

MAYO-JUNIO

20
10  Nº 41
AÑO 8

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

EULAR 2010: Roma



 ENTREVISTA

Alejandro Olivé
Nuevo Secretario
de la Unión Europea
de Médicos Especialistas



 NOTICIAS

La web de la SER,
premiada
por su servicio
a los especialistas

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:
M^a José Rodríguez Chamizo

Publicidad:
Raúl Frutos Hernanz



www.inforpress.es

Diseño gráfico y maquetación:
Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Asesoría y coordinación:
Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Impresión:
Inforpress
(Departamento Publicaciones)

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 €

La Reumatología pisa fuerte

El Congreso Nacional de la SER, EULAR..., mayo y junio son dos meses realmente importantes para la Reumatología. Roma ha acogido este año la cita anual europea, que en esta ocasión ha congregado a cerca de 17.000 especialistas. Como siempre, se ha tratado de un encuentro de elevado nivel científico en el que se han puesto sobre la mesa los últimos avances de la especialidad. Pero no sólo eso, también se ha anunciado la sede del congreso para el año 2013. Desde la SER nos sentimos especialmente



orgullosos de que EULAR haya escogido Madrid para albergar este evento. Ya lo hizo Barcelona hace tres años y estamos seguros de que se repetirá el éxito.

En este número de Los Reumatismos encontraréis también otros temas destacados, como la entrevista a Alejandro Olivé, nuevo secretario de la Unión Europea de Médicos Especialistas, un clarísimo ejemplo de que la Reumatología española pisa cada vez más fuerte en el panorama internacional. Asimismo, hemos charlado con Isabel Goyanes, la mejor MIR que ha elegido Reumatología este año y que desarrollará su formación en el Hospital Príncipe de Asturias, en Alcalá de Henares (Madrid). Como sabéis, entre nuestros objetivos está mejorar cada año el *ranking* MIR que escoge nuestra especialidad, e Isabel es un claro ejemplo de que vamos por el buen camino.

Dentro de la sección de Sociedades Autonómicas, nos gustaría felicitar a todos los reumatólogos de Cantabria, ya que en un breve periodo de tiempo contarán con su propia Sociedad Autónoma de Reumatología. Ésta era una de las pocas comunidades que aún no tenía Sociedad, pero el Dr. Peña y su equipo han cambiado esta situación. Esperamos que realicen un gran trabajo.

Madrid, ciudad elegida para la celebración de EULAR 2013

Y como siempre, encontraréis un gran número de noticias que ponen de manifiesto la actividad incansable de esta Sociedad, como la puesta en marcha del máster en espondiloartritis, el inicio del registro de Síndrome de Sjögren realizado por el grupo de trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER o las conclusiones de Reumasalud, un proyecto encuadrado dentro del área de Responsabilidad Social Corporativa de la SER que ha vuelto a resultar todo un éxito.

3

Editorial

La Reumatología pisa fuerte

5

Entrevistas

Dr. Alejandro Olivé

7

Isabel Goyanes

11

Eventos

La SER participa en EULAR 2010

12

El síndrome antifosfolípido está infradiagnosticado en España

16

Sociedades Autonómicas

La SAR renueva su Junta Directiva

17

La Sociedad de Reumatología de Andalucía organiza diversos eventos para sus socios

20

Artículos de interés

22

Bibliografía comentada

30

Buzón del reumatólogo

Psoriasis o exantema psoriasiforme inducido por fármacos que bloquean el TNF- α

33

Buzón del paciente

36

ReumaUpdate

Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

39

Noticias SER

40

Reumasalud atiende a más de 2.000 personas en dos semanas

48

Noticias

Amgen colabora con Valencia en el control y prevención de la osteoporosis



p. 7



p. 11



p. 16



p. 40



p. 45



“Una de mis tareas principales será facilitar la difusión de la UEMS en Europa”

Dr. Alejandro Olivé, nuevo secretario de la Unión Europea de Médicos Especialistas

El nuevo secretario de la UEMS revela en estas líneas sus retos y objetivos al frente de un organismo al que augura un futuro “óptimo”

Acaba de ser nombrado secretario de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS en sus siglas en francés). ¿Qué significa este nombramiento para usted?

El nombramiento fue propuesto por el presidente de la UEMS Reumatología, el Dr. J. da Silva, y aceptado por unanimidad. Para mí significa un gran logro personal y también para la Sociedad Española de Reumatología. Es el corolario de años de trabajo que, por fin, tienen una recompensa.

¿Cuáles van a ser sus tareas principales como secretario de la UEMS?

Coordinar a los diferentes países miembros y facilitar la difusión de la UEMS en Europa.

La UEMS tiene como objetivo promocionar la libre circulación de los médicos especialistas europeos, asegurando la mejor calidad en el cuidado médico a los ciudadanos europeos. ¿Cree que hoy por hoy se está cumpliendo este objetivo?

La UEMS es un organismo que fun-



ciona. Funciona además con una velocidad de crucero y, poco a poco, sin presión alguna, consigue sus objetivos difundiendo los documentos pertinentes.

¿Cuáles son los principales retos de la UEMS?

Actualmente el objetivo es refrendar

el Core Curriculum, hecho ya conseguido, y crear una agencia de formación.

¿Qué se podría hacer para conseguirlo?

Estamos en ello. El Core Curriculum es una realidad. La formación continuada y su objetiva evaluación es el escollo con el que estamos bregando



“ El objetivo es refrendar el Core Curriculum y crear una agencia de formación ”

en la actualidad. Su reconocimiento por parte de EULAR es esencial.

¿Está España suficientemente representada en esta asociación?

Sí. El cupo son dos miembros, y allí estamos.

¿Cree que los médicos españoles salen suficientemente al extranjero para mejorar su formación como especialistas?

No, tristemente no. Un ejemplo es que de 17 residentes formados en el HUG-TIP, sólo dos han salido al extranjero. Uno de ellos, la Dra. Gumá, permanece en la Universidad de California con una trayectoria encomiable.

Como tutor de residentes, ¿cree que éstos, hoy por hoy, valoran en su justa medida la importancia

de completar su formación en hospitales extranjeros?

Creo que no lo valoran. Vivimos en la sociedad de lo inmediato y no se contempla irse fuera, a pesar de lo enriquecedor que es.

¿Se dan suficientes ayudas a los especialistas europeos para completar su formación en el extranjero? ¿Y a los españoles?

Yo creo que sí. EULAR ofrece becas óptimas para este menester. La SER también dedica una partida..., no sé qué esperan nuestros residentes para solicitarlas.

¿Cuánto tiempo lleva dentro de la UEMS?

Seis años.

¿Cuánto tiempo ocupará el cargo de secretario?

De dos a cuatro años. La nueva pre-

sidenta y secretario tomarán el cargo en diciembre. La Dra. Deborah Bax será la nueva presidenta, hecho que me anima, dado que la conocí en Bath y nos une una estrecha amistad.

¿Usted se ha formado en el extranjero? ¿Dónde? ¿Durante cuánto tiempo?

He de dar gracias a que el Dr. Jordi Carbonell me sugiriese ir al Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, en Bath, Inglaterra. Allí estuve 18 meses como *clinical research fellow*.

¿Cree que esta formación ha sido un punto a su favor a la hora de nombrarle secretario de la UEMS?

Evidentemente, desde el dominio del inglés hasta las amistades que hice allí.

¿Cómo ve el futuro de la UEMS?

Óptimo.

EN POCAS PALABRAS

- ✓ Lugar de nacimiento: Barcelona.
- ✓ Una cualidad suya: Tesón.
- ✓ Un defecto: No escucho todo lo que debería escuchar.
- ✓ En su tiempo libre, ¿con qué disfruta? Lectura, música y deporte.
- ✓ Una ciudad para retirarse: Varanasi (India).
- ✓ De no ser reumatólogo, le hubiese gustado ser... Reumatólogo.

- ✓ ¿Qué es lo mejor de su profesión? La satisfacción que da el curar y la posibilidad de enseñar.
- ✓ ¿Y lo peor? El escaso reconocimiento que tiene la profesión de Medicina y ¡por qué no decirlo, diantre! lo mal pagados que estamos.
- ✓ Un deseo para la Reumatología del futuro: Atención al paciente, docencia e investigación. Bien equilibrado, sabe mejor.



“Aún queda mucho por estudiar y descubrir en el campo de la Reumatología”

Isabel Goyanes, primer MIR que ha elegido la especialidad de Reumatología

Isabel Goyanes considera que la Reumatología atraviesa un “muy buen momento”. A lo largo de esta entrevista explica su elección como MIR de esta especialidad y expone algunas ideas sobre cómo podría mejorarse su demanda entre los estudiantes de Medicina

¿Qué le motivó a escoger Reumatología y no otra especialidad?

Escogerla ha sido un proceso de descarte a lo largo de todos los años de carrera. Muchas de las clases que puedo recordar son de Reumatología, gracias a la gran calidad del cuerpo docente, como el Dr. Álvarez de Mon y las Dras. Pérez y Sánchez Atrio que nos contagiaban su entusiasmo por esta especialidad.

¿El reumatólogo nace o se hace?

En mi opinión se hace. Es más, creo que en general cuando uno empieza Medicina no tiene mucha idea de dónde va a terminar y es con el paso del tiempo cuando se decide por una cosa u otra.

¿Qué espera de su próxima formación MIR?

Tengo grandes expectativas y espero demostrar que todo el esfuerzo que he tenido que realizar para llegar hasta aquí ha valido la pena.

¿Por qué el Hospital de Alcalá de Henares para realizar la residencia?

Desde un principio, fuera cual fuera la especialidad que eligiera, quería hacerla en la Comunidad de Madrid. He estudiado en la Universidad de Alcalá y he hecho las prácticas en este hospital y no creo que tenga nada que



“Espero demostrar que todo el esfuerzo que he tenido que realizar para llegar hasta aquí ha merecido la pena”



envidiarle a los, en teoría, 'grandes' hospitales de Madrid. Tiene disponibles muchos recursos técnicos y hay una gran calidad humana. La carga asistencial es grande, pero como en todos los sitios en la actualidad, y creo que eso es bueno para formarte. Además, era mi primera y única opción. No visité más hospitales porque estaba y estoy convencida que es ahí donde quiero continuar formándome.

Si pudiera elegir una especialidad y un centro sanitario no sólo en España, en todo el mundo, ¿cuál sería?

En España no cambiaría mi elección. En el extranjero sería distinto, por un lado me gustan mucho las infecciosas y cuando comencé Medicina también quería especializarme en Medicina Aeroespacial, dos especialidades que fuera de España están más desarrolladas. En cuanto a un centro sanitario no tengo preferencias, pero si tuviese que elegir un país, sería sin duda Canadá, técnicamente muy avanzado y con una gran calidad de vida.

¿Qué imagen tiene de la Reumatología en la actualidad?,

“ Hay que fomentar la participación de los estudiantes de Medicina en los congresos de Reumatología ”

¿hacia dónde cree que se dirige el futuro de esta especialidad?

Creo que en cuanto a investigación y aplicación clínica nos encontramos en muy buen momento y si bien la crisis económica actual puede frenar un poco, tengo la esperanza de que se va a seguir avanzando. Pienso que queda mucho por estudiar y descubrir tanto en este campo como en cualquier otro.

¿Por qué cree que es menos demandada por los MIR?

Supongo que es por una cuestión de reconocimiento. Desde que elegí plaza, cuando la gente me pregunta qué he escogido, generalmente no saben a qué se dedica un reumatólogo, o bien tienen una idea equivocada e incluso hay quienes la confunden con la Traumatología, no sé muy bien por qué.

¿Cómo podría mejorarse esta demanda?

Creo que sería bueno fomentar la participación de los estudiantes de Medicina en los congresos de Reumatología como por ejemplo hace la SEMFYC.

¿Cómo se ve dentro de unos años, en el ámbito profesional?

¿Le interesa más la asistencia clínica, la investigación...?

Me gustaría poder dedicar la mitad de mi tiempo a la asistencia clínica y la otra mitad a la investigación, aunque si tengo que elegir, prefiero la asistencia clínica. También me gustaría ejercer un tiempo en el extranjero, ya me he planteado realizar los exámenes del USMLE una vez finalizada la residencia.



La SER, en EULAR 2010

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha estado presente en el Congreso EULAR (Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas, en sus siglas en inglés) celebrado en Roma. Un año más, este encuentro ha servido para dar a conocer la situación actual y futura de la Reumatología en el ámbito mundial

Las ‘medicinas alternativas’ no son un sustituto de los tratamientos farmacológicos

El uso de terapias como la acupuntura, manipulaciones espinales o hierbas medicinales tiene una frágil evidencia científica y los estudios que se han realizado al respecto apenas pueden sostener las teorías de inicio

Acupuntura, tratamientos a base de hierbas medicinales o quiromasajes son algunas de las técnicas a las que una parte de la población decide acudir con el fin de aliviar el dolor, un síntoma que puede llegar a limitar la vida cotidiana de los pacientes y, que si no es tratado, puede incluso cronificarse.

Patologías reumáticas como la lumbalgia, la cervicalgia o la artrosis, llevan asociados un componente importante de dolor que puede incrementarse con el avance de la enfermedad, pero que el especialista logra controlar la mayoría de las veces gracias al arsenal terapéutico existente en el que se encuentran, entre otros, los antiinflamatorios.

A pesar de que ya son algo habitual en nuestra sociedad, “este tipo de terapias alternativas no tiene la evidencia científica suficiente para respaldar de forma robusta su eficacia, por lo que no ha de recurrirse a ellas dejando de lado la opción médica y farmacológica habitual y ha de hacerse siempre con mucha precaución”. Así lo afirma la Dra. Estíbaliz Loza, de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, que ha participado

en el Congreso EULAR (Liga Europea Contra las Enfermedades Reumáticas), celebrado recientemente en Roma.

“Para que los especialistas o los médicos de Atención Primaria pudiéramos recomendar este tipo de terapias, sería necesario realizar más estudios con un nivel de fiabilidad mayor”, apunta la Dra. Loza.

Beneficio a corto plazo

Tal y como han demostrado varios expertos a lo largo de la celebración de EULAR, tanto las manipulaciones espinales como la acupuntura o las hierbas medicinales son técnicas cuya eficacia no ha sido demostrada en el dolor lumbar crónico, así como tampoco en los

dolores cervicales o artrosis. Lo único que un análisis exhaustivo de los estudios realizados hasta el momento ha podido sacar en claro es que podrían tener un pequeño beneficio, al menos, a corto plazo y siempre y cuando sean un complemento –y no una alternativa– a los tratamientos farmacológicos actuales.

“El hecho de no acudir al especialista ante un dolor de estas características, pero sí hacer uso de este tipo de terapia, puede conducir a una cronificación de la enfermedad por no haberse podido realizar un abordaje temprano”, indica la Dra. Loza.

Un reciente estudio, realizado en Francia y presentado en este congreso europeo, ha concluido que el tratamiento durante tres años con aceite a base de sustancias insaponificables de soja y aguacate para la artrosis de cadera podría tener un efecto ligeramente beneficioso frente a los pacientes a los que se les administró placebo. “Los resultados del estudio en cuanto al beneficio de esta sustancia natural no son para nada sustentables, por lo que para ver su potencial efecto modificador de la enfermedad habría que seguir analizando”, comenta la experta.

“No hay que recurrir a terapias alternativas, dejando de lado la opción médica y farmacológica”



■ El síndrome antifosfolipídico está infradiagnosticado en España

Una de cada 2.000 personas en nuestro país padece este síndrome, aunque se calcula que las cifras son mucho mayores puesto que hay un alto número de pacientes no diagnosticados debido al desconocimiento que todavía existe de la enfermedad

La diversidad de manifestaciones clínicas que presenta, así como el desconocimiento por parte de un gran número de profesionales médicos, hacen del síndrome antifosfolipídico (SAF) una enfermedad infradiagnosticada en nuestro país a pesar de sus graves complicaciones, sobre todo en la población femenina.

Actualmente uno de cada 2.000 españoles padece esta enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza por la alteración de los mecanismos de coagulación de la sangre y la aparición de trombos en arterias o venas de cualquier parte del organismo y que, hoy por hoy, ya es considerada la tercera causa de trombosis. De hecho, en la fase más aguda, la enfermedad alcanza cifras de mortalidad de hasta el 30 por ciento.

Según el Dr. Ricard Cervera, jefe del Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clínic, de Barcelona, “aunque ahora mismo se le estima una incidencia similar a la del lupus, las cifras reales seguramente serán más elevadas, puesto que el poco conocimiento que se tiene del síndrome antifosfolipídico hace que muchos pacientes no estén correctamente diagnosticados”.

El Dr. Cervera ha presentado nuevos datos acerca del avance en el diag-



nóstico de esta patología en el Congreso EULAR (Liga Europea Contra Las Enfermedades Reumáticas), que congrega a los mejores especialistas en este ámbito, entre ellos, un gran

número de expertos de la Sociedad Española de Reumatología.

Debido a que los trombos pueden aparecer en cualquier órgano, las manifestaciones clínicas pueden ser de lo más dispar y dependerán de las zonas afectadas. “Uno de los principales problemas que presenta este síndrome en la actualidad es que los criterios consensuados para su clasificación no incluyen muchas manifestaciones clínicas con las que se puede presentar, como son las lesiones valvulares cardíacas, la trombocitopenia, las lesiones renales o las úlceras cutáneas, por poner algunos ejemplos”, apunta el experto, y añade “éste es

En la fase más aguda, la enfermedad alcanza cifras de mortalidad de hasta el 30 por ciento

uno de los motivos por los que es tan difícil un diagnóstico certero”.

Sin embargo, el hecho de que estas manifestaciones de la enfermedad cada vez sean mejor conocidas, unido a la introducción de técnicas de laboratorio más eficaces para detectar los anticuerpos antifosfolipídicos como la determinación de los anticuerpos anti-beta-2-glicoproteína I, que no permiten la coagulación normal, ha facilitado y acelerado este diagnóstico.

Alto riesgo en mujeres embarazadas

Como ocurre con la mayoría de las enfermedades autoinmunes, el síndrome antifosfolipídico es más común en la población femenina que en la masculina. Aunque las localizaciones de aparición de trombos que se dan más asiduamente son las venas de las piernas –provocando tromboflebitis o trombosis venosas profundas–, y las arterias cerebrales –dando lugar a ictus–, resulta un grave riesgo en mujeres embarazadas.

“En la mujer es común que el síndrome antifosfolipídico genere trombos en los vasos de la placenta, lo cual provoca abortos tanto prematuros como tardíos y muertes fetales si no es tratado debidamente”, subraya el Dr. Cervera. “Un tratamiento con antiagregantes y heparina, unido a un riguroso control obstétrico en unidades especializadas, ha hecho que se reduzca la tasa de abortos del 90 por ciento al 15 por ciento en mujeres con este síndrome”, afirma.

Estos datos indican que aquellas mujeres que han sufrido uno o más abortos sin causa aparente, o partos prematuros antes de las 34 semanas, son candidatas a padecer síndrome antifosfolípido.

La herencia genealógica determina el fenotipo de esta enfermedad

Los genes de nuestros padres marcan la diferencia sobre el riesgo y la gravedad en lupus

El Lupus Eritematoso Sistémico afecta en nuestro país a cerca de 40.000 personas según el estudio EPISER

Un estudio europeo dirigido desde España indica que entre el norte y el sur de Europa existen diferencias en los factores genéticos que influyen en la mayor o menor gravedad del lupus.

La herencia genética, tanto paterna como materna, no sólo determina si presentamos un mayor riesgo de padecer Lupus Eritematoso Sistémico (LES), sino que también indica la gravedad de la enfermedad.

Así lo muestra un estudio europeo que se ha presentado recientemente en EULAR 2010 y que ha sido dirigido por el Dr. Antonio González, investigador asociado al Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, en A Coruña.

Tal y como plantean las conclusiones de la investigación, se refuerza la evidencia de que existen diferencias en los fenotipos de la población de los países del norte de Europa y la del sur, lo que contribuye a que exista una gran heterogeneidad en los efectos clínicos del lupus.

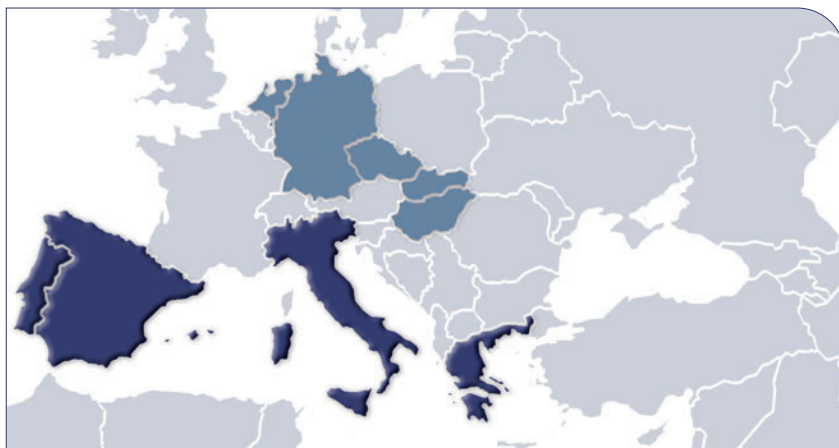
En este trabajo han participado 1.500 pacientes procedentes de nueve países europeos.

“Cabe destacar el importante papel que han tenido los hospitales españoles en esta investigación, puesto que una tercera parte del total de pacientes procede de cinco centros de nuestro país”, apunta el Dr. González.

Diferencias entre países europeos

El Lupus Eritematoso Sistémico afecta en nuestro país a cerca de 40.000 personas según el estudio EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología. Se trata de una patología autoinmune que se presenta de múltiples formas, lo que dificulta su diagnóstico. “Es posible incluso que se trate de varias enfermedades y que hasta el momento no hayamos encontrado formas de diferenciarlas”, apunta el Dr. González, “pero también puede ser que esta variabilidad se deba a interacciones entre la propia enfermedad y la exposición a factores ambientales como el tabaco, las infecciones o algunos productos químicos, y a factores genéticos propios de cada individuo”, añade.

En este sentido, esta investigación ha mostrado que en los pacientes con lupus de países del sur de Europa –España, Grecia, Portugal e Italia– la artritis tiene una prevalencia del 10,7 por ciento mayor que en los países del norte del continente –Alemania, Holanda, Hungría, Eslovaquia y República Checa–. Por el contrario, en estos países más septentrionales, la fotosensibilidad es un 9.4 por ciento más frecuente que en los del área mediterránea.





Dr. José Luis Peña, presidente de la nueva Sociedad Cántabra de Reumatología

● Nace la Sociedad Cántabra de Reumatología

¿Por qué y cómo surge la idea de crear la Sociedad Cántabra de Reumatología?

Nace del interés de los reumatólogos cántabros, al ser Cantabria una de las pocas autonomías que no tenían contactaban con esta Sociedad.

¿Con qué objetivos y expectativas inicia su andadura?

La idea es integrar a todos los reumatólogos que ejercen en Cantabria para impulsar estudios Epidemiológicos de las enfermedades reumatológicas, así como ser un foro de reunión de las distintas asociaciones de enfermos reumatológicos. Queremos que esta Sociedad sea una casa cómoda, útil y sosegada tanto para pacientes como para médicos.

¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta?

