

MARZO-ABRIL

20
10

Nº 40

AÑO 8


LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

19-21 mayo. Palau Firal i de Congressos de Tarragona

 Sociedad Española de
Reumatología

 Gabro Pharma
Cubriendo todas las etapas en IR



ENTREVISTA

Dr. Josep Pujol

Presidente del Comité Organizador
del XXXVI Congreso Nacional de la SER

“Nos hemos planteado a
qué retos nos enfrentamos”



EVENTOS SER

Dr. Eduardo Úcar,

nombrado
presidente de
la nueva Junta
Directiva de la SER

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 M. 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

Coordinadora:
Mª José Rodríguez Chamizo

Publicidad:
Raúl Frutos Hernanz

Mirando hacia el futuro

Tarragona acaba de acoger el XXXVI Congreso Nacional de la SER, una cita que, como siempre, ha resultado un éxito tanto desde el punto de vista científico, en el que se puede destacar el altísimo nivel de las charlas, los ponentes y los asistentes, como como en su vertiente social. Desde aquí, nuestra más sincera felicitación a todos los que han participado en la organización de este evento. Málaga, que ya ha recogido el testigo de Tarragona para la celebración del próximo encuentro nacional, tiene el listón muy alto.

Como ya avanzamos en el anterior editorial de **Los Reumatismos**, la SER está viviendo tiempos de cambio. Cambio que, como sabéis, ha comenzado por lo más importante: nuestra Junta Directiva. Diez caras nuevas que nos van a representar durante los próximos dos años y que acaban de tomar posesión del cargo. En las siguientes páginas encontrareis un breve reportaje con el que, esperamos, les conoceréis mejor.



Asimismo, en este último Congreso se han celebrado elecciones a presidente electo. Santiago Muñoz Fernández se convertirá en 2012 en el nuevo presidente de la SER. Hasta entonces, aún queda mucho camino por recorrer, aunque su trabajo ya ha comenzado.

Y como máximo exponente del cambio, la renovación de la imagen corporativa de la SER. Valores como innovación, profesionalidad, compromiso, excelencia, transparencia... todos reflejados en nuestro Plan Estratégico, han inspirado esta nueva imagen con la que la Sociedad Española de Reumatología ya se identifica.

Una renovada Junta Directiva nos representará durante los próximos dos años

Como siempre, en este número de **Los Reumatismos** también os acercamos el día a día de una Sociedad cada vez más activa y con mayor presencia en el ámbito sanitario, docente, etc. En esta ocasión, destacamos la participación de la SER en el III Congreso de Educación Médica del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina donde, a través de un taller de Ecografía, hemos podido acercar nuestra especialidad a los futuros médicos. Además, encontraréis una muestra de las acciones de RSC de la SER, así como una breve referencia a todas las actividades que la Sociedad está realizando junto a agentes tan importantes en el sector como la Agencia del Medicamento, la Sociedad Italiana de Reumatología o la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Entidades que han colaborado en este número:

Abbott, Amgen,
Bristol-Myers Squibb, Faes
Farma, Gebro, Pfizer,
Schering Plough, UCB.

Suscripciones y atención al cliente:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA
C/ Marqués del Duero, 5, 1º C
28002-Madrid
Correo electrónico: ser@ser.es

Tarifa de suscripción anual (IVA incluido):

Particulares: 30,00 €
Entidades: 60,00 €

Sumario

3

Editorial

Mirando hacia el futuro

5

Entrevista

Dr. Josep Pujol

9

Eventos SER

XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

15

Nuevos miembros de la Junta Directiva de la SER

21

Sociedades Autonómicas

Congreso de la SOCALRE en Castilla-León
Congreso de Valencia
XVIII reunión anual de la SOCARE

22

Artículos de interés

32

Buzón del reumatólogo

¿Cuánto tiempo debemos aconsejar a nuestros pacientes con osteoporosis un tratamiento con bisfosfonatos?

35

Buzón del paciente

37

ReumaUpdate

Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

39

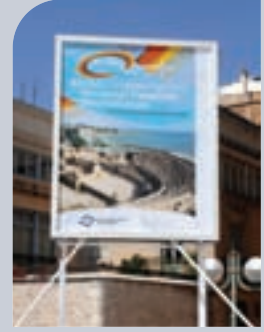
Noticias SER

La SER participa en el III Congreso de Educación Médica

49

Noticias

Estrategias para evitar futuras discapacidades en artritis reumatoide





“El Congreso ha sentado las bases de nuestro futuro como reumatólogos”

Dr. Josep Pujol. Presidente del Comité Organizador del XXXVI Congreso Nacional de la SER. Unidad de Reumatología. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

El Doctor Josep Pujol revela sus impresiones sobre la celebración del Congreso Nacional de la SER, la situación que atraviesa la Reumatología y el futuro de esta especialidad

Tarragona ha acogido la XXXVI edición del Congreso Nacional de la SER, ¿cómo se ha desarrollado esta cita?

Como todos los congresos de la SER, se ha llevado a cabo en un clima de armonía y camaradería. Es más, yo diría que casi de amistad entre los congresistas pues, como veis, son treinta y seis años compartiendo conocimientos, inquietudes, ratos de ocio... Todo ello hace que, con el tiempo, se produzcan lazos de afectividad.

¿Qué conclusión ha extraído de este encuentro en su ciudad?

En primer lugar, ha contribuido a sentar las bases del que va a ser nuestro futuro como reumatólogos y a que nos hayamos preguntado a qué retos nos enfrentamos y cómo vamos a resolverlos. Por ejemplo, si seremos capaces de mantener una de las patologías con más prestigio, como son las enfermedades autoinmunes. En segundo lugar, ha servido para confirmar la apuesta por continuar celebrando nuestro Congreso de una manera descentralizada, pues es una manera de dar a conocer la Reumatología. Y es que, al ser una de las últimas especialidades nacidas de la Medicina Interna, su campo de acción no es tan conocido por el conjunto de la población.

¿Cómo se han implicado los reumatólogos de la zona en su realización?

Pues realmente se lo han tomado con gran interés, como un reto y también, por qué no decirlo, con cierto temor, por lo que supone celebrar un evento como éste en una ciudad que no tiene las infraestructuras de una gran urbe.

¿Qué destacaría de su ciudad?

Destacaría cómo hace dos mil años los romanos descubrieron su situación y clima. El orador Virgilio denominó a la ciudad 'civitas, ubi ver eternum est', es decir, 'la ciudad de la eterna primavera'. Seguramente por ello levantaron aquí su primer asentamiento en la Pe-

nínsula, que luego llegó a ser la capital de la Hispania Citerior. Hoy en día, su legado perdura no sólo en la arquitectura, que la UNESCO ha reconocido como Patrimonio de la Humanidad, sino también en el derecho civil, en la lengua y las costumbres.

¿En qué situación se encuentra la Reumatología en Tarragona?

Pues aunque me pese decirlo, no en los niveles que la especialidad, los profesionales y la población se merecen.

¿Cuáles son sus principales carencias?

La falta de profesionales. Tarragona y su provincia tiene cerca de 800.000 habi-



Doctor Josep Pujol



tantes y, según los estándares de calidad asistencial en Reumatología propuestos por la SER, deberíamos ser unos 20 reumatólogos. En la actualidad sólo somos nueve en la Sanidad Pública y ningún hospital cumple el número mínimo de tres reumatólogos por Unidad. Para empeorar la situación, todos nos dedicamos en un 90 por ciento del tiempo a consultas extra-hospitalarias en los distintos ambulatorios del área de influencia del hospital, que pueden estar separados por varios kilómetros de distancia entre sí.

¿Cómo se podría mejorar esta situación?

Ante todo, concienciando a las autoridades sanitarias y a los directores de hospital. Pero, aunque quiero ser positivo, me cuesta creer que estén por la labor, para ellos no es una especialidad central y el reumatólogo es un profesional prescindible.

En general, ¿cómo ve el futuro de la especialidad?

Quiero ser optimista de cara al futuro pero, actualmente, nuestra especialidad no pasa por sus mejores momentos. Como he dicho, en muchos hospitales no se cumplen los mínimos estándares de calidad. Además, se están perdiendo las enfermedades autoinmunes y cada vez

“El encuentro ha sentado las bases de nuestro futuro como reumatólogos”

veo más al reumatólogo como un especialista extra-hospitalario, dedicado a las enfermedades musculares psicósomáticas.

¿Por qué se hizo reumatólogo?

Primeramente, por asesoramiento familiar y después, por lo misterioso de su etiología y por las implicaciones de este mundo excitante que es la Inmunología.

¿Qué es lo que más le atrae de esta especialidad?

Como en todas las especialidades de la Medicina, el misterio de la enfermedad. El poder comprender mejor el porqué de las alteraciones que se pro-

ducen en el seno de la maravillosa complejidad de nuestro organismo.

¿Cómo se plantea el ejercicio de la Reumatología en una ciudad como Tarragona? ¿Cree que es diferente al papel de los reumatólogos de ciudades más grandes? ¿Por qué?

La palabra que describiría el ejercicio de la Reumatología en cualquiera de las ciudades que no disponen de un mínimo de reumatólogos por Unidad, sería la de ‘francotirador’, porque se trabaja con una gran soledad. ¿Con quién consultar?, ¿con quién hacer sesiones clínicas? La gran suerte que tenemos en esta zona es que, a pesar de que somos pocos y muy dispersos, mantenemos muy buena relación entre nosotros, además de haber constituido hace ya más de veinte años el ‘Club Reumatológico Cossetà’, que nos permite reunirnos periódicamente y donde podemos discutir los temas de más actualidad, así como los avances científicos.

Por otra parte, la diferencia con los reumatólogos de las grandes ciudades es, sobre todo, que los servicios están más dotados. Puede haber más sesiones clínicas, un intercambio de impresiones más frecuente, la formación de residentes, más vida hospitalaria y, por consiguiente, un mayor enriquecimiento científico.

EN POCAS PALABRAS

- ✓ **Lugar de nacimiento:** Ginestar (Tarragona).
- ✓ **Una cualidad suya:** La intuición.
- ✓ **Un defecto:** La impaciencia.
- ✓ **¿Familiar o solitario?** Familiar con conocidos y solitario con desconocidos.
- ✓ **En su tiempo libre, ¿con qué disfruta?** De no hacer nada, de practicar yoga y de leer.
- ✓ **Una ciudad para retirarse:** Cualquier ciudad media de nuestra área mediterránea.

- ✓ **De no ser reumatólogo, le hubiese gustado ser...** Pintor, pero no de cuadros.
- ✓ **¿Qué es lo mejor de su profesión?** El contacto con la gente.
- ✓ **¿Y lo peor?** El contacto con otra gente.
- ✓ **Un deseo para la Reumatología del futuro:** Que se cumplan los mínimos estándares de calidad asistencial y no se pierdan las enfermedades autoinmunes.



El futuro de la Reumatología, protagonista del Congreso

El XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, celebrado recientemente en Tarragona, ha reunido a cerca de 1.500 especialistas de todo el país que debatieron sobre la actualidad y el futuro de la Reumatología

■ Marina Geli ofrece su colaboración, desde la experiencia del Plan Director de Enfermedades Reumáticas de Cataluña, para la Estrategia Nacional

La consejera de Salud de Cataluña, Marina Geli, ha manifestado su preocupación porque el nuevo paquete de medidas tomadas con respecto a los precios de referencia de los medicamentos pueda afectar a la i+D promovida por la industria farmacéutica.

Así lo ha indicado durante su intervención en el XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, foro que aprovechó para anunciar la inminente puesta en marcha de un Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor de Cataluña.

Dentro de este marco científico-médico, la consejera de Salud de Cataluña ha querido hacer referencia al contexto de crisis económica en el que se encuentra ahora mismo España y cómo las medidas tomadas para intentar paliarla pueden afectar al entorno sanitario.

Por este motivo, Marina Geli ha expuesto su inquietud por las posibles consecuencias que este recorte adicio-

nal de precios pueda tener en la reducción de inversión tanto en investigación clínica como en la formación médica continuada. De todas formas, también ha declarado su confianza en que “el Sistema Nacional de Salud no pierda ni su grado de reconocimiento por parte de la población general ni el actual sistema de prestaciones”.

Nuevas estrategias

En lo que se refiere al Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor de Cataluña, la consejera de Salud ha indicado la necesidad de una estrategia de este tipo porque, “además de que las enfermedades reumáticas son las patologías más prevalentes en nuestro medio, se han situado como la primera causa de incapacidad laboral”.

Asimismo, Marina Geli se ha mostrado dispuesta a colaborar en la puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Enfermedades Musculoesqueléticas, que el Ministerio de Sanidad y Política Social comenzará a desarrollar tras la finalización de la presidencia europea de nuestro país.





■ El consumo excesivo de cerveza incrementa el riesgo de gota

La variación en el estilo de vida y los cambios en nuestra dieta ha provocado que se incremente el número de casos de pacientes con ácido úrico elevado y, como consecuencia, también los de gota.

Aunque éste no es el único factor de riesgo para padecer hiperuricemia – niveles elevados de ácido úrico en el organismo-, sí que se ha destacado su influencia en el incremento de casos que se está dando sobre todo en países desarrollados. Éste es uno de los temas que se ha tratado a lo largo del XXXVI Congreso Nacional de la SER.

“La edad, el hecho de ser varón y la predisposición genética son factores que, unidos al estilo de vida, incrementan el riesgo de padecer hiperuricemia y a largo plazo posiblemente gota”, explica la Dra. Estíbaliz Loza, de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología.

