

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

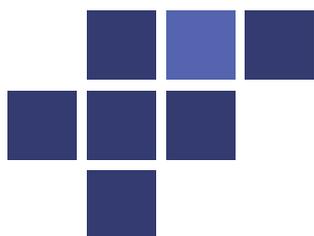
20  
10

Nº 44

AÑO 8

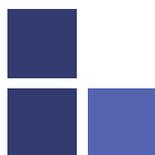
# LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología



Puesta en marcha del

## Plan de Asistencia en Aparato Locomotor



Dra. Cristina  
Martínez Dubois



SOC. AUTONÓMICAS

III Simposio  
de Ecografía en  
Reumatología



NOTICIAS

El Proyecto ESPeranza  
recibe un premio  
del SNS

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. Eduardo Cuende Quintana

**Consejo Asesor:**

Dra. Mercedes Alperi López, Dr. Víctor M. Martínez-Taboada, Dr. Santiago Muñoz Fernández, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dra. Ana Sánchez Atrio, Dr. Eduardo Úcar Angulo, Dra. Ana Urruticoechea Arana.

**Secretario de Redacción:**

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

**Colaboradores:**

Dr. José Luis Fernández Sueiro  
Dr. Antonio Naranjo Hernández

**Coordinadora:**

Mª José Rodríguez Chamizo

**Publicidad:**

Raúl Frutos Hernanz



**INFOPRESS GRUPO**

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,  
MSD Inmunología, UCB.

**Suscripciones y atención al cliente:**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA  
C/ Marqués del Duero, 5, 1º A  
28001-Madrid  
Correo electrónico: ser@ser.es

**Tarifa de suscripción anual**  
(IVA incluido):

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

# Tiempos de cambio

Queridos compañeros,

Trascurridos algo más de siete meses desde mi incorporación al cargo de presidente de la SER, quiero compartir con vosotros mi visión del tiempo pasado en esta privilegiada tarea que me habéis confiado.

Pertenece a una prestigiosa sociedad científica que va a seguir manteniendo su estrategia de ser el referente en enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. Continuaremos desarrollando nuestra actividad con independencia, seriedad, dignidad y rigor. Tenemos la experiencia de nuestra historia. Los reumatólogos, pertenecemos al 80% de la población que tiene trabajo. Así pues, no podemos ser pesimistas y frenar nuestra evolución. Es tiempo de imaginación, tenemos que rejuvenecer nuestra Sociedad, estamos en tiempos de grandes oportunidades para salir fortalecidos.

Desde la Junta Directiva, tenemos la obligación de dinamizar la Sociedad. Hemos trabajado para vencer las individualidades, defender la tolerancia, respetar a la crítica, estar unidos y ser un gran equipo con voz única. Mi sensación, compartida, es que contamos con una gran Junta para este extraordinario periodo.

Ya hemos iniciado el camino de adaptarnos a la situación económica actual. Hemos revisado y ajustado nuestros ingresos previstos a la amplia oferta formativa, docente, de simposios y congresos que poseemos; en nuestra cartera de servicios para el próximo año veréis nuevas opciones. Además, buscamos fórmulas de cooperación con la Comisión Nacional de la Especialidad, manteniendo la independencia de ambas instituciones. También continuamos el trabajo con los presidentes de las comunidades autónomas y asociaciones de pacientes –de cara a incrementar la colaboración– y apostando por difundir más la figura del defensor del socio como pieza fundamental en la garantía de todos, en el control y equidad de la gestión. Por último, estamos compartiendo inquietudes y oportunidades de nuevas formas de colaboración con la industria farmacéutica al mismo tiempo que trabajamos para ser más transparentes en nuestra gestión.

Entre todos trataremos de anticiparnos a nuevas formas de cumplir con la misión que tenemos. Quiero destacar la salida de la Unidad de Investigación (UI) de Loreto Carmona para desarrollar nuevos proyectos profesionales. Afortunadamente, continuará colaborando con nosotros y la UI cuenta con un gran equipo que, sin duda, seguirá trabajando con mucha ilusión y esfuerzo.

Asimismo, quiero destacar el reto que perseguimos todos los componentes de la SER, tanto socios como Junta Directiva y personal: continuar apostando por la excelencia, seguir unidos en la misma dirección y con el único objetivo de mejorar. Y para ello, me gustaría agradecer desde aquí el compromiso mostrado por los trabajadores de la SER con los planes de actuación y ajustes económicos para el próximo año.

Todos y cada uno tenemos la difícil tarea de buscar el lado positivo de nuestra profesión y gestión, pero que nadie tenga duda de que saldremos fortalecidos. Os invito a todos a seguir participando en nuestra SER.

**Eduardo Úcar, Presidente**



# Sumario

3

**Editorial**

5

**Entrevista**

Dra. Cristina Martínez Dubois

13

**Sociedades Autonómicas**

La SORCOM celebra su congreso anual y su Simposio de Ecografía

15

La detección precoz de la esclerodermia frena la enfermedad

16

**Bibliografía comentada**

25

**Buzón del reumatólogo**

¿Qué índice DAS28 es preferible en la práctica clínica diaria para medir la actividad de la artritis reumatoide, el basado en VSG o en PCR?

27

**Buzón del paciente**

33

**ReumaUpdate**

Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

37

**Noticias SER**

Menos casos de artritis idiopática juvenil en España que en el norte de Europa

39

Se celebran las 4<sup>as</sup> Jornadas BEI organizadas por la SER y UCB Pharma

41

**Noticias**

La intervención temprana, clave para evitar daños irreversibles



5



13



27



39



“ El objetivo es **racionalizar la asistencia médica** a un amplio sector poblacional ”



**Dra. Cristina Martínez Dubois.**  
Sección de Reumatología del Hospital  
Universitario Marqués de Valdecilla  
(Santander)

**El hospital Marqués de Valdecilla ha puesto en marcha una iniciativa pionera, el Plan de Asistencia en Aparato Locomotor, en el que los reumatólogos, desde Atención Primaria, actúan en calidad de consultores médicos. La Dra. Cristina Martínez Dubois nos habla sobre su implantación en Cantabria y lo que supone para pacientes y médicos**

**¿En qué consiste exactamente este Plan de Asistencia en Aparato Locomotor?**

El plan de gestión clínica de patología musculoesquelética es una iniciativa que se puso en marcha en septiembre de 2010 desde el servicio de Reumatología con el apoyo de los servicios de Rehabilitación, Ortopedia y la Unidad de Raquis del hospital Marqués de Valdecilla. El objetivo es racionalizar la asistencia médica a un amplio sector poblacional.

Existe una importante demanda de atención de estas patologías que

origina una ineficiente y fragmentada asistencia de las mismas por distintas especialidades. Éstas se solapan en múltiples ocasiones, generándose rutas asistenciales redundantes, duplicidad de pruebas diagnósticas, engorde de las listas de espera e incremento del gasto sanitario. Todo ello, en último término, ocasiona el desconcierto de los usuarios.

Concretamente este plan trata de abordar, desde Atención Primaria, aquellos pacientes que, de otra manera serían derivados a consultas hospitalarias de Ortopedia, Rehabilitación o Unidad de

Raquis y Reumatología, mediante consultas regulares en los mismos centros de salud por el reumatólogo. Actuamos en calidad de consultores médicos, orientando el tratamiento y el plan de actuación necesario y gestionando la derivación a atención especializada en los casos precisos.

**¿Qué ventajas va a tener para los pacientes?**

Fundamentalmente la agilización y resolución de un gran número dolencias gracias a la asistencia de un reumatólogo en su centro. Esto evita derivaciones innecesarias, con la



consiguiente descongestión de las listas de espera, permitiendo la atención preferente de las patologías más graves.

### ¿Y para los médicos (tanto especialistas como de Atención Primaria)?

A través de un contacto estrecho con el reumatólogo del hospital, los médicos de Atención Primaria obtienen formación continuada y circuitos ágiles que les permiten una mejor asistencia de estos pacientes. Al mismo tiempo, los distintos especialistas se ven beneficiados de una menor presión asistencial que mejora la resolución de las patologías específicas de su área de actuación.

### Esta iniciativa lleva vigente desde septiembre de 2010. Desde entonces, ¿cuántos médicos se han involucrado en ella?

Actualmente, damos por finalizada la primera fase o piloto que ha englobado a seis centros de salud que corresponden al 45% de las consultas de patología musculoesquelética provenientes de Atención Primaria. Para ello, hemos contado con la participación de dos reumatólogos.

“Esta iniciativa se podría exportar a otras realidades similares a la nuestra”

Los excelentes resultados obtenidos, avalan la puesta en marcha de esta iniciativa en el resto de centros de salud del área de referencia de nuestro hospital, fase en la que nos encontramos, implicándose el resto de la plantilla del servicio de Reumatología.

### ¿Cuántos pacientes cree que se han podido beneficiar?

Estamos hablando de aproximadamente 700 consultas entre los meses de septiembre y enero, de las cuales se ha remitido a especializada un 35%, siendo el resto candidatas a seguimiento desde Atención Primaria.

### ¿Cuál es en su opinión (grosso modo) el coste que se ha podido ahorrar al Sistema Sanitario de Salud desde su puesta en marcha?

El análisis futuro de todos los datos obtenidos por parte de los gestores sanitarios nos dará la respuesta, pero la optimización de los recursos que conlleva esta iniciativa permite esperar un considerable ahorro.

