

**EFFECTOS ADVERSOS DE LOS AINES COX 2 SELECTIVOS EN EL MANEJO  
DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS. REVISIÓN DE  
LITERATURA**

**Investigadores**

**ANDERSON URUEÑA ARIZA  
LUIS FERNANDO LLANO  
SERGIO LUIS GUTIÉRREZ ARIAS  
WILMER GILBERTO PIZA CASTILLO**

**Trabajo de grado para optar el título de odontólogo**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
PREGRADO**

**Bogotá, Cundinamarca**

**2011-1**

**EFFECTOS ADVERSOS DE LOS AINES COX 2 SELECTIVOS EN EL MANEJO  
DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS. REVISIÓN DE  
LITERATURA**

**Investigadores**

**ANDERSON URUEÑA ARIZA  
LUIS FERNANDO LLANO  
SERGIO LUIS GUTIÉRREZ ARIAS  
WILMER GILBERTO PIZA CASTILLO**

**Asesor metodológico**

**Dra. DIANA PARRA  
Odontóloga- Epidemióloga**

**Asesor Científico**

**Dr. RAFAEL PALENCIA  
Odontólogo- Farmacólogo**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA  
PREGRADO**

**Bogotá, Cundinamarca**

**2011-1**

## DEDICATORIA

Dedicado a Dios por ser nuestro apoyo y fortaleza.

A nuestras familias por ayudarnos a dar este gran paso en nuestras vidas.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos en primer lugar a Dios por ser el guía constante en nuestras vidas.

A los docentes que colaboraron con esta investigación.

A los asesores científicos y metodológicos.

A las directivas de la Institución Universitaria Colegios de Colombia sede Bogotá.

## CONTENIDO

### INTRODUCCION

I. ASPECTOS TEÓRICO-CIENTÍFICOS	PAGINA
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	12
1.3 IMPACTO .....	14
1.4 MARCO TEÓRICO.....	15
1.5 OBJETIVOS.....	23
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
II. ASPECTOS METODOLÓGICOS	
2.1 TIPO DE ESTUDIO (DISEÑO).....	23
2.2 OBJETO DE ESTUDIO.....	24
2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	24
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
2.5 VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES)....	24
2.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
2.7 PROCEDIMIENTO.....	25
3. RESULTADOS.....	27
4. DISCUSION.....	28
5. CONCLUSION.....	30
6. RECOMENDACIONES.....	31
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
8. ANEXOS.....	36

## INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas se caracterizan por tener una evolución lenta y duración de más de seis meses. Dentro de este gran grupo de patologías se encuentra la artritis reumatoide y la osteoartritis las cuales producen una inflamación de las articulaciones y limitan los movimientos. La osteoartritis es una de las enfermedades más común en personas de edad avanzada, Sin embargo la artritis afecta a personas de todas las edades<sup>1</sup>.

Actualmente no se conoce una cura para este tipo de enfermedades reumáticas a excepción de la artritis infecciosa que es tratada con antibióticos. El objetivo del tratamiento es básicamente aliviar el dolor y disminuir la inflamación, mejorando de esta manera la calidad de vida del paciente. Entre los métodos paliativo son las terapias de frío-calor, inmovilización articular, masajes, estimulación eléctrica y acupuntura<sup>1</sup>. Dentro de los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de estas enfermedades inflamatorias crónicas se encuentran principalmente los AINES tradicionales, AINES COX-2 selectivos y cortico esteroides<sup>1</sup>.

El uso prolongado de AINES no selectivos ha generado reacciones adversas tales como irritación gástrica, por esta razón han tenido una mayor acogida los denominados COXIBS(aines cox 2 selectivos) ya que con estos nuevos AINES han disminuido la aparición de estas patologías. Su reciente aparición y utilización ha llevado a múltiples estudios que demuestran la aparición de otros efectos, por este motivo están siendo estudiados pues se sospecha de crear enfermedades cardiovasculares, enfermedad ulcerosa péptica e insuficiencia renal<sup>2</sup>.

La presente revisión de la literatura resulta relevante para el lector, al encontrar la información basada en la evidencia científica recopilada en un documento estructurado y coherente, que ofrece información actualizada y

pertinente respecto a los efectos indeseables que se producen ante la administración o acción de un determinado medicamento<sup>3</sup>.

Esta revisión de la literatura pretende explicar los efectos adversos de los inhibidores de la cox2 en las enfermedades inflamatorias crónicas bajo pautas de un seguimiento estructurado en diferentes publicaciones que contribuyan con información valiosa de alteraciones y efectos indeseables de estos medicamentos en el paciente<sup>4</sup>.

Para esto se requiere un diagnóstico adecuado de la enfermedad y un amplio conocimiento de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, por lo tanto esta investigación tiene como fin, ofrecer al profesional con bases teóricas los efectos adversos que tienen los inhibidores selectivos de la cox2, dando a conocer las precauciones en el uso de estos AINES y también que tengan la posibilidad de advertir al paciente las posibles consecuencias que les traerá el consumo de estos medicamentos durante un tiempo prolongado<sup>1</sup>.

El objetivo de la presente investigación fue determinar por medio de una revisión de la literatura los efectos adversos de los aines selectivos de la cox2 en el manejo de enfermedades inflamatorias crónicas.

## ASPECTOS TEORICOS CIENTIFICOS

### 1.1 PROBLEMA

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) constituyen uno de los grupos de medicamentos más prescritos, con múltiples usos terapéuticos tanto en el tratamiento de dolencias musculo-esqueléticas como en otra amplia gama de indicaciones debido a sus efectos analgésico, antipirético y antiagregante plaquetario. Sin embargo, su uso se ve limitado por la posible aparición de efectos adversos potencialmente letales, como puede ser la enfermedad ulcerosa péptica o la insuficiencia renal<sup>2</sup>. Los aines son medicamentos revolucionarios que dejaron atrás la utilización de la aspirina como único antiinflamatorio usado de generación en generación<sup>3</sup>.

Tanto los efectos terapéuticos como su potencial toxicidad se deben a la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX) y, en consecuencia, a la inhibición de prostaglandinas (PG) y tromboxanos. La COX-1 o constitutiva, se expresa habitualmente en la mayoría de los tejidos; mientras que la COX-2 o inducible, se expresa en los focos inflamatorios, neoplasias y bajo determinadas circunstancias fisiológicas. A partir de este paradigma, se ha postulado que el desarrollo de AINES con inhibición selectiva sobre la COX-2 podría conservar las propiedades antiinflamatorias de los AINES, minimizando sus efectos adversos, en especial los gastrointestinales y renales.

Los inhibidores de la COX 2 han sido medicamentos de alto impacto ya que disminuyeron las úlceras gástricas y renales siendo medicamentos de uso en la práctica clínica diaria. Se ha evidenciado que el profesional de la salud está teniendo un consumo indiscriminado de estos medicamentos para enfermedades como la artritis reumatoide y la osteoartritis, esto ha hecho que su prescripción se haya limitado porque producen episodios cardiovasculares trombóticos asociados con enfermedades crónicas.

Antiguas investigaciones han buscado alternativas para el manejo de dolor y la inflamación, sin embargo algunos medicamentos han ocasionado toxicidad incluso la muerte del paciente. Aun cuando existen fórmulas eficaces para evitar estas complicaciones, son frecuentes las indicaciones erróneas de los analgésicos y antiinflamatorios, sin considerar las características intrínsecas del paciente y el perfil de inocuidad de los fármacos.

**¿Cuáles son los efectos adversos reportados en la literatura científica de los aines selectivos de la COX 2 en el manejo de enfermedades Inflamatorias crónicas?**

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

El interés de esta investigación es hacer que los profesionales de la salud conozcan investigaciones recientes sobre los AINES COX-2 selectivos, sus indicaciones, los efectos adversos y las consideraciones que deben tener en cuenta para medicar a sus pacientes correctamente y poder aliviar el dolor. Para esto se requiere un diagnóstico adecuado de la enfermedad y un amplio conocimiento de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, por lo tanto esta investigación tiene como fin ofrecer al profesional de la salud con bases teóricas los efectos adversos que tienen los inhibidores selectivos de la COX 2, dando a conocer las precauciones en el uso de estos AINES y también que tengan la posibilidad de advertir al paciente las posibles consecuencias que les traerá el consumo de estos medicamentos durante un tiempo prolongado.

Se ha encontrado que los AINES se utilizan con mucha frecuencia en enfermedades inflamatorias crónicas como la artritis reumatoidea y la osteoartritis. Estos AINES COX 2 selectivos a pesar de ser unos nuevos medicamentos menos nocivos a nivel gastrointestinal en comparación de los AINES tradicionales, han demostrado causar una serie de efectos adversos por su administración en altas dosis o por su consumo prolongado, así como se administra para este tipo de patologías.

Los aines tradicionales a pesar de causar una mayor cantidad de efectos adversos, también están indicados para el tratamiento de enfermedades inflamatorias. Pero se produjo una disminución en el consumo de los aines no selectivos como el diclofenaco, aspirina, acetaminofen, ibuprofeno, naproxeno, piroxicam y dipiron por su alta irritación gastrointestinal, sin embargo los inhibidores de la COX 2 también muestran irritabilidad gastrointestinal y otros efectos adversos, con esto se pretende demostrar que ambos tienen reacciones adversas.

Con base en lo expuesto anteriormente es razonable concluir que no se conoce lo suficiente acerca de los efectos adversos que presentan estos medicamentos, ya que hoy en día se siguen utilizando para osteoartritis, artritis reumatoidea, dorsolumbalgia y mastalgia.

### **1.3 IMPACTO**

Por medio de esta investigación los profesionales de la salud podrán tener un apoyo en el momento de medicar a sus pacientes con bases teóricas y científicas de investigaciones recientes, y ser conscientes de cuáles serían los efectos adversos a los que los pacientes se enfrentan al consumir estos analgésicos denominados aines selectivos de la COX 2 para así tratar de dar el mejor tratamiento farmacológico para el dolor.

## 1.4 MARCO TEORICO

### ENFERMEDADES CRONICAS

Las enfermedades crónicas o incapacitantes son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se fundamenta sobre el hecho de que las enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal.

Las enfermedades crónicas tienen las siguientes características:

- Comúnmente estas enfermedades toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen.
- Estas enfermedades ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos.
- Interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima.
- Algunas enfermedades degenerativas crónicas pueden prevenirse; es posible minimizar los efectos de alguna enfermedad.

Algunas de estas enfermedades son:

### ARTRITIS

Es la inflamación de una o más articulaciones que provoca dolor, hinchazón, rigidez y movimiento limitado. Existen más de 100 tipos diferentes de artritis.

La artritis involucra la degradación del cartílago, el cual normalmente protege la articulación, permitiendo el movimiento suave. El cartílago también absorbe el golpe cuando se ejerce presión sobre la articulación, como sucede al caminar. Sin la cantidad usual de cartílago, los huesos se rozan, causando dolor, hinchazón, inflamación y rigidez.

Con algunas lesiones y enfermedades, la inflamación no desaparece o la destrucción produce dolor y deformidad prolongados. Cuando esto sucede, el paciente tiene artritis crónica. La osteoartritis es la variedad más común y es probable que ocurra con más frecuencia al pasar de los años. Se puede sentir en cualquier articulación, pero se da con más frecuencia en las caderas, rodillas y dedos de las manos

La artritis puede presentarse en hombres y mujeres de cualquier edad. Alrededor de 37 millones de personas en los Estados Unidos tienen algún tipo de artritis, es decir, en una proporción de 1:7.

Otros tipos o causas de artritis son, entre otros: Enfermedad de Still del adulto, espondilitis anquilosante, Infecciones micóticas como la blastomycosis, artritis gonocócica, gota, artritis reumatoidea juvenil (en niños), otras infecciones bacterianas (artritis bacteriana no gonocócica), artritis psoriásica, artritis reactiva (síndrome de Reiter), artritis reumatoidea (en adultos), esclerodermia, lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad de Lyme-terciaria, artritis tuberculosa y artritis viral.

Los pacientes con artritis pueden experimentar dolor articular, inflamación de las articulaciones, disminución de la capacidad para mover la articulación afectada y enrojecimiento de la piel alrededor de una articulación.

## ARTRITIS REMATOIDE

Es una enfermedad crónica que lleva a la inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes. También puede afectar otros órganos.

La artritis reumatoide se considera una enfermedad autoinmune y se desconoce su causa. El sistema inmunitario del cuerpo normalmente combate las sustancias extrañas, como los virus. Pero en una enfermedad autoinmune, el sistema inmunitario confunde o toma los tejidos sanos como sustancias extrañas y, como resultado, el cuerpo se ataca a sí mismo.

La artritis reumatoide se puede presentar a cualquier edad y las mujeres resultan afectadas con mayor frecuencia que los hombres.

La artritis reumatoide generalmente afecta a las articulaciones de ambos lados del cuerpo por igual, siendo las muñecas, los dedos de las manos, las rodillas, los pies y tobillos las partes del cuerpo más comúnmente afectadas. El curso y la gravedad de la artritis reumatoide pueden variar considerablemente. La infección, los genes y las hormonas pueden contribuir a esta enfermedad.

## OSTEOARTRITIS

Es la forma más común de artritis. Causa dolor, inflamación y disminución de los movimientos en las articulaciones. Puede ocurrir en cualquier articulación, pero suele afectarle las manos, las rodillas, las caderas o la columna.

La osteoartritis degrada el cartílago de las articulaciones. El cartílago es el tejido resbaloso que cubre los extremos de los huesos en una articulación. El cartílago sano absorbe los impactos de los movimientos. Cuando se desgasta el cartílago, los huesos se friccionan entre sí. Con el transcurso del tiempo, esta fricción puede dañar la articulación permanentemente. Entre los factores que pueden causar osteoartritis se incluyen: El sobrepeso, el envejecimiento y las lesiones en una articulación.

Las terapias para el manejo del dolor y mejora del funcionamiento, incluyen ejercicios, control del peso, reposo, alivio del dolor, terapias alternativas y cirugía.

## AINES COX-2 SELECTIVOS

Los antiinflamatorios no esteroideos AINES constituyen uno de los grupos de medicamentos más prescritos, con múltiples usos terapéuticos tanto en el manejo del dolor musculoesquelético, como en otra amplia gama de indicaciones debido a sus efectos analgésico, antipirético y antiagregante

plaquetario. Sin embargo, su uso se ve limitado por la posible aparición de efectos adversos, potencialmente letales, como puede ser la enfermedad ulcerosa péptica o la insuficiencia renal. Tanto los efectos terapéuticos como su potencial toxicidad se deben a la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX) y, en consecuencia, a la inhibición de prostaglandinas (PG) y tromboxanos. La enzima COX tiene 2 zonas catalíticas: la ciclooxigenasa y la peroxidasa. Los AINES inhiben la COX, pero no la zona peroxidasa de la enzima. Se conocen al menos dos isoformas distintas de la ciclooxigenasa (también llamada prostaglandina H sintetasa): COX-1 y COX-2, las cuales son similares en un 60 % y ambas catalizan la síntesis de PG a partir del ácido araquidónico. La diferencia más importante entre ellas, es su patrón de regulación y expresión tisular. La COX-1 o constitutiva, se expresa habitualmente en la mayoría de los tejidos; mientras que la COX-2 o inducible, se expresa en los focos inflamatorios, neoplasias y bajo determinadas circunstancias fisiológicas. A partir de este paradigma, se ha postulado que el desarrollo de los AINES con inhibición selectiva sobre la COX-2 podría conservar las propiedades antiinflamatorias de los AINES, minimizando sus efectos adversos, en especial los gastrointestinales y renales.

Entre los AINES selectivos más usados actualmente se encuentran:

Nimesulide, que está indicado en el tratamiento de los síntomas inflamatorios en pacientes con osteoartritis y enfermedades reumáticas y para el alivio del dolor agudo y las molestias asociadas a trauma, odontalgias, intervenciones quirúrgicas y dismenorrea. La dosis en adultos y niños mayores de 12 años de edad es una tableta de 100 mg 2 veces al día. Se recomienda administrar el fármaco después de una comida.

Meloxicam, que está indicado en Osteoartritis y otras enfermedades de estirpe reumática como artritis reumatoidea y espondilitis. La dosis para la osteoartritis se recomienda iniciar con una dosis diaria de 7,5 mg. Algunos pacientes

pueden recibir un beneficio adicional incrementando la dosis hasta 15 mg una vez por día<sup>9</sup>.

Celecoxib, que está indicado para dolores agudos por lesiones, osteoartritis y otros tipos de artritis aguda, dolores de la menstruación y se ha visto que reduce el número de pólipos en el colon y recto en pacientes con poliposis hereditaria. La dosis habitual en adultos es de 100 y 200mg una o dos veces al día.

Etoricoxib, está indicado para el tratamiento sintomático de las osteoartritis, artritis reumatoide y dolor e inflamación asociados e la artritis gotosa aguda. La dosis para la osteoartritis es de 60mg 1 vez al día, para la artritis reumatoide es de 90 mg/día, y para la artritis gotosa es de 120 mg administrados solo durante el período agudo de la enfermedad.

## EFFECTOS ADVERSOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Reacción Adversa a Medicamentos, cuyo acrónimo es RAM, es cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

Los efectos adversos de los inhibidores COX-2 demuestran que no son tan confiables los medicamentos como se creía a la hora de dejar atrás los aines tradicionales para comercializar, formular e indicar a los pacientes. Cada medicamento de los inhibidores de la COX-2 ha sido reevaluado por sus efectos indeseables en diferentes publicaciones por su alto índice de ataque al sistema cardiovascular produciendo infartos al miocardio en pacientes que consumen por tiempo prolongado estos medicamentos como también se evidencia el alto riesgo al producir alteraciones gastrointestinales ya que

producen úlceras gástricas por su consumo indebido y su alta acidez estomacal. La reevaluación de estos medicamentos han llevado a descomercializar algunos de estos inhibidores de la COX-2 dejando en el mercado el celecoxib y etoricoxib ya que por su alto nivel de efectos adversos se han contraindicado y descomercializado otros inhibidores de la COX-2, dichos efectos adversos evidencian su alto nivel de irritabilidad gastrointestinal como su fuerte impacto al miocardio.