La causa más común de hiperuricemia está directamente relacionada con los hábitos, y sobre todo con la comida, siendo provocada por una ingesta calórica excesiva y una dieta inadecuada. Según apunta el profesor Eliseo Pascual, de la Sección de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante, “se ha demostrado que una cantidad excesiva de cerveza puede provocar niveles altos de ácido úrico y, por lo tanto, de gota. Curiosamente el vino, en cantidades razonables, no influye en elevar estos valores”.

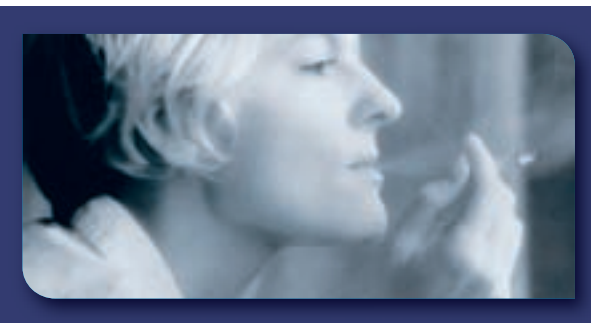
Riesgo de arteriosclerosis

Diversos estudios e investigaciones han concluido que los pacientes cuya hiperuricemia ya se ha transformado en gota, tienen un mayor riesgo de sufrir arteriosclerosis. “Al fin y al cabo se trata de una enfermedad que provoca una inflamación persistente debido a la formación de depósitos de cristales de urato en las articulaciones y estructuras próximas como consecuen-

cia de una hiperuricemia”, apunta el profesor Pascual. “Esto es lo que hace que en pacientes gotosos se vea incrementada la probabilidad de enfermedades como el infarto de miocardio”, añade.

Iniciar un tratamiento de forma precoz ayudaría a reducir el riesgo de que se desarrolle una enfermedad cardiovascular asociada a la gota. “Actualmente los reumatólogos somos capaces de diagnosticar de forma muy precisa e inequívoca esta enfermedad a través de la identificación de cristales de urato en el líquido articular”, precisa el Dr. Eliseo Pascual.

“La variación en el estilo de vida ha incrementado el número de casos de gota”



■ Ser fumador incrementa el riesgo de padecer artritis reumatoide

La influencia del tabaquismo en las enfermedades cardiovasculares ya ha sido probada hace tiempo, pero poco a poco se está viendo cómo también puede ser un factor de riesgo importante en otras enfermedades, como son las reumáticas inflamatorias.

“En patologías como la artritis reumatoide sí se ha visto incrementado el riesgo de padecerla en personas fumadoras”. Así lo ha indicado el Dr. Antonio Naranjo, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, en Las Palmas de Gran Canaria, durante el XXXVI Congreso Nacional de la SER.

“Pero esta probabilidad se da en aquellas personas que tienen el epítipo compartido entre sus marcadores genéticos. En el resto de pacientes, aunque sean fumadores, parece que no se incrementa el riesgo”.

Con estos datos en la mano, se puede afirmar que el riesgo de desarrollo de ar-

■ Variabilidad regional en el número de reumatólogos para abordar patologías crónicas

Una de cada cuatro personas en España padece alguna enfermedad reumática, según los datos del estudio EPISER, de la SER. Esto indica que más de diez millones de personas en nuestro país sufren alguna de las más de 250 patologías que se engloban dentro de las llamadas 'enfermedades reumáticas', el grupo de dolencias crónicas con mayor prevalencia en nuestro país. Sin embargo, estos pacientes cuentan con un número de reumatólogos inferior al recomendado.

Según apunta la Dra. Rosario García de Vicuña, Presidenta de Honor la SER, en el XXXVI Congreso Nacional "desde nuestra Sociedad y basándonos en estándares internacionales, se han establecido recomendaciones que apuntan a que al menos debería haber un reumatólogo por cada 50.000 habitantes, aunque estos estándares pueden variar en función de los indicadores y el marco de actuación

para cada profesional que establezca la nueva Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas".

La insularidad es el principal escollo por el que Canarias y Baleares no llegan a este mínimo. En el extremo opuesto, Barcelona es en la actualidad una de las regiones que, por número de reumatólogos, más se acerca a los estándares recomendados. Asimismo, Madrid es la comunidad con mayor número de reumatólogos, superando los 300, pero también es una de las más pobladas. Castilla y León, por el contrario, cuenta con 35 especialistas en esta área lo que, al ser la comu-

“Debería haber un reumatólogo por cada 50.000 habitantes”

nidad autónoma más extensa en cuanto a territorio, hace que los pacientes tengan que desplazarse más lejos para acudir a la consulta.

Reparto desigual

Andalucía, Murcia o La Rioja tienen cifras aceptables, pero siempre con la salvedad de que probablemente en poco tiempo el número de especialistas será insuficiente debido al paulatino envejecimiento de la población y a la complejidad del manejo de los pacientes. Extremadura o Valencia, por su parte, tienen un número de especialistas inferior al necesario. En cuanto al reparto dentro de cada región, el Dr. Josep Pujol i Costa, presidente del Comité Organizador Local del XXXVI Congreso Nacional de la SER, apunta que es bastante desigual. "En Tarragona, por ejemplo, actualmente hay una importante carencia de profesionales, sólo contamos con nueve reumatólogos cuando, por número de habitantes, deberíamos tener al menos 20".

tritis reumatoide que implica el tabaquismo es importante, sobre todo teniendo en cuenta que de las cerca de 250.000 personas que sufren en nuestro país esta enfermedad, un tercio posee estos factores genéticos.

Según un estudio realizado recientemente, se ha concluido que el riesgo en fumadores de padecer artritis reumatoide se incrementa al menos en 1,4 veces. "Se trata de una cifra bastante general, porque este riesgo puede incrementarse casi 50 veces en aquellas personas que tengan los marcadores genéticos que hemos comentado anteriormente y que ade-

más tienen los anticuerpos anti-CCP positivos", subraya el doctor Naranjo.

Lupus Eritematoso Sistémico

En otras enfermedades reumáticas de carácter inflamatorio como es el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) parece que también el tabaco es un factor relevante en el incremento del riesgo de padecer la enfermedad, aunque los datos que se han obtenido hasta el momento no están tan sustentados como los referidos a artritis reumatoide. "También existen múltiples estudios que demuestran que el tabaquismo influye en la predisposición a padecer osteoporosis

y, sobre todo, fracturas óseas a causa de esta enfermedad", indica el experto.

Para que un exfumador reduzca el riesgo de padecer artritis reumatoide y que éste sea igual al de cualquier otra persona sin este hábito, han de pasar al menos diez años desde que deja el tabaco. Por este motivo, subraya el doctor Naranjo, "son necesarias campañas de concienciación desde las administraciones mucho más potentes que las que se hacen actualmente para dar a conocer los efectos perjudiciales del tabaco".



■ La SER estrena nueva imagen

Transparencia, excelencia, innovación, participación, integridad, compromiso... estos son los valores de la Sociedad Española de Reumatología y todos y cada uno de ellos están representados en su nueva imagen.

El XXXVI Congreso Nacional de la SER ha servido de escenario para presentar la nueva imagen de la Sociedad, una imagen moderna y más amable que refleja una mayor sensación de unidad e integridad.

La nueva imagen de la SER es dinámica, con diversos elementos que se entrelazan representando la interacción de los diferentes agentes que componen la Sociedad, y compen-

sada, transmitiendo experiencia y ansia por la evolución.

Otra característica fundamental de la nueva imagen de la SER es su gran versatilidad y adaptabilidad tanto a los diferentes proyectos de la Sociedad como a la Fundación, ya que todos los imatipos a partir de ahora tendrán la misma imagen, variando únicamente el nombre y color de cada proyecto.

La tipografía, por su parte, se ha modernizado, consiguiendo una mayor legibilidad y gran presencia de la palabra 'Reumatología', que, de hecho, se ha convertido en un eje clave.

Ésta es la imagen que acompañará a partir de ahora a la Sociedad, repre-



sentándola e identificándose con ella y, por lo tanto, con todos los que la componemos.

■ La SER, pionera en la evaluación de conocimientos de los residentes



La Sociedad Española de Reumatología (SER), junto con la Comisión Nacional de la Especialidad, ha puesto en marcha una prueba para analizar y evaluar las

competencias de los MIR que acaban de terminar el periodo de residencia en los Servicios de Reumatología y antes de que comiencen a ejercer la especialidad.

Como experiencia piloto dentro del área de Reumatología, la ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada) se ha realizado en el marco del XXXVI Congreso Nacional de la SER.

La SER es pionera en la tarea de evaluar a sus residentes en lo que a especialidades médicas se refiere. Hasta el momento la ECOE es una prueba relativamente habitual en medicina de familia o en especialidades quirúrgicas, pero no en el área de medicina especializada. La prueba evalúa el nivel de conocimiento de las enfermedades

reumáticas, las técnicas de exploración a pacientes, las habilidades en el uso de las tecnologías –como puede ser el microscopio o el ecógrafo–, la destreza en el diagnóstico final y las actitudes frente al paciente.

En la primera edición del ECOE en Reumatología se ha evaluado a 15 residentes, un 30 por ciento de los que acaban de finalizar el periodo MIR. Según explica el Dr. Javier de Toro, de la Sociedad Española de Reumatología y uno de los profesionales encargados de diseñar esta prueba, “se trata de una cifra muy elevada, lo cual ha sido una gran sorpresa, aunque esperamos seguir aumentando en años posteriores porque superar esta prueba supone un mérito añadido, certificado por el Ministerio de Sanidad y Política Social”.

■ Reumasalud informa a la población sobre las enfermedades reumáticas



Un año más, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha puesto en marcha Reumasalud, un espacio donde médicos reumatólogos informan a los ciudadanos sobre las enfermedades reumáticas más prevalentes, como pueden ser la artrosis, los dolores cervicales y lumbares o la osteoporosis, entre otras.

Con esta iniciativa, que arrancó en Tarragona y ha hecho parada en Castellón, Valencia, Alicante, Granada, Murcia y Cartagena, la SER pretende incrementar el conocimiento de la población sobre las enfermedades del aparato locomotor. Asimismo, quiere conseguir un mejor abordaje de estas patologías e, incluso, una detección precoz por parte de los propios pacientes.

Los interesados que acudieron a visitar Reumasalud recibieron información y, en determinados casos, se les realizaron pruebas como densitometrías o ecografías. Además, pudieron comprobar *in situ* la utilidad de estas técnicas en la detección de diversas enfermedades reumáticas.

Las anteriores ediciones de Reumasalud, celebradas en otros puntos de la geografía española, han contado con una afluencia masiva de público, lo que refleja la importancia de esta iniciativa.

Nuevos miembros en la Junta Directiva de la SER

La Sociedad Española de Reumatología (SER) está de estreno. Tras dos años de presidencia de la Dra. Rosario García de Vicuña, el Dr. Eduardo Úcar Angulo ha tomado el relevo al frente de la Junta Directiva. A continuación, los nuevos miembros desvelan cuáles son sus retos y metas de cara a los próximos meses

¿Quién es quién?



Eduardo Úcar Angulo Presidente

¿Qué supone para usted asumir el cargo de presidente de la SER?

Comencé mi andadura en la Sociedad con muchas ilusiones, incertidumbres, respeto y admiración por los socios más veteranos, así como por tener la posibilidad de participar en reuniones de la especialidad en la que había comenzado a trabajar. A medida que han ido transcurriendo los años, he entablado amistad con más socios y participado en un mayor número de actividades de la Sociedad. Aún recuerdo las primeras presentaciones en forma de póster, arropado por los compañe-



Eduardo Úcar Angulo

“A lo largo del tiempo he adquirido un fuerte compromiso con la SER”

ros del hospital; los primeros viajes a un Congreso Nacional, donde asistimos a acaloradas reuniones; la admiración hacia los ponentes brillantes; los inicios de la participación en alguna publicación o en reuniones; el miedo escénico al presentarme en público como ponente...

Un momento importante en mi vida societaria fue cuando Manuel Figueroa me llamó para participar en la Junta Directiva de la SER. Allí conocí cómo era por dentro, a muchos socios y, además, tuve la oportunidad de asistir a algunos acontecimientos importantes, como por ejemplo, el primer contrato laboral de un empleado –el de nuestra querida Esther–, la compra del primer inmueble o la aprobación en Asamblea de la creación de la Fundación (FER). Otro hecho que me comprometió con la SER fue el gran reto de participar en la organización de un Congreso Nacional en mi ciudad, que coincidió con mi presidencia de la Sociedad Reumatológica de Euskadi, años que recuerdo con agrado.

Así, a lo largo del tiempo, he ido adquiriendo un fuerte compromiso con nuestra Sociedad. Por otro lado, he recibido mucho: conocimiento, información, visión de las perspectivas de otros socios, relaciones, amistad, acuerdos, desacuerdos, críticas..., pero afortunadamente, nunca un portazo.

Después de este recorrido, pensé que podía colaborar más y empujar en la dirección que apunta nuestro Plan Estratégico. Por lo tanto, ha sido un gran honor el haber sido elegido presidente de la Sociedad y recoger el testigo de manos de Txaro García de Vicuña. El objetivo es mantener y procurar aumentar el valor y el impacto de nuestra especialidad en el actual estado de salud cambiante y de crisis económica y entregarlo al próximo presidente en las mejores condiciones posibles.

“Tenemos que ser capaces de trasladar a los socios y a la sociedad los valores de la SER”

¿Cómo valora estos dos últimos años en la SER desde que fue elegido?

