



HOJA DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS



Vol. 1, Nº 2 /2006

CONDROITÍN SULFATO

Lucía Villamayor Blanco. M. Angeles Ariza Copado. Juan Carlos Ruiz Ramirez.
Unidad de Farmacia. Gerencia A.P. Murcia

NOMBRE COMERCIAL Y PRESENTACIONES

CONDRO SAN 400 MG 60 CÁPSULAS (19,37)
CONDRODIN 400 MG 60 CÁPSULAS (20,23)
CONDRODIN 400 MG 60 SOBRES (20,23)
CONDROSULF 400 MG 60 CÁPSULAS (19,37)
CONDROSULF 400 MG 60 SOBRES (19,37)

CONDICIONES DE DISPENSACIÓN

Con receta médica
Financiado por el Sistema Nacional de Salud

DESCRIPCIÓN DEL FÁRMACO

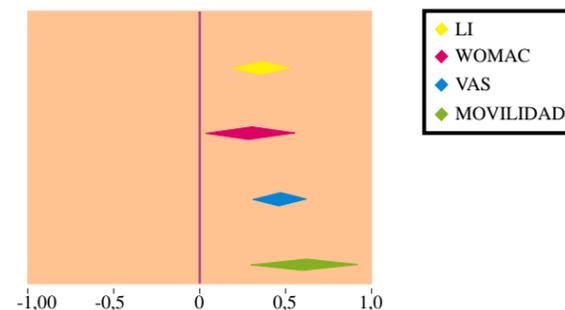
INDICACIONES	Tratamiento sintomático de la artrosis.
MECANISMO DE ACCIÓN	Antirreumático. Es uno de los elementos constitutivos del cartílago; se une a una proteína central, constituyendo el proteoglicano que confiere al cartílago sus propiedades mecánicas y elásticas. Actividad antiinflamatoria a nivel de los componentes celulares de la inflamación, a la estimulación de la síntesis de proteoglicanos y ácido hialurónico endógenos y a la disminución de la actividad catabólica de los condrocitos inhibiendo algunas enzimas proteolíticas y la formación de otras sustancias que dañan el cartílago. Su efecto perdura durante 2 ó 3 meses después de la supresión del tratamiento.
FARMACOCINÉTICA	Su biodisponibilidad oscila entre un 15 y un 24% por vía oral. El 85% se une a proteínas plasmáticas y presenta afinidad por el tejido articular. Es metabolizado por despolimerización en el hígado, los riñones y otros órganos. En su metabolismo no interviene el citocromo P450. La vía de eliminación de condroitín sulfato y de los derivados despolimerizados más importante es el riñón.
POSOLÓGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN	Oral: adultos 800 mg/día, preferiblemente en una sola toma durante al menos 3 meses, tras los cuales se realizará un período de descanso de 2 meses, para posteriormente volver a reiniciar el tratamiento siguiendo el mismo ciclo.
REACCIONES ADVERSAS	En raras ocasiones (>1/10.000, <1/1.000): náuseas y/o alteraciones gastrointestinales. En muy raras ocasiones (<1/10.000): en pacientes con insuficiencia cardíaca y/o renal, se ha descrito algún caso de edema y/o retención de agua. En muy raras ocasiones (<1/10.000): reacciones de tipo alérgico.

EFICACIA CLÍNICA COMPARATIVA

No se han encontrado ensayos de calidad en los que se estudiase la eficacia en el retraso de la evolución de la osteoartritis.

En cuanto al alivio de síntomas en los meta-análisis publicados hasta el momento no se han encontrado estudios comparativos con AINES, excepto con diclofenaco. En un meta-análisis publicado en julio de 2003, en el que se incluyeron 15 ensayos clínicos doble ciego y aleatorizados que evaluaban la eficacia estructural y sintomática de condroitín sulfato y la glucosamina en 1775 pacientes con artrosis de rodilla exclusivamente, el condroitín fue superior a placebo y similar a glucosamina en el índice Lequesne, escala de WOMAC, evaluación del dolor mediante la escala VAS y movilidad.

Se ha publicado un estudio comparativo de condroitín versus diclofenaco en el que se ha observado que condroitín tiene un comienzo de acción más lento, pero sin embargo la reducción sintomática alcanzada dura más tiempo (similar a lo que sucede con glucosamina -ver Hoja Evaluación de Glucosamina nº1 2006-).



Gráfica 1

Gráfica 1.- El eje de ordenadas (línea vertical cero) indica el punto de no significación. El rombo es la síntesis de los resultados obtenidos con el condroitín sulfato vs placebo en los estudios analizados en el meta-análisis considerados en conjunto, en cuanto a la mejoría de los síntomas para cada una de las escalas utilizadas.

Tabla 1.- Se compara el coste de la dosis diaria definida (DDD) de los principios activos de los estudios, que han servido de base para la redacción de esta hoja de evaluación.

Principio Activo	Presentación	DDD	Coste promedio DDD
Condroitín	400 mg cap., sobre	800 mg.	0,65
Glucosamina	1500 mg. sobre	1500 mg.	0,47
Diclofenaco	100 mg comp., comp. dispersable, comp. lib. retardada	100 mg.	0,24

Tabla 1

CONCLUSIONES

- Condroitín sulfato no es más eficaz que Glucosamina y otros AINES (diclofenaco) en el tratamiento del dolor por artrosis.
- La relación coste/eficacia, en el tratamiento del dolor por artrosis, es desfavorable para condroitín comparada con AINES (diclofenaco).
- Condroitín sulfato no debe ser nunca el tratamiento de primera elección, para el dolor por artrosis, siendo el paracetamol el indicado.
- No hay evidencias claras sobre el papel del condroitín, en el retraso de la progresión de la osteoartritis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Richy F, Bruyere O, Ethgen O, Cucherat M, Henrotin Y, Reginster JY. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis. Arch Intern Med 2003; 163(13): 1514-22.
2. McAlindon TE, LaValley MP, Gulin JP, Felson DT. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. JAMA 2000; 283(11): 1469-75.
3. Chondroitin sulphate. Micromedex® Healthcare Series 2006; 127. Disponible en: <http://mdxsefh.gpm.es/>.
4. Catálogo del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: 2005.
5. Morreale P, Manopulio R, Galti M, et al. Comparison of the antiinflammatory efficacy of chondroitin sulphate and diclofenac sodium in patients with knee osteoarthritis. J Rheumatol 1996; 23: 1385-91.

Comité de redacción: Juan Carlos Ruiz Ramirez, Eduardo Salas Martín, Francisco Sánchez Rodríguez.
Edita: Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca. Servicio Murciano de Salud.

La Hoja de Evaluación Terapéutica es una publicación dirigida y abierta a los profesionales sanitarios de A. Primaria de la Región de Murcia, cuyo objetivo es proporcionar información objetiva y contrastada sobre medicamentos, bajo la supervisión de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento. Cualquier profesional interesado en enviar su correspondencia, trabajos y/o sugerencias, puede dirigirse a las Unidades de Farmacia de las Gerencias de A. Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca.