

Controlar el **Dolor**

I Simposio sobre Dolor
en Reumatología de la SER



Entrevista

Dr. Francisco Javier Paulino

Jefe de Servicio de Reumatología,
Hospital General de Ciudad Real:

“El paciente es nuestra razón de ser”



Documento SER

Tratamiento de la fibromialgia

El estrés puede actuar como
desencadenante
de la Fibromialgia



LOS REUMATISMOS es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas. Los Reumatismos no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

Editor:

Dr. Fco. Javier Ballina García

Consejo Asesor:

Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz, Dr. Jesús Tornero Molina.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:Dr. José Ivorra Cortés,
Dr. José Luis Fernández Sueiro

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza ASOCIADOS, S.L.
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

**Coordinación Editorial,
Diseño y Maquetación:**
Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4º C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.com
reumatismos@ibanezyplaza.com

Redacción:

Gabriel Plaza Molina, Carmen Salvador López, Pilar López García-Franco

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

Neografis S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005
SOPORTE VÁLIDO 18/03-R-CM

Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:

■ Abbott ■ Bayer ■ Gebro
■ Ibáñez&Plaza ■ Lacer ■ Pfizer
■ Schering Plough ■ Wyeth
■ Zambón

Vencer la tentación del fatalismo

La tentación del fatalismo es un factor negativo que amenaza a diario la práctica clínica. Máxime habida cuenta de los tiempos estrechos en que se desarrolla la consulta. Y es una tentación que puede afectar tanto al médico como al paciente de cualquier cultura. La máxima coránica de que “el hombre lleva su destino colgado de su cuello” se da la mano con la judeocristiana de que “cada hecho tiene su tiempo marcado en el cielo”.

Pero frente a las máximas fatalistas que invitan a la resignación pasiva, nos inclinamos por la reflexión clarividente de Antonio Machado cuando nos indica que los caminos se hacen andando. Incluso a pesar de que la propia medicina da cobijo a un cierto fatalismo ante la evidencia de que los avatares biológicos de cada cual están radicalmente condicionados por su herencia genética. Porque incluso la genética puede hoy ser corregida en parte y habrá de serlo más todavía en el futuro cuando se consoliden los nuevos hallazgos en este campo.

Incluso la genética puede hoy ser corregida en parte y habrá de serlo más todavía en el futuro

El fatalismo es culpable en buena medida de que el 40% de los pacientes reumáticos no tenga controlado su dolor

El vicepresidente de la SER, Dr. Javier Ballina, lanzaba una oportuna advertencia respecto a la tentación del fatalismo, con motivo del Día Mundial de la Artritis celebrado en España el pasado 1 de octubre: “La creencias erróneas más peligrosas son que nada puede hacerse por esta enfermedad o que las enfermedades reumáticas son cosa de viejos.” Se puede hacer y en ello se trabaja con intensidad a diario desde la SER y desde las asociaciones de pacientes. Y una de esas tareas se centra en sensibilizar a la población acerca de que las enfermedades reumáticas, en su extensa y variopinta gama, pueden afectar a cualquiera y a cualquier edad, por lo que la vigilancia y el diagnóstico precoz son fundamentales.

La campaña que bajo el lema “La artritis no espera” ha puesto en marcha la Sociedad Española de Reumatología está orientada hacia estas metas, presidida por el criterio que expone en estas páginas el Dr. Francisco Javier Paulino, ex presidente de la LIRE: “El paciente es nuestra razón de ser.”

Al mismo tiempo el espíritu de la campaña SER 2005, conectando con el inicio de esta reflexión, se orienta claramente a evitar la tentación del fatalismo, culpable en buena medida de que el 40% de los pacientes reumáticos no tenga suficientemente controlado el dolor, como ha recordado el presidente de la SER, Dr. Jesús Tornero, con motivo del I Simposio sobre Dolor celebrado el pasado 22 de octubre, del que ofrecemos amplia información en estas páginas.



Nuestra Portada

Frente a actitudes trasnochadas de conformismo y resignación, el progreso científico en la terapia analgésica permite hoy controlar el dolor prácticamente en todas sus expresiones. Aprender a manejar adecuadamente estas herramientas ha sido el argumento central del simposio celebrado por la SER en Guadalajara, que ocupa lugar destacado por derecho propio en nuestra portada y en el contenido de este número, junto con los documentos de consenso en fibromialgia y en el manejo de los opioides.

Las reflexiones del Dr. F. J. Paulino, destacando la figura del paciente complementan de manera óptima estos planteamientos de la reumatología moderna.

1 Editorial Vencer la tentación del fatalismo La tentación del fatalismo es un factor negativo que amenaza a diario la práctica...

3 Entrevista Dr. Francisco Javier Paulino Jefe de Servicio de Reumatología, Hospital General de Ciudad Real

7 Simposio Dolor en Reumatología, I Simposio de la SER El 40% de los pacientes reumáticos no tiene suficientemente controlado el dolor

15 Documento Documento de consenso sobre tratamiento de la fibromialgia El estrés puede actuar como desencadenante

20 Documento Documento de consenso sobre utilización de opioides Debe haber un control al inicio del tratamiento

21 Técnicas Félix M. Francisco Hernández Bloqueo del nervio supraescapular
Reumatología Intervencionista

27 Bibliografía Comentada Calcio y Vitamina D · Fenómeno de Raynaud · Lumbalgia · Osteoporosis

34 Los pacientes preguntan Medicinas alternativas · Tratamiento con antimaláricos · Tratamientos y embarazo

37 Noticias Un programa asistencial acorta hasta un 40% las bajas laborales · Día Mundial de la Artritis · Premio Fibromialgia a Guadalajara...

44 Humanidades El Tarantismo y su curioso tratamiento. Enfermedades olvidadas.

47 Recursos de reumatología en Internet Reum@tismos: Fistera.com Guías Clínicas sobre Reumatología · About Arthritis: Chronic Fatigue Syndrome / Fibromyalgia



DR. FRANCISCO JAVIER PAULINO

JEFE DE SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL



“El paciente
es nuestra
razón de ser”

Texto e imagen Carmen Salvador

EL DR. Francisco Javier Paulino

Lleva 38 años como reumatólogo y exceptuando los cuatro que pasó en la Fundación Jiménez Díaz, “con los doctores Vallado, Gijón y Beltrán”, el resto ha ejercido en el hospital General de Ciudad Real, ahora como Jefe de Servicio de Reumatología. Manchego de nacimiento, de la misma ciudad donde ejerce, es uno de los reumatólogos más involucrado con los problemas de los pacientes. Ex presidente de la Liga Reumatológica Española (LIRE), ahora intenta crear una confederación de asociaciones, porque “el futuro de la sanidad pasa por involucrar a los pacientes en la toma de decisiones”.

El Dr. Paulino piensa que no se creó enemigos mientras estuvo al frente de la LIRE, aunque “tampoco me preocupaba crearlos; lo que sí tengo entre ellos son buenos amigos”.

-¿Qué le ha aportado su contacto con las asociaciones?

-Mucho. Personalmente he aprendido a implicarme en su problemática. No habrá aumentado mi caudal científico por esta relación –para ello hay otros medios–, pero ha aumentado mi capacidad de sensibilizarme ante los problemas de los enfermos, eso sin la menor duda, y por ello nunca les estaré suficientemente agradecido. Es más, los residentes de mi servicio han empezado a rotar por las asociaciones, porque aparte de conocer las enfermedades reumáticas, es muy necesario conocer a los enfermos reumáticos, aparte de que no entiendo la medicina sin los pacientes, ellos son nuestra razón de ser.

-¿Por qué una confederación de asociaciones? ¿Qué va a pasar con la LIRE?

-La LIRE tuvo su momento, hasta que se fueron creando otras asociaciones de pacientes más específicas de enfermedades concretas y ligas por comunidades. A partir de ahí hay un acuerdo general de que tenemos que tener una voz común que represente de una forma más institucional a los pacientes reumáticos, cuando haya necesidades que plantear, derechos que exigir y otras reivindicaciones sociales, laborales y hasta económicas. Y para ello estamos trabajando ahora, para crear la Confederación Española de Pacientes Reumáticos.

POR UNA MAYOR PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

Para el doctor Paulino la parte reivindicativa, la colaboración con el



“El futuro de la sanidad pasa por involucrar a los pacientes en la toma de decisiones”

paciente, es de suma importancia. “El paciente tiene que ser mucho más participativo en todo lo que gira en torno a su salud. Es un derecho básico, totalmente inalienable, amparado por la ley, como la Ley de cohesión y calidad, o la propia Ley de los derechos del paciente... Pero esta previsión legal no va acompañada aún del paso que deben dar, para que sea una realidad, tanto la Administración como los sanitarios.”

-No es una tarea fácil...

-No lo es, pero el camino del futuro de la sanidad va por ahí indudablemente. En un país democrático las asociaciones de pacientes van teniendo un mayor

peso, con derecho a hablar y a hacerse oír. Por supuesto, que se investigue, pero que no se dejen de lado esos otros aspectos fundamentales y muy concretos que le interesan al paciente: cómo acceder a los servicios de rehabilitación, a determinados tratamientos, a una unidad de referencia, o cómo llegar cuanto antes a un reumatólogo y no a otro especialista...

MEDICINA HUMANÍSTICA, MEJOR Y MÁS BARATA

Según el doctor Paulino hay en la actualidad cierta descoordinación entre las distintas especialidades que atienden al paciente reumático, desde atención primaria, a

“Por supuesto, que se investigue, pero que no se dejen de lado esos otros aspectos fundamentales y muy concretos que le interesan al paciente”



trauma, neurocirugía, rehabilitación, reumatología... "Cada uno pide sus pruebas y el paciente va acumulando tiempos de espera". "Algún día conoceremos cuánto ahorran las asociaciones resolviendo problemas que tienen en común. Este movimiento de los pacientes tendrá que vencer muchas resistencias y muchas reticencias, pero tienen que participar activamente ante las decisiones de los sanitarios."

"Un problema fundamental es que el avance técnico ha desplazado totalmente la parte más clínica. La relación con el paciente se distancia. Muchas veces en lugar de ir a que el médico lo vea, va a pedir una determinada prueba, "vengo a que me hagan una resonancia"; eso es muy común, y conlleva el consumo de peticiones

y pruebas que muchas veces no son necesarias."

-¿Llega a entenderlo el paciente?

-Lo entiende perfectamente si se lo explicas y compartes con él la toma de decisiones. Actuaciones así evitarían muchas pruebas innecesarias.

Uno de los mayores problemas de estas asociaciones, según el doctor Paulino, es la falta de fondos: ponerse en movimiento también tiene unos gastos, y nadie les

"Existe cierta descoordinación entre las especialidades que atienden al paciente reumático: cada uno pide sus pruebas y el paciente acumula tiempos de espera"

subvenciona nada. "Se olvida que la medicina tiene que avanzar mucho en el campo humanístico, que es lo que hace una medicina mejor y más barata; medicina compartida con el paciente."

FALTAN CENTROS DE REFERENCIA

El ex presidente de la LIRE echa de menos centros de referencia. "No podemos tener todo en todos los sitios, pero debería haber estos centros especializados donde pudieran acudir pacientes de cualquier comunidad, cumpliendo los requisitos necesarios."

Aún no hace mucho había un solo reumatólogo en la Comunidad de Castilla-La Mancha, el doctor Javier Paulino. "Ahora hay 8 en Ciudad Real y hasta 4 y 5 en cada una de las otras provincias. Estamos en la línea de lo que reco-

mienda la OMS, un reumatólogo por cada 50.000 habitantes. La dirección del hospital y la administración han apoyado la especialidad, por las 20.000 visitas anuales, por la eficacia y la eficiencia que estamos consiguiendo, lo que lleva a un desarrollo modélico de la reumatología en Castilla La Mancha."

-¿Cree que los reumatólogos están suficientemente sensibilizados con la problemática del paciente?

-Pienso que deben involucrarse más y así lo entiende la actual Junta Directiva de la SER. Su vicepresidente, el doctor Ballina, es de alguna manera el responsable de mantener relación con las asociaciones, una figura enormemente válida, y lo hace con auténtica sinceridad y dedicación.

Subraya el Dr. Paulino que hay pocos reumatólogos y que hay que pelear por remediarlo. "No podemos olvidar que la población va envejeciendo y viviendo más años, hay que ofrecerles el mejor servicio al mejor coste. Las enfermedades reumáticas tienen una enorme carga para el paciente y la sociedad, la artritis reumatoide acorta la vida del paciente, las fracturas de osteoporosis son una de las principales causas de muerte en las mujeres de edad avanzada y los procesos degenerativos son la primera causa de bajas laborales en España. Frente a todo ello juegan un papel importante las asociaciones, estamos ante un desperdicio de energía impresionante."

Entre la actividad clínica y la "pelea" por la creación de la Confederación de Pacientes Reumáticos, que agruparía a más de 60 asociaciones, el doctor Javier Paulino a veces saca tiempo libre, "para estudiar, oír música y leer mucho de la historia de España".