El comienzo se parece a mis primeras experiencias como socio. De la noche a la mañana pasé de ser espectador a tener la responsabilidad de enterarme rápidamente del funcionamiento del ‘Complejo SER’, que ha cambiado y se ha desarrollado enormemente en los últimos años. Todo resulta nuevo al principio: los empleados, el Plan Estratégico, los comités, los presupuestos, etc. Pero, como siempre, han soplado vientos favorables y he contado con magníficos compañeros.

Por otro lado, realicé un Master en Liderazgo y Dirección Estratégica que me inició en estos campos, a la vez que he ido conociendo y entendiendo progresivamente las actividades que se desarrollan. Ha sido una etapa imprescindible antes de hacerme cargo de la responsabilidad de presidir la Junta de nuestra Sociedad.

¿Qué espera de esta nueva etapa que inicia?

Desarrollar mi actividad de una forma estructurada y planificada por procesos, donde participe el personal contratado, así como los miembros de la Junta y todos aquellos socios que quieran dedicar tiempo a la SER. Espero formar un equipo unido y comprometido. La forma de gestionar el trabajo se ha adaptado a formas más

estructuradas y definidas, que implican, comprometen y responsabilizan de una forma más explícita a cada uno de los que en ella trabajan y que necesariamente nos hará cambiar la manera de trabajar.

¿Cuáles son sus objetivos a cumplir?

Finalizar el proceso de indexación de la revista ‘Reumatología Clínica’; fortalecer los servicios ofrecidos a los socios y la estructura de gestión operativa, del conocimiento, financiera y de comunicación; buscar la colaboración con la Universidad en programas formativos, dando pasos hacia un futuro incremento del número de reumatólogos docentes; desarrollar nuevas tecnologías de comunicación que nos permitan aumentar la eficiencia en nuestro trabajo y en las relaciones con los socios y con quienes visiten nuestra web.

¿A qué aspectos de la SER va a prestar especial atención?

Estimular a los Grupos de Trabajo en su actividad científica; atraer a un mayor número de socios hacia la participación en las actividades de la Sociedad; reforzar las relaciones con otras sociedades científicas mediante la participación mutua en reuniones y congresos, así como en la producción científica; incrementar nuestra presencia internacional y reforzar la formación y colaboración con el campo de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, sin descuidar al resto de la patología reumática.

Su reto...

Tenemos que ser capaces de trasladar a los socios y a la sociedad en general los valores que la SER posee. Nuestra Sociedad tiene una gran producción científica, estimula la formación de sus asociados y desarrolla programas de colaboración social, buscando la calidad asistencial, el reconocimiento de la Reumatología y el prestigio de la SER. Todo ello hemos de ser capaces de saber mostrarlo a los demás.

Miguel Ángel Caracuel Ruiz

Vicepresidente



Miguel Ángel Caracuel Ruiz

¿Qué supone para usted asumir el cargo de vicepresidente?

Se trata de asumir un nuevo reto, intentado aportar mi pequeño grano de arena en aras de la Reumatología y de los reumatólogos, aprovechando mi experiencia en la Sociedad Andaluza de Reumatología donde he colaborado como vocal, secretario y presidente.

¿Qué espera de esta nueva etapa?

Espero estar a la altura que se le exige a un vicepresidente. Entiendo que puede ser algo complicado, pues el nivel de prestación de servicios a los reumatólogos y a la sociedad en general de la SER es muy alto gracias al esfuerzo de los miembros de juntas directivas previas.

¿Cuáles son sus objetivos?

Pienso que deberán venir marcados por las líneas estratégicas adoptadas durante la nueva presidencia, si bien, a grandes rasgos, ya están definidos en el Plan Estratégico –conformando lo que se define como Mapa Estratégico– y se pueden resumir en: ampliar el conocimiento de la Reumatología, incrementar el prestigio de la SER, proporcionar acceso al conocimiento científico-técnico actualizado y promover la mejora de la calidad asistencial.

Para ello, se tendrán que desarrollar adecuadamente los procesos internos de la organización, con las mejoras necesarias a su alcance y adaptándose a los recursos disponibles.

¿A qué aspectos de la SER va a prestar especial atención?

A todo aquello que la presidencia me encomiende, si bien un área importante al que se dedicará especial atención será la de Publicaciones (cumplimiento de plazos de entrega, adaptación a nuevos formatos electrónicos...), además de todo lo que, como vicepresidente, deba realizar.

Jaime Calvo Alén

Secretario

¿Qué espera de esta nueva etapa como secretario de la SER?

Principalmente, espero aprender. Creo que la integración en la Junta Directiva de una sociedad científica como la SER es una experiencia personal y profesional muy enriquecedora, aunque suponga un sobreesfuerzo.

¿Cuáles son los aspectos a los que prestar especial atención?

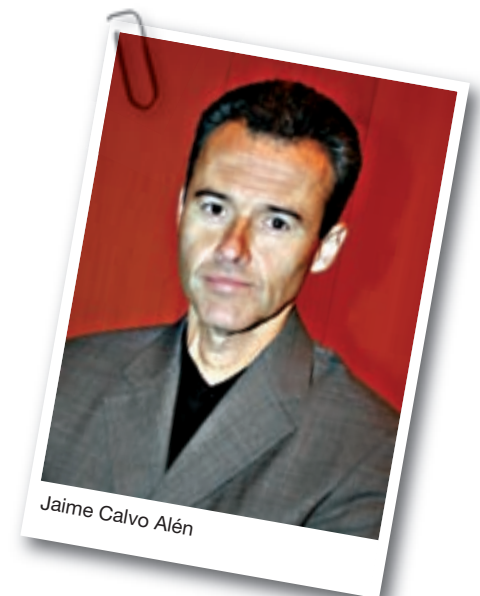
Creo que lo fundamental en mi cargo será ayudar a que haya una buena coordinación entre las diferentes comisiones de la Sociedad y buscar eficiencia y agilidad en las juntas que se celebren. También, actuar con prontitud y eficacia en aquellos casos donde se presenten problemas de índole formal o administrativa que requieran la actuación directa del secretario.

¿Y sus objetivos a cumplir?

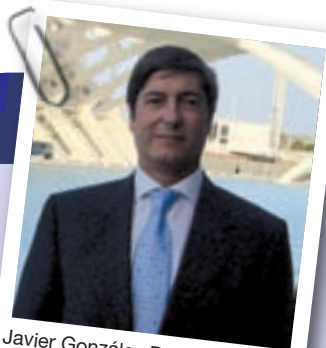
Como he mencionado antes, aprender y, por supuesto, colaborar para el buen funcionamiento de la SER.

Un mensaje...

Solicitar paciencia a todos los asociados por los posibles errores que cometa, que seguro que se producirán, aunque espero que sean los menos posibles.



Jaime Calvo Alén



Javier González Polo

Javier González Polo Tesorero

¿Cómo se plantea su nuevo puesto de tesorero?

Con la ilusión de pertenecer a un nuevo proyecto y a un grupo de personas con ganas de trabajar para la SER desde la firmeza, la lealtad y la responsabilidad.

¿Con qué actitud asume este cargo?

Con respeto al puesto y con responsabilidad ante el reto que repre-

senta para mí esta nueva labor. También con ganas de aprender de todos los que trabajan día tras día en las tareas financieras y de tesorería de la SER.

¿Cuáles son sus objetivos a cumplir?

Iniciamos esta etapa en un momento delicado por la crisis económica –la Medicina, la Reumatología y la SER no son ajenas a esta situación–, por lo que miramos al futuro con esperanza y seguros de que podremos hacer frente a todos los proyectos en curso, así como a los que tomen la salida en nuestra etapa. Seremos austeros en lo superfluo, pero seguiremos la línea de innovación e investigación que se

viene desarrollando en los últimos tiempos.

¿Qué espera mejorar durante esta etapa?

Espero estar a la altura de mis predecesores y, entre todos, conseguir el buen desarrollo del Plan Estratégico que está en curso y que nos permitirá optimizar los recursos, además de mejorar el servicio que se presta a todos los socios de la SER.

Un mensaje...

Ojalá podamos dar el servicio que los socios nos demanden, y que la SER sea, cada vez más, el referente nacional para las enfermedades médicas del aparato locomotor y todo lo relacionado con ellas.



Rafael Belenguer Prieto

Rafael Belenguer Prieto Vicesecretario

¿Cómo se plantea esta segunda legislatura como vicesecretario?

Tras una grata experiencia de cuatro años de servicio a todos los

socios de la SER espero, junto con el presidente el Dr. Eduardo Úcar y el resto de nuevos compañeros, dar respuesta a todas las demandas científicas y profesionales de los socios.

¿Qué espera de la nueva Junta Directiva?

La SER es una sociedad científica importante y muy bien estructurada, con más de 20 empleados y 1.500 socios. Pienso que su nuevo Presidente, tras dos años de trabajo, la conoce ya muy bien y que el nuevo equipo de compañeros también empieza a tener una percepción más amplia de su funcionamiento, de los Estatutos de la So-

ciudad y de la Fundación Española de Reumatología. Todos tenemos una vocación de servicio importante, por lo que llevaremos a cabo todas las metas que nos hemos fijado y que ha descrito perfectamente nuestro presidente.

¿Qué objetivos se ha propuesto en esta nueva legislatura?

Incidir en la defensa de los intereses científicos y profesionales de todos los asociados; denunciar el intrusismo profesional: los reumatólogos somos los especialistas del aparato locomotor; dignificar la profesión en el ejercicio público y privado; tutelar y mejorar las relaciones con las entidades de Seguro Libre; mejorar las condiciones de trabajo de todos los socios; colaborar con otras sociedades científicas afines; colaborar con las asociaciones de pacientes. En definitiva, cumplir los objetivos que marcamos en las pasadas elecciones y que todos los socios conocen.

M^a José Cuadrado Vocal

¿Cuáles son sus objetivos a largo plazo?

Intentar potenciar la investigación, tanto clínica como básica, para situar a la SER en un lugar competitivo nacional e internacionalmente.

¿Qué espera de este nuevo?

Conocer mejor la situación de la Reumatología en España, los problemas y logros actuales de la especialidad.

Un deseo...

Llevo 13 años fuera de mi país y agradezco esta oportunidad de volver a estar cerca de la Reumatología española. Espero poder aportar algo.

Mercedes Alperi López **Vocal**



Mercedes Alperi
López
Relaciones Externas
y Difusión

¿ Cuáles son sus objetivos a largo plazo?

Como nunca he participado en una Junta Directiva, lo primero para mí será conocer a fondo los proyectos de la Sociedad y mantener todo lo positivo que han conseguido los que nos han precedido, continuando la línea de trabajo que ha logrado que la Reumatología y los propios reumatólogos seamos cada vez más conocidos por la sociedad y la Administración.

Mi objetivo es aportar mi granito de arena diseñando, aplicando y evaluando nuevas estrategias de difusión. La meta es convertir la Reumatología en la especialidad de referencia dentro de la patología médica del aparato locomotor, colaborando, al mismo tiempo, con otras especialidades.

¿ Qué espera de este nuevo cargo que va a asumir en la SER?

Espero mejorar mis relaciones personales y profesionales, que la SER sea un vehículo de relación entre los socios, fomentar la vinculación de éstos a los nuevos proyectos a través de la información y crecer como persona y como reumatólogo. Esto no será difícil teniendo en cuenta los excelentes profesionales que me acompañarán en esta andadura.

Ana I. Sánchez Atrio **Vocal**



Ana I. Sánchez
Comité de RSC

¿ Cuáles son los objetivos a largo plazo?

Continuar con los proyectos iniciados por mis antecesores, mejorar y ampliar las relaciones con asociaciones de enfermos y distintas organizaciones relacionadas con las enfermedades que afectan al aparato locomotor y, con todo ello, difundir el mejor conocimiento de nuestra especialidad.

Un mensaje...

Comenzamos esta nueva etapa con mucha ilusión y con la intención de continuar mejorando nuestra Sociedad.

Xavier Juanola Roura **Vocal**

¿Cuáles son los objetivos a largo plazo?

El trabajo que se está haciendo desde la SER en el área de Docencia y Formación es muy extenso. La consolidación de los proyectos ya firmemente establecidos y que han interesado en mayor medida a los socios durante estos últimos años, así como la puesta en marcha de otros que ya están esbozados serían los objetivos a corto y medio plazo. Los objetivos a más largo plazo deberán orientarse hacia donde el socio defina. En este sentido, desde la SER existe la intención de realizar una encuesta para conocer la opinión de sus miembros, lo que nos dará una visión más exacta de las áreas en las que debemos profundizar.

Un mensaje...

Dar mi reconocimiento a los reumatólogos que anteriormente han formado parte del Comité de Docencia y Formación dentro de la Junta Directiva y que han contribuido a que este Comité sea de los más valorados dentro del organigrama de la SER.



Xavier Juanola Roura
Comité de Docencia
y Formación

Íñigo Rúa Figuerola **Vocal**

¿Cuáles son sus objetivos a largo plazo?

Uno de mis objetivos es continuar con la línea emprendida por mi predecesor: fomentar la participación de los socios en el diseño de las actividades científicas, cada vez más numerosas, que oferta la SER, de manera que respondan a las inquietudes y necesidades de los miembros de nuestra Sociedad. También, facilitar al máximo que, en la medida de lo posible, todo socio que tenga algo interesante que contar, tenga la oportunidad de hacerlo en el foro adecuado. En cuanto a los grupos de trabajo, la SER deberá seguir impulsando su actividad, ya que considero que es un cauce idóneo para canalizar las inquietudes científicas de muchos socios.