### ¿Cuáles son las patologías en las que más consultas se dan?

Aquellas referentes a procesos de columna lumbar (lumbalgia inespecífica y radiculopatías), rodilla (artrosis y meniscopatías) y hombro (tendinopatías).

### ¿Cómo se realiza la formación a Atención Primaria?

La consulta conjunta del especialista de Reumatología y el médico de atención primaria supone una vía recíproca de puesta al día y formación continuada.

Técnicas sencillas de punción e infiltración de articulaciones así como de semiología y exploración, son las principales ventajas que los médicos de Atención Primaria reconocen.

“A través del contacto con el reumatólogo del hospital, los médicos de Atención Primaria obtienen formación continuada”

Asimismo, se están desarrollando sesiones de casos clínicos y de temas concretos en los distintos centros, acorde con sus problemáticas particulares.

Existen, además, otras vías fundamentales de comunicación entre atención primaria y el servicio de Reumatología. La más relevante es la de poder derivar patologías urgentes gracias a la coordinación con un reumatólogo del propio hospital en horario laboral. También existe la posibilidad de comunicación vía telefónica para atender consultas puntuales.

### ¿Cree que sería posible exportar la iniciativa a otras comunidades?

Estamos satisfechos con los resultados iniciales aunque todavía es necesario un tiempo para consolidar el plan. Imagino que cada comunidad tendrá sus particulares necesidades asistenciales, por lo que esta iniciativa se podría exportar a otras realidades similares a la nuestra.



## • La SORCOM celebra el III Simposio de Ecografía en Reumatología

En diciembre de 2010 tuvo lugar una nueva edición del Simposio de Ecografía en Reumatología de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (ECO-SORCOM), organizada en colaboración con Abbott Inmunología

Recientemente se ha celebrado la III edición del Simposio de Ecografía en Reumatología de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (ECO-SORCOM) en la que, como es habitual, se ha contado con ponentes de reconocido prestigio que trataron temas de gran interés. A lo largo de la jornada se puso de manifiesto la relevancia que día a día cobra la ecografía en la práctica asistencial de las enfermedades reumáticas.

El Dr. Eugenio de Miguel (reumatólogo del Hospital La Paz, Madrid, y Coordinador del Simposio ECO-SORCOM), afirmó “este año las ponencias han tenido un gran nivel científico y se han visto recompensadas con una gran participación”.

Además, recalcó que la ecografía se está implantando poco a poco en la mayoría de las Unidades de Reumatología, utilizándose no sólo para el diagnóstico,

sino también para el seguimiento de la actividad de la enfermedad.

### Encuentro satisfactorio

La jornada se organizó en torno a tres mesas: ‘Sono-Anatomía’, ‘Ecografía en Enfermedades Inflamatorias’ y ‘De la Evidencia a la optimización de la Ecografía’, con distintas ponencias en cada una de ellas. Asimismo, se contó con la participación del Dr. Emilio Filippucci, reumatólogo europeo experto en ecografía, que impartió la charla magistral: ‘Ecografía y Cristales’, donde adelantó los últimos avances ecográficos en el estudio de depósitos de estructuras cristalinas en patologías reumáticas y que tuvo una gran acogida por parte de los asistentes.

Las opiniones recogidas al finalizar el Simposio han sido muy satisfactorias por parte de todos los participantes, tanto desde el punto de vista de los temas expuestos como de la calidad de los ponentes. El Dr. Juan Carlos López



El Dr. Eugenio de Miguel durante su intervención.

Robledillo (reumatólogo del Hospital Niño Jesús y Presidente de la SORCOM), añadió que la reunión había sido todo un éxito: “es un motivo de orgullo atraer a más de 200 reumatólogos ilusionados con la ecografía”. Finalmente, agradeció el soporte institucional y logístico del patrocinador señalando que “el apoyo de Abbott Laboratorios ha sido fundamental tanto para la realización de este Simposio, como para el desarrollo de la ecografía en España”.

## • Sólo entre el 30% y 50% de los afectados por gota está tratado adecuadamente

Sólo entre el 30% y el 50% de los afectados por gota recibe regularmente tratamiento para reducir el urato en sangre. “Y menos de la mitad de ellos controla los niveles de este componente por debajo de las cifras óptimas”, según ha indicado el doctor F. Pérez-Ruiz, coordinador del Grupo para el Estudio de las Artritis Cristalinas de la Sociedad Española de Reumatología (GEACSER), con motivo de la celebración del XIV Congreso de la Sociedad de Reumatología de la

Comunidad de Madrid el pasado mes de diciembre.

“A pesar de ser una de las pocas enfermedades reumatológicas que se puede curar, todavía no hay esta percepción por parte de los pacientes y de algunos médicos”, ha advertido el especialista.

La curación de la gota, a juicio de este experto, se sustenta en la consecución de niveles de uricemia en sangre bajos

—no sólo normales— de forma mantenida, lo cual implica que el tratamiento debe prescribirse, cumplimentarse y monitorizarse de forma estricta durante años. Al inicio de la terapia pueden producirse ataques agudos en aproximadamente el 30% de los pacientes hasta el primer año y en menos del 5% el segundo año, y su frecuencia se reduce mediante una dosificación lentamente progresiva, junto con medicamentos para la prevención.



## • Hospital General Universitario de Valencia, el origen

La Sociedad Valenciana de Reumatología analiza la constante evolución del Hospital General Universitario de Valencia: desde sus inicios como Hospital de 'folls, ignoscentes e oratsfolls', en 1409, pasando por su etapa como 'Hospital Real e General', en 1512, hasta la actualidad

Las instituciones hospitalarias han recorrido a lo largo de su historia un proceso evolutivo tanto en sus finalidades como en sus funciones y relaciones con los poderes públicos. A las instituciones de origen monacal, sucedieron las de iniciativa episcopal o laica, pero siempre caracterizadas por una asistencia a enfermedades o grupos sociales específicos.

### Haciendo historia

En el siglo XIII, existía en Valencia un conjunto de hospitales: el de San Vicente Mártir, fundado por Jaime I; el S. Juan de Jerusalem de los caballeros de la Orden de San Juan; el de San Lázaro, para leprosos que ya existía en 1254; el de San Guillem, instituido por Guillem Escrivá; el de San Antonio, de los Padres Antonianos; el de Roncesvalles, perteneciente a los religiosos de esta orden; y el de La Reina o de Santa Lucía, fundado por Doña Constanza, viuda de Pedro III de Aragón, con destino a enfermos, huérfanos y expósitos.

Posteriormente, en el siglo XIV, se fundan otros cinco establecimientos de la misma clase, como el de Clapers, fundado por Bernardo den Clapers para enfermos pobres y necesitados; el de Santa María dels Baquins, que tiene su

origen en el año 1333, merced a Ramón Guillem Catalá, que lo constituyó para albergar a los Hombres de Penitencia (Hermanos Terciarios de San Francisco); el de Pobres Sacerdotes, debido a la Cofradía de Nuestra Señora de la Seo, en 1356; el de En Conill, destinado –por Pedro Conill, 1397– a los peregrinos; y el de En Bou para cobijar a los pobres pescadores enfermos, según dispuso Pedro Bou en 1399.

A finales del siglo XIV, éstos inician un proceso evolutivo que desembocara en la unificación. Por un lado, 'presentaban una estructura laica y civil apta para los poderes públicos, superando los problemas políticos, económicos e interhospitalarios, lograra la unificación paulatina', y por otro 'la propia municipalización y secularización de estos centros va unida a la toma de conciencia por parte de la sociedad y los poderes públicos que comienzan a entender la sanidad como una función social.

Esta situación conlleva la responsabilidad de estos mismos poderes, no sólo respecto a la creación, organización y mantenimiento de los hospitales, sino también a la mejor dotación de medios y mayor especialización de los profesionales'

(M. Gallent y Marco, Historia de la Medicina Valenciana).

### Hospital General

Es a comienzos del siglo XV cuando tiene lugar la primera mención sobre la necesidad de la creación de un Hospital General.

El Padre fray Juan Gilabert Jofré, impresionado por el lamentable espectáculo que, poco antes de su sermón en la Catedral, había presenciado por las calles de Valencia, expuso desde el púlpito, el 24 de febrero de 1409, la necesidad de crear un Hospital (actualmente se encuentran en este emplazamiento los jardines de Guillem de Castro donde aún queda la puerta que da a la calle del Hospital). Allí, podrían ser acogidos todos los "folls, ignoscentes e orats, de forma que no fueran por la ciudad y ni pudiesen hacer daño ni a ellos les pudiese inferir...". Estas palabras impresionaron al escribiente Lorenzo Salom, quien supo presentar la idea y lograr el pleno apoyo





para la aprobación de los Jurados de la Ciudad. A favor de este Hospital estuvo el rey Martín 'el Humano', otorgando dos privilegios: uno en 1409, aprobando el comienzo de las obras, y otro, en 1410, verdadero documento fundacional del 'Hospital de Ignoscents, Foll e Orats' que perfila su entidad jurídica, social, médica, benéfica y las normas por las que debía seguirse.

### Creciente población

La aspiración de Valencia por poseer un Hospital que correspondiera a la importancia creciente de la población, viene expresado en el laudo o sentencia dictado el 17 de abril de 1512 por los Jueces árbitros que habían sido designados por la ciudad, el Cabildo Eclesiás-

tico y los diez ciudadanos Diputados del hospital General, en el cual se llevaba la supresión de los hospitales independientes y particulares, anteriormente enumerados, para constituir uno general, más poderoso y firme y que abrió camino al nuevo concepto de asistencia sanitaria renacentista. Se crea así una institución laica gobernada por la burguesía y sin participación de la iglesia ni la nobleza.

