

CONGRESO ACR 2009

Aportación de españoles becados por la SER



Entrevista

Dr. Antonio Bañares Cañizares
Nuevo director ejecutivo de
la SER y la FER:
"Vengo con mano recta,
pero no con mano dura"



Octubre, mes de las enfermedades reumáticas

Jane Seymour, anfitriona del
primer encuentro europeo
"Mi día con Artritis Reumatoide"

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.



losreumatismos@ser.es - www.ser.es

Edita:

Sociedad Española de Reumatología

C/ Marqués de Duero, 5 - 1º

28001 Madrid

Tel: 91 576 77 99

Fax: 91 578 11 33

Editor:

Dr. Víctor Martínez Taboada

Consejo Asesor:

Dra. Rosario García de Vicuña, Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

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

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz



www.ibanezyplaza.com

Ibáñez & Plaza ASOCIADOS, S.L.
EDICIONES ALTERNATIVAS Y COMUNICACIÓN

Coordinación Editorial,

Diseño y Maquetación:

Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 - 4º C

28003 Madrid

Tel: 91 553 74 62

Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.com

Redacción:

Gabriel Plaza Molina,
Carmen Salvador López

Dirección de Arte:

GPG

Administración:

Concepción García García

Impresión:

Imprenta Narcea

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005

SOPORTE VÁLIDO 18/05-R-CM

Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:

- Abbott ■ Bristol Myers Squibb
- Faes Farma ■ Gebro ■ Pfizer
- Schering Plough ■ UCB

Una nueva etapa presidida por la gestión

El nombramiento del Dr. Antonio Bañares Cañizares como nuevo director ejecutivo de la SER y de la Fundación Española de Reumatología, representa la voluntad decidida de la SER por consolidar desde el ángulo de la gestión una entidad ya suficientemente consagrada en los terrenos clínico e investigador.

"Vengo con mano recta, pero no con mano dura", expone este profesional reumatólogo, que en los últimos cinco años ha ejercido como rector de la Universidad Europea de Madrid (UEM). Su experiencia como gestor ha determinado su elección para un puesto que, entre otros objetivos de futuro, trabajará por una permanente aspiración de la SER desde su fundación: afianzar ante la sociedad, los poderes públicos y los distintos agentes implicados en el ámbito de la Reumatología, el papel decisivo del reumatólogo en una extensa y compleja red donde se dan cita más de doscientas patologías.

El nombramiento del Dr. Bañares Cañizares ayudará a subrayar ante la sociedad el papel decisivo del reumatólogo

Aportaciones de una treintena de investigadores españoles al congreso del ACR norteamericano

La gestión es, según el Dr. Bañares, una asignatura pendiente, aunque paulatinamente se va interiorizando cada vez más por el profesional, habida cuenta de que "cada acto médico lleva detrás decisiones de coste, de impacto social..."

Estamos seguros de que la totalidad de los miembros de la SER se unen a la bienvenida que "Los Reumatismos" brinda al Dr. Bañares Cañizares, en la seguridad de que su capacidad de gestión ha de significar un revulsivo de progreso y consolidación para la

SER y la Reumatología española en general.

APORTACIONES AL ACR

Un año más, entre los eventos científicos del último bimestre, hay que destacar las novedades aportadas por el esfuerzo investigador español al foro del Colegio Americano de Reumatología (ACR). Como de costumbre, los coordinadores de la revista han llevado a cabo una meritoria labor de selección de abstracts entre los presentados por la treintena de investigadores españoles. No obstante, es de rigor destacar en la sección de congresos algunos estudios de equipos que, sin duda, destacan por su trascendencia. Como es el caso los polimorfismos asociados al daño articular severo en la AR, la gota, la esclerodermia y el manejo del paciente en función de la edad.

**Entrevista**

Dr. Antonio Bañares Cañizares
Nuevo director ejecutivo de
la SER y la FER:
"Vengo con mano recta,
pero no con mano dura"

**Octubre, mes de las enfermedades reumáticas**

Jane Seymour, anfitriona del
primer encuentro europeo
"Mi día con Artritis Reumatoide"

Nuestra Portada

Un año más la aportación reumatológica española ha destacado, tanto en la práctica clínica como en la investigación básica en el congreso anual del Colegio Americano de Reumatología (ACR), gracias a las becas de la SER.

El próximo número completará la selección de los trabajos presentados.

Pero junto al mencionado aspecto científico hemos de resaltar las declaraciones del nuevo (y primero) director ejecutivo de la SER y la FER, Dr. Antonio Bañares Cañizares, en cuya opinión la figura de dirección ejecutiva "es el formato de gestión más apropiado para la actual estructura de la SER".

Finalmente, nuestra portada saluda a la actriz inglesa Jane Seymour, anfitriona de honor del primer encuentro europeo "Mi día con artritis reumatoide: Forjando mi futuro con AR", celebrado a finales de septiembre en Barcelona.

1 Editorial
Una nueva etapa presidida por la gestión

3 Entrevista
Dr. Antonio Bañares Cañizares Nuevo director ejecutivo de la SER y la FER

8 Congreso ACR
Al menos cinco polimorfismos están asociados al daño articular severo en artritis reumatoide

9 El tratamiento precoz de la gota disminuye el riesgo vascular

11 Mayor riesgo de cáncer de piel en la esclerodermia

13 Los pacientes con dolencia reumática detectada en edades avanzadas están infratratados

Congreso OARSI
16 Proceso artrósico aumenta número de células madre mesenquimales en membrana sinovial

17 Los pacientes con artrosis tienen mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares

19 Condroitin sulfato reduce la sinovitis en pacientes con artrosis de rodilla

19 Las causas genéticas de la artrosis aún no se conocen suficientemente

Congreso SAR
20 Entre el 30 y el 60% de los pacientes con artritis reumatoide sufre una afección

21 Más de la mitad de los pacientes con osteoporosis abandona el tratamiento

27 Día Nacional de la Artritis
Los pacientes reivindican que "Otra vida es..."

27 Bibliografía
AR, Esclerodermia, Fibromialgia, Gota...

31 Reumaconsult:
Schöber, LES, artrosis, Sjögren

35 Los pacientes preguntan
AR, Metotrexato.

Reuma Update
39 Actualización bibliográfica en Reumatología

Noticias
41 Tercera edición del Programa 3e

42 Jane Seymour, anfitriona del primer encuentro europeo "Mi día con Artritis Reumatoide: Forjando mi futuro con AR"

43 Las enfermedades reumáticas, principal causa de incapacidad temporal en el 2007

44 Consenso de la SER sobre fármacos biológicos



DR. ANTONIO BAÑARES CAÑIZARES

NUEVO DIRECTOR EJECUTIVO DE LA SER Y LA FER

“Vengo con mano
recta, pero no
con mano dura”



Texto Carmen Salvador

El Dr. Antonio Bañares

ha sido en los últimos cinco años rector de la Universidad Europea de Madrid (UEM). Es reumatólogo y gestor, “dos actividades -afirma- que están obligadas a entenderse para seguir avanzando, como las dos caras de una moneda”. En su opinión, la figura de dirección ejecutiva que ahora desempeña “es el formato de gestión más apropiado para la actual estructura de la SER”. Y reconoce que la suya ha sido una selección “muy seria”. Además, asegura que ha encontrado una Sociedad muy rica, orientada a la generación y transmisión del conocimiento, profesionalizada y con un ambiente de trabajo muy grato. “Todo ello compone un retrato que lo hace muy atractivo.”

De sí mismo, el Dr. Antonio Bañares señala que su mejor cualidad es saber escuchar, que tiene sentido del humor y que volvería a ser reumatólogo, “no sería solo gestor”.

La Dirección Ejecutiva es una figura que ya contemplaba el Plan estratégico de la Junta del doctor Josep Blanch y que ha sido refrendado por la actual, presidida por la doctora Rosario García de Vicuña. “Tiene vocación de continuidad porque es un elemento fundamental para establecer una estructura estable”, afirma el Dr. Bañares.

“He tenido la suerte -añade- de llegar a una institución que ya de por sí era eficiente, una institución de servicio a los socios, de servicio a la Reumatología”, con una “estructura bastante definida y que se apoya en las Unidades de Gestión Operativa, con Ester Luaces; la de Investigación, con la doctora Loreto Carmona, y la de Gestión del Conocimiento, con Raúl Frutos.”

OBJETIVOS A DISTINTOS PLAZOS -¿Cuáles son los objetivos más inmediatos?

-Hay distintos ámbitos de actuación. Por un lado perseguimos una mejora organizativa a corto plazo, porque ya tenemos un tamaño importante, una responsabilidad con la sociedad e incluso un presupuesto que nos obliga a comportarnos muy profesionalmente. Pero también existen otros objetivos en los que trabajaremos intensamente en el futuro. Teniendo en cuenta que la SER y la especialidad en general son un elemento de prestigio, tenemos que hacer un esfuerzo en comunicarlo a la sociedad, a los poderes públicos, a la Administración, a los distintos agentes implicados...

El Dr. Bañares reconoce que la figura de un director ejecutivo es algo reciente, pero no nuevo. “En los últimos años algunas sociedades médicas han creado una figura igual o parecida para profesionalizar su gestión.”

Para ocupar este puesto, el Dr. Bañares ha pasado por una selección que califica de “muy seria”. “Me satisface mucho estar aquí, es un destino profesional del que me siento muy orgulloso y con el que estoy muy ilusionado, pero me recompensa tanto más porque he pasado un proceso de selección con otros candidatos que hacen mucho más valioso y satisfactorio estar donde estoy”.

-¿Ha contado el ser reumatólogo?

-Yo diría que he tenido que luchar contra ser reumatólogo. Una vez aquí, el que yo sea reumatólogo creo que en muchos aspectos es muy positivo, porque conozco el terreno, aunque hace más de 10 años que no ejerzo la Reumatología. Desde el año 97 he ocupado distintos puestos de gestión. Ahora que me pongo a gestionar la SER, lo hago con antiguos compañeros míos y sobre un terreno del que conozco más de lo que lo pueda conocer cualquier otro médico o profesional que hubiera venido aquí. Pero digo que he tenido que luchar contra ello porque no se buscaba un reumatólogo. De hecho, el ser reumatólogo casi había que explicarlo en el proceso de selección.

DE MÉDICO A GESTOR

Desde que el doctor Bañares terminó la residencia en el año 87, hasta que se dedicó a puestos de gestión en el 98, ha sido un reumatólogo que ha hecho de todo: investigación básica y clínica, asistencia extrahospitalaria y hospitalaria, docencia...

-¿Cómo se pasa de médico a gestor?

-Es cierto que es una vocación muy diferente a la que puedes llegar después de ejercer la Medicina, pero hay muchos médicos muy buenos gestores. A priori podemos estar un poco alejados de la gestión, pero está en nuestra profesión. El médico tiene, por supuesto, un componente asistencial, un componente docente, otro de investigación y también un componente de gestión implícito. No es muy conocido o reconocido, pero cada acto médico lleva detrás decisiones de coste, de impacto social...

Esto no está en los planes de estudio, aunque se irá incorporando. Es una de las labores fundamentales de las Universidades españolas y, sobre todo, de las facultades de Medicina, pero está cada vez más interiorizado por el profesional.

Cuando un médico reconoce la gestión como una de sus actividades predominantes, suele ser un buen gestor. Tenemos muchos ejemplos de políticos, de directivos... que vienen de la gestión sanitaria y de haber ejercido la Medicina.

Su primer paso como gestor fue “natural”, de estar en su hospital ejerciendo la Reumatología a estar ejerciendo un campo de gestión en el mismo entorno, como subdirector médico del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, “dedicado específicamente a los servicios médicos. De aquellos años conservo un grato recuerdo, digamos que allí descubrí esa vocación de gestión”.

Afirma que si tuviera que elegir un recuerdo más profundo, sería el de los años que estuvo de rector en la Universidad de Madrid. “Han sido casi 5 años al frente de una institución académica, con un componente de gestión muy atractivo y al mismo tiempo apasionante desde un punto de vista

Cuando un médico reconoce la gestión como una de sus actividades predominantes, suele ser un buen gestor



El Dr. Antonio Bañares Cañizares, rodeado de su equipo gestor en la SER.

de representación institucional. He tenido la satisfacción de ser anfitrión de los Príncipes de Asturias en la Universidad en el acto de investidura como doctores Honoris Causa de los doctores Rotés, Fuster, Alonso... una satisfacción que no voy a olvidar nunca. Además, también he sido el rector de la única Universidad privada que obtuvo por primera vez, el pasado año, el título de Medicina en la Comunidad de Madrid."

DEDICACIÓN COMPLETA

Ahora tiene dedicación completa en la SER porque, como dice, "esta Sociedad tiene suficiente carga de trabajo como para dedicarse a ella en exclusiva".

—¿Qué es lo que más le ha atraído?

—Conocía la SER como socio, y participé como ponente hace más de 10 años en el primer plan estratégico que se hizo, con la presidencia del doctor Laffon. Después

de este tiempo he encontrado una Sociedad mucho más rica, orientada a la generación y transmisión del conocimiento, muchísimo más profesionalizada y con un ambiente de trabajo muy grato. Todo ello compone un retrato que la hace muy atractiva. Además, creo que encaja muy bien con mi actual perfil profesional. Haber sido rector de universidad significa haber sido responsable de formación e investigación en todos los campos del saber. En la SER también lo soy, en coordinación y siempre sujeto a las decisiones de la Junta, de formación e investigación de los reumatólogos de España.

No cree que, como gestor, se haya ganado enemigos entre los médicos. "Siempre te toca tomar decisiones duras y difíciles, tanto cuando era responsable de Atención Especializada en la Comunidad de Madrid como en el decanato de Medicina y Ciencias de la

Salud o en el mismo rectorado. Pero de tomar esas decisiones difíciles a llegar a pensar que me he ganado enemigos, creo que hay un gran trecho. No creo que tenga enemigos derivados de mi acción profesional."

Quiere dejar muy claro que su función aquí no es como reumatólogo: "Trabajaré siempre mano a mano con los reumatólogos y ser un reumatólogo aquí da valor a mi función, que es hacer las cosas que ellos decidan que quieren hacer con su especialidad, con su relación con la sociedad, con la industria... Mi obligación es ser garante de que esas decisiones se desarrollen con eficiencia, rentabilidad y el mayor impacto de servicio posible en los socios... pero también quiero transmitir que el ser reumatólogo le da valor porque voy a tener mucha más capacidad para entender el elemento de fondo del que hablamos."

Esta Sociedad tiene suficiente carga de trabajo como para dedicarse a ella en exclusiva

DE TODO UN POCO...

—¿Ahora es el que más manda en la SER?

—No, yo soy el que más manda en las 25 personas que componemos esta casa que está al servicio de los reumatólogos, pero soy el que menos manda de los reumatólogos españoles.

—¿Viene con mano dura?

—Yo no diría con mano dura, sino con mano recta.

—¿Qué es lo que más le atrajo de esta nueva actividad?

