravedad de un ataque agudo siguiendo las especificaciones de la ficha técnica (NE 1b; GR A; GA 92%).

Recomendación 17:

En pacientes con ERC, durante el uso de colchicina se debe considerar la suspensión de las estatinas (NE 3; GR B; GA 70%).

Recomendación 18:

En pacientes con ERC y diabetes, una opción terapéutica razonable para el tratamiento de la gota aguda puede ser

la colchicina antes que los AINE o los corticosteroides (NE 3a; GR B; GA 75%).

Recomendación 19:

En pacientes con ERC, se debe tener en cuenta que la corticotropina tiene unas indicaciones y una eficacia similar a la de los corticosteroides en el tratamiento de episodios de gota aguda (NE 1b; GR A; GA 82%).

Recomendación 20:

En pacientes con ERC no se recomiendan los AINE para la profilaxis de nuevos ataques (NE 3a; GR B; GA 92%).

Recomendación 21:

En pacientes con ERC y gota se puede valorar el uso de colchicina a dosis según ficha técnica para la profilaxis de nuevos ataques (NE 2b; GR B; GA 92%).

Recomendación 22:

En pacientes con ERC leve/moderada y gota el fármaco uricosúrico de elección es la benzobromarona a dosis de 50-200 mg/día (NE 2b; GR B; GA 91%).

Recomendación 23:

En pacientes con ERC la administración de citrato potásico (30-80 mEq/día) permite mantener el pH urinario por encima de 6 y disolver los cálculos renales de ácido úrico (NE 3a; GR B; GA 70%).

Recomendación 24:

En pacientes con ERC se recomienda ajustar las dosis de alopurinol según ficha técnica (NE 5; GR D; GA 77%).

Recomendación 25*:

En pacientes con ERC se recomienda valorar el uso de fe-buxostat, ya que se ha mostrado superior al alopurinol en todos los estratos de ERC leve-moderada, incluso a dosis de 40 mg/día, con una frecuencia de efectos adversos similar (NE 1b; GR A; GA 80%).

Recomendación 26:

El uso de membranas de hemodiálisis de alta permeabilidad, con elevado poder de depuración podría permitir una utilización segura de la colchicina pacientes con ERC, pero hay que recordar que en España esta indicación no está recogida en su ficha técnica (NE 3a; GR B; GA 78%).

Recomendación 27:

En pacientes en hemodiálisis que precisan profilaxis de los episodios agudos sería aconsejable utilizar membranas de alta permeabilidad y pautar una dosis de 0,5-0,6 mg de colchicina post-diálisis, pero hay que recordar que esto no está aprobado en ficha técnica actualmente (NE 3a; GR B; GA 78%).

Recomendación 28:

Las pautas de diálisis peritoneal de intensidad baja-media (3-4 permanencias diarias de líquido peritoneal) permiten extraer 500 mg diarios de ácido úrico. (NE 3b; GR B; GA 78%).

Recomendación 29:

Sevelamer, un captor intestinal de fósforo empleado en el tratamiento de la hiperfosfatemia asociada a la ERC avanzada, puede reducir la uricemia (NE 2a; GR B; GA 78%).

* La dosis de 40mg de febusostat no se encuentra disponible en la UE.

Recomendación 30:

El alopurinol debería ser administrado tras la sesión de diálisis (NE 2a; GR B; GA 88%).

Recomendación 31:

En pacientes con trasplante renal, el tacrolimus, por presentar un mecanismo de acción similar al de la ciclosporina, en teoría, podría provocar interacción con los AINE (NE 2b; GR B; GA 100%).

Recomendación 32:

En pacientes con trasplante renal la administración simultánea de azatioprina y alopurinol reduce el metabolismo de la azatioprina y aumenta el riesgo de toxicidad de médula ósea, por lo que su asociación está contraindicada (NE 2b; GR B; GA 90%).

Recomendación 33:

En caso de que sea necesario utilizar colchicina en pacientes con trasplante renal y ciclosporina A, se recomienda reducir la dosis de la colchicina a 1/3 en episodios agudos y a 1/4 en profilaxis (NE 2b; GR B; GA 77%).

Recomendación 34:

En pacientes con trasplante renal los corticoides pueden ser una opción terapéutica en el tratamiento de las crisis agudas (NE 3b; GR B; GA 90%).