Se le da la denominación de 'Hospital General' por primera vez en el mundo, (Real e General Hospital), consecuencia de que se habían reunido en uno los diversos hospitales existentes: La Reina, En Clapers, S. Lázaro, S. Vicente, En Conill, En Bou, etc.

En 1850, el Hospital General de Valencia, pasó a depender de la Diputación. En el año anterior, se le asigna el nombre de Hospital Provincial bajo la administración directa de la Diputación. Durante mucho tiempo en este centro se ha impartido la enseñanza de Medicina y Cirugía, siendo núcleo fundamental de la Escuela Médica Valenciana.

Dadas las necesidades de la población, en 1933 se realiza el estudio de un nuevo Hospital Provincial, comenzando las obras en 1946 y finalizando en 1962 (Albert Ballesteros). En diciembre de 1962, se inaugura el nuevo Hospital Provincial, situado en la avenida del Cid, recuperando recientemente el nombre de Hospital General.

## ● La detección precoz de la esclerodermia frena la enfermedad

En España se diagnostican 40 casos nuevos de esclerodermia al año, una enfermedad 'rara' que afecta a unos 3.500 pacientes y que tiene en el diagnóstico precoz una de las claves para evitar sus complicaciones asociadas.

Durante el transcurso de una reunión de especialistas en esta enfermedad, organizada por la Sociedad Valenciana de Reumatología, el doctor Juan José Alegre ha afirmado que en el día a día resulta fundamental evitar la exposición al frío, el control del estrés, una dieta sana, un cuidado adecuado de las manos y evitar tóxicos como el tabaco. "Se sabe –ha subrayado– que el tabaco incrementa el riesgo de complicaciones circulatorias en los dedos, llegando incluso a su amputación".

La esclerodermia es una enfermedad reumática crónica y autoinmune del tejido conectivo que por disfunción vascular provoca fenómenos de isquemia y fibrosis en tejidos y órganos. Aunque cada vez se tratan y controlan mejor estas complicaciones, se sigue sin disponer de fármacos capaces de cambiar la evolución de la enfermedad. Según el doctor Juan José Alegre "una detección de la enfermedad en fases precoces, antes de que se produzca el daño de los órganos, podría permitirnos alcanzar el ambicioso objetivo de frenar la enfermedad".

## ● La vitamina D reduce el riesgo de sufrir fracturas de cadera

Mantener unos niveles adecuados de vitamina D reduce el riesgo de caídas y fracturas osteoporóticas ya que aumenta la densidad mineral ósea, según ha afirmado la doctora Heike Bischoff-Ferrari en Valencia, en el transcurso de una conferencia sobre esta vitamina, organizada por la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR). La doctora Bischoff-Ferrari es profesora del Centro de Edad y Movilidad del Departamento de Reumatología del Instituto de Medicina Física del Hospital de Zurich (Suiza).

Según los especialistas, los niveles actuales de vitamina D en la población española son insuficientes y de los más bajos de Europa. Un reciente estudio de la Unión Europea ha puesto de manifiesto que el 70% de la población adulta tiene niveles deficientes de vitamina D.

Este hecho resulta alarmante debido a las múltiples funciones de esta vitamina, que además de su efectividad en el tratamiento de la osteoporosis, proporciona mecanismos de inmunidad ante infecciones y tiene una capacidad inmunomoduladora: en enfermedades autoinmunes, su suplementación ha demostrado beneficios en encefalomiелitis autoinmune, artritis, diabetes 1 y 2, enfermedad inflamatoria intestinal y lupus eritematoso sistémico.





**Dr. J. Rosas Gómez de Salazar.**  
Hospital Marina Baixa.  
Villajoyosa. Alicante.

**Dr. J. L. Fernández Sueiro.**  
Hospital Juan Canalejo.  
A Coruña.

**Dr. A. Naranjo Hernández.**  
Hospital Universitario de  
Gran Canaria, Dr. Negrín.  
Las Palmas.

# Congreso ACR 2010, Atlanta

En este número se incluyen los resúmenes pendientes de los socios de las Becas ACR de la SER, correspondientes a 2010 y presentadas

## ■ Artritis Reumatoide

### Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies: beyond rheumatoid arthritis.

D. Grados<sup>1</sup>, S. Holgado<sup>1</sup>, S. Mínguez<sup>1</sup>, A. Molto<sup>1</sup>, M. Martínez-Morillo<sup>1</sup>, B. Tejera<sup>1</sup>, L. Mateo<sup>1</sup>, J. Cañellas<sup>1</sup>, A. Olivé<sup>1</sup>, X. Tena<sup>1</sup>, A. Marín<sup>2</sup>, I. Salvador<sup>2</sup>, E. Ruiz<sup>2</sup>, E. Martínez-Cáceres<sup>2</sup>. *Rheumatology Section; <sup>2</sup>Immunology LIRAD-BST, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.*

Los autores analizaron a 320 pacientes con anticuerpos anti CCP positivos en un hospital general. En el 73% de los casos el diagnóstico fue una enfermedad reumática, que, en algo más de la mitad de ellos, correspondía a una AR. Los autores encuentran que la presencia de anti CCP por debajo de 50 U/ml es más habitual en conectivopatías y otras artritis, mientras que los valores mayores a 100 U/ml son típicos de AR. El 27% de los casos correspondió a una miscelánea de enfermedades: endocrinas, pulmonares, hematológicas e infecciones, que, por lo general, también presentaban niveles bajos de CCP. En resumen, el estudio nos recuerda que aunque los anticuerpos anti CCP son más específicos de AR, pueden estar presentes en otras enfermedades reumáticas y no reumáticas.

### Genome-wide pathway analysis identifies oxidative stress related gene msra as rheumatoid arthritis susceptibility locus.

J.E. Martin, *Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra, CSIC (1); B.Z. Alizadeh University Medical Centre Groningen, Dept. of Epidemiology (2);*

M.A. González-Gay, H. Xeral-Calde, *Dept Rheumatology, Lugo; A. Balsa, D. Pascual, Dept. Rheumatology H. La Paz, Madrid; B. Fernández-Gutiérrez Dept. Rheumatology Hospital Clínico San Carlos, Madrid; E. Raya, Dept. of Rheumatology Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.*

El estudio del genoma humano completo ha dejado abierta la posibilidad de analizar genes en principio no asociados o con baja penetrancia ligados a enfermedad, en este caso a la AR. Así, en esta comunicación se exploran diversos genes seleccionados en estudios previos del genoma humano con el estrés oxidativo. Dichos genes se encuentran localizados en regiones distantes del genoma pero con similares mecanismos de acción. Los autores analizan los genes relacionados con el estrés oxidativo en dos cohortes, una española y otra holandesa (replicación), encontrando un OR global para el gen MSRA rs10903323 de 1,28 (P = 2.19x10<sup>-4</sup>).

### Assessment of cardiovascular risk in rheumatoid arthritis. impact of the new EULAR recommendations.

M. Robustillo, C. Gómez Vaquero, J. Narváez, J. Rodríguez Moreno, P. Estrada, L. López Vives, J.M. Nolla. *Rheumatology Service. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet.*

El estudio incluyó 200 casos de AR en personas con una edad media de 60 años y unos doce de evolución de la enfermedad. Se aplicó el índice SCORE para deter-

minar el riesgo de eventos cardiovasculares, con un incremento de 1,5 veces en el caso de enfermedad de >10 años de evolución y FR (o CCP) positivo. Los autores encontraron un SCORE promedio de 2,7, indicando que tuvo que aplicarse el incremento por AR en la mitad de los casos. El índice SCORE se relacionó tanto con los factores clásicos de riesgo cardiovascular como con la PCR. Los eventos cardiovasculares encontrados se asociaron al SCORE, a la edad, al sexo masculino y al hábito tabáquico.

### Long-Term Effect Of Anti TNF-Alpha Therapies On Insulin Resistance, Body Composition And Adipokines In Rheumatoid Arthritis Patients.

Delgado-Frías, E.<sup>1</sup>; Hernández-Hernández, V.<sup>1</sup>; Ferraz-Amaro, I.<sup>1</sup>; Arce-Franco, M.<sup>1</sup>; Franco-Macide, A.<sup>2</sup>; Muñiz, J.R.<sup>3</sup>; Díaz, F.<sup>1</sup> *Servicio de Reumatología. <sup>2</sup> Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de Canarias. <sup>3</sup> IMETISA.*

El estudio incluyó 16 casos de AR tratados con anti-TNF seguidos durante 12 meses. Se evaluó la actividad de la enfermedad por el DAS28, así como parámetros de resistencia a la insulina, el índice de masa corporal, otras mediciones de la grasa corporal, incluyendo IRM abdominal, y determinación de adipocinas. Encontraron que los pacientes ganaron peso de manera significativa tras el empleo de anti-TNF, un promedio de 2-3 puntos en el IMC. Sin embargo, la composición de la grasa corporal, los parámetros de resistencia a la insulina y

## de la SER que han obtenido alguna en noviembre en Atlanta (EEUU)

los niveles de adipocinas no variaron de forma significativa con el tratamiento.