—El perfecto encaje entre el perfil profesional que se necesitaba para el puesto y mi propio desarrollo profesional de los últimos 12 años.

—De poder empezar de nuevo, ¿volvería a ser reumatólogo o se quedaría sólo con la faceta de gestor?

—Volvería a ser reumatólogo. Es una especialidad que me ha llenado desde el punto de vista clínico, investigador y, aún más importante, desde el punto de vista humano. No sería solo gestor. Está bien ser gestor después de haber hecho otras cosas.

—¿Se atreve a señalar algún error o decisión poco acertada de las últimas políticas sanitarias?

—Si se puede señalar un error de las políticas sanitarias en general es la falta de homogeneización en el Sistema Nacional de Salud en el proceso de transferencias. Creo que transferir a las comunidades autónomas la sanidad es una decisión correcta, pero deberíamos haber hecho un proceso para homogeneizar el modelo de gestión y, sobre todo, haber racionalizado el manejo de determinadas patologías con algunas Unidades multidisciplinarias de ámbito nacional.

—La profesión médica ¿está muy lejos de empatizar con los gestores?

—Creo que estamos obligados a entendernos. El médico en última instancia tiene que interiorizar que cualquiera de sus decisiones individuales con su paciente individual tiene un impacto colectivo en el Sistema, tanto desde el punto de vista económico como social. Por otra parte, el gestor tiene que interiorizar que la profesión médica tiene muchas más facetas que son inherentes a la profesión, más allá de la propia asistencia eficiente, y si no conseguimos que estas dos caras de la moneda estén juntas, que se entiendan, no avanzaremos.

—¿Qué gestión es más difícil, la universitaria o la sanitaria?

—La gestión sanitaria hoy, en cuanto a modelo de gestión, está mucho más evolucionada que la gestión universitaria. Nuestro Sistema Nacional de Salud tiene más criterios de gestión en general que el sistema universitario. Bien es cierto que mi experiencia ha sido en una Universidad privada, muy eficiente y muy empresarial, sin olvidar su vocación de servicio público; pero comparando con las universidades públicas, es más avanzado el modelo de gestión sanitaria.

—¿Qué cambiaría de los planes de estudio de Medicina?

—En ello me ha tocado trabajar mucho los últimos años. En este proceso en el que estamos inmersos, el proceso de convergencia europea, espacio europeo de educación superior, el proceso de Bolonia... tenemos una gran oportunidad para cambiar la metodología de la enseñanza. El gran reto pendiente no es tanto lo que enseñamos a los estudiantes sino cómo se lo enseñamos. Lo que enseñamos está marcado por

una directriz europea y, además, vinculado a nuestra Ley de ordenación de profesiones sanitarias. También el sentido común indica qué es lo que hay que enseñar al médico, pero sí es verdad que en el comienzo de este siglo XXI en el que la sociedad del conocimiento es absolutamente accesible a cualquiera, es mucho más importante que el estudiante de Medicina se vaya desarrollando en las competencias personales básicas para ejercer después su profesión, mucho más que enseñarle el conocimiento de manera exhaustiva y académica. Creo que los profesores de Medicina tenemos que ser capaces de enseñar a ser médicos, y que esos médicos mantengan su conocimiento actualizado es mucho más una cuestión de metodología docente que de cuánto contenido introducimos en los planes de estudio.

—¿Son rentables las campañas de prevención?

—Creo que sí. Uno de los retos de nuestro Sistema Sanitario es invertir en educación para la salud. Me gusta más hablar de educación para la salud que de prevención. En España tenemos un grado de desarrollo que nos permite en general una buena prevención, como es el caso de las vacunas, las aguas... Sin embargo, en el tema de educación para la salud estamos un poco alejados de los estándares de otros países de nuestro entorno.

—¿También es rentable que el paciente se implique más en su enfermedad?

—Claro, un paciente que interioriza determinados hábitos como parte de su estar en la sociedad relacionados con la salud, muy probablemente

Mi función aquí no es como reumatólogo, estoy a disposición de los especialistas

te, va a ser un agente mucho más activo e incluso más eficiente en el propio cuidado de su salud.

–¿Se va a vacunar de la gripe A?

–No va a ser necesario porque acabo de sufrirla y, por lo tanto, ya me he inmunizado.

–¿A qué no se puede resistir desde el punto de vista personal?

–Sobre todo a una buena conversación, y si es en un entorno gratificante para los sentidos, mucho más, en un lugar bello, con una buena música, un buen menú que incluya un buen vino, ya es perfecto para no poderse resistir.

–Un viaje que le haya dejado huella.

Muchos viajes. Soy un gran viajero, pero viajo por placer menos de lo que desearía, aunque me haya tocado viajar mucho desde el punto de vista profesional... Por mencionar uno de ellos, uno reciente, la campiña de la Toscana, que nos es tan cercana a la cultura mediterránea, pero que tiene la peculiaridad de esa región italiana.

–¿Cuál es su animal preferido?

–Mi perra maltés. Se llama Greta. Es casi la tercera de mis hijas.

–¿Cuáles son sus aficiones?

–Leer, sobre todo literatura, la latinoamericana me gusta mucho, tengo el privilegio de haberme relacionado estos últimos años con gente dentro de esta faceta como Mario Vargas Llosa, que fue doctor Honoris Causa cuando fui rector de la Universidad... Me gusta la música, sobre todo la clásica, aunque también me gusta determinado pop, rock y jazz. Me gusta la gastronomía, el buen vino... Me gusta también la literatura gráfica, los comics.

–¿Su mejor cualidad y su peor defecto?

Creo que mi mejor cualidad es saber escuchar, es tener empatía, una actitud de cercanía con las personas con las que me relaciono. Ello me permite en mi actividad formar buenos equipos. ¿Mi peor defecto? Quizás debo confesar que soy un poco mandón...

–¿Tiene sentido del humor?

–La verdad es que sí.

Dr. Antonio Bañares
Director ejecutivo SER y FER
Gestor, investigador, académico y asistencial

El Dr. Antonio Bañares Cañizares (Madrid, 1958) es licenciado y doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid, especialista en Reumatología y Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias del IESE, aunque su carrera profesional se ha centrado durante los últimos años en la gestión sanitaria, tiempo en el que también ha potenciado su faceta como gestor en el ámbito académico.

Como director ejecutivo de la SER se encargará del desarrollo y ejecución de las grandes líneas estratégicas de la SER de forma coordinada con la Junta Directiva, garantizando así la implantación efectiva de la estrategia general de la Sociedad, su continuidad en el tiempo y el alineamiento permanente entre los órganos de gestión y la dirección de la Sociedad.

El Dr. Bañares cuenta con un completo perfil, no sólo con experiencia en la gestión universitaria sino también en la sanitaria, a lo que se une su faceta asistencial e investigadora.

Además, cuenta con una amplia experiencia en gestión sanitaria, ya que ha sido subdirector Médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante dos años (1997-1999). Posteriormente se encargó de coordinar desde este mismo hospital la atención ambulatoria y las relaciones con atención primaria, y ocupó la dirección de los Centros de Especialidades del Área VII de Atención Especializada de Madrid. En 2002 fue coordinador de Atención Especializada en el entonces recién creado Instituto Madrileño de Salud, convirtiéndose así en el primer responsable que se hacía cargo de la red hospitalaria de la región tras el inicio de las transferencias a las Comunidades por parte del Ministerio de Sanidad.

Con posterioridad fue nombrado decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Madrid (UEM) y desde julio de 2004 hasta enero de 2009 ejerció como rector de esta Universidad. Durante ese periodo, la UEM se convirtió en la única universidad privada autorizada a impartir el Grado de Medicina en la Comunidad de Madrid.

Si se puede señalar un error de las políticas sanitarias en general es la falta de homogeneización en el Sistema Nacional de Salud en el proceso de transferencias

CONGRESO ACR 2009

EL CONGRESO ANUAL DEL AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR), CELEBRADO DEL 17 AL 21 DE OCTUBRE EN PHILADELPHIA (EE.UU.), HA CONTADO CON UNA IMPORTANTE PRESENCIA DE ESPECIALISTAS E INVESTIGADORES ESPAÑOLES. LA SER EN COLABORACIÓN CON AMGEN HA FACILITADO LA ASISTENCIA, ALOJAMIENTO E INSCRIPCIÓN AL CONGRESO DE CERCA DE UNA TREINTENA DE INVESTIGADORES ESPAÑOLES GRACIAS A SUS BECAS ACR.

Al menos cinco polimorfismos están asociados al daño articular severo en artritis reumatoide

Aunque los datos clínicos y sobre todo radiológicos son imprescindibles para el diagnóstico de la artritis reumatoide, la información genética puede ser también de gran ayuda a la hora de identificar a los pacientes con mayor riesgo de padecer una forma agresiva. Ésta es una de las conclusiones del estudio "Identificación de SNP's asociados al daño articular severo en pacientes con artritis reumatoide", presentado en el congreso anual del ACR.

Según las conclusiones de esta investigación, existen al menos cinco SNP's (polimorfismos de nucleótido simple) asociados a cuatro fenotipos caracterizados por diversas formas de afectación a nivel articular objetivados por radiografía (los cuales están estrechamente relacionados con un daño severo en las articulaciones de los pacientes con artritis reumatoide). "De esta forma, algunos biomarcadores genéticos podrían ayudar a identificar los distintos grados de severidad de la destrucción en

las articulaciones", según la Dra. Natividad Oreiro, perteneciente al Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, y que ha dirigido esta investigación.

Teniendo en cuenta que nos encontramos ante una dolencia inflamatoria que puede darse de forma diferente en cada paciente, "la identificación de enfermos con alto riesgo de mal pronóstico es fundamental, puesto que de esta forma se puede realizar una indicación más exacta de terapia biológica y se puede seleccionar el momento más adecuado para iniciar el tratamiento", añade la Dra. Oreiro.

En la investigación han participado 632 pacientes con la enfermedad diagnosticada, de seis servicios de Reumatología diferentes repartidos por otros tantos hospitales a lo largo de la geografía española. Gracias al desarrollo de un microarray de ADN, se han podido estudiar a la vez 69 SNP's de 49 genes diferentes, que anteriormente se habían seleccionado por su impacto potencial en el desarrollo de la artritis reumatoide.

"De esta forma se ha podido comprobar que la pérdida de espacio articular y las erosiones en manos y pies se asocian sobre todo con un polimorfismo en el gen SCGB1A1", explica la Dra. Oreiro. "Otro polimorfismo en este mismo gen, además de en el gen MMP3, se asocia al desarrollo de erosiones articulares múltiples en manos y pies". Los polimorfismos en los genes PDCD1 e IL4R, sin embargo, están asociados con un menor desarrollo de erosiones.

Por otro lado, las personas portadoras de un polimorfismo en el gen SCB1A1 y el gen SLC22A4 tienen mayor probabilidad de someterse a cirugía articular. "Quienes poseen estos SNP's duplican el riesgo de un tratamiento quirúrgico articular en comparación con aquellos que no los tienen", subraya la Dra. Oreiro.

La investigación genética actual en artritis reumatoide está en uno de sus momentos más productivos, puesto que cada vez se conocen más cómo influyen los genes en el desarrollo de esta dolencia, ha concluido la especialista.

El tratamiento precoz de la gota disminuye el riesgo vascular

No tratar de forma temprana a los enfermos de gota, permitiendo que esta patología se convierta en grave, aumenta el riesgo de que los pacientes sufran alguna enfermedad cardiovascular que produzca la muerte.

Ésta es una de las conclusiones del estudio "Gravedad de la enfermedad y mortalidad en pacientes con gota", que se presentó en el congreso anual del American College of Rheumatology. Según el investigador principal de este estudio, el Dr. Fernando Pérez-Ruiz, del Servicio de Reumatología del Hospital de Cruces, en Baracaldo y que ha acudido a este congreso gracias a las becas ACR que ha concedido la SER en colaboración con Amgen, "hay cinco variables que están asociadas independientemente a un aumento en la mortalidad observada. Entre ellas se encuentran la edad, los antecedentes de enfermedades vasculares previas, que la gota esté asociada a otras dolencias -fundamentalmente insuficiencia cardiaca y renal-, los niveles más elevados de uricemia antes del tratamiento y a la gota tofácea, es decir, con depósitos de ácido úrico ya apreciables en la exploración".

Este estudio es el único hasta ahora que ha analizado si existe una asociación entre la gravedad de la gota y un aumento de la tasa observada de mortalidad. Se trata de un prospectivo realizado en un único Servicio de Reumatología durante 16 años. "Ya se sabía que en otras enfermedades inflamatorias crónicas no controladas, como la artritis reumatoide, se incrementa su riesgo de sufrir una afección vascular, pero no estaba demostrado que ocurriera lo mismo con la gota. Gracias a este trabajo hemos podido comprobar que sí, que la gota se comporta como cualquier otra enfermedad inflamatoria en su relación con eventos cardiovasculares", indica el doctor Pérez-Ruiz.

En este trabajo se ha seguido a más de 700 pacientes, de los cuales el 94% era población masculina. De ellos, el 51% tenía entre una y cuatro articulaciones afectadas y el 35% presentaba un número mayor, presentando tofos (depósitos de urato palpables) un tercio. A pesar de ello, menos de la mitad habían recibido tratamiento previo para reducir los niveles de ácido úrico y sólo algo más de la mitad de los pacientes con gota grave.

Según el doctor Pérez-Ruiz, el tratamiento requiere la reducción de los niveles de ácido úrico por debajo de lo considerado normal y durante un tiempo suficiente que permita que los síntomas remitan y desaparezcan los cristales de urato definitivamente; "no basta con un control aceptable, lo ideal es que el control de la uricemia sea estricto, precoz y nunca lleguen a tener inflamación crónica".

Mayor riesgo de cáncer de piel en la esclerodermia

Los pacientes que sufren esclerosis sistémica (también conocida como esclerodermia) podrían tener un riesgo mayor de padecer cáncer de piel, según el estudio "Incidencia del cáncer en pacientes con esclerosis sistémica en España" realizado por los doctores Beatriz E. Joven, Regina Fare, Francisco J. Colina, Belén Ramos y Patricia Carreira, del Hospital 12 de Octubre de Madrid, y presentado en el congreso anual del American College of Rheumatology.

La esclerosis sistémica es una enfermedad reumática que afecta sobre todo a la piel provocando que se ponga rígida y dura, aunque también pueden verse dañados otros órganos como son el corazón, los pulmones, el intestino o los riñones. Pese a que puede aparecer a cualquier momento de la vida, es más habitual en mujeres de mediana edad.

Según ha explicado la Dra. Regina Fare, "de hecho, se triplica el riesgo de padecer este tipo de tumor entre las personas que padecen esta enfermedad reumática, según los datos extraídos de nuestra investigación".