Modernizar los métodos de comunicación entre los compañeros reumatólo-

gos mediante reuniones, trabajos en común, etc., así como conocer de primera mano las necesidades de los enfermos reumatológicos de nuestra autonomía.

¿Qué dificultades entraña la creación de una Sociedad Autónoma en un momento como éste?

Todo lo que es iniciar una andadura precisa de una estructura organizativa y un soporte económico para la realización de diversas actividades. Sabemos de las dificultades actuales por el déficit económico, pero entusiasmo para solucionar los problemas no nos va a faltar.

¿Quiénes van a integrar la Junta?

Presidente: Dr. José Luis Peña Sagredo; vicepresidente: Dr. Miguel Ángel González Gay; vocales: Dres Jaime Calvo Alén y Dr. Marcial de la Hera, y secretario: Benigno Casanueva Fernández.

¿Cómo han recibido los reumatólogos de la zona el nacimiento de este nuevo proyecto? ¿Cuál ha sido su implicación al respecto?

Con entusiasmo, ya que muchos de ellos podrán implicarse en proyectos de trabajo y de hermanamiento con sus compañeros y con la Sociedad Cántabra.

¿En qué situación se encuentra la Reumatología en Cantabria?

Su salud es excelente, cuenta con una dotación de personal adecuada y con una capacidad de investigación evidente y reconocida a nivel nacional e internacional.

¿Qué puede aportar la nueva Sociedad para mejorar esta situación?

Seguir elevando el nivel e intentar acercarnos a países punteros en nuestra especialidad como, por ejemplo, Holanda.

Con motivo de las elecciones celebradas en junio

● La Sociedad Aragonesa de Reumatología renueva su Junta Directiva

La Sociedad Aragonesa de Reumatología ha renovado su Junta Directiva con motivo de las elecciones celebradas en junio. En ellas, la Dra. Concepción Delgado ha sido reelegida en el cargo de presidenta de la Sociedad.

La nueva Junta, que estará vigente hasta 2012, tiene previsto continuar con la labor que se inició en el anterior mandato, reforzando especialmente la comunicación tanto de cara a los socios como a los pacientes.

Entre sus principales objetivos se encuentran, asimismo, fortalecer la relación con las

Administraciones Públicas, con el fin de fomentar la puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Enfermedades Musculoesqueléticas y Reumáticas, favorecer el desarrollo de la especialidad en Aragón e incrementar los recursos destinados a la asistencia sanitaria al paciente.

Desde la Junta consideran también prioritario promover una relación fluida con Atención Primaria y conocer sus necesidades de cara al manejo del paciente reumático. La formación de los socios y el desarrollo de la web son otros de los puntos a los que prestarán especial atención en los próximos años.



Completan la composición de la Junta Directiva la Dra. Marta Medrano, vicepresidenta; la Dra. M^a José Monreal, tesorera, y la Dra. Pilar del Río, secretaria.

La Web de la SAR cumple un año

La SAR está también de enhorabuena. Su página web, que iniciaba su andadura en abril de 2009, ha cumplido un año de actividad en la red. El portal interactivo nació con el objetivo de dar a conocer las actividades de la Sociedad y se ha consolidado como un importante vehículo de comunicación tanto con socios como con pacientes.



Celebración del XL Congreso de la SGR

● La Sociedad Gallega de Reumatología actualiza sus conocimientos en Ourense

Medio centenar de especialistas, encabezados por el presidente de la *Sociedade Galega de Reumatoloxía* (SGR), el Dr. Francisco Blanco, se han dado cita en el XL Congreso de la Sociedad, que se ha celebrado recientemente en Ourense. El encuentro ha permitido a los participantes actualizar conocimientos sobre las enfermedades del aparato locomotor, que en Galicia afectan a más de 600.000 personas, según datos del estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

El cambio climático y su relación con las enfermedades reumáticas fue el tema que el Dr. Blanco, del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, abordó en su po-

nencia. El presidente de la SGR hizo hincapié en que no existe una relación directa entre el clima y estas enfermedades, aunque reconoció que los cambios de presiones pueden influir en la presencia de más o menos dolor en una patología que un paciente ya tiene diagnosticada. “El cambio climático repercute en tener unas patologías o no, debido a que al-

“No existe una relación directa entre el cambio climático y las enfermedades reumáticas”

tera las condiciones climáticas en las que una población está viviendo”, apuntó.

Por su parte, la Dra. Loreto Carmona Ortells, directora de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, expuso a los asistentes los últimos resultados de BIOBADASER, el Registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en Enfermedades Reumáticas de la SER.

El programa incluyó, además, la exposición de un caso clínico cerrado, una mesa redonda bajo el título ‘Experiencia de cinco años de una consulta de Reumatología-Úvea’ y un turno de comunicaciones libres moderado por el Dr. Javier de Toro.

● La Sociedad Andaluza de Reumatología organiza diversos eventos para sus socios

La Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR), una de las más activas en nuestro país, sigue organizando y patrocinando cursos y actividades formativas para sus socios. Como ejemplo, cabe destacar el ‘Simposio de Reumatología Pediátrica’, organizado por la Sección de Reumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, encabezado por Dra. Alicia García López, y patrocinado por la SAR. Asimismo, en mayo se ha lle-

vado a cabo el ‘II Curso de Investigación Traslacional en Reumatología’, organizado por el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga bajo la dirección del Dr. Antonio Fernández Nebro.

Por último, en junio se celebró por primera vez un ‘Curso de Actualización en Osteoporosis’, coordinado por el Dr. Rodrigo Ramos Morell, en el Hospital NISA Sevilla-Aljarafe.

● Nuevo presidente de la Sociedad Extremeña de Reumatología

El Dr. Antonio Cardenal Escarcena es el nuevo presidente de la Sociedad Extremeña de Reumatología, cargo en el que sustituye al Dr. Raúl Veroz. Le acompaña en esta junta directiva la Dra. Antonia Ferreira Cojedo como secretaria. Ambos pertenecen al Hospital D. Benito-Villanueva.



Artículo sobre identificación del nivel aceptable de síntomas (PASS) en pacientes canarios con espondilitis anquilosante en práctica clínica habitual

XVIII Reunión Científica de la Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE)

Un pilar fundamental en el manejo de las enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas es la valoración correcta de la actividad de la enfermedad. Dicha valoración debería basarse en mediciones cuantitativas con la suficiente capacidad para discriminar entre enfermedad inactiva y enfermedad activa y, por tanto, susceptible de cambios relevantes en el tratamiento.

La espondilitis anquilosante (EA) es una de las enfermedades en la que la valoración de la actividad de la enfermedad se apoya en gran parte en mediciones subjetivas, basadas en las respuestas del paciente a escalas y cuestionarios. Las medidas de desenlace según la perspectiva del paciente (PROs) que se emplean más comúnmente en la EA son el BASDAI (actividad), el BASFI (función física) y el AS-QUoL (calidad de vida). Recientemente se ha introducido el índice compuesto ASDAS que combina varias respuestas del índice BASDAI con la escala analógica de valoración global por el paciente y la PCR o la VSG, que proporciona una medición cuantitativa que define actividad severa, moderada, baja o remisión, de forma similar al índice DAS en la AR.

PASS

El PASS (*Patient Acceptable Symptomatic State*) define el máximo nivel de síntomas que el paciente acepta y por debajo del cual se siente bien. El paciente responde de forma categórica (sí o no) a una pregunta sobre su grado de conformidad con su nivel de síntomas actual dadas las actividades que realiza en su vida diaria, la intensidad del dolor y las limitaciones que padece por su enfermedad. Por tanto, el PASS resume de forma sencilla

una situación aceptable desde la perspectiva del paciente. Además, el conocimiento del grado de satisfacción de un paciente con el estado de su enfermedad es una medida indirecta de su satisfacción con el tratamiento o con el médico que le trata. Sin embargo, el hecho de que un paciente consiga un estado clínico en el que responda afirmativamente a la pregunta PASS es un objetivo deseable, pero no suficiente.

Factores clínicos

La Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE), y en concreto su Grupo de Estudios de Espondiloartritis, se planteó conocer la prevalencia de pacientes con EA que se encontraban en un nivel aceptable de síntomas de su enfermedad en la práctica clínica habitual. Además, se querían conocer los factores clínicos que influían en esta situación y determinar los puntos de corte de los índices subjetivos y de ASDAS que correspondían al PASS.

El estudio PASSEA (PASS en EA) se llevó a cabo en cuatro hospitales de las Islas Canarias y durante un año se incluyeron todos los pacientes de más de 18 años con EA. Se recogieron los datos sociodemográficos y las características clínicas y radiológicas de la enfermedad, así como los tratamientos recibidos. El paciente cumplimentaba en un cuaderno de recogida de datos, distinto del empleado por el médico, las escalas y cuestionarios habituales. Para decir si un paciente estaba en PASS o no, se le realizó la pregunta: 'Teniendo en cuenta todas las actividades que usted realiza en su vida diaria, su nivel de dolor y las limitaciones en su movilidad, ¿considera que su situación actual es aceptable?'

Se reclutaron 190 pacientes, el 75% varones, con una edad media de 48 años y 20 años de evolución de la enfermedad. El HLA-B27 era positivo en el 89% de los pacientes. Existía un predominio de la forma axial (68%) sobre la mixta (29,5%) y la periférica (2,5%). Presentaba entesitis un 19,5% de los pacientes. El grado medio de sacroileítis fue 3,2/4 y del índice SASSSm de 20,2/72 puntos. El 50% tomaba AINE, el 25% FAME y el 30% anti-TNF.

El 67% de los pacientes practicaba ejercicio físico regular (al menos una hora a la semana caminatas, ejercicios de estiramiento, gimnasia o natación), con una media semanal de tres horas. La prevalencia del PASS ajustada por centros fue del 78%. No se encontraron diferencias con respecto al PASS en la mayoría de las variables clínicas, analíticas ni radiológicas, ni si recibían o no FAME o terapias biológicas. Por el contrario, un PASS negativo se asoció a formas clínicas mixtas frente a las axiales puras, a depresión y a ingesta regular de AINE. Los puntos de corte basados en curvas COR correspondientes a pacientes en PASS se situaron alrededor de los puntos medios de las escalas analógicas (50/100) y ligeramente por debajo en las escalas de valoración global por el médico (40/100), BASDAI (4,7/10), BASFI (4,3/10) y ASQuoL (8,47/18). El punto de corte correspondiente a ASDAS (PCR) se estableció en 2,77.

El presente estudio, presentado en la pasada 'XVIII Reunión Científica de la SOCARE', ha contribuido a aumentar el conocimiento sobre la valoración de la EA en una población de pacientes canarios extraída de la práctica clínica diaria. En ese contexto, la prevalencia de un nivel aceptable de síntomas (PASS) es alta.



En el marco de la reunión científica anual

● Nueva junta directiva de la Sociedad Canaria

La Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE) ha renovado su junta directiva. El pasado abril, coincidiendo con la celebración de su reunión científica anual, el Dr. Eduardo Girona ocupó el cargo de presidente de la Sociedad, sustituyendo a la Dra. M^a Ángeles Gantes.

La nueva Junta Directiva cuenta entre sus objetivos con potenciar su relación con las asociaciones de enfermos reumáticos. Así, en junio, con el fin de divulgar la necesidad e importancia del diagnóstico precoz entre la población, la SOCARE celebró una primera reunión de convivencia con enfermos reumáticos en la isla de La Palma, y ya están preparando otra que se celebrará en Lanzarote. “Con esta iniciativa pretendemos acercarnos a aquellos colectivos con los que, hoy por hoy, tenemos una relación menor y conseguir de esta forma transmitirles un mayor grado de cercanía con nosotros”, afirma el Dr. Girona.