### **Confirmation of the Especial Interaction of Autoimmunity against Citrullinated $\alpha$ -Enolase with Genotypes Predisposing to Rheumatoid Arthritis.**

*A. Montes, R. Diéguez-González, E. Pérez-Pampin, M. Calaza, A. Mera-Varela, J.J. Gómez-Reino, A. González.*

*Laboratorio Investigation and Rheumatology Unit. Instituto Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.*

El estudio incluyó 451 casos de AR y 277 controles, a los que se realizó determinación de anti CCP2, de epítipo compartido y del gen PTPN22. También se cuantificó el CEP-1, que indica la presencia de anticuerpos anti enolasa citrulinada, propuesta como parte de un subgrupo de proteínas citrulinadas asociadas a la AR. Los autores observaron anti CEP-1 en el 26,8%, que en el 86,6% también tenían asociado los CCP2. Se observó epistasis (interacción mayor a la suma simple) entre el epítipo compartido y el gen PTPN22 en aquellos pacientes con ambos anti CEP-1 y CCP positivos. Sin embargo, no encontraron asociación de ninguno de los grupos anti-citrulina con el hábito de fumar, lo que achacan a la baja prevalencia de fumadores en la muestra (18,7%). En resumen, este trabajo confirma la asociación de los anticuerpos anti citrulina con el epítipo de la AR y el PTPN22, que es más intensa cuando ambos CCP2 y CEP-1 son positivos.



## ■ Lupus y SAF

### Renal biopsy in systemic lupus erythematosus patients with low levels of proteinuria.

*E. Rodríguez, J. Sánchez, E. Salgado, I. Mateo, M. Galindo, P.E. Carreira. Rheumatology Department, University Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

Este trabajo incluyó 150 pacientes con nefritis lúpica demostrada por biopsia, de los cuales analizaron 42 que presentaron una proteinuria basal < 1 gr/24 h. En este grupo, la biopsia mostró con mayor frecuencia GN de las clases I y II, seguida por la clase III. Describen los tratamientos prescritos (sólo 15 de los 42 recibieron ciclofosfamida) y la evolución tras un promedio de seguimiento de 14±8 años; 37 pacientes respondieron al tratamiento, 8 recidivaron, 6 acabaron en fallo renal y 6 fallecieron.

Comparando con el grupo de pacientes con proteinuria >1 gr, estos últimos tuvieron con mayor frecuencia una biopsia del tipo proliferativa difusa y más recaídas, pero la incidencia de fallo renal fue similar a la de los casos con proteinuria < 1gr/24 h.

### La presencia de microtrombosis plaquetaria renal en pacientes con nefritis lúpica se correlaciona con el grado de infiltración macrófagica.

*Gonzalo, E.; Martínez-Vidal, M.P.; Santiago, B.; Redondo, N.; Loza, E.; Pablos, J.L.; Galindo, M. Unidad de Investigación, Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, Fundación*



Isquemia digital grave en paciente con colagenosis.

*Española de Reumatología, Soc. Española de Reumatología, Madrid.*

En la nefritis proliferativa lúpica el grado de infiltración intra y extraglomerular se correlaciona con trastornos agudos en la función renal.

La presencia de microtrombos agudos demuestra una buena correlación con el grado de infiltración celular. Sin embargo, ninguno de estos parámetros es un buen marcador pronóstico de la evolución de la función renal o la respuesta al tratamiento. Se hacen necesarios más estudios para definir la correlación entre la presencia de trombosis renal, la infiltración de células inflamatorias y la activación del sistema del complemento en los pacientes con nefritis lúpica.

### Papel de radicales de oxígeno reactivo y señalización 'downstream' dependiente de ROS en el estado

### protrombótico desencadenado por anticuerpos antifosfolípido en pacientes con el síndrome antifosfolípido primario.

*López-Pedrerá, Ch.; Ruiz, P.; Aguirre, M.A.; Barbarroja, N.; Rodríguez-Ariza, A.; Pérez-Sánchez, C.; Collantes-Estévez, E.; Villalba, J.M.; Velasco, F.; Khamashta, M.A and Cuadrado, M.J., Rheumatology and Research Unit, Reina Sofía Hospital-IMIBIC, Córdoba, Spain and Lupus Research Unit, St Thomas Hospital, London, UK.*

Los datos indican que la unión de aPL-IgG a la membrana de los monocitos desencadena una vía de señalización redox-sensible que controla el fenotipo procoagulante de esas células en el contexto del Síndrome anti-fosfolípido. Por lo tanto el estrés oxidativo de aPL-IgG representa una nueva vía potencial que contribuye a las complicaciones trombóticas del Síndrome anti-fosfolípido.



## ■ Investigación básica

### Haplogrupos del mtDNA definen dos fenotipos de osteoartritis (OA).

I. Rego-Pérez, M.; Fernández-Moreno, M.; Deberg, S.; Pertega, C.; Fernández-López, N.; Oreiro, M.; Acasuso, V.; Bonome-González, Y.; Henrotin, F. J. Blanco. *Osteoarticular and Aging Res. Lab. Rheumatology Div. INIBIC-Complejo Hosp. Univ. A Coruña, Bone and Cartilage Res. Unit. Univ. of Liege, Liege, Belgium, Epidemiology Unit. INIBIC-Complejo Hosp. Univ. A Coruña, C. Salud San José, A Coruña, C. Salud Matogrande - SERGAS, A Coruña.*

La MMP-13 podría ser un buen biomarcador, siendo un posible candidato para el diagnóstico de la OA. Algunos de los biomarcadores relacionados con la OA presentaron de forma clara un perfil diferente dependiendo del haplogrupo del mtDNA. Esto permitió desarrollar dos modelos diagnósticos de haplogrupos para el diagnóstico de la OA.

### Diferenciación condrogénica de células stem mesenquimales de médula ósea cultivadas en colágeno tipo I y andamiaje de heparan sulfato.

S. Díaz-Prado, E. Muiños, C.G. Trejo-Iriarte, D. Lozano, N. García-Honduvilla, I.M. Fuentes, F.J. De Toro, P. Esbrit, J. Buján, F.J. Blanco. *Osteoarticular and Aging Res. Lab. CIBER-BBN. Rheumatology Div. INIBIC-Complejo H.. Univ. A Coruña, INIBIC-University of A Coruña. Department of Medical Specialties. University of Alcalá de Henares, Madrid,*

*Laboratory of Bone and Mineral Metabolism. Fundación Jiménez Díaz (Capio Group). Madrid, Spain*

Los datos demostraron que el colágeno tipo I y el 'andamiaje' de heparan sulfato fueron óptimos para el crecimiento de células stem mesenquimales (MSCs) derivadas de la médula ósea y condrocitos, además las MSCs derivadas de la médula ósea cultivadas en ese medio fueron capaces de diferenciarse en células condrocito-like.

### Análisis del secretoma de células stem mesenquimales del estroma del cordón umbilical durante la condrogénesis.

M.C. Arufe, A. de la Fuente, J. Mateos, P. Fernández, E. Rendal, S. Díaz, I. Fuentes, F.J. De Toro, F.J. Blanco. *INIBIC-Universidad de A Coruña. Osteoarticular and Aging Research Laboratory, Proteomics Unit-Associated Node to ProteoRed-Biomedical Research Center (INIBIC). Hospital Universitario A Coruña.*

El objetivo fue estudiar las proteínas secretadas de las células stem mesenquimales (MSCs) del estroma del cordón umbilical durante la diferenciación a células condrocito-like para discernir las vías que podrían ser determinantes en este tipo de condrogénesis.

### Conclusiones:

1. Esta técnica es viable para analizar muestras complejas como es el secretoma.

2. La diferenciación de la condrogénesis designada como una formación esferoide ha demostrado ser un excelente método para obtener células condrocito-like derivadas de las MSCs del estroma del cordón umbilical.

3. Vías relacionadas con el proceso de diferenciación fueron activadas durante el proceso de condrogénesis.

### Estudio del potencial condrogénico de subpoblaciones de células expresando marcadores de células stem mesenquimales derivadas de las membranas sinoviales.

M.C. Arufe, A. De la Fuente, Díaz S. I. Fuentes, F.J. de Toro, F.J. Blanco. *Osteoarticular and Aging Research Lab. Cellular Therapy Unit. INIBIC- CH Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Dpto. Medicine. Area of Anatomy and Human Embryology. Campus Oza s/n. Fac. of Health Science. University of A Coruña. Cathedra BIOIBERICA of Cell Therapy University of A Coruña. CIBER-BBN. Instituto de Salud Carlos III.*

Esferoides formados de CD271 y CD73 enriquecidos de MSCs derivadas de membranas sinoviales normales, mimetizan la matriz extracelular del cartílago nativo más estrechamente que las MSCs CD106+; además, son posibles candidatas para utilizar en ingeniería tisular del cartílago. Ambos tipos celulares tienen el potencial para promover la diferenciación de las MSCs en condrocitos presentando nuevas posibilidades para conseguir una reparación intrínseca del cartílago.



**Dr. Miguel Belmonte Serrano**  
Sección de Reumatología  
Hospital General de Castellón

## ¿Qué índice DAS28 es preferible en la práctica clínica diaria para medir la actividad de la artritis reumatoide, el basado en VSG o en PCR?

El índice DAS28 se ha convertido en el valor de referencia para medir la actividad de la artritis reumatoide (AR) y se utiliza tanto en ensayos clínicos como en la consulta diaria del reumatólogo.

El concepto 'treat to target' es un paradigma en alza dentro de la práctica clínica que se basa en una supervisión estrecha de la actividad de la AR con el fin de realizar los cambios terapéuticos necesarios para conseguir un estado de remisión o de mínima actividad de la enfermedad. El parámetro central a esta estrategia terapéutica es el DAS28, por lo que sus aspectos clínicos cobran especial importancia.