Recomendación 35:


En pacientes con trasplante renal la corticotropina es una potencial alternativa terapéutica en el tratamiento de las crisis agudas (NE 4; GR C; GA 70%).

Recomendación 36:

En pacientes con trasplante renal la benzbromarona ha mostrado gran eficacia, incluso en los tratados con ciclosporina A (NE 2a; GR B; GA 90%).

Enfermería:

Recomendación 37:




La enfermera de reumatología puede impartir al paciente con gota un programa de educación específico, definido éste como un conjunto de actividades estructuradas orientadas a aumentar el nivel de conocimiento de los enfermos sobre la gota y a fomentar estilos de vida saludable (NE 5; GR D; GA 93%).

Recomendación 38:

El programa de educación al paciente con gota (individualizado o grupal) contendrá los siguientes temas claves: objetivo terapéutico, dieta y consumo de bebidas alcohólicas (figura 1), manejo del dolor, manejo del riesgo cardiovascular, control de peso, ejercicio físico, así como información sobre los tratamientos prescritos con el fin de mejorar la adherencia y seguridad del paciente (NE 5; GR D; GA 86%).

Atención Primaria:

Recomendación 39:



A pesar de que el patrón oro para el diagnóstico de gota es la visualización de cristales, en pacientes con sintomatología típica, como artritis intercurrente con resolución completa en la primera articulación MTF (podagra) en presencia de hiperuricemia previa, el diagnóstico clínico puede ser una alternativa razonable para el médico de AP hasta el diagnóstico definitivo (NE 5; GR D; GA 91%).

Recomendación 40:

La educación del paciente y las modificaciones en el estilo de vida, especialmente en cuanto a la pérdida de peso, la dieta y la reducción del consumo de alcohol, son aspectos fundamentales del manejo del paciente en los que el médico de AP puede tener un papel primordial (NE 2a; GR B; GA 100%).

Recomendación 41:

La elección del tratamiento tendrá en especial consideración las enfermedades asociadas y las posibles interacciones con los medicamentos utilizados para tratarlas. Durante los episodios agudos de inflamación no deben prescribirse, suspenderse o modificarse las dosis de fármacos reductores de la uricemia (NE 5; GR D; GA 100%).

Recomendación 42:

La atención primaria debe jugar un papel fundamental en la valoración y el manejo de las comorbilidades presentes en los pacientes con gota (NE 5; GR D; GA 100%).

Recomendación 43:

En atención primaria a los pacientes con gota e indicación de prevención de eventos cardiovasculares no debe suprimirse la administración de dosis bajas de ácido acetilsalicílico (NE 5; GR D; GA 100%).

Recomendación 44:

En atención primaria en los pacientes con gota e HTA se debe valorar la suspensión de tiazidas y diuréticos de asa e iniciar tratamiento con antagonistas de los receptores de angiotensina, (en especial losartán) o calcioantagonistas (NE 5; GR D; GA 100%).



Tratamiento:

Recomendación 45:

Se deben plantear cambios en el estilo de vida y, si se precisase, tratamiento farmacológico para reducir la uricemia tras el diagnóstico de la gota, aunque teniendo siempre en consideración las características del paciente y sus comorbilidades (NE 5; GR D; GA 92%).

Recomendación 46:

El objetivo del tratamiento es la disolución de los cristales de UMS mediante la reducción de los niveles de urato en sangre (NE 5; GR D; GA 100%).

Recomendación 47:

La uricemia debe alcanzar niveles inferiores a 6,0 mg/dL, aunque las concentraciones inferiores pueden acelerar la curación de la enfermedad (NE 1b; GR A; GA 100%).

Recomendación 48:

Los fármacos reductores de la uricemia disponibles (alopurinol, febuxostat y benzobromarona) han mostrado ser altamente eficaces para la consecución del objetivo terapéutico cuando se prescriben en dosis adecuadas (NE 1b; GR A; GA 100%).

Recomendación 49:

El tratamiento reductor de la uricemia farmacológico debe iniciarse desde dosis bajas, escalando si fuera necesario, de forma progresiva hasta alcanzar dosis efectivas para conseguir un nivel de uricemia terapéutica (NE 1b; GR A; GA 100%).

Recomendación 50:

Actualmente no se puede recomendar un fármaco reductor de la uricemia por encima de los otros (NE 5; GR D; GA 80%).