Un incremento de la protección solar desde el primer momento del diagnóstico de esclerosis sistémica podría ser beneficioso para reducir en el futuro la incidencia de tales tumores cutáneos en este grupo de pacientes. "De la misma manera que se hace esta recomendación en pacientes con lupus para evitar brotes, ha de hacerse también en personas con esclerosis sistémica para impedir nuevas neoplasias", advierte la Dra. Fare.

En lo que se refiere al cáncer de mama, entre los pacientes participantes en el estudio se ha observado una mayor incidencia de este tipo de neoplasia en las personas con esclerosis sistémica. Sin embargo, y como ha afirmado la Dra. Fare, "aunque los datos dan qué pensar, nos ha sorprendido no poder encontrar una relación directa entre ambas dolencias, por lo que tendremos que seguir investigando en este sentido". "Se partía del hecho de que este tipo de cáncer se ha encontrado asociado a la esclerosis sistémica en otros estudios, por lo que nos ha sorprendido no encontrar esta asociación más claramente. Nosotros encontramos un aumento en la incidencia de este cáncer en nuestros pacientes, pero no es significativa desde el punto de vista estadístico", ha añadido la Dra. Patricia Carreira.

En este estudio han participado 270 pacientes con esclerosis sistémica, de los que se tienen datos de su evolución desde 1989 y que han sido controlados de manera periódica.

Los pacientes con dolencia reumática detectada en edades avanzadas están infratratados

Los pacientes reumáticos de mayor edad con nuevas dolencias crónicas acceden a menores niveles de tratamiento que aquellos a los que se les presenta alguna de estas enfermedades en edades más jóvenes. Esta situación no se debe a inequidades en el acceso a tratamientos, sino a las enfermedades asociadas que sufren los pacientes mayores, que en muchas ocasiones hacen que el uso de diversos fármacos se vea limitado. Así lo indica el estudio “¿Reciben el mismo tratamiento los pacientes mayores con enfermedades reumáticas crónicas que los más jóvenes?”, cuyas principales conclusiones se han presentado en el congreso anual del American College of Rheumatology.

“El hecho de que los pacientes con edades tardías se manejen de forma distinta a los más jóvenes tiene su lógica”, ha afirmado la Dra. Loreto Carmona, directora de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER), “Un ejemplo simple es que los antiinflamatorios -muy utilizados en el tratamiento de la artritis reumatoide- están contraindicados en personas de más de 65 años, por lo que se prescriben en una cantidad menor a partir de esta edad”.



En este trabajo se han tenido en cuenta aquellas personas cuyo inicio de la enfermedad se ha dado de los 65 años en adelante, no aquellos que, con esa misma edad, habían sido previamente tratados de alguna dolencia reumática, puesto que en este caso los niveles de tratamiento son similares.

Lo que también dejan claro las conclusiones de este estudio es que no se maneja de la misma forma a una persona joven que a otra más entrada en años a pesar de que la enfermedad tenga la misma actividad en unos y otros.

“Los pacientes con dolencias reumáticas más longevos cuentan con un mayor número de comorbilidades -o dolencias asociadas-, por

lo que se intenta evitar ciertos tratamientos que puedan hacerlas empeorar de alguna manera”, ha añadido la Dra. Carmona. “Si, como ocurre en la gota, se evita el tratamiento con antiinflamatorios y se prescriben en su lugar sólo analgésicos, es más difícil controlar un ataque.”

Una situación similar ocurre a la hora de prescribir fármacos biológicos en el caso de artritis reumatoide o espondiloartritis, que también son administrados en menor medida a los pacientes mayores.

Según indican las conclusiones de este estudio, se puede afirmar que los pacientes de más de 65 años a los que se les presenta una nueva enfermedad reumática -en especial artritis reumatoide y gota- están infratratados. “Debemos tener en cuenta que estamos haciendo un uso adecuado de los medicamentos de acuerdo a las guías de práctica clínica, dado que ciertos medicamentos están desaconsejados a partir de esa edad”, ha subrayado la Dra. Carmona. “Una primera solución a este problema es hacer una revisión de estas guías, puesto que a estos pacientes todavía les quedan muchos años de vida, por lo que sería conveniente tenerles mejor controlados.”

Dra. Loreto Carmona: “Un ejemplo simple es que los antiinflamatorios están contraindicados en personas de más de 65 años, por lo que se prescriben en menor cantidad”

CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE
INVESTIGACIÓN EN ARTROSIS (OARSI)

El proceso artrósico aumenta el número de células madre mesenquimales en la membrana sinovial

Las membranas sinoviales afectadas por algún tipo de proceso artrósico incrementan significativamente el número de células madre mesenquimales -capaces de regenerar tejidos- con respecto a las membranas sinoviales sanas.

Éste es uno de los principales resultados del estudio "Expresión de marcadores de células madre mesenquimales en la membrana sinovial y la reparación del cartílago con artrosis", que ha llevado a cabo un equipo de investigación en el que ha participado la doctora Tamara Hermida Gómez, de la Unidad de Terapia Celular, perteneciente al Centro de Investigación Biomédica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, y cuyas conclusiones fueron presentadas por la doctora Hermida en el Congreso Anual de la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI), celebrado en Montreal (Canadá).

Esta organización internacional es la más importante sobre prevención y tratamiento de la artrosis gracias a sus iniciativas dirigidas a la investigación, la educación y la difusión de los hallazgos que se producen en esta enfermedad. La Dra. Hermida, junto con una decena más de investigadores españoles, ha asistido a esta cita ineludible en la especialidad gracias a las becas OARSI que la Fundación Española de Reumatología ha concedido con la colaboración de Bioi-bérica Farma.

Desde la primera edición de las becas FER OARSI, en 2004, hasta

La versatilidad de las células madre hace de ellas una gran opción de uso en terapia celular para regenerar tejidos de órganos dañados y ofrecer nuevos tratamientos para un gran número de enfermedades

el momento, cerca de cuarenta investigadores han podido acudir a este congreso internacional, lo que ha supuesto una inversión cercana a los 180.000 euros y ha permitido incrementar la presencia de la investigación española en los foros internacionales.

Con respecto al estudio, la Dra. Hermida ha explicado que tanto en el cartílago como en la membrana sinovial de las articulaciones existen células madre mesenquimales con una gran capacidad -incluso mayor que otras fuentes tisulares- para generar cartílago. "Además, la versatilidad de las células madre, -ha añadido- hace de ellas una gran opción de uso en terapia celular para regenerar tejidos de órganos dañados y ofrecer nuevos tratamientos para un gran número de enfermedades."

El objetivo principal de este estudio ha sido cuantificar y establecer en qué zonas se encuentra la expresión de marcadores de células madre mesenquimales tanto en membranas sinoviales humanas como en el tejido de reparación espontánea del cartílago artrósico.

PROCESO PARADIGMÁTICO

"Resulta chocante que existan células madre mesenquimales en el cartílago, que ya conocemos que tienen una gran capacidad como fuentes tisulares, pero que a la vez las lesiones en este tejido no tengan posibilidad de reparación con estas mismas células", indica la doctora Hermida.

El estudio presentado en OARSI sugiere que la ausencia de expresión del antígeno CD105 en el tejido de reparación espontánea del cartílago articular indica que la expresión de este marcador puede ser necesaria para que la reparación espontánea del cartílago artrósico sea efectiva, lo que explicaría por qué este tejido no se puede regenerar a pesar de tener células potencialmente activas en este sentido.

A lo largo del estudio se ha podido observar que las células madre mesenquimales aisladas de las membranas sinoviales con procesos artrósicos poseen un amplio potencial de diferenciación y por lo tanto podrían utilizarse en la clínica en procesos de terapia celular. "Además, -añade la doctora Hermida- hemos comprobado que estas células poseen todos los marcadores típicos de las células madre."

Los pacientes con artrosis tienen mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares

El dolor que los pacientes con artrosis sufren a la hora de caminar y realizar determinados movimientos, hace que en un gran número de ocasiones sean ellos mismos los que se autolimitan e incrementen su sedentarismo, con el fin de padecer lo menos posible.

De esta forma, al sentirse doloridos, pasean con menos frecuencia o disminuyen las distancias recorridas, además de reducir paulatinamente cada movimiento que hacen.

Este hecho, unido a que los pacientes artrósicos suelen ser en su mayor medida personas con una edad avanzada, hace que se incremente el riesgo de sufrir también otras enfermedades como hipertensión arterial, diabetes u obesidad, así como que aumenten sus niveles de colesterol.

“Si bien los pacientes de mayor edad tienen riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares *per se*, en aquellos que sufren artrosis este riesgo se ve incrementado tanto por su reducida movilidad como por la obesidad, especialmente frecuente en los pacientes con artrosis de rodilla”, apunta el Dr. Cristóbal Orellana Garrido, del Servicio de Reumatología del Hospital Parc Taulí, en Sabadell (Barcelona). “Asimismo, el uso de tratamientos farmacoló-

gicos como los antiinflamatorios puede ser también un factor importante en el incremento, por ejemplo, de la hipertensión arterial.”

El Dr. Orellana, que ha participado gracias a las becas OARSI de la Fundación Española de Reumatología en el Con-

El dolor provoca la autolimitación e incrementa el sedentarismo

greso Anual de la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI), ha subrayado el importante papel que tiene el reumatólogo no sólo para tratar la artrosis, sino para determinar qué otras dolencias asociadas -como las cardiovasculares- puede tener el paciente. “Si reducimos los síntomas de la persona con artrosis y hacemos lo posible para mejorar su funcionalidad y movilidad, conseguiremos también que se reduzcan los niveles de colesterol o triglicéridos, o las cifras de presión arterial.”

EJERCICIOS PARA MEJORAR LA MOVILIDAD

Sin duda alguna, el incremento de la movilidad de los pacientes resulta un factor sumamente

importante para reducir las posibilidades de sufrir o mejorar el control de alguna de estas enfermedades cardiovasculares. Ejercicios simples como caminar -dentro de las posibilidades de cada paciente-, son la mejor terapia para mejorar los síntomas de la artrosis y también para prevenir otras dolencias asociadas. “Cosas tan simples y que pocas veces tenemos en cuenta como estos ejercicios, que el paciente puede hacer en casa, acompañados de una disminución del peso son importantes para intentar controlar estos riesgos.”

En este sentido, se hace necesaria una visión global del paciente por parte del reumatólogo, no sólo centrándose en su patología reumática sino haciendo hincapié en qué otras dolencias puede padecer el paciente y los tratamientos para su artrosis y sus otras enfermedades. “Muchas veces ignoramos la relación que puede haber con otras patologías o tratamientos”, continúa explicando el doctor Orellana. “En Atención Primaria sí que se llega a tener esta visión de conjunto, por lo que suelen ser prudentes a la hora de utilizar antiinflamatorios, pero no lo son tanto a la hora de prescribir ejercicio o incidir en las implicaciones negativas que tiene la obesidad.”

Condroitín sulfato reduce la sinovitis en pacientes con artrosis de rodilla

Los tratamientos con fármacos como el condroitin sulfato reducen la inflamación de la membrana sinovial en pacientes con artrosis de rodilla de una forma rápida y como consecuencia alivian el dolor.

Éste es uno de los resultados del estudio 'Eficacia del condroitín sulfato en sinovitis en pacientes con artrosis de rodilla: un estudio con ultrasonido', llevado a cabo por la doctora Ingrid Möller, jefa del Servicio de Reumatología del Instituto Poal, en Barcelona.

Se trata de un estudio retrospectivo que tiene como objetivo conocer la historia natural de la sinovitis o inflamación de la membrana sinovial en pacientes con artrosis de rodi-

lla, y confirmar los resultados del estudio GAIT (Glucosamine/Chondroitin Arthritis Intervention Trial), publicado en 2007 en la revista The New England Journal of Medicine.

La doctora Möller, que ha participado como ponente en el Congreso Anual de la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI), ha explicado que el condroitin sulfato o sulfato de condroitina es una sustancia presente de forma natural en nuestro organismo que también existe sintetizada como fármaco.

“A través de ecografías hemos podido comprobar que el condroitin sulfato reduce la sinovitis”, indica la doctora Möller. “Además, se ha visto que este tipo de prueba, que es más

sensible que la exploración clínica para detectar la inflamación en la membrana sinovial, es de gran utilidad en la valoración de estos enfermos”.

En el estudio han participado 120 personas con artrosis de rodilla y diferentes tratamientos, entre ellos, tratamiento de condroitín sulfato a los que se exploró a través de ecografía.

“La respuesta a este fármaco es más rápida que a otros ya que actúa desde el primer mes”, explica la doctora Möller. Sin duda alguna, este estudio ha servido para que la ecografía se asiente como una técnica de imagen útil a la hora de comprobar la evolución de la inflamación de la membrana sinovial en la rodilla.

Las causas genéticas de la artrosis aún no se conocen suficientemente

Identificar cuáles son los factores genéticos de una dolencia como es la artrosis se ha convertido durante los últimos años en uno de los objetivos tanto de genetistas como de reumatólogos con el fin de poder prevenir o detectar de forma precoz esta enfermedad.

Pero aunque los esfuerzos han sido muchos y ya son conocidos algunos genes que podrían estar implicados en el desarrollo de esta patología musculoesquelética, también es cierto que los estudios relacionados con la genética de la enfermedad se encuentran todavía en terrenos muy vírgenes y están muy por detrás de la investigación de otras patologías como la artritis reumatoide o el lupus.

“Lo que sí que está claro hasta el momento es que la artrosis tiene un componente genético importante”,

ha señalado el doctor Antonio González Martínez-Pedrayo, del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, en A Coruña.

El doctor González Martínez-Pedrayo ha presentado los últimos datos de la investigación análisis de seguimiento del papel del polimorfismo en el gen ADMATS14 y su implicación en el desarrollo de artrosis, en la OARSI.

AÚN SIN RESULTADOS CONCLUYENTES

Aunque en un principio el trabajo de este grupo mostró una relación entre el gen ADMATS14 y la susceptibilidad de padecer artrosis, estudios posteriores llevados a cabo por el mismo grupo no han conseguido confirmar esta asociación inicial de forma concluyente. Para realizar la

investigación presentada en la OARSI, el equipo del Dr. González Martínez-Pedrayo ha estudiado 28 polimorfismos diferentes y ha analizado muestras de 2.900 sujetos en relación con artrosis de rodilla y 3.000 en relación con artrosis de cadera procedentes de otros cuatro países europeos incluyendo España.

“Estos resultados nos vuelven a demostrar que identificar factores genéticos de forma concluyente en esta enfermedad está siendo muy complicado”, indica el investigador. “Esto puede ser así porque la artrosis, al fin y al cabo, es muy común, pero no todos los pacientes con artrosis tienen la misma enfermedad, es decir que su origen no es el mismo.”

Los tipos de artrosis que más se han estudiado hasta ahora han sido cadera, rodilla y mano.

Entre el 30 y el 60% de los pacientes con artritis reumatoide sufre una afección cardiovascular

Entre el 30 y el 60% de los pacientes que sufren artritis reumatoide pueden desarrollar aterosclerosis acelerada. Este hecho hace que se incremente la posibilidad de que se desencadene algún evento clínico cardiovascular, lo que hace que aumente el riesgo de mortalidad por esta causa.