El DAS28 clásico se basa en un recuento de 28 articulaciones dolorosas y tumefactas, así como la valoración de la actividad de la enfermedad por el paciente, y el valor de la velocidad de sedimentación globular (VSG). Se ha criticado el uso de la VSG para medir la actividad de la AR porque este parámetro está influenciado por la edad, el sexo y variables como los niveles de hemoglobina, fibrinógeno e inmunoglobulinas.

Además, la VSG puede tardar semanas en modificarse mientras que otros parámetros, como la proteína C reactiva (PCR), cambian en pocos días y no se influyen por las variables clí-

cas o analíticas antes citadas. De este modo, teóricamente un DAS28 basado en la PCR debería ofrecer ventajas sobre el que se basa en la VSG.

### El cálculo del DAS28

Se han desarrollado fórmulas para el cálculo del DAS28 utilizando la VSG o la PCR, basadas en las cuatro variables originales o bien con sólo tres, pudiendo usarse esta forma abreviada cuando no se dispone de la valoración de actividad del paciente.

Como se aprecia en la imagen (ver cuadro inferior), la mayor diferencia entre el cálculo del DAS28, usando ambos tipos de variables, es el coeficiente apli-

### Fórmulas para el cálculo de distintas formas del DAS28

DAS28/ESR-4 ítem <sup>11</sup>	$0,56\sqrt{TJC28} + 0,28\sqrt{SJC28} + 0,70 \ln(\text{ESR}) + 0,014*GH$
DAS28/ESR-3 ítem <sup>3</sup>	$[0,56\sqrt{TJC28} + 0,28\sqrt{SJC28} + 0,70 \ln(\text{ESR})]*1,08+0,16$
DAS28/CRP-4 ítem <sup>3</sup>	$0,56\sqrt{TJC28} + 0,28\sqrt{SJC28} + 0,36 \ln(\text{CRP}+1) +0,014*GH+0,96$
DAS28/CRP-3 ítem <sup>3</sup>	$[0,56\sqrt{TJC28} + 0,28\sqrt{SJC28} + 0,36 \ln(\text{CRP}+1)]*1,1+1,15$



cado al logaritmo de dicha variable, así como la constante a aplicar.

Se han realizado varios estudios comparando la efectividad del DAS28(VSG) con el DAS28(PCR), siempre utilizando bases de datos ya existentes.

En general se demuestra buena concordancia entre ambos, pero todos los autores enfatizan que ambos índices no son intercambiables. Así, varios estudios coinciden al encontrar una concordancia de un 85-91% entre ambos índices para categorizar la respuesta al tratamiento (buena, moderada o mala) utilizando las escalas de respuesta EULAR<sup>1,2</sup> y sólo <1% de casos da respuestas totalmente discordantes.

En conjunto, el cálculo de DAS28 usando PCR suele dar valores más bajos que al utilizar VSG, de modo que podemos decir que el DAS28 (PCR) infraestima significativamente la actividad de la enfermedad (0,5 a 1 puntos de media<sup>3</sup>) y sobreestima la mejoría en hasta el 10-12% de casos respecto al DAS28(VSG)<sup>4</sup>.

Debido a estas diferencias, algunos autores han intentado establecer unos puntos de corte de actividad de la AR específicos para el DAS28(PCR), encontrando mediante curvas ROC una equivalencia de 2,32 puntos para remisión, 2,67 para baja actividad y 4,09 para alta actividad.

Se ha intentado establecer también una fórmula de ajuste para obtener equivalencias entre ambos métodos pero la eficacia de éste y otros ajustes matemáticos posibles no han confirmado su utilidad en otros estudios similares.

### Conclusión

En definitiva, podemos decir que hay una buena correlación global entre DAS28 medido con VSG y PCR, pero que hay un sesgo a la baja para DAS28 (PCR) que hace que los pacientes aparentemente tengan menor actividad que cuando se usa VSG.

En pacientes individuales, ambos índices pueden diferir en más de un punto, especialmente en casos de baja actividad de la enfermedad, por

## El DAS28 se basa en el recuento de 28 articulaciones dolorosas y tumefactas, así como la valoración del paciente

lo que su uso en la práctica diaria debe realizarse teniendo estas limitaciones en mente.

Respecto a las preferencias por uno u otro índice, cabe recordar que todos los ensayos clínicos y la inmensa mayoría de estudios se han realizado con el DAS28(VSG) y dado que la versión con PCR no ha demostrado aportar ventajas significativas, parece recomendable seguir utilizando el método tradicional basado en VSG.

### Bibliografía

1. Ranganath VK, Yoon J, Khanna D, Park GS, Furst DE, Elashoff DA, Jawaheer D, Sharp JT, Gold RH, Keystone EC, Paulus HE; Western Consortium of Practicing Rheumatologists. Comparison of composite measures of disease activity in an early seropositive rheumatoid arthritis cohort. *Ann Rheum Dis.* 2007 Dec;66(12):1633-40.
2. Matsui T, Kuga Y, Kaneko A, Nishino J, Eto Y, Chiba N, Yasuda M, Saisho K, Shimada K, Tohma S. Disease Activity Score 28 (DAS28) using C-reactive protein underestimates disease activity and overestimates EULAR response criteria compared with DAS28 using erythrocyte sedimentation rate in a large observational cohort of rheumatoid arthritis patients in Japan. *Ann Rheum Dis.* 2007 Sep;66(9):1221-6.
3. Castrejón I, Ortiz AM, García-Vicuña R, Lopez-Bote JP, Humbría A, Carmona L, Gonzalez-Alvaro I. Are the C-reactive protein values and erythrocyte sedimentation rate equivalent when estimating the 28-joint disease activity score in rheumatoid arthritis? *Clin Exp Rheumatol.* 2008 Sep-Oct;26(5):769-75.
4. Wells G, Becker JC, Teng J, Dougados M, Schiff M, Smolen J, Aletaha D, van Riel PL. All cause and cause-specific mortality in rheumatoid arthritis are not greater than expected when treated with TNF antagonists. *Ann Rheum Dis.* 2007 Jul;66(7):880-5.



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

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

**Dr. Antonio Naranjo Hernández**  
H. U. de Gran Canaria, Dr. Negrín.  
Las Palmas



## Damos respuestas



### Medicamentos por internet: un riesgo innecesario

**Me gustaría tener una opinión especializada acerca de la compra de medicamentos por internet. Yo tomo con frecuencia un antiinflamatorio para el dolor de la cadera por artrosis y me va bien. Desde hace unos meses, mi médico se empeña en darme un genérico de otro antiinflamatorio, por estar obligado y ser más barato, pero a mí me va peor. He visto que puedo comprar el que me va mejor por internet sin problema, pero tengo algunas dudas, sobre todo porque veo que no me piden receta. ¿Es seguro?**

**Pedro S. (Alicante)**

■ Lo primero que hay que decirle es que en España la compra de fármacos online es ilegal. Para contestar su pregunta he hecho algunas pruebas: al buscar en google 'medicamentos por internet' aparecen 704.000 páginas asociadas. He entrado en una farmacia virtual y sin ningún impedimento podía haber comprado fármacos de todo tipo. He probado con un antiinflamatorio muy conocido y le puedo decir que el precio era un 25% superior al de una farmacia española.

No sólo el precio es importante, la garantía de lo que se compra lo es mucho más y esto lo da la farmacia legal, no la online. Tenga en cuenta que no le piden receta del médico y eso ya es un riesgo. He comprobado un informe reciente de un estudio realizado en nuestro país que se demuestra que gran parte de las

compras de fármacos por internet son un fraude, ya que son falsos. Por todo ello, no es aconsejable su adquisición.

Respecto a su caso, debe saber que es cierto que hay una respuesta individual a los diversos antiinflamatorios y también es cierto que desde la administración sanitaria se estimula la utilización de los medicamentos genéricos. Sin embargo, si éste no funciona se puede buscar otro, de hecho en el caso de los antiinflamatorios contamos con numerosas familias de fármacos. Finalmente le aconsejamos que lo hable con su médico y busquen el medicamento adecuado, que debe ser el que haga mejor su acción (probablemente el que usted tomaba) al menor coste.

■ **Dr. José Rosas Gómez de Salazar**



### Cortisona y triglicéridos

**Mi médico me ha realizado un análisis de control por seguir tratamiento con metotrexato (10 mg) y deflazacort (9 mg); los análisis revelan unos niveles de triglicéridos altos (480), ¿puede ser por la medicación que tomo?**

**Mª Eugenia (remitida a web SER)**

■ Respecto a su pregunta, el metotrexato no aumenta los niveles de triglicéridos ni de colesterol. Sin embargo, el tratamiento crónico con corticoides (usted utiliza uno de ellos, deflazacort)

sí que puede provocar incremento de los niveles en sangre de triglicéridos, del colesterol total y de algunas de sus fracciones como la LDL, que aumentan el riesgo cardiovascular.

No disponemos de más datos sobre usted y suponemos que recibe esta medicación porque padece alguna enfermedad que provoca artritis crónica. Sólo nos comenta la elevación de los triglicéridos, por lo que suponemos que el colesterol es normal. Hoy día se considera el aumento de los triglicéridos un factor de riesgo cardiovascular. Por otra parte, debe saber que situaciones como el sobrepeso, la diabetes y algunos

fármacos como los corticoides pueden influir en el aumento de los triglicéridos.