"Un problema fundamental es que el avance técnico ha desplazado totalmente la parte más clínica"

I SIMPOSIO DOLOR EN REUMATOLOGÍA DE LA SER

El 40% de los pacientes reumáticos no tiene suficientemente controlado el dolor

El dolor crónico característico de las enfermedades reumáticas no tiene una función biológica, sino que produce sufrimiento y altera todos los componentes de relación personal, familiar y social, afecta a las actividades laborales y de la vida diaria. Tiene además unos costes asistenciales y laborales muy elevados. Prácticamente el 95% de las enfermedades reumáticas cursan con un gran dolor para el paciente, y a pesar de todos los tratamientos, un 40% de ellos no lo tiene suficientemente controlado, señala el doctor

Jesús Tornero, presidente de la Sociedad Española de Reumatología que ha celebrado el I Simposio sobre Dolor el 22 de octubre en Guadalajara. En este simposio, que reunió a un gran número de especialistas en reumatología y dolor, se presentaron los primeros documentos de consenso sobre la utilización de opioides en el dolor reumatológico y sobre el tratamiento de la fibromialgia.

EL DOLOR Y SUS CIRCUNSTANCIAS

“En el enfoque del dolor hay que tener en cuenta la causa que lo origina, los mecanismos que intervie-

nen en la transmisión del dolor y la vivencia personal y psicológica del paciente”, señala el doctor Javier Vidal Fuentes, miembro del Comité Científico del Simposio y responsable de la Unidad de Dolor Reumatológico del Hospital Universitario de Guadalajara, una de las pocas Unidades de estas características que existen en nuestro país.

El dolor reumático más frecuente es el dolor inflamatorio por lesión de los componentes del aparato locomotor, como el hueso, el cartílago, los ligamentos, tendones, músculos, pero también puede haber dolor neuropático por afecta-

ción de los nervios periféricos o las raíces nerviosas, como es el caso de la hernia discal con ciática.

En el proceso de transmisión de la señal dolorosa intervienen múltiples sustancias y células, los neurotransmisores, así como diferentes receptores para las mismas que contribuyen a modular, modificar, ampliar e incluso a cronificar el dolor. También hay sustancias propias del organismo capaces de disminuir o inhibir la sensación dolorosa. Entre ellas se encuentran las llamadas endorfinas, sustancias muy parecidas a los opioides (como la morfina) lo que explica su utilidad como analgésicos potentes.

BAJO CONSUMO DE OPIOIDES EN ESPAÑA

Según el doctor Jesús Tornero, el consumo de opioides en España es bajo, con respecto a otros países occidentales, "sin duda por desconocimiento de su farmacología y el miedo injustificado a los potenciales riesgos de uso". Los fármacos

opioides han demostrado ser efectivos en una parte importante de pacientes con enfermedades reumatológicas, como artritis reumatoide, aplastamientos vertebrales, artrosis evolucionadas, osteoporosis con fracturas, lumbalgias, cervicalgias, dolor neuropático... Ade-

más, la relación beneficio-riesgo de su utilización es favorable, con unos criterios de selección y unas normas de utilización adecuadas. Según el documento de consenso de la SER sobre utilización de opioides, si el uso de fármacos tradicionales no ha sido lo suficientemente eficaz, el tratamiento con opioides es lícito y necesario

Los opioides son los analgésicos más potentes que se conocen. Son

eficaces como monoterapia, aunque lo más habitual es utilizarlos conjuntamente con paracetamol, AINE/COXIB y/o fármacos adyuvantes. Permiten reducir las dosis y consumo de analgésicos y, además de reducir el dolor, tienen un efecto sedante, mejoran la capacidad fun-

“Los resultados de las técnicas intervencionistas son buenos y **no tiene por qué haber efectos secundarios si se realizan correctamente”**

cional y el estado de ansiedad asociado al dolor crónico.

FIBROMIALGIA: AÚN SIN DESENTAÑAR

La fibromialgia (FM) es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Además de otros síntomas como cansancio intenso, entre las mani-





festaciones clínicas más comunes de la FM se encuentran alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción en manos,

Se calcula que en nuestro país están afectadas más de 700.000 personas, con una prevalencia mucho mayor en la mujer que en el hombre (21 a 1). Aparece en todos los grupos de edad, en especial entre los 40 y los 50 años. En la actualidad no se conoce el origen ni los mecanismos por los que actúa la enfermedad, aunque se ha comprobado que el riesgo de padecer la enfermedad en miembros de una familia con fibromialgia es 8,5 veces mayor que en el resto de la población.

El conocimiento que el paciente adquiera sobre su enfermedad, el tratamiento farmacológico, la realización diaria de ejercicio físico moderado y la terapia psicológica, son los principios básicos del tratamiento en estos pacientes. La utilización de fármacos está dirigida a la mejoría de aspectos parciales de la FM, y no a la curación de la

misma. En la actualidad no existe ningún medicamento aprobado por la Agencia Europea del Medicamento o la FDA americana para el tratamiento de la FM.

TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS EN EL DOLOR REUMATOLÓGICO

El bloqueo neural, la radiofrecuencia... son técnicas intervencionistas que se utilizan cuando los tratamientos convencionales de fármacos y rehabilitación no muestran evidencias de respuesta al dolor en las enfermedades reumáticas. Son técnicas que se realizan desde hace quince años como un paso intermedio antes de recurrir a la cirugía para controlar el dolor, señala el doctor Enrique Reig, director de la Clínica del Dolor de Madrid, uno de los mayores expertos en estas técnicas y que ha intervenido en el simposio de la SER

La técnica consiste en colocar –mediante catéter- agujas lo más cercano posible del nervio, donde se aplica el anestésico, el antiinflamatorio o electricidad (radiofrecuencia). Según este especialista, se

puede aplicar en cualquier nervio. Los más utilizados son los de la espalda. Los resultados se obtienen generalmente en una o dos sesiones, aunque en otras ocasiones se van a necesitar más. Con el tiempo es probable que el paciente pueda necesitar repetir el tratamiento.

Los resultados de las técnicas intervencionistas son buenos y no tiene por qué haber efectos secundarios si se realizan correctamente. “No hay que olvidar que estamos pinchando estructuras muy cerca de la médula. Hay que tener un cuidado exquisito, hacerlo con radioscopia, en un ambiente aséptico, limpio, con la experiencia que exigen estos tratamientos.”

Son técnicas más frecuentes de lo que el público piensa. “En la clínica llevamos más de 15 años realizando estos tratamientos, con más de un centenar de pacientes al mes”. Estas técnicas las realizan especialistas en anestesia y reanimación, “pero puede emplearlas cualquier especialista que tenga formación para ello, como neurocirujanos o reumatólogos”.

DOCUMENTO DE CONSENSO DE LA SER SOBRE
TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

El estrés puede actuar como desencadenante de la **Fibromialgia**

La fibromialgia es una de las enfermedades que más insatisfacción causa a los profesionales y a los pacientes en su abordaje terapéutico. Debido a ello la Sociedad Española de Reumatología, ha elaborado un documento de consenso donde se analizan los diversos aspectos de la enfermedad, epidemiología, factores que predisponen a la enfermedad y la desencadenan, aspectos psicológicos, familiares, sociales y laborales, costes sanitarios, incapacidades y tratamientos, tanto farmacológicos como psicológicos y terapias alternativas.

“Con este documento pretendemos dar un soporte a los reumatólogos de nuestra sociedad para enfrentarse a este síndrome multisintomático señalan los coordinadores del documento de consenso, los doctores Cayetano Alegre, del Hospital Universitario Val d’Hebrón de Barcelona y Javier Rivera, del Instituto Provincial de Rehabilitación de Madrid.

Se calcula que en nuestro país están afectadas más de 700.000 personas, con una prevalencia mucho mayor en la mujer que en el hombre (9 a 1). Por ahora no se conocen el origen ni los mecanis-

mos por los que actúa la fibromialgia (FM).

HIPÓTESIS E INDICIOS DE ETIOLOGÍA

Existen indicios de que algunos fenotipos genéticos son más frecuentes en los enfermos con FM, como es el caso del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil-transferasa o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina.

Algunos grupos de pacientes tienen una serie de factores comunes que pudieran actuar como predisponentes para la aparición de la FM. Tal es el caso de antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia o trastorno de ansiedad, estos últimos con una base genética claramente demostrada. Aunque se

las situaciones de estrés postraumático, tanto de índole físico como psicológico. El estrés laboral puede contribuir a la aparición de la FM

ha intentado demostrar la existencia de una personalidad bien definida en los pacientes con FM, los estudios no han sido concluyentes.

En muchos pacientes el cuadro clínico de la FM aparece de forma brusca después de algunos acontecimientos: accidentes de tráfico, infecciones, cirugías mayores y, en general, las situaciones de estrés postraumático, tanto de índole físico como psicológico. El estrés laboral puede contribuir a la aparición de la FM

MECANISMOS PATOGENÉTICOS

En cuanto a los mecanismos patogénicos, se ha investigado en varios campos. Según los autores, se han encontrado diversas alteraciones morfológicas y funcionales en biopsias de músculo y de tejidos blandos en estos pacientes. Sin embargo, los hallazgos hasta la actualidad son bastante inespecíficos. También se han observado alteraciones del eje hipotálamo hipofiso adrenal (HHA) que se acompañan de múltiples trastornos endocrinos.

La disfunción del sistema nervioso autónomo, puesta de manifiesto mediante las alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, es un hallazgo mucho más

consistente y reproducible.

Los datos más recientes sugieren que en los pacientes con FM existe una alteración de los mecanismos de procesamiento del dolor probablemente debida a un desequilibrio en los neuromoduladores del sistema nervioso central.

Según los autores del consenso, uno de los hallazgos más consistentes en los estudios sobre la FM ha sido un incremento de la sustancia

P en líquido cefalorraquídeo. La presencia de este péptido favorece la transmisión de los estímulos dolorosos a través de facilitar la estimulación de las vías dolorosas por otros neurotransmisores.

También se han hallado alteraciones en la concentración, precursores o metabolitos de otros neurotransmisores cerebrales como serotonina, noradrenalina, encefalina, ácido gama amino butírico. En la

actualidad el significado de estas alteraciones centran la mayor parte de investigaciones sobre su origen.

La FM es una afección crónica en la que el dolor persiste, generalmente sin cambios, a lo largo de muchos años y que además produce un gran impacto sobre la calidad de vida, la capacidad funcional, estado emocional, relaciones personales ... En la actualidad no existe ninguna prueba analítica o exploración complementaria que permita hacer una clasificación de los pacientes con fibromialgia según el grado de afectación. Sin embargo, existen instrumentos de evaluación disponibles para la valoración de diversos aspectos del paciente con fibromialgia (consultar página www.ser.es).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El conocimiento que el paciente adquiera sobre su enfermedad, el tratamiento farmacológico, la realización diaria de ejercicio físico moderado y la terapia psicológica, son los principios básicos del tratamiento en estos pacientes. La utilización de fármacos está dirigida a la mejoría de aspectos parciales de la FM, y no a la curación de la misma. En la actualidad no existe ningún medicamento aprobado por la Agencia Europea del Medicamento o la FDA americana para el tratamiento de la FM.

Una afección crónica en la que el dolor persiste, generalmente sin cambios, a lo largo de muchos años y que además produce un gran impacto sobre la calidad de vida



En la actualidad no hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Europea del Medicamento o la FDA americana para el tratamiento de la FM

Basándonos en la revisión sistemática realizada por los revisores de la SER, pasamos revista a los fármacos más utilizados y al grado de evidencia disponible sobre su uso.

■ Analgésicos y antiinflamatorios

No existe ninguna evidencia de la eficacia de los antiinflamatorios en el tratamiento de la FM. Existe una evidencia débil en la actualidad sobre la eficacia del derivado opiáceo tramadol para el control del dolor en la FM. No existe ninguna evidencia de la eficacia de los opioides mayores.

■ Relajantes musculares

La ciclobenzaprina, a dosis bajas, ha mostrado utilidad en la mejoría del dolor y el sueño, pero su efecto se atenúa con el paso del tiempo.

■ Antidepresivos tricíclicos

este tipo de fármacos, a corto plazo, produce una mejoría clínica

significativa hasta en el 30% de los pacientes. La mejoría es moderada en el dolor, calidad del sueño y sensación de bienestar, leve en la sensación de fatiga y mínima en el número de puntos dolorosos. No existen diferencias entre la amitriptilina y la nortriptilina.

■ Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Fármacos como la fluoxetina son útiles para tratar los síntomas depresivos, pero apenas son eficaces para el tratamiento del dolor si no existe depresión asociada, lo cual sugiere que el efecto noradrenérgico es tan importante como el serotoninérgico en el tratamiento de estos pacientes. En este sentido, los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como la venlafaxina, minalcipram y duloxetina, parece que son

más eficaces que los inhibidores selectivos. La combinación de fluoxetina y amitriptilina, también ha mostrado cierto efecto analgésico.

■ Otros fármacos

Hay un gran número de fármacos de diversa índole estructural como los antagonistas de los receptores 5HT₃, hormona de crecimiento, oxicato sódico, calcitonina, melatonina, ketamina, gabapentina, interferon γ , s-denosil-metionina 5-hidroxitriptofano, etc...), que no han demostrado hasta la fecha una eficacia que avale su uso en la FM. Recientemente, otro ECA con pregabalina ha mostrado también su superioridad frente al placebo.

RECOMENDACIONES DE LA SER

La SER recomienda utilizar los siguientes fármacos y a las dosis expuestas, como fármacos de elección para tratar las principales manifestaciones de los pacientes con FM. (V. tabla a pie de página)

Según el documento de consenso, es importante racionalizar al máximo el uso de fármacos, en especial si presentan efectos centrales, ya que los síntomas como el cansancio, inestabilidad, mareos, dificultad de concentración y trastornos de memoria pueden exacerbarse con estos fármacos. Es común que se atienda a pacientes polimeditados sin que el propio paciente ni el profesional que lo trata puedan discernir su utilidad y sí la extrema dificultad que entraña el eliminarlos.