"En la última década, los nuevos fármacos biológicos que se utilizan en el tratamiento de esta enfermedad reumática han hecho que este riesgo haya descendido, ya que con ellos se logra un mejor control clínico de la enfermedad", según explica la Dra. Rosa García Portales, del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Victoria (Málaga), quien ha participado en el XX Congreso Anual de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR), celebrado en Granada a primeros de octubre y que ha reunido a más de 200 especialistas.

Señala la experta que en el momento en que con cualquier nuevo fármaco se consiga un mejor control de la actividad de esta enfermedad, "menos daños colaterales habrá. Si se consigue controlar la actividad de la artritis reumatoide, no sólo se reduce el riesgo de mortalidad, sino que también decrecen los costes asociados a esta dolencia y el número de hospitalizaciones o los casos de incapacidad laboral, al mismo tiempo que se incrementa la calidad de vida del paciente".

De media, cada paciente puede tener 1,6 enfermedades además de la artritis reumatoide, número que se incrementa con el tiempo de evolución de la enfermedad. "Junto con la actividad inflamatoria propia de la artritis reumatoide, las cardiovasculares son las enfermedades que más se asocian a esta dolencia en el ámbito general, seguidas de las infecciones y

de los tumores", explica la doctora García Portales. Esta distribución de comorbilidades cambia según el entorno geográfico y la distribución de los pacientes con artritis reumatoide. En nuestro país, según el Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología (BIOBADASER), la primera causa de comorbilidad en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con biológicos son las infecciones, y en segundo lugar la enfermedad cardiovascular.

El riesgo de padecer algún tipo de manifestación cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide tratados con fármacos biológicos ha disminuido en los últimos años al mejorar el estado inflamatorio del paciente en general. Este hallazgo se ha confirmado mediante estudios observacionales. Otros aspectos que requieren también el seguimiento a largo plazo, como son la incidencia de tumores sólidos, no son concluyentes y parece que este riesgo está asociado con una mayor actividad de la enfermedad que a los tratamientos biológicos que se utilizan para su control. De todas formas, algunos estudios publicados en revistas internacionales han descrito que el número de tumores en este tipo de pacientes no es mayor que en la población general.

"En conclusión, -apunta la doctora García Portales- la comorbilidad es el mayor predictor de mortalidad prematura para esta enfermedad. No sólo interviene en el pronóstico de la artritis reumatoide, sino también en el tratamiento que se puede aplicar a cada paciente de forma individual."

En el momento actual, hay una intensa actividad tanto investigadora como asistencial para mejorar las

medidas de prevención de posibles complicaciones de esta enfermedad reumática. "Además, tanto a nivel nacional como europeo existen varios proyectos para detectar pacientes con artritis reumatoide y alto riesgo cardiovascular, así como para el diagnóstico precoz de nuevos tumores", explica la Dra. García Portales.

REUMASARSALUD

Durante este congreso se celebró por primera vez en Andalucía ReumaSARSsalud, una iniciativa enfocada a la población general en la que reumatólogos de toda Andalucía han explicado los aspectos fundamentales de las enfermedades musculoesqueléticas y han realizado pruebas gratuitas como densitometrías o ecografías a la población.

"Esta cita ha cumplido con creces nuestras expectativas porque la población granadina ha respondido muy bien -ha señalado el doctor Miguel Ángel Caracuel, como presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología. Hemos llevado a cabo más de 300 pruebas y hemos informado sobre las enfermedades musculoesqueléticas a una gran parte de la ciudadanía, algo fundamental si queremos incrementar la prevención y el tratamiento precoz de estas dolencias, ya que una población bien formada es la base para una buena y pronta atención médica especializada. Y hoy por hoy, las enfermedades reumáticas, sus síntomas, tratamiento y consecuencias aún son un campo extremadamente desconocido para la población, que, curiosamente, sabe qué hacer frente a otras enfermedades menos prevalentes, pero que ante una artrosis, artritis, espondilitis y un largo etcétera no sabe ni siquiera a qué especialista médico acudir."

Más de la mitad de los pacientes con osteoporosis abandona el tratamiento

El desconocimiento generalizado sobre qué es la osteoporosis y sus consecuencias, la duración prolongada de los tratamientos, el desconocimiento sobre los beneficios que éstos reportan, la complejidad e incomodidad a la hora de administrar algunos de los tratamientos, los efectos secundarios e incluso el temor que tiene el paciente a que los fármacos puedan provocar efectos secundarios son las principales causas por las que las personas que sufren osteoporosis deciden no continuar con la terapia.

De hecho, y según estudios realizados, se ha llegado a conocer datos alarmantes que indican que solo el 25% de pacientes con esta enfermedad seguía con el tratamiento prescrito por su médico un año después de haberlo iniciado, mientras que el 75% restante lo había abandonado por distintas causas.

“De todas formas, depende de si el tratamiento es diario, semanal, mensual o anual, las cifras de adhesión varían, mejorando a medida que el intervalo de dosis es más amplio.” Así lo ha explicado el doctor Rodrigo Ramos Morell, del Hospital NISA de Sevilla, durante el XX Congreso Anual de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR). “Así, con los tratamientos diarios la media de abandono es de un 70%, mientras que con los semanales y mensuales esta media se sitúa en alrededor del 40-50%”. “Con la aparición de fármacos de administración mensual pensábamos que el problema del cumplimiento terapéutico se solucionaría, y aunque ha mejorado la adherencia, ésta

En España más de tres millones de personas padecen osteoporosis

sigue siendo un problema muy importante”, añade.

En España más de tres millones de personas padecen osteoporosis. Una enfermedad que hace que los huesos se vuelvan cada vez más porosos, lo que los convierte en muy frágiles y con un mayor riesgo de romperse. De hecho, las fracturas son tanto el síntoma como la principal consecuencia de esta enfermedad.

Tal y como indica el doctor Ramos, “aquellas personas que no cumplen el tratamiento que su especialista les indica para esta enfermedad tienen un mayor riesgo de fracturas que aquellos que lo cumplen perfectamente”.

La osteoporosis deteriora enormemente la calidad de vida de quienes la padecen, además de estar relacionada con el incremento de la mortalidad en el grupo de personas que han sufrido fractura.

MEJORAR LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

Teniendo en cuenta la importancia de que los pacientes cumplan el tratamiento para la osteoporosis a pesar de que los signos de la enfermedad no sean visibles, es necesario mejorar las estrategias existentes.

“Ante todo hemos de involucrar al paciente en la toma de decisio-

nes de lo que será su plan terapéutico, porque teniendo en cuenta sus preferencias en cuanto a la administración del fármaco se consigue una mayor adherencia”, subraya el doctor Ramos. “Por otra parte, los programas que recuerden al paciente que debe tomarse su medicación también han de potenciarse, ya que cuanto más se distancian las dosis, puede haber más riesgo de que se olviden de tomar el tratamiento, sobre todo, pacientes mayores y polimedicados.”

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN

En aras de incrementar el número de pacientes con osteoporosis que cumplen su tratamiento de forma adecuada, la industria farmacéutica ha puesto también su “granito de arena” apostando por fármacos más cómodos de tomar, aumentando el intervalo de dosis. Según el doctor Ramos, “alguno de los fármacos más novedosos se administran en unidades/hospital de día una vez al año, lo que implica un control médico y un aviso al paciente de su cita anual, algo que mejora muchísimo la adherencia al tratamiento”.

En el campo en que los pacientes sí se muestran más participativos es en el cambio de sus hábitos alimenticios para cumplir con las recomendaciones que indican la necesidad de ingerir más calcio y tomar el sol para mejorar los niveles de vitamina D. “Aunque en este sentido no sean cumplidores al cien por cien, sí que es cierto que incrementan su consumo de leche, yogures, pescado azul o frutos secos”, explica el doctor Ramos.

Los pacientes reivindican que “Otra vida es posible”



El doctor Santiago Muñoz, como representante de la SER, Antonio Torralba, presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) y Rosa Blázquez, de la Asociación Madrileña de pacientes con Artritis (AMAPAR)

Con el lema “Otra vida es posible” arrancó la campaña de este año del Día Nacional de la Artritis; representantes de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), leyeron públicamente un Manifiesto para recordar que más de 250.000 personas sufren artritis reumatoide en España y demandar un diagnóstico temprano de la enfermedad, así como equidad en el acceso a los tratamientos biológicos. “Nuestro objetivo es llamar la atención sobre una enfermedad que a pesar de su gran impacto en la vida de los pacientes es ignorada por buena parte de la sociedad”, afirma Antonio Torralba, presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis).

CONSEGUIR LA REMISIÓN

“A pesar de que es una enfermedad crónica y altamente discapaci-

itante, su diagnóstico temprano y un buen abordaje con todo el arsenal terapéutico disponible en la actualidad, tanto fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) como terapias biológicas en los casos necesarios, evitan la progresión de la patología y, en algunos pacientes, pueden incluso conseguir su remisión” afirma el doctor Santiago Muñoz, representante de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y jefe de la Sección de Reumatología del Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes, Madrid).

“Por esta razón es importante que exista una estrategia nacional que garantice el acceso temprano a la atención especializada, pero para ello hay que empezar por educar a la sociedad en general sobre la existencia e

implicaciones que tienen las enfermedades reumáticas y la necesidad de abordarlas a su debido tiempo”, asegura el doctor Muñoz.

“El impacto de la artritis reumatoide viene marcado por la disminución de la capacidad física, la pérdida de la calidad de vida y el acortamiento de la supervivencia”, explica por su parte el doctor Manuel Romero Jurado, adjunto al Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario de Jaén y miembro del Comité Científico de ConArtritis.

“No obstante, el pronóstico de estos pacientes ha mejorado notablemente en los últimos años gracias a un diagnóstico más rápido de la enfermedad, a las nuevas terapias biológicas y a una mejor utilización de los fármacos que ya existían”, añade el doctor Romero Jurado.

DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJUYOSA. ALICANTE
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. PESET. VALENCIA
 DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

Bibliografía Comentada

- ARTRITIS REUMATOIDE
- ESCLERODERMIA
- FIBROMIALGIA
- GOTA
- INVESTIGACIÓN BÁSICA-I
- PARTES BLANDAS

EN ESTE NÚMERO LOS RESPONSABLES DE LA SECCIÓN REPRODUCEN CON COMENTARIO PARTE DE LOS ABSTRACTS DE REUMATÓLOGOS ESPAÑOLES BECADOS POR LA SER PARA EL CONGRESO DE LA ACR 2009, PHILADELPHIA. DADA LA NOTABLE CANTIDAD DE TRABAJOS APORTADOS Y LA IMPOSIBILIDAD DE EXPONERLOS TODOS EN ESTE NÚMERO, COMPLETAREMOS LA PUBLICACIÓN EN EL SIGUIENTE.

ARTRITIS REUMATOIDE

La actividad de la enfermedad y la discapacidad funcional es mayor en las mujeres con artritis reumatoide, pero la destrucción articular es similar a la de los hombres.

I CASTREJÓN (1), K VISSER (2), NA KLARENBEK (2) , I GONZÁLEZ-ALVARO (1), TWJ HUIZINGA (2). (1) S. REUMATOLOGÍA, H LA PRINCESA. MADRID, ESPAÑA. (2) S. REUMATOLOGÍA, LUMC, LEIDEN, HOLANDA.

Los autores evalúan si hay diferencias entre hombres y mujeres con AR respecto a la actividad de la enfermedad, la discapacidad funcional y la progresión radiográfica (RX). Para ello siguen durante 5 años a 217 pacientes de una cohorte holandesa de artritis de reciente comienzo (Leiden Early Arthritis Clinic; L-EAC) y a 195 pacientes de una cohorte española (Clínica de artritis de reciente comienzo de Madrid; M-EAC).

Los resultados muestran que a nivel basal la escala visual analógica para salud y dolor, el HAQ y el DAS presentan valores superiores en mujeres. En cambio los índices de articulaciones tumefactas y la VSG no fueron distintos entre ambos sexos. Durante el seguimiento los valores del DAS44 y el HAQ fueron persistentemente superiores en mujeres. A nivel de lesiones RX no hubo diferencias basales ni al final del estudio entre ambos sexos.

Los autores concluyen que estos resultados pueden indicar diferencias en percibir la enfermedad entre hombres y mujeres, o diferencias en la relación entre actividad y daño RX.

ESCLERODERMIA

Genome-wide association scan in Systemic Sclerosis identifies MHC region and two additional susceptibility loci on 2q32 and 7q32.

T RADSTAKE1, B ALIZADEH2, R PALOMINO-MORALES3, J BROEN1, JE MARTIN3, R VAN'T SLOT2, CP SIMEÓN4, L BERETTA5, N ORTEGO-CENTENO6, P AIRO7, G RIEMEKASTEN8, MA GONZÁLEZ-GAY9, N HUNZELMANN10, A PROS11, MC VONK1, M COENEN1, FJ GARCÍA-HERNÁNDEZ12, J VAN LAAR13, A HERRICK14, R HESSELS-TRAND15, V SMITH16; F DE KEYSER16; F HOUSSIAU17; M CAMPS18, M^a AGUIRRE19, P CARREIRA20, B DÍAZ21, P GARCÍA DE LA PEÑA 22, E VICENTE23, L RODRÍGUEZ24, J ROMÁN-IVORRA25, A FERNÁNDEZ-NEBRO26, V FONOLLOSA4, MF GONZÁLEZ-ESCRIBANO12, MM CHEE27; R MADHOK27; P SHIELS27; R WESTHOVENS28; P VAN RIEL1; A

KREUTER²⁹; H KIENER³⁰; E DE BAERE³¹, T WITTE³²; L PADYKOV³³, L KLARESKOG³³, J WORTHINGTON¹⁴ B RUEDA^{3*}, BPC KOELEMAN^{2*}, J MARTIN^{3*}. 1RADBOUD UNIVERSITY NIJMEGEN MC AND 2UNIVERSITY MC UTRECHT, THE NETHERLANDS. 3INSTITUTO DE PARASITOLOGÍA Y BIOMEDICINA LÓPEZ-NEYRA, CSIC, GRANADA. 4S MEDICINA INTERNA, H VALLE DE HEBRÓN, BARCELONA. 5UNIVERSITY MILAN, ITALY. 6S MEDICINA INTERNA, H SAN CECILIO, GRANADA, 7UNIVERSITY BRESCIA, ITALY. 8CHARITE UNIVERSITY H, BERLIN, GERMANY. 9S REUMATOLOGÍA, H XERAL-CALDE, LUGO. 10UNIVERSITY COLOGNE, GERMANY. 11S REUMATOLOGÍA, H DEL MAR, BARCELONA. 12S MEDICINA INTERNA E INMUNOLOGÍA, H VIRGEN EL ROCIO, SEVILLA. 13UNIVERSITY NEWCASTLE, AND 14UNIVERSITY OF MANCHESTER, UK. 15UNIVERSITY LUND, SWEDEN. 16UNIVERSITY GHENT AND 17UNIVERSITY LEUVEN, BELGIUM. 18S REUMATOLOGÍA, H CARLOS HAYA, MÁLAGA, 19S REUMATOLOGÍA, H REINA SOFÍA, CÓRDOBA. 20S REUMATOLOGÍA, H 12 DE OCTUBRE, MADRID. 21S MEDICINA INTERNA, H CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO. 22S REUMATOLOGÍA, H RAMÓN Y CAJAL, MADRID. 23S REUMATOLOGÍA, H LA PRINCESA, MADRID. 24S REUMATOLOGÍA, H CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID. 25S REUMATOLOGÍA, H DR PESET, VALENCIA. 26S REUMATOLOGÍA, H CARLOS HAYA, MÁLAGA. 27UNIVERSITY GLASGOW, UK. 28UNIVERSITY ANTWERPEN, BELGIUM. 29RUHR UNIVERSITY BOCHUM, GERMANY. 30UNIVERSITY VIENNA, AUSTRIA, DEPARTMENT OF GENETICS, UNIVERSITY GHENT, BELGIUM, 32UNIVERSITY HANNOVER, GERMANY, 33KAROLINSKA INSTITUTE, STOCKHOLM, SWEDEN.