Recomendación 51:

La selección del fármaco reductor de la uricemia se basará en datos de eficacia, seguridad y experiencia del médico prescriptor, en el perfil clínico del paciente – gravedad de la enfermedad y comorbilidad – y en las indicaciones, recomendaciones y restricciones vigentes en las fichas técnicas (NE 5; GR D; GA 91%).

Recomendación 52:

Se recomienda iniciar tratamiento reductor de la uricemia farmacológico en pacientes que no han conseguido el objetivo terapéutico de uricemia (< 6 mg/dL) con medidas higiénico dietéticas (NE 5; GR D; GA 85%).

Recomendación 53:

Debe prescribirse siempre, salvo contraindicación, tratamiento para la prevención de los episodios agudos de inflamación, al menos durante los primeros 6 meses de tratamiento reductor de la uricemia (NE 2b; GR B; GA 100%).

Recomendación 54:

El tratamiento reductor de la uricemia debe mantenerse a largo plazo para conseguir la completa disolución de los cristales y evitar la recurrencia de la hiperuricemia (NE 5; GR D; GA 100%).

Recomendación 55:

Se debe realizar una estrecha monitorización tanto en términos de eficacia como de seguridad cuando se utilicen fármacos para el tratamiento de la gota (NE 5; GR D; GA 92%).

Recomendación 56:

La evaluación de la respuesta al tratamiento hipouricemian- te se realizará mediante distintas variables, incluyendo: fre- cuencia de ataques agudos, uricemia sérica, presencia y características de los cristales de UMS en líquido sinovial, y número y magnitud de tofos (NE 5; GR D; GA 91%).

Recomendación 57:

El empleo de AINE o corticosteroides para la prevención de los episodios agudos de inflamación en pacientes asinto- máticos puede considerarse en condiciones diferentes a las aprobadas por la AEMPS (NE 5; GR D; GA 73%).

Recomendación 58:

En el ataque agudo de gota los AINE son eficaces. Se reco- mienda utilizar dosis máximas inicialmente, en ausencia de contraindicaciones, y suspender el tratamiento en cuanto se resuelva el ataque, pudiendo valorarse la reducción de las dosis tras los 2-3 primeros días de tratamiento si se ha producido una mejoría clínicamente significativa (NE 5; GR D; GA 83%).

Recomendación 59:

En el ataque agudo de gota los COXIB pueden considerarse una alternativa a los AINE tradicionales en pacientes con riesgo digestivo alto o medio, administrado con o sin IBP, dependiendo del tipo de paciente (NE 2a; GR B; GA 83%).

Recomendación 60:

En el ataque agudo de gota se recomienda utilizar corticoi- des en aquellos pacientes con contraindicaciones para los AINE/COXIB. La administración puede realizarse mediante inyección intraarticular en los casos de monoartritis, o bien por vía sistémica en casos con afectación articular más ex- tensa (NE 2b; GR B; GA 100%).

Recomendación 61:

El uso precoz de colchicina a dosis bajas es efectivo en el control de los ataques agudos de gota por lo que se debe valorar en estos casos (NE 1b; GR A; GA 86%).

Recomendación 62:

Se desaconseja en general combinar dos fármacos reductores de la uricemia con el mismo mecanismo de acción (NE 5; GR D; GA 100%).

Recomendación 63:

No existen estudios robustos sobre la seguridad o las posibles interacciones farmacocinéticas de las distintas combinaciones de fármacos reductores de la uricemia. Por consiguiente, se recomienda prudencia en su prescripción y una estrecha monitorización de su seguridad (NE 4; GR C; GA 100%).

Recomendación 64:

La AEMPS retiró la autorización de fármacos con combinación alopurinol-benzobromarona en dosis fija por motivos de seguridad. Por tanto, si se decide utilizarlos, se recomienda solicitar autorización para prescripción fuera de la indicación aprobada (NE 4; GR C; GA 70%).

Recomendación 65:

Desde un punto de vista clínico, el efecto de fenofibrato y losartán es marginal, pero ambos compuestos podrían ser útiles en casos seleccionados. Tanto el probenecid como la sulfinpirazona no están disponibles en España, por lo que deben solicitarse como medicamentos especiales (NE 3a; GR C; GA 100%).