A continuación se describen los diferentes aines cox 2 selectivos mas utilizados:

#### Nimensulide

Entre los efectos adversos de este fármaco se presentan diferentes síntomas y características:

Comunes: diarrea, náusea, vómito, elevación de enzimas hepáticas (transaminasas).

Poco comunes: mareo, hipertensión, disnea, estreñimiento, flatulencia, gastritis, prurito, rash, sudoración aumentada, edema.

Raros: anemia, eosinofilia, hipersensibilidad, hipercalemia, ansiedad, nerviosismo, pesadillas, visión borrosa, taquicardia, hemorragia, fluctuación de la presión arterial, flushing, eritema, dermatitis, disuria, hematuria, retención urinaria, malestar, astenia<sup>6</sup>.

Posterior a la comercialización del nimesulide, se han reportado: Muy raros: trombocitopenia, púrpura, pancitopenia, anafilaxia, cefalea, somnolencia, encefalopatía (síndrome de Reye), trastornos visuales, vértigo, asma, broncoespasmo, dolor abdominal, dispepsia, estomatitis, melenas, sangrado gastrointestinal, ulceración y perforación duodenal, ulceración y perforación gástrica, hepatitis, hepatitis fulminante (incluyendo casos fatales), ictericia,

colestasis, urticaria, edema angioneurótico, edema facial, eritema multiforme, síndrome de Stevens Johnson, necrólisis tóxica epidérmica, falla renal, oliguria, nefritis intersticial e hipotermia<sup>6</sup>.

### Meloxicam

Comparte los signos y síntomas secundarios al consumo de AINES, incluyendo los que no deberían presentarse por ser un inhibidor preferencial COX2<sup>9</sup>.

- Efectos neurológicos: parestesia, vértigo, convulsiones, depresión, ansiedad, confusión.
- Efecto sobre los órganos de los sentidos: visión anormal, tinitus, conjuntivitis, alteración en el sentido del olfato.
- Efectos respiratorios: asma, broncoespasmo.
- Efectos cardiovasculares: angina, falla cardíaca, hipertensión, hipotensión, vasculitis, arritmia, palpitación, taquicardia.
- Efectos gastrointestinales: colitis, esofagitis, úlcera gástrica, hematemesis, melenas.
- Efectos renales: albuminuria, hematuria, falla renal aguda.
- Efectos hepáticos: aumenta las transaminasas, bilirrubinemia, hepatitis.
- Efectos hematológicos: agranulocitosis, leucopenia, púrpura, trombocitopenia<sup>9</sup>.

### Celecoxib

Gastrointestinal: En teoría, la selectividad por la COX-2 debería resultar en una incidencia significativamente reducida de úlceras que los AINES tradicionales. El cuerpo principal de evidencia en favor de esta teoría yace en los resultados de un estudio de 6 meses publicado en el 2000, que demostró una considerable reducción en úlceras y sus complicaciones con la administración de celecoxib en comparación con el ibuprofeno y diclofenaco, solo si no se tomaba aspirina. El estudio, que usó una muy elevada concentración de

celecoxib (800 mg al día), no mostró mayor diferencia entre los medicamentos estudiados al cabo de 12 meses<sup>10</sup>.

#### Alergia:

El celecoxib contiene un radical sulfonamida, por lo que puede causar reacciones alérgicas en pacientes sensibles a medicamentos que contengan sulfonamidas. Este, contraindicado en pacientes que hayan tenido alergias a algún AINES.<sup>1</sup>

#### Etoricoxib

Se han observado cierto número de reacciones adversas en los diferentes estudios realizados en este fármaco, como:

- Infecciones: gastroenteritis, infecciones del tracto respiratorio superior y del tracto urinario : poco frecuentes.
- Alteraciones del sistema inmunológico: hipersensibilidad al fármaco: muy raras.
- Alteraciones del metabolismo: aumento del apetito, ganancia de peso, edema o retención de líquidos: poco frecuentes.
- Alteraciones del comportamiento: ansiedad, depresión, disminución de la agudeza mental: Poco frecuentes.
- Reacciones sobre el sistema nervioso central: mareos y cefaleas: frecuentes. Disgeusia, insomnio, parestesias y somnolencia: poco frecuentes; visión borrosa: poco frecuente; tinnitus; poco frecuente.
- Reacciones sobre el sistema cardiovascular: insuficiencia cardíaca congestiva, cambios del ECG inespecíficos, flush, hipertensión: poco frecuentes. Infarto de miocardio, accidente cerebrovascular: muy raros.
- Reacciones sobre el aparato respiratorio: tos, disnea, epistaxis: poco frecuentes.
- Reacciones sobre el aparato digestivo: dolor abdominal, flatulencia, diarrea, dispepsia, molestias epigástricas: comunes; distensión

abdominal, reflujo, constipación, sequedad de boca, úlcera gastroduodenal, síndrome del colon irritable, esofagitis, vómitos: poco frecuentes; perforación y hemorragias gastrointestinales: muy raras.

- Reacciones dermatológicas: equimosis, edema facial, prurito y rash: poco frecuentes.
- Reacciones sobre el sistema musculoesquelético; espasmos o calambre musculares, rigidez, dolor musculoesquelético: poco frecuentes.
- Otras reacciones adversas frecuentes: astenia, fatiga, aumento de las transaminasas<sup>3</sup>.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar por medio de una revisión de la literatura los efectos adversos de los aines selectivos de la COX-2 en el manejo de enfermedades inflamatorias crónicas.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer las enfermedades inflamatorias crónicas cuyo manejo se realiza con AINES COX2.
- Determinar los factores que se asocian con el desarrollo de efectos adversos posterior al uso de los AINES COX 2.

## **II. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Revisión de literatura

## 2.2 OBJETO DE ESTUDIO:

AINES selectivos de la COX2

## 2.3 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO

30 artículos científicos originales indexados sobre estudios relacionados con unidades temáticas, en inglés y español publicados después del año 1997.

## 2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 2.4.1 INCLUSIÓN

- Artículos originales de bases de datos indexadas, entre los años 1997 al 2010
- Artículos en inglés y español.

## 2.5 CUADRO DE UNIDADES DE ANALISIS

Variable	Operacionalización	Definición	Categorización	Escala de medida	Instrumento
Medicamento	Cualitativa	Aines cox-2 selectivos tiempo que tarda en reducirse a la mitad, la cantidad de fármaco disponible para absorberse.			

Efectos colaterales/adv ersos.	Cualitativa	respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada
--------------------------------------	-------------	--

## 2.6 INSTRUMENTO

Matriz bibliográfica

## 2.7 PROCEDIMIENTO:

Al iniciar el proceso de investigación, se estableció la necesidad de identificar las palabras claves que llevaron a los investigadores a la búsqueda de los artículos las cuales fueron pain (dolor), chronic illnesses (enfermedades crónicas), COX-2 (COX-2) arthritis (artritis) y adverse effects (efectos adversos). Dicha búsqueda se realizó en la Base de datos de la biblioteca (EBSCO) de la Institución Universitaria Colegios de Colombia (UNICOC), que presta el servicio de investigación. Las páginas seleccionadas para la búsqueda fueron Pubmed, que es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica, ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. MEDLINE tiene alrededor de 4.800 revistas publicadas en Estados Unidos y en más de 70 países de todo el mundo desde 1966 hasta la actualidad.<sup>45</sup> Scielo, es un proyecto de biblioteca electrónica, iniciativa de la Fundación para el Apoyo a la

Investigación del Estado de São Paulo, Brasil.<sup>46</sup> Y, BVS, Biblioteca Virtual en Salud.

El grupo de trabajo durante dos días se dedicó a buscar en las bases de datos con las palabras claves, artículos que conllevaran a información valiosa que ayudara a la investigación; usando los conectores (OR), (AND) y (NOT), se combinaron las palabras claves: adverse effects and cox 2 , chronics illnes or cox 2, pain or adverse effects and cox 2. El mecanismo de inclusión de los artículos se basó en observar las características e información de cada artículo, determinando los efectos adversos, en qué ocasiones se administraban los medicamentos, de acuerdo a cuál patología se administraban los medicamentos, se observó si a la administración de los medicamentos se mostraban efectos cardiovasculares.

En la búsqueda, el grupo de trabajo recolectó 32 artículos con las características de inclusión los cuales 8 fueron sobre el aine nimensulide , 8 meloxicam, 8 celecoxib, 8 etoricoxib y 8 artritis. Ya verificada la fuente y el nivel de evidencia de cada artículo por todos los investigadores se prosigue a hacer la matriz donde se agregaron los 32 artículos anexando solo los parámetros que requiere la matriz los cuales son la unidad de análisis, título del artículo, referencia, tipo de estudio, población, variables, resultados y resumen. De acuerdo a esta información recolectada se observaron los efectos adversos uno por uno para poder sacar conclusiones generales y posteriormente realizar un análisis. Se observaron los resultados que boto la matriz.

## RESULTADOS

Se analizaron 30 artículos científicos, analizados en diferentes unidades de análisis de la siguiente manera: frecuencia de los efectos adversos y efectos adversos reportados en la literatura.

Los efectos adversos de los aines cox 2 selectivos son comunes especialmente en pacientes adultos, la frecuencia de estos efectos oscilan entre 4 y 12 % en la población.

(ANEXO 1.)

Los efectos adversos reportados en la literatura pueden clasificarse en 5 grupos  
gastrointestinales, cardiovasculares, renales, hepáticos y hematológicos.

Entre las patologías encontradas entre el grupo gastrointestinal esta las úlceras y las infecciones por H. pylori con una frecuencia del 43%

En el caso del efecto cardiovascular se encuentra el aumento de la presión arterial y la arterioesclerosis con una frecuencia del 30%

En cuanto a los efectos renales se encuentra el síndrome nefrotico como principal patología con una frecuencia del 12%

Entre las patologías encontradas entre el grupo hepático se encuentra las insuficiencia hepática como principal patología con una frecuencia del 9 %

Por último se encuentra el grupo del efecto hematológico teniendo como patología el trombo embolismo con una frecuencia del 6 %

## DISCUSION

Esta revisión muestra que los efectos adversos de la cox2 en enfermedades inflamatorias crónicas se evidencian en porcentajes significativos en los sistemas cardiovasculares y gastrointestinales<sup>6</sup>.

A nivel gastrointestinal, los aines tradicionales han tenido un seguimiento intensivo por producir úlceras gástricas, sin embargo los cox2 selectivos de acuerdo a las investigaciones recogidas en la exploración de los artículos, demostraron en un porcentaje de 43% de efectos indeseables gastrointestinales. Esto muestra que los efectos adversos se disminuyen al manejar las enfermedades inflamatorias crónicas, como en el sistema gastrointestinal mas no se abstienen las aparición de efectos no deseados<sup>7</sup>.

En el sistema cardiovascular presenta un porcentaje significativo a la hora de su evaluación en la investigación pues la administración de estos medicamentos con frecuencia aumenta la presión arterial en el tratamiento farmacológico de la arterioesclerosis<sup>8</sup>. El consumo de estos medicamentos en pacientes comprometidos directamente con el sistema cardiovascular altera y aumenta las complicaciones por su efecto directo, al aumentar la presión arterial llegando a producir un infarto del miocardio<sup>8</sup>. Esto demuestra que existe un riesgo importante a la hora prescribir estos<sup>8</sup>.

Tanto el sistema renal, hepático y hematológico presentan un nivel de evidencia vago en los efectos adversos por lo cual no se discute su relevancia en esta investigación, es importante resaltar sin embargo que los cox2 producen efectos indeseables de acuerdo al compromiso sistémico que presente el paciente<sup>8</sup>.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la matriz se demostró que los inhibidores selectivos de la cox2 han puesto en tela de juicio su eficacia ante

los efectos adversos que producen, ya que así como son medicamentos de un efecto favorable, también producen reacciones no deseadas que también son significativas<sup>9</sup>.

## CONCLUSIONES

Los efectos adversos de los aines cox2 selectivos son comúnmente reportados entre la población adulta pues es esta población con susceptibilidad a tener enfermedades inflamatorias crónicas tratadas con estos aines.

Dentro de los países con mas prevalencia en efectos adversos reportados es EEUU. El rango de la prevalencia de estos efectos está entre 4 y 12%.

Entre los principales efectos adversos reportados en este estudio fue los efectos gastrointestinales, seguidos por los cardiovasculares, renales, hepáticos y por último los efectos hematológicos.

## **RECOMENDACIONES**

Aun así y pese a que parece demostrado la seguridad de estos aines cox 2 selectivos, se cree que deberían hacer más estudios al respecto, para conocer la tolerancia en el tratamiento de enfermedades inflamatorias crónicas para así evitar efectos adversos en pacientes tratados con estos analgésicos

## REFERENCIAS

1. Bombardier C, Laine L et al. Comparisson of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *NEJ Med* 2000; 343(21): 1520- 1528.
2. Emery P , Zeidler H , Kvien T , Guslandi M , Naudin R , Stead H. Celecoxib versus diclofenac long-term management of rheumatoid arthritis: randomised double-blind comparison 1999; 3 5 4 : 2 1 0 6 – 1 1.
3. Adverse Cardiovascular Effects of the Coxibs Jean-Michel Dogné,,, Claudiu T. Supuran, and, Domenico Pratico Adverse Cardiovascular Effects of the Coxibs, *Journal of Medicinal Chemistry* 2005 48 (7), 2251-2257.
4. J Deeks, Lesley A Smith, Matthew D Bradley Efficacy, tolerability, and upper gastrointestinal safety of celecoxib for treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: systematic review of randomised controlled trials 21 September 2002.
5. Bianchi M, Brogginini M. A Randomised, Double-Blind, Clinical Trial Comparing the Efficacy of Nimesulide, Celecoxib and Rofecoxib in Osteoarthritis of the Knee Department of Pharmacology, School of Medicine, University of Milan, Italy, *Drugs*. 2003;63 Suppl 1:37-46.
6. Schumacher HR Jr, Boice JA, Daikh DI, Mukhopadhyay S, Malmstrom K, Ng J, Tate GA, Molina J. Randomised double blind trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis 2002 Jun 22;324(7352):1488-92.
7. J Deeks, Lesley A Smith, Matthew D Bradley Efficacy, tolerability, and upper gastrointestinal safety of celecoxib for treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: systematic review of randomised controlled trials.
8. Kivitz A, Eisen G, Zhao WW, Bevirt T, Recker DP. Randomized placebo-controlled trial comparing efficacy and safety of valdecoxib with naproxen in patients with osteoarthritis 2002 Jun;51(6):530-7.
9. Nurmohamed MT, van Halm VP, Dijkmans BA. Cardiovascular Risk Profile of

Antirheumatic Agents in Patients with Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis  
Drugs 2002;62(11):1599-609.

10. Bannwarth B, Trèves R, Euller-Ziegler L, Rolland D, Ravaud P, Dougados M. Adverse Events Associated with Rofecoxib Therapy Results of a Large Study in Community-Derived Osteoarthritic Patients Drug Saf. 2003;26(1):49-54

11. Tavakoli M. Modelling Therapeutic Strategies in the Treatment of Osteoarthritis 2003;21(6):443-54.

12. Duffy T, Belton O, Bresnihan B, FitzGerald O, FitzGerald D. Inhibition of PGE2 Production by Nimesulide Compared with Diclofenac in the Acutely Inflamed Joint of Patients with Arthritis 2003;63 Suppl 1:31-6.

13. Crofford LJ. Clinical Experience with Specific COX-2 Inhibitors in Arthritis 2000 Nov;6(17):1725-36.

14. Joshua FF, Oakley SP, Major GA. Impact of selective cyclooxygenase-2 inhibitors on anti-ulcer medication and non-steroidal anti-inflammatory drug use in patients with rheumatic disease Intern Med J. 2004 Apr;34(4):153-61.

15. Kivitz AJ, Nayjager S, Schimansky T, Gimona A, Thurston HJ, Hawkey C. Reduced incidence of gastroduodenal ulcers associated with lumiracoxib compared with ibuprofen in patients with rheumatoid arthritis 2004 Jun 1;19(11):1189-98.

16. Fenton C, Keating GM, Wagstaff AJ. Valdecoxib A Review of its Use in the Management of Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Dysmenorrhoea and Acute Pain 2004;64(11):1231-6

17. Hawkey CJ, Farkouh M, Gitton X, Ehram E, Huels J, Richardson P. Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial of lumiracoxib – study design and patient demographics 2004 Jul 1;20(1):51-63.

18. Schnitzer TJ, Burmester GR, Mysler E, Hochberg MC, Doherty M, Ehram E, Gitton X, Krammer G, Mellein B, Matchaba P, Gimona A Comparison of lumiracoxib with naproxen and ibuprofen in the Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal

Event Trial (TARGET), reduction in ulcer complications: randomised controlled trial 2004 Aug 21-27;364(9435):665-74.

19. Steen KS, Lems WF, Dijkmans BA. Questionnaire on NSAID Gastropathy among Dutch Rheumatologists 2000;19(3):193-4.

20. Chang DM, Young TH, Hsu CT, Kuo SY, Hsieh TC. Endoscopic Comparison of the Gastroduodenal Safety and the Effects on Arachidonic Acid Products between Meloxicam and Piroxicam in the Treatment of Osteoarthritis, 2001;20(2):104-13.

21. Fajardo M, Di Cesare PE. Disease-modifying therapies for osteoarthritis : current status. 2005;22(2):141-61.

22. J. L. Montastuc Æ V. Bongard Æ M. Lapeyre-Mestre Perception of the risk of gastrointestinal adverse drug reactions with non-steroidal anti-inflammatory drugs (including coxibs): differences among general practitioners, gastroenterologists and rheumatologists Eur J Clin Pharmacol (2003) 59: 685–688

23. Marc C. Hochberg, COX-2 Selective Inhibitors in the Treatment of Arthritis: A Rheumatologist Perspective *Current Topics in Medicinal Chemistry* 2005, 5, 443-448

24. KEAN. F, BUCHANAN W. The use of NSAIDs in rheumatic disorders 2005: a global perspective *Inflammopharmacology*, Vol. 13, No. 4, pp. 343–370 (2005)

24. El Miedany Y, Youssef S, Ahmed I, El Gaafary M. The gastrointestinal safety and effect on disease activity of etoricoxib, a selective cox-2 inhibitor in inflammatory bowel diseases. 2006 Feb;101(2):311-7.