La Junta está compuesta, además de por el Dr. Girona, por Alberto Cantabrana Alutiz como vicepresidente; Sergio Machín García, secretario; Elisa Trujillo Martín, vicesecretaria; Antonio Rosas Romero, tesorero; y los vocales M^a Ángeles Gantes Mora y Félix Manuel Francisco Hernández.



Plan ÍCARO, una vía para garantizar la calidad asistencial reumatológica

El plan ÍCARO surge ante la variabilidad existente en el acceso y manejo de pacientes con patologías musculoesqueléticas en España, que hace que puedan existir inequidades y diferencias asistenciales. *O lo que es lo mismo, a veces no es oro todo lo que reluce.*

El objetivo principal que se ha marcado la SER con este plan es el de garantizar la calidad asistencial reumatológica en nuestro medio, impulsando un plan global continuado para optimizar el cuidado de los pacientes con enfermedades reumáticas. Con ello, además, se quiere contribuir a la consecución de mayores niveles de legitimidad y sostenibilidad social de los sistemas públicos de salud tanto entre los ciudadanos, como entre los pacientes, los usuarios y profesionales sanitarios. *O lo que es lo mismo, vamos a intentar mejorar las cosas más si cabe porque todos nos lo merecemos.*

Este plan englobará distintos proyectos y su duración no está del todo definida aunque, como mínimo, estará en funcionamiento cinco años, pero es posible que, de una manera u otra, perdure en el tiempo. *O lo que es lo mismo, el que algo quiere, algo le cuesta.*

Finalmente, en breve comenzaremos con la Estrategia Nacional de Enfer-

medades Musculoesqueléticas y Reumáticas, dentro del Plan Nacional de Calidad, donde la SER es uno de los actores principales. Todo el material que se genere en la estrategia se utilizará para el plan ÍCARO y a la inversa. Tras muchos años de esfuerzos para que nuestra especialidad se vea reconocida como se merece, parece que llega el momento de demostrarlo. *O lo que es lo mismo, ¡ya era hora!*

El Plan quiere alcanzar **mayores niveles de sostenibilidad social y legitimidad** de los sistemas públicos de salud

Método

Para poder alcanzar nuestros objetivos, el plan ÍCARO se ha desarrollado de la siguiente manera:

1. Solos no podemos. Previo al comienzo de este plan, se han ido estableciendo alianzas con distintos grupos de personas/organizaciones

para que colaboren en el mismo, como por ejemplo, otras sociedades científicas, profesionales de la salud, asociaciones de pacientes, la Agencia Nacional de Calidad, INSS, comunidades autónomas, instituciones docentes, unidades de investigación, organismos de evaluación, Comisión Nacional de la Especialidad, medios de comunicación, etc.

2. Todo a la vez no se puede. También, previo al comienzo de este plan, se realizaron:

- a. Encuestas a reumatólogos y pacientes. Se realizó una encuesta para determinar qué áreas/aspectos de nuestra práctica eran las más relevantes, la variabilidad en la misma, así como su opinión sobre el estado actual de nuestro sistema nacional de salud.
- b. Contactos con profesionales expertos y acreditados en el área de la calidad asistencial para perfilar junto con las encuestas qué áreas son más relevantes y prioritarias.
- c. Recopilación de información. Se realizó una revisión sistemática de la literatura en busca de artículos basados en la calidad asistencial. Pero además, se ha recopilado otro tipo de documen-

tos importantes como guías de práctica clínica, documentos del sistema nacional de salud, otras organizaciones internacionales (OMS, NICE...), etc. Toda la información que se compile y, en definitiva, sirva para sustentar el Plan, deberá estar accesible para todos los implicados (web).

3. Mejor trabajar en grupo. Una vez completado lo anterior, para cada área de estudio se estableció un grupo de trabajo. Sus miembros fueron seleccionados en base a la encuesta y a la experiencia acreditada. Todos trabajan en entorno web y las fases de sus proyectos son:

a. Análisis de situación: se trata de determinar la situación actual del tema (problemas, áreas de oportunidad, etc.) y en base a ello establecer los objetivos del grupo.

b. Desarrollo de criterios, estándares e indicadores de calidad:

- Criterio de calidad: aquella condición que debe cumplir una determinada actividad o proceso para ser considerada de calidad. Es la 'norma'. Por ejemplo, 'los pacientes no deben esperar más de 20 minutos para ser vistos por el reumatólogo'.

- Indicador de calidad: es una medida cuantitativa que puede usarse para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades o procesos. Es la forma de medir y evaluar lo que hacemos. Por ejemplo, 'la administración registrará todos los días en su aplicación informática la hora de llegada y la hora a la que entran en la consulta los pacientes'.

“Se han puesto en funcionamiento **dos grupos de trabajo**, el de Sistemas de Información y el de Gestión de Consultas”

- Estándar de calidad: grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. La vida no es blanca o negra, hay excepciones que confirman la regla, imprevistos, etc. Un ejemplo sería 'el 85 ó 90 por ciento de los pacientes se verá en menos de 20 minutos'.

c. Desarrollo de proyectos de mejoras. Si de antemano ya nos consta que hay problemas, áreas de mejora sin que los hayamos medido/evaluado siguiendo este método.

d. Implantación de los indicadores y estándares y proyectos de mejoras.

e. Evaluación del punto anterior.

f. Generación de nuevos proyectos de mejora.

Estado actual del plan ÍCARO

Recientemente se han puesto en funcionamiento dos grupos de trabajo, el de Sistemas de Información y el de Gestión de Consultas.

Los objetivos del grupo de Sistemas de Información son:

a. Ser la referencia para otros clínicos en el uso de los sistemas de información.

b. Generar herramientas para integrar sistemas que:

- mejoren la práctica clínica.

- se adapten a los procesos.

- faciliten la información.

- se adapten a la Reumatología.

- lleven poco tiempo, para poder utilizarlo en atender al paciente.

Entre sus próximas tareas están la realización de encuestas y el mantenimiento de contactos al más alto nivel en el Ministerio.

Asimismo, los objetivos del grupo de Gestión de Consultas son:

a. Potenciar el valor de la consulta externa como eje de la especialidad.

b. Mejorar el proceso de consultas.

Actualmente ya están realizando un profundo análisis de la cartera de servicios que ofrece la Reumatología. Asimismo, se están manteniendo contactos con hospitales de distinto tamaño y características para describir, lo más exactamente posible, la actividad en consultas de Reumatología en nuestro país.

Por otro lado, ya se han mantenido reuniones con las distintas conserjerías, con excepción de la de Madrid, que esperamos se celebre lo antes posible.

Finalmente, también se ha mantenido una reunión en el Ministerio con los representantes de la Agencia de Calidad, para preparar la Estrategia Nacional.

Dra. Estíbaliz Loza



■ Espondilitis anquilosante

Utilidad del ASDAS en la espondilitis anquilosante

Sensibilidad al cambio del ASDAS y evaluación de medidas clínicas y de resonancia magnética de actividad en pacientes con espondiloartritis axiales tratados con anti-TNF alfa, estudio prospectivo de un año.

A pesar de los esfuerzos, no existen actualmente buenas medidas que permitan evaluar la actividad y la respuesta al tratamiento en la espondilitis anquilosante (EA). Con el ánimo de intentar conseguir unas medidas más objetivas de evaluación de la actividad de la enfermedad, el grupo ASAS ha desarrollado un índice compuesto denominado ASDAS (puntuación de actividad de la enfermedad para la EA). Los autores analizan la validez de constructo y la sensibilidad al cambio del ASDAS, comparándolo con medidas clínicas convencionales de actividad de la enfermedad y respuesta al tratamiento. Además, se compara con medidas de imagen en un grupo de pacientes con espondiloartritis axial

tratados con FAMES biológicos bloqueadores del TNF-alfa.

Se estudiaron de forma prospectiva 60 pacientes con espondiloartritis tratados con terapia biológica (41 tratados con infliximab, 12 con etanercept y 6 con adalimumab). La respuesta al tratamiento se definió mediante el BASDAI 50% o una reducción de 20 mm a la semana 22; se evaluó el ASAS 20, ASAS 40 y ASAS 5/6. Recientemente se ha propuesto que una puntuación del ASDAS <1.9 significa baja actividad, >1.9-<4.5 moderada y >4.5 alta actividad. Un cambio <0.40 significa no mejoría, >0.40->1.85 mejoría moderada y >1.85 gran mejoría. Se evaluaron las articulaciones sacroilíacas y la afectación espinal mediante resonancia.

Ninguno de los 60 pacientes presentó baja actividad basal según ASDAS. Los pacientes con BASDAI basal >4 o una PCR elevada presentaban puntuaciones de ASDAS ma-

Actualmente no existen **buenas medidas** para evaluar la **respuesta al tratamiento** en la EA

yores que los pacientes con un BASDAI < 4 o PCR normal. A nivel basal, ASDAS se correlacionó con el BASDAI, PCR, dolor, fatiga, evaluación de la enfermedad por el médico y el paciente y el BASFI.

Respuesta clínica

A la semana 22, el 58,3 por ciento de los pacientes presentó una respuesta clínica (BASDAI). Los que respondieron presentaban un nivel basal ASDAS más alto y una reducción mayor en la puntuación. De los respondedores, el 7 por ciento no tuvo una reducción en el ASDAS y el 52 por ciento mejoró considerablemente.

Los análisis de regresión lineal demostraron que un cambio en el BASDAI de 20 y de 50 correspondía a un cambio de 1.38 y 1.95 en el ASDAS respectivamente. Con un umbral de respuesta/no respuesta de 1.38, 18 pacientes serían clasificados como no respondedores. El ASDAS obtuvo la mejor sensibilidad al cambio desde el estado basal hasta la semana 22, el tamaño del efecto fue de 2.04 y la respuesta media estandarizada fue de 1.45, mientras que en el BASDAI fue de 1.86 y 1.36 respectivamente. Las medidas objetivas de actividad de la enfermedad obtuvieron unos valores bajos o moderados.

Los autores indican que en este estudio el ASDAS presentó las mayores (mejores) medidas de sensibilidad al cambio en los pacientes tratados con anti-TNF, y tuvo una buena correlación con otras medidas de actividad de la enfermedad. Se observó que dependiendo de

Es necesario realizar varios estudios para **establecer puntos de corte** adecuados

donde se sitúe el punto de corte para definir la actividad de la enfermedad, el número de pacientes candidatos para el tratamiento se reduce, así como el punto de corte de respuesta al tratamiento disminuye la proporción de respuesta al compararlo con el BASDAI. Por lo tanto, es necesario realizar diversos estudios para establecer unos puntos de corte adecuados.

En nuestra opinión, éste es el primero de una serie de estudios que aparecerán en los próximos meses destinados a validar el ASDAS en la práctica clínica y establecer los puntos de corte adecuados para el manejo de los pacientes con EA. A pesar del enorme avance experimentado en la evolución clínica de la EA, conviene recordar que todavía no existen medidas objetivas para evaluar la EA como lo demuestra la escasa utilidad de la VSG y la PCR.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**

REFERENCIA

- Pedersen S, Sorensen I, Hermann K, et al. Ann Rheum Dis doi: 10.1136/ard.2009.111187.



Seguridad a largo plazo de los pacientes con **artritis reumatoide (AR)** tratados con rituximab (RTX) en ensayos clínicos

Resumen: Con el objetivo de evaluar la seguridad a largo plazo del rituximab en pacientes con AR, se analizaron los ensayos clínicos, que incluían a 2.578 pacientes que habían recibido al menos un curso de RTX, en combinación con metotrexato.

El efecto adverso (EA) más frecuente fue la reacción infusional (el 25 por ciento de los pacientes durante la primera infusión del primer curso de administración), considerándose en menos del 1 por ciento como EA grave.