Recomendación 66:

Canakinumab, rilonacept y anakinra pueden ser eficaces en el tratamiento y la prevención de los episodios agudos de inflamación. Podría considerarse su uso en condiciones diferentes a las autorizadas -canakinumab y anakinra- o como medicamento no autorizado en España -rilonacept- en episodios agudos de inflamación refractarios o para su profilaxis cuando no se pueden emplear otras opciones terapéuticas aprobadas en pacientes con gota grave, específicamente con inflamación crónica, o en episodios agudos de inflamación muy frecuentes (NE 1b; GR B; GA 78%).

Recomendación 67:

La rasburicasa puede ser una alternativa para uso en condición diferente a la autorizada en pacientes con fracaso o intolerancia a todos los compuestos reductores de la uricemia aprobados. Podría solicitarse el uso de pegloticasa como medicamento no autorizado en España (NE 4; GR C; GA 78%).

Recomendación 68:

La medición ecográfica del tamaño de los depósitos tofáceos de urato monosódico podría usarse como medida de desenlace en la evaluación de la respuesta al tratamiento de la gota (NE 3a; GR B; GA 90%).

Recomendación 69:

Por el momento no se dispone de datos que apoyen la evaluación o cuantificación de otros hallazgos ecográficos característicos de gota como medida de desenlace en la evaluación de la respuesta al tratamiento de la gota (NE 3a; GR B; GA 100%).

Tabla 3. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España y sus características (ficha técnica)*

PRINCIPIO ACTIVO	ESTRUCTURA Y MECANISMO DE ACCIÓN	POSOLÓGIA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS†
ALOPURINOL Varios Comp de 100 mg Comp de 300 mg	Reducción de AU en plasma y en orina mediante inhibición de la XO.	- Dosis: 2 a 10 mg/kg/día ó: • 100 a 200 mg diarios en alteraciones leves • 300 a 600 mg diarios en alteraciones moderadas • 700 a 900 mg diarios en alteraciones graves. - Via: oral - Frecuencia: una vez al día después de las comidas. Si hay problemas de tolerancia, probar a distribuir la dosis en varias tomas al día.	Tratamiento de las principales manifestaciones clínicas del depósito de ácido úrico/uratos: - artritis gútosa - tofos cutáneos - afección renal con depósito de cristales o formación de cálculos. Tratamiento de cálculos renales de 2,8-hidroxiadenina relacionados con una actividad deficiente de adenina fosforibosiltransferasa. Tratamiento de litiasis renal mixta recurrente de oxalato cálcico, en presencia de hiperuricosuria, cuando han fallado otras medidas.	Hipersensibilidad al principio activo o excipientes. Precaución en insuficiencia renal: Considerar iniciar el tratamiento con una dosis máxima de 100 mg/día e incrementar sólo si la respuesta sérica y/o urinaria de uratos no es satisfactoria. En insuficiencia renal grave, puede ser aconsejable utilizar dosis de 100 mg por día o usar dosis únicas de 100 mg a intervalos mayores a un día. • No se recomiendan las pautas posológicas basadas en el aclaramiento de creatinina debido a la imprecisión de los valores bajos de aclaramiento. Precaución en pacientes en tratamiento con azatioprina o 6-mercaptopurina debido a posible interacción con riesgo de toxicidad medular grave.	- Muy frecuentes: --- - Frecuentes: rash - Poco frecuentes: • Hipersensibilidad • Náuseas-vómitos • Aumento de transaminasas - Raros: • Sd de Steven-Johnson • Necrólisis epidérmica tóxica • Hepatitis

Tabla 3. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España y sus características (ficha técnica)* (continuación)