Existen datos que sugieren un componente genético para el desarrollo de la susceptibilidad a padecer esclerosis sistémica (ES). En este estudio europeo se analizan 1640 pacientes y 1700 controles. Tras estratificación por fenotipo se observó significación con 10 SNPs en tres locus (STAT4 en enfermedad localizada, MHC en enfermedad difusa y CXCR4 en mujeres). Estas regiones incluyen el MHC, el STAT4 y los genes del TNPO3. La combinación de estos genes alcanzan significación en el análisis genómico confirmando a estos locus como factores de riesgo para ES. Los autores concluyen que la desregulación del sistema inmune tiene un papel importante en la patogenia de la ES.

Perfil de la evolución de la pre-esclerodermia. B Rodríguez-Lozano, E Delgado-Frías, V Hernández-Hernández, MA Gantes-Mora, E Trujillo-Martín, S Bustabad-Reyes, H Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife.

Con el objetivo de evaluar el patrón de evolución y los posibles factores predictivos de riesgo en la fase pre-esclerodérmica (pre-ES), se realizó un análisis retrospectivo en los pacientes diagnosticados de pre-ES durante un período de 10 años.

De 290 pacientes en los que se realizó capilaroscopia durante 3 años, 17 (7%) fueron identificados como pre-ES. El 30% evolucionaron a esclerosis sistémica (ES) definida y todos ellos presentaron a nivel basal: F. Raynaud, anti Scl-70 o anti-centrómero, fase edematosa cutánea, afectación esofágica y patrón capilaroscópico típico de ES.

FIBROMIALGIA

¿Es la calidad del sueño un buen marcador de la gravedad de la fibromialgia?

CASANUEVA B1, BELENGUER R2, PEÑA JL3, GONZÁLEZ-GAY MA4. RHEUMATOLOGY SERVICE, SPECIALIST CLINIC OF CANTABRIA. SANTANDER1. FIBROMYALGIA UNIT, 9 D'OCTUBRE HOSPITAL. VALENCIA2. RHEUMATOLOGY SERVICE, MARQUÉS DE VALDECILLA HOSPITAL. SANTANDER. CANTABRIA. RHEUMATOLOGY SERVICE XERAL HOSPITAL. LUGO. SPAIN.

Los autores analizan en 510 pacientes con fibromialgia, si la calidad del sueño, medida con el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), tiene influencia en la sintomatología, capacidad laboral y diversas esferas psicológicas de los pacientes. Según el resultado, se clasificó en 4 grupos a los pacientes. Sólo el 3% de los pacientes no presentaba alteraciones en la calidad del sueño. El 68% de los pacientes se incluyó en el grupo con muy mala calidad del sueño.

Los autores concluyen que el grado de calidad del sueño evaluado con el PSQI permite diferenciar grupos de pacientes con diferencias significativas en la gravedad del dolor, fatiga, ansiedad/depresión y calidad de vida y este test puede ser de utilidad para evaluar la gravedad de los pacientes con fibromialgia.

GOTA

Asociación entre la gravedad de la gota y el aumento de mortalidad. La razón para un inicio precoz del tratamiento de la gota

F PÉREZ-RUIZ, L MARTÍNEZ-INDART (1), L CARMONA (2), AMª HERRERO-BEITES (3), JI PIJOAN (1). S. REUMATOLOGÍA (1) Y UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN, H DE CRUCES, (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA. (3) S. REHABILITACIÓN. H DE GÓRLIZ.

Diversos estudios sugieren que la gota se asocia de forma independiente al aumento de sufrir infarto de miocardio y a un incremento de la mortalidad por enfermedad cardiovascular (CV).

Los autores analizan de forma prospectiva la asociación entre la gravedad de la gota, la enfermedad CV y la mortalidad en una cohorte de 706 pacientes que no habían recibido tratamiento hipouricemiente.

Los resultados muestran que la tasa de mortalidad estandarizada es superior en pacientes con gota (RR: 2,37; IC 95%: 1,82-3,03), y que el riesgo de morir por enfermedades CV está también aumentado respecto a la población general

(RR: 3,88; IC: 2,70-5,40). Además, el nivel de urato sérico, la presencia de tofos, la gota secundaria y la presencia de enfermedad CV previa se asociaron de forma independiente a la mortalidad.

Los autores concluyen que la gravedad de la gota se relaciona con un aumento de la mortalidad, por lo que se debería ofrecer un tratamiento precoz a los pacientes con gota.

Evidencia de una aproximación en dos fases para el tratamiento de la hiperuricemia de la gota

F PÉREZ-RUIZ, AM^a HERRERO-BEITES, S. REUMATOLOGÍA, H DE CRUCES Y S. REHABILITACIÓN, H DE GÓRLIZ, VIZCAYA.

El objetivo del tratamiento hipouricemiente en la gota es conseguir unos niveles séricos de ácido úrico inferiores a 6 mg/dl para disolver los depósitos de cristales de urato monosódico. Aunque se aconseja que este tratamiento deba ser para toda la vida, no hay evidencia de que cuando los cristales han desaparecido el objetivo deba ser el mismo.

Los autores estudian una cohorte de pacientes con gota, que consiguen alcanzar niveles de ácido úrico séricos inferiores a 6 mg/dl durante 5 años, o que durante los 5 años posteriores a la desaparición del último tofo permanecen por debajo de esa cifra, y que en estas circunstancias deciden de forma voluntaria suspender el tratamiento hipouricemiente.

194 pacientes cumplen estas condiciones y se siguen durante una media de 29 meses, después de la retirada del tratamiento (rango 6-124 meses). Se observó una recurrencia de la gota en el 37,6% de los pacientes. Las recurrencias sólo se produjeron en pacientes con niveles de ácido úrico superiores a 7 mg/dl.

Los autores concluyen que el objetivo del tratamiento hipouricemiente debe estratificarse en dos fases, una primera o período de depleción de los cristales en el que los niveles deben ser inferiores a 6 mg/dl. Tras un período prolongado con estos niveles, se pasaría a una fase de prevención de formación de nuevos cristales cuyo objetivo se sitúa en conseguir niveles inferiores a 7 mg/dl, es decir por debajo del nivel de saturación.

Factores de riesgo asociados a litiasis renal durante el tratamiento de la gota con hipouricemiantes

F PÉREZ-RUIZ, S. DE REUMATOLOGÍA, H DE CRUCES, VIZCAYA.

El tratamiento de la gota con uricosúricos puede incrementar el riesgo de litiasis renal. El autor estudia qué factores pueden incrementar el riesgo de litiasis renal, antes de iniciar el tratamiento con uricosúricos y durante el mismo.

Para ello realiza un estudio prospectivo de una cohorte de 216 pacientes con gota y sin historia de litiasis renal durante 784 años-paciente, de los que 206 pacientes tení-

an una secreción disminuida de ácido úrico definida como un aclaramiento de ácido úrico inferior a 6 ml/min. A los pacientes se les recomendó la ingesta abundante de líquidos pero no se les prescribió bicarbonato. Durante el seguimiento se detectaron 21 episodios de litiasis renal.

Sólo el aclaramiento del ácido úrico previo al tratamiento y la concentración de ácido úrico no disociado durante el seguimiento se relacionaron con el riesgo relativo de litiasis. Si se excluían del estudio los sobreproductores de ácido úrico, sólo la concentración de ácido úrico no disociado se relacionaba con el riesgo de litiasis.

INVESTIGACIÓN BÁSICA-I

La respuesta inflamatoria está modulada por una disfunción mitocondrial en condrocitos humanos normales cultivados

C. VAAMONDE-GARCÍA¹, MN VALCARCEL-ARES¹, RR RIVEIRO-NAVEIRA¹, B. LEMA², FJ BLANCO², MJ LÓPEZ-ARMADA¹. ¹INIBIC-CHU A CORUÑA. INFLAMMATION AND AGING UNIT, A CORUÑA, ²INIBIC-CHU A CORUÑA. OSTEOARTICULAR AND AGING RESEARCH LABORATORY, A CORUÑA, SPAIN.

La hipótesis del envejecimiento debido a un proceso molecular de inflamación implica la activación de genes proinflamatorios por alteración en las señales de las vías REDOX. En este estudio se evaluaron los efectos de la disfunción de la cadena respiratoria mitocondrial (CRM), la principal fuente de ROS, como inductores de una respuesta inflamatoria en condrocitos humanos sanos. De forma específica se evaluó la expresión de IL-8 y de COX-2.

Mediante la inhibición de la CRM en los condrocitos normales se observó un incremento en la expresión de IL-8. Este efecto se inhibió mediante sustancias preservantes de la CRM. Por otro lado se observó que la disfunción mitocondrial moduló la expresión de COX-2 inducida por IL-1B. Concluyen que la disfunción mitocondrial puede ser uno de los factores que sensibilice a los condrocitos para un incremento en la respuesta inflamatoria mediada por citocinas en la osteoartritis o el envejecimiento.

La disfunción mitocondrial respiratoria regula la expresión de las metaloproteasas en cultivos de condrocitos humanos sanos

B CILLERO-PASTOR, I REGO, B LEMA, MJ LÓPEZ-ARMADA, FJ BLANCO. OSTEOARTICULAR AND AGING RESEARCH LABORATORY. INIBIC-HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA. SPAIN.

Se ha demostrado que la alteración de la cadena mitocondrial respiratoria (CMR) contribuye a la inflamación de los condro-

citós. Se realizó un análisis de la relación entre la disfunción de la CMR y la modulación de metaloproteasas (MMPs) en condrocitos humanos sanos.

Se utilizaron inhibidores de la CMR en condrocitos sanos en cultivo y se evaluó la expresión de las MMP-1 y 3. De los inhibidores de la CMR sólo la antimicina y la oligomicina modularon la expresión de las MMPs. La oligomicina moduló la expresión de MMP-1 y 3. MMP-13 disminuyó con ambas. En los sobrenadantes MMP-1 y 3 se incrementó con oligomicina mientras que MMP-13 disminuyó con ambas.

Por tanto, la disfunción de la CMR modula la expresión de MMPs en condrocitos sanos.

Association of rs8192284 IL-6 Receptor _ Polymorphism and Soluble IL-6 Receptor Plasma Concentration with Disease Activity in Rheumatoid Arthritis

L RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ¹, J R LAMAS¹, A GONZÁLEZ-VIGO², P LÓPEZ-ROMERO³, P TORNERO-ESTEBAN¹, L ABASOLO¹, J VARADÉ², N PERDIGONES², E URCELAY², B FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ¹. 1RHEUMATOLOGY SERVICE, 2IMMUNOLOGY SERVICE, H CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID., 3CNIC. MADRID, SPAIN.

La subunidad alfa del receptor soluble de la IL-6 procede fundamentalmente de la eliminación de la membrana celular; este proceso está regulado por la presencia del SNP rs192284 (A>C). El objetivo del trabajo fue evaluar si los niveles plasmáticos de sIL-6R dependen del SNP rs192284 en la AR. Por otro lado se evaluó la asociación de los niveles plasmáticos del sIL6R, el SNP y la actividad de la enfermedad.

Se estudiaron 39 pacientes con AR. Los niveles de sIL-6R se asociaron con el SNP estudiado. El DAS28 y los niveles de sIL-6R se asociaron con la presencia de anticuerpos anti-CCP y se encontró asociación entre el DAS28 y el SNP en los pacientes anti-CCP positivos.

Concluyen que la presencia de anti CCP determina la relación entre la concentración de sIL-6R el genotipo y la actividad de la enfermedad. Por tanto estos pacientes serían candidatos al tratamiento con fármacos que bloqueen la IL-6R.

Perfil de biomarcadores del cartilago articular y correlaciones con medidas de actividad de la enfermedad en la espondilitis anquilosante

JL FERNÁNDEZ-SUEIRO, JA PINTO, S PÉRTEGA-DÍAZ, A ATANES, JC FERNÁNDEZ-LÓPEZ, N OREIRO, E GONZÁLEZ-DÍAZ DE

RÁBAGO, F GALDO, FJ BLANCO. H UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO. LA CORUÑA. SPAIN.

En la espondilitis anquilosante (EA) existe, debido al proceso inflamatorio, una destrucción del cartilago articular. El objetivo del estudio fue evaluar el perfil de biomarcadores del cartilago articular en pacientes con EA no tratados con terapia biológica.

Se evaluaron 79 pacientes con EA seguidos durante un año. Como componentes del cartilago articular se determinaron el YKL-40 el C2C, el CPII así como el cociente CPII/C2C.

A nivel basal se observaron diferencias entre los niveles de CPII y el cociente CPII/C2C con los controles sanos. Al primer año se observaron diferencias significativas entre los tres marcadores. Se observó correlación entre los niveles basales de CPII/C2C y cambios en la actividad de la enfermedad evaluada mediante el BASDAI y la valoración del médico. También se demostró correlación entre los cambios en estos biomarcadores y la actividad de la enfermedad medida por el BASDAI y la valoración del médico.

Concluyen que hay un incremento en la presencia de productos de degradación articular a medida que la enfermedad progresa. Por otro lado existe una correlación directa entre el cociente CPII/C2C con la actividad de la enfermedad.

PARTES BLANDAS

Precisión de la exploración física en la evaluación del síndrome de compresión subacromial

JL ANDREU, P MUÑOZ, T OTÓN, A PRADA, J CAMPOS, M FERNÁNDEZ-CASTRO, J SANZ, C BARBADILLO, J MULERO, RHEUMATOLOGY DEPARTMENT. H PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, MADRID. SPAIN.