La tasa de EA y de EA grave, se mantuvo estable en cada curso de administración del fármaco. La tasa global de infecciones graves fue de 4.31/100 pacientes/año (IC 95 por ciento: 3.77-4.92). A lo largo del tiempo, la tasa de infecciones globales y de infecciones graves permaneció estable a lo largo de cinco cursos de administración de RTX: 4-6 eventos/100 pacientes/año. Comparado con otros pacientes con AR y la población general de Estados Unidos, no hubo incremento en el riesgo de neoplasias.

Los autores concluyen que la seguridad del RTX demostrada en los en-

sayos clínicos se mantiene a largo plazo y tras la administración repetida del fármaco.

Comentario

En el manejo de las terapias biológicas, una vez que conocemos el alcance de su eficacia en el tratamiento de diversas enfermedades inflamatorias, es la seguridad el aspecto que más preocupa a los clínicos, con especial atención a la aparición de infecciones graves o la detección de neoplasias.

En este estudio, en el que se analiza la seguridad de RTX a largo plazo, la tasa de infecciones graves es similar a la que presentan el resto de fármacos biológicos (4.2 a 5.3/100 pacientes/año). Además, el descenso de la IgM, tras el tratamiento con RTX (un aspecto que preocupa al clínico), no se relacionó con un aumento de infecciones graves. Por otra parte, la tasa de neoplasias en estos pacientes no estaba aumentada, siendo similar a la población general americana.

Un aspecto que se valora en el estudio es la seguridad cardiovascular. De hecho, uno de los efectos se-

cundarios graves más frecuentes a largo plazo fue la tasa de infarto de miocardio (0.56/100 pacientes/año). Sin embargo, ésta es similar a la que se ha publicado en diversos registros, como el de la Sociedad Británica de Reumatología para los pacientes con AR en tratamiento anti-TNF (0.48/100 pacientes/año) o en tratamiento con FAME no biológico (0.59/100 pacientes/año), o la base de datos de la British Columbia (0.53/100 pacientes/año).

Finalmente, tampoco la tasa de mortalidad en este grupo de pacientes fue superior a la registrada en la población general.

Los resultados de este trabajo, sin duda, apoyan la seguridad a largo plazo del RTX en los pacientes con AR.

■ Dr. José Rosas
Gómez de Salazar

REFERENCIA

- Van Vollenhoven RF, Emery P, Bingham CO. J Rheumatol 2010; 37:558-67.



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

■ Fármacos Biológicos

¿Cuándo se puede suspender un tratamiento con un anti-TNF?

Pacientes con AR en remisión con anti-TNF: ¿cuándo y en quiénes se puede suspender la terapia con anti-TNF?

El objetivo terapéutico en el tratamiento de la AR es la remisión. Los fármacos y el tiempo del tratamiento son claves para conseguir estos objetivos. En los pacientes con AR de inicio, la terapia de combinación con el metotrexato (MTX) y fármacos anti-TNF ha conseguido unas tasas de remisión entre un 40-50 por ciento manteniéndose incluso tras la interrupción del anti-TNF. En la AR, ya establecida la interrupción del anti-TNF, ocasiona unas tasas altas de recidiva.

El objetivo de este estudio fue analizar la presencia de marcadores clínicos, radiológicos e inmunológicos que pudiesen predecir cuándo se puede interrumpir con éxito la terapia con anti-TNF.

Se estudiaron 47 pacientes en remisión a los que se les suspendió el anti-TNF. Se mantuvo en todos el MTX y se siguieron durante 24 meses. La medida de desenlace fue la recidiva de la enfermedad de acuerdo al DAS28. Se realizaron análisis de los naif CD4, de las células relacionadas con la inflamación (IRC) y de las células T reguladoras (Tregs) y se realizó la evaluación articular mediante ultrasonidos con *power doppler* (USPD).

Parámetros asociados

De los 47 pacientes, 27 tenían AR de inicio y 20 AR de larga duración. Entre

estos dos grupos sólo existían diferencias en los parámetros asociados a la duración de la enfermedad. Con USPD, no existieron diferencias mediante escala de grises y el PD. No se observaron diferencias en el porcentaje de naif CD4 e IRC. El porcentaje de Tregs fue mayor en la AR de larga duración. En 19 pacientes se mantuvo la remisión durante 24 meses. Los parámetros asociados a esta remisión fueron: menor duración de la enfermedad y menor puntuación del HAQ y cuestionarios de calidad de vida.

Un porcentaje mayor de pacientes del grupo de AR de inicio fue capaz de entrar en remisión (16 vs 3). Los pacientes que mantuvieron la remisión tenían menos IRC y un porcentaje mayor de naif CD4 y menor de Tregs. En los 16 pacientes con AR de inicio que entraron en remisión, tan sólo se encontró una asociación con la duración de los síntomas antes del tratamiento. Además, presentaban un porcentaje mayor de naif CD4 y menor de IRC y de Tregs.

Recomendaciones

En la discusión, los autores plantean que a día de hoy existen guías y recomendaciones para tratar a los pacientes con AR e inducir la remisión mediante la terapia con anti-TNF, sin

embargo se desconoce qué hacer con el tratamiento una vez que la remisión ha sido conseguida en un determinado paciente. Los datos de este estudio indican que la interrupción de la terapia es más exitosa si previamente se ha realizado una terapia combinada. Por otro lado, el mantenimiento de la remisión en los pacientes con AR sólo tiene éxito si la terapia se inicia en las fases tempranas de la enfermedad.

Los autores ponen de relieve un área importante de desarrollo en la investigación de las enfermedades inflamatorias reumáticas: la identificación de biomarcadores que permitan realizar el diagnóstico, el pronóstico de gravedad de la enfermedad y una respuesta a la terapia. Para ello, será necesaria la realización de estudios seriados con un amplio número de pacientes.

■ Dr. José Luis Fernández Sueiro

REFERENCIA

- Saleem B, Goeb V, Parmar R, et al. *Ann Rheum Dis* 2010 10.1136/ard.2009.117341.



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

Psoriasis o exantema psoriasiforme inducido por fármacos que bloquean el TNF- α

La terapia biológica ha representado un avance en el tratamiento de diversas enfermedades inflamatorias, entre las que se encuentran varias enfermedades reumáticas. Dentro de los FAMES biológicos, adalimumab, etanercept e infliximab tienen en común el bloqueo del TNF- α , y han demostrado su eficacia en el tratamiento de los signos y síntomas de la artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs), entre otras.

El tratamiento con fármacos anti-TNF no está exento de efectos secundarios. De hecho, en los últimos años se ha descrito la presencia de efectos adversos cutáneos entre los que se encuentra la psoriasis.

En una revisión reciente de la literatura en la que se analizan 120 casos informados se observa lo siguiente:

- Una historia personal de psoriasis en 25 casos, con antecedentes familiares en sólo ocho de ellos. Existía un amplio rango de diagnósticos, siendo las entidades más frecuentes la AR, EA, APs y la artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.
- Los tres fármacos anti-TNF estuvieron implicados, siendo el infliximab el de mayor número de casos, posiblemente debido a su tiempo de permanencia en el mercado.

- Los efectos adversos cutáneos más frecuentes fueron la psoriasis y la psoriasis pustulosa palmo-plantar, agravándose o exacerbando la psoriasis en 25 casos y presentándose de nuevo en 73 casos, en el resto se desarrolló un rash psoriasiforme, no pudiendo ser clasificado como psoriasis.
- El tiempo hasta la presentación de la psoriasis fue variable en los pacientes. En algunos se desarrolló después de las primeras dosis, aunque en la gran mayoría se presentó en un período que osciló entre varias semanas y meses. No hubo diferencias entre los tres fármacos.
- El tratamiento se realizó interrumpiendo la administración del fármaco bloqueante del TNF en 47 pacientes. En ocasiones se asoció un tratamiento cutáneo, obteniéndose buena respuesta en la mitad de los pacientes. En otro grupo de 47 pacientes se mantuvo el tratamiento biológico y se añadió terapia para la psoriasis obteniéndose una buena respuesta en 22 pacientes.



El tratamiento con fármacos anti-TNF no está exento de efectos secundarios

En un trabajo más reciente del registro de fármacos biológicos británico se observa que la tasa de incidencia de psoriasis en los pacientes con AR tratados

con este tipo de fármacos se ve incrementada, mientras que no se observa ningún caso en los pacientes tratados con FAMES sintéticos. También se sugiere que el riesgo podría ser mayor con adalimumab.

Todas las teorías que intentan explicar este efecto paradójico son hipótesis, por lo que se desconoce la razón de la presencia de psoriasis cutánea en los pacientes con fármacos que bloquean el TNF.

En resumen, cualquiera de los FAMES biológicos que bloquean el TNF pueden inducir la presentación de psoriasis cutánea, su presentación es variable en el tiempo y pueden aparecer en cualquier enfermedad reumática. El manejo de esta manifestación es clínico, en general debe tratarse sintómicamente y, si la situación lo requiere, debe suspenderse el tratamiento.

REFERENCIAS

- **Tumor necrosis factor- α inhibitor-induced psoriasis or psoriasiform exanthemata.**
Wollina U, Hansel G, Koch A et al. *Am J. Clin Dermatol* 2008;9:1-14.
- **Rates of new onset psoriasis in patients with rheumatoid arthritis receiving anti-tumor necrosis factor- α therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register.**
Harrison M, Dixon W, Watson K, et al. *Ann Rheum Dis* 2009;68:209-215.



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

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



Damos respuestas



Artrosis y problemas de riñón

Tengo artrosis y problemas de riñón, por lo que no puedo tomar cualquier tipo de medicación. ¿Existen tratamientos que pueda tomar para el dolor de la artrosis que no afecten a mis riñones?

Antonia (Carballo, A Coruña)

■ Como usted no ha concretado respecto a sus problemas de riñón, suponemos que se trata de algún grado de insuficiencia renal. En los pacientes que presentan artrosis y enfermedades del riñón pueden existir problemas con la medicación, especialmente con los antiinflamatorios no esteroideos o AINE como el ibuprofeno, el naproseno u

otro cualquiera. Sin embargo, existen varias opciones para pacientes que se encuentran en su situación. La primera sería utilizar acetaminofen o paracetamol, éste es un analgésico no un AINE.

Se podrían utilizar asimismo inyecciones intraarticulares de ácido hialurónico, éstas están diseñadas como sustancias que permiten mantener la viscosidad del fluido sinovial y podrían mejorar potencialmente el dolor en las articulaciones afectadas, generalmente las rodillas, sin afectar los riñones.

Existen también productos tópicos, en forma de gel o en aerosol, que se pueden utilizar sobre varias articulaciones. Algunos son AINE, sin embargo, al aplicarse de forma tópica,

la cantidad que se absorbe en la sangre es menor y por lo tanto potencialmente los riñones no se verían afectados. Uno de los problemas con estos fármacos de uso tópico es que podrían no funcionar bien en articulaciones profundas, como es el caso de la cadera, donde el fármaco no llegaría hasta la articulación.

Finalmente, también de forma tópica, podría utilizarse la capsaicina, sustancia con gran poder analgésico (tampoco es un AINE) que se deriva de un pimiento rojo picante y tiene la capacidad de inhibir sustancias químicas que están implicadas en la transmisión del dolor, demostrando su utilidad para el tratamiento del dolor también en la artrosis.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



Crujidos en las articulaciones

Tengo 30 años y creo que tengo buena salud. Sin embargo, en la espalda y en los hombros tengo una cierta rigidez, siento crujidos en las articulaciones. ¿Estos crujidos en las articulaciones significa que pueda tener algún problema?

Juan Antonio (A Coruña)

■ La presencia de crujidos y cierta rigidez en un momento dado en una

articulación es algo frecuente. Los crujidos están originados por la presencia de burbujas de aire en el líquido sinovial (rodea y lubrica las articulaciones) y por el deslizamiento de los ligamentos estirados al deslizarse sobre las superficies óseas.