PRINCIPIO ACTIVO	ESTRUCTURA Y MECANISMO DE ACCIÓN	POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS ¹
FEBUXOSTAT Menarini Comp de 80 mg Comp de 120 mg	Reducción de AU en plasma y en orina mediante inhibición de la XO	<p>- Dosis: 80 mg una vez al día, con independencia de las comidas.</p> <p>- Vía: oral.</p> <p>- Si transcurridas al menos 2-4 semanas de tratamiento el AU en suero es >6 mg/dL, puede considerarse la administración de 120 mg una vez al día.</p>	Tratamiento de la hiperuricemia crónica en situaciones en las que ya se ha producido depósito de urato (incluyendo los antecedentes o la presencia de tofos y/o artritis gotosa).	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad al principio activo o excipientes. - Precaución en pacientes con trastornos tiroideos - No se recomienda en: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes en tratamiento con azatioprina o 6-mercaptopurina debido a posible interacción con riesgo de toxicidad medular grave • Pacientes con ERC avanzada por falta de experiencia • Pacientes con ICC o cardiopatía isquémica 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy frecuentes: --- - Frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Crisis agudas de gota • Cefalea • Diarrea, náuseas • Aumento de transaminasas • Exantema - Poco frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución apetito • Disminución libido • Insomnio, mareos, parestias, somnolencia • Alteraciones gusto • Hipoesstesia • Fibrilación auricular, palpitaciones, alt ECG • HTA, rubor, sofocos • Disnea. Infección tracto respiratorio superior • Dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, vómitos, sequedad de boca, dispepsia, estreñimiento, deposiciones frecuentes, flatulencia, malestar gastrointestinal • Dermatitis, urticaria, prurito • Artralgia, mialgia, dolor musculoesquelético, debilidad y espasmo muscular

Tabla 3. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España y sus características (ficha técnica)* (continuación)

PRINCIPIO ACTIVO	ESTRUCTURA Y MECANISMO DE ACCIÓN	POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]
FEBUXOSTAT Menarini Comp de 80 mg Comp de 120 mg					- Poco frecuentes (continuación): <ul style="list-style-type: none"> ● Nefrolitiasis, hematuria, polaquiuria, insuficiencia renal ● Fatiga, edema, dolor/malestar en el pecho, hiperamilasemia, trombopenia, aumento de creatinina ● Anemia, uremia, hiperlipemia, aumento de lactato-deshidrogenasa - Raros: <ul style="list-style-type: none"> ● Pancitopenia ● Aumento/Disminución peso, aumento apetito, anorexia ● Hiperlipidemia, nerviosismo, tinitus ● Pancreatitis, úlceras bucales ● Alopecia, hiperhidrosis ● Artritis, rigidez articular y en músculo esquelético ● Urgencia miccional, disfunción eréctil ● Sed, hiperglucemia ● Tiempo de tromboplastina parcial activado prolongado ● Aumento de FA

Tabla 3. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España y sus características (ficha técnica)* (continuación)

PRINCIPIO ACTIVO	ESTRUCTURA Y MECANISMO DE ACCIÓN	POSOLÓGIA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]
BENZBROMARONA Prostrakan Farmacéutica Comp. de 100 mg	Reducción del AU sérico mediante un incremento de su aclaramiento renal (inhibición de la reabsorción tubular) y de su eliminación intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> - Dosis: 50-100 mg, pudiendo aumentarse hasta 200 mg al día - Vía: oral - Frecuencia: diaria 	<p>Falta de respuesta o intolerancia al alopurinol en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gota severa (poliarticular o tófica) en la que es imprescindible el control de la hiperuricemia - Hiperuricemia en pacientes con insuficiencia renal con $\text{Clcr} > 20 \text{ ml/min}$ - Hiperuricemia en pacientes con trasplante renal <p>Prescripción limitada a especialistas en Nefrología y Reumatología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad, - Insuficiencia hepática, pofirria hepática, - uso concomitante de fármacos hepatotóxicos (especialmente antituberculosos), - Hiperuraturia $> 700 \text{ mg/24 h}$, litiasis úrica, gota secundaria a hemopatía 	<ul style="list-style-type: none"> - Hepáticos: Hepatotoxicidad grave, de tipo citolítico, sobre todo en 1er año de tratamiento. Se recomienda control de enzimas hepáticas con periodicidad quincenal durante este periodo. - Renales: cólico renouretal - Hipersensibilidad (raras) - Digestivos: diarrea, náusea

Tabla 3. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España y sus características (ficha técnica)* (continuación)