Un mensaje...

Espero poder contar con el respaldo de un buen número de socios para poder llevar a cabo, con la mayor solvencia posible, esta apasionante tarea.



Íñigo Rúa Figuerola
Área de Asuntos
Científicos y Grupos
de Trabajo

Mercedes Freire González **Vocal**

¿Cuáles son sus objetivos a largo plazo?

En la actualidad, uno de los pilares básicos de un médico es el desarrollo profesional y, para ello, el fundamental pasa por las publicaciones y el fondo bibliográfico, para desarrollar de forma eficiente sus actividades. Asimismo, se ha de estimular la publicación de originales en Reumatología Clínica para conseguir un mayor factor de impacto y que nuestros socios vean satisfechas sus necesidades, aumentar la difusión de la revista 'Los Reumatismos' para hacerla llegar más a los colectivos de pacientes, y conseguir que las plataformas de formación continuada —a través de la web y la revista 'Seminarios'— se conviertan en una herramienta de utilidad práctica y válida a la hora de aumentar el contenido curricular de cara a la carrera profesional.

¿Qué aspectos espera mejorar?

En mi opinión, hay que rentabilizar y optimizar las nuevas tecnologías para conseguir estos fines.



Mercedes Freire
Comité de Fondo
Bibliográfico y Publicaciones

Ana Urruticoechea Arana **Vocal**

¿Qué objetivos se ha propuesto en esta nueva legislatura?

Por un lado, valorar todas las actividades para la mejora de la especialidad y el reconocimiento de la Reumatología a través del trabajo en equipo y colaborando con las diferentes sociedades científicas. Por otro lado, continuar con todo el crecimiento realizado en la creación de recursos y becas, desarrollo de proyectos de investigación, unidades especializadas multidisciplinarias..., así como mejorar la comunicación de la Sociedad Española de Reumatología.



Ana Urruticoechea
Página web y Área de
Declaraciones de Interés



● Castilla y León tendrá cada vez más pacientes reumáticos debido al envejecimiento progresivo

Una de cada cuatro personas en Castilla y León padece actualmente alguna enfermedad reumática. Según el Estudio EPISER, de la Sociedad Española de Reumatología (SER), estos datos indican que alrededor de 700.000 individuos en esta región sufrirán en algún momento de su vida alguna de estas patologías. Tal y como señala la Dra. Monserrat Corteguera, del Servicio de Reumatología del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, en Ávila, y presidenta de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología (SOCALRE), “el número de

casos de enfermedades reumáticas degenerativas en Castilla y León se verá incrementado en los próximos años porque, aunque ya nos encontramos en la Comunidad Autónoma con más porcentaje de personas en edad avanzada, el envejecimiento progresivo de la población hará que las cifras aumenten”.

El pasado 17 de abril se celebró en Burgos el **XXI Congreso de la SOCALRE**, donde reumatólogos de la región abordaron estas previsiones y las novedades en torno al tratamiento de las

enfermedades reumáticas. Asimismo, se plantearon asuntos de extrema relevancia como la necesidad de aumentar el número de reumatólogos ante el porcentaje de incidencia de estas patologías entre la población. Según la Dra. Corteguera, “teniendo en cuenta el elevado número de pacientes que acuden a los Servicios de Reumatología con dolencias tan comunes como la artrosis, osteoporosis o dolores cervicales o lumbares, Castilla y León cuenta con un número insuficiente de especialistas en esta área para poder atenderles de forma adecuada”.

● Valencia aborda las últimas novedades en patología reumática

Con intención de analizar los progresos experimentados en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas, la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) ha celebrado su **XIII Congreso en el Palau de Congressos de Peñíscola** (Castellón). Durante el encuentro se han estudiado los avances en fármacos, entre los que destacan los biológicos, y se han analizado los posibles efectos secundarios de los tratamientos.

Las enfermedades reumáticas afectan a más de 900.000 personas sólo en la Comunidad Valenciana, según el Estudio EPISER, de la Sociedad Española de Reumatología (SER). En los últimos años han aparecido nuevas terapias, especialmente en el campo de las enfermedades inflamatorias y métodos de diagnóstico como la ecografía, que han permitido aplicar un tratamiento cada vez más precoz.

En este Congreso, además, la **SVR ha estrenado Junta Directiva**. Según su nuevo presidente, el Dr. Javier Calvo, del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, la SVR ha alcanzado un importante nivel y la nueva Junta Directiva pretende seguir en la línea establecida en los últimos años, “mejorando lo que consideremos sea mejorable, ya que nada es perfecto”.

● Uno de cada cuatro canarios padece alguna enfermedad reumática

Los días 16 y 17 de abril, el Puerto de la Cruz acogió la XVIII reunión anual de la **Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE)**, donde los reumatólogos del archipiélago compartieron su visión acerca de la situación de las enfermedades reumáticas, especialmente en las Islas Canarias, donde una de cada cuatro personas las padece. “Las enfermedades reumáticas, constituyen las patologías más prevalentes de tipo crónico y causan hasta el 40 por ciento de las consultas que se efectúan en la atención primaria y el 10 por ciento de las urgencias hospitalarias”, según apunta la Dra. M^a Ángeles Gantes, presidenta de la SOCARE.

En el marco de la reunión se presentaron los resultados del estudio PASSEA: ‘Identificación del grado de satisfacción con su situación clínica en pacientes con espondilitis anquilosante’, realizado por reumatólogos de la SOCARE. Los resultados revelan que los pacientes canarios con espondilitis anquilosante tienen un alto grado de conformidad tanto con la forma de sobrellevar la patología como con el tratamiento que les ha prescrito su reumatólogo.



Artículos de interés

Artritis reumatoide

El valor del nuevo Metoject® 50 mg/ml en el tratamiento de la artritis reumatoide

Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) han demostrado enlentecer y/o detener la progresión de la artritis reumatoide (AR) y, entre ellos, hay que destacar –por su eficacia y rapidez de acción– al metotrexato, que es el FAME más utilizado en el tratamiento de la AR (Rodríguez-Valverde et al., 2006). Dentro de los metotrexatos, las presentaciones que permiten la administración subcutánea presentan algunas ventajas como, por ejemplo, que esta vía es menos dolorosa que la administración intramuscular (Arthur et al., 2002; Zackheim et al., 1992; Brooks et al., 1990). Además, con la administración subcutánea de metotrexato se consigue una concentración pico en plasma y un área bajo la curva mayor que con la administración oral, a la vez que es bien tolerada, no produce toxicidad local (Balis et al., 1988; Hoekstra et al., 2004) y es más eficaz (Braun et al., 2008).

Durante la administración de metotrexato es necesario manipular el producto con precaución, ya que se trata de un fármaco citotóxico. Es por ello que las comunidades autónomas han elaborado diversos protocolos de actuación para el personal manipulador de metotrexato (Ley 31/95). Se aconseja el uso de las jeringuillas precargadas de metotrexato (Metoject®), ya que es la presentación que aporta una mayor seguridad al reducir el riesgo de

entrar en contacto con el producto y, por tanto, disminuye la contaminación ambiental y del trabajador. Asimismo, la existencia de diversas presentaciones de Metoject®, con diferentes dosis del fármaco, constituye una forma muy eficaz de individualización del tratamiento, evitando, de forma prácticamente total, la posibilidad de errores en la administración de la cantidad de fármaco prescrita por el facultativo (CGCOF, 2010).

Nueva formulación

La nueva formulación de Metoject® 50 mg/ml es cinco veces más concentrada que la disponible en la actualidad (10 mg/ml), lo que permite que la inyección contenga cinco veces menos líquido y aumente, por lo tanto, su comodidad al ser inyectada. Además, la jeringuilla precargada de Metoject® 50 mg/ml viene equipada con una aguja subcutánea acoplada que conlleva mayor seguridad para el paciente. Asimismo, la aguja es más delgada, lo cual comporta un menor dolor durante la inyección. Metoject® 50 mg/ml también presenta una escala impresa en el cuerpo de la jeringa que proporciona la posibilidad de inyectar dosis intermedias de 0,05 en 0,05 ml, es decir, de 2,5 en 2,5 mg. Adicionalmente, incorpora un algodón impregnado en alcohol y, al ser un envase más pequeño, ocupa menos espacio de almacenamiento. Se ha demostrado que su biodisponibilidad equivalente a

la de Metoject® 10 mg/ml (98 por ciento) presenta una buena tolerabilidad local. Además, un reciente estudio evaluó el nivel de preferencia de los pacientes al recibir tratamiento con Metoject® 10 mg/ml o 50 mg/ml. El diseño del estudio fue abierto, cruzado y multicéntrico, e incluyó a 132 pacientes de entre 18 y 75 años con AR activa (DAS28>2,6) a pesar de ser tratados con metotrexato oral durante al menos seis semanas. Los resultados del estudio demostraron que al final del seguimiento, tras siete semanas de tratamiento, el 93 por ciento de los pacientes preferían utilizar a partir de entonces la jeringa precargada de Metoject® 50 mg/ml en lugar de Metoject® 10 mg/ml ($p<0,0001$) y únicamente el 4 por ciento prefirió Metoject® 10 mg/ml. Respecto a la manejabilidad de la jeringa, también fue significativamente mejor con Metoject® 50 mg/ml que con Metoject® 10 mg/ml, tanto desde el punto de vista del paciente como de los médicos o enfermeras.

La carga económica por consumo de fármacos en la AR es muy variable. El mayor coste lo produce el uso de terapia biológica anti-TNF (Mera et al., 2003). Se ha observado que los costes adicionales de Metoject® respecto a metotrexato oral se ven compensados por su mejora en efectividad, expresada en términos de años de vida ajustados por calidad, revelando que Metoject® es un tratamiento eficiente para la AR en el Sistema Nacional de Salud (Crespo et al., 2010).

En conclusión, la nueva formulación de Metoject® 50 mg/ml presenta considerables ventajas comparado con meto-

trexato oral, con metotrexato inyectable no comercializado en jeringas precargadas y con su antecesor Metoject® 10 mg/ml. Metoject es una opción de referencia en el tratamiento de la artritis

reumatoide que facilita el cumplimiento de la medicación, al aportar una menor agresión en la punción. Cabe señalar que no estamos hablando de una ventaja menor, cuando el acto de la pun-

ción es una de las tareas desagradables de la convivencia con la enfermedad.

■ **Jordi Carbonell**
■ **Max Brosa**

REFERENCIAS

- **Arthur V, Jubb R, Homer D.** A study of parenteral use of methotrexate in rheumatic conditions. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11:256-63.
- **Balis FM, Mirro J, Reaman GH, Evans WE, McCully C, Doherty KM, Murphy RF, Jeffries S, Poplack DG.** Pharmacokinetics of subcutaneous methotrexate. *J Clin Oncol* 1988; 6:1882-6.
- **Braun J, Kästner P, Flaxenberg P, Währisch J, Hanke P, Demary W, von Hinüber U, Rockwitz K, Heitz W, Pichlmeier U, Guimbal-Scholck C, Brandt A; MC-MTX.6/RH Study Group.** Comparison of the clinical efficacy and safety of subcutaneous versus oral administration of methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis: results of a six-month, multicenter, randomized, double-blind, controlled, phase IV trial. *Arthritis Rheum* 2008; 58(1):73-81.
- **Brooks PJ, Spruill WJ, Parish RC, Birchmore DA.** Pharmacokinetics of methotrexate administered by intramuscular and subcutaneous injections in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33:91-4.
- **CGCOF (Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos) 2010.** Disponible en: www.portalfarma.com
- **Crespo C, Brosa M, Galvan J, Carbonell J, Maymó J, Marengo JL, Del Pino-Montes J, Alonso, Rodríguez C.** Análisis farmacoeconómico de Metoject® en el tratamiento de la artritis reumatoide en España. *Reumatología Clínica* 2010, In press.
- **Hoekstra M, Haagsma C, Neef C, Proost J, Knuif A, van de Laar M.** Bioavailability of higher dose methotrexate comparing oral and subcutaneous administration in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2004 Apr; 31(4):645-8.
- **Ley 31/95 de 8 de noviembre,** de Prevención de Riesgos Laborales. (Boletín Oficial del Estado, número 269, de 10-11-95).
- **Mera A, Blanco J, Caamaño M.** Aproximación al coste de tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide en España. *An Med Interna* 2003; 20(3):114-21.
- **Vicente Rodríguez-Valverde, Rafael Cáliz Cáliz, José M. Álvaro-Gracia Álvaro, José L. Marengo de la Fuente, Juan Mulero Mendoza, et al.** III Actualización del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre terapia biológica en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2006; 2 Supl 2:S52-9.
- **Zackheim HS.** Subcutaneous administration of methotrexate. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1992; 26(6):1008.

Dr. Jesús Tornero Molina. Jefe de Sección de Reumatología

Hospital Universitario de Guadalajara. Profesor Asociado. Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá

Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la **artritis reumatoide (AR)**

Recientemente se ha publicado en 'Reumatología Clínica' (J. Tornero Molina et al. *Reumatol Clin* 2010; 6: 23-36)

la IV actualización del Consenso de la SER para orientar en el uso de agentes biológicos en el tratamiento de la AR (ver

imagen). El documento va dirigido a reumatólogos y a todos aquellos profesionales médicos y sanitarios que utilizan tratamientos biológicos para dicha enfermedad. Las recomendaciones contenidas en esta guía se emitieron siguiendo la metodología de grupos nominales, con base en la evidencia científica extraída de revisiones sistemáticas de la misma. El nivel de evidencia y el grado de recomendación se clasificaron según los sistemas habituales. El grado de acuerdo entre los expertos convoca-



dos por la SER para cada recomendación, se obtuvo por una variación de la metodología RAND-UCLA, con encuestas según la técnica Delphi.