El ejercicio aeróbico, en cualquiera de sus modalidades (natación, bicicleta, ejercicios en el suelo, danza, etc.), ha mostrado en ensayos clínicos un efecto beneficioso por sí mismo en el síntoma dolor, la salud mental en términos generales, el grado de ansiedad y el impacto global que la enfermedad produce sobre la vida del paciente.

El objetivo del tratamiento psicológico es controlar los aspectos emocionales de ansiedad y depresión, cognitivos, comportamentales y

Fármacos recomendados por la SER

	DOSIS	HORARIO
ANALGÉSICOS		
Paracetamol	1 gr	6-8 hr
Tramadol	50 mg	8 hr
Paracetamol + Tramadol	350 mg/12.5 mg	6-8 hr
INDUCTORES DEL SUEÑO/RELAJANTES		
Amitriptilina	25-50 mg	noche
Ciclobenzaprina	10-30 mg	noche (ttos. cortos)
Zolpidem	10 mg	noche (ttos. cortos)
Zopiclona	7,5 mg	noche (ttos. cortos)
ANTIDEPRESIVOS		
Fluoxetina	20-40 mg	mañana
ANSIOLÍTICOS		
Alprazolam	1 mg	12-24 hr
Otras benzodiazepinas	variable	variable



Los doctores Cayetano Alegre, del Hospital Universitario Val d'Hebrón de Barcelona y Javier Rivera, del Instituto Provincial de Rehabilitación de Madrid.

sociales que agravan el cuadro clínico de estos pacientes.

El tratamiento cognitivo-conductual es la intervención psicológica que ha demostrado una mayor eficacia para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, el dolor crónico, el dolor inflamatorio y la FM. Existe un grado fuerte de evidencia de que los tratamientos combinados de tratamiento psicológico y ejercicio físico reducen el impacto global que la FM produce en la vida de los pacientes.

Algunos estudios muestran la eficacia del tratamiento multidisciplinar en pacientes con FM. Sin embargo, en una revisión sistemática no se ha podido encontrar una buena evidencia sobre la eficacia de dicha estrategia, aunque los propios autores reconocen no haber hallado ningún ensayo clínico de alta calidad, lo que merma considerablemente el grado de evidencia disponible.

No obstante, parece lógico pensar, señalan los autores del consenso, que la combinación de varias de las modalidades terapéuticas disponibles para el tratamiento de estos pacientes debe ser superior al uso de cualquiera de ellas en solitario. En este sentido, proponemos como tratamiento básico en los pacientes con FM una combinación de ejercicios físicos, terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico a base de analgésicos, amitriptilina a dosis bajas y relajantes musculares.

En cuanto a las medicinas complementarias, algunos estudios existentes sobre acupuntura, homeopatía y masajes, en la actualidad no se pueden obtener conclusiones sobre la eficacia de estas modalidades terapéuticas en los pacientes con FM.

DEBE HABER UN CONTROL AL INICIO DEL TRATAMIENTO, HASTA AJUSTAR LA DOSIS ADECUADA

Documento de consenso sobre utilización de opioides

El objetivo del tratamiento con opioide es controlar de manera objetiva el dolor, mejorar la calidad de vida y preservar o mejorar la capacidad funcional. Se considera que una puntuación de intensidad de dolor inferior a 5 (en escala numérica) o a 50 mm (en EAV) se correlaciona con un adecuado control del dolor y un mantenimiento de la funcionalidad.

Según el consenso de la SER sobre la utilización de opioides presentado en el I Simposio de Dolor, celebrado en Guadalajara, están indicados cuando hay un diagnóstico definido, no se han obtenido resultados con otros tratamientos, o están contraindicados y el dolor es convincente, con una intensidad superior a 5 en la escala numérica o a 50 mm en escala analógica visual (EAV).

Debe considerarse que existe respuesta terapéutica si se reduce al menos en 2 puntos la escala numérica, o al menos un 30% en la EAV de dolor,

y el paciente lo considera bastante mejor o mucho mejor.

La elección de un opioide menor o mayor dependerá, según el documento de consenso, de la intensidad y tipo del dolor, de las características del paciente, de su sensibilidad, de los efectos adversos y de la experiencia del médico.

CONTROLAR TODO EL PROCESO

Según el Dr. Jesús Tornero, presidente de la SER, debe haber un control al inicio del tratamiento, hasta ajustar la dosis adecuada con la que se obtiene respuesta. Junto al tratamiento, se recomienda el uso de cuidados y medicación concomitante en las fases iniciales y en los cambios de dosis o de opioide: buena hidratación, dieta rica en fibra, antieméticos y laxantes.

Los efectos adversos más frecuentes son estreñimiento, náuseas, vómitos, mareos, somnolencia. Suelen ser leves o moderados al inicio del tratamiento, excepto el estreñimiento que

suele durar más. El médico debe considerar cuándo ha finalizado el tratamiento con el opioide y ha de hacerlo reduciendo las dosis de forma progresiva.

Los especialistas del aparato locomotor utilizan opioides con asiduidad en la práctica clínica habitual, aunque hasta el momento no estaba claramente definida ni la pauta cronológica a seguir, ni la estratificación terapéutica con opioides mayores y menores, señala el doctor Arturo de la Serna, del H. San Pablo de Barcelona y coordinador de la revisión realizada por la SER para mostrar las evidencias científicas de la literatura en la eficacia de los opioides mayores y menores en el tratamiento del dolor osteoarticular, "refiriéndonos lo más estricto posible a enfermedades reumáticas específicas".

Tampoco la literatura ofrece mucha claridad, según este especialista, ya que no se refiere a menudo a enfermedades osteoarticulares concretas, sino a síndromes dolorosos inespecíficos.

Apoiados en la evidencia científica

- Los opiáceos mayores alcanzan de forma significativa un mayor porcentaje de mejoría del dolor, al menos buena, frente a placebo en pacientes con dolor crónico, con nivel de evidencia aceptable.
- Los opiáceos mayores v.o (vía oral). consiguen de forma significativa una mejoría en el índice de dolor WOMAC frente a placebo en pacientes con artrosis, con un nivel de evidencia aceptable.
- Los opiáceos mayores i.a. (intraarticular) consiguen de forma significativa una mejoría en la intensidad del dolor en pacientes frente a placebo, en pacientes con artrosis periférica o artritis reumatoide, con un nivel de evidencia bueno.
- Los opiáceos mayores i.v.(endovenosos) consiguen de forma significativa un mayor porcentaje de respondedores

frente a placebo, en pacientes con fibromialgia y radiculopatía, con un nivel de evidencia discreto.

- Los opiáceos mayores TDS (parche cutáneo) consiguen de forma significativa un mayor porcentaje de pacientes con mejoría del dolor al menos buena, porcentaje de respondedores y de pacientes con >6 horas de sueño ininterrumpido frente a placebo, en pacientes con dolor crónico secundario a cáncer, enfermedades musculoesqueléticas u otras situaciones que produzcan dolor crónico, con un nivel de evidencia bueno.

■ Existe un nivel de evidencia insuficiente en cuanto a que los opiáceos mayores mejoran de forma significativa el dolor frente a antiinflamatorios en pacientes con lumbalgia crónica o artrosis periférica.

- El tramadol es un tratamiento eficaz para el dolor musculoesquelético agudo y crónico.

FÉLIX M. FRANCISCO HERNÁNDEZ

UNIDAD DE REUMATOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN

Bloqueo del nervio supraescapular

El bloqueo del nervio supraescapular (BNSE) es una técnica utilizada en las clínicas del dolor, cada vez más conocida y reconocida entre los reumatólogos como otra opción de tratamiento del hombro doloroso. El nervio supraescapular, descrito por primera vez por Wertheim y Rovenstine en 1941, recoge la sensibilidad de aproximadamente el 70% de la articulación del hombro.

El bloqueo nervioso regional es eficaz para el manejo del dolor agudo y crónico porque interrumpe los estímulos nociceptivos desde su origen, bloquea las fibras nociceptivas de los nervios periféricos, espinales y craneales y bloquea las fibras nerviosas aferentes que acompañan a los nervios autonómicos.

El bloqueo también interrumpe

las aferencias anormales de los mecanismos reflejos que contribuyen a la patogénesis de algunos síndromes de dolor crónico.

Se puede bloquear a distintos niveles y existen distintos procedimientos para la localización del nervio supraescapular, entre ellas:

- Mediante referencias anatómicas intentar localizar la escotadura supraescapular hasta desencadenar parestesias en la parte posterosuperior del hombro, redireccionando la aguja 15° cefálica y lateralmente.

- Mediante un neuroestimulador, que es un aparato generador de impulsos eléctricos a partir de una intensidad de 0,5 mA y una frecuencia de 2 Hz que se transmiten a través de una aguja especial, al contactar con el nervio origina la contracción muscular del supraespinoso e infraespinoso produciendo la abducción y la rotación

externa del brazo, respectivamente (figura 2).

- Mediante ecografía al visualizar la concavidad de la escotadura supraescapular y, con la ecografía Doppler, se localiza el paquete vasculonervioso en el borde lateral de la escotadura 10.

LOCALIZAR LAS REFERENCIAS ANATÓMICAS

Para la localización de las referencias anatómicas vamos a recomendar el método de Wertheim y Rovenstine. Con el paciente sentado con los brazos colgando a los lados y las manos en los muslos, se identifica la espina y el ángulo inferior de la escápula. Con un lápiz dérmico se dibuja un línea siguiendo la espina de la escápula. Se localiza el ángulo inferior de la escápula y se traza una segunda línea vertical que corte a la primera formando 4 cuadrantes. Se traza la

La técnica del BNSE es eficaz para mejorar el dolor y la función del hombro en determinadas enfermedades. Se ha aplicado en el tratamiento de la artritis reumatoide y hombro doloroso bilateral.



bisectriz del cuadrante súpero-externo y se marca un punto situado a 2-3 cm desde el ángulo (figura 1).

Una vez marcadas las referencias anatómicas, se prepara asépticamente la piel con povidona yodada (o alcohol 96° en caso de alergia). Se coloca un paño fenestrado estéril. Se anestesia la piel y los tejidos subcutáneos hasta contactar con la escápula utilizando una aguja de 20 o 22 gauge (5-7 cm) y mepivacaína 2% o lidocaína 1%.

Hay que aspirar con la jeringa constantemente para asegurar que estamos en el espacio extravascular. Para reducir el riesgo de neumotórax se puede pedir al paciente que coloque la mano ipsilateral en el hombro opuesto.

Una vez localizado el nervio supraescapular, ya sea mediante parestesias, contracción muscular con el neuroestimulador o visualización ecográfica de la escotadura, se inyecta una solución de anestésico local con o sin adrenalina 1:200.000 con o sin corticoide, dependiendo del autor.

El BNSE generalmente lo repetimos en 3 ocasiones separadas 7-14 días, y está contraindicado en infección local, alergia al anestésico local utilizado, en diátesis hemorrágica (contraindicación relativa), y en ausencia de consentimiento del paciente

MEJORAR EL DOLOR Y LA FUNCIÓN DEL HOMBRO

El BNSE se puede utilizar para mejorar el dolor y la función del hombro en determinadas enfermedades. Se ha aplicado en el tratamiento de la artritis reumatoide y hombro doloroso bilateral. El BNSE realizado mediante referencias anatómicas y con metilprednisolona y lidocaína o bupivacaína produjo una mejoría del dolor y de la

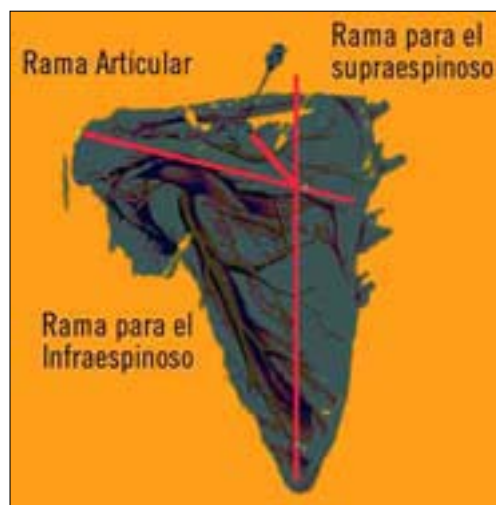


Figura 1

Referencias anatómicas. Se traza una línea que pasa por la espina de la escápula y otra vertical al ángulo inferior de la escápula. Se dibujan cuatro cuadrantes y se traza la bisectriz del cuadrante supero-externo. El punto de inserción de la aguja, donde supuestamente se encuentra la escotadura supraescapular, se realiza a 2-3 cm del ángulo de ese cuadrante.

Con el paciente sentado con los brazos colgando a los lados y las manos en los muslos, se identifica la espina y el ángulo inferior de la escápula

movilidad hasta 12 semanas^{12, 13}.

En un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo (suero fisiológico) subcutáneo durante 12 semanas, en patología degenerativa glenohumeral, acromioclavicular y/o del manguito de los rotadores y en artritis reumatoide tratados con un único BNSE con bupivacaína y metilprednisolona, se observó una mejoría significativa del dolor, de la incapacidad y de la movilidad del hombro. No se objetivaron efectos adversos significativos^{14, 15}.