25. Cannon CP, Curtis SP, FitzGerald GA, Krum H, Kaur A, Bolognese JA, Reicin AS, Bombardier C, Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison. 2006 Nov 18;368(9549):1771-81.

26. Baraf HS. Efficacy of the newest COX-2 selective inhibitors in rheumatic disease. 2007;13(22):2228-36.

27. Wong M, Jiang BY, McNeill K, Farish S, Kirkham B, Chowienczyk P. Effects of selective and non-selective cyclo-oxygenase inhibition on endothelial function in patients with rheumatoid arthritis. 2007 Jul-Aug;36(4):265-9.
28. Pavelka K. Symptomatic treatment of osteoarthritis: paracetamol or NSAIDs?, 2004 Oct;(144):5-12.
29. Kirstin Stricker, Sue Yu, and Gerhard Krammer, A 6-week, multicentre, randomised, double-blind, double-dummy, active-controlled, clinical safety study of lumiracoxib and rofecoxib in osteoarthritis patients, 2008; 9: 118.
30. Bombardier C, Laine L et al. Comparisson of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. NEJ Med 2000; 343(21): 1520- 1528.

## ANEXOS

### ANEXO 1.

Tabla 1

**Frecuencia de los efectos adversos de los aines cox 2 selectivos reportados en diferentes países.**

País	frecuencia	Artículos
E.E.U.U.	5 - 12%	15
España	4 - 7%	3
Francia	6 - 10%	2
Canadá	5 - 9%	2
Arabia saudita	4%	1
Holanda	8%	1
Inglaterra	6 - 10%	2
China	6%	1
Alemania	9%	1
Taiwán	3%	1
Brasil	5%	1

### ANEXO 2

Tabla 2.

**Efectos Adversos de los aines cox 2 selectivos reportados en la literatura**

Efecto adverso	patología	edad	frecuencia
Gastro-intestinal	Úlceras Inf. H. pilory	Adulta	43 %
Cardio-vascular	Hipertensión arterioesclerosis	Adulta	30 %
Renal	Síndrome Nefrotico	Adulta	12 %
Hepáticos	Insuf. hepatica	Adulta	9 %
hematológicos	Trombo- embolismos	Adulta	6 %

### ANEXO 3.

Matriz bibliográfica

TITULO	REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	POBLACION	METODO	RESULTADOS	RESUMEN
Celecoxib versus diclofenac long-term management of rheumatoid arthritis: randomised double-blind comparison	Department of Rheumatology and Rehabilitation, University of Leeds, Leeds, UK (P)	estudio doble ciego, doble simulación, aleatorizado	655 pacientes con artritis reumatoide del adulto de una duración mínima de 6 meses	Este estudio fue un estudio doble ciego, doble simulación, aleatorizado, juicio paralelo. Los pacientes fueron asignados por computadora al azar Unos para 200 mg de celecoxib (GD Searle & Co, Skokie, IL, EE.UU.) o diclofenaco SR 75 mg Voltaren 75 de liberación lenta, dos veces al día. Los medicamentos eran idénticos en apariencia. Los pacientes fueron retirados del estudio por violación del protocolo o incumplimiento, signo o síntoma adverso, o si se perdió el seguimiento. Los investigadores tenían la libertad de retirar los pacientes de la estudio en cualquier momento si su artritis no mejora o empeora (Fracaso del tratamiento). Se evaluó el cumplimiento del tratamiento contando el número de cápsulas de botellas devueltas. El uso de anticoagulantes, los AINEs (incluyendo ácido acetilsalicílico a dosis bajas) fue prohibido durante el estudio.	430 pacientes sometidos a endoscopia (celecoxib n = 212, n = 218 diclofenaco). Los dos fármacos fueron similares en gestión de dolor de la artritis reumatoide y la inflamación. las úlceras gastroduodenales se detectaron mediante endoscopia en 33 (15%) pacientes tratados con diclofenaco y en ocho (4%) en el grupo de celecoxib. La tasa de retirada de eventos adversos gastrointestinales relacionados, con más frecuencia dolor abdominal, diarrea y dispepsia, fue casi tres veces mayor en el grupo tratado con diclofenaco que en el celecoxib grupo. celecoxib mostró sostenida acción antiinflamatoria y actividad analgésica similar a diclofenaco, con una menor frecuencia de ulceración gastrointestinal superior o efectos adversos gastrointestinales, y la tolerabilidad fue mejor.	Se comparó la eficacia, seguridad y tolerabilidad a largo plazo el tratamiento con celecoxib, un inhibidor de la COX-1 preservación de la COX-2, con diclofenaco, un inhibidor de la COX no específicos. 655 pacientes con artritis reumatoide del adulto de una duración mínima de 6 meses fueron asignados al azar oral 200 mg de celecoxib dos veces al día o diclofenaco SR 75 mg dos veces al día durante 24 semanas. La actividad anti-inflamatoria y analgésica y la tolerabilidad fueron evaluados al inicio del estudio, cada 4 semanas, y en la semana 24. Se evaluó la seguridad gastrointestinal endoscopia gastrointestinal superior dentro de los 7 días de la última dosis de tratamiento en los centros de los que el procedimiento estaba disponible. El análisis fue por intención de tratar.
Randomised	Division of	estudio	150	Estudio de la población	Etoricoxib demostró una	Para evaluar la seguridad y

<p>double blind trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis</p>	<p>Rheumatology, University of Pennsylvania School of Medicine and Department of Veterans Affairs Medical Center, Philadelphia, PA 19104, USA,</p>	<p>comparativo aleatorizado a doble ciego</p>	<p>pacientes 142 hombres y ocho mujeres (75 pacientes por grupo de tratamiento o de 18 años o más que presentan diagnóstico clínico de la gota aguda dentro de las 48 horas del inicio</p>	<p>Los pacientes elegibles fueron mayores de 18 años con la gota aguda (aparición de un plazo de 48 horas) asociadas a un dolor moderado, grave o extremo y el cumplimiento de los criterios de la Asociación Americana de Reumatología para el diagnóstico de gota aguda, sin alteraciones clínicamente significativo o un recuento normal de sangre completa y de creatinina en suero obtenido antes de la dosificación. Se excluyeron los pacientes si tenían la gota poliarticular agudo que participaron más de cuatro articulaciones, una enfermedad médica concurrente o artríticos que podrían confundir o interferir con la evaluación de la eficacia, o una condición médica inestable, incluidos los antecedentes que contraindiquen el uso de indometacina, un historial de cáncer durante los últimos cinco años, o una historia de eventos cerebrovasculares, infarto de miocardio o revascularización coronaria en el año anterior. También se excluyeron los pacientes que toman corticoides el plazo de un mes antes de la asignación al azar o tomando anticoagulantes, ticlopidina, clopidogrel, o digoxina. Nos permite a los pacientes a continuar (sin cambio de dosis), dosis bajas de aspirina (325 mg al día), si se toma alopurinol durante al menos dos semanas antes de la aleatorización, y la colchicina (1,2 mg al día) si se toma en una dosis</p>	<p>eficacia comparable a la indometacina. evaluación de los pacientes de dolor en la articulación del estudio (0-4 punto de escala de Likert, dolor AUNO, UA, dolor Áúextreme, UA) durante los días 2-5 mostró una mínimos cuadrados cambio medio desde el inicio de, a<sup>1</sup>1.72 (95% intervalo de confianza, a<sup>1</sup>1.90, a<sup>1</sup>1.55) para etoricoxib y, a<sup>1</sup>1.83 (, a<sup>1</sup>2.01 que, a<sup>1</sup>1.65) de indometacina. La diferencia entre ambos grupos cumplieron con los criterios predefinidos comparabilidad. Todos los puntos de la eficacia de otros fines, incluidos los que reflejan la reducción en la inflamación y la analgesia, siempre una prueba que corrobora la eficacia comparables. alivio significativo del dolor era evidente en la primera medición, 4 horas después de la primera dosis de tratamiento. análisis preespecificados de seguridad reveló que las experiencias adversas relacionadas ocurrieron significativamente con menor frecuencia con etoricoxib (22,7%) que con indometacina (46,7%) (P = 0,003), aunque en general las tasas de acontecimientos</p>	<p>eficacia de etoricoxib, un selectivo de la ciclooxigenasa-2 inhibidores, en comparación con la indometacina en el tratamiento de la artritis gotosa aguda. Aleatorios, doble ciego, controlado comparador activo. 43 centros ambulatorios de estudio en 11 países. Los participantes 142 hombres y ocho mujeres (75 pacientes por grupo de tratamiento) de 18 años o más que presentan diagnóstico clínico de la gota aguda dentro de las 48 horas del inicio. Intervenciones Etoricoxib 120 mg administrado por vía oral una vez al día frente a indometacina 50 mg vía oral tres veces al día, tanto durante 8 días Principales medidas de resultados 'Evaluación del dolor en el estudio conjunto sobre los días 2 a 5 (objetivo primario), los investigadores pacientes y las evaluaciones de los pacientes global de respuesta al tratamiento y la sensibilidad del estudio.</p>
---	--	---	--	--	--	--

			<p>estable de más de 30 días antes de la aleatorización . No se permiten que los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos el plazo de 48 horas antes de las evaluaciones iniciales o analgésicos como la aspirina, el plazo de seis horas antes de las evaluaciones iniciales y la duración del ensayo.</p> <p>Diseño del estudio Este fue un estudio aleatorizado, doble), estudio comparativo con controles activos. todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito antes de la participación. Los pacientes fueron examinados y, si es elegible, al azar inmediatamente (día 1), de acuerdo con un esquema de asignación generados por computadora proporcionada por el patrocinador, para recibir la administración oral de etoricoxib 120 mg una vez al día o indometacina 50 mg tres veces al día. Los pacientes tomaron una tableta de etoricoxib o placebo de la botella una vez al día por la mañana y una cápsula de indometacina o placebo de la botella B tres veces al día. La asignación al tratamiento se estratificó para la gota aguda monoarticular o poliarticular. Todos los pacientes completaron las evaluaciones de dolor todos los días y regresó a la clínica en los días 2, 5, y 8 para la evaluación por el investigador, sino que también regresó 14 días después de la última dosis para una visita posterior estudio.</p>	<p>adversos fueron similares entre los dos grupos de tratamiento. Conclusión Etoricoxib 120 mg una vez al día proporciona un tratamiento rápido y eficaz para la artritis gotosa aguda comparable a indometacina 50 mg tres veces al día. Etoricoxib fue en general seguro y bien tolerado en este estudio.</p>	
--	--	--	---	---	--

				<p>Evaluación de la eficacia Eficacia puntos finales incluidos "evaluación del dolor en la articulación de estudio (objetivo primario) y de los investigadores pacientes evaluaciones de sensibilidad, hinchazón y eritema. Se evaluaron los signos vitales y observó efectos adversos en todas las visitas. Los investigadores evaluaron los efectos adversos para la intensidad, la seriedad, y su relación con el medicamento del estudio cegados a la asignación del tratamiento.</p>		
<p><b>Cardiovascular Risk Profile of Antirheumatic Agents in Patients with Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis</b></p>	<p>Department of Rheumatology, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands 2 Jan van Breemen Institute, Amsterdam, The Netherlands 3 Slotervaart Hospital, Amsterdam, The</p>				<p>Los AINE nueva, que es la COX-2 inhibidores, ofrecen pocas ventajas sobre los AINE convencionales en el paciente con artritis con enfermedades cardiovasculares comorbilidad. Inhibidores COX-2 puede ser preferible más de los AINE convencionales en pacientes que no requieren la aspirina, ya que se asocia con menos gastrointestinales efectos adversos. No se sabe si Inhibidores COX-2 también puede ser preferible a convencionales AINE en combinación con un gastroprotector agente (misoprostol o una bomba de protones</p>	<p>nuevas drogas Varios se han convertido en disponibles para el tratamiento de pacientes con la artrosis y la artritis reumatoide (AR). Estos agentes incluyen selectiva ciclooxigenasa (COX) -2 inhibidores, la leflunomida y el factor de necrosis anti-tumoral (TNF) - antagonistas. Inhibidores COX-2 tienen un perfil más favorable efectos adversos gastrointestinales que los fármacos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE). Sin embargo, los inhibidores COX-2 también están asociados con la hipertensión, edema y insuficiencia cardíaca congestiva, los efectos adversos thewell conocido de</p>

	<p>Netherlands  Drugs  2002; 62  (11): 1599-1609  0012-6667/02/00  11-1599/\$30.00/0</p>				<p>inhibidor) en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de un AINE relacionados gastrointestinales efecto adverso. Sin embargo, la misma eficacia de la COX-2. Los inhibidores son los preferidos en vista de la administración conveniencia y, por lo menos en los Países Bajos, costos sustancialmente más bajos. La hipertensión es el único reportado cardiovasculares efecto nocivo para la leflunomida, y hasta ahora no importantes efectos adversos cardiovasculares sido reportados con el uso de antagonistas del TNF. Los estudios en curso se abordarán los efectos de leflunomida y corticoides sobre el metabolismo lipídico y otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con AR. Como la inflamación juega un papel central en la AR, así como en la enfermedad cardiovascular y el riesgo cardiovascular parece ser mayor en la AR, se puede esperar que la supresión efectiva de la inflamación en última</p>	<p>conventionalNSAIDs. Los pacientes con hipertensión arterial en tratamiento deben ser controlados regularmente cuando convencionales AINE o inhibidores de la COX-2 se administran. En la actualidad, existe una considerable debate sobre el riesgo de eventos cardiovasculares con la COX-2 inhibidores. La literatura no da respuestas inequívocas. Este asunto puede sólo puede resolverse mediante un juicio apropiado evaluar el riesgo cardiovascular de estos agentes. Los pacientes con RAappear tener un mayor riesgo cardiovascular que podría estar relacionado con un perfil lipídico desfavorable. Los corticosteroides inducen hypercholesterolaemia en otros pacientes que los pacientes con AR. Se ha demostrado recientemente que el total de y la lipoproteína de alta densidad (HDL) cholesterolwere baja en patientswithRAwho tenía una alta actividad de la enfermedad. Contrariamente a la expectativa, la terapia de</p>
--	--	--	--	--	---	--

					<p>instancia conducir a una disminución del riesgo cardiovascular en la AR. Las investigaciones en curso actualmente la investigación de estos temas.</p>	<p>combinación con prednisolona mejoró rápidamente el índice aterogénico (total / colesterol HDL).</p> <p>Los estudios en curso la investigación de este tema están en marcha.</p> <p>No se sabe hasta qué punto los corticosteroides inducen la hipertensión en pacientes con AR. Por lo tanto, abogamos por el control de la presión arterial en estos pacientes.</p> <p>Un pequeño porcentaje de pacientes con AR desarrollar hipertensión cuando se toma leflunomida, y no otros graves efectos adversos cardiovasculares se han reportado en la literatura. monitoreo de la presión arterial se recomienda especialmente en los primeros meses de tratamiento.</p> <p>TNF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> antagonistas están contraindicados en pacientes con AR que han congestiva insuficiencia cardíaca. N determinados efectos adversos cardiovasculares se han reportado con el uso de estos fármacos en el paciente no cardiovascular comprometida.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> antagonistas TNF</p>
--	--	--	--	--	---	--

						<p>themost son potentes fármacos anti-inflamatorios que se dispone actualmente. Como la inflamación desempeña un papel importante en la RAAS, así como en cardiovascular enfermedad y, en vista del aumento del riesgo cardiovascular en la AR, es tentador</p> <p>Esperamos que la supresión de la inflamación en última instancia, reducirá los sistemas cardiovascular morbilidad y mortalidad en pacientes con AR.</p>
<p>Randomized placebo-controlled trial comparing efficacy and safety of valdecoxib with naproxen in patients with osteoarthritis</p>	<p>The journal of family practice JUN: 2002. VOL 5. , NO, 6. PAG 537</p>	<p>estudio multicéntrico, aleatorizado, estudio doble ciego, controlado con placebo.</p>	<p>Estudio de la población Anibiilatc:) ry adultos que habían sido diagnosticados con moderada a severa osteoartritis de la rodilla según a la modificación criteri: i de la universidad americana de Riieumatcjlgy "" tenían derecho a[:] aiticiparc en el juicio. Los pacientes fueron recRiited de PRIMAR) 'la atención y reumatología "configuración de la especialidad. Los pacientes que habían puntuaciones ba.seline de al menos 40 mm en los pacientes Evaluación de la Escala Analógica Visual dolor de la artritis- (PAAP-EVA) y la línea base de los pobres resultados categóricos a muy pobre en el paciente (PaGAA) y</p>	<p>Características de los pacientes de referencia De TIIE 1.019 pacientes aleatorizados elegibles, un paciente aleatorizados a 10 mg / día de valdecoxib, de 1 a 21) tiig / valdecoxib día, y de 1 a 500 mg de naproxeno dos veces al día no tomó la medicación del estudio y vvere excluidos de los análisis de eficacia y seguridad. Los restantes 1.016 pacientes randomizados recibieron la medicación del estudio y fueron incluidos en el ITT cohorte en el que analiza la eficacia de todos los puntos finales se arrendaron. Un total de 269</p>	<p>Se comparó la eficacia y la upix-r gastroinlesEinai. seguridad de la ciclooxigenasa-inhibidor de 2 spetific valdecoxib con naproxeno y placebo en el tratamiento de moderado a. osteoartritis grave de la rodilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESTUDIO DHSIG N Este estudio multicéntrico, aleatorizado, estudio douhle-btind, controlado con placebo. ctmipared [Que la eficacia y la parte superior del tracto gastrointestiiiiial . Seguridad de valdecoxib en dosis de 5. 10. y 20 mg</li> </ul>	