En este documento se realizan recomendaciones sobre la aplicación práctica terapéutica de los siete agentes biológicos disponibles en España para el tratamiento de la AR: los tres agentes anti-TNF (adalimumab, etanercept e infliximab), el antagonista del receptor de la interleuquina-1 (anakinra), el agente anti-CD20 (rituximab), el bloqueador de la activación de los linfocitos T (abatacept) y el antagonista del receptor de la interleuquina-6 (tocilizumab).

Objetivo del tratamiento

Según los expertos convocados por la SER, el objetivo del tratamiento es lograr la remisión de la AR lo más precozmente posible, para evitar la destrucción articular y la incapacidad funcional. Uno de los mayores avances producidos en los últimos años es la modificación de la estrategia de tratamiento. Los dos elementos clave de este cambio son la utilización temprana de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y el establecimiento de un objetivo terapéutico concreto. Se ha demostrado que esto tiene tanta importancia como el fármaco o los fár-

macos que utilicemos para conseguirlo. La aplicación de estas nuevas estrategias, junto con la disponibilidad cada vez mayor de agentes biológicos, ha mejorado sensiblemente nuestra capacidad de inducir remisión en muchos pacientes con AR y de modificar sensiblemente su evolución en otros.

Cada decisión terapéutica debe estar precedida por una evaluación objetiva de la actividad de la enfermedad, preferiblemente mediante el DAS28 y/o SDAI o, en su defecto, objetivando alguno de los componentes de dichos índices. La evaluación hay que realizarla al menos cada tres meses, en tanto no se haya conseguido el objetivo terapéutico, y como mínimo cada seis meses, una vez se haya alcanzado éste.

Hay evidencia de que un tratamiento intensivo y precoz mejora la evolución de la AR, por lo que se debe instaurar tratamiento con FAME lo antes posible. El tratamiento inicial debe incluir uno de los FAME relevantes, de los cuales un buen ejemplo es el metotrexato (MTX). El panel de expertos considera como FAME relevantes la leflunomida y la sulfasalazina.

Se deben considerar candidatas a terapia biológica los pacientes en los que el tratamiento con al menos un FAME relevante no haya conseguido el objetivo terapéutico. Antes de utilizar la terapia biológica, un paciente con AR ha tenido que recibir tratamiento con al menos un FAME, preferiblemente MTX o leflunomida, en monoterapia o en combinación y a dosis adecuadas. Sólo en casos muy excepcionales se puede considerar la utilización de terapia biológica como tratamiento inicial.

Dada la evidencia disponible de que los inhibidores del TNF α o IL-6 inducen una rápida supresión de la inflamación y poseen mayor eficacia que los FAME para evitar el daño estructural, el panel

considera justificado evaluar la posibilidad de iniciar el tratamiento con un anti-TNF o tocilizumab, en combinación con MTX o en monoterapia en caso de contraindicación para éste, en pacientes con AR de menos de un año de evolución en quienes se sospeche un progreso especialmente grave.

Evaluación periódica

Se debe evaluar la respuesta terapéutica del primer biológico a los tres o cuatro meses de iniciado el tratamiento. Si se ha logrado el objetivo terapéutico, se recomienda seguir con evaluaciones periódicas cada tres o seis meses. Si no se ha conseguido o el paciente deja de responder, el panel recomienda tomar una nueva decisión terapéutica. En este sentido, existen tres agentes biológicos, entre los ya disponibles en el mercado, que han demostrado en estudios controlados, aleatorizados y a doble-ciego, su eficacia tras el fracaso de los anti-TNF: abatacept, rituximab y tocilizumab.

Si una vez agotadas las opciones de tratamiento con agentes biológicos no se ha alcanzado el objetivo terapéutico, pero el paciente y el médico observan una mejoría superior al 20 por ciento en la evaluación integral de la enfermedad, el documento considera que se debe mantener el tratamiento con el agente biológico que el clínico considere adecuado para ese paciente.

Finalmente, la actualización del Consenso revisa los aspectos de seguridad y tolerabilidad de los agentes biológicos en el tratamiento de la AR, con especial incidencia en las infecciones, el cribaje de infección tuberculosa latente, la relación con linfomas y neoplasias sólidas, la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central y la insuficiencia cardíaca congestiva. La información y consejos de actuación y seguimiento de este aspecto se recogen en el documento con una serie de tablas de fácil consulta y comodidad para su aplicación práctica.

■ Dr. Jesús Tornero Molina



Dedos en cuello de cisne en un paciente con AR avanzada.



Dr. Antono Naranjo Hernández
Hospital Universitario de Gran
Canaria Dr. Negrín. Las Palmas

Dr. Javier de Toro Santos
Complejo Hospitalario Juan
Canalejo. A Coruña

■ ECOE

La evaluación del residente durante la formación MIR y planificación de una ECOE

Con el RD 183/2008 se ha producido un cambio de la tutorización MIR que afecta de forma especial a la evaluación del residente. Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social a tal fin son coherentes desde el punto de vista pedagógico. El aspecto más novedoso es el apartado de evaluación formativa, con la inclusión de entrevistas periódicas regladas y el refuerzo del Libro del residente (ver figura 1). Sin em-

bargo, hemos de tener en cuenta que el día a día de los hospitales es particular. Los tutores carecen a menudo del tiempo y, a veces, de la preparación para cumplimentar todos los documentos.

Entrevistas periódicas Tutor - Residente

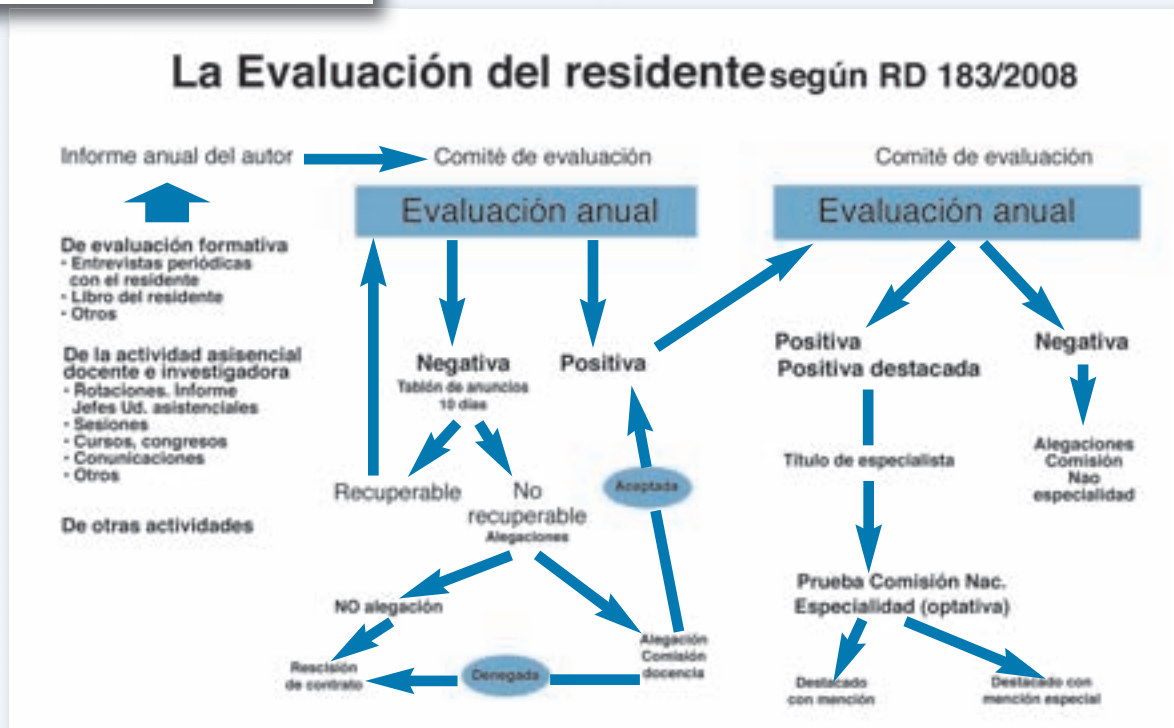
La entrevista periódica de tutor y residente ha de tener un carácter estructurado y pactado que favorezca la

autoevaluación y el autoaprendizaje del especialista en formación (RD 183/2008). Estas entrevistas, en un número no inferior a cuatro por cada año formativo, se realizarán en momentos adecuados, normalmente en la mitad de un área o bloque formativo, para valorar los avances y déficits y posibilitar así la incorporación al proceso de medidas de mejora. Las entrevistas se registrarán en el Libro del residente y en los informes anuales.

A continuación, se expone un modelo de entrevista basada en la del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y supervisada por el Profesor de Psicología José Martín-Albo, experto en motivación:

■ La entrevista ha de ser individual y personalizada. Se podrán realizar

FIGURA 1





entrevistas en grupo para temas concretos en los que no se traten asuntos personales. Debe quedar documentada y firmada por el tutor y por el residente.

- En una entrevista se debe emplear por parte del tutor un clima cercano, incluyendo aplaudir al residente por todo lo que ha hecho bien, pero siendo a la vez muy claro sobre aquello que no ha superado. El residente debe haber comprendido con total claridad el alcance de lo que tiene que mejorar y poder expresar en la entrevista todo lo que desee decir al respecto. Es importante que el tutor deje hablar al residente y que le pida que se autoevalúe y ofrezca sus propias versiones y soluciones sobre los aspectos a mejorar, evitando la actitud paternalista del tutor de dar reiteradamente consejos. En cada entrevista es conveniente encargar tareas que ha de realizar o alcanzar el residente en el periodo comprendido hasta la siguiente reunión.

- Sería útil llevar un guión de la reunión, que incluya los requisitos formativos que constan en el programa de la especialidad para el periodo determinado: rotaciones, guardias, cursos, investigación, presentaciones orales, bases de datos y estadística, búsqueda bibliográfica, relación con los compañeros, etc. Como norma general, la entrevista no debería durar más de diez o quince minutos.

- Se aconseja que las reuniones sean más extensas e incluso más frecuentes el primer año de residencia. Sería muy interesante realizar una entrevista reglada a la llegada del residente (ver figura 1).

¿Para qué evaluar al residente cuando ha terminado el MIR?

La evaluación de la competencia clínica es un objetivo de las instituciones involucradas en la prestación de servi-

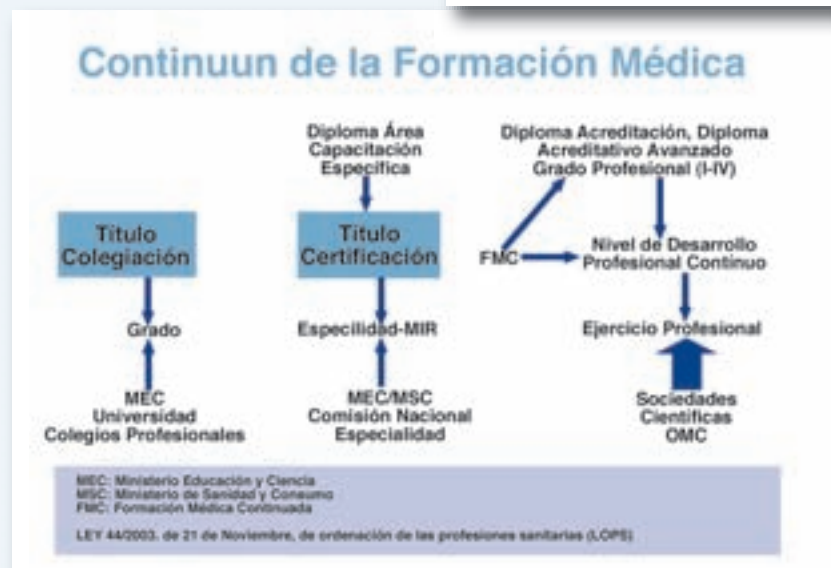
Un especialista de Reumatología debería ser competente en la realización de una historia clínica correcta

cios sanitarios y en la formación de sus profesionales. Para algunos, un especialista de Reumatología debería ser competente, como mínimo, en la realización de una historia clínica correcta, de un abordaje diagnóstico y de la elaboración de un diagnóstico diferencial y terapéutico, sobre todo de las entidades más frecuentes: en planta, consulta y de urgencia. Asimismo, debería realizar correctamente la lectura de Rx simple, dominar la visualización de cristales al MOLP, diagnosticar las lesiones cutáneas y realizar artrocentesis y ecografía.

La necesidad de acreditar que un reumatólogo es competente es habitual en algunos países y se hace periódicamente a lo largo de la vida profesional. En nuestro país la nueva normativa prevé una prueba nacional optativa que las comisiones nacionales de cada especialidad han de ofrecer formalmente a partir del año 2012, cuando terminen los actuales R2.

El pasado 27 de marzo tuvo lugar en Madrid un curso sobre Evaluación Clínica, Objetiva y Estructurada (ECO) organizado por la SER y dirigido a profesores, tutores y miembros de la Comisión Nacional de la Especialidad. En el curso se definieron los objetivos y el contenido de una ECOE, se diseñaron las etapas, los instrumentos y tablas de referencia, se realizó un cuadernillo de preguntas e instrucciones, se trató la metodología en la realización de la prueba y, finalmente, se propuso un ejemplo de ECOE en Reumatología. Participaron como ponentes la Dra. Milagros González Béjar, coordinadora

FIGURA 2



Nacional Grupo-ECOEs de Semergen, el Dr. Antonio Naranjo Hernández, del Hospital Universitario Dr. Negrín, y el Dr. Francisco Javier de Toro Santos, del Complejo Hospitalario de A Coruña.