PRINCIPIO ACTIVO	ESTRUCTURA Y MECANISMO DE ACCIÓN	POSOLÓGIA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]
COLCHICINA Seid Gránulos 1 mg Colchicine®	Efecto antiinflamatorio, probablemente relacionado con inhibición de la movilidad de leucocitos, inhibición de fagocitosis de cristales de urato y actividad antimotórica (interrupción de la división celular en metafase y anafase).	<ul style="list-style-type: none"> - Ataque de gota: 1 mg v.o. al primer signo de ataque. Si persiste, 1 mg adicional a las 1-2h. Dosis máxima: 2 mg en las primeras 24 h, 6 mg en los primeros 4 días. - Si fuera necesario porque los dolores del ataque de gota persistieran, se podría repetir la pauta anteriormente descrita pero siempre después de al menos 3 días sin tratamiento ("período de lavado") • Debe reducirse la dosis en casos con ERC con FG 30-50 ml/min. • Debe monitorizarse especialmente a pacientes con insuficiencia hepática y reducir la dosis si se requiere. - Prevención de ataque de gota con hipouricemiantes y tratamiento de gota crónica: 1 mg al día vía oral - Fiebre mediterránea familiar: 1-2 mg al día 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de ataques agudos y de gota crónica - Profilaxis de ataques agudos por inicio del tratamiento con movilizadores del ácido úrico - Enfermedad periódica (fiebre mediterránea familiar) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilidad - Embarazo - Insuficiencia renal grave y en hemodiálisis - Insuficiencia hepática grave - Trastornos gastrointestinales graves, úlcus péptico - Trastornos cardíacos - Discrasias sanguíneas - 14 días posteriores a utilización de inhibidores del CYP3A4 y/o de la glicoproteína P 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuentes: Náuseas, vómitos, dolor abdominal - Poco frecuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía periférica, miopatía • Alopecia • Azospermia • Agranulocitosis, trombocitopenia y anemia aplásica (tratamiento prolongado)

Tabla 3. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España y sus características (ficha técnica)* (continuación)

PRINCIPIO ACTIVO	ESTRUCTURA Y MECANISMO DE ACCIÓN	POSOLÓGIA Y ADMINISTRACIÓN	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES	EVENTOS ADVERSOS [†]
COLCHICINA + DICICLOVERINA Seid Comp 0,5 + 5 mg Colchimax®	La colchicina posee un efecto antiinflamatorio, probablemente relacionado con inhibición de la movilidad de leucocitos, inhibición de fagocitosis de cristales de urato y actividad antimotórica (interrupción de la división celular en metafase y anafase). La dicicloverina es un antagonista colinérgico muscarínico. Actúa reduciendo los espasmos de la musculatura lisa y la secreción de diversos tipos glandulares, mediante el bloqueo selectivo de los receptores M1 de la acetilcolina.	La misma que para la colchicina.	La misma que para la colchicina.	Las mismas que para la colchicina, más: - Glaucoma - Glaucoma de ángulo cerrado - Adenoma prostático. - Enfermedad obstructiva gastrointestinal, colitis ulcerosa severa, esofagitis de reflujo, estenosis pilórica, íleo paralítico - Miastenia gravis - Obstrucción o retención urinaria por cualquier patología ureo-prostática	Las reacciones adversas a fármacos anticolinérgicos (no todas ellas se han registrado con dicicloverina) incluyen: - Efectos gastrointestinales como sequedad de boca, náuseas, vómitos y dolor abdominal - Sistema nervioso central como somnolencia, debilidad, cefalea - Efectos oftalmológicos como visión borrosa, diplopía, midriasis e incremento de la presión ocular - Efectos dermatológicos como rash cutáneo y urticaria - Retención urinaria - Taquicardia - Disnea

Los datos de la presente tabla están basados en la ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento y/o de la European Medicines Agency, datos disponibles a 30 Junio 2012.

†Acontecimientos adversos: Muy frecuentes (al menos 1 de cada 10 pacientes); frecuentes (al menos 1 de cada 100 pacientes); poco frecuentes (al menos 1 de cada 1.000 y menos de 1 de cada 100); raros (al menos 1 de cada 10.000 y menos de 1 de cada 1.000 pacientes). En el caso del febuxostat, cuyos datos de seguridad provienen de los ensayos clínicos en fase III. Abreviaturas: AU = ácido úrico; Clcr = aclaramiento de creatinina; ECG = electrocardiograma; Kg = kilogramo; mg = miligramo; FA = fosfatasa alcalina; ERC= insuficiencia renal crónica; ICC = Insuficiencia cardiaca congestiva. *Se indica nombre comercial porque es frecuente la confusión entre ellos, la dosis contenida es diferente (1 mg frente a 0,5 mg) y uno de ellos asocia dicicloverina (anticolinérgico).