			<p>(PhOAA) Mundial de Asse, Médico  ssments de la artritis  Se incluyeron. "" Cualquier suffedng  paciente inflammatoy  la artritis, la gota, la seudogota,  enfermedad de Paget, o  cualquier c: dolor hronic síndrome que  puede interferir.  evaluación de la rodilla Tjie Tndex fue  excluido de  el juicio. Los pacientes diagnosticados  de artrosis de la uilti  la cadera a la rodilla ipsilaterai índice,  la pata de ganso graves  bursitis, traumatismos articulares  agudos, o la pérdida completa de artic-  ular del cartilago en la rodilla Índice  IHC también fueron excluidos.  Los pacientes no fueron elegibles si  tenían activos gastrointestinales  la enfermedad, la ulceración del tracto  gastrointestinal 30  días antes del juicio, un trastorno  hemorrágico significativo,  o un historv 'de surgerv gástrica o  duodenal. Los pacientes  con un esófago. canal gástrico, ^ PYK  ric, o duodenal  úlceras o una puntuación de al menos  10 para csophageal,  gástrica. t) r dutxienal erosiones en el  pretratamiento  examen de endoscopia también fueron  excluidos.  Diseño del estudio  mukicenter Tliis, aleatorizado, doble  ciego, placebo-  contr (J! LCD en comparación sttidy</p>	<p>pacientes se retiraron  antes de que finalice el estudio  debido al fracaso del  tratamiento,  preexistentes violaciones  protocolo, incumplimiento,  o signos y síntomas negativos,  o se perdieron  para el seguimiento: 74  pacientes en el grupo placebo,  de 39 años  en el grupo de valdecoxib de 5  mg, 56 en el 10-tng  valdecoxib, de 44 años en el  valdcccxxib de 20 mg  grupo, y 56 en el grupo de  naproxeno LHE. La parte  superior  cohorte del tracto  gastrointestinal ITI 'compuesto  por 908  pacientes que se incluyeron en  el tracto gastrointestinal  superior  análisis de las vías de  seguridad. iMore que 90'Xi de  pacientes incluidos en el  estudio se evaluó su  la artrosis de pobre a muy  pobre según la evaluación de  línea de base puntuaciones  PaGAA. groitps Treatntent se  homogénea con respecto a la  demografía, vital  signos, la historia clínica, y  todas las artritis de referencia  evaluaciones (Cuadro 1),  Eficacia</p>	<p>una vez al día con placebo y  naproxeno en el tlosage  de 500 mg dos veces al cially.  • i'O P LI L ATTO Nosotros N  incluyeron pacientes que  hathi sido diagnosticado con  moderada a grave  osteoaitthritis de la rodilla  según la modifietyl  criterios del Colegio  Americano de Reumatología.  • C) I. C T R O M, S i M, A, S  11 R V. D del Paciente  contra del médico Cilobal  Evaluación de la artritis  (FaCiAA, PhGAA), Evaluación  del paciente de la artritis  Escala Analógica Visual del  dolor-(PAAF-VAS), y  Western Ontario y McMaster  UNIVERSIDADES I ^  índices (WOMAC) La  osteoartritis se evaluaron en  línea de base y en las  semanas 2, 6, y 12. Del  aparato digestivo superior  ukeration se evaluó antes y  endoscopias po.sttreatment.  • RHS r L'i'S Vaclecoxib 10 y  20 mg una vez al día  (liut no 5 mg una vez al día)  demostró una eficacia similar  al naproxeno en SOO mg dos  veces al día, y los 3  ckxsages fueron superiores al  placebo para la AGAA ^ i,  PAAP PhGAA,-EVA, y  osteoartritis WOMAC</p>
--	--	--	---	---	---

			<p>eficacia morir y la seguridad del tracto gastrointestinal superior de valdecoxil:) en dosis de S, 10. y 20 mg una vez al día con placebo y el naproxeno en dosis de 500 mg diarios tu'ice en osteoarthritis reliquia he aquí \-ción moderada severa de la rodilla. W El juicio "como condLicted en 85 centros en tlie Estados Unidos y Canatia, de conformidad con la principios de buenas prácticas clínicas y la Declaración de Helsinki. Los pacientes elegibles fueron aleatorizados a los grupos de tratamiento y auto-administrado medicamentos sttidy oi-al. Los pacientes fueron asignados al azar a estudio de tratamiento en el orden en que fueron matriculados en THT-estudio mediante el uso de un tratamiento secuencia que se determinó por un Searie preparados randomizatkin generada por ordenador horario. Los pacientes recibieron tiieir asignado. Medicamentos en estudio botellas con la etiqueta A y B de acuerdo con la asignación al azar sehedule. Personal de los centros sttidy realizado a cabo las evaluaciones y se quedó ciego a lo largo de Azulejo sttidy. Los pacientes elegibles</p>	<p>El menor cambio tnean cuadrados en el PaGAA fue significativamente la mejora en la mayoría de asse.ssmments en respuesta a valdecoxib (10 y 20 mg / día) y 500 mg naproxeno dos veces al día en comparación con el placebo (Tabla 2). Sin embargo, el improvenieni en valdecoxib he aquí la respuesta 5 mg una vez al día no alcanzó significación stati.stical (Cuadro 2). Mejoras significativas en LHE PhGAA se observaron en respuesta a valdecoxib y naproxeno en todas las evaluaciones (Talile 2). 'Dcjsages llie de 20 valdecoxib tng-'day y 500 mg naproxeti dos veces al día se asoció witii una reducción en el dolor, según la evaluación de resultados-tlie P.A.M 'EVA. Dolor reducción asociada con 5 y 10 mg / día de valdecoxib fue significativamente mejor que el i-ésimo que&gt; v 'jolacelxj en todos los asse.ssmments a excepción de la semana 12 (Tabla 2). Valdecoxib y mejora de los tratamientos naproxeno</p>	<p>los índices en las evaluaciones nosto todo el de 12 semanas estudio {P &lt;0,05). La incidencia (&gt; f endoscópicamente úlceras probada fue significativamente mayor en el naproxeno grupo que en el 5 - y valdecoxili IO-nig grupos, pero no en el grupo vaklecoxib 2 () mg. Todos los 3 dosis vaklecoxib eran comparables a placebcj en Incidencia de úlcera.</p> <p>• CONCLUSIONES Vaklecoxib (10 y 20 mg una vez al día) es significativamente superior a placebo, así como efectivo como el naproxeno (^ 00 mg dos veces al día) en mejorar mcxlerate a la osteoarthritis severa de tlie rodilla, Lipper de seguridad del tracto gastrointestinal de vaklecoxili (^ Y 10 mg) es similar a la del placebo y significativamente mejor que el tailandés de naproxeno.</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>fueron incluidos y discontinuados medicamentos para el dolor regular. Pacientes interrumpieron sus medicamentos normales, los siguientes</p> <p>plazos especificados antes de la línea de base endoscí, el API:</p> <p>AINE (incluyendo aspirina 100 mg en un do.s; IgE de &gt; 325 mg/día); U 'hora H, las inyecciones de corticosteroides en 4 semanas, Anti inyecciones intra-articulares de corticosteroid o hialuronato de sodio [antes (.). ns al 3 y 6 meses, respectivamente. El uso de golpes antiúlcero, incluyendo los bloqueadores de H<sub>2</sub>, inhibidores de la bomba de protones, misoprostol, y sucralfato. fue discontinuado en las 2-1 horas antes de la endoscopia línea de base.</p> <p>Eficacia de las evaluaciones</p> <p>Las evaluaciones de la artritis se hicieron las siguientes</p> <p>línea de base y en 2, 6, y 12 semanas o en la terminación anticipada después de disminuir las drogas de la línea de base.</p> <p>PhGA se midió en un punto a 5 categorías</p> <p>escala, donde 1 = muy bueno, 2 = bueno, 3 = justo, 4 = pobre, y 5 = muy pobre. La FA, AP ~ EVA</p> <p>mide en una escala de 0 hasta 100 mm, donde 0 = no</p>	<p>el dolor de WOMAC, Sciffness, función física, y</p> <p>Índices compuestos en comparación con el placebo a los 2, 6, y 12 semanas. Valdecoxib 20 mg / día y naproxeno 500 mg dos veces al día produce estadísticamente significativa cambios en las puntuaciones WOMAC Osteoarthritis durante el período de estudio de 12 semanas en comparación con placebo (<math>P &lt; 0,05</math>).</p> <p>WOMAC Las puntuaciones de dolor durante 10 valdecoxib mg fueron significativamente diferentes de los de placebo a las 2 semanas (<math>P &lt; 0,001</math>) pero no a 6 o 12 semanas. No hubo diferencias significativas señaló entre cualquiera de los tratamientos valdecoxib y naproxeno en cuanto a (mejora) en WOMAC índices.</p> <p>incidencias de resolución por tratamiento fracasado fueron 20% (95% de confianza interval [IC], [5-26.4]) en el grupo placebo; 8% (IC del 95%, 4.1-12.8), el 12% (IC del 95%, 7.1-17.1), y el 10% (95%) CL</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>             jxiin y 100 = más dolor severo. El Occidental Ontario Anti McMaster's me ". UNIVERSIDADES (WOMAC) Osteoarthritis índices incluyendo el dolor. Rigidez, I Función ^ FÍSICA, y compuesto se medido como se describió anteriormente. "           </p> <p>             Del aparato digestivo superior evaluaciones entkscopy l'ppcr tracr gastrointestinales se llevó a cabo plazo de 7 días befire la dosis stLidy primero y en la evaluación de 12 semanas o en terminatitin Eady si el palitmt retiró. Un cndt) SCOJ) y puede llevar a cabo al cualquier cal si el paciente experimentó syiiii ") toni.s sugerente &lt;. jl una Likcr. El endosct&gt;           </p> <p>             i) realizar tas de referencia Anti 12 wckc (a principios de terminación) evaluaciones permaneció blindcxl ihroughoLit la stutly. General de las evaluaciones de seguridad tcls clínicos de laboratorio se pcift) rinetl en el cribado. ba.seline. las semanas 2, 6. y 12, o principios de teniinatitin interino. y un Conii:) examinatitwi Lete ^ j ÍSICA fue   XTftM'mctI en el cribado Anti isiis v final. La incidencia de efectos adversos           </p>	<p>             6,3-15,2) en el 5 -, 10 - valdecoxib, y 2 () -mg/day grupos, y 6%) (IC del 95%, 3 (^ 10.9.) en el {50)-ción Los pacientes en el - Cuadro 3); iP naproxeno grupo &lt;0,05 grupo placebo se retiraron a un ritmo significativamente más rápido que los de LHE 4 grupos treatmetit activa (. P &lt;0.05), pero tiere hubo diffcrenees significativa en la retirada las tasas entre los 4 gi'oups treattmetit aaivo. Seguridad Valdecoxib y placelx) había comparables gastrointestinal superior las tasas de las vías ulceración, mientras que el naproxeno produjo una incidencia significativamente mayor de la parte superior úlceras en el tracto gastrointestinal que tenía 5 y K) mg valdecoxib y un placebo (P &lt;0,05). Tliere fueron 14 acijudicateci úlceras sintomáticas durante el estudio: 1 en la de 5 mg \ 'grupo aldecoxib, 2 en el valdecoxib 10 nig grupo. 3 en el grupo de valdecoxib 20 mg, y           </p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>Los eventos adversos que ocurren en el plazo de 7 días y graves acontecimientos adversos dentro de los 30 días de la dosis de la medicación se incluyeron en el análisis de seguridad.</p> <p>Los análisis estadísticos</p> <p>Una muestra de 200 pacientes por grupo de tratamiento se consideró suficiente para detectar una diferencia en la úlcera gástrica con un nivel de significación del 5% para el naproxeno, con un nivel de potencia del 80% y el tipo de error 1 En un nivel de significación de 0.017 durante 3 comparaciones con placebo). Homogeneidad de los grupos de tratamiento al inicio del estudio con respecto a la edad, altura, peso, duración de la osteoartritis. P / NAV-VAS, y WOMAC (Asteoarthritis) puntuaciones índice evaluó con el análisis de dos vías de la varianza, con el grupo y el centro como factores. Todos los grupos demográficos y las características basales se compararon con LHE de Cochran-Mantel-Haenszel (CMH), ajustado por edad y centro.</p> <p>Todas las evaluaciones de eficacia se realizaron con el sistema</p>	<p>7 en la TIIIE 50 ( ) Grupo de naproxeno-nig.</p> <p>Los eventos adversos con una incidencia de al menos 5% en cualquier grupo de tratamiento y los eventos adversos que a la retirada del estudio se resumen en el sistema en el cuadro 4. No eran significativas las diferencias en la incidencia de eventos adversos entre el grupo de valdecoxib y el grupo de placebo. En el contrario, 500 mg de naproxeno dos veces al día se asoció con eventos adversos significativamente más que 10 mg / día de valdecoxib (P &lt;0,05). La incidencia de los eventos adversos fue similar en los grupos de valdecoxib de 20 mg y los grupos de naproxeno. La mayoría de los eventos adversos fueron informados en el sistema gastrointestinal y consistían de dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, dispepsia, flatulencia y náuseas. La incidencia de estreñimiento, diarrea, flatulencia y fueron significativamente</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>modificada por intención de Crear (cohorte ITD utilizando los últimos observación realizada enfoque fot Vard ^. El ITT</p> <p>cohorte compuesta por todos los pacientes que fueron t ~ andomized y había tomado al menos una dosis de medicación del estudio.</p> <p>Los análisis de cambio medio desde la línea de base para PaGAA, PhGAA, PAAL EVA ^, y osteoarthritis WOMAC</p> <p>índices se realiza mediante análisis de ccjvariance,</p> <p>con tceatment y el centro de los factores y la</p> <p>La puntuación de referencia correspondientes como co \ 'ariatc.</p> <p>Painvise comparison.s de valdecoxib en dcisages de 10</p> <p>y 20 mg una vez al día frente a placebo fueron interpretados con el procedimiento Hochberg.</p> <p>"Primaity pares</p> <p>conipatisons se modificaron en el análisis estadístico</p> <p>plan antes de desenmascaramiento de datos para comparar con placebo con 10 Lind 20 mg de valdecoxib. n</p> <p>IXIT &lt;jt con t! es decir, 5 -</p> <p>mg de dosis. Para todas las demás comparaciones, 5 mg</p> <p>valdecoxib y placelx vs naproxeno), las diferencias</p> <p>Se consideró significativo si el painA'ise valores de P</p> <p>fueron menos tlian. OS. La incidencia de abandono debido</p>	<p>higiier en el grupo naproxeno que en el 5 -,</p> <p>10 -. y 20 mg de valdecoxib grupos, respectivamente.</p> <p>Otros efectos adversos incluyen lesiones accidenuil, dolor de cabeza, mialgia, y el tracto respiratorio superior infecciones. Vaklecoxib a 5 mg / día produjo una significativa una mayor incidencia de tiiyalgia que se</p> <p>placebo y valdecoxib a 20 nig / día produjo una</p> <p>incidencia significativamente inferior de las vías</p> <p>respiratorias superiores</p> <p>infecciones de las vías que el placebo. Los eventos adversos provocando la retirada con una incidencia de al menos 1%</p> <p>fueron lesiones accidentales, dolor abdominal, diarrea, dispepsia, náuseas función, abtiorrnal hepáticas, erupción cutánea,</p> <p>y blttred visión. La proporción de pacientes en el</p> <p>naproxeno grupo (12,7%) que se retiró de la</p> <p>. Estudio fue significativamente mayor que los de la Arena</p> <p>20 ~ nig valdecoxib (6,0% y 5,5%) grupos (/ • &lt;</p> <p>. OS), althoughi la incidencia de abandono debido a</p> <p>eventos adversos en el</p> <p>valdecoxib 10 mg y</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>a la falta de cumplimiento fue analizado por la exacta de Fisher prueba, y el tiempo para withdrawal en cada tratamiento grupo se analizó Lly prueba de log-rank y se traza con la línea límite de Kaplan-Meier de productos análisis de Lipper endoscópica del tracto gastrointestinal se performed en el estudio ^ UPJ tracto intestinal gastrc-&gt; población ITT. pacientes aleatorizados se incluyeron en este grupo si el paciente recibió al menos 1 dosis de estudio medicamentos y había sido objeto de pretreatment y endoscopias posttreatment. En general y painwise comparis (.) ns de la gastroduodenal, gástrico y duodeno! úlceras y erosiotis se as.sessed con la CMS</p> <p>test estratificado por center. The incidencia de efectos adversos eventos fue cotiipared entre groui tratamiento:) S con la prueba exacta de Fisher. Cambios en los signos vitales fueron ^ Frente BeTV 'grupos een treamient con un análisis de covariancc utilizando comparaciones de tratamientos por parejas, grupo de tratamiento Wilh como un factor y la línea base valor como covariable.</p>	<p>naproxeno grupos fueron similares, además, gastrointestinales eventos adversos comúnmente asociados Lo NSAIf&gt; tratamiento, como, dispepsia TS y constipation, se tiore frequent en el grupo tiaprofen que en el viiklecoxib y placebo groups.</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>Efficacy, tolerability, and upper gastrointestinal safety of celecoxib for treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: systematic review of randomised controlled trials</p>	<p>a Centre for Statistics in Medicine, Institute of Health Sciences, Headington, Oxford OX3 7LF b Pfizer Global Research and Development, Sandwich, Kent CT13 9NJ</p>	<p>Revisión sistemática de estudios aleatorizados</p>	<p>15 187 pacientes con osteoartritis o artritis reumatoide.</p>	<p><b>Métodos</b> Criterios de inclusión</p> <p>Para la evaluación de la eficacia se incluyeron ensayos controlados aleatorios si fueran doble ciego, con celecoxib en comparación con una dosis terapéutica licenciada durante al menos 12 semanas con placebo u otro AINE a dosis estándar (definida como aquella que dentro del rango recomendado en el Formulary4 Nacional Británico ) en pacientes con artritis reumatoide activa o artrosis, e informó de la eficacia, tolerabilidad, o los resultados de seguridad. Además, para investigar la seguridad de que consideró los datos sobre las dosis de celecoxib por encima de los recomendados para el tratamiento. comparaciones con placebo se incluyeron para demostrar la sensibilidad de los resultados de eficacia y para investigar la toxicidad gastrointestinal.</p> <p>Las medidas de resultado</p> <p>Se presentan los resultados de eficacia de los resultados de las universidades de Ontario Occidental y McMaster (WOMAC) índice de la osteoartritis para el dolor (puntuación de 0 a 20), rigidez (anotó 0-8), y la función física (puntuación de 0 a 68). Se utilizó el Colegio Americano de Reumatología (ACR-20) índice de respuesta y evaluación de la mejora en el número de articulaciones</p>	<p>Nueve ensayos controlados aleatorios fueron incluidos. Celecoxib y los AINE son igualmente efectivos para todos los resultados de eficacia. En comparación con los que tomaron otros AINE, en pacientes que toman celecoxib la tasa de retiros debidos a eventos adversos gastrointestinales fue de 46% más bajo (95% intervalo de confianza del 29% a 58%, NNT 35 en tres meses), la incidencia de úlceras detectables por endoscopia 71% más bajo (59% a 79%, NNT 6 a tres meses), y la incidencia de los síntomas de las úlceras, perforaciones, hemorragias y obstrucción fue de 39% inferior (4% a 61%, NNT 208 en seis meses). El análisis de subgrupos de pacientes que toman aspirina mostró que la incidencia de úlceras detectadas por endoscopia se redujo en un 51% (14% a 72%) en los celecoxib dado en comparación con otros AINE. La reducción fue mayor (73%, 52% a 84%) en los que no tomaban aspirina.</p> <p>Conclusión: El celecoxib es tan eficaz como otros AINE para el alivio de los síntomas</p>	<p><b>Resumen</b></p> <p>Objetivo: Determinar la eficacia, la seguridad gastrointestinal y la tolerabilidad de celecoxib (un ciclo-oxigenasa 2 (COX-2) inhibidor) utilizado en el tratamiento de la osteoartritis y la artritis reumatoide.</p> <p>Revisión sistemática de estudios aleatorizados que compararon el tratamiento por lo menos 12 semanas de celecoxib con otros medicamentos no esteroides antiinflamatorios (AINE) o un placebo y reportó la eficacia, tolerabilidad y seguridad. Los estudios clínicos identificados desde el fabricante y por la búsqueda de bases de datos electrónicas y evaluados de acuerdo a la inclusión y criterios predefinidos de calidad. Los datos combinados a través de los meta-análisis.</p>
---	--	---	--	--	--	---