Vecchio y cols.⁹ realizaron un ensayo clínico en pacientes con tendinitis o roturas del manguito de los rotadores con escasa o nula respuesta a 2 infiltraciones locales de corticoides, fisioterapia y termoterapia. Se trataron con un BNSE con metilprednisolona y 1 ml de bupivacaína 0,5% o una infiltración del músculo supraespinoso con suero fisiológico y seguidos durante 12 semanas. El grupo con tendinitis mejoró significativamente del dolor nocturno y la flexión, pero no el dolor en reposo. En el grupo con rotura mejoró el dolor nocturno y con el movimiento, la abducción activa mejoró pero no otros movi-

mientos. No hubieron otras complicaciones que parestesias transitorias y dolor local.

Usón y cols.¹⁶ realizaron un estudio piloto en 10 pacientes con hombro doloroso crónico con el diagnóstico ecográfico de rotura completa del manguito de los rotadores, refractario a 3 infiltraciones subacromiales. La mayoría de los pacientes necesitaron 3 BNSE dirigidos ecográficamente para mejorar del dolor nocturno y mecánico y suspender los analgésicos.

En un ensayo clínico aleatorizado doble ciego controlado con placebo en capsulitis adhesiva de al menos un año de evolución se observó una mejoría del dolor pero no de la función al mes de tratar con 3 BNSE, que lo atribuyen al pequeño tamaño de la muestra y a la corta duración del seguimiento. No se observaron otros efectos secundarios que síntomas vagales y dolor en el lugar de la inyección. También el BNSE con acetónido de triamcinolona y 9,5 ml de bupivacaína consiguió una resolución más completa del dolor y de la movilidad durante las 12 semanas de seguimiento en capsulitis adhesiva¹⁷.

**Figura 2**

Neuroestimulador. Consta de un generador de impulsos eléctricos a una intensidad y frecuencia determinada; un cable de conexión que se bifurca en dos, un extremo se aplica a un electrodo sobre la piel del paciente, en la zona del músculo deltoides, y el otro se conecta a una aguja especial que transmite el impulso eléctrico. Cuando se contacta con el nervio se cierra el circuito y se desencadena la contracción de los músculos supraespinoso e infraespinoso.

Un estudio descriptivo de capsulitis adhesiva secundaria a distrofia simpática refleja, demostró que el BNSE mejoraba de forma significativa el dolor y la movilidad del hombro 18.

En un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego en pacientes con dolor no específico en el hombro tratados con BNSE o infiltración de corticoides en surco bicipital y espacio subacromial, se observó que ambos grupos mejoraron signi-

ficativamente en los parámetros analizados, sin que un tratamiento fuese superior al otro. No se detectaron complicaciones con el BNSE, y los pacientes tratados con infiltración de corticoides se quejaron de dolor 19.

También puede controlar el dolor y reducir la necesidad de opioides en pacientes con metástasis óseas del hombro, bien mediante bloqueos repetidos o la implantación de un catéter local.

Realizamos un estudio retrospectivo 24 para evaluar los resultados del tratamiento BNSE a largo plazo en 113 pacientes con patología severa o refractaria del hombro (generalmente capsulitis adhesiva, rotura del manguito de los rotadores y artrosis). Después de una mediana de 3 BNSE, se observó una mejoría del dolor y la función en el 73,4% de los pacientes seguidos durante una mediana de 7 (1-12) meses.

BIBLIOGRAFÍA

9. Vecchio PC, Adebajo AO, Hazleman BL. Suprascapular nerve block for persistent rotator cuff lesions. *J Rheumatol* 1993; 20(3):453-5.
12. Gado K, Emery P. Modified suprascapular nerve block with bupivacaine alone effectively controls chronic shoulder pain in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1993; 52:215-8.
13. Emery P, Bowman S, Wedderburn L, Grahame R. Suprascapular nerve block for chronic shoulder pain in rheumatoid arthritis. *BMJ* 1989; 299:1079-80.
14. Shanahan EM, Ahern M, Smith M, Wetherall M, Bresnihan B, FitzGerald O. Suprascapular nerve block (using bupivacaine and methylprednisolone acetate) in chronic shoulder pain. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:400-6.
15. Shanahan EM, Smith MD, Wetherall M, Lott CW, Slavotinek J, FitzGerald O, Ahern MJ. Suprascapular nerve block in chronic shoulder pain: are the radiologists better? *Ann Rheum Dis* 2004; 63:1035-40.
16. Usón J, Cruz A, Naredo E, Cabero F, Collado P, Richi P, Crespo M. Bloqueo del nervio supraescapular guiado por ecografía. *Rev Esp Reumatol* 2001; 28:185.
17. Jones DS, Chattopadhyay C. Suprascapular nerve block for the treatment of frozen shoulder in primary care: a randomized trial. *Br J Gen Pract* 1999; 49:39-41.
18. Wassef MR. Suprascapular nerve block. A new approach for the management of frozen shoulder. *Anaesthesia* 1992; 47:120-4.
19. Taskaynatan MA, Yilmaz B, Ozgul A, Yazicioglu K, Kalyon TA. Suprascapular nerve block versus steroid injection for non-specific shoulder pain. *Tohoku J Exp Med* 2005; 205:19-25.
24. Francisco Hernández F, Ojeda Bruno S, Bilbao Cantarero A, Naranjo Hernández A, Erasquin Arruabarrena C, Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa I, Rodríguez Lozano C. Hombro doloroso. Bloqueo del nervio supraescapular. *Reumatol Clin* 2005; 1 (Espec Congr):56.

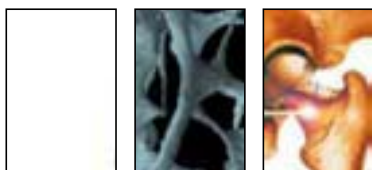
DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOYOSA DE ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. DE ONTENIENTE. VALENCIA

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

DRA. NAGORE FERNÁNDEZ LLANIO SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA

Bibliografía Comentada



- Calcio y Vitamina D
- Fenómeno de Raynaud
- Lumbalgia
- Osteoporosis

CALCIO Y VITAMINA D

La dieta rica en calcio y vitamina D disminuye el síndrome premenstrual

INGESTA DE CALCIO Y VITAMINA D Y RIESGO DE SÍNDROME PREMENSTRUAL. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, et al. *Arch Intern Med* 2005;165:1246-1252.

Se calcula que alrededor del 85% de las mujeres premenopáusicas presentan síntomas físicos o de tipo afectivo antes de la menstruación. En la mayoría de las mujeres, estos síntomas son leves. Sin embargo, entre el 8% y el 20% presentan síntomas del denominado síndrome premenstrual (SPM), llegando a interferir en la vida cotidiana de estas mujeres. Los síntomas más frecuentes del SPM (cefalea, tensión mamaria, depresión y cambios de humor) suelen aparecer en la fase lútea del ciclo y desaparecer con el comienzo de la menstruación.

Algunos estudios controlados con placebo señalan que el suplemento de calcio, entre 1000 y 1400 mg diarios, puede disminuir de forma significativa la aparición, e incluso la intensidad, de

síntomas del SPM (Thys-Jacobs S. *Am J Obstet Gynecol* 1998).

En el presente trabajo de Bertone et al, se realiza un estudio de casos controles dentro de la cohorte del estudio de enfermeras americanas (Nurses' Health Study II cohort), para conocer si el suplemento en la dieta de calcio y vitamina D puede disminuir la aparición de SPM.

Incluyeron 1057 mujeres que desarrollaron SPM durante 10 años de seguimiento y 1968 mujeres que no lo desarrollaron. Después de ajustar para múltiples factores, las mujeres que tomaron mayor cantidad de vitamina D en la dieta (media: 716 UI/día), tenían un riesgo relativo de SPM de 0.59, frente a las mujeres que tomaron menos cantidad de vitamina D (media: 112 UI/día) ($p=0.1$). Ocurrió igual para la ingesta de calcio en la dieta: las mujeres que tomaron mayor cantidad (media: 1283 mg) tenían un riesgo relativo de SPM de 0.70, frente a las mujeres que tomaron menor cantidad de calcio en la dieta (media: 529 mg/día) ($p=0.2$). La toma de leche descremada también se asoció con menor riesgo ($p<0.001$).

Los autores concluyen que la toma

en la dieta de calcio y vitamina D, equivalente a 4 productos lácteos diarios, disminuye el riesgo de SPM.

¿De qué manera pueden influir el calcio y vitamina D?. La respuesta parece estar en que existe una relación con el nivel estrogénico. Hay datos de cambios y fluctuación de los niveles de calcio, vitamina D y Parathormona en relación con el ciclo menstrual en respuesta a los cambios estrogénicos. Algunos autores creen que las pacientes con SPM, presentan un estado de deficiencia de vitamina D e hiperparatiroidismo y por ello el tratamiento con calcio y vitamina D tratar los síntomas e incluso prevenirlos.

Finalmente, si lo anterior puede tener un interés general, algunos datos observacionales sugieren que las pacientes premenopáusicas que presentan SPM tienen mayor riesgo de osteoporosis en el periodo postmenopáusico. Por tanto sería adecuado como medida general de salud inducir y mantener una dieta adecuada, incluyendo alimentos ricos en calcio y vitamina D, a lo largo de la vida, también en la mujer adulta premenopáusica.

Dr. José Rosas

FENOMENO DE RAYNAUD

El fenómeno de Raynaud no asociado a colagenopatías, con frecuencia es transitorio.

INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN NATURAL DEL FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO EN LA POBLACIÓN GENERAL.

Suter LG, Murabito JM, Nelson DT, Fraenkel L. Arthritis Rheum 2005;1259-1263.

El fenómeno de Raynaud (FR) es una enfermedad común. Se caracteriza por la aparición de cambios de color de forma episódica (palidez, cianosis y enrojecimiento) en relación con un vasoespasmio reversible en manos y con menor frecuencia en pies, inducido por el frío o el estrés.

Si bien su aparición nos obliga a descartar la presencia una enfermedad del colágeno, especialmente escleroderma o LES, con frecuencia no se asocia a ninguna enfermedad concreta. La prevalencia en la población general, en estudios poblacionales, varía entre el 4% y 9% en mujeres y entre el 3% y 6% en varones.

Con objeto de conocer de forma prospectiva la incidencia y evolución natural del FR no asociado a enfermedad del colágeno en la población general, el grupo de Suter et al, estudió durante una media de 7 años una cohorte del estudio Framingham, compuesta por 717 mujeres y 641 varones.

La edad media de la población estudiada era de 53.5 + 10 años. La incidencia de FR fue de 2.2% en mujeres y 1.5% en varones. La prevalencia de FR al inicio del estudio fue de 11% en las mujeres y del 8% en los varones.

De los 78 mujeres y 50 varones con FR al inicio del estudio, el 36% de los varones y de las mujeres tuvieron FR de forma persistente. Sin embargo, en el 64% de los varones y de las mujeres el FR remitió. En general, los episodios de FR fueron infrecuentes y en raras ocasiones interferían en actividades cotidianas.

Los autores concluyen que el FR es con frecuencia transitorio en sujetos sin enfermedades del colágeno asociadas.

Hasta la fecha hay escasos estudios que evalúen la historia natural del FR en la población. En un estudio retrospectivo publicado en 1957 (Gilford RW, 1957. *Circulation*), sobre 307 pacientes con FR seguidos 12 años, en el 38% no hubo cambios en los síntomas, el 36% mejoraron, el 16% empeoraron y en el 10% restante el FR desapareció.

Los resultados del presente estudio tienen interés para la práctica clínica cotidiana, puesto que con frecuencia son remitidos a Reumatología pacientes con sospecha de FR y tras la evaluación adecuada no se demuestra la presencia de enfermedad sistémica o de colagenopatías. Según muestra este trabajo, el FR en estos sujetos puede llegar a desaparecer o en todo caso ser de intensidad leve.

Dr. José Rosas



LUMBALGIA

Prevalencia del dolor lumbar: otra epidemia "no silenciosa"

PREVALENCIA DE LUMBALGIA EN UN ÁREA URBANA EN DESARROLLO.

Gilgil E, Kaçar C, Bütun B, et al. Spine 2005;9:1093-1098.

La lumbalgia es uno de los síntomas más frecuentes que sufre la población mundial a lo largo de su vida. Sin embargo, su prevalencia parece ser distinta de acuerdo al desarrollo económico de los países. En los países desarrollados la prevalencia es más alta que en los países en vías de desarrollo o subdesarrollados. Estas disparidades inducen a pensar que determinados factores, ya sean socioculturales o económicos, pueden tener un impacto en la aparición de lumbalgia.

Los autores realizan el primer estudio de prevalencia de lumbalgia realizado en Turquía. El trabajo se realizó mediante un corte transversal en el que participaron 3.215 residentes en un área compuesta por población urbana, en la que se conjugan barrios pobres y relativamente ricos. La población fue entrevistada de acuerdo a un protocolo establecido, analizándose cuestiones relativas a las manifestaciones clínicas de la lumbalgia propiamente dicha y a determinados aspectos demográficos, culturales y socioeconómicos (trabajo, credo religioso, fumador, etc).