En definitiva, la SER ha puesto en marcha la generación de un modelo de evaluación final para acceder a la calificación de excelencia de la Comisión Nacional de la Especialidad, con dos tipos de calificación: A) especialista en Reumatología destacado con mención, o B) con mención especial. Para los reumatólogos en ejercicio se trataría de desarrollar un modelo de certificación y recertificación (asegurar un mínimo de calidad en la formación de los reumatólogos en ejercicio de acuerdo con la LOPS (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), (ver figura 2).

Uno de los sistemas más utilizados para estudiar las competencias en el Área de Medicina General y Familiar es la ECOE.

¿Qué es una ECOE?

Es una de las herramientas avaladas internacionalmente para la evaluación de profesionales en el mundo sanitario, compuesta por un circuito de estaciones que permite evaluar de forma práctica muchas de las competencias potenciales que debe tener un especialista sanitario. Es válida, fiable y tiene un enorme impacto para detectar déficits de formación y en la planificación de la docencia. Sin embargo, cuenta con el inconveniente de ser muy laboriosa y costosa y de precisar una planificación rigurosa y detallada. En las estaciones de una ECOE se emplean pacientes estandarizados (por ejemplo, actores), maniqués, imágenes o simulaciones telefónicas, así como preguntas orales o escritas en diferentes formatos.

Tal y como se ha comentado, sus aplicaciones en Reumatología van desde la

La ECOE es determinante a la hora de detectar déficits en la formación y en la planificación de la docencia

evaluación formativa del MIR, la evaluación final del MIR (acreditación de excelencia), la certificación-recertificación de los reumatólogos en ejercicio, la homologación del título de especialista, pasando por la acreditación docente y la carrera profesional e incluso la selección de personal.

En el XXXVI Congreso Nacional de Reumatología que se acaba de celebrar se ha propuesto una ECOE piloto. Además, se ha tratado de ofrecer una

evaluación final voluntaria para MIR de cuarto año de Reumatología, que para la ocasión se ha dividido en cinco estaciones con carácter formativo. Se ha contado con la participación de quince candidatos en tres ruedas de cinco. El residente ha realizado la prueba de forma simultánea con otros, durando diez minutos cada estación. Se realiza una pausa de dos minutos y a continuación se cambia de estación hasta finalizar la primera rueda en una hora. En algunas de las estaciones se han incluido pacientes estandarizados.

A partir de 2012, la ECOE oficial se prevé que esté compuesta por un total de diez a quince estaciones y, aproximadamente, la mitad deberá incluir pacientes estandarizados.

■ Dr. Antonio Naranjo Hernández

■ Dr. Javier de Toro Santos





Dra. Núria Guañabens
Servicio de Reumatología
Hospital Clínic. Barcelona



¿Cuánto tiempo debemos aconsejar a nuestros pacientes con osteoporosis un tratamiento con bisfosfonatos?

Esta pregunta tiene una difícil respuesta, pues no se dispone de suficientes datos basados en la evidencia científica para hacer una recomendación concreta.

En la actualidad se dispone de datos de eficacia y seguridad, a partir de ensayos terapéuticos, con la administración continuada de alendronato y risedronato durante diez y siete años respectivamente, y de tres años con ibandronato oral y ácido zoledrónico.

La opción de realizar 'vacaciones terapéuticas' surgió a raíz de un estudio que mostró que las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis que habían seguido tratamiento con alendronato 5-10 mg/día durante cinco años y luego placebo durante otros cinco, no tenían un aumento del riesgo de fractura (excepto de fracturas vertebrales clínicas). Eso sí, presentaban una pérdida gradual del efecto del alendronato en la densidad mineral ósea de fémur y en los marcadores óseos.

Pero, ¿por qué se plantea la retirada del tratamiento cuando no es habitual suspenderlo en otros procesos crónicos? Básicamente por dos motivos. En primer lugar, porque los bisfosfonatos se acumulan en el tejido óseo y son liberados localmente, cuando el tejido óseo es resorbido, durante meses o años después de su suspensión. En segundo lugar, por los

aislados pero importantes efectos adversos descritos después de su aprobación.

Así, considerando el primer punto, se ha llegado a detectar pamidronato en orina a los ocho años de haber parado el tratamiento en un grupo de niños con osteoporosis. Otro aspecto interesante es que los bisfosfonatos no son iguales en su unión al componente mineral óseo, de forma que su afinidad para ligarse a la hidroxiapatita es variable. En este sentido, el alendronato tiene una mayor 'vida media' en el tejido óseo que el risedronato, lo que se traduce en la distinta evolución de la densidad mineral y de los marcadores óseos tras su retirada, con cambios más rápidos para el risedronato.

Otro aspecto es el desarrollo de posibles efectos adversos tras su administración prolongada, que incluyen casos aislados de osteonecrosis de

los maxilares y fracturas subtrocántreas y diafisarias. La asociación de ambos procesos con el tratamiento con bisfosfonatos en pacientes con osteoporosis es discutible y requiere ser evaluada de forma rigurosa.

Centrando el tema de debate, se ha demostrado que los bisfosfonatos son eficaces en la reducción de fracturas en la osteoporosis posmenopáusica durante períodos largos de tiempo, y que su acumulación en el tejido óseo puede permitir una eficacia antifracturaria residual cuando se suspende su administración. La indicación y duración de estas 'vacaciones terapéuticas' pueden ser distintas para el alendronato y el risedronato. Por todo ello, cuando se considera interrumpir el tratamiento, se debe valorar el riesgo de fractura, la adherencia terapéutica previa, así como la respuesta en la incidencia de fracturas y en los cambios en los parámetros intermedios (densidad mineral y marcadores óseos). Así, se puede plantear la retirada temporal en pacientes con buena respuesta tras cinco años de bisfosfonatos y riesgo moderado de fractura. Estas pacientes podrían permanecer sin tratamiento con bisfosfonatos durante varios años, quizá cinco años en el caso del alendronato, si no desarrollan fracturas y la densidad mineral y los marcadores óseos son relativamente estables. Las pacientes con alto riesgo de fractura deberían ser

¿Por qué se plantea la retirada del tratamiento cuando no es habitual en otros procesos crónicos?

tratadas durante periodos prolongados, alrededor de diez años, y según las características de la paciente tener 'vacaciones' no superiores a uno o dos años, manteniendo los suplementos de calcio y vitamina D. Como siempre, el sentido común y el 'oficio' del reumatólogo deben guiar la decisión.

REFERENCIAS

- **Bone HG, Hosking D, Devogelaer JP, Tucci JR, Emkey RD, Tonino RP, et al.** Ten years' experience with alendronate for osteoporosis in postmenopausal women. *N Engl J Med* 2004; 350:1189-1199.
- **Black DM, Schwartz AV, Cauley JA, Levis S, Quandt SA, Satterfield S, et al.** Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment. *JAMA* 2006; 296: 2927-2938.
- **Colón-Emeric CS.** Ten vs five years of bisphosphonate treatment for postmenopausal osteoporosis. Enough of a good thing. *JAMA* 2006; 296: 2968-2969.
- **Watts NB, Diab DL.** Long-term use of bisphosphonates in osteoporosis. *J Clin Endocrinol Metab* 2010 Feb 19 [Epub ahead of print].
- **Russell RG.** Are all bisphosphonates the same? *Bone* 2007; 40 (Suppl 2): S19-S20.



Dr. José Carlos Rosas Gómez de Salazar.
Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante

Dr. José Ivorra Cortés.
Hospital Dr. Peset. Valencia

Dr. José Luis Fernández Sueiro.
Hospital Juan Canalejo. A Coruña



Damos respuestas



El DIU (dispositivo intrauterino) en pacientes con lupus

Soy una mujer de 32 años y tengo lupus desde hace seis años. Me están tratando con cortisona y otro medicamento llamado Imurel®. Me han aconsejado que evite, por el momento, quedarme embarazada por mi enfermedad, pero los médicos me han informado que puede haber problemas y riesgos con la utilización de la píldora anticonceptiva. Al final consultándolo con mi ginecóloga voy a utilizar un DIU. ¿Qué les parece esta opción comparada con la píldora?

Isabel, Valencia

■ El DIU es una buena opción en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico. La utilización de la 'píldora', es decir, los anticonceptivos orales que contienen estrógenos y progestágenos, parece más segura de lo que se

pensaba hace unos años si no hay factores que aumenten el riesgo de trombosis y el lupus no es grave. De hecho, en estudios recientes no parece que la enfermedad se vea agravada en pacientes que no tienen factores de riesgo para trombosis. Sin

pero que, a veces, aumentan o provocan sangrado uterino.

Por ello, el DIU es una buena opción. Si bien, hay que tener en cuenta que al estar usted inmunodeprimida por el tratamiento, existe mayor riesgo de infecciones en la zona de implantación del DIU, y su ginecólogo debe instruirle sobre los síntomas que le pueden indicar la existencia de infección.

■ **Dr. José Ivorra Cortés**

embargo, es una opción que la mayoría de los médicos y pacientes evitan. Existen otros preparados anticonceptivos que contienen solo progestágenos, que parecen seguros

disminuir el colesterol. Sin embargo, dado que lo tengo normal y además ya tomo mucha medicación, ¿debería tomar también estas pastillas?, ¿no es demasiado tratamiento?

Carolina, A Coruña

■ Entendemos que su médico le ha sugerido el inicio de tratamiento con estatinas. Las estatinas fueron desarrolladas inicialmente para reducir los niveles de colesterol. Sin embargo, en los últimos años se ha observado que tienen propiedades antiinflamatorias que podrían disminuir el riesgo de enfer-



Remisión y artritis reumatoide

Tengo artritis reumatoide para la que estoy siguiendo varios tratamientos. En la última consulta mi médico me ha planteado un tratamiento con un medicamento para



medad cardiovascular y también podrían influir en la inflamación articular.

Las estatinas bloquean señales químicas de la inflamación denominadas citocinas. Además, parecen reducir los niveles de la proteína C reactiva (PCR), producida en el hígado como respuesta a la inflamación.

En términos generales, en pacientes con artritis reumatoide (AR), el riesgo de padecer un infarto se duplica.

Por otro lado, se ha observado que las estatinas podrían disminuir el riesgo de eventos cardíacos, incluso en personas con niveles normales de colesterol.

Con respecto a la AR, en estos momentos no existe ningún estudio que demuestre si efectivamente se produce el mismo efecto con las estatinas. El tratamiento con estatinas puede generar dolores musculares y por lo tanto, en pacientes con AR, podrían dificultar la valoración real de la inflamación articular y, en ocasiones, puede producir toxicidad hepática.

Aunque, actualmente, no existe ninguna recomendación en concreto en la AR para la utilización de las estatinas, podría considerarse su utilización en pacientes con PCR persistentemente elevada o con inflamación articular no controlada que produce incluso mani-

festaciones extra-articulares como sería la presencia de vasculitis, enfermedad pulmonar o pericarditis.

Por tanto, la decisión de iniciar el tratamiento con estatinas debería ser algo consensuado con su médico, valorando en todo momento los beneficios y los riesgos de cada caso en particular. No sabemos cuál es su grado de control de la AR, como tampoco sabemos si presenta manifestaciones extra-articulares. Le aconsejamos consultar con su médico/reumatólogo los aspectos que hemos comentado.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



Reuma en la sangre: ¿existe?

Tengo 56 años, pero en los años 70' padecí lo que entonces se denominaba 'reuma en la sangre'. Sin embargo, por más que 'googleo' el término, apenas encuentro información. ¿Se le denomina de otra forma ahora?

Ana (Web SER)

■ Hoy en día el término 'reuma en la sangre', utilizado antiguamente, no se admite, pues lleva a confusión y no indica nada concreto, ni una enfermedad definida. Probablemente este término se utilizaba al detectarse en sangre algunos parámetros elevados como la veloci-



dad de sedimentación (VSG), e incluso ante la presencia de factor reumatoide o el ASLO. La elevación de la VSG puede aparecer en algunas enfermedades reumáticas, especialmente en las inflamatorias, pero también aparece elevada en enfermedades no reumáticas como infecciones o tumores, e incluso se incrementa con la edad. El factor reumatoide se asocia a enfermedades crónicas como la artritis reumatoide. El ASLO indica la respuesta natural a un tipo de bacteria muy común que afecta al aparato respiratorio superior que, acompañado de otros signos y síntomas impredecibles, se detecta en la fiebre reumática que, por otra parte, es excepcional actualmente en nuestro país.

■ **Dr. José Carlos Rosas**



Las referencias bibliográficas más importantes en Reumatología, agrupadas en cinco áreas:

- Artritis Reumatoide
- Espondiloartropatías
- Colagenopatía

- Reumatología Pediátrica
- Investigación Básica en Reumatología

ReumaUpdate:

Actualización bibliográfica en Reumatología

La numerosa información generada en torno a la Reumatología dificulta al médico especialista su actualización ante la multitud de novedades científicas publicadas. Consciente de esta realidad, nace el proyecto ReumaUpdate como Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología, en el que participa un gran número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott Immunology y declarado de interés científico por la SER

ReumaUpdate, además de facilitar una actualización periódica, 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 un artículo comentado por expertos de la SER procedente de ReumaUpdate.