Si los crujidos no se acompañan de dolor, estos no tienen ningún significado clínico. Sin embargo, no es recomendable forzar las articulaciones para que crujan. Si este crujido se acompaña de dolor o inflamación, generalmente hay

que sospechar la presencia de un problema mecánico o que la enfermedad de base que se tiene esté en actividad.

Este problema podría estar localizado en la propia articulación o alrededor de la misma como una rotura ligamentosa o un desgarramiento del cartílago. En cualquier caso, si los ruidos que usted oye se acompañan de otros síntomas debe consultar con un reumatólogo.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



Superficie para dormir sano

Me gustaría saber por qué se recomienda dormir en una superficie lo más rígida posible, si muchos fabricantes de colchones dicen que éstos se deben adaptar al cuerpo. También me gustaría saber por qué hay médicos que comentan que hay que acabar con dichos como que la natación o andar descalzos por la playa es bueno.

Josefina GC (remitido a Web-SER)

■ Respecto a su pregunta sobre el tipo de superficie para dormir, la

humanidad ha pasado por fases a lo largo de la historia; desde hamacas en tribus del Amazonas, pasando por esterillas en el suelo en el antiguo Egipto o los jergones de lana y pluma de los romanos. Hoy en día parece claro que la superficie óptima para el descanso debe de ser firme, homogénea y adaptable en su soporte. Además, debe ser cómoda y mullida en sus acolchados. Por tanto, no se sostiene el consejo de dormir en superficie muy rígida. Debe ser firme (no rígida), para que nuestra columna no adopte posturas perjudiciales, y evitar el efecto hamaca o curvo. Debe ser homogénea para mantener el apoyo en toda la superficie del cuerpo, evitando hundimientos

o huecos. Finalmente, debe ser adaptable, puesto que nuestro cuerpo también presenta curvas.

Respecto a su segunda pregunta, la respuesta no puede generalizarse. Realizar natación, por ejemplo, es un excelente ejercicio para pacientes con lumbalgia y especialmente en pacientes con espondilitis anquilosante. Sin embargo, no es adecuado en pacientes con patología del hombro. Por otro lado, andar descalzo por la playa no será aconsejable en pacientes mayores con artrosis de rodillas cuando la playa presente desniveles o huecos que provocan una mayor sobrecarga.

■ **Dr. José Rosas**



Condrocálcinosis: interpretación clínica

Me dirijo a ustedes para obtener más información de una enfermedad denominada condrocálcinosis. Un familiar cercano la padece y está desesperado por los dolores. Nadie le da solución. Me gustaría saber si tiene tratamiento y dónde podemos dirigirnos.

Yolanda y Diego (Web-SER)

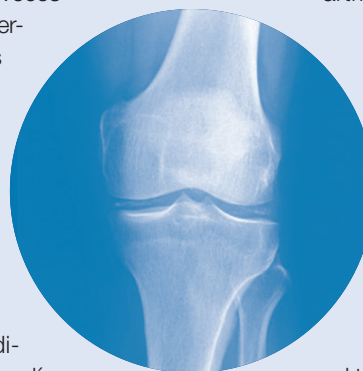
■ En realidad, la condrocálcinosis es un diagnóstico radiológico. Consiste en la calcificación de algunos fibrocartílagos, que se identifican fácilmente con una radiografía, por el depósito de un tipo de calcio (pirofosfato cálcico). Aparecen sobre todo en la rodilla, muñeca y pubis.

Es muy frecuente encontrarlos en pacientes de edad avanzada.

Normalmente no son muy expresivos y se detectan de forma casual en una radiografía. A veces están asociados a ciertas enfermedades endocrinas o hepáticas.

Si provocan síntomas, suelen estar asociados a la presencia de artrosis, con más frecuencia en la rodilla. Sin embargo, la clínica más importante es la relacionada con la aparición de episodios de inflamación aguda en las articulaciones afectadas. De hecho, a estos episodios se les denomina

pseudogota por su parecido a los ataques de gota. En ocasiones pueden provocar una artropatía crónica que si es poliarticular y afecta a las manos puede parecerse a la artritis reumatoide.



Desconozco qué tipo de especialista trata esta patología y el tratamiento que realiza. Le aconsejamos que su familiar sea evaluado por un reumatólogo para valorar el tipo de enfermedad articular que padece y así poder aconsejarle el tratamiento adecuado.

■ **Dr. José 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:

Influencia de los fármacos anti-TNF en la recuperación postquirúrgica de los pacientes con artritis reumatoide.

Hirano Y, Kojima T, Kanayama Y, Shioura T, Hayashi M, Kida D, et al. Clin Rheumatol 2010; 29:495-500

Resumen

El objetivo del estudio es investigar en 113 pacientes con AR la influencia del tratamiento anti-TNF sobre la curación de la herida quirúrgica y la recuperación tras la primera cirugía ortopédica. Así, en un grupo, 39 pacientes habían recibido anti-TNF (etanercept o infliximab), mientras que otro de 74 pacientes recibió FAME, no anti-TNF.

El tipo de cirugía incluida fue: artrodesis de tobillo y artroplastias de cadera, rodilla, codo, hombro y tobillo. El infliximab se retiró entre tres y cuatro semanas antes de la cirugía y el etanercept, una o dos semanas previas a la cirugía. Se evaluaron cuatro aspectos: porcentaje de efectos adversos en la herida quirúrgica (dehiscencia e infección), tiempo de

recuperación completa de la herida y recuento de episodios febriles postquirúrgicos. El otro comparó los niveles de hemoglobina (Hb), proteínas totales y albúmina en el preoperatorio y a las cuatro semanas de la operación. No hallaron diferencias significativas en los tres primeros aspectos. Tampoco los hubo a nivel de infección en la herida quirúrgica en cirugías posteriores. Sin embargo, el porcentaje de recuperación de la Hb fue significativamente superior en el grupo anti-TNF respecto a FAME no anti-TNF (96,3% vs 90,1%; $p < 0,05$).

Estos resultados sugieren que el empleo de los anti-TNF no aumenta el riesgo de infección de la herida quirúrgica en la cirugía electiva ortopédica en los pacientes con AR y, además, su uso puede mejorar la recuperación de los niveles de Hb.

Comentario

La cirugía ortopédica en pacientes en tratamiento con anti-TNF es cada día más frecuente. En algunas series, el incremento de este tipo de cirugía alcanza el 50 por ciento. En la actualidad no disponemos de información definitiva sobre la influencia de los anti-TNF en el riesgo de infección de la herida quirúrgica y en la recuperación del postoperatorio de los pacientes con AR.

Por una parte, se sabe que el TNF- α juega un papel importante en la curación de las heridas y en la defensa del huésped contra infecciones por bacterias, virus y micobacterias. Así, podría esperarse que un tratamiento anti-TNF pudiera provocar un retraso en la curación de las heridas quirúrgicas y un aumento en el número de infecciones. Por otra parte, el aumento

de TNF- α puede afectar al estado general del paciente y, por tanto, los anti-TNF podrían mejorarlo.

Este trabajo muestra en pacientes con AR que el tratamiento con anti-TNF puede ser beneficioso en la recuperación de diferentes procedimientos quirúrgicos ortopédicos, incluyendo artroplastias y artrodesis articulares.

La influencia de los anti-TNF sobre la curación de las heridas se ha documentado en estudios in vitro que, a pesar de una cierta controversia, sugieren que la modulación de los efectos anti-TNF afecta la síntesis del colágeno necesaria para facilitar la reparación de lesiones. Diferentes estudios clínicos coinciden con el presente en que la utilización de anti-TNF no representa una desventaja en términos de infección. Sin embargo, otros grupos indican un aumento de infecciones en cirugía electiva ortopédica.

A pesar de que el grupo de pacientes con anti-TNF es significativamente de mayor edad y recibe metotrexato con mayor frecuencia, los resultados de este trabajo sugieren que el empleo de anti-TNF no causa efectos adversos específicos en la curación de la herida quirúrgica electiva ortopédica y que puede mejorar la recuperación de la anemia por sus acciones sobre la médula ósea. Sin embargo, presenta limitaciones que los mismos autores señalan: se trata de un estudio retrospectivo, el tamaño muestral es pequeño, la diferente severidad de la AR en los pacientes en tratamiento con anti-TNF y el cese del tratamiento con anti-TNF previamente a la cirugía. Por tanto, son necesarios nuevos estudios para poder avalar estos resultados.



La web de la SER premiada por su servicio a los especialistas

El galardón reconoce el servicio que la SER proporciona a profesionales y pacientes en el área de la Reumatología a través de su web

La página web de la Sociedad Española de Reumatología (SER), www.ser.es, ha sido galardonada por la publicación sanitaria Diario Médico en la III edición de sus premios 'Favoritos en la Red'.

Este galardón reconoce la labor de servicio que la SER hace a los profesionales y a los pacientes en el área de la Reumatología a través de esta plataforma, que se ha convertido en la herramienta de comunicación más rápida y eficaz entre la Sociedad y sus cerca de 1.500 socios. Además, esta web ofrece una información amplia y contrastada a la población en general.

"Nuestra página web es un reflejo de nuestro compromiso por cumplir los objetivos institucionales de la SER, entre los cuales destaca generar y difundir conocimiento sobre la especialidad y las diferentes enfermedades reumáticas. Sin duda alguna, este premio corrobora que vamos por el camino correcto y que tenemos que seguir trabajando en esta línea".

A través de este soporte virtual, los socios de la Sociedad Española de Reumatología pueden resolver las dudas surgidas en su práctica clínica diaria, así como ofrecer y recibir asesoramiento sobre muy diferentes áreas –científico, legal, etc–. Además, también sirve como punto de encuentro, pues cuenta con un completo calendario donde se reseñan las reuniones de la Sociedad, los

congresos regionales, nacionales e internacionales, los cursos específicos y simposios y todas aquellas citas con interés para los especialistas.

Plataforma de formación

"La usabilidad es la característica que define a esta plataforma, hemos conseguido que se acceda a ella de forma ágil gracias a la aplicación de elementos muy visuales que hacen que la navegación sea sencilla e intuitiva".

Por otro lado, teniendo en cuenta la importancia de la formación continuada de los especialistas, la web también incluye una completa plataforma de formación y la posibilidad de que los socios se inscriban telemáticamente a todas las actividades de la SER. Además, se genera un microsite de los encuentros más importantes tanto en el ámbito nacional como internacional y en ellos se ofrece a los visitantes la información más relevante previa a estas citas y, posteriormente, una selección de entrevistas en las que se abordan las principales ponencias de los encuentros.

Importante referencia para pacientes

El área de pacientes se ha focalizado en ofrecer a las perso-

nas con enfermedades reumáticas y sus familiares información sobre estas patologías, por lo que incluye un amplio número de dossieres que el usuario puede descargarse, sobre las dolencias más prevalentes.

Asimismo, se facilitan guías, contenidos multimedia y consejos que pueden ayudar a incrementar la calidad de vida de los pacientes con alguna de estas patologías.



www.ser.es

Favoritos en la Red

La web de la SER se ha convertido en la herramienta de comunicación más rápida y eficaz entre la Sociedad y sus cerca de 1.500 socios.





El seguimiento neumológico reduce el riesgo de tuberculosis en pacientes con AR tratados con biológicos

Una estrategia de control preventivo al inicio del tratamiento con estas terapias ha provocado que la aparición de casos de tuberculosis latente esté controlada y no exista prácticamente ningún incremento de riesgo

La acción inmunosupresora o inmunomoduladora de los fármacos biológicos para el tratamiento de la artritis reumatoide hace que los pacientes tengan un riesgo incrementado de padecer infecciones respiratorias.