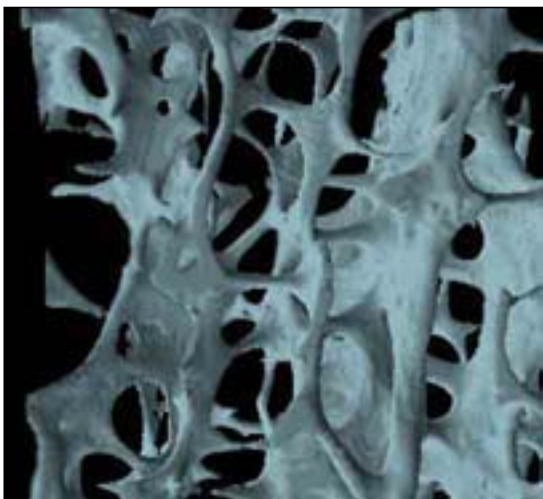
En los resultados se obtuvo una participación del 98.7%; la prevalencia total de la lumbalgia fue del 46,6%; durante un período de 12 meses fue de 35,9% mientras que la prevalencia puntual fue de un 20,1%. En el análisis de regresión logística las siguientes características se asociaron a la presencia de lumbalgia; pacientes de 36 años o mayores, mujeres, múltiparas, amas de casa, procedentes del Este de Turquía y los fumadores. El hábito tabáquico severo, el

credo religioso y una edad entre los 26 y los 43 años se asociaron a una historia de actividad física limitada relacionada con la presencia de lumbalgia durante el último año.

En las conclusiones del estudio, los autores encuentran unos datos de prevalencia de la lumbalgia en su país similares a los encontrados en los países desarrollados. Aunque los autores insisten en que el desarrollo económico de los países podría influir en la disparidad de la prevalencia de la lumbalgia en los distintos países, parece más plausible que las diferencias geográficas y socioculturales tengan una influencia mayor.

Si observamos los datos del estudio EPISER (lumbalgia a los 6 meses 44,8%, lumbalgia puntual 14,8%), observamos que la prevalencia puntual está en el rango de los países en vías de desarrollo, datos que no se corresponderían con el nivel socioeconómico español actual. En definitiva el estudio contribuye a aportar nuevos datos epidemiológicos sobre uno de los problemas más frecuentes que presenta la población mundial.

Dr. José Luis Fernández Sueiro



OSTEOPOROSIS

¿Son comparables las mediciones de todos los densitómetros de cadera y columna?

INFLUENCIA DEL TIPO DE DENSITÓMETRO EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS.

Arabi A, Salamoun M, Ballout H et al. J Clin Densitom 2005 ; 8 : 261-6.

El objetivo de los autores es comparar los resultados de las mediciones de la densidad mineral ósea y el porcentaje de

pacientes con osteoporosis basados en el T-score, obtenidos con un osteodensitómetro de columna y cadera marca Challenger (Diagnostic Medical System (DMS), Montpellier, France), con los obtenidos con un densitómetro Hologic 4500A (Bedford, MA). Para ello miden en cincuenta y tres voluntarios la masa ósea a nivel de columna y cadera con ambos densitómetros.

Los resultados muestran que la densidad mineral ósea medida con el densitómetro Challenger es significativamente más alta que la obtenida con el densitómetro HOLOGIC QDR4500 ($p < 0,001$). Los coeficientes de correlación entre las medidas de los densitómetros fueron de $r = 0,70$ a nivel de cuello femoral y $r = 0,83$ a nivel de columna ($p < 0,001$). Treinta y cinco de los 55 pacientes eran mujeres posmenopáusicas. Cuando se clasificó a estas pacientes como osteoporóticas, osteopénicas o normales según el T-score, hubo discrepancias a nivel de columna en 28 pacientes (80%), a nivel de cuello femoral en 18 (52%) y en 14 (42%) a nivel de trocánter. El índice Kappa fue de -0,10 a nivel de columna, 0,2 a nivel de cuello femoral y de 0,3 a nivel de trocánter.

Los autores concluyen que hay que tener cuidado con la utilización de densitómetros de marcas nuevas pues puede llevar a infradiagnosticar y no tratar pacientes con osteoporosis.

Este artículo es de gran interés práctico. Pone en evidencia la falta de estandarización de los densitómetros. No porque se mida en los mismos sitios y con la técnica de doble haz de rayos X significa que los resultados son homologables. Casi siempre se pone en duda la utilidad de densitómetros periféricos para establecer el riesgo de fractura, y por supuesto para plantear estrategias de tratamiento basadas en los resultados obtenidos con los densitómetros periféricos. Parece que cualquier densitómetro axial es la medida estándar. Esto sabíamos que no era así. Desde hace años conocemos que hay diferencias entre los densitómetros de las marcas comerciales clásicas (Norland, Lunar, Hologic). Se dispone de estudios que comparan densitómetros de estas marcas, fundamentalmente Hologic y Lunar, en los que las diferencias de clasificación a nivel de columna alcanzan al 7% de los pacientes y a nivel de cadera al 29%. Incluso es de suponer que en la práctica real este desacuerdo sea mayor. Las deficiencias en el mantenimiento, calibración y preparación del personal encargado de su manejo pueden justificar parte de las discrepancias en la medida. Otro aspecto relevante es el de la falta de estandarización en las bases de datos que utilizan los diferentes fabricantes para establecer el T score. Aunque desde el año 2000 la Fundación Internacional de Osteoporosis recomienda que se utilice la base de datos NHANES, en la práctica, su incorporación a los densitómetros es irregular. La marca Hologic la incorpora para el cálculo del T-score a nivel de cadera.

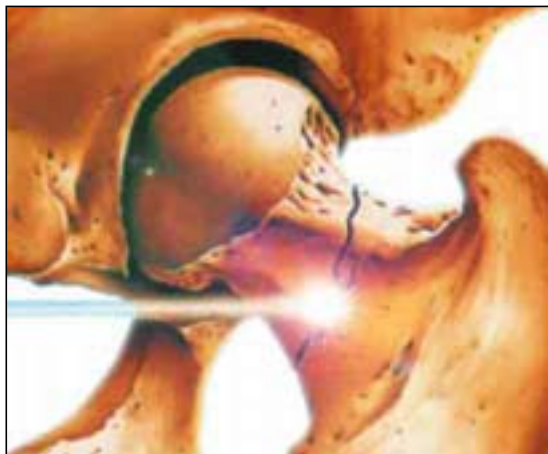
En este artículo se analizan los resultados obtenidos con un nuevo densitómetro (Challenger) que incorpora alguna diferencia técnica en la emisión del haz de rayos que lo

hace más barato. Se observa que a nivel de columna sus resultados son sólo en el 20% de los casos coincidentes con los obtenidos con el densitómetro Hollogig. A efectos prácticos las diferencias en el tratamiento de las poblaciones evaluadas con ambos densitómetros pueden ser muy importantes. Se me ocurre una pregunta ¿qué ocurre en nuestro país?

Dr. José Ivorra

Pautas de tratamiento en osteoporosis

UN AÑO DE ALENDRONATO TRAS UN AÑO DE HORMONA PARATIROIDEA (1-84) EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. Black D, Bilezikian J, Ensrud K, et al. *N Engl J Med* 2005;353:555-565.



El número de fármacos disponibles para el tratamiento de la osteoporosis se está incrementando de forma paulatina. A grandes rasgos, estos fármacos podrían clasificarse como aquellos que impiden la resorción ósea (antirresortivos) y aquellos que inducen un proceso de formación ósea (anabólicos). La hormona paratiroidea (PTH), incluida en este último grupo, se utiliza en el tratamiento de la osteoporosis durante períodos no superiores a 24 meses. Sin embargo, a pesar de su eficacia, no existen recomendaciones que indiquen cuál es la pauta a seguir en el momento en el que se suspende su administración.

El presente trabajo es una extensión de un ensayo clínico previo diseñado con el objetivo de evaluar la necesidad de utilizar un tratamiento con alendronato después de la suspensión del tratamiento con PTH. En el diseño del estudio se establecieron 4 grupos; a) PTH en el primer año seguido de alendronato el 2º año, b) PTH primer año seguido de placebo el 2º año, c) PTH más alendronato el primer año seguido de alendronato, d) Alendronato durante los dos años. Todos los pacientes fueron tratados con suplementos de calcio y de vitamina D. Como medidas de desen-

lace se evaluaron las ganancias de la densidad de masa ósea (DMO) en g/cm², en columna lumbar, cadera y tercio distal de radio mediante DEXA, y la ganancia volumétrica y geometría ósea en el hueso esponjoso y cortical mediante TC cuantitativo. Además se evaluaron los cambios en marcadores óseos de formación y resorción.

Al analizar los resultados con respecto a los diversos tratamientos, se observó que la DMO se incrementó en los cuatro grupos a nivel de la columna lumbar. Estos incrementos fueron mayores en el grupo tratado con PTH seguido de alendronato, mientras que fueron menores en el grupo tratado con PTH seguido por placebo. En conjunto, el incremento de DMO en el grupo PTH-alendronato fue mayor de forma significativa al compararlo con los otros tres grupos.

Con respecto a la DMO del cuello femoral y del total de la cadera en todos los grupos, excepto el de PTH-placebo, se produjeron unos incrementos significativos de DMO. A nivel del tercio distal del radio, en el grupo PTH-placebo y en el grupo PTH-alendronato se produjo una pérdida de DMO. En este último grupo la pérdida de DMO fue estadísticamente significativa comparándola con el grupo alendronato-alendronato.

Con respecto a la ganancia volumétrica, se produjo un incremento en los 4 grupos, aunque fue mayor en el hueso esponjoso tanto en la columna como en la cadera en el grupo PTH-alendronato.

A nivel de hueso cortical hubo una discreta pérdida en los 4 grupos a nivel de la cadera, observándose una tendencia a la ganancia en el contenido mineral y el volumen en todos los grupos excepto en el de PTH-placebo. Los incrementos que se habían visto con los marcadores óseos de formación y de resorción en los pacientes tratados con PTH, retornaron a los valores previos a los dos años del seguimiento de estos pacientes.

En función de los datos obtenidos en este estudio los autores concluyen que durante el tratamiento con PTH, la asociación de alendronato no aporta ningún tipo de beneficio al tratamiento; es más, su asociación disminuye los efectos de la PTH sobre el hueso trabecular. Sin embargo una vez concluido el tratamiento con PTH, el tratamiento con alendronato permite mantener o incluso incrementar la DMO.

Éste y otro estudio publicado en el mismo número de la revista son objeto de un editorial en el que se comenta que los efectos derivados de estos tratamientos sobre la masa ósea posiblemente no sean debidos exclusivamente a la ganancia que estos fármacos consiguen, sino que otros factores no bien conocidos como es la "calidad ósea" puedan en parte ser responsables de la disminución en el número de fracturas. Es de esperar que en los próximos años será posible, mediante nuevos estudios, establecer de forma consensuada pautas secuenciales de tratamiento en la osteoporosis con los diversos fármacos disponibles.

Dr. José Luis Fernández Sueiro



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOUSA DE ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS Y ROSA HORTAL SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET DE VALENCIA

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO DE A CORUÑA

Medicinas alternativas: se necesitan estudios científicos adecuados

El uso de alguna modalidad de medicina alternativa está extendido en la población general y no depende de la clase social o situación económica, aunque el tipo de técnica o tratamiento puede variar entre países. Estudios realizados mediante entrevistas, calculan que entre el 15% y 30% de la población han usado alguna de ellas. De estos, alrededor del 20% al 30% ha consultado con algún profesional de estas modalidades.

Con respecto a las enfermedades reumáticas, estudios realizados en Canadá señalan que entre el 50% y el 65% de los pacientes, han utilizado alguna modalidad de medicina alternativa, al menos una vez. En pacientes con fibromialgia o artritis reumatoide, puede alcanzar el 90%.

Con frecuencia el médico de atención primaria y el reumatólogo se tienen que enfrentar a preguntas por parte de los pacientes acerca de este tema.

Consulta: Tengo 43 años y padezco desde hace alrededor de 1 año molestias y dolor en mis articulaciones. Mi médico no ha encontrado nada en los análisis ni en las radiografías que me ha hecho y estoy a la espera de que me vea un reumatólogo. Me dicen que es posible que pueda tener fibromialgia. Los analgésicos y relajantes que me dan me alivian, pero no del todo. Unas amigas me han aconsejado unas hierbas naturales para los dolores, que se pueden comprar en una herboistería, pero en el fondo estoy confusa por si hay riesgos. No se lo he contado a mi médico, pero me gustaría conocer una opinión sobre esto.

A. Hernández
(Villajoyosa)

Ha planteado un problema sin duda de mucho interés: el tema de medicina tradicional u oficial y las medicinas alternativas (medicina natural, homeopatía, vitaminas, masajes, acupuntura, técnicas de relajación, etc).

El riesgo potencial de las hierbas medicinales puede ser importante, puesto que no ha sido estudiado de forma rigurosa en muchas de ellas. Este ries-

go hoy por hoy es innecesario e inaceptable.

Hay personas que creen que por ser "naturales", las hierbas medicinales no tienen riesgos o efectos secundarios. Esto no tiene por qué ser así. Hay estudios publicados que han demostrado incluso contaminación por metales u otras sustancias que pueden provocar reacciones en los pacientes que las consumen. Sin olvidar, que pueden interferir en la eficacia y seguridad de fármacos de la medicina oficial de uso habitual o frecuente por el paciente. Finalmente, como riesgo indirecto, pueden provocar el abandono de la medicación habitual e inducir el empeoramiento de la enfermedad de base. Con frecuencia el paciente no lo comenta con su médico habitual, y ante la aparición de complicaciones no previstas puede tomar decisiones en el tratamiento no adecuadas. Para tener una información más completa, le aconsejamos lea los comentarios sobre estos temas en la siguiente consulta.