ARTÍCULO SELECCIONADO

Fumar aumenta la susceptibilidad para artritis reumatoide en los individuos portadores del epítipo compartido HLA-DRB1, con independencia de la presencia del factor reumatoide o de los anti-péptidos citrulinados cíclicos.

SY Bang, KH Lee, SK Cho, HS Lee, KW Lee, SCh Bae. Arthritis Rheum 2010, 62:369-377.

Resumen

Se ha demostrado que fumar se asocia con la AR en pacientes que presentan el epítipo compartido (EC) HLA-DRB1, especialmente en los pacientes con anti-péptidos citrulinados cíclicos (anti-PCC) positivos. Sin embargo, este aspecto no se ha identificado en estudios realizados en pacientes caucásicos con AR y anti-PCC negativos.

El objetivo de este estudio ha sido investigar si la presencia del EC, fumar o

la combinación de ambos, contribuye al desarrollo de la AR, dependiendo de la presencia o ausencia del factor reumatoide (FR) o los anti-PCC, en una zona asiática de Corea.

Para ello, en una población de 1.482 pacientes con AR y 1.119 controles, se ha realizado el tipaje del HLA-DRB1, recogido la presencia de tabaquismo mediante un cuestionario y determinado el FR y los anti-PCC.

La presencia del alelo DRB1*0901, se asoció con los anti-PCC (OR: 2.49) y el FR (OR: 2.09). Fumar y la presencia del EC se ligó tanto con los anti-PCC positivos como negativos, en pacientes con AR. La combinación de fumar y el EC de doble copia, incrementó el riesgo de AR en los pacientes con anti-PCC, 36.11 veces y 12.29 veces en los anti-PCC negativos, comparado con los no fumadores y no portadores de EC.

Por tanto, los autores demuestran que, en población asiática, la combinación del EC y fumar se asocia a la AR con independencia de la presencia o no del los anti-PCC o del FR.

Comentario

Este artículo profundiza en el conocimiento de la patogénesis de la AR, correlacionando factores genéticos con factores de riesgo externos. Se sabe que el tabaco puede inducir una reacción autoinmune específica, ante proteínas citrulinadas, especialmente en portadores de genes del EC.

Estudios recientes han demostrado la correlación entre los alelos del EC y la formación de anti-PCC. Este artículo corrobora este aspecto, demostrando que el alelo DRB1*0901, confiere un riesgo para la formación de FR y anti-PCC.

Por otra parte, investigaciones realizadas recientemente en población caucásica habían demostrado la asociación entre fumar y AR, aunque exclusivamente en relación con la presencia de anti-PCC positiva y no cuando estos anticuerpos eran negativos. Sin embargo, en este estudio la relación es independiente de la presencia o no de los anti-PCC. Estas diferencias raciales parecen estar basadas en aspectos genéticos. En caucásicos el alelo del HLA-DRB1 más significativo es el *0401, mientras que el alelo *0405 predomina de forma significativa en este estudio con población coreana, así como en otros realizados con población asiática.

Finalmente, aunque la susceptibilidad para AR aumenta con la combinación de fumar y presencia del EC, ésta es mayor si los anti-PCC y el FR son positivos.

Un punto débil, que debe ser objeto de valoración, es el pequeño número de pacientes no fumadores incluidos en el grupo de anti-PCC negativo. Por esta razón, se aconseja realizar estudios más amplios que incluyan factores genéticos, ambientales y con diversas poblaciones, de forma que mejoren el conocimiento de la patogénesis de la AR.



“En Procade los delegados adquieren una cultura general reumatológica”

Procade, iniciativa de la SER, ha obtenido una buena acogida. ¿Existía un déficit en este tipo de formación?

Es muy importante que los delegados de la industria farmacéutica que trabajan en el campo de la Reumatología tengan una formación específica en todo lo concerniente al aparato locomotor y a su patología. Quién mejor que nuestra Sociedad para impartir esa formación y poder certificar unos conocimientos técnicos estandarizados en este colectivo.

¿Cómo se han elegido los temas?

Creemos que dentro de este Programa de Capacitación, es fundamental que los alumnos conozcan los aspectos básicos del aparato locomotor y del sistema inmune, así como los grupos de patologías de nuestra especialidad, los diferentes métodos diagnósticos y el arsenal terapéutico que utilizamos en nuestra práctica clínica.

¿Cuáles son las principales dudas que plantean los alumnos?

En general, el conocimiento de la inmunología aplicada a la Reumatología y la patogenia de las enfermedades reumáticas, son los capítulos que generan más debate, dudas y cuestiones por parte de los alumnos.

¿Qué importancia tiene la clase presencial?

Intentamos que más que una clase en sí, sea un foro de debate donde los alumnos puedan expresar sus dudas sobre el material que se les facilita y sobre los test de evaluación, reforzando así los conocimientos ya adquiridos. Este encuentro también nos sirve a los profesores para conocer de primera mano aquellos temas que tenemos que mejorar, para que al final, todos los delegados posean unos conocimientos homogéneos y sin sesgos de ningún tipo.



Dr. Manuel Castaño Sánchez, profesor de PROCADÉ

¿Se necesitan conocimientos básicos de Medicina para poder abordar el curso?

Afortunadamente para los alumnos, he de decir que no, porque lógicamente, ninguno de ellos es médico. Lo que pretendemos es que los delegados adquieran una ‘cultura general reumatológica’, para que conozcan desde dentro la especialidad en la que trabajan diariamente.

Ramón Estiarte, Director de Negocio de Esteve

“Procade potencia la formación médica del área comercial”

¿Qué supone para Esteve una iniciativa como Procade?

Para Esteve es una iniciativa interesante que ofrece una nueva forma de colaboración entre sociedades médicas e industria farmacéutica en el campo de la formación. El proyecto parte de la propia SER y ofrece la posibilidad de profundizar en aspectos formativos de los equipos comerciales de la industria farmacéutica para una mejor visita médica ante el especialista reumatólogo. No se trata únicamente de que el visitador médico conozca el producto que promociona, sino que además conozca la patología de base o asociada y pueda mantener una conversación y comunicación más fluida, a la vez que comprensible con el especialista.

¿Por qué Esteve ha decidido acreditarse a través de Procade?

En Esteve se apuesta siempre por la innovación y por nuevos modelos de colaboración y desarrollo profesional. En este caso, la iniciativa de la SER es pionera y permite que la formación médica de nuestros compañeros del área comercial se vea potenciada con el liderazgo de la propia Sociedad de Reumatología en este aspecto. La visita médica es cada vez más exigente, más científica, y por ello queremos que la visita de nuestro colectivo vaya más allá de lo que puede ser simplemente la presentación de un producto farmacéutico.

¿Cuántas personas hacen el curso?

En nuestro caso realizan el curso 30 personas de la red de especialistas del área de Analgesia & Osteoarticular.

¿Qué impresiones tiene?

Todavía no tenemos un feed-back real de

los participantes, pues justamente acabamos de ‘arrancar’ el curso, pero sí que hay una gran expectativa con el mismo. También es cierto que hay algunos ‘temores’ por parte de algunos participantes, pues el nivel que se ofrece y se exige es alto.

¿Procade es un valor añadido?

Creemos que la apuesta de Procade va a ser un elemento diferenciador para la empresa que está colaborando con la SER en su implementación. Diferenciador por el hecho de compartir una acción conjunta y de beneficio mutuo para ambos a través de una mejor formación del colectivo de visita médica de Esteve. Éste es el valor añadido que damos al equipo y que por supuesto queremos que transmita en su relación del día a día con el especialista reumatólogo.

La SER colabora en la mejora de la asistencia sanitaria en Senegal

Son muchas las regiones que en el continente africano carecen de un sistema sanitario que cubra las necesidades más básicas de su población. Este déficit de atención hace que en algunos casos no se diagnostiquen muchas de las enfermedades, lo que redundará en una peor calidad de vida.

Por este motivo, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha colaborado con la Asociación Fallou en un viaje solidario a Senegal con el objetivo de implementar conocimientos y estructuras que mejoren la calidad asistencial en dicho país, así como sensibilizar a la población, en su mayor parte rural, ante ciertas enfermedades.

Este proyecto fue puesto en marcha en 2008 por la Asociación Fallou, una enti-

dad que trabaja en la cooperación activa en la región senegalesa de Dialacoto con pequeños proyectos. "Para este fin la asociación cuenta con la ayuda de profesionales sanitarios que, en colaboración con la Administración Sanitaria de Senegal, tratan de implantar unas bases que mejoren progresivamente la salud de esta población", apunta el Dr. Pedro Sanz Frutos, del Servicio de Reumatología del Hospital de Viladecans, en Barcelona, y presidente de Fallou Associats.

Falta de medios

En esta segunda expedición han participado 14 personas, cuatro de ellas reumatólogos, acompañados de un pediatra, médicos generalistas y de familia o enfermeras, además de un arquitecto y un técnico electricista. Asimismo, se ha contado



La SER ha colaborado con la Asociación Fallou

con un grupo de 20 colaboradores de la región de Dialacoto que se han hecho cargo de las labores logísticas.

A lo largo de este viaje se ha comprobado que las enfermedades reumáticas son muy comunes en esta población y las peor diagnosticadas debido a la escasez de medios, lo que indica que en próximas expediciones ha de profundizarse más en este tema, dotando a estas regiones de material apropiado y formación suficiente.

Participación en el III Congreso de Educación Médica

Con el objetivo de acercar la Reumatología, y más concretamente, la ecografía, a los estudiantes de Medicina, la Sociedad Española de Reumatología ha impartido un taller de Iniciación en Ecografía dentro del III Congreso de Educación Médica, organizado por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

Este encuentro, que se celebró a finales de abril, reunió a más de 600 estudiantes durante dos días, que pudieron asistir a talleres como ECOE, RCP básica, Cirugía Menor, exploración en aparato locomotor, electrocardiografía o exploración neurológica, ofrecidos por representantes de las diferentes Sociedades Científicas implicadas.

En el caso del taller de Ecografía de la SER, impartido por el Dr. Manuel Castaño Sánchez, presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología, los estudiantes recibieron una aproximación a esta especialidad, así como nociones básicas sobre la ecografía, en qué consiste, cómo se realiza, ventajas y desventajas de esta técnica y su aplicación en Reumatología. De esta forma, la SER persigue acercar la especialidad a los alumnos de Medicina, con el fin de que en las Universidades se vaya afianzando el conocimiento sobre ella y, por tanto, la demanda por parte de los estudiantes de una formación de calidad sobre esta área.



✓ Colaboración con la AEMPS

La SER está colaborando con la **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)** en la realización de un **informe de seguridad de anti-TNF** y apoyará a este organismo en la redacción de un **informe especial** para la **Agencia Europea del Medicamento (EMA)**.

✓ Futuro estudio epidemiológico

La Unidad de Investigación de la SER ha comenzado a asesorar a la **Sociedad Portuguesa** en la realización de un **estudio epidemiológico** nacional y en un programa de establecimiento de **unidades de artritis precoz**.

Breves

✓ Nueva unidad de investigación

La Sociedad Italiana de Reumatología ha solicitado **recomendaciones** a la SER sobre la puesta en marcha de una **Unidad de Investigación propia**.

✓ La SEOM quiere iniciar un registro

Un grupo cooperativo de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) se ha puesto en contacto con la SER con el objetivo de **recabar información** para poner en marcha un registro.

Un estudio pionero relaciona el incremento del riesgo vascular con las patologías reumáticas

Hoy por hoy es perfectamente conocido que el tabaquismo, las dislipemias o la presión arterial alta son factores de riesgo cardiovascular. En pacientes con dolencias reumáticas inflamatorias hay que sumar un factor más que incrementa la posibilidad de sufrir un evento vascular: la propia actividad inflamatoria de estas enfermedades.

De hecho, entre el cinco y el diez por ciento de los pacientes con este tipo de patologías tienen alto riesgo cardiovascular y, probablemente, en un plazo de diez años podrían fallecer a causa de un infarto de miocardio.

Varios estudios ya han demostrado que el riesgo cardiovascular de los pacientes con artritis reumatoide duplica el de la población general y que, por lo tanto, la inflamación no sólo produce un daño articular, sino que también puede afectar a otros órganos. A pesar de esta evidencia, en España no existe un registro lo suficientemente representativo sobre la influencia del proceso inflamatorio de diversas enfermedades reumáticas en la predisposición a padecer eventos vasculares.

Estudio CARMA

Por este motivo, la Sociedad Española de Reumatología (SER), con la colaboración de Abbott, ha

puesto en marcha el estudio CARMA, un ambicioso proyecto en el que participarán 4.000 pacientes de más de un centenar de hospitales, y que tiene entre sus objetivos la obtención de una radiografía en nuestro país del perfil de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante.

Con un seguimiento a diez años, este estudio permitirá valorar el peso que tienen en el desarrollo de estas patologías los factores de riesgo clásicos –hipertensión, dislipemias, tabaco, etc.–, y la propia inflamación causada por la enfermedad reumática.



El tratamiento con glucocorticoides en la artritis reumatoide aumenta la comorbilidad cardiovascular

Los eventos cardiovasculares son una de las comorbilidades más comunes en pacientes con artritis reumatoide, de hecho la cardiopatía isquémica es la causa de fallecimiento que se da con mayor frecuencia en este sector de la población. Los pacientes de mayor edad, que además son los que cuentan con más tiempo de evolución de esta enfermedad reumática y que han sido tratados durante un extenso tiempo con fármacos corticosteroides, son los que mayor riesgo tienen de padecer también una dolencia vascular.