Tabla 4. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España: interacciones (según ficha técnica)*

PRINCIPIO ACTIVO	FÁRMACO	TIPO DE INTERACCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	RECOMENDACIONES
ALOPURINOL	AZATIOPRINA – 6-MERCAPTOPURINA	Inhibición del metabolismo de eliminación de ambos fármacos, por bloqueo de la XO oxidasa.	Toxicidad por azatioprina y 6-mercaptopurina	No uso concomitante
	SALICILATOS	A dosis altas, aumento de la eliminación renal de oxipurinol (metabolito activo del alopurinol)	Reducción de la eficacia del alopurinol	No se ha establecido una recomendación
	DICUMARÍNICOS	Interacción metabólica, con aumento de su efecto anticoagulante	Exceso de anticoagulación, hemorragias	Vigilancia de niveles de anticoagulación
	CICLOSPORINA	Aumento de niveles plasmáticos de ciclosporina por interacción a nivel tubular renal.	Toxicidad por ciclosporina	Vigilancia de los niveles de ciclosporina en sangre
FEBUXOSTAT Menarini	AZATIOPRINA – 6-MERCAPTOPURINA	Inhibición del metabolismo de eliminación de ambos fármacos, por bloqueo de la XO (similar al alopurinol, aunque no hay estudios específicos con febuxostat)	Toxicidad por azatioprina y 6-mercaptopurina	No uso concomitante
	AINE	Reducción de la eliminación de febuxostat por inhibición competitiva de la glucuronidación.	No se han demostrado consecuencias clínicas	No precisa ajuste de dosis
	ANTIÁCIDOS (Hidróxidos de Mg ²⁺ y Al ³⁺)	Reducción de la absorción de febuxostat	No se han demostrado consecuencias clínicas	No precisa ajuste de dosis
BENZBROMARONA Prostrakan Farmacéutica	FÁRMACOS HEPATOTÓXICOS, especialmente antituberculosos		Riesgo de hepatotoxicidad	Evitar uso concomitante
	PIRAZINAMIDA	El anterior, más interferencia de la actividad uricosúrica por competencia en el túbulo renal	Posible reducción de eficacia	Evitar uso concomitante
	SALICILATOS	interferencia de la actividad uricosúrica por competencia en el túbulo renal	Posible reducción de eficacia	No se ha establecido una recomendación
	DICUMARÍNICOS	Aumento del efecto anticoagulante	Exceso de anticoagulación, hemorragias	Vigilancia de niveles de anticoagulación

Tabla 4. Tratamientos relacionados con la Gota aprobados en España: interacciones (según ficha técnica)*.
(continuación)

PRINCIPIO ACTIVO	FÁRMACO	TIPO DE INTERACCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	RECOMENDACIONES
COLCHICINA Seid	ANTIINFECIOSOS, - Claritromicina, eritromicina, telitromicina - También itraconazol, ketoconazol, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir	Inhibición del metabolismo de eliminación de la colchicina (CYP3A4)	Aumento de toxicidad por colchicina	Aumentar las precauciones La FDA recomienda buscar alternativas terapéuticas o reducir dosis de colchicina a la mitad.
	CICLOSPORINA-A	Aumento niveles plasmáticos de la colchicina por inhibición de la glicoproteína P	Potenciación de neuro y miotoxicidad	Aumentar las precauciones
	HIPOLIPEMIANTES (Estatinas y Fibratos)	Aumento del riesgo de miotoxicidad	Miopatía, rabdomiólisis	Aumentar las precauciones La FDA no recomienda la monitorización de enzimas musculares por no prevenir necesariamente la miopatía grave.
COLCHICINA + DICICLOVERINA Seid	AGENTES ANTICOLINÉRGICOS Antidepresivos tricíclicos, amantadina, agentes antiarrítmicos de clase I (quinidina), agentes antipsicóticos (fenotiazina), benzodiazepinas, IMAO, analgésicos narcóticos (meperidina), nitratos y nitritos, antiácidos y agentes simpaticomiméticos	Potenciación del efecto anticolinérgico de la dicicloverina	Riesgo de síndrome anticolinérgico	Aumentar las precauciones

* Los datos de la presente tabla están obtenidos de la ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento y/o de la European Medicines Agency. FDA: Food and Drug Administration, a fecha 30 de Junio de 2012.