La dosis que recibe de metotrexato es muy baja. Por tanto, debe consultar con su médico la posibilidad de incrementar la dosis del metotrexato e incluso asociar otros fármacos, con el fin de intentar disminuir/eliminar los corticoides. Finalmente, además de vigilar el peso y realizar ejercicio y si persisten los niveles elevados de triglicéridos, si se asocian a niveles elevados de colesterol, debe valorarse iniciar tratamiento.

■ **Dr. José Rosas Gómez de Salazar**



### Efectos secundarios

**Después de leer la información de los prospectos de los medicamentos para la AR con su lista de efectos secundarios, no puedo dejar de preguntarme si la 'cura' es peor que la enfermedad. ¿Sería posible abandonar la medicación y dejar a su libre albedrío la AR?**

**Antonio (A Coruña)**

■ Para cualquier paciente, los posibles efectos secundarios de la medicación que toma son una preocupación comprensible. Es cierto que ningún medicamento es completamente seguro, pero el peligro de no tratar la AR es superior a los posibles riesgos de los medicamentos usados actualmente. Cada día, los medicamentos alivian el dolor, previenen la destrucción articular y mejoran las vidas de innumerables personas con artritis.

Los prospectos son un servicio para informarle acerca de los posibles efectos secundarios de un determinado medicamento. Tenga en cuenta que la palabra clave aquí es 'posible'.

Usted no debe asumir que éstos tienen que aparecer necesariamente. Incluso si experimenta uno o más efectos secundarios, puede ser capaz de revertirlo o detenerlo suspendiendo la medicación o cambiando de tratamiento, aunque en la mayoría de los casos no es necesario tomar medidas pues se resuelven por sí solos.

#### Reacción a un medicamento

Muchos factores pueden influir en cómo su cuerpo reacciona a un medicamento. Algunos son controlables en gran medida, por ejemplo, cuándo y cómo tomar su medicamento. Los que no se

pueden cambiar, como la edad y otros problemas de salud, pueden ser compensados con la elección de la medicación más adecuada o un ajuste de dosis.

La clave es sopesar los riesgos contra los beneficios potenciales. Es ahí donde su médico va a actuar porque tiene la mejor información para seleccionar el medicamento que proporcione la mejor ayuda con el menor daño posible.

#### Reducir riesgos

También usted puede trabajar para reducir su riesgo:

✓ Informe a su médico acerca de cualquier medicamento que esté tomando –incluso sin receta médica, puesto que algunos pueden incrementar los efectos secundarios de los demás–. No subestime el poder de los suplementos nutricionales. Éstos también pueden afectar la forma en que un medicamento es eficaz.

En algunos casos, –como tomar ácido fólico, junto con metotrexato– los suplementos de la vitamina pueden reducir el riesgo de ciertos efectos secundarios. En otros, ingerir suplementos nutricionales o de hierbas, además de los

medicamentos recetados, pueden interferir con la acción de la medicación o incluso aumentar sus efectos secundarios potenciales.

✓ Averigüe si hay ciertos alimentos que debe comer o evitar al tomar un medicamento. La mayoría, incluidos los AINE, se deben administrar con alimentos para reducir el riesgo de malestar estomacal. Para otros, el tomarlos con las comidas puede disminuir la absorción del fármaco. Modere la toma de alcohol.

✓ Muchos de los efectos adversos están relacionados con la dosis. Nunca tome más de la cantidad prescrita y hágalo a la hora indicada por su médico. El tiempo, en algunos casos, puede influir en los efectos secundarios de un medicamento. Nunca deje de ingerir ningún medicamento sin consultar a su médico. Un medicamento no puede ayudarle si usted no lo toma y su interrupción brusca puede hacerle daño.

✓ Informe a su médico si sospecha que sufre un efecto secundario. De esta manera se puede determinar si requiere suspender el tratamiento o reducir la dosis.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



El peligro de no tratar la AR es superior a los posibles riesgos de los medicamentos usados hoy en día.



## **Biológicos y cirugía mayor: precauciones a tomar**

**Tengo 66 años y padezco artritis reumatoide desde hace 18. Desde que sigo un tratamiento biológico estoy, sin duda, mucho mejor. Sin embargo, debo de operarme de una rodilla para poner una prótesis y me preocupa esta situación. ¿Tengo que parar de tomarlo antes de la operación? Si fuera así, ¿cuánto tiempo?**

**Ana (Las Palmas)**

■ Los fármacos biológicos empleados tanto en artritis reumatoide, como en lupus o espondilitis, pueden incrementar de manera muy discreta el riesgo de infección. Esto ocurre con más frecuencia en los pacientes de mayor edad, en los que toman glucocorticoides (cortisona) y en aquellos que reciben dosis altas de biológico. Las infecciones no son de un tipo determinado, sino que puede darse tanto por virus como por bacterias, siendo éstas últimas las que más preocupan.

Cuando se quiere realizar una operación quirúrgica a un paciente bajo tratamiento biológico, se deben tomar una serie de precauciones para evitar infecciones. Si la operación es bajo anestesia general, por ejemplo de abdomen, de cadera o rodilla, la llamamos cirugía 'mayor', para diferenciarla de operaciones 'menores' como legrados vaginales, artroscopia o cirugía de la boca.

Si la cirugía se puede programar, entonces el paciente debe advertir al cirujano sobre este tratamiento biológico. Estas precauciones nos llevan a suspender el medicamento un tiempo antes de la cirugía 'mayor': diez días mínimo para etanercept; entre dos y tres semanas para adalimumab; entre cuatro y seis semanas para tocilizumab, abatacept y golimumab; y entre ocho y diez para infliximab. No existen recomendaciones específicas en el caso de rituximab, si bien debería plantearse al menos varios meses después del último tratamiento.

Una vez tenga lugar la intervención, debe vigilarse cuidadosamente la posibilidad de infección y tratarla inmediatamente. Después de la cirugía se puede reinstaurar el biológico en 10–14 días, cuando la herida haya curado y siempre que no haya evidencia de infección.

■ **Dr. Antonio Naranjo Hernández**



## Autoayuda después de la medicación

**He leído últimamente sobre lo mucho que la gente puede hacer para ayudar a manejar la artritis. Sin embargo, cada vez que hablo con mi médico menciona poco más que la medicación siguiente o las nuevas dosis que va a prescribir. ¿Qué cosas puedo hacer yo para mejorar mi manejo de la artritis reumatoide?, ¿y para que mi médico me explique mejor esas cosas?**

**Rosa (A Coruña)**

■ Su percepción es frecuente, especialmente en enfermedades crónicas como la artritis, en las que no hay cura conocida. La autoayuda para controlar la enfermedad requiere una relación permanente de cooperación entre el

médico y el paciente. En esta relación, el paciente, en realidad, es el cuidador principal. Éste es un concepto nuevo para la mayoría de los médicos.

Ciertamente, su médico debe hacer el diagnóstico, recomendar el tratamiento más adecuado, supervisar la respuesta al mismo y modificarlo según las necesidades. Pero no olvide que es usted quien debe seguir la receta de su médico, día tras día.

También es usted quien debe controlar sus síntomas y comunicarse con su médico entre las visitas, en caso de que tenga un problema o un tratamiento que tal vez necesita ser modificado.

Durante la consulta debe describir con la mayor exactitud posible a su médico cómo se encuentra. Su propio relato

es de vital importancia, al igual que las pruebas de laboratorio y que el resultado de la exploración física, ayudarán a su médico a tomar decisiones importantes sobre el tratamiento.

Aparte de los problemas relacionados con la medicación, hay mucho más que puede y debe hacer con la ayuda y el apoyo de su médico.

Por un lado, debe mantener un estilo de vida saludable. Una nutrición adecuada y ejercicio son particularmente importantes para las personas con artritis.

Si el dolor es un problema, como lo es para la mayoría de las personas con artritis, hay medidas, aparte de los medicamentos, que pueden ayudarle a sentirse mejor.



## Golimumab y tiempo para embarazo

**Tengo 32 años y padezco artritis psoriática. Ahora sigo tratamiento con un fármaco biológico llamado golimumab. Como me está funcionando bien, me planteo la posibilidad de quedarme embarazada. ¿Tendría que dejar el fármaco en caso de decidirme?**

**Rosa (Las Palmas)**

■ Como con otros fármacos biológicos, no se recomienda el uso de golimumab en mujeres embarazadas ni durante la lactancia materna. No obstante, existen publicaciones de casos de mujeres embarazadas en tratamiento biológico

que finalmente no han tenido problemas durante la gestación, el parto o con el recién nacido.

Además, en el caso del golimumab los estudios en animales no han mostrado problemas de ningún tipo en embarazo y parto.

### Discutir la planificación

La ficha del producto recomienda por prudencia que las pacientes y sus médicos discutan la planificación de un embarazo si están siendo tratadas con biológicos.

Dado que la eliminación de golimumab puede durar hasta cinco meses, las mujeres en edad fértil deben usar medi-

El ejercicio puede ayudar a aliviar el dolor, por lo que se puede aplicar calor o frío en las articulaciones afectadas y el uso de técnicas de relajación.

Hacer que su hogar sea lo más accesible posible y el uso de dispositivos de asistencia, como alcanzadores para recuperar las cosas de los estantes altos, o tiradores de cremallera para los dedos doloridos o no hábiles, puede aliviar la frustración, proteger las articulaciones y ayudar a mantenerse independiente.