			<p>dolorosas o sensibles e hinchadas para los ensayos de artritis reumatoide.</p> <p>tolerabilidad de la droga se evaluó teniendo en cuenta las tasas de abandono debido a eventos adversos, eventos adversos gastrointestinales y determinados acontecimientos adversos gastrointestinales en 12 semanas. la seguridad gastrointestinal se evaluó mediante la comparación de la incidencia de úlceras detectadas por endoscopia de rutina a los 12 y 24 semanas y la incidencia de úlceras sintomáticas, perforaciones, hemorragias y obstrucciones de hasta 24 semanas.</p> <p>Estudio de identificación</p> <p>El objetivo de incluir todos los ensayos aleatorios de celecoxib, independientemente de si o no se habían publicado. Se obtuvieron de los informes del fabricante de todos los patrocinados por la industria de ensayos controlados aleatorios que se completaron el 25 de mayo de 2000 y que el celecoxib en comparación con placebo u otros AINE en pacientes con osteoartritis y artritis reumatoide. También se realizaron búsquedas en Medline, Embase, Cochrane y los ensayos controlados registro a partir de 1998 a marzo de 2001 con el celecoxib términos de búsqueda, Celebrex, y el CP 58635.</p> <p>Evaluación de la calidad del ensayo</p>	<p>de la osteoartritis y la artritis reumatoide y ha mejorado significativamente la seguridad y la tolerabilidad gastrointestinal.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>La calidad de los ensayos se evaluó de acuerdo a criterios predefinidos. Para evaluar el potencial de sesgo se considera el método de asignación al azar, ocultamiento de la asignación, el cegamiento de los investigadores del ensayo y los pacientes, el cumplimiento del seguimiento y análisis según intención de tratar. Ver esta tabla: En esta ventana en una ventana nueva</p> <p>Características de los ensayos controlados aleatorios incluidos en la revisión Extracción de los datos</p> <p>Resumen de resultados de datos fueron extraídos de los informes del estudio original de la empresa ya que estos datos proporcionan más amplia que la que figura en la publicación revisada por pares literatura. JJD extrajeron los datos, que fueron controladas por bancos multilaterales de desarrollo. Se combinaron varios brazos de tratamiento con celecoxib en ensayos que asignaron al azar a más de una dosis. Síntesis de los datos</p> <p>Separa meta-análisis se llevaron a cabo para cada comparación y el resultado. Se analizaron los datos de eficacia por separado para la osteoartritis y la artritis reumatoide como las enfermedades se</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>manifiestan con diferentes niveles de dolor, rigidez e hinchazón y fueron evaluados en los ensayos con las medidas de resultado diferentes. Los datos sobre los pacientes aleatorizados para recibir 800 mg de celecoxib al día (por encima de la dosis recomendada) se incluyeron en los análisis de tolerabilidad y seguridad, pero se excluyeron de los análisis de eficacia. Se analizaron los datos de tolerabilidad y seguridad para las dos enfermedades juntas ya que no hay evidencia de una relación de causalidad entre la naturaleza de la enfermedad y los eventos adversos relacionados con el tratamiento, y la plausibilidad biológica de esta relación se considera bajo.</p> <p>Los datos dicotómicos se resumieron como riesgos relativos y combinado con el método de Mantel-Haenszel, los datos continuos se resumieron como diferencias en los medios y combinadas mediante el uso de la varianza inversa method.5 Todos los resultados se dan con intervalos de confianza del 95%. Se calcularon las estadísticas de la homogeneidad a la prueba de la conformidad de los resultados del ensayo con el general summary.5 meta-análisis, si se detectó una heterogeneidad significativa (<math>P &lt; 0.1</math>), también se calcularon los efectos aleatorios utilizando estimaciones DerSimonian y Laird method.5 Los análisis se llevaron a</p>		
--	--	--	--	--	--

				<p>cabo en Stata V6.0 con la macro Metan.</p> <p>Resultados de eficacia a las 12 semanas en ensayos controlados aleatorios de celecoxib frente a placebo y los AINE. D = diclofenaco 75 mg dos veces al día, yo = ibuprofeno 800 mg tres veces al día, N = 500 mg de naproxeno dos veces al día</p>		
<p><b>Adverse Events Associated with Rofecoxib Therapy Results of a Large Study in Community-Derived Osteoarthritis Patients</b></p>	<p>1 Department of Rheumatology, Groupe Hospitalier Pellegrin and Division of Therapeutics, Université Victor Segalen, Bordeaux, France</p> <p>2 Department of Rheumatology and Therapeutics, Hôpital Dupuytren, Limoges, France</p> <p>3 Department</p>	<p>2.896 pacientes (861 hombres y mujeres 2035) pacientes (21,8%) fueron de edad <math>\geq</math> 75 años. Hubo 913 pacientes (31,5%) con hipertensión y 151 (5,2%) con diabetes mellitus en el inicio del estudio, 78 pacientes (2,7%) tenía antecedente</p>	<p>Población y Métodos</p> <p>Un total de 2.957 pacientes con artrosis dolorosa de la rodilla o la cadera se incluyeron en un estudio para cuyo objetivo principal fue evaluar la influencia de las intervenciones no farmacológicas en el resultado de la artrosis. [10] El estudio fue un 24 semanas de abierto el juicio con un diseño 2 <math>\times</math> factorial 2 comparación de cuatro grupos: herramientas ejercicios herramientas y ejercicios ninguna intervención donde las herramientas fue un diario semanal, incluyendo la grabación del dolor (escala analógica visual de 100 mm [VAS 0-100]) y las actividades de desactivación (Western Ontario y McMaster osteoarthritis Universidades Índice subescala de función física [WOMAC]). Los pacientes discuten los datos con su reumatólogo en cada visita de seguimiento. Los</p>	<p>Resultados: Un total de 519 pacientes (17,9%) rofecoxib interrumpido. Las principales razones de retirada fueron dispepsia (4,4%), náuseas (2,4%) y mareos (2,1%). Las tasas de incidencia anual (IC del 95%) de los complicados y no complicados superior úlceras gastrointestinales, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular fueron 1,36 (0,76 a 2.23), 0,09 (0-0,50) y 0,45 (0,16-1,05), respectivamente.</p> <p>Conclusión: Este estudio, realizado en condiciones cercanas a la práctica diaria confirma que el uso de rofecoxib se asocia con una baja tasa de efectos adversos graves en pacientes con osteoarthritis.</p>	<p>Evaluar el perfil de seguridad de rofecoxib, un selectivo de la ciclooxigenasa-2 inhibidor, en pacientes con osteoarthritis que están recibiendo atención en no hospitalaria configuración de la práctica. Diseño: Todos los pacientes que participan en un grande de 24 semanas, de etiqueta abierta, no farmacológica ensayo de intervención recibieron rofecoxib para la osteoarthritis dolorosa de la rodilla o la cadera. Empezaron a una dosis de 12,5 mg una vez al día durante el primer mes, con la opción de aumentar a 25 mg diarios a partir de entonces, si es necesario para la eficacia. Los eventos adversos fueron monitoreados de cerca. Se consideraron todos los eventos adversos que se produjo durante el tratamiento y el plazo de 14</p>	

<p>of Rheumatology, Hôpital L'Archet, Nice, France 4 Department of Rheumatology, Centre Hospitalier Général, Bourges, France 5 Department of Epidemiology and Biostatistics, Hôpital Bichat, Paris, France 6 Department of Rheumatology, Hôpital Cochin, Paris, France</p>	<p>ntes médicos de la angina de pecho y / o infarto de miocardio</p>	<p>ejercicios consistían en a domicilio programas de ejercicio realizado diariamente con la ayuda de una cinta de vídeo y un folleto. En este estudio todos los pacientes recibieron rofecoxib con una dosis inicial de 12,5 mg una vez al día durante los primeros 4 semanas, con la opción de aumentar a 25 mg una vez al día después de su eficacia. Resultados de eficacia se evaluaron mediante una VAS 0-100 dolor escala, el WOMAC y una calidad de la calificación de la atención (0-100). La eficacia se evaluó solamente al final de el estudio con el fin de evitar cualquier interferencia con la evaluación de las "herramientas". El objetivo secundario (Que se reporta en este manuscrito) fue la evaluación del perfil de seguridad de rofecoxib. Los datos para el análisis de seguridad se obtuvieron de un total de 2.896 pacientes. El estudio fue aprobado por el Junta de Revisión Institucional para la Protección de Sujetos Humanos en el Hospital Cochin de la Universidad, París, Francia. Los pacientes entraron en el estudio después de leer y firmar un formulario de</p>	<p>días de suspensión de rofecoxib. Grupo de pacientes estudiado: 2.896 pacientes (861 hombres y mujeres 2035) participaron en el análisis de seguridad. Su media (<math>\pm</math> desviación estándar) fue de 66,8 (9,9) años, y 631 pacientes (21,8%) fueron de edad <math>\geq</math> 75 años. Hubo 913 pacientes (31,5%) con hipertensión y 151 (5,2%) con diabetes mellitus en el inicio del estudio, 78 pacientes (2,7%) tenía antecedentes médicos de la angina de pecho y / o infarto de miocardio. La media (SD) la duración del tratamiento con rofecoxib fue de 139 (62) días.</p>
--	--	---	--

				<p>consentimiento informado. La población de estudio fueron reclutados de los pacientes ambulatorios de las prácticas de los reumatólogos francés. Su principales características demográficas y clínicas en de referencia se presentan en la tabla I.</p> <p>Diseño del estudio  Los pacientes fueron elegibles si cumplen tanto clínicos y los criterios radiológicos para el diagnóstico de la artrosis ya sea de la rodilla o la cadera.</p> <p>Osteoartritis  estaba obligada a ser sintomático por lo menos 6 meses, y dolor en las articulaciones tenían que estar presentes por lo menos 14 días durante el mes anterior al examen. A medida que el pacientes incluidos en el estudio podría haber sido tanfirmado para llevar a cabo un programa de ejercicios, los con una historia reciente de infarto de miocardio se excluidos, al igual que pacientes con graves co-morbilidades (Neoplasias, enfermedades infecciosas, metabólicas inestable o enfermedad cardiovascular, del tejido conectivo enfermedad). Los pacientes con una contraindicación obvia para el uso de rofecoxib</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>(hipersensibilidad conocida a la droga, enfermedad gastrointestinal activa, insuficiencia hepática grave renal o trastorno) también fueron excluidos. Cualquiera que sea su grupo de tratamiento, los pacientes se les dio el rofecoxib a una dosis inicial de 12,5 mg una vez al día durante las primeras 4 semanas, con la opción de aumentar a 25 mg una vez al día a partir de entonces, si es necesario para la eficacia.</p> <p>Evaluación de la seguridad  El protocolo incluyó cuatro visitas de estudio. Además a la visita de selección, los pacientes fueron atendidos en las semanas 4, 12 y 24. Los eventos adversos fueron monitoreados en cada visita de prueba. Evaluación de la seguridad consistía de las investigaciones con respecto a cualquier signo o síntoma que un paciente puede haber experimentado, y física exámenes en cada visita. Otras investigaciones, incluyendo pruebas de laboratorio clínico y del tracto gastrointestinal superior endoscopia fueron realizados en la demanda.</p> <p>Los eventos adversos se define de acuerdo con la OMS. [11] Entre ellos cualquier adverso</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>suceso que estuvo presente durante el tratamiento, pero que no necesariamente tienen una relación de causalidad con este tratamiento. [11] Si la relación entre un evento adverso y rofecoxib se sospechaba y por lo menos plausible, a continuación, una adversa a los medicamentos caso se asumió. [12] Se consideraron todos los eventos que se produjeron durante el tratamiento y dentro de 14 días de la suspensión de rofecoxib. Se suponía que los pacientes en contacto con su médico si cualquiera graves evento ocurrió después de la semana 24.</p>		
<p>Modelling Therapeutic Strategies in the Treatment of Osteoarthritis</p>	<p>Department of Management, University of St Andrews, St Andrews, Fife, UK</p>		<p>Un modelo de decisión de minimización de costes se utilizó para identificar el tratamiento más bajo costo de medicamentos en el tratamiento de los pacientes con osteoartritis (meloxicam en comparación con diclofenaco y piroxicam). Este enfoque asume que los resultados de las distintas opciones y estrategias son similares. [21,22] Aunque es generalmente aceptado, y Se ha demostrado, que todos los AINE utilizados en la estudio son igualmente eficaces, [19,20] reoether su seguridad</p>		<p>Evaluar la eficiencia económica de meloxicam, (COX) -2 inhibidor selectivo, frente a diclofenaco y piroxicam en el Reino Unido para el tratamiento de pacientes con osteoartritis y el impacto en el presupuesto del NHS de sustitución de los AINE no selectivos con meloxicam. Métodos y la perspectiva: Un modelo analítico de decisión para comparar la efectos del tratamiento de 4 semanas de la artrosis con meloxicam (7.5 mg / día),</p>

				<p>red de una cuestión importante como el impacto eventos adversos en la calidad de vida del paciente. Por desgracia, hay ni estudios a largo plazo ni las puntuaciones de utilidad disponibles con el fin de llevar a cabo una cost-effectiveness/utility analysis. En consecuencia, se utilizó una de minimización de costes enfoque.</p>		<p>diclofenaco (100 mg / día) y piroxicam (20 mg / día). El árbol de decisión se obtenidos por la combinación de las mejores prácticas y la realidad clínica. El análisis fue desde la punto de vista del NHS. El estudio considera sólo los costes directos. Estos costos incluyen para la adquisición de medicamentos y la gestión de todos los eventos adversos, tanto gastrointestinales graves eventos que requieren hospitalización.</p>
<p>A Randomised, Double-Blind, Clinical Trial Comparing the Efficacy of Nimesulide, Celecoxib and Rofecoxib in Osteoarthritis of the Knee</p>	<p>1 Department of Pharmacology, School of Medicine, University of Milan, Italy 2 Rheumatology Unit, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Varese, Italy</p>	<p>A Randomised, Double-Blind, Clinical Trial</p>	<p>Se incluyó a 31 pacientes : 3 hombres y 28 mujeres. La edad media fue de 69,0 años (SEM 1.18, rango 53 a 80 años)</p>	<p>La eficacia analgésica se determinó mediante la evaluación del paciente del dolor en una escala analógica visual (EAV) y por el alivio del dolor total de más de 3 horas (TOPAR3) en los primeros y últimos días de tratamiento. Además, la eficacia analgésica y global tolerabilidad fueron determinados por una evaluación global del paciente al final de cada semana de tratamiento, utilizando escalas categóricas de 5 puntos. Al final del estudio, cada paciente se le preguntó sobre cuál de las tres formas de tratamiento que se elija como continuación de la terapia del dolor.</p>	<p>Teniendo todos los resultados en consideración, la nimesulida demostró ser significativamente más eficaz en el alivio sintomático de lo celecoxib y rofecoxib. Por otra parte, la nimesulida un alivio más rápido del dolor asociado con caminar que los otros dos drogas probadas. Los pacientes expresaron su preferencia similar para nimesulida y rofecoxib, pero una menor preferencia por el tratamiento con celecoxib. Ningún paciente se retiraron del estudio debido a eventos adversos y los tres diferentes formas de tratamiento fueron en general</p>	<p>El dolor articular es la principal queja de los pacientes afectados por la osteoartritis (OA), y Los AINE se utilizan comúnmente para tratar el dolor asociado con la OA. Durante los últimos inhibidores de años, la ciclooxigenasa (COX)-2-selectivos han demostrado tener ciertas ventajas sobre los AINE no selectivos y han sido cada vez más utilizado para el dolor gestión en los pacientes con OA. Objetivo: El objetivo principal de este estudio aleatorio, doble ciego, en el mismo paciente</p>

					segura y bien tolerada. Conclusión: Los datos confirman nuestras observaciones previas en pacientes con la artritis reumatoide, lo que sugiere que la nimesulida representa un agente eficaz para el tratamiento del dolor en las articulaciones, con especial referencia a la rápida aparición de sus efecto analgésico.	fue comparar la eficacia analgésica de tres inhibidores COX-2 en 30 pacientes afectados por la OA sintomática de la rodilla. Se evaluaron los efectos de la nimesulida oral (100 mg), celecoxib (200 mg) y rofecoxib (25 mg). Cada medicamento se administró durante 7 días.
Inhibition of PGE2 Production by Nimesulide Compared with Diclofenac in the Acutely Inflamed Joint of Patients with Arthritis	1 Department of Rheumatology, St Vincent's University Hospital, Dublin, Eire 2 Department of Clinical Pharmacology, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Eire		20 pacientes fueron asignados al azar a los grupos para recibir (n = 10) o nimesulida diclofenaco (n = 10).	Serie de muestreo del líquido sinovial, sangre entera y plasma se realizó al inicio del estudio y 0,5, 1, 2, 3 y 4 horas después de la administración del fármaco. Tejido sinovial se obtenidos por biopsia con aguja a la finalización del período de estudio. De líquido sinovial Prostaglandina E2 (PGE2) se midió por inmunoensayo enzimático. COX-1 y COX-2 actividades en la sangre entera fueron estimadas por la B2 suero tromboxano (tromboxano B2) y endotoxinas inducida por concentraciones de PGE2, respectivamente. Tejido sinovial de la COX-1 y COX-2 mRNA y la expresión de proteínas se estudiaron por la transcriptasa inversa reacción en cadena de la polimerasa y la inmunohistoquímica, respectivamente. Veinte pacientes con inflamación	Resultados: Los pacientes fueron asignados al azar a los grupos para recibir (n = 10) o nimesulida diclofenaco (n = 10). La media ( $\pm$ SEM) la concentración plasmática de PGE2 en el grupo nimesulida se redujo de 24,45 $\pm$ 2,71 ng / ml al inicio del estudio a 1,74 $\pm$ 2,71 ng / ml a las 2 horas. Diclofenac también inhibió la PGE2, pero en un punto más adelante (28,15 $\pm$ 2,86 ng / ml al inicio y 0,85 ng $\pm$ 2,86 / ml a las 4 horas). La media ( $\pm$ SEM) la concentración del líquido sinovial de PGE2 fue de 319 $\pm$ 89 pg / ml antes de tratamiento, se mantuvo inalterada en 4 horas después de la administración de nimesulida o diclofenaco (235 $\pm$ 72 pg / ml). Por el contrario, en seis	Resumen Objetivo: la ciclooxigenasa (COX) existe en dos isoformas, la COX-1 and COX-2. COX-Uno es responsable de las funciones homeostáticas, whereas COX-2 es inducible y responsable para los efectos inflamatorios de las prostaglandinas. Nimesulide, un inhibidor selectivo de COX-2, se ha demostrado para aliviar el dolor rápidamente en la artritis. Se examinó el efecto de nimesulida sobre la formación de prostaglandinas en la artritis, para evaluar si este compuesto ganancias el acceso al sitio de la inflamación y si esto es necesario para la analgesia. Diseño del estudio: Se trata de una sola dosis, doble ciego,