Por tanto, aunque usted no cita el tipo de hierba que le han comentado, no podemos aconsejar su uso.

Dr. José Rosas

Consulta: Soy una paciente de 39 años y tengo fibromialgia desde hace varios años. He probado muchas medicaciones y sigo teniendo problemas. También he probado otras alternativas, que al principio mejoran, pero después parece como que se agotan. Recientemente me hablaron de un tratamiento nuevo, pero he visto que lo que tiene son minerales. Se lo comentado a mi médico y no le ha parecido muy bien que tome esa medicación. Tengo algunas preguntas.

T. Amorós (Benidorm)

¿Por qué existe tanta desconfianza desde la medicina oficial a la medicina alternativa?

La forma más usada y abusada de terapia alternativa es la toma de suplementos nutricionales. Probablemente su médico le transmitió el que sabe que justo en este tema hay poco rigor científico.

Tiene interés saber que, en general, el médico español no adquiere conocimientos específicos sobre las medicinas alternativas durante su paso por

la facultad de Medicina. Este hecho, al menos puede provocar desconfianza.

En la actualidad, la medicina oficial intenta basar sus decisiones en la demostración científica, con los mejores datos o estudios disponibles, aceptando que pueden cambiar o evolucionar según se disponga. Es lo que se llama "Medicina Basada en la Evidencia". De hecho numerosos conceptos y estrategias tanto diagnósticas como de tratamiento se han modificado en los últimos años al aplicar este método de actuar. Lo que ocurre con muchas medidas de medicina alternativas es que su uso, en demasiadas ocasiones, está basado en estudios no controlados (es decir, sin el control científico adecuado que hoy se exige; demostrando su eficacia y seguridad) o en experiencias personales.

En numerosos productos de la medicina alternativa se conocen sus efectos (porque se ha estudiado de forma adecuada); pero en muchos de ellos desconocemos la dosis adecuada de administración.

Sin embargo no todo es negativo. Un ejemplo positivo acerca del paso de una sustancia de la medicina alternativa a la medicina oficial podrían ser los ácidos grasos omega-3 que se encuentran en algunos aceites de pescado. Se ha demostrado mediante estudios controlados que tienen efectos positivos a nivel de la respuesta inflamatoria. En pacientes con artritis reumatoide hay

estudios bien diseñados que demuestran una respuesta clínica, aunque sea modesta, pero significativa, con escasa toxicidad potencial.

¿Qué medidas o tratamientos de las medicinas alternativas se les puede aconsejar a los pacientes con patología reumática?

De igual forma que en otras patologías no reumáticas, sólo las que hayan probado que son seguras y eficaces, es decir, lo mismo que a las medidas de la medicina tradicional u oficial que es la que intento practicar.

El paciente siempre tiene la última palabra. Todavía hoy, muchas enfermedades comunes son crónicas e incurables, sin olvidar que tratamientos de la medicina convencional u oficial no siempre son eficaces, pueden tener efectos secundarios y no siempre alivian los síntomas que pretenden tratar. La elección debe realizarse, pero con la mejor información.

Lo que parecería adecuado en el 2005 sería identificar los principios activos contenidos por ejemplo en una hierba, establecer su mecanismo de acción, estudiar sus propiedades y los posibles efectos secundarios, demostrar su eficacia mediante estudios científicos en las enfermedades indicadas y entonces

comercializarla. Es decir, cumplir los requisitos de la medicina basada en la evidencia para eficacia y seguridad de cualquier fármaco.

Dr. José Rosas

Tratamiento con antimaláricos en enfermedades reumáticas

Soy una paciente con artritis reumatoide desde hace un año. Recientemente mi médico ha añadido a mi tratamiento un medicamento que es útil para el tratamiento de la malaria. Este tratamiento se emplea para tratar enfermedades infecciosas, por lo que me gustaría que me explicase, ya que la artritis reumatoide no es una enfermedad infecciosa, cual es la razón por la que se utiliza en esta enfermedad.

Ana (Ponteceso, La Coruña)

Los antipalúdicos o anti-maláricos se clasifican como fármacos antiinfecciosos que se utilizan de forma regular en el tratamiento del paludismo o la malaria. Estos fármacos fueron utilizados por primera vez de forma empírica en la lesiones cutáneas del lupus discoide, con buen resultado. A partir del año 1950 los antipalúdicos vienen utilizándose de forma regular en el tratamiento de diversas enfermedades reumáticas.

En España están comer-

cializados para su uso, en diversas enfermedades reumáticas, la cloroquina y la hidroxicloroquina. Diversos estudios han demostrado que tienen propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras, y de ahí que se usen en el tratamiento de ciertas enfermedades reumáticas inflamatorias.

En reumatología los antipalúdicos se utilizan básicamente en dos enfermedades, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide. En el lupus son especialmente útiles para el control de las lesiones cutáneas en el lupus discoide y en aquellas refractarias a tratamientos convencionales en el lupus subagudo o crónico. Se ha observado que los pacientes con lupus tratados con este medicamento pueden sufrir agravamientos de la enfermedad cuando se retira este tratamiento, lo que apoya su utilidad.

En la artritis reumatoide se ha demostrado su eficacia y se puede asociar al metotrexato e incluso en forma de triple terapia, ambos asociarse a salazopirina. Quizás el único inconveniente de esta triple terapia es el elevado número de "pastillas" que los pacientes tienen que tomar.

Con respecto a la cuestión que usted nos comenta, como puede ver los antipalúdicos no son fármacos que se utilizan exclusivamente para el tratamiento del paludismo. Aunque no nos comenta el resto de su tratamiento para la artritis reumatoide, ni tampoco si ha respondido al tratamien-

to, podemos asegurarle que el antipalúdico es un tratamiento adecuado en un porcentaje de pacientes con su enfermedad. Si no se obtiene el efecto esperado, lo adecuado será iniciar otra estrategia con el resto de fármacos disponibles.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Tratamientos biológicos y embarazo

Soy una paciente de 37 años de edad y estoy diagnosticada de artritis psoriásica. Desde hace 2 años recibo como tratamiento para mi enferme-

dad unos goteros llamados infliximab que me administro cada 8 semanas en el hospital de día. He mejorado mucho de los fuertes dolores y la inflamación de las articulaciones que padecía desde entonces. Mi marido y yo queremos tener un hijo y me gustaría saber si debo tener algún cuidado especial previamente por recibir este tratamiento.

P. Martínez (Gandia)

Efectivamente debería seguir unas recomendaciones antes. Infliximab es una terapia biológica utilizada en el tratamiento de algunas enfermedades reumáticas que no han res-

pondido a otros tratamientos como por ejemplo en la artritis reumatoide, artropatía psoriásica y la espondilitis anquilosante. No existen estudios formales de infliximab en el embarazo por lo que su seguridad durante el mismo es desconocida. Los estudios en modelos animales experimentales sugieren que no existe teratogenicidad ni riesgo de aborto. Asimismo, algunas pacientes se han quedado embarazadas durante el tratamiento y no se han comunicado malformaciones fetales, pero los datos son insuficientes para garantizar la continuación de la terapia durante la gestación. Por otra parte, el infliximab se suele prescribir

asociado a otra medicación semanal llamada metotrexato que si ha demostrado ser teratogénico. Desconozco si usted lo toma pero casi siempre suele ser así. Por todo lo anterior, se debe evitar el embarazo mientras se reciben tanto infliximab como metotrexato e interrumpir ambos durante como mínimo 3 meses y para mayor seguridad 6 meses antes de que una mujer se quede embarazada o un paciente varón engendre un hijo. El resto de recomendaciones son las mismas de una mujer sana, es decir, tratamiento suplementario con ácido fólico, etc. según indicaciones de su obstetra.

Dra. Rosa Hortal

COORDINADO POR REUMATÓLOGOS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE MADRID,
HA SIDO PUBLICADO EN ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Un programa asistencial acorta hasta un 40% las bajas laborales y retrasa a la mitad la invalidez

El Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, ha coordinado un nuevo programa asistencial en pacientes con enfermedades musculoesqueléticas, que acorta hasta un 40% las bajas laborales, disminuye a la mitad el número de pacientes que progresan a una invalidez permanente y permite un importante ahorro de coste sociales. Todo ello se logró con mayor satisfacción para el paciente y con la utilización de la mitad de los recursos sanitarios. Sólo el ahorro obtenido en medicación y fisioterapia bastaría para financiar el programa completo. Los costes indirectos, es decir, los pagos de compensación por incapacidad temporal, disminuyeron entre un 30 y un 56% según el área sanitaria.

Estos son algunos de los datos obtenidos de un proyecto de investigación, comenzado en 1998, cuyo objetivo era comparar dos alternativas asistenciales en pacientes que desarrollaban episodios de incapacidad temporal de origen musculoesquelético. La primera alternativa es el sistema actual de asistencia, que incluye primaria y la eventual derivación a especializada, y la segunda alternativa es la puesta en marcha de un programa específico llevado a cabo por especialistas en Reumatología.

GRUPOS COMPARADOS

Los resultados obtenidos en las tres primeras áreas sanitarias en las que se implantó el proyecto han sido publicados por la revista médica *Annals of Internal Medicine*. El estudio compara la duración de las incapacidades transitorias de origen musculoesquelético

de comienzo reciente, así como su evolución a invalidez permanente, en dos grupos de pacientes, aquellos cuya incapacidad laboral se manejó de la forma habitual dentro del sistema sanitario, lo que incluye el manejo

Todo ello se logró con mayor satisfacción para el paciente y con la utilización de la mitad de los recursos sanitarios

por atención primaria del proceso y su eventual derivación a la atención especializada siguiendo los cauces habituales en cada área sanitaria, y por otro lado el grupo de pacientes que siguió un programa específico asistencial llevado a cabo por reumatólogos. Este incluyó un manejo en base a criterios clínicos, según protocolos específicos para cada enfermedad, aspectos educativos que promovían la vuelta al trabajo temprana y la promoción de auto-manejo (movilización temprana, ejercicios específicos, actividad física, folletos, etcétera), y la gestión administrativa de los partes de baja y recetas.

Aproximadamente un 25% de los pacientes sufrieron más de un episodio de baja laboral a lo largo del periodo de seguimiento. Los diagnósticos más frecuentes en ambos grupos fueron trastornos de la espalda y reumatismos de partes blandas (tendinitis, bursitis, etcétera).

BENEFICIO ECONÓMICO

En términos de coste/beneficio, el programa asistencial fue capaz de ahorrar 11 euros por cada euro invertido en el programa (1.100% de beneficio), siendo necesario invertir 6 euros en el programa para ahorrar un día de incapacidad temporal. El beneficio neto del programa se estimó en 5 millones de euros, siendo todos estos resultados consistentes y reproducibles en cada una de las áreas sanitarias estudiadas.

Según los investigadores, los resultados obtenidos indican que la discapacidad para el trabajo es un problema de salud y calidad de vida muy complejo que requiere un enfoque que va más allá de las mejoras generales asistenciales y de control.

Los cambios introducidos se dirigen sobre todo a rediseñar e integrar, de manera temprana y en un solo proceso, múltiples funciones asistenciales, administrativas y ocupacionales, mejorando de manera clara la eficiencia del actual sistema asistencial.

SEGUNDA CAUSA DE INCAPACIDAD

Las enfermedades musculoesqueléticas representan la segunda causa de incapacidad para el trabajo a corto plazo tras los catarros comunes y son la primera causa de invalidez permanente. Hasta un 20% de los días de incapacidad para el trabajo y más del 30% de las incapacidades permanentes de España se deben a problemas de origen musculoesquelético. En otros países, la discapacidad para el trabajo debida a enfermedades musculoesqueléticas supone un coste anual cercano al 1,4% del PIB.

1 DE OCTUBRE, DÍA MUNDIAL DE LA ARTRITIS

Objetivo: sensibilizar frente a las enfermedades reumáticas

La celebración en España del Día Mundial de la Artritis tuvo lugar el pasado 1 de octubre. La fecha para dicha celebración fue elegida por las asociaciones de pacientes con artritis, bajo los auspicios de la Liga Internacional contra el Reumatismo (ILAR). En el resto de los países se celebra el día 12.

Los objetivos de esta celebración están dirigidos a conseguir que la opinión pública y los diferentes colectivos sanitarios conozcan mejor las enfermedades reumáticas en general, y la artritis en particular, y que las administraciones públicas y los propios pacientes, tomen conciencia de que su situación puede cambiar si se toman medidas para combatirlas.

UNA GRAN DESCONOCIDA DEL PÚBLICO

Si bien es cierto que el pasado siglo ha supuesto un espectacular avance en el tratamiento y en los métodos diagnósticos para las enfermedades reumáticas, no lo es menos que la artritis sigue siendo una gran desconocida para la opinión pública. Se ignora en primer lugar que es una enfermedad frecuente ya que medio millón de personas la padecen en España y se ignora también que, aparte del sufrimiento y del problema personal de cada paciente, los costes para el Estado son enormes y siguen creciendo en progresión. Según datos de la Sociedad Española de Reumatología (SER), en los primeros 3 años se jubila el 20-30% de los pacientes, y que a causa de esta enfermedad prácticamente todos los pacientes se retiran prematuramente.