Finalmente, para su segunda pregunta, aunque a veces puede no ser fácil, intente hablarlo con su médico, que sepa lo que le preocupa y trasmítale su confianza.

■ **Dr. J.L. Fernández Sueiro**

das anticonceptivas durante el tratamiento con golimumab y hasta seis meses después de suspenderlo.

Con otros biológicos el plazo es variable, no especificado en ficha técnica para etanercept, entre cuatro y seis meses para la mayoría y hasta doce meses para rituximab.

En caso de embarazo durante el tratamiento se considerará la suspensión del biológico tras valoración conjunta del balance riesgo-beneficio.

Esto dejaría una posibilidad de continuar con el biológico por la gravedad de la enfermedad en casos muy especiales.

■ **Dr. Antonio Naranjo Hernández**



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

- Artritis Reumatoide
- Espondiloartropatías
- Colagenopatía
- Reumatología Pediátrica
- Inv. Bás. Reumatología
- Conectivopatías

# 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:

**Factores que influyen en la progresión de la aterosclerosis subclínica en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES): un estudio longitudinal de dos años de duración.**

Rúa-Figueroa, I.; Arencibia-Mireles, O.; Elvira M, Erasquin, C.; Ojeda, S.; Francisco, F.; et al. Ann Rheum Dis 2010;69:1136-9.

### Resumen

El objetivo es evaluar los cambios en el grosor de la íntima-media (IMT) de la carótida y la asociación con los factores de riesgo en pacientes con LES leve. Para ello, utilizaron la medida de la IMT

de la carótida común y como método de medida el ultrasonido. Incluyeron 101 pacientes, con seguimiento durante dos años. Las pacientes embarazadas o los que presentaban insuficiencia renal significativa fueron excluidos.

Se recogieron factores de riesgo cardiovascular clásicos, la actividad de la enfermedad se evaluó cada seis meses utilizando la medida de actividad del lupus sistémico (SLAM), el daño acumulado con el SLICC / ACR / DI y la severidad según el índice de Katz. Además, acopiaron parámetros bioquímicos: proteína C reactiva de alta sensibilidad, lipoproteínas, perfil lipídico, anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico, anti DNA de doble cadena, interleucina 6, C3a, C4a, C5a y homocisteína plasmática.

El 94% de los pacientes era mujer, con media de edad 41,5 años y de duración de la enfermedad de unos 12,1 años. Observaron un incremento de 0,078 mm en el IMT a los dos años que pasó de una media de 0,37 basal a una de 0,44 ( $p < 0,001$ ). Cuando se ajustó por edad y sexo se observó que la edad del diagnóstico, la homocisteína y los niveles de C3 y C5a eran factores de riesgo que influían en la progresión de la IMT.

### Comentario

Se sabe que la aterosclerosis acele-

rada (AT) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con LES y está presente de forma subclínica hasta en el 40% de los pacientes diagnosticados.

Este estudio longitudinal incluye enfermos con LES de baja gravedad, en el cual se ha investigado los factores de riesgo asociados con los cambios en el espesor de la íntima-media (IMT), medida por ecografía carotídea, con el fin de evaluar la AT y su progresión.

El tratamiento con corticoides se valoró teniendo en cuenta si los recibían al inicio del estudio independientemente de la dosis o si los habían recibido en cualquier momento desde el diagnóstico. Se realizaron dos ecografías Doppler en corte longitudinal de las arterias carótidas utilizando un protocolo estándar (basal y a los dos años).

La medición de IMT de la carótida común se realizó en sitios predefinidos libres de placas, a 1 y 1,5 cm del bulbo carotídeo. El número de placas carotídeas fue contabilizado en cada territorio y la IMT se determinó como la media de cuatro mediciones.

De la cohorte estudiada el 38,6% presentó nefritis lúpica, pero sólo el 4% tenía insuficiencia renal y ningún caso tuvo niveles de creatinina  $\geq 2$ .



La media (DE) puntuación media del SLAM basal fue de 3,8 (2,8) y se mantuvo similar durante todo el estudio, lo que indica actividad del lupus débil.

La media ( $\pm$ DE) de referencia SDI fue de 1,15 (1,60) y la media ( $\pm$ DE) de severidad por el índice de Katz fue baja 3,02 (2,14). A pesar de los bajos niveles de actividad general, se detectaron niveles persistentemente bajos del complemento durante todo el estudio en el 49,5% de los pacientes. Los niveles de homocisteína se midieron en el 42,9% de los pacientes ( $> 15$  mmol/dl).

Al inicio del estudio cuatro pacientes (4%) tenían antecedentes de ACV y dos lo tuvieron durante el estudio, mientras que ningún paciente contaba con antecedentes de infarto de miocardio u otros eventos arteriales.

La media ( $\pm$  DE) basal de IMT fue de 0,37 (0,08) mm y al final del estudio

## Este estudio es el **primero en confirmar la asociación de las concentraciones séricas de C5a con la AT en el LES**

fue de 0,44 (0,09) mm, reflejando un cambio en la media (DE) a los dos años de diferencia en el IMT de 0,078 (0,071) mm ( $p < 0,001$ ). Al inicio del estudio, 20 pacientes tuvieron al menos una placa (19,8%) y no aumentaron significativamente durante el mismo, alcanzando un total de 24 al final del estudio (23,8%,  $p = 0,388$ ).

En el análisis de regresión lineal, las variables asociadas con IMT sólo fueron la edad al inicio del estudio ( $p < 0,001$ ), edad al diagnóstico ( $p < 0,001$ ), la postmenopausia ( $p < 0,001$ ), C3 ( $p = 0,006$ ) y C5a ( $p = 0,029$ ). En el análisis de regresión múltiple después del ajuste por edad y sexo, las variables que mostraron relación fueron la edad al diagnóstico del LES, la duración de LES, los niveles de homocisteína, C3 o niveles C5a.

### Discrepancia de resultados

Hasta ahora parece que los cambios en el IMT en el LES sólo ha sido estudiado en dos ocasiones y se ha visto que la progresión de IMT se asoció con LDL-colesterol, la actividad de la enfermedad y la dosis acumulada de prednisona.

La discrepancia entre estos resultados y los que se presentan en este estudio puede ser debido a que se trataba de una cohorte de pacientes de inicio, lo que sugiere que los factores asociados con AT en el LES puede variar durante el curso de la enfermedad. Otro informe longitudinal controlado concluyó que la insuficiencia renal era el único factor asociado con la progresión del IMT y hay que tener en cuenta que los pacientes con insuficiencia renal significativa fueron excluidos en este estudio.

La asociación entre los niveles de homocisteína y la trombosis arterial en el LES es conocida y los resultados del estudio refuerzan la asociación entre los niveles de homocisteína y la AT subclínica carotídea.

Aunque se propuso que la activación del complemento puede iniciar la reacción inflamatoria característica de AT, este estudio es el primero en confirmar la asociación de las concentraciones séricas de C5a con la AT en el LES, lo que sugiere que el sistema del complemento puede desempeñar un papel en este proceso. De hecho, los niveles séricos elevados C5 parecen estar asociados con un mayor riesgo cardiovascular en pacientes con aterosclerosis.

## Limitaciones: la asociación entre el IMT y las placas no siempre se encuentra en LES

Se sabe que esta anafilotoxina es un factor quimiotáctico potente y que puede participar en el reclutamiento inicial de monocitos, lo cual influye en la aterosclerosis inflamatoria. El aumento de C3 está reconocido como un marcador de riesgo aterogénico y puede ser un marcador sensible para el desarrollo precoz y la progresión de la aterosclerosis tanto en la población general como en pacientes con LES.

La estrecha relación entre el aumento de C3 y la resistencia a la insulina, y en consecuencia el síndrome metabólico, podría explicar la asociación entre C3 y AT precoz.

### Conclusiones

Este estudio tiene limitaciones. Una es que la asociación entre el IMT y las placas no siempre se encuentra en LES por lo que se ha planteado sobre la validez de IMT como un marcador indirecto de AT en el LES. Aunque recientemente se ha visto que la progresión del IMT puede predecir eventos cardiovasculares, independiente de la formación de placa en los pacientes con LES, hay estudios prospectivos que proporcionan pruebas sólidas de que mediciones IMT pueden servir como indicador de la forma subclínica AT en población general.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran datos sobre un posible papel de C3, C5a y homocisteína en las etapas precoces de aterosclerosis asociada con LES.



## Menos casos de artritis idiopática juvenil en España que en el norte de Europa

**Estonia cuenta con una prevalencia que duplica a la española, al igual que su incidencia en Suecia**

La artritis reumatoide y la artritis idiopática juvenil (AIJ) sólo tienen dos cosas en común: parte de su nombre y que se trata de enfermedades reumáticas, inflamatorias y autoinmunes. Mientras que la primera se da en adultos, la segunda se presenta en niños y adolescentes, mayoritariamente de forma crónica, lo que puede ocasionar una marcada discapacidad que se trasladará a la madurez.

La AIJ es la patología más frecuente en Reumatología Pediátrica y a la vez una de las menos definidas por su carga genética. “Hoy por hoy conocemos que existen determinados alelos –HLA A, DR y DQ– que incrementan el riesgo de padecerla en una forma que afecta a pocas articulaciones y se asocia a la inflamación ocular”, apunta la Dra. Consuelo Modesto, de la Unidad de Reumatología del H. U. Vall D’Hebrón, en Barcelona.