				<p>aguda de la rodilla en un fondo de la artritis de todo tipo completaron el estudio.</p>	<p>pacientes que recibieron a largo plazo el tratamiento con nimesulide o un AINE no selectivos, sinovial PGE2 fue de 61 _ 24 pg / ml, lo que sugiere que la inhibición de la formación de prostaglandinas sinovial se retrasa en comparación con la del plasma. Nimesulida causó una inhibición parcial de tromboxano B2 en suero (un disminución de una media de 268 _ 24 ng / mL a una de 164 _ 27 ng / ml a las 2 horas), mientras que el diclofenaco tuvo un mayor efecto (una disminución de 224 _ 33 ng / ml, para 76 _ 27 ng / ml a las 3 horas). Conclusiones: La nimesulida, un inhibidor de la COX-2 selectivos, tiene un inicio de acción rápido en el compartimiento de la sangre, con la inhibición temprana de la producción de PGE2, un índice de la COX-2 actividad. Por el contrario, presenta un retraso en el logro de las concentraciones terapéuticas en el líquido sinovial. Por lo tanto otros factores que la inhibición local de prostaglandinas puede explicar</p>	<p>doble simulación, de grupos paralelos estudio de 100 mg de nimesulida en comparación con 50 mg de diclofenaco.</p>
--	--	--	--	--	---	---

					el rápido inicio de la analgesia que se asocia a la nimesulida, incluida una posible mecanismo central de alivio del dolor.	
Clinical Experience with Specific COX-2 Inhibitors in Arthritis	<i>Department of Internal Medicine, Division of Rheumatology, University of Michigan, Ann Arbor, MI 48019 USA</i>				En resumen, específicos de la COX-2 inhibidores de la representan un importante avance conceptual en terapia para los pacientes con artritis. A pesar de que hay expectativa de una mayor eficacia, los ensayos clínicos demostrar que la eficacia es comparable a no selectivos AINE. Los ensayos clínicos también demuestran una reducción de la endoscopia gastroduodenal ulceración. Aunque el número absoluto de eventos son bajos para los eventos gastrointestinales clínicamente importantes, los datos sugieren una reducción paralela de las perforaciones, úlceras sintomáticas, y sangra. En los próximos varios años, el uso de determinados inhibidores COX-2 en un gran número de pacientes ayudará a definir el la biología de la COX-2. La magnitud de este avance en el tratamiento de las enfermedades reumáticas aún no se ha	El mecanismo de acción de la aspirina y los no relacionados químicamente medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) es la inhibición de prostaglandinas (PG) de producción debido a la interferencia con la actividad enzimática de la ciclooxigenasa (COX). Estos agentes han sido utilizados como tratamiento eficaz para la artritis. La reconocimiento de que la isoforma inducible de la COX-2 se asocia con inflamación y artritis llevó a la hipótesis de que las PGs producidas por una vía de la COX-2-dependientes fueron responsables de la inflamación, el dolor y la destrucción del tejido. Dado que la COX-1 constitutiva enzima fue identificado como responsables de la gastroprotección y la inhibición de la función plaquetaria, el potencial de los compuestos que se eficaz y más seguro que los AINE llevó a un rápido

					determinarse con precisión, pero el desarrollo de específicos de la COX-2 inhibidores pueden ofrecer importantes nuevas opciones de tratamiento para muchos pacientes.	desarrollo de los agentes que inhiben específicamente la COX-2. Estos agentes han sido probados y aprobados para su uso por los EE.UU. Food and Drug Administration para pacientes con osteoartritis y artritis reumatoide. Se ha demostrado igualmente eficaz para AINE comparador. Más importante aún, hay una reducción de 3,5 veces en la incidencia de la endoscopia úlceras gastroduodenales y los primeros datos que sugieren una reducción similar en importancia clínica perforaciones, úlceras sintomáticas, y sangra. En los pacientes con artritis en riesgo de gastrointestinales complicaciones de los AINE, inhibidores específicos de la COX-2 proporcionan una forma eficaz y segura al parecer de agente anti-inflamatorio.
Impact of selective cyclooxygenase-2 inhibitors on anti-ulcer medication and non-steroidal	<i>^Rheumatology Department, Royal Newcastle Hospital, Newcastle and ^Departme</i>		458 pacientes de reumatología	Marco y población de estudio Grupos de 52 pacientes que acudieron consecutivamente privado salas de consulta de los reumatólogos, un hospital universitario reumatología clínica y un grupo de comparación de la dermatología pacientes de la clínica fueron encuestados en tres ocasiones	Cuatrocientos cincuenta y ocho pacientes fueron estudiados. Desde los 3 meses posteriores a la liberación de los 3 meses después de la PBS, un período de 13 meses, la COX-2 en el uso pacientes de reumatología ha	Antecedentes: Los medicamentos anti-inflamatorios son los tratamiento más común para la enfermedad reumática en Australia. En los últimos años hemos visto un gran aumento en el uso

<p>anti-inflammatory drug use in patients with rheumatic disease F. F. JOSHUA,<sup>1</sup> S. P. OAKLEY<sup>^</sup> and G. A. MAJOR<sup>'</sup></p>	<p><i>nt of Rheumatology, St George Hospital, Sydney, New South Wales, Australia Internal Medicine Journal 2004; 34: 153-161</i></p>		<p>distintas. Se recolectó información sobre edad, sexo, seguro situación, historia de tabaquismo, las enfermedades reumáticas diagnóstico, medicamentos utilizados, recetas de medicamentos COX-2 selectivos, úlcera y la historia gastroscopia, historia de hemorragia digestiva, perforación o cirugía y la Presencia de enfermedades del corazón. Toda la información obtenida se sobre la base del recordatorio de los pacientes. uso AUM se definió como el uso de al menos 4 días de la semana de un inhibidor de la bomba de protones (IBP), H2-bloqueador del receptor o análogo de la prostaglandina. Métodos estadísticos Los datos recogidos se compararon en el plazo de tres períodos y en los tres grupos. Demografía y tendencias se resumieron en porcentajes, y las tendencias de utilización de los medicamentos por los pacientes de reumatología se comparación con las tendencias en el uso de medicamentos por parte de Dermatología pacientes. En los pacientes de reumatología, la asociación entre uso de los inhibidores COX-2, los</p>	<p>pasado del 18 al 57%. De nuevo prescripción de selectivos de la COX-2 inhibidores pasó de 42 a 61%. Durante el mismo período Fue una caída en ambos AINE (43-20%) y el uso AUM (41 a 27%). Ni selectivos de la COX-2 inhibidores, ni prescripción de AINE se relaciona con factores de riesgo para gastrointestinal (GI) complicaciones, pero el uso AUM se correlaciona fuertemente con las historias de gastroscopia, ulceración gastrointestinal o hemorragia GI. El incremento estimado de la costo del tratamiento fue de \$ 1 033 002/10 000 pacientes por año. El costo neto por graves eventos GI fue impedido \$ 71 736, en comparación con el costo normal de tratamiento de 2.004 dólares. Conclusiones: Entre los pacientes de reumatología, selectiva Inhibidores COX-2 se han sustituido en gran medida los AINE y han dado lugar a una reducción en el consumo de</p>	<p>selectivos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) inhibidores. Predictores de uso, costos y beneficios de los nuevos medicamentos no han sido evaluadas. Objetivos: determinar las tendencias en el selectivo de la COX-2 inhibidores, medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) y medicamento contra la úlcera (AUM) después de la prescripción introducción de selectivos de la COX-2 inhibidores, para determinar predictores de selectivos de la COX-2 inhibidores, AINE y AUM prescripción y para realizar una evaluación limitada de los costos y beneficios asociados con la introducción de selectivos de la COX-2 inhibidores. Métodos: Los grupos de pacientes consecutivos que asisten a una consulta de reumatología del hospital, las habitaciones privadas de consultoría reumatólogos y una clínica dermatológica ambulatoria fueron encuestados por el investigador cuestionario</p>
---	--	--	--	---	---

			<p>AINE y AUM y posible "predictores" de su uso se analizaron mediante razones de posibilidades. ajustadas fueron calculadas utilizando regresión logística (STATA versión de software 6.0; STATA, College Station, TX, EE.UU.) para dar cuenta de efectos múltiples variables. Separe los modelos de regresión logística se generaron para determinar predictores de la COX-2 inhibidores, AINE y el uso de AUM. Las tres variables positivas de historia positiva historia de úlcera ", " de gastroscopia ' y la historia de hemorragia GI "se agruparon en una sola categoría denominada "historia de gastroenterología positiva" debido a la posibilidad de covarianza. Un análisis más detallado de modelos de regresión incluyendo sólo una de las tres indicaciones geográficas variables a la vez también se realizó. Tanto la historia positiva cardiovasculares "y" uso de la aspirina "</p> <p>Se incluyeron en el modelo de regresión para el cálculo de probabilidades proporciones. Sin embargo, debido a la preocupación de que estos dos efectos podrían covariar, nuevos modelos de regresión incluyendo sólo la historia</p>	<p>AUM, pero los patrones de prescripción de selectivos de la COX-2 inhibidores no han sido claramente relacionadas con factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales. La introducción de los selectivos de la COX-2 inhibidores de la se ha asociado con un aumento significativo en los gastos.</p>	<p>en tres ocasiones distintas. La información se buscado sobre AUM, AINE y el uso selectivo de la COX-2 y sobre los factores que pueden influir selectivos de la COX-2 prescripción. El muestreo se llevó a cabo a los 3, 10 y 16 meses después de la liberación de los inhibidores de la COX-2 selectivos en Australia. La encuesta final fue de 3 meses después Programa de Beneficios Farmacéuticos (PBS) listado de celecoxib en Australia. Los costos del tratamiento se calcularon de flndings encuesta de frecuencia de consumo de drogas como así como los precios publicados de drogas y los costos de hospitalización.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>cardiovasculares positivos "o "El uso de aspirina" también fueron evaluadas.</p> <p>Análisis coste-beneficio</p> <p>Los costes directamente relacionados con las drogas se deriva de la "Dispensados los precios», publicado en el manual de productos farmacéuticos</p> <p>Programa de beneficios y el uso se supone que la habitual dosis diaria recomendada. "</p> <p>Para los AINE, el precio de la más cara de uso de AINE (Orudis SR, Aventis Pharma, Sydney, Australia) fue utilizados.</p> <p>los costos de AUM se calcularon de acuerdo a la encuesta resultados de la proporción de IPP (60%) y los receptores H2-antagonista (40%) utilizan. Para omeprazol PPI (Losec; Astra Zeneca, Sydney, Australia) y los antagonistas del receptor H2 ranitidina se utilizaron para determinar el precio. criterios y características de los pacientes tuvieron la misma que la encuestas posteriores.</p> <p>Para los costos relacionados con hospitalización, la incidencia anual de acontecimientos GI se supone que es del 0,2% para los pacientes no tomar AINE y el 2% para aquellos que sin protección.</p>		
Reduced	*Altoona	estudio	893	Un total de 893 pacientes con artritis	La incidencia de úlceras	Antecedentes: El lumiracoxib

<p>incidence of gastroduodenal ulcers associated with lumiracoxib compared with ibuprofen in patients with rheumatoid arthritis</p>	<p>Center for Clinical Research, Duncansville, PA, USA; _St Augustine's Hospital, Durban, South Africa; _Novartis Pharma AG, Basel, Switzerland ; §Division of Gastroenterology, University Hospital, Nottingham , UK</p>	<p>doble ciego aleatorizado y controlado ensayo clínico</p>	<p>pacientes con artritis reumatoide</p>	<p>reumatoide artritis fueron asignados al azar a lumiracoxib 400 mg una vez todos los días, lumiracoxib 800 mg una vez al día, ibuprofeno 800 mg tres veces al día o 200 mg de celecoxib dos veces al día para 13 semanas, en un estudio doble ciego aleatorizado y controlado ensayo clínico. El criterio principal de valoración fue el acumulado incidencia de úlceras gastroduodenales más de 13 semanas.</p>	<p>gastroduodenales <math>\pm</math> 3 mm con lumiracoxib 400 mg una vez al día (2,8%) o lumiracoxib 800 mg una vez al día (4,3%) fue significativamente menor que con el ibuprofeno (13,6%, todos <math>P &lt; 0,01</math>) y no diferente de celecoxib (1,9%). La incidencia de la eventos adversos fue similar para lumiracoxib 400, 800 mg y celecoxib (78, 75 y 77%, respectivamente) y superior con ibuprofeno (86%). La interrupción de eventos adversos fue mayor para el ibuprofeno (12,5% vs 7.9 a 8.8% para los otros grupos). Conclusiones: Lumiracoxib demostrado gastroduodenal seguridad superior al ibuprofeno y similar a celecoxib en pacientes con artritis reumatoide.</p>	<p>(Prexige, de Novartis Pharma AG, Basilea, Suiza) es una selectiva la ciclooxigenasa-2 inhibidores asociados a la mejora gastrointestinales seguridad en comparación con los antiinflamatorios no esteroideos las drogas, en pacientes con osteoartritis. Objetivo: Comparar la seguridad de lumiracoxib gastroduodenal con ibuprofeno y celecoxib en pacientes con la artritis reumatoide.</p>
<p>Valdecoxib A Review of its Use in the Management of Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Dysmenorrhea and</p>	<p>Adis International Limited, Auckland, New Zealand Drugs 2004; 64 (11): 1231-1261 0012-</p>	<p>Revision de literatura</p>				<p>inhibidor con propiedades antiinflamatorias y analgésicas. En ensayos bien diseñados, valdecoxib demostrado eficacia frente a placebo en pacientes con osteoartritis (OA), artritis reumatoide (AR), la dismenorrea primaria y el dolor postoperatorio. Los resultados iniciales en</p>

Acute Pain	6667/04/00 11- 1231/\$34.0 0/0					<p>pacientes con migraña fueron prometedores. La eficacia de valdecoxib parece dependiente de la dosis hasta 40 mg / día.</p> <p>Valdecoxib 10 mg / día fue tan efectivo como el naproxeno y el rofecoxib en la mejora de signos y síntomas de la OA. El Colegio Americano de Reumatología del 20% tasa de respuesta fue similar en los receptores de valdecoxib, naproxeno y diclofenaco en pacientes con AR. En pacientes con dismenorrea, valdecoxib 20 o 40 mg hasta dos veces al día proporciona el alivio eficaz del dolor como el naproxeno sódico 550 mg dos veces todos los días.</p> <p>de valdecoxib 10-80mg fue particularmente eficaz en el dolor dental. Valdecoxib tuvo efectos de los opioides después de la artroplastia de cadera o de rodilla y una reducción del dolor después de colecistectomía laparoscópica. Valdecoxib es generalmente bien tolerado. La incidencia de las úlceras gastroduodenales fue generalmente menor que con los AINE no selectivos</p>
------------	---	--	--	--	--	--