Estos son los resultados del estudio 'Determinantes de la arteriosclerosis

subclínica en pacientes con artritis reumatoide', que ha sido galardonado recientemente por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Para su realización ha sido necesaria la colaboración de los servicios de Reumatología y Medicina Interna del Hospital Príncipe de Asturias, en Alcalá de Henares, Madrid.

Aumento de calcio

El estudio no ha podido demostrar un incremento significativo de los casos de arteriosclerosis carotídea en los pacientes con artritis reumatoide, aunque sí se ha detectado un aumento del calcio en

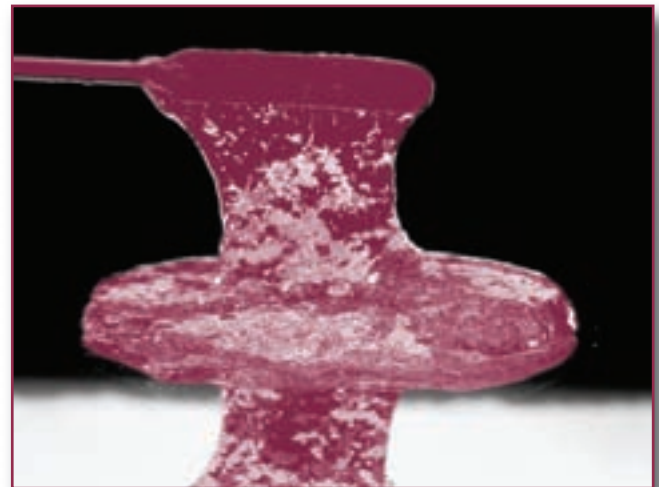
las arterias coronarias, mayor presencia de infartos silentes y un alargamiento del espacio QT en los electrocardiogramas realizados. Por este motivo, asegura el Dr. Eduardo Cuende, del Servicio de Reumatología del Hospital Príncipe de Asturias y participante en el trabajo, "son necesarios trabajos multicéntricos y a largo plazo, como el estudio CARMA, que actualmente está realizando la Sociedad Española de Reumatología (SER), con el objetivo de conocer cuál es el riesgo cardiovascular y sus determinantes en pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante".

El ácido hialurónico, una importante opción en artrosis de rodilla

A pesar de que el ácido hialurónico es conocido sobre todo por su uso en cosmética y en cirugía plástica y estética, son varios los usos clínicos que se hacen de este componente al margen del mundo de la belleza. De hecho, se ha demostrado que también es un agente que puede retrasar la degeneración articular en patologías como la artrosis, en especial la de rodilla. En este sentido, las inyecciones de ácido hialurónico de forma seriada en pacientes con artrosis han tenido un efecto positivo en la evolución de la enfermedad, tal y como indican los resultados del estudio AMELIA, presentados en el 'XVI Simposio Internacional de Inflamación y Enfermedades Reumáticas' que, durante los días 12 y 13 de marzo, reunió en Sevilla a más de 400 especialistas.

Resultados positivos

En este ensayo clínico han participado 19 centros hospitalarios de toda España y se han reclutado a más de 300 pacientes. El Dr. Federico Navarro, del comité organizador de este simposio y jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena, en Sevilla, señala que "el ácido hialurónico es un componente esencial del cartílago articular.



Desde hace más de diez años existen evidencias de su acción positiva en el control de los síntomas de la artrosis. En este estudio nos hemos planteado si, además de por sus propiedades analgésicas, el ácido hialurónico inyectado de manera seriada a lo largo de años, podría modificar el curso de la enfermedad".



Las técnicas de imagen facilitan un tratamiento precoz más efectivo

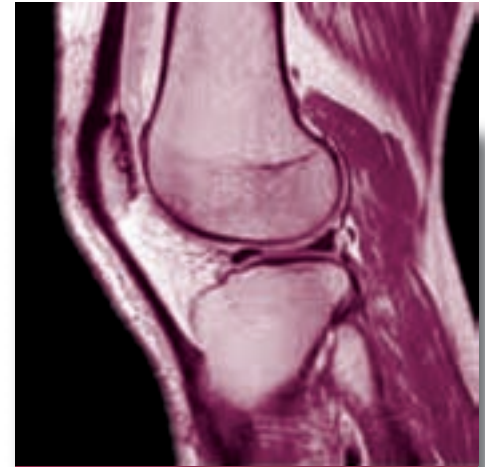
Las deformaciones en las extremidades, particularmente en las manos, provocadas por la evolución de enfermedades reumáticas e inflamatorias como la artrosis o la artritis reumatoide, han ido poco a poco reduciéndose. El diagnóstico precoz, unido a unas modernas técnicas de imagen que permiten conocer en profundidad la anatomía detallada del sistema locomotor, han hecho posible que se pueda aplicar un tratamiento óptimo a los pacientes reumáticos en estadios de la enfermedad cada vez más iniciales, minimizando en lo posible la evolución de la enfermedad e incrementando su calidad de vida.

Técnicas de imagen como la ecografía musculoesquelética, se han convertido en una herramienta imprescindible para poder realizar un diagnóstico certero

desde el primer momento. Por este motivo, es fundamental profundizar en el conocimiento de la anatomía, con el fin de poder realizar con mayor calidad ecografías del aparato locomotor. Éste es el objetivo principal de los cursos 'Sonoanatomy' celebrados en Barcelona desde 2008. La tercera edición se ha centrado en la mano reumática y los nervios periféricos.

Mayor conocimiento de la mano

La mano es un punto clave en muchas de las enfermedades reumáticas, y sus lesiones pueden ser múltiples, afectando a todas sus estructuras. Según apunta la Dra. Esperanza Naredo, de la Sección de Reumatología del Hospital Severo Ochoa de Madrid y co-organizadora del curso, "es deseable que los profesionales mejoremos nuestra des-



Ecografía musculoesquelética realizada para facilitar el diagnóstico en pacientes reumáticos

treza en el manejo de ecografías y otros sistemas de alta resolución y contemos con habilidades en este campo diagnóstico, por lo que es necesario un conocimiento profundo de esta extremidad y los nervios que la rodean".

Las mujeres en edad laboral, las más afectadas por las enfermedades reumáticas

Según estudios nacionales e internacionales, las enfermedades que a largo plazo pueden provocar graves secuelas y un importante deterioro de la calidad de vida si no están correctamente tratadas y seguidas, como la artritis reumatoide, el lupus o la artrosis, se centran sobre todo en mujeres.

Cada enfermedad reumática tiene un rango de edad de aparición, pero muchas se dan en mujeres adultas de edad no avanzada, e incluso en jóvenes. En muchas ocasiones, estas mujeres se ven forzadas por la enfermedad a abandonar sus puestos de trabajo, variar de ocupación o, en el mejor de los casos, a modificar las condiciones laborales.

Dificultades cotidianas

El efecto directo de la enfermedad hace que, labores que

a simple vista parecen fáciles como teclear en un ordenador, subir las escaleras o manipular ciertos objetos, se conviertan en actos de gran dificultad. Además, de forma indirecta, el hecho de que tengan que acudir repetidamente a valoración y seguimiento para el control de su enfermedad y de la medicación, les obliga a ausentarse de sus puestos de trabajo o a evitar viajes o situaciones que para otros trabajadores pueden representar una mejora, con lo que quedan en franca desigualdad.

Este hecho, unido a que otro gran porcentaje de mujeres han de abandonar sus puestos de trabajo para hacerse cargo de algún familiar con este tipo de enfermedad, se convierte en un importante problema, incrementado más aún si cabe en esta época de crisis y serias dificultades laborales.



Estrategias para evitar futuras discapacidades en artritis reumatoide y mejorar la calidad de vida

El diagnóstico temprano y el tratamiento precoz en artritis reumatoide es una estrategia efectiva para detener la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología. El Parlamento británico así lo piensa, y de esta forma aparece reflejado en el informe 'Servicios para las personas con artritis reumatoide', elaborado por el Comité de Cuentas Públicas. El documento recomienda poner en marcha una serie de acciones encaminadas a evitar, a través del diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado, que los pacientes con esta dolencia sufran un deterioro irreversible.

Medidas para seguir avanzando

Tal y como apunta Antonio Torralba, presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), "es un paquete de medidas con mucha visión de



futuro, ya que cuando la enfermedad no es tratada a tiempo se puede producir un daño irreversible en las articulaciones en los tres primeros años desde la aparición de síntomas, y hasta un 50 por ciento de los pacientes ya no puede trabajar tras diez años desde el comienzo de la enfermedad".

Entre las barreras que existen en España para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz se encuentran el desconocimiento generalizado de la enfermedad, el tiempo de derivación al especialista desde que empiezan los primeros síntomas y el número insuficiente de reumatólogos.

Continúan los Cursos de Enfermería de la SER con el apoyo de Abbott Laboratorios

El papel de la enfermería especializada en Reumatología está cobrando cada vez mayor relevancia en la educación y asistencia clínica de los enfermos. Cons-

cientes de ello, la SER, junto con el Grupo de Trabajo en Enfermería de Reumatología de esta Sociedad Científica, 'GTESER', han puesto en marcha el 'Curso SER de Enfermería: Taller Práctico de Metrología en Artritis Reumatoide y Espondilitis Anquilosante', cuyo objetivo es proporcionar una formación de vanguardia a los profesionales de Enfermería de Reumatología para lograr una mejor calidad asistencial. El curso, que cuenta con el patrocinio de Abbott La-

boratorios, ha sido realizado hasta la fecha en Pontevedra, Barcelona y Almería, a las que seguirán Málaga, Burgos, Murcia y Alicante.

Susana Fernández, asistente al curso, destaca tres aspectos: "La excelente organización, el alto nivel de los ponentes y un contenido eminentemente práctico que permite clarificar funciones esenciales en la valoración y el cuidado a estos pacientes".



Certolizumab pegol, de UCB Pharma, mejora de forma significativa el estado físico de los pacientes

En la actualidad, alrededor de 200.000 mujeres en España sufren artritis reumatoide y, de ellas, más del 50 por ciento no puede trabajar a causa de esta enfermedad discapacitante o tiene un empleo de peor cualificación. Padeecer esta patología, que afecta en mayor medida al colectivo femenino, conlleva un alto impacto psicológico ya que, como afirman los últimos estudios, el 43 por ciento de las mujeres presenta un bajo estado de ánimo y en torno al 7 por ciento sufre ansiedad o depresión. Para hacer frente a esta problemática, los reumatólogos quisieron recordar en el Día Internacional de la Mujer Trabajadora, cele-

brado el pasado ocho de marzo, el gran hito que suponen las terapias biológicas. En este sentido, Certolizumab pegol, de UCB Pharma, recientemente aprobado por la Comisión Europea, ha demostrado inhibir la progresión del daño estructural articular, disminuir el impacto psicológico de la enfermedad y reducir el número de bajas laborales.

Menos dolor

El Dr. Federico Navarro, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, asegura que “entre un 25 y un 30 por ciento de las mujeres con artritis reumatoide en edad activa tiene al-

gún episodio de incapacidad laboral transitoria al año a causa de la enfermedad. Asimismo, ocho años después del diagnóstico, el 50 por ciento de las pacientes sufre incapacidad laboral permanente”. Según este especialista, la discapacidad que causa la artritis reumatoide repercute en todo el entorno de la mujer. Sin embargo, concluye el Dr. Navarro, “Certolizumab pegol permite que los pacientes estén más activos, con menos dolor, inflamación y cansancio y que su estado físico sea mejor, lo que disminuye el número de bajas laborales, así como el impacto psicológico y social de la enfermedad”.

La UE aprueba Orenzia® en niños con AIJ poliarticular

La Comisión Europea ha aprobado el uso de Orenzia® (abatacept), en combinación con metotrexato, para el tratamiento de la artritis idiopática juvenil poliarticular (AIJp) activa, de moderada a grave, en pacientes pediátricos de seis años o más. Estos, además, han debido presentar una respuesta inadecuada a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo al menos un inhibidor del TNF. Orenzia®, el primer fármaco biológico desarrollado íntegramente por Bristol-Myers Squibb, está aprobado en la UE para el tratamiento de la artritis reumatoide en pacientes adultos desde mayo de 2007.

‘Yo me cuido y te invito a cuidarte’ programa galardonado con el premio ‘Comprometidos con la Vida’

La Asociación Malagueña de Artritis Reumatoide (AMARE) ha sido galardonada con el premio ‘Comprometidos con la Vida’, por la puesta en marcha del proyecto ‘Yo me cuido, y te invito a cuidarte’ en la provincia de Málaga. Convocado por la Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR), en colaboración con Roche, este premio distingue la mejor iniciativa desarrollada por asociaciones de pacientes para mejorar la vida de las personas con artritis reumatoide (AR) y de sus familiares.

Educación para cuidarse mejor

El proyecto ganador consiste en una serie de talleres itinerantes por toda la provincia de Málaga cuyo objetivo es promocionar la salud, facilitando información a los pacientes y educando en el autocuidado. Según Remedios

Gómez, presidenta de AMARE, “gracias a la ejecución de los talleres hemos observado que la falta de información deriva muchas veces en un mal uso de los tratamientos e infravaloración de los riesgos que están expuestos a sufrir estos pacientes. Además, a través de los debates creados en los talleres, hemos detectado que sería necesario incrementar los recursos y los especialistas en Reumatología, así como que hace falta un abordaje multidisciplinar del enfermo”.

La AR es una enfermedad autoinmune, crónica, caracterizada por la inflamación de la membrana que rodea las articulaciones. En España más de 250.000 personas padecen esta enfermedad, que afecta sobre todo a adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 25 y los 55 años.