España cuenta con dos estudios epidemiológicos sobre esta enfermedad, uno realizado en Asturias y otro en Cataluña. Según el estudio catalán, la prevalencia de la AIJ es de 40 casos por cada 100.000 niños por debajo de 16 años. “Esto indica que por cada dos colegios existe un paciente con la dolencia”, comenta la Dra. Modesto. “Estos datos no se pueden extrapolar a todo el país, donde habría que hacer una investigación con la población total”.

Comparando estos datos con trabajos realizados en otros países, se comprueba que la prevalencia de los casos de nuestro país es la mitad que en otros del norte de Europa como Estonia, al igual que la incidencia con respecto a Suecia. “Esto lleva a pensar que el área mediterránea está parcialmente protegida, no sólo por sus constituyentes genéticos, también los componentes ambientales juegan un importante papel”, subraya la Dra. Modesto.



## INIBIC e IRN apuestan por el intercambio de investigadores

**Ambas organizaciones colaborarán en un estudio comparativo de la genética mitocondrial de los pacientes que sufren artrosis de rodilla**

El Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC) y el Instituto Nacional de Rehabilitación de México (INR) han acordado favorecer el intercambio y la formación entre los investigadores de ambas instituciones. Este convenio puede beneficiar a aproximadamente 500 investigadores de ambas entidades.

Según el doctor Francisco Blanco, director científico del INIBIC, las dos instituciones poseen especialistas y profesionales que se complementan. “Desde el INIBIC podemos aportar experiencia y conocimiento en áreas de investigación básica novedosas como la proteómica; mientras que, por su parte, el INR de México tiene una gran experiencia en aspectos clínicos de patologías que aquí no son tan frecuentes, de la cual se puede aprender”, apunta el doctor Blanco.

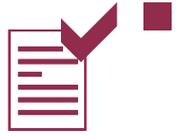
Asimismo, el director científico del INIBIC asegura: “La intención es continuar realizando más proyectos y facilitar la movilidad entre nuestros investigadores. De hecho, estamos tramitando la estancia en nuestro laboratorio de un biólogo del INR, así como de una reumatóloga”.

### Estudio comparativo en artrosis de rodilla

Por otra parte, el INIBIC y el IRN también colaborarán en un proyecto de investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER) que se basa en la realización de un estudio clínico comparativo de la genética mitocondrial de los pacientes con artrosis de rodilla entre la población de ambos países: España y México.

Este proyecto titulado “El papel de los haplogrupos del ADN mitocondrial en el desarrollo de la artrosis de rodilla: Influencia de la selección climática” tendrá una duración de cuatro años.

El Grupo de Investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación de México está dirigido por el doctor Rolando Espinosa y el doctor Carlos Pineda.



## Se celebran las 4<sup>as</sup> Jornadas BEI organizadas por la SER y UCB Pharma

**Por cuarto año consecutivo, estas Jornadas han sido un escenario eminentemente interactivo donde investigadores básicos, procedentes del campo de la biología celular y molecular y de la inmunología, intercambiaron reflexiones con reumatólogos**

Cerca de 100 reumatólogos, biólogos, genetistas e inmunólogos se han reunido en Barcelona para celebrar las 4<sup>as</sup> Jornadas BEI (Biomedicina y Enfermedades Inflamatorias) organizadas conjuntamente por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y UCB Pharma. Este encuentro es fruto del compromiso de UCB Pharma con la Reumatología que se consolida año tras año.

Durante las jornadas se presentó el III Curso de Sinovitis Crónica: Mecanismos y Dianas de la SER, cuyo objetivo es compartir y discutir los últimos

avances en la investigación básica, clínica y epidemiológica de las artritis crónicas, especialmente la artritis reumatoide, poniendo énfasis en los mecanismos fisiopatológicos implicados en estas enfermedades y en las posibles estrategias terapéuticas que se derivan de su conocimiento.

“Se trata de un foro de discusión multidisciplinario en el que se presentan temas de gran interés traslacional en el campo de la inflamación articular presentados por expertos internacionales”, explica el Dr. Juan Cañete, del Servicio de Reumatología del Hospi-

tal Clinic de Barcelona y coordinador de las Jornadas BEI.

### Objetivo cumplido

La finalidad es proporcionar la mejor base científica para el entendimiento de los mecanismos que regulan la inflamación sinovial y proponer nuevas dianas terapéuticas para el manejo clínico de la sinovitis crónica. Asimismo, “es poner al día los mecanismos y modificaciones que ocurren a nivel celular de las enfermedades inflamatorias y hablar de dianas sobre las que actúan los medicamentos biológicos”, afirma, por su parte, el Dr. Eduardo Úcar, presidente de la SER.

## El Programa ESPeranza, premio a la innovación por el SNS

**Esta iniciativa ha contribuido a disminuir la demora existente entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico de la espondilitis anquilosante en más de cuatro años**

El Programa ESPeranza de la Sociedad Española de Reumatología (SER), en colaboración con Pfizer, ha recibido el Premio a la Innovación en la mejora global de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2009 por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Esta iniciativa ha permitido la creación en España de 25 unidades para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con espondiloartritis precoz, lo que ha contribuido a disminuir el tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el

diagnóstico de los enfermos en más de cuatro años. Además, en un año y medio de funcionamiento, se han diagnosticado cerca de 800 afectados con menos de dos años de evolución.

El programa ha sido uno de los doce galardonados del total de las 120 candidaturas presentadas en la edición de 2009, y se ha incluido en la modalidad de innovación por ser la primera iniciativa de atención integrada primaria-especializada de pacientes con espondiloartritis de reciente comienzo y por aplicar un modelo de excelen-



El Dr. Eduardo Úcar, presidente de la SER, recibe el premio de manos de la ministra de Sanidad, Dña. Leire Pajín.

cia que permite la evaluación de los procesos puestos en marcha para esta atención.



## La intervención temprana evita daños irreversibles

**El Proyecto Salud y Trabajo cuenta con la colaboración de la Fundación Abbott y la Fundación Ramón Areces, así como con el aval de la SER y el Foro Español de Pacientes**

La Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM) ha reunido a médicos, científicos, instituciones y pacientes para abordar la problemática de las enfermedades reumáticas (ER) en nuestro país y más en concreto en la Comunidad de Madrid. La principal conclusión ha sido que la intervención temprana "es un elemento imprescindible para evitar el daño irreversible que producen las enfermedades reumáticas", indica el Dr. López Robledillo, presidente de la SORCOM e impulsor de este acto.

Para evitar que estos casos se sigan produciendo, el doctor Juan Carlos López Robledillo, hizo especial hincapié en "la necesidad de que los pacientes acudan a su médico de Atención Primaria ante los primeros síntomas de la enfermedad y, así conseguir que éste les pueda derivar al reumatólogo para

lograr el objetivo de una intervención temprana que repercuta positivamente en su calidad de vida".

Otro hecho relevante a tener en cuenta es que las ER responden extraordinariamente bien al tratamiento si son abordadas de manera temprana. El Dr. Jover ha explicado su experiencia en el ámbito de la discapacidad para el trabajo. "Una intervención específica y especializada en trabajadores con incapacidad temporal de reciente inicio fue capaz de disminuir la duración de las bajas un 40%, y el porcentaje de invalidez permanente en un 50%, en una amplia muestra de más de 30.000 episodios de incapacidad temporal".

### Las ER en Madrid

Según el estudio 'Impacto de las Enfermedades Reumáticas en España', reali-

zado bajo el Proyecto Salud y Trabajo, en la Comunidad de Madrid se registraron en 2007 (último año del que se dispone de datos oficiales) 149.696 procesos de incapacidad temporal (IT) provocados por Enfermedades Reumáticas (ER), lo que supone un coste de más de 305 millones de euros.

Las ER son enfermedades que tienen un gran impacto social, económico y emocional tanto en los pacientes como en su entorno familiar, y suponen un gasto considerable para el sistema sanitario. Según el estudio en la Comunidad de Madrid, se registra un proceso de IT por ER por cada 40 habitantes, con una media de duración de 40,66 días (frente a 43,29 días en España). En total se acumularon más de 6 millones de días de baja laboral relacionadas directamente con estas enfermedades.

## Pfizer confía en el descubrimiento de un 'remedio universal' para tratar el dolor

Los escasos avances que se han producido en el ámbito de los medicamentos indicados para el tratamiento del dolor crónico hacen que las terapias actuales tengan una antigüedad de siglos. Millones de personas en todo el mundo no cuentan con un tratamiento adecuado para su dolor.

El impacto personal del dolor puede ser perjudicial ya que, las personas que lo sufren, a menudo, no pueden trabajar, dormir ni relacionarse, por lo que, con frecuencia, terminan padeciendo depresiones.

El equipo de dolor de Pfizer confía en que una nueva visión de las causas

que provocan el dolor, así como una forma de cuantificarlo, puede contribuir al desarrollo de nuevos medicamentos que proporcionen un mayor alivio a los síntomas del dolor posibilitando que los pacientes puedan llevar una vida laboral y familiar normal.

El fin de las investigaciones de Pfizer es lo que se define como un 'remedio universal' contra el dolor. El medicamento en el que se investiga sería efectivo contra distintos tipos de dolor, convirtiéndose en un alivio efectivo y saludable que mejore los actuales tratamientos.

Pfizer cuenta entre su cartera de medicamentos en desarrollo con



nueve nuevas moléculas, cinco en fase I y cuatro en fase II para el tratamiento del dolor, la fibromialgia y el dolor neuropático.