						<p>(AINEs es decir, no específicamente desarrollado como selectivos de la COX-2 inhibidores</p> <p>En conclusión, valdecoxib, un inhibidor de la COX-2 selectivos, es tan eficaz en el alivio del dolor como los AINE no selectivos, con una mejor tolerabilidad gastrointestinal. Fue tan eficaz en la AR, OA y la dismenorrea primaria (las indicaciones aprobadas), como</p> <p>AINE no selectivos y tan eficaz como el rofecoxib en brote AR.</p> <p>En agudo dolor post-quirúrgico, valdecoxib proporciona alivio del dolor similar a oxycodone/paraceta- mol, tuvo una larga duración de acción, un rápido inicio de la analgesia y la era de los opioides.</p> <p>Valdecoxib proporciona una valiosa alternativa en el tratamiento de las enfermedades crónicas dolor de la artritis y dolor agudo.</p> <p>Valdecoxib (un 'coxib') es un inhibidor altamente selectivo de la ciclooxigenasa (COX) -2 farmacodinámicas con propiedades antiinflamatorias y analgésicas. Esta selectividad</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>es la probabilidad de propiedades mecanismo que confiere el mejor gastrointestinales (GI) perfil de tolerabilidad de los coxibs</p> <p>valdecoxib oral fue más eficaz que el placebo (<math>p &lt; 0,05</math>) y similar en la eficacia terapéutica de eficacia a los AINE no selectivos en pacientes con osteoartritis (OA), artritis reumatoide (RA), la dismenorrea primaria, el dolor postoperatorio agudo y dolor de cabeza de migraña en los ensayos aleatorios doble ciego.</p> <p>síntomas gastrointestinales distintos de las úlceras tuvieron una incidencia similar en valdecoxib y los receptores de placebo en la mayoría de grandes ensayos bien diseñados, y la incidencia de síntomas gastrointestinales individual y total fue similar en los grupos de valdecoxib y el placebo</p> <p>En los pacientes con artrosis o artritis reumatoide, la incidencia de la endoscopia gástrica probada y úlcera gastroduodenal fue significativamente menor con valdecoxib 5-40 mg / día que con ibuprofeno, diclofenaco o</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>naproxeno un análisis combinado de casi 1.000 pacientes con artritis que se encuentran una incidencia significativamente mayor de eventos renales (principalmente edema o deterioro en el control de la presión arterial) en pacientes que recibieron valdecoxib 10 mg / día (3%, similar a la que con los AINE no selectivos, frente al 1% con placebo).</p> <p>Los análisis combinados de 6 - a los ensayos de 52 semanas en &gt; 7900 pacientes con artritis no encontró diferencia en la incidencia de eventos trombóticos entre los beneficiarios de valdecoxib, Otros AINE (ibuprofeno, diclofenaco o naproxeno) y placebo.</p>
<p>Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial of lumiracoxib – study design and patient</p>	<p>*University Hospital, Nottingham, UK; _New York Medical Centre, New York, USA; _Novartis Pharma</p>	<p>multicéntrico, internacional, aleatorizado, doble ciego, doble simulación, activecont</p>	<p>de 21 787 pacientes fueron evaluados y 18 325 al azar</p>	<p>El objetivo era uno de 52 semanas, multicéntrico, internacional, aleatorizado, doble ciego, doble simulación, controlled, paralelo-grupo de estudio comparando lumiracoxib 400 mg una vez al día (OD, dos a cuatro veces la recomendada dosis para artrosis) con dos AINEs, el naproxeno y ibuprofeno. Hombre o pacientes de</p>	<p>PACIENTE población estudiada Objetivo de reclutamiento de pacientes comenzó en noviembre de 2001 y se completó en diciembre de 2002. Durante este tiempo, un total de 21 787 pacientes fueron evaluados y 18 325 al azar. La población la</p>	<p>Antecedentes: la ciclooxigenasa-2 inhibidores selectivos de la fueron desarrollados con el fin de reducir la incidencia de complicaciones gastrointestinales que amenazan la vida úlcera en comparación con los no selectivos no esteroides anti-inflamatorios</p>

<p>demographics</p>	<p>AG, Basel, Switzerland ; §Novartis Pharma KK, Tokyo, Japan</p>	<p>rolled,</p>		<p>sexo femenino de 50 años con <math>\pm</math> un diagnóstico clínico o radiológico de OA dividido en dos sub-estudios idénticos, uno con naproxeno 500 mg dos veces al día (bid) como en la comparación, y el ibuprofeno, otros 800 mg tres veces al día (TID). los pacientes fueron aleatorizados en la proporción 1:1 de lumiracoxib Od 400 mg o comparador activo. aleatorización se estratificó por el uso de aspirina a dosis bajas, Principales criterios de inclusión OA primaria en cualquiera de las siguientes articulaciones: la cadera, rodilla, mano, columna cervical, columna lumbar (una articulación fue identificado como el conjunto de destino, y se evaluó la duración del estudio) y</p> <p>Los pacientes con alto riesgo de enfermedad cardíaca coronaria (CHD) en la aspirina diaria continua en dosis bajas (75-100 mg) si está indicado para la primaria o secundarios cardiovasculares (CV) de la profilaxis, siempre que había estado tomando dosis bajas de aspirina durante al menos 3 meses antes de cribado. Principales criterios de exclusión El uso crónico de medicamentos gastroprotectores, incluidos los inhibidores de la bomba de protones, el misoprostol y antagonistas de los</p>	<p>seguridad y la ITT consistió en 18 244 pacientes (Tabla 3). Los 849 centros en 29 países reclutados entre 12 y 167 pacientes cada uno. La mayoría de los pacientes se mantuvieron en el estudio para el resumen de 52 semanas, con una tasa de abandono prematuro del 39,3% correspondiente los supuestos utilizados para el cálculo de la potencia estadística. Características de los pacientes al inicio del estudio La edad media de los pacientes de forma randomizada, se 63,5 años, con el 76,4% al sexo femenino (Tabla 3). La índice de masa corporal promedio fue de 29,5 kg / m 2. 75,3% de los pacientes fueron los blancos y 16.4% eran hispanos. Al inicio del estudio, el 9,9% de los pacientes declararon que estaban los fumadores, y el 10,6% consumía una o más alcohólicas bebida al día.</p>	<p>drogas. estudios de los resultados anteriores han, de diversas maneras, carecía de competencia para investigar este extremo, centrado en resultados más amplios, o ha sido demasiado pequeño como para cuantificar la influencia de la aspirina. Objetivo: Evaluar lumiracoxib, una novela de la ciclooxigenasa-2 inhibidor selectivo vs no selectivo no esteroideo medicamentos anti-inflamatorios en un estudio de los resultados de aumentado considerablemente de tamaño. Este artículo describe la estudio de la metodología. Conclusiones: La artritis Terapéuticas Investigación y gastrointestinales Evento de prueba fue diseñada para proporcionar definitiva respuestas sobre la seguridad gastrointestinal de lumiracoxib, abordar las cuestiones controvertidas que surgen de los resultados con otros estudios selectivos de la ciclooxigenasa-2 inhibidores.</p>
---------------------	---	----------------	--	--	--	--

			<p>receptores H2</p> <p>MI, injerto de accidente cerebrovascular, revascularización coronaria, la revascularización coronaria invasiva o angina de reciente comienzo dentro de los 6 meses previos</p> <p>Electrocardiograma evidencia de isquemia miocárdica</p> <p>ulceración en los últimos 30 días, sangrado de la parte superior del tracto gastrointestinal en el año anterior o la historia de perforación gastroduodenal u obstrucciones</p> <p>La evidencia de trastorno de la coagulación renal hepática, o de la sangre o anemia (evaluada por los valores elevados de laboratorio) con una meta de 24% de los pacientes que toman aspirina de baja dosis. Pacientes que ya toman aspirina a dosis bajas se les permitió continuar con independencia de su perfil de riesgo CV. Los pacientes con un elevado riesgo relativo CV, calculada a partir de Framingham ecuaciones de evaluación de riesgos, de 26 años o con antecedentes de enfermedad cardiovascular isquémica, sólo se les permitió entrar en el estudio si ellos estaban tomando aspirina en dosis bajas. Estos los pacientes tenían que haber tomado diaria continua de baja dosis aspirina para <math>\pm</math> 3 meses antes de cribado. La permitido dosis de aspirina fue 75 a 100 mg al</p>		
--	--	--	--	--	--

				<p>día. Tras el examen, las evaluaciones iniciales y la asignación al azar, pacientes hicieron visitas programadas para el investigador en las semanas 4, 13, 26, 39 y 52, con un seguimiento llamada de 4 semanas después de la prevista o no cualquier interrupción visita. En cada visita, los pacientes se sometieron a examen físico con el registro de signos vitales (Incluyendo la presión arterial). Además, todos los acontecimientos adversos y Efectos secundarios graves se registraron. Un conteo sanguíneo completo, renal función y electrolitos, pruebas de función hepática, orina análisis y otras pruebas de química sanguínea se realizaron a cabo con un laboratorio central.</p>		
<p>Comparison of lumiracoxib with naproxen and ibuprofen in the Therapeutic Arthritis Research and Gastrointesti</p>	<p><i>Lancet</i> 2004; 364: 665–74</p>	<p>estudio aleatorizado, doble ciego</p>	<p>18325 pacientes de 50 años o más con osteoartritis</p>	<p>fue un estudio aleatorizado, doble ciego de 52 semanas de estudio de lumiracoxib 400 mg una vez al día (dos a cuatro veces la recomendada dosis para la osteoartritis) en comparación con naproxeno 500 mg dos veces al día o ibuprofeno 800 mg tres veces al día en pacientes con osteoartritis. La aleatorización se estratificó por dosis bajas de aspirina y la edad (£ 64,</p>	<p>Todos los demográficos variables fueron comparables entre los grupos de tratamiento y dentro de los dos estudios secundarios, con dos notables diferencias. El subestudio que, en comparación con naproxeno lumiracoxib incluyó a más pacientes con enfermedades cardiovasculares factores de riesgo y la</p>	<p>Antecedentes de la ciclooxigenasa 2 inhibidores (COX2) selectivo debe reducir complicaciones ulcerosas en comparación con no selectivos los medicamentos contra el in.ammatory no esteroideos, pero la evidencia es limitada, y la posibilidad de que estos inhibidores aumento de eventos cardiovasculares se ha planteado. La Investigación de</p>

<p>nal Event Trial (TARGET), reduction in ulcer complication s: randomised controlled trial</p>				<p>65-74, ± 75 años). El estudio fue diseñado para investigar complicaciones de la úlcera gastrointestinal en pacientes que no tomaban aspirina y en el población total del estudio 18325 pacientes, otros criterios de valoración incluidos medidas cardiovasculares, renales y hepáticas.</p>	<p>evidencia de la infección por Helicobacter pylori por serología positiva que hizo el subestudio que, en comparación ibuprofeno con lumiracoxib. El cumplimiento fue similar entre lumiracoxib (6965, 76%) y medicamentos anti- inflammatory no esteroideos (6915, 76%) y dentro de estudios secundarios (3189 [73%] frente a ibuprofeno 3213 [73%] lumiracoxib y 3726 [79%] frente a naproxeno 3752 [79%] lumiracoxib). Las 114 complicaciones ulcerosas surgió en total, dos dentro de las 48 h de asignación al azar-un caso en el grupo de lumiracoxib subestudio del ibuprofeno y uno en el naproxeno grupo de los subestudio naproxeno, que fueron excluidos a partir del análisis de la variable principal. En pacientes que no toman dosis bajas de la aspirina, una reducción de cuatro veces en la incidencia de de.nite o las posibles complicaciones úlcera se observó en los pacientes tratados con lumiracoxib en</p>	<p>la Artritis y terapéuticas de Primera Instancia de eventos gastrointestinales con el objetivo de evaluar la seguridad gastrointestinal y cardiovascular de los inhibidores de COX2 lumiracoxib frente con dos medicamentos anti- inflammatory no esteroideos, el naproxeno y el ibuprofeno. Métodos de 18 325 pacientes de 50 años de edad o mayores con osteoartritis fueron asignados al azar a lumiracoxib 400 mg una vez al día (N = 9156), 500 mg de naproxeno dos veces al día (4754), o ibuprofeno 800 mg tres veces al día (4415) durante 52 semanas, en dos subestudios de diseño idéntico (lumiracoxib frente a ibuprofeno o naproxeno). La aleatorización se strati.ed de baja dosis el uso de aspirina y la edad. El objetivo primario fue la diferencia en la distribución del tiempo hasta el evento del tracto gastrointestinal superior complicaciones ulcerosas (hemorragia, perforación u obstrucción Lumiracoxib mostró una reducción de tres a cuatro veces en comparación con las</p>
---	--	--	--	---	---	---

					<p>comparación con esteroides no esteroides          Cuando el general . Las complicaciones ulcerosas se redujeron cerca de tres veces el          lumiracoxib en comparación con el ibuprofeno o naproxeno          Una reducción significativa también se observó en pacientes tanto positivos como negativos para H. pylori (estado datos, determinada en aproximadamente el 90% de los pacientes al final del estudio</p>	<p>complicaciones de la úlcera no esteroides          los medicamentos contra el in.ammatory sin un aumento en la tasa de acontecimientos cardiovasculares graves, lo que sugiere que lumiracoxib es un tratamiento adecuado para los pacientes con osteoartritis.</p>
<p>Questionnaire on NSAID Gastropathy among Dutch Rheumatologists</p>	<p>Department of Rheumatology, Academic Hospital, Vrije Universiteit, Slotervaart Hospital and Jan van Breemen Institute, Amsterdam , The Netherlands</p>		<p>reumatólogos (n = 120) y los aprendices de reumatología (N = 17</p>	<p>Un cuestionario anónimo se distribuyó entre reumatólogos (n = 120) y los aprendices de reumatología (N = 17) que visitó la reunión anual de los holandeses Sociedad de Reumatología en septiembre de 1997. Todos los preguntas de opción múltiple. En ese momento el total de número de reumatólogos y personal en prácticas de reumatología fue de 135 y 25, respectivamente.</p>	<p>Un total de 98 cuestionarios (72%) se devolvió. Los factores de riesgo más importantes fueron para la gastropatía por AINE edad mayor de 60 años (95% de los encuestados) y una historia clínica de las úlceras (100%). El uso simultáneo de corticoides (81%) o anticoagulantes (60%), superior dosis de AINE (59%) y la combinación de AINE (53%) fueron menos frecuentemente mencionados. Nabumetona, el ibuprofeno y el meloxicam se consideró de</p>	<p>reumatólogos holandeses se les dio un cuestionario en la gastropatía AINE, en los que la edad avanzada úlceras (&gt; 60 años) y los anteriores fueron mencionados por los como los factores de riesgo más importante. Holandés reumatólogos seguir estrategias diferentes para la prevención de la gastropatía por AINE, con un ligero preferencia por los inhibidores de la bomba de protones y el uso de COX-2 selectivos.</p>

					<p>menor riesgo, mientras que la indometacina y piroxicam se considerará que el riesgo más alto.</p> <p>La mayoría de los encuestados (n = 89, 91%) agregó una especie de inhibición de ácido como profilaxis de gastropatía: inhibidores de la bomba de protones (especialmente omeprazol) fueron los más frecuentemente utilizados. también ranitidina 300 mg b.i.d.). La prostaglandina misoprostol por vía analógica (200 mg) se prescribe en un 72% (N = 71), por lo general dos veces al día. Sólo una minoría (11%) prescrito el misoprostol en dosis altas (tres o cuatro veces al día). AINE con selectividad preferencial de la COX-2 (Nabumeton, el meloxicam) también se utiliza con frecuencia como una estrategia de prevención de la gastropatía AINE (n = 88, 90%), dosis bajas y altas dosis fueron utilizadas.</p> <p>Dos tercios de todos los médicos entrevistados tomó la presencia de H. pylori en los usuarios de AINE en cuenta. Si H.</p>
--	--	--	--	--	--

TITULO	REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	POBLACION	METODO	RESULTADOS	RESUMEN
Comparación endoscópica de la seguridad gastroduodenal y los efectos sobre productos del ácido araquidónico entre Meloxicam y Piroxicam en el tratamiento de la osteoartritis	D.-M. Chang, T.-H. Young, C.-T. Hsu, S.-Y. Kuo and T.-C. Hsieh. Division of Rheumatology/Immunology/Allergy and Gastroenterology, Tri-Service General Hospital, National Defense Medical Center, Taipei; Department of Statistics, National Cheng-Kung University, Tainan, Taiwan, ROC	aleatorizado	Pacientes de 18 años en adelante con diagnóstico confirmado de osteoartritis de la rodilla de al menos 3 meses de al menos 3 meses de duración.	Se administraron 7.5mg de meloxicam y 20mg de piroxicam por 4 semanas en los grupos respectivamente. Se evaluó la eficacia de cada medicamento en el alivio del dolor, en una escala visual análoga y con parámetros clínicos. Se realizaron endoscopias pre y post tratamiento. Se aspiró el fluido gástrico y se determinó la presencia de prostaglandina E2, tromboxano B2 y leucotrieno B4. Se utilizó la prueba ELISA.	pylori se demostró en una úlcera duodenal o gástrica, 75% y 78% respectivamente  No había estadístico en los datos demográficos o valores del laboratorio de la línea de fondo a excepción de la duración de OA. Las escalas de edades en los grupos del meloxicam y del piroxicam eran 45-78 y 36-77 años, respectivamente. Entre los temas seleccionados al azar, 10/36 el magnesio del meloxicam que tomaba 7.5 fue retirado debido a carencia de la eficacia (2/10) y otras razones (8/10), incluyendo desgana de experimentar la endoscopia, y pérdida a la carta recordativa. En el grupo 9/36 del magnesio del piroxicam 20 no podido terminar el tratamiento debido a adverso acontecimientos (4/9) y otras razones (5/9), incluyendo desgana para experimentar malestar de la endoscopia después de	Nuestro objetivo era evaluar la eficacia, seguridad gastroduodenal, y los efectos sobre productos del ácido araquidónico del meloxicam, una nueva droga antiinflamatoria nonsteroidal enólica ácida que preferencialmente inhibe cyclo-oxygenase-2 sobre cyclo-oxygenase-1, contra piroxicam en pacientes con la osteoartritis de la rodilla. El magnesio de Meloxicam 7.5 o el diario del magnesio del piroxicam 20 era administrado por 4 semanas en este los parallelgroups de doble anonimato seleccionaron al azar estudio.