El objetivo del trabajo fue comparar los hallazgos de la exploración física del espacio subacromial con ultrasonidos (US) de alta resolución en 30 pacientes con hombro doloroso.

En el mismo día se realizó una exploración física por dos reumatólogos y con US ciego para los resultados de la exploración física. Se analizó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos (VP) y precisión de diferentes maniobras.

La maniobra de Patte fue la que obtuvo una mejor sensibilidad, 100%, y precisión del 59%. Ninguna maniobra obtuvo VP positivos altos para el diagnóstico aunque las maniobras de Neer, Jobe y Patte obtuvieron un VP negativo del 100%.

En general todas las maniobras detectaron de una forma razonable el síndrome de compresión subacromial, aunque sólo la maniobra de Patte obtuvo precisión aceptable.

Reumaconsult:

atención primaria pregunta

Reumaconsult es un proyecto de Laboratorios Schering Plough, con el aval de la SER y SEMERGEN, que tiene como objetivo fomentar la relación y el intercambio de conocimientos entre Reumatología y Atención Primaria. El proyecto está encontrando un

amplio eco y ha sido un rotundo éxito de participación en toda España. Las preguntas de este colectivo serán publicadas únicamente en Los Reumatismos. El proyecto Reumaconsult se inició en el 2007 y aún continúa vigente.

69. ¿Cómo se realiza y qué mide la prueba de Schöber?

Prueba de Schöber: Mide la capacidad de flexión anterior de la columna lumbar. Se dibuja una señal a la altura de la apófisis espinosa de L5 (suele estar a la altura de la espina iliaca anterosuperior). Se dibuja otra señal 10 cm. por encima de la primera en bipedestación. Con el raquis en flexión completa, se mide la nueva distancia entre las dos señales que normalmente deberá haberse incrementado más de 5 cm. Es claramente patológico si la diferencia es menor de 3 cm.

70. En lo referente al LES, es cierto que es mucho más frecuente en mujeres que en hombres? ¿Es cierto que se relaciona la activación de la enfermedad con el ciclo menstrual, la toma de anticonceptivos orales e incluso con el embarazo?

El LES es más frecuente en mujeres y se mantiene esta predominancia en todas las edades. En niños, donde el efecto hormonal se presuponen que es mínimo, la relación mujer/varón es de 3:1. En adultos llega a ser de 7-15:1 y en personas mayores de 8:1.

Con frecuencia las mujeres con LES presentan alteraciones/irregulari-

dades menstruales. Algunos estudios señalan que es más frecuente la presencia de un brote de la enfermedad durante el período premenstrual.

En estudios como el realizado en enfermeras americanas (the Nurse's Health Study), se demuestra que la menarquia temprana o el tratamiento con estrógenos (anticonceptivos con estrógenos o el tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia) incrementan de forma significativa el riesgo de LES (RR:1.5-2.1).

Los anticonceptivos están contraindicados en mujeres con anticuerpos anti-fosfolípido y por supuesto si han tenido algún episodio de trombosis. Estudios realizados en los últimos años no han encontrado evidencia clara entre el uso de anticonceptivos orales y la mayor aparición de brotes de la enfermedad.

Si bien durante el embarazo puede presentarse activación del LES, en la actualidad parece que las pacientes con LES bien controladas no presentan mayor reactivación de la enfermedad que las que no están embarazadas. El factor más importante es la inactividad de la enfermedad al menos 6 meses antes del propio embarazo.

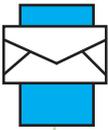
71. ¿Existen factores de riesgo para sufrir artrosis? ¿Cuáles?

En estudios epidemiológicos se han demostrado diversos factores de riesgo para la aparición de artrosis: edad, obesidad, sexo femenino, enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico, actividad laboral o deportiva de sobrecarga, lesiones osteomusculares/articulares previas, debilidad muscular, factores genéticos y la acromegalia.

72. ¿Existe la posibilidad de contraer Síndrome de Sjögren por infecciones virales?

En los últimos años se han comunicado evidencias experimentales que apuntan a los virus como uno de los factores principales en la etiopatogenia de las enfermedades sistémicas y por tanto en el síndrome de Sjögren (SS). Los virus implicados en el SS son del grupo herpes (virus Epstein Barr, citomegalovirus, herpesvirus humano 6 y 8), algunos retrovirus (VIH, virus de la leucemia T Humana), flavivirus (hepatitis C y G), parvovirus B19, adenovirus.

Si bien la infección viral no provoca la enfermedad directamente, puede poner en marcha diversos mecanismos inmunológicos en pacientes genéticamente predispuestos.



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOUSA. ALICANTE
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA
 DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

LOS PACIENTES PREGUNTAN

Fármacos en AR y disfunción sexual

Mi marido tiene 51 años y padece artritis reumatoide desde hace 10 años. Con el tratamiento actual se encuentra bien. Toma metotrexato semanal, Arava diario y un antiinflamatorio cuando lo necesita. Mi pregunta es si estos medicamentos pueden afectar al deseo sexual.

Isabel (remitida a la web de la SER)

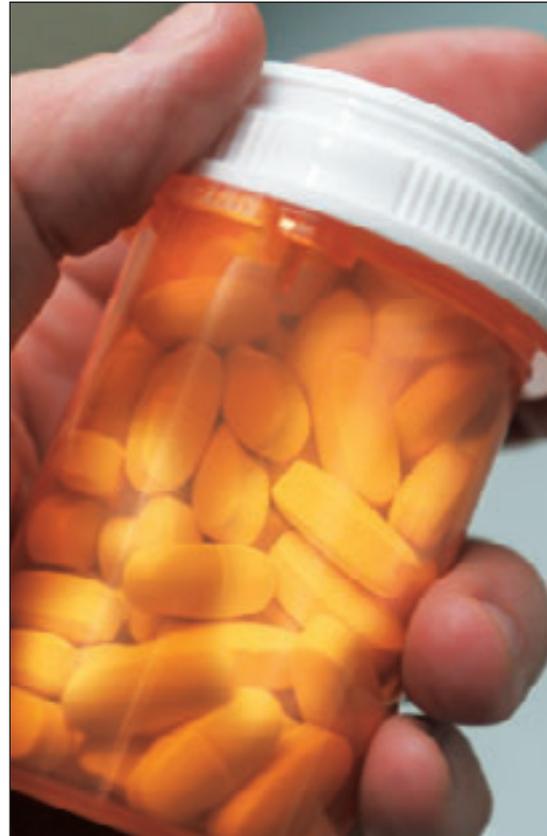
Respecto a los fármacos que apunta, de uso frecuente en el manejo de pacientes con artritis reumatoide, la afectación de la esfera sexual es ciertamente infrecuente. De hecho, en la ficha técnica de ellos no se apunta a la disfunción sexual como efecto secundario. Sin embargo, es cierto que hay algunos casos descritos en la literatura especializada (en realidad muy escasos) de pacientes en tratamiento con metotrexato que han presentado impotencia o disminución de la libido o del deseo sexual. Con el uso de leflunomida y de antiinflamatorios la afectación en este aspecto es anecdótica.

Hay que tener en cuenta que en este terreno pueden influir numerosos factores, incluyendo la toma de otros fármacos de uso frecuente como algunos antihipertensivos, ansiolíticos y antidepressivos. Un aspecto de especial interés en la disfunción sexual producida por fármacos, es que ésta suele ser reversible cuando se reduce la dosis o se retira la medicación. Le aconsejamos que lo comente con su reumatólogo, para descartar otras causas y sobre todo valorar retirar el metotrexato y decidir el tratamiento más adecuado para su artritis reumatoide, sin afectar a la esfera sexual.

Dr. José Rosas

Me he olvidado de tomar una dosis de metotrexato

Tengo artritis reumatoide y estoy en tratamiento con metotrexato un día a la semana. Hace poco me olvidé de tomar la dosis el sábado que me tocaba y al darme cuenta al día



siguiente tuve la duda de si podía tomarla entonces o debía esperar a la dosis de la semana siguiente. Lo que hice fue no tomar el tratamiento esa semana. Mi pregunta es si hice lo correcto.

Ana, La Coruña

La pregunta que usted hace es muy interesante. Siempre es muy importante tomar la medicación de forma correcta, puesto que ésta es la mejor manera de obte-

ner los beneficios deseados para el control de la enfermedad y también es lo mejor para evitar la presencia de efectos secundarios.

Como norma general si se olvida una toma de la medicación pero se recuerda antes de la mitad de tiempo de la siguiente dosis, se podría tomar. Por ejemplo, en el caso de un antiinflamatorio que se toma en el desayuno y la cena, si se olvida tomarlo en el desayuno pero se recuerda en la



comida, se podría realizar la toma.

En el caso del metotrexato, si usted recuerda su dosis del sábado el martes al mediodía, podría tomarla y seguir con su plan de tomar el metotrexato los sábados. En el caso de que se acordase el jueves, si se encuentra bien de la enfermedad podría no tomar la dosis y seguir todos los sábados; en caso contrario podría tomar la dosis del metotrexato y a continuación seguir todos los jueves.

En general cada paciente tiene necesidades individuales, dependiendo de la actividad de la enfermedad o de la sensibilidad a los efec-

tos secundarios; por lo tanto estas recomendaciones generales pueden modificarse. Sin embargo, en caso de tener dudas debe de consultarse siempre con el reumatólogo.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Alimentos ricos en vitamina D

Soy una mujer de 66 años y por problemas con mis rodillas apenas salgo de casa. Hoy he ido a mi médico y me ha dicho que necesito tomar vitamina D porque la tengo muy baja

en la sangre. Me ha recetado unas pastillas que tienen calcio y la vitamina D. Yo tomo bastante leche y no me gustaría tomar más pastillas; ¿qué otros alimentos, además de leche, podría tomar en vez de las pastillas?

L. Cortés (Valencia)

La mayor parte de la vitamina D se produce en la piel cuando tomamos el sol. En su caso, según me cuenta, apenas sale de casa, por lo que parte de su problema está ahí, porque recibe poco el sol. Además, a medida que nos hacemos mayores, necesitamos estar más tiempo expuestos al sol para

producir la misma cantidad de vitamina D que cuando somos jóvenes. Existen pocos alimentos que nos aporten cantidades suficientes diarias de vitamina D; sobre todo son la caballa, las sardinas y el atún. Por ejemplo, 250 g de caballa, 150 g de sardinas ó 250 g de atún podrían aportar la cantidad mínima diaria necesaria. El aceite de hígado de bacalao tiene una cantidad importante de vitamina D. En cuanto a la leche, sabemos que 4 vasos al día pueden ser suficientes para cubrir las necesidades de calcio, pero no de vitamina D, pues incluso con leches enriquecidas con vitamina D solo conseguiríamos la

mitad de lo que necesitamos. Por ello creo que es necesario que tome los suplementos de calcio y vitamina D que le ha recetado su médico.

D. José Ivorra Cortés

Dolor torácico, angina o enfermedad reumática

Tengo 42 años y recientemente he acudido a urgencias por tener dolor en el pecho. Después de hacerme varias pruebas me aseguraron que no tenía nada en el corazón y que mi problema era un inflamación de los cartílagos que se unen al esternón. A pesar de todo yo sigo intranquilo; ¿es posible que un dolor de este tipo pueda distinguirse de un problema cardíaco?

Antonio, Betanzos, La Coruña

Efectivamente, una artritis puede afectar la pared torácica, fundamentalmente en el área en donde el cartílago se une al esternón. La causa más común de dolor torácico es lo que se denomina una costocondritis, que suele presentarse tras realizar un esfuerzo, por ejemplo cogiendo un objeto, provocando una pequeña lesión en el cartílago. En ocasiones puede aparecer de forma espontánea. En la costocondritis no existe hinchazón y

generalmente se presenta como dolor relacionado o no con el movimiento en la zona lesionada. En ocasiones el dolor se irradia a lo largo del esternón. Generalmente se resuelve con calor local, reposo y antiinflamatorios.

Otra enfermedad poco frecuente que afecta la pared torácica es el síndrome de Tietze. En este caso el cartílago que une las costillas al esternón se inflama y duele y este puede irradiarse a los hombros e incluso a los brazos. La diferencia entre el síndrome de Tietze y la costocondritis es la presencia de hinchazón en el primero. Aunque se desconocen las causas de este síndrome, suele desaparecer entre 8 y 12 semanas.

En ocasiones puede presentarse dolor torácico en la fibromialgia; sin embargo en este caso el dolor es más difuso que en la costocondritis.

Existen también diversas enfermedades que pueden afectar la articulación esternaloclavicular. En este caso aunque el dolor se presente en la propia articulación, puede producir un dolor irradiado a todo el esternón. La gota, procesos infecciosos, la artritis psoriásica, las artritis reactivas la espondilitis anquilosante y las artritis asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal son las enfermedades que más frecuentemen-

te presentan este tipo de artritis.

Es importante que un paciente que presenta un dolor torácico de este tipo acuda a un servicio de urgencias. Para poder diferenciar un dolor torácico de causa cardíaca de otro tipo es necesario realizar una historia clínica adecuada además de diversas pruebas que permitan realizar un diagnóstico preciso.

Finalmente, en su caso, los datos apuntan a una probable costocondritis.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Riesgos de vacunas en AR

Tengo artritis reumatoide y mi reumatólogo me recetó hace dos meses metotrexato. Ahora me encuentro bien pero mi hijo se tiene que poner la vacuna de la polio. En el prospecto pone claramente que los pacientes que tomen este medicamento no podrán ser vacunados y las personas que conviven con ellos tampoco deberían ponérsela. En el caso de que sea necesaria, el enfermo tendrá que tomar protección adicional. Mi pregunta es si tengo riesgos al vacunar a mi hijo y si tengo que tomar alguna medida protectora.

Marcela (remitida a la web de la SER)

Desconozco desde qué país nos escribe y cuál es el tipo de vacuna para la polio que va a utilizarse en su hijo. En todo caso usted debe haber sido ya vacunada en su infancia y está protegida frente a la polio.

En general hay dos tipos de vacunas para la polio. La primera y más utilizada en países desarrollados como España, es la trivalente o comunmente denominada triple vírica, que utiliza virus de la polio inactivados (no activos o muertos). Con este tipo se necesitan 3 dosis inyectadas por vía subcutánea o intramuscular para alcanzar el 100% de protección. Los efectos secundarios son leves, relacionados con la punción y no hay casos de parálisis postvacunal.

Con el segundo tipo de vacuna, se utilizan virus atenuados. En este caso aunque es más barata, más fácil de utilizar, necesita una sola dosis (con frecuencia se usa en países en vías de desarrollo y de difícil acceso a la sanidad), puede provocar casos de parálisis postvacunal, aunque es infrecuente, tanto en los niños que la reciben como en las personas en contacto con el.

En su caso, por recibir metotrexato, debe saber que están contraindicadas todas las vacunas que utilicen virus vivos o atenuados. Por tanto, si en su hijo se va a utilizar virus inactivos puede estar tranquila. No obstante, debe comunicarlo y comprobarlo con su médico.