Otra forma de desconocimiento son las populares creencias erróneas que se tienen sobre esta enferme-

dad. Las más peligrosas, según el doctor Javier Ballina, vicepresidente de la Sociedad Española de Reumatología, son las creencias de que "nada puede hacerse por esta enfermedad", o la de que "las enfermedades reumáticas son cosa de viejos". Estas creencias conducen a un distanciamiento y abandono del problema, tanto de la sociedad como de los propios pacientes.



Dr. Javier Ballina:
"La creencias erróneas más peligrosas son que nada puede hacerse por esta enfermedad"

UN INJUSTIFICABLE RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO

El tiempo medio que se tarda en diagnosticar una artritis reumatoide en España son 18 meses, "y este retraso es injustificable en el momento actual en el que no sólo sabemos que durante ese tiempo la enfermedad va a progresar de forma irreversible, sino que, por otro lado, disponemos de eficaces tratamientos que pueden ser aplicados ya en las primeras semanas. Por tanto, es importante que la opinión pública conozca que debe acudir con prontitud a su médico, cuando comiencen a sentir síntomas de dolor o inflamación de sus articulaciones".

UNIDADES DE ARTRITIS EN HOSPITALES

La SER -constituida por los expertos médicos españoles en las enfermedades reumáticas- consciente de esta situación, ha creado más de 30 unidades de artritis en hospitales de todo el país, destinadas al diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis reumatoide, y que están disponibles para iniciar el tratamiento en los primeros

momentos en los que aparece la enfermedad. También se ha iniciado una campaña informativa para que el público conozca la existencia de estas unidades. La campaña "La artritis no espera" quiere señalar que, a partir de ahora, "existe una auténtica "autopista" entre atención primaria y los servicios de reumatología, que hará desaparecer las listas de espera en esta enfermedad".

"Esperemos también -comenta el Dr. Ballina- que iniciativas como este día sirvan para reforzar el nuevo papel y protagonismo de los pacientes en todas las cuestiones de salud que les afectan. Los pacientes quieren un acceso más fácil y más rápido al cuidado sanitario, información de calidad, mejor comunicación con sus médicos y mayor poder de participación en las decisiones clínicas sobre su propia salud; aspectos, todos ellos, manifiestamente mejorables en lo que respecta a las enfermedades reumáticas."

Premio Fibromialgia a un equipo del Hospital de Guadalajara

El "Programa de intervención psicológica en pacientes con Fibromialgia", del Hospital Universitario de Guadalajara, ha recibido el I Premio Fibromialgia, otorgado por la Fundación Grunenthal, Fundación de Afectados y Afectadas por Fibromialgia y Síndrome Fatiga Crónica, la SER y la Fundación SER.

El premio que fue otorgado en el transcurso del I Simposio de Dolor celebrado en esa localidad, recompensa un trabajo de equipo "en una enfermedad tan compleja y que causa tanto sufrimiento para el paciente", según señaló el doctor Jordi Carbonell, en el transcurso del acto.



María Victoria de Felipe, que recibió la placa en nombre de sus compañeros, agradeció también al hospital el apoyo recibido desde el principio para iniciar este programa que aún no ha finalizado.

En la foto, Emilia Altarriba, presi-

denta de la Fundación de Afectados y Afectadas de Fibromialgia y Síndrome Fatiga Crónica; Karen Ticozzi, de la Fundación Grunenthal, M^a Victoria de Felipe (del equipo ganador), y los doctores Jesús Tornero y Jordi Carbonell.

En marcha un master "on-line" de la SER y la UOC en reumatología

Un proyecto conjunto entre la SER y la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) permitirá a todos los socios realizar una formación continuada con rigor, a través de un conjunto amplio y estructurado de módulos formativos, bajo la dirección y magisterio de profesores y tutores, con amplia y contrastada experiencia docente y con un alto nivel de conocimientos en la materia. El formato "on-line" facilitará la tarea al poder asistir al aula formativa virtual en tiempo real y a demanda, sin requerimientos presenciales y con interactividad, según señala el doc-

tor Tornero, presidente de la SER.

Para el doctor Jordi Carbonell, director del proyecto (ver página de la SER), esta actividad formativa acredita y representa un valor añadido a la carrera profesional. "La asociación con la UOC nos permite disfrutar de los medios tecnológicos y la experiencia en el campo de la formación continuada a distancia de la que dispone esta universidad, mientras que nosotros ponemos el conocimiento experto en la construcción del material formativo y en la tutoría que acompañará siempre al socio que realice el módulo."

Como socios se podrá escoger el

módulo, parte de la especialidad en la que se deseamos acreditar. Se dispondrá de créditos de formación continuada y de un certificado académico. Si se realiza el conjunto de los once módulos de la SER y la UOC se emitirá la acreditación del Master en Reumatología que los 11 módulos componen.

"Esperamos -señala el doctor Carbonell- que esta nueva aventura de la SER nos facilite el mantenimiento de un óptimo nivel profesional con la comodidad que representa el elegir el lugar físico y temporal en el que realizamos el esfuerzo."

Abbott solicita la **aprobación de Humira** para la **espondilitis anquilosante**

Abbott ha solicitado simultáneamente ante la Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU. y la Agencia Europea del medicamento (EMA) la aprobación de HUMIRA (adalimumab) para el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA), enfermedad inflamatoria de la columna y las articulaciones vertebrales. La solicitud se produce coincidiendo con la aprobación de la FDA a HUMIRA para reducir los signos y síntomas de la artritis activa en pacientes con artritis psoriásica y como tratamiento de primera línea para pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada a severa. La EMA concedió similares aprobaciones en agosto de 2005.

La EA está clasificada como una espondiloartritis, término que se aplica a un grupo de enfermedades reumáticas estrechamente relacionadas, que pueden afectar a la columna y las articulaciones y que también pueden provocar inflamación de los ojos, el intestino y la piel. En su forma grave, la EA puede provocar la fusión de la columna, lo que supone una limitación física extrema. Se estima que casi 3 millones de personas en Europa están afectadas por la EA o por una espondiloartritis relacionada.

“La EA afecta a pacientes jóvenes, en su mayoría varones, en la plenitud de sus vidas, limitando su capacidad para trabajar o para participar en sus actividades cotidianas. Esta solicitud para HUMIRA supone una noticia alentadora para los pacientes con EA que padecen esta enfermedad de consecuencias potencialmente devastadoras”, declaró la Dra. Désirée van der Heijde (Universidad de Maastricht, Países Bajos), coinvestigadora del estudio.

La solicitud de autorización se ha

basado en los resultados del estudio ATLAS (Adalimumab Trial Evaluating Long-Term Efficacy and Safety in AS), que mostraron una reducción significativa de los signos y síntomas (incluidos el dolor de espalda y la inflamación), remisión parcial y mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con EA. Los resultados del ATLAS se presentarán en el congreso del American College of Rheumatology de San Diego, California, de este mes de noviembre.

UN DEVASTADOR TRASTORNO AUTOINMUNE

La espondilitis anquilosante (EA), o artritis de la columna es un trastorno autoinmune en cuyo desarrollo interviene supuestamente una proteína humana, el factor de necrosis tumoral alfa. La EA es una forma de artritis denominada espondiloartritis, que constituye un grupo de enfermedades reumáticas estrechamente relacionadas, que pueden afectar a la columna y las articulaciones, los ligamentos y los tendones y provocar inflamación de los ojos, el intestino y

El estudio ATLAS ha mostrado **reducción significativa de los signos y síntomas de la EA (incluidos el dolor de espalda y la inflamación), remisión parcial y mejoría de la calidad de vida**

la piel. La EA es una enfermedad crónica que afecta principalmente a la columna, aunque también puede afectar a otras articulaciones y ligamentos, provocando rigidez severa de las articulaciones y de la espalda y deformidad con el paso del tiempo.

A diferencia de muchas enfermedades reumáticas, la EA afecta a adultos jóvenes, en su mayor parte varones, y habitualmente se manifiesta antes de los 35 años. La EA es difícil de diagnosticar en sus primeras fases y es la causa de dolor crónico de espalda en adultos jóvenes que más a menudo se pasa por alto.

INDICACIONES DE HUMIRA

HUMIRA es el único anticuerpo monoclonal completamente humano aprobado por la FDA para reducir los signos y síntomas, inducir una respuesta clínica importante, inhibir la progresión de la lesión estructural y mejorar la función física en pacientes adultos con artritis reumatoide activa moderada a severa. HUMIRA puede utilizarse solo o en combinación con metotrexato (MTX) o con otros FARME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad).

HUMIRA está asimismo indicado para reducir los signos y síntomas de artritis activa en pacientes con artritis psoriásica. Puede utilizarse solo o combinado con FARME.

En Europa, HUMIRA, en combinación con metotrexato, está indicado para el tratamiento de la AR activa moderada a severa en adultos cuando la respuesta a terapia previa con FARME incluyendo metotrexato haya sido insuficiente. HUMIRA también está indicado como tratamiento de la AR severa, activa y progresiva en adultos que no hayan recibido previamente MTX.

DOCUMENTOS "REVISIÓN DE LA EVIDENCIA" DE LA SER

Presentado el primer documento, dedicado a la artrosis

La SER ha presentado el primer documento de "Revisión de la evidencia", dedicado a la artrosis. El estudio, realizado por un grupo de 15 reumatólogos, recoge todas las modalidades terapéuticas existentes para la artrosis de rodilla, clasificadas según su nivel de evidencia, seguridad y eficacia, y las ha dotado de un grado de recomendación. Según esta clasificación, condroitín sulfato recibe el mayor grado de recomendación (A) por su elevada eficacia en el control de los síntomas de la artrosis de rodilla, reducir el consumo de analgésicos o AINEs y retardar la pérdida del espacio articular.

La artrosis es una enfermedad que afecta a 7 millones de españoles y es la segunda causa de baja laboral en nuestro país. A pesar de su elevada prevalencia, la incapacidad y dolor que provoca, y el elevado coste sociosanitario y económico que supone, el tratamiento tradicional sólo actúa sobre los síntomas de la enfermedad.

Sin embargo, con la aparición de

los condroprotectores (condroitín sulfato, sulfato de glucosamina y ácido hialurónico) el panorama ha cambiado. Se trata de fármacos que actúan directamente sobre el cartilago articular y que tienen la capacidad de prevenir, retrasar, estabilizar o

incluso reparar o revestir las lesiones del cartilago y/o del hueso subcondral.

Este grupo de fármacos es más seguro, no interactúa con otros fármacos y la duración de su efecto es mayor.



El Dr. Joseph Vergés Milano, director médico científico de Bioibérica Farma, y el Dr. Jesús Tornero, presidente de la Sociedad Española de Reumatología, en la presentación del documento

El ácido acetilsalicílico favorece la producción de óxido nítrico

El doctor Derek W. Gilroy, del Centro de Farmacología Clínica y Terapéutica de Londres ha conseguido el premio internacional de Aspirina del 2005 por desentrañar un mecanismo hasta ahora desconocido del ácido acetilsalicílico (AAS), por el que se explica el efecto antiinflamatorio.

El premiado descubrió que en caso de infección aguda el AAS no se limita a la inhibición de la síntesis

de prostaglandinas, sino que la sustancia estimula además la producción de lipoxinas, las hormonas inhibitoras de la inflamación que producen, a su vez, óxido nítrico. El incremento en el nivel de esta sustancia en la sangre es importante a la hora de combatir infecciones agudas, puesto que gracias al óxido nítrico los glóbulos blanco se desplazan a lesiones y focos de infección.



Pontalsic, la solución de Bayer HealthCare **contra el dolor moderado**

Bayer HealthCare comercializa a partir del mes de octubre Pontalsic, una combinación fija de paracetamol y tramadol a dosis bajas, indicada para el tratamiento del dolor moderado en una amplia variedad de patologías.

La unión de sus componentes es garantía de eficacia puesto que tienen mecanismos de acción complementarios.

Su rápido comienzo de acción y su efecto analgésico prolongado

hacen que Pontalsic sea el tratamiento adecuado para del dolor moderado. Estas condiciones son especialmente importantes en procesos de dolor agudo o en reagudizaciones del dolor crónico.

Pontalsic, al incluir dosis bajas de cada componente, con una composición de 325 mg de paracetamol y 37,5 mg de tramadol, posee un buen perfil de seguridad, siendo adecuado en patologías de dolor tan diversas como lumbalgia, artro-

sis, traumatismos, dolor post-operatorio y en cualquier situación de dolor moderado.

Los componentes de Pontalsic tienen perfiles farmacocinéticos complementarios. La comparación de los parámetros farmacocinéticos de paracetamol y tramadol muestran la idoneidad de tal combinación, complementándose el comienzo rápido de acción de paracetamol con el efecto prolongado de tramadol.

El metotrexato es eficaz en la **uveítis crónica asociada a la AIJ**

■ LR.- Dr. José Rosas.

La uveítis es una complicación de diversas enfermedades sistémicas, que todavía hoy puede provocar alteración de la agudeza visual y en algunos casos ser causa de ceguera.

El 10% de la uveítis crónica aparece en la edad pediátrica. En los niños el 80-90% aparece en relación con la artritis idiopática juvenil (AIJ), especialmente en la forma oligoarticular o asociada a psoriasis y con frecuencia se demuestra la presencia de anticuerpos antinucleares.