Se trata de un efecto secundario que a día de hoy está totalmente controlado desde los Servicios de Reumatología de todos los hospitales españoles. Gracias a la implantación de estrategias de detección precoz y seguimiento neumológico se evita la posibilidad de que se reactiven patologías respiratorias infecciosas como puede ser la tuberculosis.

Los fármacos biológicos han supuesto una revolución en el tratamiento de la AR

“Los pacientes con artritis reumatoide, tratados con fármacos biológicos tienen un riesgo 20 veces más elevado de padecer tuberculosis que el resto de la población”, apunta la Dra. Mercedes Freire, del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario

Universitario de A Coruña, que ha participado en el Congreso de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). “Gracias a estas estrategias de detección precoz hemos conseguido que estos valores disminuyan hasta ser iguales que los de cualquier persona”, añade.

Los fármacos biológicos han supuesto una revolución en el arsenal terapéutico para la artritis reumatoide. De hecho, gracias a ellos se ha podido hablar por primera vez de remisión de la patología y se ha mejorado la calidad de vida de los pacientes.

Reumasalud atiende a más de 2.000 personas en dos semanas

La iniciativa de la Sociedad Española de Reumatología, Reumasalud, ha atendido a más de 2.000 personas en las siete ciudades donde ha hecho parada

Reumasalud nació para incrementar el conocimiento de la población general sobre la especialidad a través de una carpa instalada coincidiendo con el Congreso Nacional. Este año, Reumasalud se ha convertido en un camión que inició su andadura el 22 de mayo en Tarragona y ha finalizado el 5 de junio en Cartagena, recorriendo además Castellón, Valencia, Alicante, Granada y Murcia.

En total, más de 2.000 personas han recibido información sobre las diferentes patologías que comprende la Reumatología. Asimismo, se han realizado centenares de densitometrías y ecografías.

En este recorrido, los más de cincuenta reumatólogos que han participado en la iniciativa, pertenecientes a las diferentes sociedades autonómicas de Reumatología por donde ha pasado Reumasalud, han diagnosticado diversas enfermedades que no habían sido vistas por ningún especialista. Asimismo, han educado a multitud de pacientes que no cumplían las recomendaciones necesarias en sus enfermedades.

De esta forma, la Sociedad Española de Reumatología ha dado un paso más en su área de Responsabilidad Social Corporativa acercando la especialidad al mayor número de personas posible y llevando a cabo una importantísima labor de educación y prevención.



D. Manuel Alcaraz, director gerente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; D. Fulgencio Cervantes, concejal Delegado de Sanidad y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Murcia; Dr. Manuel Castaño, presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología, y el Dr. Enrique Serrano, director médico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.



Dña. Carmen Román, concejala de Educación, Sanidad, Consumo y Playas del Ayuntamiento de Alicante y el Dr. José Rosas, del Servicio de Reumatología del Hospital de la Marina Baixa, en Villajoyosa.



Dr. Juan José Lerma, de la Sociedad Valenciana de Reumatología; D. Miquel Soler, teniente de alcalde de Castellón, Dr. Miguel Belmonte, jefe de la Sección de Reumatología del Hospital General de Castellón, y el Dr. Vicente Vila, también de la Sociedad Valenciana de Reumatología.

reuma
Salud
2010



Dr. Fernando Rodríguez, de la Sociedad Murciana de Reumatología; D. Nicolás Ángel Bernal, concejal de Sanidad del Ayuntamiento de Cartagena; Dr. Luis Francisco Linares y Dr. Juan Moreno, de la Sociedad Murciana de Reumatología.



Dr. Javier Calvo, presidente de la Sociedad Valenciana de Reumatología, y Dña. Amparo Rufino, directora general de Asistencia Sanitaria de zona.



Dña. Carmen Crespo, regidora de Sostenibilidad, Medio Ambiente y Salud del Ayuntamiento de Tarragona, y el Dr. Josep Pujol i Costa, reumatólogo del Hospital de Sant Pau i Santa Tecla.



Se pone en marcha la II edición de Reumasem

El proyecto solidario Reumasem ofrece formación a médicos de Atención Primaria en Marruecos sobre las enfermedades del aparato locomotor

La baja formación y el reducido número de expertos en el área de Reumatología existente en Marruecos dificulta la correcta atención de los enfermos reumáticos en esta zona. Además, en la mayor parte de los casos, son los médicos de Atención Primaria quienes deben atender a estos pacientes sin disponer de unos conocimientos específicos que les permitan realizar diagnósticos certeros. Para mejorar esta situación, la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sanidad Marroquí iniciaron en enero de 2009 el programa de cooperación 'Reumasem: Reumatología Solidaria España-Marruecos', gracias al cual, más de 30 médicos de Atención Primaria marroquíes ya se han formado en Tetuán sobre las enfermedades del aparato locomotor, consiguiendo una mejor y más rápida atención de los pacientes de la zona.

Ahora, y ante el éxito obtenido en esta primera edición de Reumasem, las entidades participantes han renovado este convenio, acreditado por la Agencia Es-

pañola de Cooperación Internacional (AECI), con el objetivo de seguir mejorando el sistema sanitario del país vecino y fomentar, así, una mejor preparación de los médicos de atención primaria en conocimientos sobre Reumatología.

“Se ha dedicado más tiempo a la organización de talleres y asistencia clínica para lograr un adiestramiento práctico más completo”

Formación teórica y práctica

“El programa de este año seguirá la estructura del pasado, es decir, un grupo de reumatólogos de la SER impartirá formación tanto teórica como

práctica, que prepara a los médicos inscritos para detectar y tratar precozmente las enfermedades del aparato locomotor. Sin embargo, en esta ocasión se han modificado algunos temas que hemos considerado más interesantes y aplicables en Atención Primaria”, explica el Dr. Eduardo Cuende, vicesecretario de la SER y coordinador de Reumasem. En concreto, añade el Dr. Manuel Tenorio, coordinador junto al Dr. Cuende del proyecto, “hemos dedicado más tiempo a la parte práctica, en forma de talleres y asistencia clínica en la Unidad de Reumatología del hospital de Tetuán, ya que creemos que de este modo podemos mejorar el aprovechamiento general del curso y ofrecer un adiestramiento práctico más completo”.

Ambos coordinadores han coincidido en la importancia de hacer crecer la Reumatología en los países en desarrollo mediante proyectos como éste. En Marruecos, concretamente, existe un número reducido de especialistas en Reumatología para una población de dos millones de personas.



La SER inicia un registro nacional multicéntrico de Síndrome de Sjögren Primario

El Síndrome de Sjögren Primario afecta a entre el 0,5 y el 4 por ciento de la población, mayoritariamente femenina, y se caracteriza por la sequedad de las mucosas, sobre todo de la boca y de los ojos

Hasta ahora, en España no existía ningún registro multicéntrico y homogéneo de pacientes con Síndrome de Sjögren Primario (SSP) clasificados exclusivamente según los criterios internacionales Europeo-Americanos, con un tamaño de muestra significativo, elementos indispensables para conocer cómo se comporta esta enfermedad. Sin embargo, gracias a una iniciativa del grupo de trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Reumatología (EAS-SER), esta situación va a cambiar.

Este registro de pacientes con SSP, una enfermedad reumática autoinmune que afecta a entre el 0,5 por ciento y el 4 por ciento de la población adulta y que se caracteriza sobre todo por la sequedad de ojos y de boca, se denominará SJÖGRENSER y cuenta con la participación de una treintena de hospitales de toda España.

Objetivos del registro

Algunos de los objetivos que persigue el grupo de trabajo EAS-SER con la realización de este registro son definir las características clínicas y biológicas del Síndrome de Sjögren Primario, evaluar su actividad y gravedad, los tratamientos y sus efectos secundarios, las comorbilidades y la calidad de vida y discapacidad de los pacientes.

“La pobreza sintomática de esta enfermedad en sus primeros estadios, hace que el Síndrome de Sjögren Primario se infradiagnostique frecuentemente, lo que motiva que tampoco se estudie de

manera suficiente”, explica la Dra. Mónica Fernández Castro, del Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, en Madrid y una de las investigadoras principales del registro. “El uso no estandarizado de los criterios de clasificación de esta patología, así como algunas series publicadas con un número pequeño de pacientes, ha favorecido que nos embarquemos en este proyecto”.

“La pobreza sintomática de esta enfermedad en sus primeros estadios, hace que el Síndrome de Sjögren Primario se infradiagnostique frecuentemente”

Este registro, cuya inclusión de pacientes comenzará tras el verano, permitirá un mejor y más profundo conocimiento de esta patología reumática que se presenta de forma heterogénea y muy variable.

Una enfermedad eminentemente femenina

Nueve de cada diez pacientes con Síndrome de Sjögren Primario pertenece a la población femenina, con una edad comprendida entre los 40 y los 60

años, aunque esta enfermedad se puede presentar en cualquier momento de la vida. Además de su afectación predominante en ojos y boca, la sequedad también puede afectar a la mucosa nasal y genital.

La sequedad ocular, queratoconjuntivitis seca o síndrome de ojo seco afecta a más del 10 por ciento de la población y, como es evidente, ésta no es sinónimo de SSP, por lo hay que realizar un amplio diagnóstico diferencial. Puede provocar complicaciones como infecciones, úlceras, opacidades en la córnea e incluso perforaciones en el ojo, lo que implica pérdida de visión. La sequedad de la boca es frecuente en los ancianos y en aquellos individuos en tratamiento con diuréticos o ansiolíticos. “Esta situación se puede complicar con la aparición de infecciones por hongos o bacterias, caries, aftas orales e incluso dificultad para hablar”, comenta la Dra. Fernández Castro.

En la mitad de los pacientes con un desarrollo de la enfermedad mayor de 10 años, aparecen también manifestaciones extraglandulares “que determinan el pronóstico del paciente y se correlacionan con los autoanticuerpos característicos del SSP: anti-Ro y anti-La”, según indica la experta. “Las artroalgias, la fibromialgia y la fatiga, con una prevalencia superior al 75 por ciento, son las manifestaciones extraglandulares más frecuentes. La artritis no erosiva afecta al 25-50 por ciento”. Además, también pueden desarrollarse miopatías y diferentes lesiones derivadas de la sequedad de la piel.

Se pone en marcha el Máster Universitario en Espondiloartritis

Se trata de una formación específica, fundamental para potenciar la investigación de calidad en el área de las espondiloartritis

La Reumatología abarca más de 250 enfermedades distintas, lo que obliga a los especialistas a formarse en muy diversas áreas para poder atender a los pacientes de la mejor forma posible. Una de ellas, que además es muy común en la población, es la espondiloartritis, un grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias del aparato locomotor que se pueden acompañar de dolor lumbar y rigidez de la columna. El 1,9 por ciento de la población española –más de medio millón de personas– padece algún tipo de espondiloartritis, lo que las convierte en un motivo de consulta relativamente frecuente en la especialidad.

Para asegurar una investigación de calidad en este campo que permita avanzar en el tratamiento y diagnóstico precoz, es de suma importancia que los reumatólogos, una vez concluida su especialización en el MIR, cuenten con una formación específica en este campo, ya que finalmente redundará en una mejora de la práctica clínica. En este contexto, la Sociedad Española de Reumatología (SER), la Universidad Europea de Madrid y Abbott han dado un paso pionero y de máxima importancia poniendo en marcha un Máster Universitario en Espondiloartritis. De esta forma, se ha creado una alianza estratégica entre los tres principales agentes involucrados de forma más directa en la formación de los reumatólogos, tanto teórica como práctica.

Formación de excelencia

El Máster Universitario en Espondiloartritis, que se pondrá en marcha el próximo curso académico, será impartido

en la Universidad Europea de Madrid y contará con el respaldo científico de la SER, que aportará el profesorado y se encargará además de desarrollar varios de los módulos. El objetivo principal de este nuevo programa es ofrecer a los reumatólogos y a los futuros profesionales sanitarios una formación de excelencia de la mano de los mayores expertos en este campo.