					primera endoscopia , retiro del consentimiento , y pérdida a la carta recordativa .	
Opinión del riesgo de reacciones de droga adversas gastrointestinales con las drogas antiinflamatorias non-steroidal (coxibs incluyendo): diferencias entre internistas, gastroenterólogos y reumatologos	J. L. Montastuc Æ V. Bongard Æ M. Lapeyre-Mestre. Received: 17 January 2003 / Accepted: 8 July 2003 / Published online: 11 October 2003 _ Springer-Verlag 2003	experimental	Médicos internistas, gastroenterólogos y reumatólogos	172 médicos (69 médicos generales, 45 gastroenterólogos y 58 reumatólogos) intervinieron usando escalas visuales análogas, para definir un record para percibir el riesgo de reacciones adversas de las drogas asociada con 4 tipos de medicaménteme (indólicos, oxicams, coxibs y derivados arylcarboxilicos)	Demuestra los riesgos percibidos de gastrointestinal ADRs de los tres grupos de médicos. Entre médicos, los internistas dieron el más importante cuenta mala [4.8 (25-75.os porcentajes: 3.4-5.7)] para NSAIDs en conjunto seguido por los gastroenterólogos [4.6 (25-75.os porcentajes: 3.6-5.6)] y reumatologos [3.6 (25-75.os porcentajes: 2.3-4.7)]. Para los derivados indolic, no había diferencia significativa en la cuenta global del risk' digestivo percibido del `del ` entre los tres grupos de médicos. Sin embargo, los internistas dieron cuentas perceptiblemente más altas del risk' digestivo percibido del `del ` que reumatologos o gastroenterólogos	Un estudio anterior se realizó en Francia encontrada principal diferencias en la opinión del riesgo de droga adversa reacciones (ADRs) entre los profesionales de salud y el nonhealth profesionales [1]. Por ejemplo, anticoagulantes fueron alineados como las drogas más peligrosas por el general médicos; considerando que, para los médicos de la no-salud, la primera droga a riesgo para ADRs era los somníferos [1]. Sin embargo, pocos datos están disponibles sobre diferencias en opinión del riesgo de ADRs entre médicos, y especialmente entre los especialistas y los internistas. Hemos elegido investigar este asunto del social farmacología estudiando prescrito extensamente clase de drogas antiinflamatorias non-steroidal (NSAIDs).
Inhibidores	Marc C. Hochberg*	Revision de	Inhibidore	ensayos clínicos controlados del rofecoxib y del celecoxib en el	estos datos demuestran que	Hay actualmente pocos ensayos clínicos

<p>selectivos COX-2 en el tratamiento de la artritis</p>	<p><i>Professor of Medicine and Epidemiology and Preventive Medicine, Head, Division of Rheumatology and Clinical Immunology, University of Maryland School of Medicine, 10 S. Pine St., MSTF 8-34, Baltimore, Maryland 21201, USA</i></p>	<p>literatura</p>	<p>s cox2 selectivos (CELECOXIB, ROFECOXIB, VALDECOXIB, ETORICOXIB)</p>	<p>tratamiento de la osteoartritis y de la artritis reumatoide</p>	<p>los inhibidores selectivos COX-2 proveen de la relevación del dolor eficaz en pacientes osteoartritis y artritis reumatoide, con la eficacia que es similar a NSAIDs tradicional. Los estudios de la rentabilidad y de la coste-utilidad sugieren, sin embargo, que su uso sea limitado a los pacientes en de riesgo elevado de serio efectos secundarios gastrointestinales superiores, incluyendo úlceras complicadas.</p>	<p>seleccionados al azar que comparan la eficacia de los 2 COX-2 inhibidores selectivos de primera generación, celecoxib y rofecoxib, en osteoartritis. De 4 estudios comparativos que comparaban los 2 agentes, 3 indicaron eficacia similar, mientras que la otra superioridad demostrada del rofecoxib en una dosis de 25 qd del magnesio comparó con el celecoxib en una dosis de 200 g del magnesio.</p>
<p>El uso de NSAIDs en los desordenes reumáticos 2005</p>	<p>WALTER  F. KEAN*  and W. WATSON BUCHANAN <i>Department of Rheumatol</i></p>					

	<i>ogy, McMaster University Faculty of Health Sciences, 401-1 Young Street, Hamilton, Ontario, Canada L8N 1T8</i>					
La seguridad y el efecto gastrointestinal sobre la actividad de la enfermedad de Etoricoxib, un inhibidor selectivo Cox-2 en enfermedad de intestino inflamatorias	Yasser El Miedany, M.D., <sup>1</sup> Sally Youssef, M.Sc., <sup>1</sup> Ihab Ahmed, M.R.C.P., <sup>2</sup> and Maha El Gaafary, M.D. <sup>1</sup> <i>1Faculty of Medicine, Ain Shams University; and 2Cairo University/ Consultant Physician Saudi German Hospital, Saudi Arabia</i>	Doble ciego Aleatorizado controlado con placebo	Pacientes que atendían a la reumatología clínica que sufren de manifestaciones reumatológicas .	76 pacientes que sufrían de IBD (colitis ulcerosa (UC) (38), y la enfermedad de Crohn (CD) (38)). El grupo de control incluyó a 70 pacientes conocidos para tener UC (35) y enfermedad de Crohn (CD) (35).	No había diferencia significativa entre los pacientes y los grupos de control. Después de 3 meses de la terapia del etoricoxib, 8 de 76 (10.53%) del grupo de estudio tenían provocación de su IBD subyacente y pararon la terapia de droga, mientras que 68 de 76 (89.5%) terminaron el estudio. El índice de actividad malo de la enfermedad antes de que la terapia del etoricoxib fuera $1.15 + 0.794$ , mientras que era $1.19 + 0.683$ después de terapia. En el grupo de control 8 de 70 (11.43%) experimentó la exacerbación de sus síntomas mientras que 62 de	Mientras que son tradicionales las drogas antiinflamatorias noesteroidal (t-NSAIDs) se contraíndican relativamente adentro pacientes con la enfermedad de intestino inflamatoria (IBD) para el miedo de la provocación de la enfermedad, clínico controlado los ensayos demostraron que los inhibidores cyclo-oxygenase-2 tienen pocos efectos secundarios gastrointestinales que t-NSAIDs. Etoricoxib es un nuevo inhibidor antiinflamatorio que tiene alta selectividad Cox-2. OBJETIVOS: Para determinar la seguridad del etoricoxib y del efecto sobre actividad de la enfermedad en pacientes con IBD en un multicentro, de doble anonimato, estudio del placebo-control

					70 (88.6%) terminaron el estudio.	
Quando deben ser usados los cox2 selectivos para la osteoartritis y la artritis reumatoidea .	Vincent Lo, MD SUNY Upstate Medical University, Syracuse NY Susan Meadows, MLS University of Missouri-Columbia					
Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a	<i>Christopher P Cannon, Sean P Curtis, Garret A FitzGerald, Henry Krum, Amarjot Kaur, James A Bolognese, Alise S Reicin, Claire Bombardier, Michael E Weinblatt, Désirée van der</i>	Revision de 3 estudios aleatorios doble ciegos	estudio de la MEDALLA, el Etoricoxib contra estudio del efectiveness gastrointestinal de la tolerabilidad y del EFF del sodio de	diseñamos un análisis reunido de datos a partir de tres ensayos en los cuales asignaron los pacientes con osteoartritis o artritis reumatoide aleatoriamente al etoricoxib.	La duración mala (SD) de la exposición a la droga del estudio era 18·2 (11·7) meses para el etoricoxib y 17·7 (11·9) meses para el diclofenac; 21 395 pacientes tomaron la droga por 12 meses o más de largo y 12 854 por 24 meses o más de largo.	Los inhibidores selectivos Cyclo-oxygenase-2 (COX-2) se han asociado a un riesgo creciente de acontecimientos cardiovasculares trombóticos en ensayos placebo-controlados, pero no se ha divulgado ningun ensayo clínico con la puntería primaria de determinar el riesgo cardiovascular relativo de estas drogas comparadas con las drogas antiinflamatorias no esteroides tradicionales (NSAIDs). El programa de la MEDALLA fue diseñado para proveer de una estimación exacta de acontecimientos cardiovasculares trombóticos el etoricoxib selectivo del inhibidor COX-2 contra el

randomised comparison	<i>Heijde, Erland Erdmann, Loren Laine, for the MEDAL Steering Committee*</i>		Diclofenac y el estudio del BORDE II.			diclofenac tradicional de NSAID.
Eficacia de los inhibidores selectivos más nuevos COX-2 de la enfermedad reumática	Herbert S.B. Baraf* <i>The Center for Rheumatology &amp; Bone Research, Wheaton</i>	Revisión de literatura	COX-2 inhibidores selectivos, etoricoxib y lumiracoxib, en tratar enfermedad reumática	Los agentes más nuevos serán colocados en el contexto de NSAIDs no selectivo, de inhibidores selectivos anteriores COX-2, de corticosteroides, de analgesias, y del narcótico, se establecen que toda tratamientos para aliviar los síntomas de la enfermedad reumática.	Se examinó el papel de los inhibidores selectivos de COX 2, etoricoxib y lumiracoxib, en el tratamiento de enfermedades reumáticas.	Estudios recientes han despertado la inquietud que los inhibidores selectivos COX-2 y NSAIDs tradicional aparecen ser asociados a una incidencia más alta de acontecimientos cardiovasculares trombóticos contra placebo. La llave en prescribir estos agentes está para que el médico lleve un acercamiento dinámico la gerencia y la evaluación en los pacientes y de los factores de riesgo cardiovasculares. Esta revisión examina el papel COX-2 de los inhibidores selectivos más nuevos, etoricoxib y lumiracoxib, en tratar enfermedad reumática.
Efectos de la inhibición selectiva y no selectiva de la ciclo-oxigenasa sobre la función	M Wong1, BY Jiang2, K McNeill2, S Farish3, B Kirkham1, P Chowienzyk2 1Departme	Doble ciego aleatorizado	37 pacientes con artritis reumatoide	Pacientes al azar, reciben un curso de dos semanas de cualquier indometacina (75 mg BD), rofecoxib (magnesio 12.5 mg BD), o placebo en un estudio de doble anonimato.	No había diferencias significativas en cambios en FMD, Alx, la presión arterial (BP), la creatinina del suero, la tarifa de sedimentación de eritrocito, o la proteína C-reactiva de la alto-sensibilidad entre los grupos. Sin embargo,	La artritis reumatoide (RA) se asocia al riesgo creciente de la enfermedad cardiovascular que tiene atribuido a la disfunción y a la inflamación endoteliales. Las drogas antiinflamatorias Non-steroidal (NSAIDs) y la ciclo-oxigenasa

<p>endotelial en pacientes con artritis reumatoide</p>	<p>nt of Rheumatology, Guy's and St Thomas' Hospital, London, 2Cardiovascular Division, King's College London and Department of Clinical Pharmacology, St Thomas' Hospital, London, UK, and 3Department of Medicine (St Vincent's), The University of Melbourne, Australia</p>				<p>comparado con los otros grupos del tratamiento, había una tendencia para que BP sistólico disminuya en el grupo del placebo y para la creatinina al aumento en los grupos de la indometacina y del rofecoxib después del tratamiento.</p>	<p>(\$COX) - 2 inhibidores se han demostrado en algunos estudios para mejorar la función endotelial. La puntería de este estudio era investigar los efectos de la inhibición de \$COX sobre la función endotelial en pacientes con RAConclusiones: Este estudio sugiere que la inhibición de \$COX por la indometacina o el rofecoxib no mejore la función endotelial en pacientes con RA.</p>
<p>Tratamiento sintomático de la osteoartritis: ¿paracetamol</p>	<p><i>Karel PAVELKA, MD, DSc, Professor, Head of Clinic, Institute of</i></p>	<p>Revision de literatura</p>	<p>Paracetamol</p>	<p>Se realice una revision de literature para definir si el tratamiento sintomático de la osteoartritis es más eficaz con AINES o paracetamol.</p>	<p>intensidad del dolor, edad, NSAID factores de riesgo gastropathy, co-morbidity, otro medicaciones, las preferencias del paciente y su buena</p>	<p>la gerencia clínica de la osteoartritis(OA) es hoy sintomático, sus metas que son relevación del dolor y de la mejora de la función. La</p>

<p>o NSAIDs?</p>	<p><i>Rheumatology, Na slupi 4, 128 50 Prague 2, Czech Republic</i></p>				<p>voluntad de financiar copagos. Paracetamol, NSAIDs tópico, no selectivo NSAIDs y los coxibs son tratamientos legítimos utilizados en pacientes del OA. Sin embargo, sobre evidencia de un número de estudios demuestra que sería irracional no intentar paracetamol como droga de la primera opción en el OA pacientes. Si es acertada, la su administración de largo plazo debe ser considerada.</p>	<p>terapia debe ser multimodal e integrado por procedimientos no-farmacológicos, farmacológicos y, en caso de necesidad, quirúrgicos. El concepto del uso a corto plazo de NSAIDs y del uso de una analgesia simple a largo plazo parece ser la mejor variante para la mayoría de pacientes con riesgo y rentabilidad óptimos de la ventaja.</p>
<p>Un estudio de seis semanas, multicentro, seleccionado al azar, de doble anonimato, doble-simulado, activo-controlado, clínico de la seguridad del</p>	<p>Kirstin Stricker<sup>1</sup>, Sue Yu<sup>2</sup> and Gerhard Krammer*<sup>1</sup> Address: 1Novartis Pharma AG Postfach, CH-4002, Basel, Switzerland and 2Novartis Pharmaceuticals Corporation, One</p>	<p>Doble ciego aleatorizado</p>	<p>309 pacientes mayores o igual a 50 años</p>	<p>pacientes aleatoriamente para recibir el magnesio od (cuatro veces del lumiracoxib 400 la dosis recomendada en el OA) (n = 154) o el magnesio od del rofecoxib 25 (n = 155).</p>	<p>Lumiracoxib y el rofecoxib exhibieron perfiles de seguridad similares del GL sin diferencia estadística significativa en el GL predefinido AEs entre los dos grupos (43.5% contra 37.4%, respectivamente). La incidencia y la severidad del GL predefinido individual AEs eran comparables entre los dos grupos.</p>	<p>Este estudio de la seguridad comparó el GL tolerabilidad, el perfil de la presión arterial (BP) y la incidencia del edema con el lumiracoxib y del rofecoxib en el tratamiento del OA.</p>

lumiracoxib y rofecoxib en pacientes de la osteoartritis	health Plaza East, Hanover, NJ, 07936-1080, USA					
Retención de largo plazo en el tratamiento con el magnesio del lumiracoxib 100 una vez o comparado dos veces al día con el magnesio del celecoxib 200 una vez diariamente: Un ensayo controlado seleccionado al azar en pacientes con osteoartritis	Roy Fleischman n*1, Hyman Tannenbaum2, Neha P Patel3, Marianne Notter4, Peter Sallstig4 and Jean-Yves Reginster5 Address: 1The University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, MCRC, Dallas, Texas, USA, 2Rheumatic Disease Center of Montréal, Montréal,	Doble ciego aleatorizado y paralelo	Hombres y mujeres mayores de 40 años que presenten osteoartritis primaria sintomática de cadera, rodilla, mano y espina dorsal	Pacientes seleccionados al azar (1: 2: 1) al magnesio o.d. del lumiracoxib 100 (n = 755), magnesio b.i.d del lumiracoxib 100. (n = 1.519) o magnesio o.d. del celecoxib 200 (n = 758).	Las tarifas de retención en 1 año eran similares para los 100 grupos del magnesio o.d. del lumiracoxib, del magnesio b.i.d del lumiracoxib 100 y del magnesio o.d. del celecoxib 200 (46.9% contra 47.5% contra 45.3%, respectivamente). Fue demostrado que la retención en el tratamiento con el lumiracoxib en cualquier dosis era no-inferior al magnesio o.d. del celecoxib 200. Semejantemente, las curvas de Kaplan-Meier para la probabilidad de la discontinuación prematura del estudio por cualquier razón eran similares a través de los grupos del tratamiento.	La eficacia, la seguridad y la tolerabilidad del lumiracoxib, un cyclooxygenase-2 selectivo nuevo El inhibidor (COX-2), se ha demostrado en estudios anteriores de pacientes con la osteoartritis (OA). Pues es importante establecer la seguridad y la eficacia de largo plazo de los tratamientos para una enfermedad crónica tal como OA, el actual estudio comparó los efectos del lumiracoxib en las dosis el magnesio 100 del diario del magnesio una vez (o.d.) y 100 dos veces al día (b.i.d.) con los del magnesio o.d. del celecoxib 200 sobre la retención sobre el tratamiento durante 1 año. El tratamiento de largo plazo con el magnesio o.d., la dosis recomendada del lumiracoxib

	Canada, 3Novartis Pharmaceu ticals Corporation , East Hanover, NJ, USA, 4Novartis Pharma AG, Basel, Switzerland and 5CHU Policlinique L. Brull, Liege, Belgium					100 para el OA, era tan eficaz y tolerado bien como el magnesio o.d. del celecoxib 200 en pacientes con el OA.
El uso de largo plazo de drogas ammatory anti-infl nonsteroidal normaliza la cinética de células epiteliales gástricas en pacientes con la infección de los píloros de Helicobacter	TETSUYA TANIGAWA1, TOSHIO WATANABE1, KAZUHIDE HIGUCHI2, KAZUNARI TOMINAGA1, YASUHIRO FUJIWARA1, NOBUHIDE OSHITANI1, ANDRZEJ S. TARNAWSKI3,4, and TETSUO	experimen tal	Pacientes con la artritis reumatoid e o la osteoartritis que tomaron NSAIDs para más de 1 mes y quejados de los síntomas dispépticos.	los pacientes experimentaron la prueba de diagnóstico para la infección de los píloros del H., esophagogastroduodenoscopy, y biopsias gástricas.	Números de neutrófilos que infiltran la mucosa gástrica, iNOS-expresión inflamatoria las células y las células apoptotic, y las células de la proliferación en epitelio gástrico eran más altas en grupos píloro-positivos del H. que grupos píloro-negativos del H. Entre grupos pyloripositivo del H., estos parámetros eran más bajos en NSAID usuarios que en usuarios del non-NSAID. NSAIDs inhibió producción de IL-8 inducido por los píloros del H. en células del AGS.	Los píloros de Helicobacter (píloros del H.) se asocian a gastritis crónica y a carcinogénesis gástrica. Los efectos de drogas antiinflamatorias nonsteroidal (NSAIDs), que ejercen efectos chemopreventive encendido varios cánceres, en el H. píloro-indujeron gastritis siguen siendo desconocidos. Investigamos los efectos de NSAIDs encendido la inflamación gástrica y la cinética de células epiteliales gástricas en el H. píloro-indujeron gastritis.

<p>vía la atenuación de de la mucosa gástrico inflamación.</p>	<p>ARAKAWA 1 1 Department of Gastroenter ology, Osaka City University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan 2 Second Department of Internal Medicine, Osaka Medical College, 2- 7 Daigakuma chi, Takatsuki 569-8686, Japan</p>					
--	--	--	--	--	--	--