Dr. José Rosas

Buzón para el reumatólogo



Enviar las consultas a losreumatismos@ser.es

¿Es necesario realizar EMG en pacientes con clínica de síndrome del túnel carpiano y ecografía patológica a nivel del nervio mediano?

Dr. Antonio Naranjo

Sección Reumatología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas

La respuesta es NO con alguna salvedad. A continuación intentaré explicarme.

En los últimos años se ha producido un fabuloso despliegue de la ecografía del aparato locomotor, en particular gracias al empleo de la misma por los reumatólogos, en lo que España es puntera. En lo referente al síndrome del túnel carpiano (STC), la ecografía tiene las ventajas que ya se conocen para otras exploraciones, como ser inocua, barata, rápida y estar disponible en la propia consulta del clínico, como parte de la exploración que se realiza al paciente.

En el STC se ha observado que la ecografía muestra de manera fiable los hallazgos ya descritos con la resonancia magnética: edema del nervio con aumento del área e hipocogenicidad justo en la zona proximal al túnel (retináculo flexor) y a lo largo del mismo, así como aplanamiento. La habilidad para realizar ecografía del nervio mediano se adquiere fácilmente y puede llevarse a cabo en pocos minutos. A diferencia del electromiograma (EMG), la ecografía puede detectar causas compresivas locales como tenosinovitis o ganglión. Es por otra parte muy útil poder disponer de la prueba en la visita médica, pudiendo tomar una decisión de tratamiento, o simplemente evitar nuevas consultas o pruebas complementarias como el ENG. Diversos estudios publicados en los últimos años han mostrado que el área transversal del nervio medido por ecografía es uno de los parámetros que mejor se correlaciona con el patrón oro, con una sensibilidad y una especificidad aceptables en comparación con el EMG. Habitualmente los individuos sanos tienen un área menor de 9-10 mm², mientras que los pacientes con STC suelen tener un área promedio

de 12-14 mm². Uno de los trabajos de mi grupo mostró que la ecografía tiene valores diagnósticos superiores (e independiente) al de las maniobras de Tinel y Phalen, y a partir de 15 mm² su especificidad es del 100%. Además, la ecografía permite estadiar al paciente de modo que cuando el área es mayor de 15 mm² suele corresponder a STC severo por EMG. En otro estudio reciente observamos que la medición ecográfica del nervio tenía cierto valor predictivo de desenlace quirúrgico favorable, especialmente cuando el área prequirúrgica es mayor de 16 mm².

Existen otras propuestas de medida del nervio, como la del área distal, la del área máxima a lo largo del túnel y la presencia de señal doppler en el nervio. La más interesante, sin embargo, es la del aumento de área del nervio mayor de 2 mm² en el carpo proximal respecto a la medida en antebrazo distal a la altura del pronador cuadrado.

No se han realizado estudios que valoren la eficacia de la infiltración guiada del nervio versus infiltración a ciegas. Por otra parte, el valor de la prueba en pacientes operados es cuestionable; se sabe que el área del nervio se reduce pero en muchos casos continúa en valores por encima de la normalidad.

En fin, mis recomendaciones prácticas contestando a la pregunta son las siguientes:

1- La ecografía del nervio mediano es una de las técnicas más útiles para la orientación de pacientes con clínica sugestiva de STC.

2- Como cualquier prueba diagnóstica, debe interpretarse teniendo en cuenta la sintomatología del paciente.

3- La medición más rápida y eficaz es la cuantificación del área del nervio en transversa a la entrada del túnel, justo distal a la cabeza del radio. Alternativamente puede medirse el área lo largo del túnel y escoger la mayor de todas.

4- Considerar claramente positiva la prueba cuando el área es superior a 12-13 mm². Considerarla negativa cuando el área es menor de 8 mm², mientras que entre 8 y 11 mm² habría que pensar en el EMG según el caso.

Reuma Update

actualización bibliográfica en Reumatología

La numerosa información bibliográfica que se genera en el entorno de la Reumatología dificulta al médico especialista mantenerse actualizado sobre la multitud de novedades científicas que se publican continuamente. Consciente de esta realidad, inició su

andadura el Proyecto ReumaUpdate, como un servicio "on line" de actualización bibliográfica en Reumatología, en el que participa un amplio número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott Immunology y declarado de interés científico por la SER.

www.reumaupdate.com

El objetivo principal es facilitar la actualización bibliográfica periódica con las referencias más importantes en Reumatología, agrupándolas en cinco áreas:

- Artritis reumatoide
- Espondiloartropatías
- Conectivopatías
- Reumatología Pediátrica
- Investigación Básica Reumatológica

Además, permite acceder a un curso acreditado de formación continuada con 5,8 créditos, reconocidos por la "European accreditation council for CME" de la UEMS.

A continuación se muestra una selección de artículos comentados por expertos de la SER procedentes de ReumaUpdate.

ECOGRAFÍA

FIABILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA DETECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DEL HOMBRO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Bruyn GA, Naredo E, Möller I, et al. Ann Rheum Dis 2009;68:357-61

Resumen: El deterioro del hombro, causado por la AR afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes. La US es capaz de visualizar articulaciones y tejidos blandos en los pacientes con varias enfermedades reumatológicas, ya que no sólo detecta el daño del cartílago y del hueso, sino que también es capaz de identificar la patología del tendón y la inflamación sinovial. A pesar del incremento del uso de la US, la técnica depende del observador, aunque la aportación del power Doppler mejora los resultados.

El objetivo era evaluar la reproducibilidad intra e inter observador de la US musculoesquelética entre reumatólogos, en la detección de anomalías destructivas e inflamatorias del hombro, en pacientes con AR y determinar la coincidencia entre US y RM.

Se evaluaron 5 pacientes diagnosticados de AR, 14 reumatólogos de 9 países con US y RMN. Se calculó la concordancia entre todos los resultados, tomando como base la RM, además de los encontrados intra e inter observadores. La concordancia de entre la US y RM fue aceptable. La reproducibilidad de los hallazgos (acuerdo intraobservador), fue de moderada a excelente. La mejor se encontró en erosiones de la cabeza del húmero, desgarro completo y parcial de tendón subescapular e infraespinoso; la peor reproducibilidad fue para sinovitis del receso axilar y posterior, y para la tenosinovitis de la porción larga del bíceps. La concordancia interobservador para US fue excelente para sinovitis del receso axilar, desgarro parcial y completo subescapular y del tendón infraespinoso. El power Doppler mejoró la concordancia intraobservador en la detección de sinovitis en los recesos posterior (60%) y axilar, y la interobservador en la sinovitis de receso posterior.

Comentario: Es el primer estudio sobre la validación de la detección de anomalías del hombro, en pacientes con AR, detectadas por US. Se utilizó RM como técnica de referencia. El US muestra que es fiable en la detección de destrucción de articulaciones y en la evaluación de signos de inflamación, sobre todo con

power Doppler. Sin embargo, para un limitado número de cambios del hombro, el US presenta una amplia variabilidad intra e interobservador.

Varios estudios realizados en pacientes con AR y enfermedades del hombro han demostrado que el US y la RM son equivalentes en cuanto a sensibilidad frente a la radiografía para detectar erosión ósea, lo que se corrobora en este estudio. También se encontró buena concordancia en los hallazgos en los casos de desgarro total o parcial. Sin embargo, existe una gran variabilidad en los valores intra e interobservador (desde pobre a excelente). Por otra parte, la detección de cambios inflamatorios (sinovitis, bursitis y tenosinovitis del tendón del bíceps), que son importantes para el manejo óptimo de los pacientes con AR, es difícil realizarla con US debido a la profundidad del sitio anatómico, aunque con la incorporación del power Doppler la detección de estas alteraciones han mejorado considerablemente.

La US detectó sinovitis en receso posterior en el 60% de los pacientes, mientras que la sinovitis del receso axilar fue mucho menor. Una limitación de este estudio es el pequeño número de pacientes, pero se debe a la disponibilidad de equipos y a que todas las evaluaciones se realizaron en un solo día.

En resumen, este estudio muestra que el US es un método fiable para la detección de erosiones y desgarros completos, y también en la detección de sinovitis del receso posterior de la articulación glenohumeral y de bursitis subacromial.

TERCERA EDICIÓN DEL PROGRAMA 3E

Consenso de recomendaciones prácticas sobre la artritis inflamatoria periférica indiferenciada



La tercera edición del Programa 3e (evidence, experts, exchange), liderada a nivel internacional por la Dra. Claire Bombardier (Canadá), se ha celebrado este año en Córdoba y se ha centrado en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con artritis inflamatoria periférica indiferenciada (UPIA). Según el Dr. Emilio Martín Mola, del Servicio de Reumatología del Hospital La Paz, Madrid, y coordinador del Programa 3e en España, "realizar este evento resulta relevante porque la artritis indiferenciada es imposible de clasificar dentro de una entidad patológica conocida. Por ello, cuanto más se investigue, cuanto más se conozca sobre ella, más probabilidades habrá de establecer un diagnóstico firme y

poder tratarla adecuadamente".

La UPIA es una forma de artritis todavía en fases muy tempranas, con una sintomatología poco definida, por lo que el diagnóstico resulta especialmente complicado. El Dr. Alejandro Balsa, reumatólogo del Hospital La Paz y miembro del comité científico del 3e lo definía así: "Gracias a la mejora de nuestro sistema sanitario, cada vez los pacientes son referidos a nuestras consultas con una clínica todavía muy precoz que no hace fácil el diagnóstico. Esto antes era una rareza, pero hoy en día es cada vez más frecuente."

Existe una falta de información científica sobre la UPIA, por lo que la exigente metodología que se sigue en todo el Programa 3e,

que deriva de los preceptos EULAR, ha adquirido, si cabe, mayor importancia en esta edición: "De hecho, es la única metodología con la cual se puede abordar un problema de este tipo: la falta de evidencia se tiene que suplir con reuniones de consenso, con expertos que discutan distintas posturas", afirmó el Dr. Balsa. La Dra. Loreto Carmona, que dirige la Unidad de Investigación de la SER y es miembro del Comité Internacional del 3e, señaló: "La metodología del 3e me parece fantástica, pues cumple perfectamente el objetivo de intercambio, de aprender los unos de los otros".

Como en ediciones anteriores, esta tercera edición del Proyecto 3e contó con el apoyo de Abbott.

Jane Seymour, anfitriona del primer encuentro europeo

“Mi día con Artritis Reumatoide: Forjando mi futuro con AR”



La actriz inglesa Jane Seymour ha sido la anfitriona de honor del primer encuentro europeo “Mi día con artritis reumatoide: Forjando mi futuro con AR”, celebrado a finales de septiembre en Barcelona, una jornada que ha servido para poner de manifiesto el día a día, las esperanzas y los logros de todos aquellos pacientes que viven con artritis reumatoide (AR).

“Me siento muy orgullosa de estar involucrada en un proyecto como éste y me he sentido especialmente conmovida al escuchar las vivencias personales que han narrado los pacientes”, ha asegurado Jane Seymour en este encuentro internacional organizado por Wyeth.

Según Yolanda Marrón, portavoz en este acto de la Coordinado-

ra Nacional de Artritis, ConArtritis. “Uno de los aspectos más relevantes de este encuentro reside en el intercambio de experiencias entre pacientes: conocer las historias de superación de otras personas, sentir que tus dolores y malestar diario son compartidos por mucha gente a tu alrededor, aprender a convivir con la enfermedad y a ser nuestro mejor cuidador”, ha señalado. También ha querido recordar las acciones que la sociedad puede llevar a cabo para ayudar a los pacientes con AR: “Juegan un papel muy importante desde los amigos o la familia a los médicos especialistas. También es esencial el papel de las asociaciones de pacientes en esta grave enfermedad crónica. Y resaltar a los pacientes, que deben asumir la enferme-

dad; contar con un espíritu positivo y de superación, ya que esta actitud les ayudará a mantenerse activos y vitales por más tiempo”, ha asegurado.

WEB PARA PACIENTES

La celebración de “Mi día con Artritis Reumatoide: Forjando mi futuro con AR” coincide con el lanzamiento de la web europea www.MyDayforRA.com, un lugar de encuentro *online*, en el que los pacientes de esta enfermedad podrán ayudarse a entender y superar el impacto que tiene en el desarrollo de la vida cotidiana. Igualmente, y a través de esta página, los pacientes podrán completar un plan de acción personal que les ayude a conocer y manejar mejor su enfermedad.

Las enfermedades reumáticas, principal causa de incapacidad temporal en el 2007

Las enfermedades reumáticas (ER) supusieron en 2007 un gasto de 1.678 millones de euros en incapacidades laborales temporales (IT), de los cuales 433 millones fueron sufragados por las empresas. Ésta es una de las principales conclusiones del estudio 'Coste de la incapacidad temporal por enfermedades reumáticas en España', que revela que las ER son una causa fundamental de la pérdida de productividad del trabajador. Este estudio ha sido realizado como parte del proyecto Salud y Trabajo utilizando datos cedidos por el INSS.

Las ER fueron responsables en 2007 de 908.781 episodios de IT que causaron 39.342.857 millones de días de baja laboral. El coste medio por episodio de IT ocasionado por ER fue de 1.847 euros, lo que supone un coste por persona ocupada de 82 euros. Se estima que los trabajadores afectados por esta causa dejaron de percibir 692 millones de euros en 2007, lo que equivale al 29% del salario de cada uno de ellos.

El estudio concluye que las ER fueron la principal causa de IT en España durante el año 2007. Representan el 18% de todos los episodios de IT y el 23% del coste de la totalidad de las incapacidades temporales. La mayor parte de los episodios de IT y del coste por ER (57% y 53% respectivamente) se produce en mujeres. La repercusión económica de las ER no se deriva únicamente de los días de baja por enfermedad (ámbito del presente estudio). "Habría que añadir lo que deja de ganar el trabajador, el gasto sanitario, otros gastos intangibles para la unidad familiar y los derivados de la pérdida de productividad por disminución del rendimiento y por absentismo; con todo ello el verdadero coste de estas dolencias es superior", explica Pablo Lázaro, Director de TAISS y responsable del estudio.

El estudio radiografía la realidad de las ER en las distintas comunidades autónomas españolas. La CCAA con mayor número de ITs por cada 1.000 habitantes ocupados es el País Vasco (70 ITs), frente a Cataluña y Comunidad Valenciana con el menor número (28 y 34 ITs respectivamente).

El estudio forma parte del proyecto Salud y Trabajo, que se desarrolla con el apoyo de la Fundación Abbott y la Fundación Ramón Areces, en colaboración con la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Foro Español de Pacientes.

Consenso de la SER sobre fármacos biológicos: El tratamiento con biológicos requiere una evaluación periódica

La curación de la artritis reumatoide se considera a día de hoy todavía una utopía a pesar de los pasos de gigante que durante los últimos años se han dado en el tratamiento de esta enfermedad. Por este motivo, y con el objetivo de poder llegar a la remisión de esta dolencia reumática cuanto antes, los reumatólogos recomiendan un tratamiento intensivo y precoz con las actuales terapias.