En general, el tratamiento de la uveítis se basa en el uso de corticoides tópicos y ciclopléjicos. En ocasiones se precisan corticoides por vía oral o en infiltración ocular. Si la uveítis permanece activa más de 3 meses a pesar del tratamiento ante-

rior se aconseja el uso de fármacos inmunosupresores.

Recientemente el grupo de Foeldvari ha publicado buenos resultados del estudio retrospectivo realizado en sus pacientes con AIJ y uveítis refractaria a corticoides tratados con metotrexato (MTX). De los 38 niños con uveítis, 25 de ellos recibieron MTX, siendo la causa en el 90% de ellos la propia uveítis. La media de edad al inicio de la uveítis (7.8 años, rango: 1.8-15.8), fue similar al la del comienzo de la artritis (7.2 años, rango: 1.2-15.7).

La dosis media de MTX administrada en este grupo fue de 15.6 mg/m². Si bien la evolución media de la uveítis era claramente prolongada (11 meses) antes de recibir MTX, la remisión con metotrexato se alcanzó aproximadamente a los 4 meses (rango: 1-12), mantenién-

dose unos 10 meses de media. En el 25% de los pacientes, el MTX se retiró al año de mantener la remisión, manteniéndose en gran parte de ellos 7 meses después.

Si bien, este estudio aporta datos retrospectivos y sin duda son necesarios estudios aleatorizados y prospectivos, los autores aportan que el MTX puede ser también eficaz en el tratamiento de la uveítis refractaria a corticoides en niños con AIJ, con las ventajas que aporta este fármaco por ser de uso común en el manejo de otros aspectos de la AIJ como la propia artritis.

Artículo origen:

Metotrexato es eficaz para el tratamiento de la uveítis crónica asociada a artritis idiopática juvenil. Foeldvari I, Wierka. J Rheumatol 2005;32:362-365.

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

PRESIDENTE DE HONOR DE LA SER, ANTIGUO JEFE DE SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID Y PROFESOR EMÉRITO DE REUMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

Enfermedades olvidadas: El Tarantismo y su curioso tratamiento

“La tarántula es un bicho muy malo, no se mata con piedra ni palo...”. Así comienza el zapateado de la zarzuela “La Tempranica”, letra de Julián Romea y música del Maestro Jiménez.

Nada menos que en la obra de Dioscórides, del siglo I, posteriormente comentada por autores de todas las épocas, como nuestro Andrés Laguna en el siglo XVI, ya se describe la patología producida por la picadura de una araña, muy abundante en la provincia de Apulia, en el sur de Italia, que originaba un cuadro de sopor del que salía el enfermo mediante grandes contracciones musculares avivadas por una música de ritmo rápido y persistente.

Andrés Laguna señalaba que había dos tipos de arañas. La picadura de la “Aracnus” no ocasionaba ningún trastorno, y todo lo más, irritación local, mientras que otra, llamada “Phalangium”, lo mismo en griego que en latín, era especialmente virulenta.

Tenemos más claro ahora su conocimiento. Gracias a los estudios de entomología se han determinado muchos géneros de arácnidos, siendo para nosotros los más interesantes tres de ellos:

a) **El Latrodectus**, variedad *Tredecimguttatus*, vulgarmente araña negra, de aspecto de una uva tinta, propia de España, y la variedad *Latrodectus mactans*, americana, que se guarnece entre los tallos y racimos de los plátanos. Ambas pueden dar origen a cuadros agudos de tipo muscarínico con sudoración, sialorrea, fasciculaciones, contracturas musculares, agitación y convulsio-

nes; mal estado general, hipertensión y blefaroespasmos. Se han descrito últimamente casos graves entre recolectores, transportistas o manipuladores de los racimos de plátanos brasileños.

b) **El grupo de las Laxoceles**. Al morder dejan una sustancia con hialuronidasa, que puede causar una pápula necrótica. En España se la conoce como araña pardá.

c) **Y finalmente, el género Tarantulensis**, con la *Lycosa radiata*, y la *Lycosa Tarantulla*, que es la frecuente en Taranto, y la que va a dar lugar al Tarantulismo, que a modo de epidemia desde el siglo XVIII se extendió por Europa, y muy concretamente en la región manchega.

MÚSICA Y HOMEOPATÍA PARA SU TRATAMIENTO

Tanto es así, que el doctor Francisco Xavier Cib publica en 1787 un curiosísimo (y valiosísimo) libro titulado “Tarantismo observado en España/con que se aprueba el de la Pulla dudado por algunos/ y tratado de otros de fabuloso”.

Este autor, tras un largo proemio comentando los conocimientos sobre la enfermedad, los orígenes y las causas, comenta 35 historias clínicas describiendo minuciosamente la sintomatología, circunstancias y desarrollo

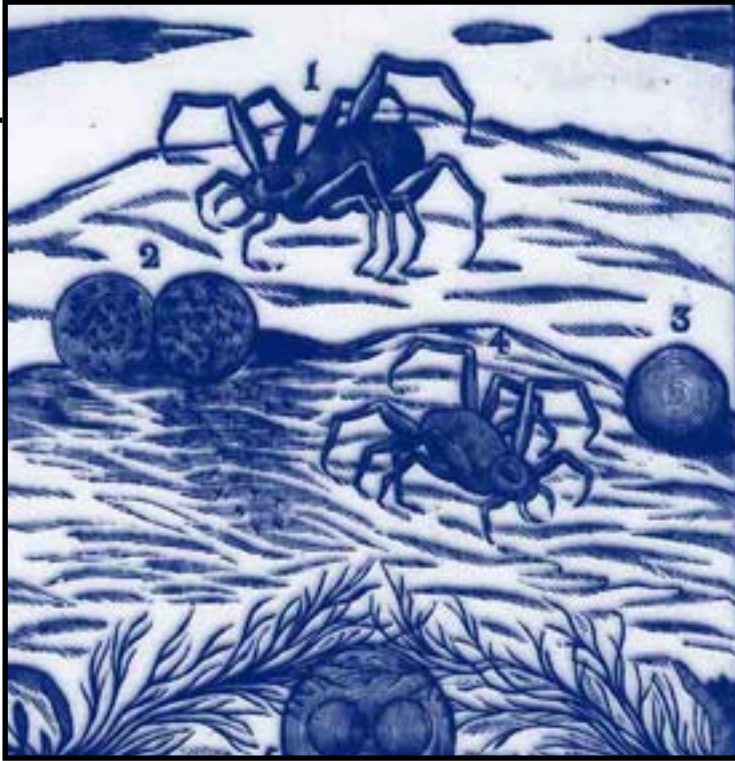
del proceso, y sobre todo, el tratamiento empleado, fundamentalmente con música a cargo de tañedores ocasionales o profesionales de la guitarra, vihuela o violín, transcribiendo la notación musical de una tarantela muy conocida en aquellos tiempos y que, según él, de probada eficacia. La última parte de la obra está dedicada a razonar sobre el efecto de la música en la salud.

Tan llamativa fue la epidemia que en 1872 la Junta Gubernativa encarga a don Miguel Cayetano Soler, Juez Comisionado, averiguar la certeza del tarantulismo. Respondió señalando la eficacia de la música, sin descartar el efecto que sobre los sentidos podrían ejercer los sonidos porque, según aparece en el libro de Cid, en algún caso se emplearon ruidos de tambor y refiere casos de curaciones sonando campanillas y zambomba. Igualmente señala la preferencia de los enfermos hacia los colores vivos.

Otro libro editado en Madrid en 1864, “Estudio médico del veneno de la tarántula y su cura por homeopatía”, del doctor José Núñez, sin negar tajantemente la eficacia de la música, aboga por los tratamientos homeopáticos que reponen en breve tiempo al tarantulado. Es muy curioso cómo cada autor defiende lo suyo.

Bibliografía

Castillo de Lucas, Antonio. “Folkmedicina”. Eitut. Dossat. Madrid, 1958
Cid, Francisco Xavier. “Tarantismo observado en España,...”, imprenta González. Madrid, 1787



Aparte de estos libros, en el Hospital General de Madrid se comunicó en 1787 el caso de un muchacho de 14 años que presentaba un edema rojizo en el brazo del tamaño de una nuez, llegando al hospital en estado estuporoso, con convulsiones y temblores, asegurando que le había picado una araña y, sospechando que fuera una tarántula, el doctor Manuel Morago le mostró unas láminas con insectos, señalándola exactamente.

Por casualidad estaba en la Corte un vinatero de Valdepeñas que sabía tocar la tarantela con la vihuela y fue llevado al hospital. En cuanto comenzó a tocarla, el muchacho comenzó a bailar y cuando dejaba de sonar la música se reproducían los temblores y contracturas que le causaban mucho dolor. Después de varias horas de musicoterapia, durante las cuales sudó abundantemente, se curó.

MÁS CASOS DE MUSICOTERAPIA

El Padre Feijoo, en sus "Cartas eruditas", refiere el caso de un famoso

músico que presenta un "cuadro febril y que al séptimo día ocasiona un violento delirio con fríos, terrores y perpetua vigilancia". Pidió sonara la música, desapareciendo la fiebre y tornando vivaz, pero cuando cesaba, volvía el cuadro de obnubilación; mejoró en diez días" (Carta XIV,8). Feijoo cree en el efecto sedante la música y no en otra cosa. Y es más, se refiere a la "música moderna" (la barroca del XVIII), y no a la "antigua" a base trompetas, timbales y cuernos de guerra.

Algunos casos de Cid son muy curiosos. Por ejemplo, el XIII, de un labrador de 34 años al que le pica la tarántula en su cuadra. Desarrolla toda la sintomatología y se mejora con la música. Razona el autor que en la cuadra había también una mula que enfermó, muriendo a los seis días sin que el albéitar hubiera conseguido salvarla. ¿Qué hubiera sucedido, dice Cid, si a la mula se le hubiera tocado la tarantela?

En el caso XIV refiere que "sintién-

dose el enfermo muy aliviado cuando le trajeron a su casa por el trote que traía la pollina". Luego le hicieron el tratamiento musical con el que mejoró, pero la mujer, harta de ver tantos curiosos en su casa, no dejó terminar las sesiones y, durante un año, el enfermo tuvo complicaciones, ictericia y supuraciones en las piernas.

También muy curioso es el efecto afrodisíaco. La historia XXIV asegura, entre otras cosas, que el tarantulado sintió "rigidez del pene y del empeine", cosa que no se dio en otros enfermos y que "los fuertes estímulos de Venus que sufrirían, dependía mucho del color del vestido que llevaban las mujeres, cosa ya citada por Babilivo". En la historia XXIV, una mujer, me parece que la única, de 56 años, sucedió que "al oír la tarantela se arrojó de la cama en camisa sin reparar ni prevenir cosa alguna para su honestidad".

Aparte de algunos casos de evidente intoxicación por veneno de araña, nos preguntamos, ¿cuánto de psíquico había en tales epidemias de tarantulados?. ¿Por qué sólo en La Mancha y no en otras regiones españolas donde también existen arañas del género "Lycosa"? De los 35 casos de Cid, sólo tres no eran manchegos, uno de Badajoz, otro de Sevilla y el tercero de Orcajo de los Montes (Toledo).

Esta enfermedad o padecimiento, forma parte de esas epidemias que se desarrollaron especialmente en el medioevo, con sugerencias colectivas de danzantes como brotes de histerismo colectivo, como el "Baile de San Vito" a mediados del 400 en el Sur de Alemania y Bohemia; los "jumbers" o saltadores de esa misma época, o los "flagelantes" de mediados del 300 que sufrían ostentosas penitencias públicas con la creencia de que su flagelación colmaría la cólera divina para evitar la peste bubónica que asolaba Europa.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos



FISTERRA.COM GUÍAS CLÍNICAS SOBRE REUMATOLOGÍA

<http://www.fisterra.com>

Fisterra.com es una iniciativa de un grupo de profesionales relacionados con la Atención Primaria con el objetivo de compartir información y recursos prácticos que ayuden en la asistencia a los pacientes en la consulta. Da acceso a principales bases de datos de medicamentos en Internet, actividades de formación continuada, casos y preguntas clínicas, biblioteca virtual, formación... Para poder consultar sus contenidos, hay que hacer un sencillo registro indicando correo electrónico.

GUÍAS CLÍNICAS

(Click en "Guías clínicas"-especialidad-reumatología)

Contiene interesantes guías sobre Artritis Reumatoide, Artrosis, Epicondilitis, Fascitis Plantar, Fibromialgia, Gota, Hombro doloroso, Lumbalgia, Mono y poliartritis, Paget óseo, Pruebas reumáticas, Osteoporosis y Túnel carpiano.



ABOUT ARTHRITIS CHRONIC FATIGUE SYNDROME / FIBROMYALGIA

<http://chronicfatigue.about.com/>

Web sobre fibromialgia y fatiga crónica perteneciente a About.com, un portal en inglés que aporta consejos, prácticas y soluciones para problemas de salud y otros temas cotidianos.

Dejando a un lado sus secciones comerciales, hay apartados que contienen información interesante. En "Essentials" se describe fundamentalmente la enfermedad y sus síntomas, y en "Articles & Resources" se accede a variados artículos de utilidad. La Web dispone también de un Foro que, eso sí, requiere registro.

EN DETALLE: SOBRE LA ENFERMEDAD

(Click en "Essentials")



Al hacer click sobre la sección salta un desplegable donde se pueden seleccionar varios temas: Qué es el síndrome de fatiga crónica, Qué es la fibromialgia, tipos de tratamiento para ambas, desarrollo de la atención cognitiva, etc.