De izquierda a derecha: Esteban Plata, director general de Abbott; Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de Honor de la Sociedad Española de Reumatología (SER); Agueda Benito, rectora de la Universidad Europea de Madrid; y Juan Pérez-Miranda, decano de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid.



Juan Pérez-Miranda, decano de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid, valora positivamente este acuerdo y destaca que la Universidad Europea de Madrid en general y más concretamente sus Facultades de Ciencias de la Salud y de Ciencias Biomédicas, “cuentan en sus programas con la colaboración de los distintos sectores profesionales, siempre con el objetivo de que nuestros titulados reciban la formación que el mercado laboral y la sociedad demandan”.

15 por ciento de las visitas en Servicios de Reumatología

“Las espondiloartritis conforman alre-

dor del 15 por ciento de las visitas que recibimos en los Servicios de Reumatología de nuestros respectivos hospitales”, apunta la Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de Honor de la SER. “Esto implica, por un lado, la importancia que tienen este tipo de enfermedades en nuestra sociedad y, por otro, la necesidad de contar con especialistas con una formación académica

y práctica de excelencia, para que así podamos tener la mejor calidad de atención a nuestros pacientes”.

Además de esta elevada carga socio-sanitaria, las espondiloartritis conllevan también un importante desembolso económico. Según estudios, sólo la media del coste de la espondilitis anquilosante –una única enfermedad de todas las englobadas dentro de las espondiloartritis– se ha estimado en casi 8.000 euros por paciente al año en España, cifra que se podría ver incrementada en los casos de mala evolución o enfermedad grave hasta los 75.000 euros por paciente y año.

Amgen colabora con Valencia en el control y prevención de la osteoporosis

El Convenio firmado forma parte del II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana y proporcionará a las personas mayores los conocimientos necesarios para prevenir las fracturas osteoporóticas

Manuel Cervera, Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana, y el director general de Amgen, Jordi Martí, han firmado un acuerdo de colaboración por valor de cien mil euros para apoyar proyectos relacionados con la investigación, la promoción y la educación en la salud integral, llevados a cabo por el Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

El Convenio se enmarca en el II Plan de Prevención y Control de la Osteoporosis de la Comunidad Valenciana. Entre sus líneas de actuación se contempla la intervención con las personas mayores para ofrecerles conocimientos y promover actitudes y habilidades que permitan prevenir las fracturas

osteoporóticas. En este sentido, la compañía biotecnológica Amgen apoyará la puesta en marcha de un programa de promoción y educación en el campo de la salud pública que incluye un conjunto de actividades orientadas a disminuir los episodios de caídas y, por lo tanto, la incidencia de este tipo de fracturas.

El otro proyecto con el que contribuirá Amgen permitirá el desarrollo de un programa informático visual para la cuantificación de la ingesta de calcio y vitamina D. Se trata de dos factores nutricionales y de estilos de vida que tienen una importante implicación con la osteoporosis y sus fracturas derivadas.

Finalmente, parte de la colaboración de Amgen se destinará a apoyar la investigación en salud pública dentro del campo de la osteoporosis, que actualmente está llevando a cabo el CSISP.

Compromiso con la innovación

Amgen tiene en la innovación su principal línea de actuación y un firme compromiso con el cuidado de la osteoporosis. “Queremos aportar con nuestra investigación soluciones a este grave problema de salud que nos afecta a todos. Queremos poner al servicio de la sociedad los últimos avances en el ámbito de la biología molecular y facilitar nuevas terapias biológicas cada vez más específicas, eficaces y seguras”, afirmó D. Jordi Martí.

Bazedoxifeno es el primer SERM de tercera generación en el tratamiento de la osteoporosis

El fármaco supondrá un importante avance terapéutico al haberse demostrado su eficacia en la prevención del desarrollo de nuevas fracturas

La compañía biomédica Pfizer ha obtenido recientemente la aprobación de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) para bazedoxifeno (Conbriza®), el primer Modulador Selectivo de los Receptores Estrogénicos (SERM) de tercera generación, indicado en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica en mujeres con riesgo incrementado de fracturas. El desarrollo de este fármaco implica un importante avance terapéutico al haberse demostrado en diversos estudios clínicos de fase 3 su eficacia en la prevención del

desarrollo de nuevas fracturas. Ésta ha sido evaluada y confirmada frente a placebo, con un 42 por ciento menos de riesgo relativo de fracturas vertebrales y un 50 por ciento menos de fracturas no vertebrales (en un subgrupo de mujeres con un alto riesgo de fracturas).

Ventajas del bazedoxifeno

Las ventajas ligadas al bazedoxifeno (Conbriza®) fueron expuestas por el doctor Santiago Palacios, director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer, durante la conferencia que pro-

nunció en el X Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), celebrado en Málaga del 1 al 4 de junio.

Entre los beneficios del bazedoxifeno, demostrados en los mismos estudios clínicos, se encuentra una menor tasa de aparición de carcinoma endometrial y un efecto neutral sobre las patologías mamarias. Este perfil de seguridad ha sido confirmado en el estudio de seguimiento a cinco años en un total de 4.216 mujeres postmenopáusicas.

Más del 50 por ciento de los costes de la artritis reumatoide se producen fuera del sector sanitario

Los nuevos tratamientos para la AR, a pesar de haber demostrado su eficacia, tienen una baja implantación en muchos países europeos a causa de su impacto económico

Más de dos millones de personas padecen artritis reumatoide (AR) en Europa, una enfermedad que deteriora su calidad de vida y que además lleva asociada una importante carga económica y social. El desarrollo de nuevos y mejores fármacos para el tratamiento de la AR ha supuesto una esperanza para los pacientes europeos, pero éstos todavía se enfrentan a grandes desigualdades para acceder a ellos motivadas por el lugar donde residen.

Así, el porcentaje de pacientes que ha accedido a tratamientos biológicos varía de forma significativa desde el 30 por ciento en Noruega al 1 por ciento en Bulgaria. En España, el 17 por ciento de las personas con artritis reumatoide es tratado con estos fármacos, cifra que supera la media europea, pero que se sitúa por debajo de países como Bélgica (20,5 por ciento), Irlanda (20 por ciento) o Dinamarca (18 por ciento).

Éstas son algunas de las conclusiones del informe 'Acceso a Terapias Biológicas en Artritis Reumatoide en Europa', realizado por Gisela Kobelt para la Federación Europea de Asociaciones de la Industria Farmacéutica (EFPIA) en 31 países de Europa, y del 'Estudio sobre barreras de acceso a los tratamientos para Artritis Reumatoide', realizada en Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido. Los estudios tienen como objetivo presentar nuevos datos sobre el uso de fármacos biológicos para la AR en el entorno europeo y evaluar los factores que influyen en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. El segundo de ellos valora también las desviaciones respecto a las recomendaciones realizadas por la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR).



El desarrollo de nuevos y mejores fármacos para el tratamiento de la AR ha supuesto una esperanza para los pacientes europeos

“La artritis reumatoide es la enfermedad inflamatoria articular más común”, explica Antonio Torralba, presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis). “Su carácter crónico y el alto riesgo de producir discapacidad e incapacidad la convierten en la enfermedad con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Además, es una de las causas de incapacidad prevenible más frecuente”. Según el estudio de la EFPIA, se empieza a demostrar que existen beneficios potenciales en un acceso amplio y tem-

prano a los tratamientos biológicos, ya que se evitan bajas por incapacidad.

Impacto económico de la AR

El coste anual de la AR en España es de 9.944 euros por paciente, menor que en países de nuestro entorno como Islandia (21.135 euros), Noruega (20.700 euros), Francia (20.522 euros) o Alemania (18.791 euros) y por debajo de la media europea (13.000 euros). Más de un 50 por ciento de esa cifra se corresponde con costes ajenos al sector sanitario, tales como la pérdida de productividad o el coste de los cuidadores profesionales.

En Europa Occidental, sólo el nueve por ciento del coste de la AR se relaciona con el uso de fármacos biológicos. En general, aquellos países que registran un uso elevado de biológicos consideran que no sólo son muy efectivos sino que su precio se ve compensado por diferentes razones: ahorro de costes sociales, aumento la capacidad del paciente para seguir activo en el mundo laboral, incremento de la calidad de vida de los pacientes, etc.

Epratuzumab demuestra su eficacia en pacientes que sufren lupus de moderado a grave

Los datos del estudio fase IIb, EMBLEM™, presentados en la reunión de la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), muestran la eficacia clínica de epratuzumab en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

UCB e Immunomedics Inc. han anunciado que un fármaco candidato para el tratamiento del lupus, epratuzumab, proporciona una reducción significativa de la actividad de la enfermedad en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) activo de moderado a grave.

Los datos han sido recogidos en el estudio EMBLEM™, presentado en la reunión de la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) celebrada en Roma. EMBLEM™ es un estudio multicéntrico, fase IIb, randomizado, doble ciego, controlado con placebo, de 12 semanas de duración, diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de epra-

tuzumab, así como para definir la dosis y régimen en pacientes con LES de moderado a grave. El criterio de eficacia primaria del estudio EMBLEM™ fue una combinación de índices de respuesta, incluyendo varios índices de actividad del LES, sobre todo los relacionados con la escala BILAG.

En el estudio EMBLEM™, las tasas de respuesta combinadas fueron numéricamente superiores en todos los grupos de epratuzumab que en aquéllos tratados con placebo, alcanzando significación estadística en el grupo tratado semanalmente con epratuzumab 600 mg (P=0.0265) y en el grupo combinado de los 74 pacientes que recibieron una dosis

acumulada de 2.400 mg (P=0.0239) durante el ciclo de tratamiento de 12 semanas. En ambos grupos, las tasas de respondedores duplicaron a las conseguidas con placebo.

Basándose en el análisis de la mejoría sistémica de la escala BILAG 2004 obtenida en el estudio EMBLEM™, en la mayoría de los pacientes se redujeron los síntomas o incluso desapareció la actividad de la enfermedad en los sistemas orgánicos específicos después del tratamiento con epratuzumab. La eficacia fue especialmente destacada en los sistemas cardiorespiratorio y neuropsiquiátrico en los que suele ser difícil conseguir una mejora de los síntomas.

Humira reduce a las 12 semanas el 80% de la entesitis en pacientes con EA

El tratamiento con Adalimumab mejora la entesitis y la artritis periférica en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) activa

Los pacientes con EA y manifestaciones extra-axiales (entesitis y artritis periférica) se benefician del tratamiento con Humira tanto como los pacientes con enfermedad axial únicamente. Así lo señala el estudio 'Eficacia de adalimumab en el tratamiento de pacientes con espondilitis anquilosante asociados con artritis periférica y entesitis', publicado recientemente en Arthritis Research & Therapy por Martin Rudwaleit y colaboradores.

Los principales resultados señalan que Humira consigue reducir un 80 por ciento la media del índice de MASES tras 12 semanas de tratamiento con adalimumab, en pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA).

Adalimumab también mejora la artritis periférica, ya que disminuye la media del número de articulaciones dolorosas un 80 por ciento, mientras que la media de

articulaciones inflamadas se redujo de 2 a 0 a las 12 semanas de tratamiento. Por otro lado, la inflamación de la fascia plantar cesó en el 70 por ciento de los pacientes con inflamación en la basal (122 de 173 pacientes).

El artículo completo sobre el estudio puede verse en:

<http://arthritis-research.com/content/12/2/R43>

FE DE ERRATAS

En la página 11 del número 40 de Los Reumatismos se mencionó que 'debería haber un traumatólogo por cada 50.000 habitantes', cuando debería haber aparecido 'reumatólogo'.