Así lo indica el consenso sobre fármacos biológicos que ha elaborado la Sociedad Española de Reumatología (SER), y que actualiza las pautas que se indicaron en el último consenso realizado en 2006.

Las novedades más destacadas de este consenso indican que el tratamiento más aconsejable para esta dolencia reumática es la combinación de un fármaco modificador de la enfermedad (FAME) como es el metotrexato -terapia estándar para el tratamiento de la artritis reumatoide- con fármacos biológicos como son los anti-TNF (inhibidores del factor de necrosis tumoral) desde el momento más precoz posible.

Por otro lado, este documento también indica que para lograr el resultado más óptimo es necesario un acceso rápido a un tratamiento especializado, algo que se puede lograr a través de las Unidades de Artritis Reumatoide Precoz, puestas en marcha por la Sociedad Española de Reumato-

logía y disponibles en la actualidad en diversos hospitales.

SIETE AGENTES BIOLÓGICOS

Las terapias biológicas -diseñadas para que actúen sobre una diana terapéutica específica- han supuesto un gran avance en el tratamiento y control de la progresión de la artritis reumatoide, lo que ha hecho que los especialistas hayan incluso modificado la estrategia terapéutica.

Pero a pesar del avance que estos nuevos fármacos han supuesto, hay que tener en cuenta que aún así no se consigue una respuesta óptima en más del 40-50% de los pacientes, además de que dejan de ser eficaces con el tiempo.

Este consenso indica que la terapia que más hay que tener en cuenta en el tratamiento de la artritis reumatoide siguen siendo FAMEs como el metotrexato y la leflunomida.

En la actualidad existen siete agentes biológicos dirigidos al tratamiento de la AR, tres de ellos son anti-TNF y otros cuatro dirigidos a dianas terapéuticas concretas con un papel importante en el proceso de la enfermedad. Diferentes estudios han indicado que los anti-TNF son superiores a metotrexato en monoterapia, y en estudios controlados se ha visto que un tratamiento precoz con esta tipología de fármacos biológicos hace que se pueda llegar a una remisión duradera.

Dado que actualmente no existen datos que indiquen que un anti-TNF es superior a otro, la elección depende tanto del criterio del médico como de las circunstancias particulares del paciente. Aunque como cuentan con diferentes estructuras y mecanismos de acción, la falta de respuesta a uno de ellos no implica que el resto sea ineficaz.

Este documento deja muy claro que la utilización de un agente biológico debe ir acompañada en un primer momento de un FAME, y sólo se utilizará como tratamiento único inicial en casos extraordinarios.

La utilización de este tipo de fármacos biológicos requiere, tal y como indica este consenso, de una evaluación periódica de la evolución del paciente, que debe reducirse a 3 meses si no se consiguen los objetivos esperados o incrementarse a 6 si la evolución es positiva.

El consenso hace gran hincapié en no combinar dos fármacos biológicos, sean de la tipología que sean. Esta contraindicación se debe a que se incrementa el riesgo de que el paciente desarrolle infecciones sin que exista una ventaja clara en su eficacia.

De la misma forma, también insiste en no optar por este tipo de terapias en pacientes con infecciones activas o con antecedentes de las mismas, así como en aquellos que sufran tuberculosis o que estén en contacto con personas que padezcan esta enfermedad.

Nace el grupo de trabajo de la SER sobre enfermedades autoinmunes sistémicas

Con el objetivo de facilitar y potenciar la investigación clínica y básica, así como la asistencia y la docencia, de las enfermedades autoinmunes, la Sociedad Española de Reumatología ha creado el grupo de trabajo EAS-SER (Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Reumatología).

Y es que las enfermedades autoinmunes sistémicas son patologías que afectan a varios órganos o territorios, y el papel del reumatólogo es coordinar, diagnosticar y tratar estas enfermedades con la colaboración de otras especialidades, por lo que es fundamental que los reumatólogos se unan para avanzar en el cono-

cimiento de estas afecciones y, por lo tanto, por un mejor tratamiento de los pacientes.

Los objetivos de este nuevo grupo de trabajo de la SER se concretan en facilitar la investigación clínica y básica de las enfermedades autoinmunes sistémicas a través del desarrollo de registros y otros estudios multicéntricos sobre las patologías. Asimismo, el grupo EAS-SER va a potenciar la adquisición, por parte de los reumatólogos, de conocimientos y habilidades que faciliten el tratamiento de estas enfermedades y elaborará guías de práctica clínica.

Como actividades inmediatas, el grupo EAS-SER se ha propuesto la realización de un estudio de la prevalencia, calidad de vida, discapa-

cidad y tratamiento de las enfermedades reumáticas inflamatorias sistémicas, es decir, lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica, miopatías inflamatorias, síndrome de Sjögren, enfermedad mixta del tejido conectivo y vasculitis sistémicas, algo que, hasta el momento, no existe.

Otra de las iniciativas que el grupo EAS-SER abordará en breve será la creación de registros nacionales para el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren, la esclerosis sistémica, el síndrome Antifosfolípido y la vasculitis sistémica, que ayudarán a determinar el estado de estas enfermedades en la actualidad, así como a mejorar el abordaje de los pacientes.

La SER pone en marcha sus Becas de Desarrollo Sostenible

Con el objetivo de reducir al máximo el consumo de papel, La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha eliminado las circulares masivas que enviaba a sus más de 1.200 socios, consiguiendo, además, un ahorro de 70.000 euros anuales. Con este dinero, la SER ha puesto en marcha las Becas de Desarrollo Sostenible que se destinarán a ampliar la dotación de becas de la Sociedad.

Con esta iniciativa, la SER ha querido sumarse a las distintas actividades, tanto nacionales como internacionales, destinadas a evitar la destrucción de masas forestales y, por tanto, la desertización del terreno. Por otro lado, la acción también sigue las directrices del Protocolo de Kioto al contribuir a la preservación del mayor paliativo del efecto invernadero: el bosque.

Además del aspecto medioambiental, esta medida también tiene consecuencias positivas directas para los reumatólogos, la investigación y, por ende, los pacientes, ya que se ha incrementado el importe económico de las becas que ya otorga la Sociedad, lo que redundará en un mayor avance del conocimiento y el abordaje de las enfermedades reumáticas.

El Grupo de Trabajo de Enfermería de la SER (GTE-SER) ya tiene su web

Dentro de las actividades planificadas por el Grupo de Trabajo de Enfermería de la SER (GTE-SER) para este año, estaba la creación de un website corporativo que sirviera como punto de referencia tanto para las enfermeras como para los pacientes. Hace un año que en La Coruña, durante la primera reunión del grupo GTE-SER, las enfermeras manifestaron la necesidad de contar con un canal para poder divulgar su cometido en la práctica clínica diaria.

Esta plataforma, entendida como intercambio de conocimiento, resulta hoy en día una herramienta indispensable para los grupos colaborativos, pues salva barreras geográficas y agiliza la generación de nueva información.

Con esta iniciativa surgida en La Coruña, la junta directiva del grupo GTE-SER nombró a Susana Fernández, enfermera del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, coordinadora del proyecto, con el fin de definir las bases y desarrollar la estructura de contenidos de la web para que ésta viera la luz lo antes posible. Según explicó la coordinadora durante la presentación de la web, los objetivos de trabajo planteados son los siguientes: servir de guía para mejorar la eficacia y la eficiencia en la labor asistencial, integrar contenidos científicos y pedagógicos y que estén abiertos a otros colectivos, como los de los pacientes. La web cumple rigurosamente con estos objetivos y además contiene diversos recursos útiles para optimizar el día a día de las enfermeras especializadas en reumatología.

El acceso a la web, un proyecto promovido por Abbott Inmunología, se realiza vía la página matriz de la SER: <http://www.ser.es/gteser/> y en ella se puede encontrar un menú de navegación principal en el que se incluyen diversos apartados. Merece especial atención el de 'Recursos de Enfermería', donde hay información sobre los distintos proyectos en los que está involucrado GTE-SER. Entre ellos ocupa un lugar destacado el Proyecto SCORE, un estudio que reivindicará y reforzará el rol de las enfermeras de Reumatología.

Recomendaciones SER de manejo de la gripe A (H1N1)

La Sociedad Española de Reumatología (SER), a través de una comisión en la que han participado asimismo expertos en Microbiología y Enfermedades Infecciosas, ha elaborado un primer documento con recomendaciones específicas para los profesionales de Reumatología, atendiendo a las características propias de sus pacientes, con el obje-

tivo de informar y orientar a los profesionales ante la situación actual de pandemia por gripe A/H1N1. Todas las recomendaciones están basadas en documentos previos elaborados por grupos de trabajo del Ministerio de Sanidad y Política Social y de comunidades autónomas, los cuales a su vez se basan en las guías y documentos que elabora

periódicamente el CDC de EEUU, como centro designado por la OMS para la coordinación de la pandemia

Estas recomendaciones, dirigidas principalmente a orientar a los reumatólogos sobre el manejo de los pacientes que están en riesgo de complicaciones graves por gripe, pueden verse en la web de la Sociedad.

El programa CompARte promueve la formación de los pacientes con artritis

Los pacientes con artritis reumatoide que carecen de información clara y veraz sobre su enfermedad corren un mayor riesgo de fracaso en su tratamiento, pudiendo incumplir e incluso abandonar la medicación, y tienden a infravalorar su estado de salud. Por ello, con el objetivo de promover la formación de estas personas y mejorar su calidad de vida, nace el Programa CompARte, un proyecto pionero puesto en marcha por UCB Pharma, con motivo del Día Nacional de la Artritis (1 de octubre). "La información es un instrumento terapéutico esencial para los pacientes porque está comprobado que, cuanto más conocimientos tengan, mejor será el pronóstico y mayor la adherencia al tratamiento", asegura el doctor Eliseo Pascual, jefe de la Sección de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante y catedrático de Medicina.

La misión del Programa será apoyar mediante diferentes proyectos a los afectados por artritis reumatoide y

sus familiares con el fin de que ambas partes puedan afrontar de manera óptima la enfermedad. Este trabajo se realizará a través de campañas de comunicación, jornadas multidisciplinarias, proyectos de terapia ocupacional y programas epidemiológicos, entre otras iniciativas. "Los pacientes bien informados suelen cumplir mejor su tratamiento, mientras que aquellos que no le dan a su enfermedad la importancia que merece suelen hacer un uso erróneo de los servicios sanitarios y tienden a tener problemas familiares y laborales", afirma este experto.

"El Programa CompARte se va a convertir en una herramienta de formación válida, fiable y útil para los pacientes con artritis reumatoide, sus familiares y la población general", ha señalado Antonio Torralba, presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis). "El paciente que esté receptivo obtendrá más información y, por tanto, gozará de más ventajas que mejorarán su salud."

Tanto Torralba como el doctor Pascual coinciden en señalar que, en ocasiones, no es posible obtener toda la información suficiente en la consulta del especialista por falta de tiempo. Por ello, el Programa CompARte intentará mejorar y hacer más fluida la comunicación entre el paciente y los profesionales sanitarios, así como divulgar aquellos aspectos más complejos relacionados con la artritis reumatoide: las causas, los síntomas y los diferentes tratamientos, con el fin de solventar dudas, preguntas más frecuentes y desterrar falsos mitos.

Asimismo, el presidente de ConArtritis destaca la puesta en marcha de este proyecto por los beneficios que, de forma indirecta, recibirán las administraciones sanitarias. "Un paciente formado sigue las recomendaciones del especialista y, por tanto, sufre menos recaídas. Esto se traduce en un uso más razonado de los servicios de urgencias a causa de las incapacidades y minusvalías que puede producir la enfermedad", comenta.

Aula Roche de Artritis Reumatoide en la Universidad de los Pacientes

Con la colaboración de Roche, se ha puesto en marcha un aula específica sobre artritis reumatoide (AR). Los pacientes podrán acceder a toda la información disponible sobre la enfermedad, desde qué es y cuáles son sus signos y síntomas, a cómo mejorar su calidad de vida y afrontar los retos que conlleva en las diferentes facetas de su vida.

“El aula pretende ser un referente en información de calidad, formación e investigación para los pacientes. El contenido es de calidad y sencillo. En el área de información se dispone de un buscador de webs activas; en formación, se editan cursos acreditados por la Universidad Autónoma de Barcelona; y en investigación se potencia la realización de estudios”, ha señala el doctor Albert Jovell, director de la Universidad de los Pacientes y de la Fundación Josep Laporte.

Entre los recursos formativos que ofrece el aula destaca una guía con 11 pasos para limitar el impacto de la AR, otra con consejos para controlar el dolor y un resumen de los beneficios de los ejercicios acuáticos.

UCB anuncia resultados positivos con epratuzumab para lupus

UCB Pharma ha anunciado los resultados positivos del estudio clínico en fase IIb que ha llevado a cabo para comparar epratuzumab con placebo en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Los datos a las 12 semanas y el estudio de búsqueda de dosis demostraron que epratuzumab presenta un efecto terapéutico significativo en comparación con placebo en pacientes con lupus. En el ensayo han participado 227 pacientes que presentaban un grado activo de la enfermedad, de moderado (30 por ciento) a severo (70 por ciento), en múltiples sistemas orgánicos. Epratuzumab, es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD22 con el potencial de modular la actividad de las células B, considerado un regulador negativo de la función de las células B, conocidas por contribuir en la aparición de lupus mediante la producción de anticuerpos, que provocan el daño tisular.

Tres de cada 10 pacientes con patologías dolorosas sufren dolor muscular

Las afecciones musculoesqueléticas son la queja más frecuente en los centros de salud. La lumbalgia, las contracturas y los traumatismos de las extremidades son las que afectan y provocan mayor impacto social en la población, según la “Encuesta sobre el Dolor en Consulta” puesta en marcha por Sanofi-Aventis entre los meses de julio y septiembre, en la que participaron más de 200 facultativos españoles, en su mayoría médicos de Atención Primaria.

La encuesta revela que el 45% de los pacientes que acude a consulta sufre patologías dolorosas, y de estos un 31% presenta dolor muscular, sólo por debajo del dolor artrósico (45%).

Las contracturas suelen ser la causa más habitual de dolor muscular, un 90% de los casos, en especial las lumbares, que afectan a un 41% de los pacientes, seguidas de las originadas a nivel cervical (25%) y tortícolis (7%). Los fármacos más recetados por los especialistas son los mio relajantes (96%), por delante de los

antiinflamatorios (74%) y los analgésicos (73%).

Gran parte de los médicos sugiere, como complemento otras terapias alternativas como la higiene postural, que se sitúa entre una de las mejor valoradas. Además, un 92% es partidario de ofrecer información sobre buenos hábitos que mitiguen el dolor o retrasen su aparición y un 47%, señala la importancia de contar con formación presencial y *online* reforzada con metodología audiovisual.